

IL SONNO ED I SUOI DISTURBI

Scuola di Formazione Specifica in
Medicina Generale
Sede di Reggio Emilia

Le Dimensioni del Problema

- Tra gli anni 2000 e 2003 sono stati svolti, in Italia, 2 importanti indagini osservazionali.
- lo studio **Morfeo 1 e Morfeo 2**, condotti dall'Associazione Italiana di Medicina del Sonno (AIMS) in collaborazione con i Medici di Medicina Generale.
- Nel primo studio, oltre 700 Medici hanno partecipato all'indagine, intervistando più di **3200** soggetti.

Le Dimensioni del Problema

- **La prevalenza totale dell'insonnia è risultata del 64%**
- **L'indagine evidenziava inoltre una maggiore frequenza di patologie concomitanti** (in particolare cardiovascolari, muscolo-scheletriche e del connettivo e dell'apparato gastroenterico),
- **un maggior utilizzo delle risorse sanitarie** (visite mediche, esami strumentali e di laboratorio),
- **un maggior numero di giorni di malattia** negli ultimi tre mesi
- **una peggiore qualità di vita** nei pazienti con insonnia rispetto ai non insonni.

Tabella 1. Prevalenza di patologie mediche in pazienti con insonnia cronica (Roth, 2009)

Prevalenza				
Condizione medica	Insonnia cronica (%)	Soggetti insonni (%)	Odds Ratio* (IC 95%)	p
Dolore cronico	50,4	18,2	3,19 (1,92-5,29)	<0,001
Ipertensione	43,1	18,7	3,18 (1,90-5,32)	<0,001
Disturbi gastrointestinali	33,6	9,2	3,33 (1,83-6,05)	<0,001
Disturbi respiratori	24,8	5,7	3,78 (1,73-8,27)	<0,01
Cardiopatie	21,9	9,5	2,27 (1,13-4,56)	<0,05
Disturbi urinari	19,7	9,5	3,28 (1,67-6,43)	<0,01
Malattie neurologiche	7,3	1,2	4,64 (1,37-15,67)	<0,05

*Aggiustato per depressione, ansia e sintomi da disturbo del sonno.

Patologie che possono interferire con il sonno

- **Patologie psichiatriche**
- Disturbi dell'umore (depressione maggiore, distimia, disturbo bipolare)
- Disturbi d'ansia (ansia generalizzata, panico, stress post-traumatico)
- Disturbi psicotici (schizofrenia)
- Disturbi da uso di sostanze
- **Patologie e condizioni mediche**
- Cardiovascolari (insufficienza cardiaca congestizia, coronaropatia)
- Polmonari (BPCO, asma)
- Neurologiche (malattie cerebrovascolari, malattia di Parkinson, neuropatie, traumi cranici)
- Gastrointestinali (reflusso gastroesofageo)
- Renali e genitourinarie (insufficienza renale cronica, ipertrofia prostatica)
- Endocrine e metaboliche (diabete, ipertiroidismo, obesità)
- Muscoloscheletriche (artrite reumatoide, osteoartrite, fibromialgia)
- Altre condizioni (es. menopausa)
- Buysse DJ. Am J Psychiatry 2008;165:6.

Le Dimensioni del Problema

- **Lo studio Morfeo 2** (quasi 600 Medici e oltre 2700 soggetti con insonnia valutati statisticamente), ha confermato l'elevata frequenza d'insonnia:
- (41%) nella popolazione che si reca dal Medico di Medicina Generale
- **nel 67% dei casi, l'insonnia durava da almeno un anno, ma solamente una piccola percentuale di pazienti era in trattamento per l'insonnia.**
- **Il motivo principale di questo comportamento era la sottostima, da parte del paziente stesso, della rilevanza clinica dell'insonnia (76%).**

INSONNIA=SONNO PERCEPITO COME INSUFFICIENTE OD INSODDISFACENTE

- Occasionale
- Transitoria
- Cronica o persistente

La gravità dell'insonnia può essere definita solo in relazione alla compromissione delle funzioni diurne.

