



Distúrbios Intrínsecos do Sono

Introdução

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

- Distúrbios intrínsecos do sono (por exemplo, narcolepsia, síndrome de apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) e hipersônia idiopática;
- Distúrbios extrínsecos do sono que se originam ou desenvolvem por causas externas ao organismo, (por exemplo, higiene inadequada do sono, síndrome do sono insuficiente, distúrbios do sono por dependência de drogas estimulantes).
- Distúrbios do sono relacionados ao ritmo circadiano do sono (por exemplo, mudança de fuso-horário síndrome do “jet lag”, trabalhos em turnos com padrão incompatíveis com o ciclo de sono/vigília);
- Distúrbios do sono associadas a problemas de saúde (por exemplo, demência, Parkinsonismo);
- Distúrbios do sono associados a transtornos mentais (por exemplo, psicoses, distúrbios do humor, distúrbios de ansiedade).

A história clínica detalhada, exames e investigações adequadas irão ajudar a determinar a causa.

O tratamento para a SED torna-se mais eficaz quando faz-se o tratamento da causa subjacente.

No tratamento dos distúrbios intrínsecos do sono, especificamente a narcolepsia e a hipersônia primária, pode-se justificar o uso de medicamentos psicoestimulantes com efeitos simpaticomiméticos, tais como o metilfenidato e a dexanfetamina e ainda o modafinil, devido seu efeito promotor do estado de vigília. O uso de agentes simpaticomiméticos somente deve ser considerado em casos graves de apnéia do sono, quando os pacientes não responderem a outros tratamentos.

O diagnóstico dos distúrbios intrínsecos do sono exige a avaliação de um médico especialista em medicina do sono.

A. NARCOLEPSIA

1. Condição Médica

A narcolepsia é uma doença que se caracteriza por uma sonolência diurna excessiva e descontrolada, que ocasiona o início do sono REM durante os períodos que uma pessoa, normalmente, estaria acordada. O outro principal sintoma da narcolepsia é a cataplexia, isto é, a perda súbita e reversível da força muscular, precipitadas por fortes emoções, sendo a gargalhada uma das mais comuns.

Outras manifestações clínicas podem incluir a paralisia do sono (caracterizada por paralisia temporária de todo corpo, que se sucede imediatamente após o despertar, ou mais raramente, logo após adormecer) e/ou alucinações hipnagógicas (auditivas ou visuais, ao adormecer), o sono noturno é quase sempre descrito como perturbado.

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

2. Diagnóstico

Os Critérios de Diagnóstico (com base nos critérios da Academia Americana de Medicina do Sono) são:

- a. Sonolência excessiva diurna grave, ocorrendo diariamente por pelo menos nos últimos 3 meses; tipicamente os pacientes dormem por um curto período de tempo, promovendo uma satisfação também por curtos períodos.
- b. História definitiva de cataplexia, ou seja, perda súbita da força muscular precipitada por fortes emoções (medo, surpresa, ou, de forma mais confiável, estímulos positivos, como brincar ou rir); estes sintomas são temporários (cerca de 2 minutos) e podem afetar os joelhos, o pescoço ou o rosto. Não há perda de consciência como ocorre em ataques com queda, desmaios ou outras perdas bruscas da força muscular;
- c. Exclusão de quaisquer condições médicas ou psiquiátricas que poderiam explicar a hipersônia. Isto deverá envolver uma avaliação neurológica e psiquiátrica e análises negativas para drogas. Imagiologia cerebral não é obrigatória;
- d. Exclusão de outras doenças respiratórias ou perturbações do sono com avaliação através de polissonografia do sono noturno, realizado num centro especializado do diagnóstico dos distúrbios do sono.
- e. Demonstração de pelo menos 2 latências do sono REM (SOREMs) durante um teste múltiplo de Latência do sono (TLMS), com uma latência média de sono, de pelo menos 8 minutos (geralmente menos do que 5 minutos) para as 4 sessões de teste. O TLMS deve ser precedido da polissonografia noturna. 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 fenômeno normal. Os SOREMs devem ser acompanhados por história clínica que suporte o diagnóstico e curta latência do sono no TLMS.

B. NARCOLEPIA SEM CATAPLEXIA (HIPERSONIA IDIOPÁTICA)

1. Condição Médica

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

2. Diagnóstico

Este diagnóstico, no contexto da solicitação de uma AUT, apenas poderá ser aceite com muita cautela. Deve existir evidências objetivas de sonolência excessiva diurna, com exclusão de todas as causas extrínsecas.

