

Ipersonnia e insonnia nell'adulto

C. Hausser-Hauw

Un disturbo di sonnolenza diurna eccessiva porta a un bilancio stereotipato. La diagnosi è orientata dall'anamnesi. Gli esami del sonno identificano una sindrome delle apnee del sonno, un aumento della resistenza delle vie aeree superiori, dei movimenti periodici degli arti inferiori, una narcolessia o un'altra malattia propria del sonno. In altri casi, essi rivelano una frammentazione importante del sonno, di cui si deve individuare la causa. Il trattamento è anch'esso ben codificato: ventilazione positiva continua, ortesi di avanzamento mandibolare e intervento chirurgico per la sindrome delle apnee del sonno, agonisti dopaminergici per i movimenti periodici degli arti e stimolanti della vigilanza per le ipersonnie. Di fronte a un'insonnia, il medico deve, prima di tutto, assicurarsi dell'assenza di una malattia neurologica, medica o psichiatrica sottostante e di un abuso farmacologico. Non esiste una standardizzazione del trattamento, ma è importante trattare un'insonnia cronica, che è responsabile di alterazioni cognitive, psichiche e fisiche. Quando l'insonnia è dovuta a una sindrome delle gambe senza riposo, il trattamento iniziale fa ricorso agli agonisti dopaminergici. Gli spostamenti di fase che mimano spesso un'insonnia sono dovuti a una modificazione dei geni dell'orologio, ai lavori con turni, al jet-lag oppure alla cecità. Gli attuali trattamenti sono la melatonina, la fototerapia e gli stimolanti della vigilanza.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Insonnia; Sonnolenza diurna; SAOS; SARVAS; MPAL; SGSR; Narcolessia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Sonnolenza diurna eccessiva	1
Deprivazione cronica di sonno	2
Il paziente russa	2
Il paziente non è russatore e il sonno notturno non è ristoratore	4
Il paziente non russa e il sonno notturno è ristoratore	5
■ Insonnia	6
Insonnia cronica	6
Sindrome delle gambe senza riposo («restless leg syndrome»)	7
■ Conclusioni	7

■ Introduzione

Il sonno è una funzione complessa, generata da numerose strutture cerebrali (Fig. 1) e responsabile di alcune funzioni fisiologiche (sintesi proteica, secrezione ormonale, difese immunitarie, riparazione dell'acido desossiribonucleico), psichiche (umore) e cognitive (memoria, concentrazione)^[1]. Ad ogni individuo corrispondono una durata, una qualità del sonno e una resistenza alla privazione di sonno che gli sono proprie, che sono quasi identiche da una notte all'altra e che gli sono trasmesse geneticamente. La

sonnolenza diurna eccessiva (SDE) si caratterizza per un bisogno non desiderato di dormire nella giornata. L'insonnia corrisponde a una riduzione del tempo o della qualità del sonno accompagnata da sintomi fisici e psichici durante il giorno.

Una visita dedicata ai disturbi del sonno può apparire difficile se non è strutturata con un questionario dedicato e un'agenda del sonno. Questi documenti fissano e organizzano le idee del paziente e orientano il medico, evitandogli di cadere in alcune insidie. Essi permettono anche, come avviene spesso, di evidenziare vari disturbi del sonno, legati o meno, nella stessa persona.

■ Sonnolenza diurna eccessiva

Essa è definita come un bisogno non desiderato di dormire nella giornata. Questa sonnolenza può essere secondaria a una deprivazione di sonno, a un sonno frammentato, dunque poco ristoratore, oppure a un'autentica malattia del sonno. Le conseguenze di una SDE possono essere disastrose al lavoro o al volante di un veicolo. L'ordinanza del 21 dicembre 2005 (JO 28/12/2005) implica l'interruzione dell'attività di guida fino alla scomparsa della sonnolenza. La Figura 2 permette di orientare la diagnosi di SDE. Una buona partenza consiste nell'interrogare sulla durata e sulla qualità del sonno notturno e sulla presenza o meno di russamento.