L'insonnia si manifesta esclusivamente con indicatori notturni



Agli indicatori notturni si associano sintomi diurni



In rapporto alla durata dei sintomi l'insonnia può essere



Criteri per la Diagnosi di Insonnia

- **A.**
- Il paziente riferisce difficoltà ad iniziare o mantenere il sonno, risveglio precoce, sonno cronicamente non ristoratore o di scarsa qualità.
- **B**
- La difficoltà del sonno precedentemente descritta si verifica spesso, nonostante le opportunità e le circostanze favorevoli per dormire siano adeguate.
- **C**
- Il paziente riporta almeno uno dei seguenti disturbi diurni legati alla difficoltà di dormire di notte:
 1. Stanchezza o malessere
 2. Difficoltà di concentrazione o di memoria
 3. Alterata funzione sociale o scarso rendimento professionale o scolastico
 4. Disturbo dell'umore o irritabilità
 5. Sonnolenza diurna
 6. Ridotta motivazione
 7. Predisposizione a errori o incidenti sul lavoro o alla guida
 8. Senso di tensione, cefalea o sintomi gastrointestinali conseguenti alla perdita di sonno
 9. Preoccupazioni o timori riguardo il sonno

Distinguere stanchezza da sonnolenza

Nel caso di stanchezza persistente

- Ves/PCR
- Emocromo completo
- Glucosio
- Creatinina
- Transaminasi
- Calcio
- Potassio
- TSH reflex
- Albumina
- Esame urine completo
- Rx torace
- Test di gravidanza
- HIV
- Attento esame obiettivo neurologico

SINDROME DA FATICA CRONICA

- Stanchezza che compare in modo improvviso, persistente ed invalidante, in grado di ridurre del 50% le precedenti attività in assenza di cause determinanti.
- Sintomi persistenti da oltre sei mesi senza relazione con gli sforzi compiuti
- Può fare seguito ad un episodio febbrile ed accompagnarsi a mialgie
- Possono esserci disturbi del sonno e dell'umore, diminuzione della memoria e della concentrazione, calo della libido.
- Ci può essere una faringite non essudativa, eventuali adenopatie ed un rialzo termico.

Classificazione Internazionale dei Disturbi del Sonno (ICSD)

- **DISSONIE:**

1. Disturbi del sonno intrinseci
2. Disturbi del sonno estrinseci
3. Disturbi del ritmo circadiano

- **PARASONNIE**

Disturbi intrinseci del sonno

- Insonnia psicofisiologica
- Alterata percezione del sonno
- Insonnia idiopatica
- **Narcolessia**
- Ipersonnia ricorrente
- Ipersonnia idiopatica
- Ipersonnia posttraumatica
- **Sindrome da apnea ostruttiva durante il sonno**
- Sindrome da ipoventilazione alveolare centrale
- **Sindrome delle gambe senza riposo**

Disturbi del estrinseci del sonno

- Inadeguata igiene del sonno
- Sindrome del sonno insufficiente
- Sonno da aggiustamento
- Disturbo ambientale del sonno
- Insonnia da alta quota
- Disturbo della fase iniziale del sonno
- Insonnia da allergie al cibo
- Sindrome da assunzione notturna di cibo
- Disturbo del sonno da ipnotici
- Disturbi del sonno da stimolanti
- Disturbo del sonno alcool dipendente
- Disturbo del sonno da sostanze tossiche

Disturbi del ritmo circadiano

- **Sindrome del jet lag**
- **Disturbi del sonno correlati al lavoro a turni**
- Sindrome da ritardo di fase del sonno
- Sindrome da avanzamento di fase del sonno
- Disturbi del ritmo sonno veglia su cicli non di ventiquattro ore.

Classificazione Internazionale dei Disturbi del Sonno (ICSD)

PARASONNIE:

- Risvegli confusionali
- Sonnambulismo
- Pavor nocturnus
- Sussulti ipnici
- Sonniloquio
- Crampi notturni
- Incubi
- Paralisi ipnagocica
- Bruxismo
- Enuresi
- Disfagia notturna salivare

DOMANDE ESSENZIALI ALLA PRIMA CONSULTAZIONE

Vi sono reali difficoltà notturne?

- Nel prendere sonno?
- Vi sono risvegli frequenti?
- C'è un risveglio precoce?

Vi sono ripercussioni durante il giorno?

- Stanchezza
- Sonnolenza
- Disturbi della concentrazione
- Irritabilità

DOMANDA ESSENZIALE: VI E' UNA CAUSA SPECIFICA DELL'INSONNIA?

