



Distúrbios Intrínsecos do Sono

Introdução

A sonolência diurna excessiva (SDE) é uma queixa comum, cujas causas são numerosas e incluem:

- Distúrbios intrínsecos do sono (por exemplo, narcolepsia, síndrome de apneia/hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) e hipersónia idiopática;
- Distúrbios extrínsecos do sono devido a fatores externos (por exemplo, higiene inadequada do sono, síndrome do sono insuficiente, distúrbio do sono induzido por toxina);
- Alterações no ritmo circadiano do sono (por exemplo, mudança de fuso horário síndrome do “jet lag”, distúrbios do sono por trabalho de turnos);
- Distúrbios do sono associadas a problemas de saúde (por exemplo, demência, Parkinsonismo);
- Distúrbios do sono associados com perturbações mentais (por exemplo, psicoses, distúrbios do humor, distúrbios de ansiedade).

A história clínica detalhada, exames e pesquisas adequadas ajudarão a determinar a causa.

A melhor forma de tratar a SDE é tratar a sua causa subjacente.

Nos distúrbios intrínsecos do sono, especificamente a narcolepsia e a hipersónia idiopática, pode ser necessário considerar o tratamento com psicoestimulantes simpaticomiméticos tais como o metilfenidato e a dexanfetamina e/ou agentes de vigília, como o modafinil. O uso de agentes simpaticomiméticos só deve ser considerado em casos graves de apneia do sono, quando os outros tratamentos falharam.

O diagnóstico dos distúrbios intrínsecos do sono exige a avaliação por um médico com experiência no diagnóstico e tratamento de distúrbios do sono.

A. NARCOLEPSIA

1. Condição Médica

A **narcolepsia** é caracterizada por sonolência diurna descontrolada e pela iniciação do sono REM durante períodos em que a pessoa estaria normalmente acordada. O outro principal sintoma da narcolepsia é a cataplexia, súbita perda do tónus muscular voluntário, desencadeado pela experiência de uma emoção intensa, uma das mais comuns é a gargalhada.

Outros sintomas podem incluir a paralisia do sono (consiste em episódios transitórios de paralisia completa ao adormecer ou ao acordar) e/ou alucinações auditivas, ou visuais, ao adormecer (alucinações hipnagógicas), o sono noturno é quase sempre descrito como alterado.

A narcolepsia é uma doença para toda a vida, sem cura, normalmente os sintomas surgem, entre os 10 a 30 anos de idade, o diagnóstico pode ser difícil, pois a sintomatologia pode desenvolver-se lentamente ao longo de muitos anos, antes de se tornar grave o suficiente para afetar a vida diária.

2. Diagnóstico

Critérios de Diagnóstico (*com base nos critérios da Academia Americana de Medicina do Sono*)

- a) Sintomas de sonolência diurna excessiva que se verificam de forma constante (diariamente), pelo menos durante os últimos 3 meses; tipicamente os doentes dormem por um período de tempo reduzido, após o qual se sentem revigorados.

- b) História definitiva de cataplexia, ou seja, perda súbita do tônus muscular desencadeada por emoções fortes (medo, surpresa, ou, de forma mais segura, estímulos positivos, como brincar ou rir); estes sintomas são transitórios (menos de 2 minutos) e podem afectar os joelhos, o pescoço ou o rosto. Não há perda de consciência como ocorre em ataques com queda, desmaios ou outras perdas bruscas do tônus muscular;
- c) Exclusão de quaisquer condições médicas ou psiquiátricas que poderiam explicar a hipersónia. Isto deverá envolver um exame neurológico e psiquiátrico e análises negativas para drogas. Imagiologia cerebral não é obrigatória;
- d) Exclusão de outros distúrbios respiratórios ou perturbações do sono por meio de um estudo de polissonografia do sono noturno, realizado num centro referência de desordens do sono-vigília.
- e) Demonstração de pelo menos 2 latências do sono REM (SOREMs) durante um teste de sono de múltipla Latência (MSLT), com uma latência média de sono, de pelo menos 8 minutos (geralmente menos do que 5 minutos) para as 4 sessões de teste. O MSLT deve ser precedido de polissonografia nocturna. O sono antes da MSLT deve ser no mínimo de 6 horas de duração;

Nota: É importante observar que SOREMs, por si só, não são diagnóstico de narcolepsia e pode ser um fenómeno normal. Os SOREMs devem ser acompanhados por história clínica que suporte o diagnóstico e curta latência do sono no MSLT.

B. NARCOLEPIA SEM CATAPLEXIA (HIPERSONIA IDIOPÁTICA)

1. Condição Médica

A narcolepsia sem cataplexia pode ser considerada uma forma de idiopática de sonolência excessiva.

