Zeitschrift: Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera

Herausgeber: Parkinson Schweiz

Band: - (2000)

Heft: 58

Artikel: I Parkinson e sonno : la paura della lunga notte

Autor: Sturzenegger, Matthias

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-815720

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

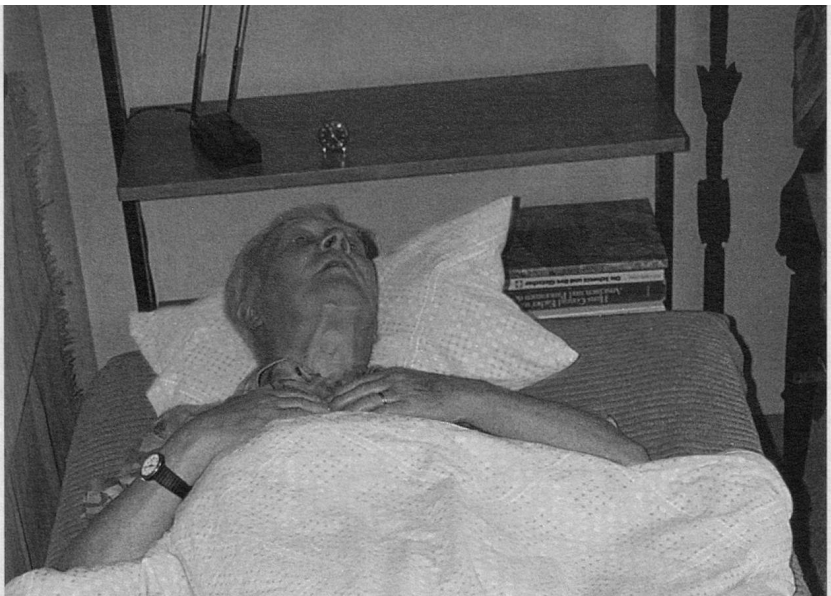
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch



I PARKINSON E SONNO

La paura della lunga notte

Circa il 25 per cento della gente dorme male. Per i malati di Parkinson, soprattutto nella fase avanzata della malattia, i disturbi del sonno – non necessariamente dovuti alla malattia – sono particolarmente penosi. Si possono però combattere.

Di Matthias Sturzenegger

Già James Parkinson, nel suo leggendario trattato sulla malattia di Parkinson, descrisse i disturbi del sonno credendo che fossero dovuti al tremore (ciò che vale anche oggi). I disturbi del sonno nella sindrome di Parkinson sono un problema importante: per il paziente perché ne soffre, e terapeuticamente per il medico, perché nello stadio avanzato della malattia, rappresentano la regola (circa l'80 per cento dei casi). Diversi sondaggi hanno identificato i disturbi del sonno, quale seconda causa della cattiva qualità di vita dopo quelli motori.

I disturbi del sonno e la loro causa

I disturbi del sonno sono diffusi anche al di fuori della malattia di Parkinson e negli ultimi anni vengono studiati intensamente. Un grosso problema consiste (e consisteva) nella definizione del concetto di «normale» riferito al sonno. Il sonno può essere «anormale» in riferimento alla sua durata. Napoleone dormiva in media quattro ore, Churchill otto. Nonostante Napoleone sia morto molto prima di Churchill, venne calcolato che – in base alle ore di veglia – e vissuto più ore di Churchill. Quale sonno era dunque normale?

Il sonno può avvenire però in modo «anormale»:

- difficoltà ad addormentarsi (25–65 per cento dei malati di Parkinson)
- frequenti risvegli (50–90% dei pazienti di Parkinson) risveglio precoce al mattino, fatti anormali durante il sonno (p. es. continui movimenti delle gambe) che impediscono un sonno profondo e ristoratore, sonnambulismo, ecc.)
- attacchi di epilessia
- disturbi della respirazione (p. es. sindrome di apnea del sonno continui brevi risvegli per lo più legati al russare e a pause respiratorie)
- dolori (p. es. artrosi o infiammazioni), problemi psicologici
- (es. paure, depressioni) alcool e caffè possono modificare il sonno. Il sonno è anormale quando il colpito ne soffre e quando vi sono effetti secondari (p. es. stanchezza diurna, disturbi della concentrazione, mal di testa, ecc.).

I disturbi del sonno nella malattia di Parkinson

Tutti i disturbi del sonno sopra descritti, indipendentemente dalla malattia, possono insorgere anche nei pazienti di Parkinson. Vogliamo però limitarci alle cause dei disturbi che insorgono per lo più nella malattia di Parkinson. Generalmente i disturbi del sonno, come pure i disturbi funzionali del sistema neurovegetativo, si manifestano nello stadio avanzato della malattia. Osseruazioni eseguite nel laboratorio del sonno hanno rilevato nei pazienti di Parkinson (senza terapia) una durata ridotta del sonno proporzionale alla gravità dei sintomi, specialmente dell'acinesia. Questo disturbo era reversibile quando i sintomi del Parkinson rispondevano alla somministrazione di L-Dopa.