- Somatica
- Neurologica
- Psichiatrica
- Farmacologica
- Comportamentale (da condizionamento e da accanimento)
- Ambientale

NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI L'INSONNIA E' IN RELAZIONE A DIFFICOLTA' PSICOSOCIALI, E' UN DISTURBO DI ADATTAMENTO

CAUSE SOMATICHE

- Dispnea
- Dolore
- Tosse
- Piroso/reflusso gastroesofageo
- Nicturia
- Prurito
- Rigidita'
- Eemicrania
- Iper/ipotermia

CAUSE NEUROLOGICHE

- Malattie degenerative cerebrali
- **Demenza**
- Parkinson
- Insonnia familiare fatale
- Epilessia correlata al sonno
- Pattern elettrico da status epilettico nel sonno
- Emicrania legata al sonno

CAUSE PSICHIATRICHE

- DEPRESSIONE
- ANSIA/ATTACCHI DI PANICO
- NEVROSI OSSESIVA
- SCHIZOFRENIA
- IPOMANIA
- ANORESSIA MENTALE
- ALCOLISMO CRONICO
- TOSSICOMANIA

Sostanze in grado di provocare insonnia

- Aloperidolo
- Amantadina
- **Baclofene**
- **Corticosteroidi**
- **Betabloccanti**
- Ciclosporina
- **Statine**
- Citalopram
- Diltiazem
- **Tamsulosina**
- Tramadolo
- **Estrogeni**
- Ginseng
- Interferone
- **Fluorchinolone**
- Levotiroxina
- Sartani
- Anabolizzanti
- Nicotina
- Caffeina
- **Inibitori pompa protonica**
- Benzodiazepine

SOSTANZE IN GRADO DI PROVOCARE SONNOLENZA

- Acetilcisteina
- Valproato
- Betabloccanti
- Benzodiazepine
- Barbiturici
- Calcioantagonisti
- Amantadina
- Baclofene
- Antiepilettici
- Antistaminici
- Metoclopramide
- Paracetamolo
- Terazosina
- Clonidina
- Cloroquina
- Oppiacei
- Digossina
- Alcool
- Antidepressivi
- Ibuprofene
- Iperico
- Ketorolac
- Antifungini
- Litio
- Spironolattone
- Tramadolo

Si deve prevedere una seconda consultazione entro due settimane di terapia

- Per monitorare la qualità del sonno del paziente.
- Per rilevare eventuali effetti collaterali.
- Per un eventuale aggiustamento posologico.
- Per assicurarsi che l'insonnia sia la conseguenza di un problema psicosociale acuto che inizia a trovare una sua soluzione.
- Per proporre terapie non farmacologiche (esempio controllo dello stimolo e tecniche di rilassamento).

ATTENZIONE AI PAZIENTI CON SONNOLENZA DIURNA SENZA DIFFICOLTA' NOTTURNE

- I sonniferi sono inutili e controindicati
- **SOSPETTARE:**
 1. Depressione
 2. Sindrome delle apnee durante il sonno
 3. Sindrome da movimenti periodici delle gambe
 4. Abuso di sedativi
 5. Astinenza da stimolanti
 6. Narcolessia
 7. Sindrome di Klein- Levin

SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE

- Russamento intenso ed intermittente
- Apnee durante il sonno verificate da altri
- Insolita sonnolenza diurna
- Aumentata morbilità e mortalità cardiovascolare
- Disturbi della concentrazione e della memoria
- Modificazioni del carattere
- Riduzione della libido
- Cefalea mattutina.

SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE

DIAGNOSI

- Cercare una patologia cardiovascolare.
- Cercare una patologia polmonare ostruttiva cronica.
- Cercare segni di ipotiroidismo o di acromegalia.
- Eseguire una ossimetria notturna (positiva per almeno venti tipiche desaturazioni per ora ad andamento tipico).

SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE

DIAGNOSI

POLISONNOGRAFIA NOTTURNA (registrazione simultanea e continua per almeno una notte completa dei seguenti parametri)

- **EEG**
- **EOG**
- **EMG**
- **ECG**
- **Saturimetria**
- **Pressione arteriosa**
- **Sonda naso orale**
- **Cinghie respiratorie**

SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE

TERAPIA

- Igiene del sonno
- Perdita di peso se BMI > 27
- Cucire un oggetto nel dorso del pigiama
- Umidificare l'aria in camera da letto
- Evitare i vasocostrittori
- Escludere una componente allergica
- Ugulo-palato-faringoplastica
- Avanzamento della mandibola

SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE

TERAPIA

- Respirazione a pressione continua positiva con maschera nasale durante il sonno.
- Pressione positiva titolata tramite polisonnografia fino ad ottenere un indice di apnee/ipopnee inferiore a cinque.
- Chirurgia ricostruttiva dell'ipofaringe.
- La terapia va adattata al singolo caso.
- La scelta iniziale dipende dal grado di obesità, dal grado di collasso delle vie aeree superiori, dalla gravità delle apnee, dall'atteggiamento del paziente.

SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO

- Disestesie intense al momento di addormentarsi che sembrano alleviate solo da movimenti continui degli arti inferiori.

SINDROME DA MOVIMENTI PERIODICI DELLE GAMBE

- La maggior parte di questi pazienti presenta dei movimenti stereotipi ripetitivi non avvertiti delle gambe ogni 20-30 secondi durante il sonno:

NARCOLESSIA

Sintomi caratteristici:

- **Addormentamenti diurni** (devono essere incoercibili, in assenza di mancanza di sonno, più di due volte die e durare da 5 a 30 minuti).
- **Allucinazioni ipnagogiche durante l'addormentamento** (vivaci e visive spesso accompagnate da ansia)
- **Paralisi del sonno** (paralisi dei movimenti volontari sia al momento di addormentarsi che al risveglio con respirazione risparmiata e stato di coscienza conservato)

NARCOLESSIA

Sintomi caratteristici:

- **Cataplessia** (repentine riduzioni del tono muscolare localizzate o generalizzate della durata inferiore a cinque minuti, in grado di provocare anche cadute a terra che si manifestano spesso durante una emozione di qualsiasi genere, non si accompagnano ad altri sintomi neurologici, respiratori, neurovegetativi)

Sindrome di Klein - Levin

- Eccesso di sonno, polidipsia, polifagia, riduzione della attività sessuale della durata di una-due settimane alternati a periodi di benessere.
- Colpisce giovani maschi alla pubertà
- Rara condizione transitoria ad origine sconosciuta, a remissione spontanea della quale non si conoscono trattamenti specifici.

Le ipersonnie

- La **NARCOLESSIA** è una alterazione permanente dell'oscillatore pontino del ciclo del sonno in genere geneticamente determinata che si manifesta dai 30 anni.
- La **S. di KLEIN-LEVIN** è una rara alterazione transitoria dell'oscillatore circadiano ipotalamico che si manifesta nei maschi puberi.

Sonnambulismo Sonniloquio Bruxismo

- Automatismi negli stati tre e quattro del sonno con intensa attività motoria senza un completo risveglio.
- **Attenzione** che in ogni caso di attività motoria notturna occorre porre diagnosi differenziale con l'epilessia.

Incubi e Pavor Nocturnus

- Il PAVOR NOCTURNUS è caratterizzato da un risveglio parziale dagli stadi III e IV del sonno non REM in stato di panico con associata tachicardia e tachipnea, spesso anche allucinazioni.
- Se gli INCUBI emergono dal sonno non REM sono caratterizzati da paura allo stato puro senza fantasie visive; se emergono dal sonno REM allora sono pieni di allucinazioni visive. Solo i primi rispondono alle BZD.

Regole per la gestione dell'Insonnia

1. L'insonnia dovrebbe essere sempre diagnosticata se il paziente si lamenta spontaneamente e trattata anche se non espressamente richiesto dal paziente stesso.
2. L'insonnia dovrebbe essere sempre ricercata e trattata in concomitanza di patologie psichiatriche e internistiche.
3. L'insonnia dovrebbe essere sempre ricercata in concomitanza di disturbi dell'umore.
4. L'insonnia può essere gestita prevalentemente dal MMG
5. Per la gestione diagnostica e terapeutica dovrebbe sempre essere ricercata la causa dell'insonnia
6. È preferibile utilizzare un ipnotico a emivita breve
7. L'evoluzione dell'insonnia e della sua terapia deve essere rivalutata nel tempo
8. L'autogestione della terapia deve essere sconsigliata ed evitata
9. In caso d'inefficacia del farmaco ipnotico, la dose consigliata non deve essere aumentata, ma deve essere modificata la terapia e rivalutata la diagnosi.