2. Diagnóstico

Este diagnóstico, no contexto da solicitação de uma AUT, apenas poderá ser aceite com grande precaução. Deve haver evidência objetiva de sonolência diurna excessiva com exclusão de causas extrínsecas.

Devem estar presentes os seguintes critérios de diagnóstico:

- a) Sonolência diurna excessiva com sestas que permitem recuperar a energia, e sem sintomas claros de cataplexia (a cataplexia pode surgir vários anos após o início da sonolência e resultar no diagnóstico da narcolepsia).
- b) Ausência de distúrbios respiratórios, durante um estudo de polissonografia nocturna do sono;

(no caso de repetidos despertares a síndrome de resistência das vias aéreas superiores, ou seja, vários eventos respiratórios podem estar relacionados com o despertar do sono, devem ser excluídos através da monitorização da pressão esofágica, e movimentos periódicos dos membros através de registos da atividade do tibial anterior por electromiografia (EMG)).
- c) Demonstração de pelo menos 2 SOREMs durante o MSLT, com uma latência média de sono inferior a 8 minutos.

(A duração do sono, na noite anterior, deverá ser superior a 6 horas, de forma a excluir a possibilidade de “rebound” do sono. O uso recente de antidepressivos deverá ser excluído, através de exame toxicológico, pois poderá existir um “rebound” do sono REM nos dias seguintes à cessação destas substâncias. Idealmente, a monitorização do tempo de sono durante uma semana deve ser realizada anteriormente para excluir comportamentos induzidos por sono insuficiente como causa da sonolência excessiva);
- d) Exclusão de causas de distúrbios extrínsecos do sono com base na história clínica e exame objetivo com principal ênfase em causas de origem neurológica e psiquiátrica.

C. APNEIA DO SONO / SÍNDROME DE HIPOPNEIA (SAHOS)

1. Condição médica

A **apneia do sono** é um distúrbio do sono caracterizado por pausas anormais na respiração ou casos de respiração anormalmente reduzida durante o sono. Cada pausa na respiração, chamada de uma apneia, pode durar de alguns segundos a minutos e pode ocorrer de 5 a 30 vezes, ou mais, por hora. O tipo mais comum de apneia do sono é a apneia obstrutiva do sono (AOS). O indivíduo com apneia do sono raramente está consciente da dificuldade em respirar, mesmo após acordar. A apneia do sono é reconhecida como um problema por outro indivíduo que testemunha os episódios (geralmente ronco alto e pausas respiratórias) ou devido a sonolência diurna secundária a níveis significativos de perturbações do sono.

2. Diagnóstico

A apneia do sono é diagnosticada com um estudo do sono durante a noite (polissonografia). Não existe um limite definido, mas a maioria dos especialistas consideram pacientes com mais de 10 apneias, ou hipopneias por hora de sono, como tendo AOS. A presença de sonolência moderada a grave, assim como de certas características da AOS, é frequentemente indicativo da síndrome da apneia obstrutiva do sono.

3. Boas Práticas Médicas

Tanto os simpaticomiméticos como psicoestimulantes (p. ex. metilfenidato e derivados de anfetamina) e agentes estimulantes (p. ex. modafinil) são considerados opções de tratamento para a componente SDE da **narcolepsia e da narcolepsia sem cataplexia**. Eles não têm nenhum efeito no componente da cataplexia da narcolepsia.

Diferentes países em todo o mundo têm preferências diferentes para o grupo de medicamentos que consideram de primeira linha, no entanto, o metilfenidato é muitas vezes preferido em detrimento da dexanfetamina, pois tem uma ação mais rápida e por ter menos efeitos adversos relatados.

O uso de simpaticomiméticos ou modafinil só deve ser considerado em casos graves de apneia do sono quando houve falha comprovada do CPAP (pressão positiva contínua das vias aéreas) para melhorar a apneia do sono. O tratamento inicial da apneia do sono passa por instituir uma mudança de comportamento, incluindo perda de peso e redução do consumo de álcool, no entanto, a base do tratamento da apneia moderada a grave é a utilização do CPAP. A evidência de que o CPAP falhou é necessária, em especial sob a forma de pesquisas objectivas como a polissonografia, antes de se considerar o início da terapêutica com agentes simpaticomiméticos ou modafinil.