Devem estar presentes os seguintes critérios de diagnóstico:

- a. Sonolência excessiva diurna com cochilos satisfatórios, e sem sintomas algum de cataplexia (a cataplexia, contudo, pode surgir vários anos após o início da sonolência e resultar no verdadeiro diagnóstico da narcolepsia).
- b. Ausência de distúrbios respiratórios na polissonografia noturna 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 registros da análise eletromiográfica do músculo tibial anterior);

- c. Demonstração de pelo menos 2 SOREMs durante o TLMS, 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 “rebote” do sono. O uso recente de antidepressivos deverá ser eliminado, através do exame toxicológico, pois pode haver uma recuperação do sono REM nos dias seguintes à cessação destas substâncias. Idealmente, o monitoramento 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 provenientes de distúrbios extrínsecos do sono com base na história clínica e exames com foco nas 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 apnéia, pode durar de alguns segundos a minutos e pode ocorrer de 5 a 30 vezes, ou mais, por hora. O tipo mais comum de apnéia do sono é a apnéia obstrutiva do sono (OSA). O paciente com apnéia do sono raramente está consciente da dificuldade em respirar, mesmo após acordar. A apnéia 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 apnéia do sono é diagnosticada por 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 OSA. A presença de sonolência moderada a grave, assim como as características da OSA, é muitas vezes indicado como síndrome da apnéia obstrutiva do sono.

3. Boas Práticas no Tratamento Médico

Tanto os psicoestimulantes simpaticomiméticos (p. ex. metilfenidato e derivados de anfetamina) quanto os agentes estimulantes (p. ex. modafinil) são considerados opções de tratamento adequado para a componente SED da narcolepsia e da narcolepsia sem cataplexia. Eles não têm efeito sobre a componente cataplexia da narcolepsia.

Diferentes países ao redor do mundo têm preferências diferentes para o grupo de medicamentos que consideram de primeira escolha, no entanto, o metilfenidato é muitas vezes preferido em relação a dexanfetamina, pois tem uma ação mais rápida e é considerado como tendo menos efeitos adversos.

O uso de simpaticomiméticos ou modafinil só deve ser considerado em casos graves de apneia do sono quando houver falha comprovada do CPAP (pressão positiva contínua das vias aéreas) para melhorar a apneia do sono. O tratamento inicial da apneia do sono deve ser feito com 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 particular sob a forma de investigações objetivas 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 tomas (manhã e meio-dia, não mais tarde que 16 h, isso para evitar o início do sono, a semi-vida é de 10-12 horas); ou ainda como uma dose única de manhã.	Indeterminado, porém uma revisão regular por um especialista de sono é a prática considerada aceita para regular a medicação e observar o progresso clínico.
Dexanfetamina, metilfenidato	Oral	Dexanfetamina: 5-60mg em doses separadas. A dose inicial usual é de 5 a 10 mg por dia em doses separadas, 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 separadas, normalmente 30 a 45 minutos antes das refeições, mas a dose eficaz pode variar de 10 a 60 mg por dia.	Indeterminado, porém uma revisão regular por um especialista de sono é a prática considerada aceita para regular a medicação e observar o progresso clínico.

4. Outros tratamentos alternativos não proibidos

A. Narcolepsia e hipersônia idiopática

- Cochilos programados ou voluntários (sonecas 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) e da Noradrenalina (SNRI) ou antidepressivos tricíclicos em pequenas doses são o principal tratamento para a cataplexia e paralisia do sono. (Pacientes que necessitam da associação de estimulantes centrais e antidepressivos tricíclicos, devem ter um acompanhamento cuidadoso pois a associação dos mesmos pode produzir efeitos adversos graves, tais como arritmias cardíacas ou hipertensão).

B. Apneia do sono

- Pressão Positiva Contínua das vias aéreas (CPAP) (deve haver uma ineficácia comprovada desta terapêutica para poder se optar 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 diurno devido a sonolência excessiva, que pode variar de menor a significativa, dependendo da atividade. Esportes que envolvem velocidade e risco significativo de ferimentos causadas por quedas (por exemplo, automobilismo, hipismo, esqui alpino) representam riscos significativos para atletas com distúrbios intrínsecos do sono e para os seus concorrentes.

6. Monitorização do Tratamento

Embora não haja disponível nenhum monitoramento da terapêutica, a resposta ao tratamento pode ser monitorada 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 pacientes preferem tomar os medicamentos apenas nos dias úteis (dias de trabalho) ou antes de uma determinada tarefa (por exemplo, uma longa viagem). 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.

Informação médica para apoio das decisões da CAUT
DISTÚRBIOS INTRÍNSECOS DO SONO

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.