TERAPIA DELL'INSONNIA

IPNOTICI

- Sintomatici
- Effetto limitato nel tempo
- Dipendenza
- Ricaduta
- Effetto rebound
- Crisi di astinenza

FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELL'INSONNIA

- Benzodiazepine
- Ciclopirroloni
- Imidazopiridine
- Melatonina
- Antistaminici
- Barbiturici
- Antidepressivi
- Antipsicotici

Benzodiazepine (BZD)

- Effetto ansiolitico, ipnotico, miorilassante, anticonvulsivante.
- Agiscono a livello dei recettori GABA e di altri recettori specifici dei quali ne sono individuati due tipi: uno responsabile dell'effetto miorilassante ed un altro responsabile dell'effetto ansiolitico.
- Sono ben assorbite per os.

TRE REGOLE ESSENZIALI PER LA PRESCRIZIONE DELLE BENZODIAZEPINE

1. DURATA LIMITATA A TRE SETTIMANE DI TERAPIA CONTINUATA
2. IN SEGUITO TERAPIA INTERMITTENTE, AL MASSIMO DUE SERE SETTIMANA, PER UNA DURATA MASSIMA DI TRE MESI
3. SI DEVONO UTILIZZARE LE BZD IN BASE ALLA LORO DURATA DI AZIONE IN RELAZIONE AI DISTURBI DEL PAZIENTE

ESEMPI DI EMIVITA ALCUNE BZD

FARMACO (esempio)

EMIVITA ore

- | | |
|---------------------------|---------|
| • MIDAZOLAM (Ipnovel) | • 2 |
| • TRIAZOLAM (Halcion) | • 4 |
| • TEMAZEPAM (Normison) | • 12 |
| • BROMAZEPAM (Lexotan) | • 20 |
| • LORMETAZEPAM (Minias) | • 24 |
| • FLUNITRAZEPAM (Roipnol) | • 31 |
| • NITRAZEPAM (Mogadon) | • 20-85 |
| • FLURAZEPAM (Dalmadorm) | • 200 |

BENZODIAZEPINE A BREVE EMIVITA

- Lorazepam (Tavor Control Lorans) 1 mg*
- Oxazepam (Serpax Limbial) 20 mg*
- Triazolam (Halcion Songar) 0,5 mg*
- Alprazolam (Xanax Frontal) 0,5 m*
- Etizolam (Depas Pasaden) 1 mg*
- Brotizolam (Lendormin)

**dosaggi orali approssimativ. equivalenti*

BENZODIAZEPINE AD EMIVITA MEDIA

- Bromazepam (Lexotan Compendium) 6 mg*
- Lormetazepam (Minias) 1 mg*

BENZODIAZEPINE AD EMIVITA LUNGA

- Delorazepam (En) 2 mg*
- Clonazepam (Rivotril) 1mg*
- Clordiazepossido (Librium) 25 mg*
- Prazepam (Prazene) 10-20 mg*
- Diazepam (Valium Tranquirit Ansiolin) 10mg*

**dosaggi orali approssimativamente equivalenti*

IPNOTICI approvati dalla FDA

Per pazienti che stentano a prendere sonno

- Triazolam *Halcion*
- Estazolam *Esilgan*
- Zaleplon *Sonata*

Per pazienti che hanno risvegli notturni

- Flurazepam *Felison*
- Oxasepam *Serpax*
- Temazepam *Normison*
- Zolpidem *Stilnox*

PIRIDINE AGONISTI DEI RECETTORI DELLE BZD

Ipnotici non BZD che si legano con attività agonista ai complessi del recettore A del GABA.

ZOLPIDEM **STILNOX** cp. 10 mg. Imidazopiridina

- senza effetto rebound alla sospensione
- può dare dipendenza in terapia cronica ma meno di altre molecole,
- interferisce con le fasi REM del sonno.
- Picco dopo 1,5 ore, emivita fino a 7 ore
- Effetti collaterali rari: cefalea, capogiri, nausea e raramente sonnambulismo.

PIRIDINE AGONISTI DEI RECETTORI DELLE BZD

ZALEPLON SONATA cp. 5-10 mg.