Vi sono molte cause di disturbi del sonno nel pazienti di Parkinson (v. pagina 31):

- Il più importante sarebbe l'acinesia notturna, che impedisce al paziente di girarsi agevolmente e di trovare la posizione adatta per un buon sonno
- Quando, più tardi, compaiono discinesie e distonie, queste sono presenti anche di notte, spesso accompagnate da crampi dolorosi alle gambe.
- Disturbi della vescica, impellente bisogno di urinare, spesso doloroso; può capitare anche di essere incontinenti e quindi di «bagnarsi». Secondo lo stadio della malattia, que-

sti disturbi si osservano nel 40-70 per cento dei casi, quindi frequentemente.

- Dolori diffusi alla schiena e agli arti sono più frequenti di notte che di giorno, in parte parallelamente alla rigidità.
- Allucinazioni (per lo più visibile), incubi e confusione, nello stadio avanzato disturbano molto, soprattutto di notte, ed in parte sono accentuate dai medicamenti.
- Infine anche paure e pensieri, per esempio in caso di depressione, possono impedire di addormentarsi o portare ad un risveglio mattutino precoce.
- Sonno disturbato a causa di respirazione irregolare. L'acinesia si ripercuote sulla respirazione sotto diversi aspetti: respirazione breve e veloce. L'adattamento della respirazione alle mutate esigenze è disturbato: disturbi della parola, mancanza di respiro quando si è stanchi. Anche durante il sonno si sono constatati disturbi della respirazione. Fino ad 1/5 dei malati di Parkinson osservati soffrirebbe della cosiddetta sindrome di apnea del sonno (v. pagina 32). Tuttavia non esiste un collegamento con la durata o la gravità della malattia o della acinesia, così che l'associazione è del tutto casuale. Il consumo di alcool prima di andare a letto può peggiorare notevolmente una leggera sindrome di apnea del sonno.

Terapia: possibilità e applicazione

Per fortuna vi sono diverse possibilità terapeutiche, in parte molto efficaci, per un buon sonno anche per i pazienti di Parkinson. In prima linea vengono i preparati L-Dopa con effetto ritardato *(Sinemet CR, Madopar DR)* eventualmente combinati con un inibitore COMT o anche con dopaminagonisti con efficacia prolungata. Studi recenti con la Cabergolina, un dopamino-agonista che ha una lunga, permanenza nel corpo, mostrano una ottima efficacia relativa ai disturbi motori notturni e al sonno. La Cabergolina sembra essere chiaramente superiore ai preparati L-Dopa retard.

L'assunzione prima di coricarsi e il dosaggio progressivo deve venire provata con prudenza insieme al medico. Eventualmente varrebbe la pena di assumere un simile preparato anche durante la notte. Questo regime può influenzare positivamente anche i crampi ai polpacci e le distonie dolorose del piede ad insorgenza mattutina. Un bagno caldo o una passeggiata serale prima di coricarsi sono mezzi semplici, ma all'occasione efficaci.

- Un'importante misura preventiva contro le frequenti minzioni notturne, che però viene regolarmente «dimenticata», e quella di non bere almeno mezz'ora prima di coricarsi. Visite scrupolose hanno dimostrato che la causa dello stimolo a urinare e dell'incontinenza dei malati di Parkinson è legata all'iperattività del muscolo della vescica. Siccome il Parkinson concerne persone di un'età con molte altre problematiche della minzione (p. es. iperplasia della prostata), prima di iniziare la terapia sarà meglio fare un analisi approfondita del disturbo, rivolgendosi eventualmente ad un urologo. Non trovando altra spiegazione, diversi medicamenti possono calmare la vescica irritata: gli anticolinergici (p. es. *Spasmo-Urgenin Neo, Ditropan, Cetiprin*) o i medicamenti contro gli spasmi muscolari senza effetto anticolinergico (p. es. Urispas). Talvolta però i medicamenti non bastano. →

Parkinson: le cause dei disturbi del sonno

- acinesia notturna
- distonie, crampi ai polpacci
- stimolo impellente a urinare, incontinenza
- dolori (rigidità)
- confusione, allucinazioni, incubi
- paure, depressioni

Non dimenticare: i disturbi sono spesso indipendenti dal Parkinson!

Parkinson e disturbi del sonno: cosa fare?