Nome das Substâncias Proibidas	Via	Dose/Frequência	Duração recomendada do tratamento
Modafinil	Oral	A dose média é de 200-400mg em duas doses divididas (manhã e meio-dia, não mais tarde que as 16 h para evitar o início da insónia, a semivida é de 10-12 horas);ou como uma dose única de manhã.	Indefinida, mas a revisão periódica por um especialista de sono é considerado ser a prática aceite para regular a medicação e observar o progresso clínico.
Dexanfetamina, metilfenidato	Oral	Dexanfetamina: 5-60mg em doses divididas. A dose inicial usual é de 5 a 10 mg por dia em doses divididas, aumentando, se necessário em intervalos semanais de 5 a 10 mg, até um máximo de 60 mg por dia. Metilfenidato: 10-60mg A dose oral habitual é de 20 a 30 mg por dia em doses divididas, normalmente 30 a 45 minutos antes das refeições, mas a dose efectiva pode variar de 10 a 60 mg por dia.	Indefinida, mas a revisão periódica por um especialista de sono é considerado ser a prática aceite para regular a medicação e observar o progresso clínico.

4. Outros tratamentos alternativos permitidos

A. Narcolepsia e hipersónia idiopática

- Sestas programada ou voluntárias (sestras curtas podem ser úteis para algumas pessoas, horas de sono regulares e evitar a privação de sono são muito importantes, grandes refeições também devem ser evitadas durante o dia)
- Cafeína
- Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (SSRI), Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e da Noradrenalina (SNRI) ou antidepressivos tricíclicos em doses pequenas são o tratamento principal para a cataplexia e paralisia do sono. (Doentes que necessitam em simultâneo de estimulantes centrais e antidepressivos tricíclicos, requerem monitorização cuidadosa pois a associação pode produzir efeitos adversos graves, tais como arritmias cardíacas ou hipertensão).

B. Apneia do sono

- Pressão Positiva Contínua das vias aéreas (CPAP) (deve haver um insucesso comprovado desta terapêutica para poder ser elegível para medicação estimulante).
- Mudança de comportamento, incluindo redução da ingestão de álcool e perda de peso.

5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento

Incapacidade de funcionamento durante o dia devido a sonolência excessiva pode variar de *minor* a significativa, dependendo da atividade. Desportos que envolvem velocidade e risco significativo de lesões causadas por quedas (por exemplo, automobilismo, hipismo, esqui alpino) representam riscos significativos para atletas com distúrbios intrínsecos do sono e para os seus adversários.

6. Monitorização do Tratamento

Embora não exista disponível nenhuma monitorização da terapêutica, a resposta ao tratamento pode ser monitorizada pelo teste de “Manutenção da vigília”.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

A duração recomendada de uma AUT para Distúrbios Intrínsecos do Sono é de 4 anos, com revisão anual por um médico especialista.

8. Medidas de Precaução Apropriadas

O tratamento é apenas sintomático e não é obrigatoriamente diário. Muitos doentes preferem tomar a medicação apenas nos dias úteis (dias de trabalho) ou antes de uma determinada tarefa (por exemplo, uma viagem longa). No caso particular de uma AUT, deve-se questionar a necessidade absoluta de atenuar a sonolência, o que pode variar de acordo com o tipo de atividade desportiva.

9. Referências

American Academy of Sleep Medicine. *The international classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual*. American Academy of Sleep Medicine, 2005.

Banerjee D, Vitiella M, Grunstein R. Pharmacotherapy for excessive daytimesleepiness. *Sleep Medicine Reviews*. 2004; 8:339-354.

US Modafinil in Narcolepsy Multicenter Study Group. Randomized trial of modafinil as a treatment for the excessive daytime somnolence of narcolepsy. *Neurology*.2000; 54: 1166–75.

Kingshott RN, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial of modafinil in the treatment of residual excessive daytime sleepiness in the sleep apnea/hypopnea syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2001; 163: 918–23.

Nishino S, Mignot E. Drug treatment of patients with insomnia and excessive daytime sleepiness. *Clin Pharmacokinet*. 1999; 37: 305–30.

Mitler MM, Hayduk R. Benefits and risks of pharmacotherapy for narcolepsy. *Drug Safety*. 2002; 25: 791–809.

Morgenthaler TI, et al. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine: Practice parameters for the treatment of narcolepsy and other hypersomnias of central origin. *Sleep*. 2007; 30: 1705–11.

Nishino S, Mignot E. Narcolepsy and cataplexy. *Handbook of Clinical Neurology*.2011; 99:783-814.

Nishino S, Mignot E. Narcolepsy and cataplexy. *Handbook of Clinical Neurology*. 2011; 99:783-814.

Pack AI, Pien GW. Update on sleep and its disorders. *Annual Review of Medicine*. 2011; 62: 447-60.

Roth T, Bogan RK, Culpepper L, et al. Excessive sleepiness: under-recognised and essential marker for sleep/wake disorder management. *Current Medical Research and Opinion*. 2010; 26 Suppl 2: S3-24.