- Pirazolopiridina analoga al precedente ma meno potente
- Picco più precoce
- Emivita di un'ora
- Durata di circa quattro ore
- Rari gli effetti collaterali

Ciclopirroloni Agonisti dei recettori delle BZD

ZOPLICONE IMOVANE cp. 7,5 mg.

- Emivita sei ore
- Effetti collaterali: sapore metallico, secchezza delle fauci, nausea, cefalea, capogiri, confusione, depressione, turbe comportamentali ed allucinazioni
- In genere non da sonnolenza al risveglio

VENGONO METABOLIZZATI DAL CYP3A4

Effetti Collaterali delle BZD

- Sedazione
- Alterazione cognitiva e psicomotoria
- Cadute, irrequietezza, confusione
- Amnesia anterograda
- Peggioramento dell'insonnia
- Insonnia mattutina
- Ansia durante il giorno
- Dipendenza

Avvertenze:

- Controindicazioni: miastenia gravis, gravidanza, allattamento.
- Il triazolam per dosaggi superiori a 0,5 mg può dare depersonalizzazioni ed allucinazioni per cui è stato tolto dal commercio in diversi paesi.
- In caso di sovradosaggio/avvelenamento è utile il *Flumazenil* **Anexate** fl ev 0,5-1 mg che è un antagonista specifico con breve emivita.

UTILIZZO DELLE BENZODIAZEPINE

- Non esistono schemi posologici prefissati
- Evitare lavori a rischio fino alla stabilizzazione degli effetti del trattamento
- Individuare la dose minima efficace
- Trattare solo per il tempo necessario
- Non somministrare più di una BZD
- Monitorare il trattamento e la posologia
- Vietare gli alcolici
- Non sospendere bruscamente il farmaco
- Valutare la contemporanea assunzione di altri farmaci.

Regole per un uso intermittente degli ipnotici nell'insonnia cronica

- Assumere la terapia solo nelle notti con grave insonnia.
- Assunzione giornaliera per meno di quattro settimane e poi periodo libero altrettanto lungo utilizzando trattamenti non farmacologici.
- Uso solo tre dosi/settimana scegliendo in anticipo le notti secondo i propri impegni.

MELATONINA

- Utile per il trattamento dell'insonnia da disordini del ritmo circadiano: 3-5 mg. 2 ore prima di andare a letto.
- Nel jet-lag 5 mg.die per 2-5 giorni.
- Ad alte dosi può determinare un certo blocco dell'asse gonadotropinico con riduzione LH ed aumento della prolattina.
- Controindicato in gravidanza.

NOPRON (*NIAPRAZINA*)

- Sedativo non benzodiazepinico
- Picco in 60 minuti
- Emivita di cinque ore
- Escreta per via urinaria (prevalentemente) e fecale.
- Controindicata al di sotto dei sei mesi e nel primo trimestre di gravidanza.
- Indicazioni: disturbi del sonno, del carattere e del comportamento.
- Cp. 30 mg e sciroppo 0,2%
- 1, max 2 cp. la sera 30 minuti prima di coricarsi

***(TRAZODONE)* TRITTICO**

- Discreto effetto antidepressivo associato al vantaggio di non avere effetti anticolinergici.
- Importante effetto sedativo ed ipnotico.
- Efficace anche nel tremore essenziale.
- Effetti collaterali: astenia, nausea, secchezza delle fauci, priapismo
- Cpr. 50-75-100-150 mg. e fl im-ev 50 mg.

REMERON (*MIRTAZAPINA*)

- Blocca selettivamente i recettori presinaptici alfa 2 adrenergici ed aumenta la trasmissione di noradrenalina e serotonina.
- Sedazione, aumento peso ed appetito, secchezza fauci e stipsi
- Scarse interferenze farmacologiche ed alterazioni sessuali.
- Simile al Lantanon (Mianserina)

FARGANESSE (*PROMETAZINA*)

- Antistaminico antagonista dei recettori H1
- Picco in 2 ore
- Emivita di 6 ore
- Deprime l'attività del midollo osseo
- Controindicata in gravidanza, affezioni epatiche e cardiovascolari
- Attenzione agli effetti anticolinergici.
- Tra le indicazioni autorizzate: sedativo ipnotico
- Cpr 25 mg.
- Per l'effetto ipnotico sufficiente una dose serale di ½ cp

SEROQUEL (*QUETIAPINA*)

Si sfrutta l'effetto sedativo in caso di agitazione.