Prevenzione:
- prima di andare a letto non bere
- niente alcool alla sera tardi
- eventualmente un bagno caldo, passeggiata serale (movimento)

Terapia:
- preparati retard per la notte quando vi è acinesia notturna
- medicamenti contro l'iperattività della vescica
- analgesici in caso di dolori
- adattamento dei medicamenti o neurolettici in caso di confusione o allucinazioni
- antidepressivi in caso di depressione
- antroposofia: usare con precauzione i sedativi (fanno effetto troppo a lungo il giorno dopo).Alla sera pediluvio caldo, frizioni ritmiche ai piedi e alle gambe con Solum oliginosum (Wala)

Una passeggiata serale concilia il sonno

Allora bisogna parlare col medico sull'opportunità di applicare un mezzo ausiliario meccanico, p. es. catetere o una deviazione diretta della vescica (suprapubica), che può dare un enorme sollievo.

- Niente da eccepire contro gli analgesici (p. es. antireumatici, preferibilmente in formula retard) se sono ben sopportabili.
- In caso di confusione o allucinazioni, adattare dapprima i medicamenti antiparkinson, p. es. ridurre le dosi per la notte. Se. ciò è impossibile, p. es. in caso di maggior rigidità (che a sua volta accentua i disturbi del sonno) devono venire somministrati dei sedativi (p. es. Clomethiazol,), o speciali neurolettici (Clozapin).
- Depressioni possono venire curate molto bene anche nei malati di Parkinson, con antidepressivi. Qui sono adatti medicamenti senza effetti collaterali colinergici, che calmano un po' e, se presi la sera, conciliano il sonno.

Come deve essere il letto

Su un materasso duro potete muovervi meglio. Un coprimaterasso di lana di pecora dà più calore di un normale mollettone.
Per coprirvi potete usare una coperta leggera che facilita il girarsi, p. es. una trapunta di seta naturale o di piume d'oca. Un ulteriore aiuto: calzerotti con i quali potete spingervi. Biancheria scivolosa (lenzuola e pigiama di seta) per potervi girare meglio. Contro il sudore eccessivo: cuscini di miglio o di spelta. Cuscini di erbe possono favorire il sonno.

Sindrome dell'apnea del sonno – che cos'è?

La tensione muscolare si allenta particolarmente durante il sonno profondo. Questa perdita di tensione concerne anche i muscoli della respirazione (palato, lingua, trachea). Inspirando, normalmente aumentiamo la tensione di questi muscoli affinché le vie respiratorie, tramite il risucchio dei polmoni, non si restringano. Durante il sonno questo meccanismo non è così efficiente. Quando le vie respiratorie superiori si restringono a causa del rilassamento dei muscoli del palato, della lingua e della trachea, si russa.

Varianti individuali, come la deviazione del setto nasale, tonsille ingrossate o aumento di tessuti adiposi a causa del sovrappeso, possono aumentare il restringimento delle vie respiratorie superiori. Quando si russa forte e ininterrottamente, a causa del restringimento delle vie respiratorie, aumenta la velocità e la pressione del respiro. Così l'area della trachea si restringe ancora di più, di modo che le vie respiratorie si chiudono temporaneamente (ostruzione) e si giunge all'arresto del respiro (apnea).

Ora il contenuto di ossigeno nel sangue diminuisce, l'anidride carbonica aumenta. Quando si supera o non si raggiunge un determinato valore critico, ecco che il centro della respirazione suona l'allarme nel cervello e la persona si sveglia. Il sonno viene interrotto inconsapevolmente e solo per pochi secondi. Col passaggio allo stato di veglia la tensione muscolare aumenta di nuovo, le vie respiratorie si allargano, la respirazione riprende per lo più con un sonoro russare, i valori di ossigeno e di anidride carbonica nel sangue si normalizzano, la persona si riaddormenta. Poco dopo tutto riprende da capo. Ciò può ripetersi nei casi più gravi alcune centinaia di volte per notte, ogni volta con il risveglio. Quando vi sono più di dieci pause di respiro di più di dieci secondi per ogni ora, si parla di sindrome di apnea del sonno ostruttiva (SAS) che deve essere curata.

Queste pause respiratorie possono, a dipendenza della durata e della frequenza, causare gravi conseguenze: forti reazioni del sistema neuro-vegetativo con aumento della pressione sanguigna e della frequenza del battito cardiaco (reazione di stress).Un apneico del sonno rischia maggiormente l'infarto o l'ictus, specialmente in caso di marcata SAS. La frequenza della SAS aumenta con l'età ed è più frequente tra gli uomini. I fattori di rischio sono il sovrappeso, consumo di alcool e di nicotina serale, l'assunzione di sedativi o lo stress.

La cura é semplice ed efficace: evitare i fattori di rischio. Nei casi manifesti si adottano apparecchi speciali per la respirazione nasale notturna. *stu*