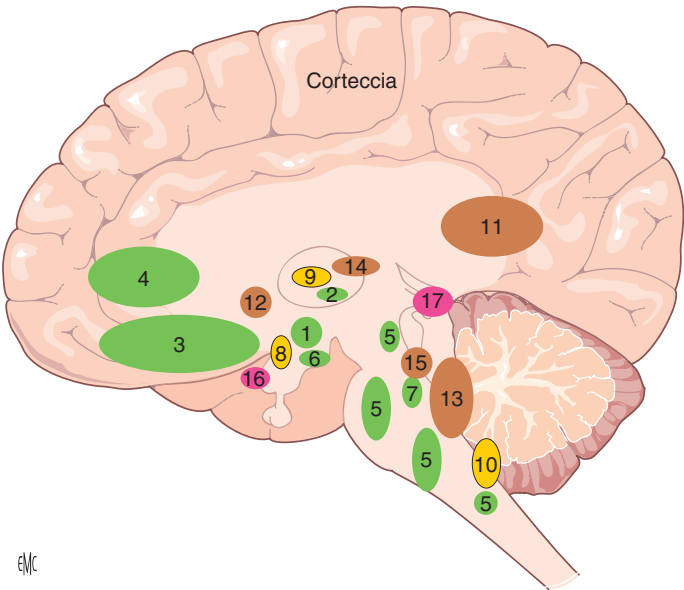


Figura 1. Regioni coinvolte nell’organizzazione della veglia, del sonno lento, del sonno paradossale e dell’organizzazione circadiana. Veglia (in verde): 1. Ipotalamo posteriore; 2. nuclei intralaminari del talamo; 3. nucleo basale di Meynert; 4. giro cingolato anteriore; 5. reticolare del tronco: rafe anteriore, reticolare mesencefalico, sostanza grigia periacqueduttale, nucleo magnocellulare del bulbo; 6. nucleo dell’orexina/ipocretina; 7. locus coeruleus. Sonno lento (in giallo): 8. nucleo preottico; 9. nuclei reticolari del talamo; 10. fascio solitario. Sonno paradossale (in marrone): 11. opercolo parietale; 12. amigdala; 13. regione peribrachiale pontina; 14. nucleo centrolaterale del talamo; 15. area perilocus coeruleus. Ritmi circadiani (in rosa): 16. nucleo supra-chiasmatico; 17. ghiandola pineale.

Deprivazione cronica di sonno

È sicuramente la causa più frequente di sonnolenza diurna, ma la «sindrome di insufficienza di sonno» è all’origine del 6% circa

solamente delle visite per sonnolenza, probabilmente poiché le persone sonnolente sono coscienti di amputare volontariamente il loro tempo di sonno a profitto di varie attività. La sonnolenza è più marcata al termine della giornata, soprattutto se la situazione è monotona e, soprattutto, al volante di un veicolo, il che la rende molto pericolosa. Gli addormentamenti non sono irresistibili, ma sono molto ristoratori, soprattutto se sono di lunga durata.

Gli adolescenti, i giovani impiegati e i lavoratori turnisti sono i più esposti. Il debito di sonno provoca dei sintomi la cui intensità è proporzionale al grado di vulnerabilità del soggetto, in gran parte di origine genetica. Sono abituali stanchezza, sonnolenza, disturbi dell’umore, riduzione delle prestazioni e incoordinazione^[2]. Possono essere presenti: cefalee, disturbi gastrointestinali, dolori muscolari, aumento della pressione arteriosa, della glicemia e del peso, un rischio aumentato di malattie cardiovascolari e di crisi di epilessia e una riduzione delle difese immunitarie. Studi recenti dimostrano che la deprivazione cronica di sonno aumenterebbe lo stress ossidativo cellulare e favorirebbe la comparsa di cancro^[3] e di alcune malattie neurodegenerative.