Minore aumento ponderale rispetto

Zyprexa (Olanzapina)

Minori effetti extrapiramidali nei confronti di Risperdal (Risperidone)

Cpr. 25-100-200-300 mg.

Prodotti naturali

- Radice di valeriana
- Radice di Kava
- L-triptofano
- Infuso di camomilla
- Passiflora
- Coenzima Q10
- Luppolo
- Melissa
- Lavanda
- Scutellaria
- Cannabis

DA NON USARE PIU'

- BARBITURICI
- CLORALIO IDRATO
- ALCOL

Appunti Finali

- Terapia della Sindrome delle gambe senza riposo e delle mioclonie notturne: Clonazepam (Rivoltril) Requip (Ropinirolo), Mirapexin (Pramipexolo) e Levodopa.
- Terapia della Narcolessia: Dexedrine (Destroamfetamina), Ritalin (Metilfenidato), Provigil (Modafinil) cp. 100 mg. 1-4 cp. Il mattino che a differenza delle amfetamine non ha effetti vascolari.
- Per il trattamento della cataplessia (gamma idrossibutirrato) Alcover ipnotico a rapida azione e breve emivita che porta ad insonnia di rimbalzo.

Appunti Finali

Trattamento Enuresi notturna:

- Minirin (Desmopressina) spray nasale. Ben tollerata, di prima scelta.
- Tofranil (Imipramina) 10-75 mg. al momento di coricarsi, di seconda scelta.
- Indometacina e carbamazepina sono meno efficaci.

Caso Clinico MMG 1

- Studentessa in corso VI° anno di Medicina
- Da alcune settimane si risveglia spesso durante la notte e fatica a riprendere sonno.
- Il mattino vorrebbe dormire ma non ci riesce.
- Durante il giorno comincia a sentirsi stanca.
- Pesa 54 Kg, alta 168 cm.
- Mai avuto in precedenza difficoltà ad addormentarsi.

Caso Clinico MMG 2

- Donna di 35 anni, mamma di due bimbi di 4 e 7 anni di età.
- Viene dalla Campania e non ha parenti a Modena
- Lavora in ceramica al reparto scelta
- Da alcuni mesi non è più a giornata e fa i turni.
- Anche il marito lavora in ceramica e fa i turni.
- Da diverse settimane è stanca e non riesce a dormire.
- Pesa 79 Kg ed è alta 159 cm.
- Dice che in alcuni momenti non riesce più a controllare le emozioni.

Caso Clinico MMG 3

- Uomo di 26 anni.
- Sposato giovanissimo.
- Quattro figli (il maggiore alle elementari).
- Viene per un dolore al torace.
- Ha molta paura di avere un tumore al polmone.
- Fa i turni ai forni in ceramica.
- Per lui è una cosa normale non dormire
- E' anche molto stanco.
- Non è soddisfatto del proprio lavoro e neppure dell'ambiente di lavoro.
- Ha lo stomaco chiuso.
- Interrogato riferisce un calo della libido.
- Forse un attacco di panico al supermercato la settimana prima.

Caso Clinico MMG 4

- Maschio, trentacinque anni.
- Giovane imprenditore artigiano di successo.
- Moglie e due figli.
- Vita apparentemente serena ed agiata.
- Viene perchè da alcuni mesi si sente stanco.
- Riferisce di dormire benissimo, di non avere difficoltà ad addormentarsi.
- Anzi di fare volentieri anche un pisolino durante il giorno.
- Il mattino però si sente molto stanco.
- La moglie, che è venuta ad accompagnarlo, dice che anche lei è molto stanca di sentire il marito russare.

Caso Clinico MMG 5

- Femmina.
- Frequent attender.
- Anni 78. Vedova. Vive vicino alle figlie.
- Dice di non riuscire più a dormire.
- Le figlie vanno a ritirare la pensione ed in banca al suo posto.
- Non la lasciano più uscire di sera.
- Insomma non la capiscono e non le sono di aiuto.
- Non le interessa più guardare la televisione.
- Continua invece come prima a recitare un sacco di preghiere.
- Dice di essersi confessata e di non avere ricevuto l'assoluzione.