“ Punto importante

La «sindrome di insufficienza di sonno» è la causa più frequente di sonnolenza diurna. Essa è responsabile di numerosi sintomi fisici, psichici e cognitivi.

Il paziente russo

Sindrome delle apnee ostruttive del sonno

Il paziente classico è un russatore di età media, dal collo corto, in sovrappeso e iperteso. Delle apnee sono udite dal coniuge, egli urina parecchie volte durante la notte e si sveglia stanco e, talvolta,

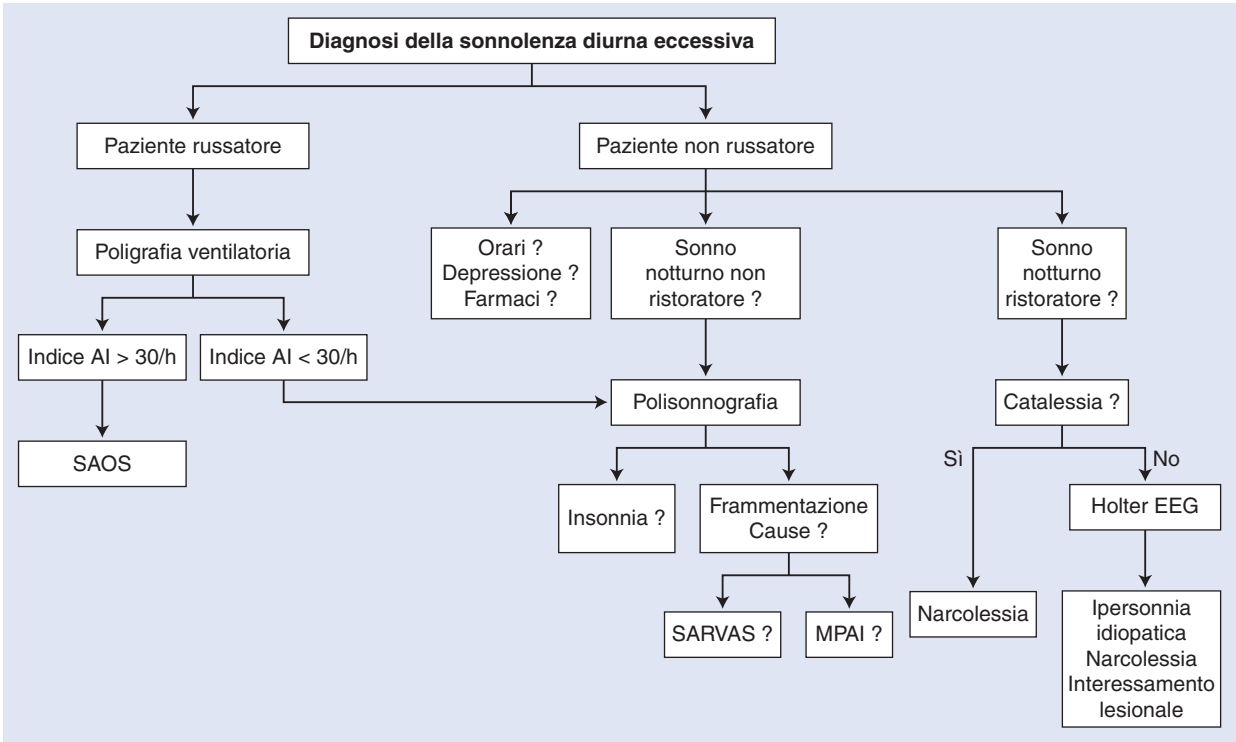


Figura 2. Algoritmo decisionale. Orientamento della diagnosi di una sonnolenza diurna eccessiva. AI: apnee/ipopnee; SAOS: sindrome delle apnee ostruttive del sonno; SARVAS: sindrome di aumento della resistenza delle vie aeree superiori; MPAI: sindrome dei movimenti periodici degli arti inferiori; EEG: elettroencefalogramma.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465077>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465077>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)