

Schlafattacken – was steckt dahinter ?

Neben einer dopaminergen Medikation spielen viele Ursachen eine Rolle

Einer Umfrage zufolge treten bei rund 10 Prozent der Parkinson-Patienten unerwartete „Schlafattacken“ auf. Ursachen und Konsequenzen dieses Phänomens werden in folgendem Beitrag diskutiert.

1999 wurde ein Bericht veröffentlicht, demzufolge acht Parkinson-Patienten am Steuer ihres Autos eingeschlafen waren und hierdurch Verkehrsunfälle verursacht hatten. Sieben Patienten wurden mit Pramipexol (Sifrol[®]), ein weiterer Patient zunächst mit Pramipexol und anschliessend mit Ropinirol (Requip[®]) behandelt.

Weil 5 Patienten berichteten, dass sie unerwartet und ohne Vorwarnung eingeschlafen seien, führten die Autoren den Begriff "Schlafattacke" ein. Nach Absetzen beziehungsweise Reduktion der Nonergolin-Dopaminagonisten sistierten die "Schlafattacken". Als Konsequenz wurde in die Fach- und Gebrauchsinformation von Sifrol[®] und Requip[®] ein Warnhinweis aufgenommen, demzufolge Patienten darauf hinzuweisen sind, dass sie unter der Therapie kein Kfz führen sollen. Weitere Fallberichte folgten und führten zu der Annahme, dass es sich bei dem Phänomen der "Schlafattacken" um einen Klasseneffekt dopaminerger Medikamente handeln könnte.

Die Existenz von "Schlafattacken" im engeren Sinne ist allerdings anzuzweifeln. Bei der Narkolepsie tritt plötzliches Einschlafen typischerweise im Rahmen einer vorbestehenden Tagesmüdigkeit auf und auch bei Normalpersonen wird grundsätzlich ein allmählicher Übergang aus dem Wach- in den Schlafzustand angenommen. Insgesamt sind "Schlafattacken" nicht mit den aktuellen Vorstellungen zur Pathophysiologie des Schlafes vereinbar und gelten nicht als Symptom der in der internationalen Klassifikation der Schlafstörungen genannten Erkrankungen. Wir ziehen daher den Begriff "unfreiwillige Schlafepisode" vor.

Neun von zehn Patienten schlafen schlecht

In Analogie zur Narkolepsie ist zu spekulieren, dass unfreiwillige Schlafepisoden bei Parkinson-Patienten eine Folge von Tagesmüdigkeit darstellen. So berichten bis zu 90% der Parkinson-Patienten über einen gestörten Nachtschlaf. Dieser kann zum einen aus den motorischen Symptomen (beispielsweise einer nächtlichen Akinese) resultieren. Zum anderen ist bei der Parkinson-Krankheit die Prävalenz von periodischen Beinbewegungen im Schlaf, der REM-Schlafverhaltensstörung und möglicherweise auch des Restless-Legs-Syndroms erhöht. Darüber hinaus wird angenommen, dass der Untergang spezifischer Hirnstammneurone zu einer intrinsischen Störung der Schlafarchitektur führt.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass Schläfrigkeit - trotz der überwiegend aktivierenden Wirkung von Dopamin - eine häufige Nebenwirkung von L-Dopa und der Dopaminagonisten ist.

Im klinischen Umgang mit Parkinson-Patienten lässt sich zunächst feststellen, dass sich die Schläfrigkeitsbezogenen Nebenwirkungen willkürlich in drei Gruppen einteilen lassen:

- subjektiv plötzliches Einschlafen ohne vorherige Tagesmüdigkeit
- rasches Einschlafen mit vorheriger Tagesmüdigkeit
- Tagesmüdigkeit ohne unfreiwillige Schlafepisoden.

In eigenen Untersuchungen fand sich bei sechs Parkinson-Patienten, die spontan über "Schlafattacken" berichteten und bei gezielter Anamnese ein subjektiv plötzliches (n=2) oder ein rasches Einschlafen (n=4) ohne beziehungsweise mit vorheriger Tagesmüdigkeit aufwiesen, polysomnographisch eine gestörte Schlafstruktur. Zudem wurde der Punktwert in der "Epworth Sleepiness Scale" (ESS) erhoben und ein Multipler Schlaflatenztest (MSLT) sowie eine

Vigilanzmessung durchgeführt. Fünf Patienten nahmen zusätzlich an einer Fahrsimulation teil. Alle Patienten wiesen in mindestens zwei der zuletzt genannten Untersuchungen pathologische Ergebnisse auf, was den Verdacht auf das Vorliegen von Tagesmüdigkeit in diesen Patienten erhärtet. Dennoch war es, was in Anbetracht der geringen Patientenzahl nicht erstaunt, nicht möglich, durch die Ergebnisse in den (Labor)untersuchungen (ESS, MSLT, Vigilanzmessung) die Leistungen bei der Fahrsimulation vorherzusagen.

Schätzen Patienten ihre Wachheit falsch ein?

Im Sommer 2000 wurde ein Fragebogen zu plötzlichem Einschlafen an mehr als 10.000 Mitglieder der deutschen Parkinson-Vereinigung e.V. versendet. Die Rücklaufquote war mit 63% ungewöhnlich hoch. Etwa 40 Prozent der Befragten gaben an, plötzlichliches Einschlafen zu kennen. Ungefähr 10 Prozent der Betroffenen berichteten, dass das plötzlichliche Einschlafen unerwartet und ohne vorherige Müdigkeit auftritt, während die restlichen Patienten plötzlichliches Einschlafen nur mit vorheriger Müdigkeit oder beides kennen. Vorläufigen Ergebnissen zufolge ergeben sich zwischen diesen Gruppen keine relevanten Unterschiede hinsichtlich Risikofaktoren und anderer Charakteristika, so dass sich die Annahme, dass das subjektiv plötzlichliche Einschlafen ohne vorherige Müdigkeit Folge einer fehlerhaften Einschätzung der eigenen Wachheit ist, möglicherweise bestätigt. Ferner treten "Schlafattacken" unter jeglicher dopaminergischer Medikation auf und weisen wahrscheinlich eine, wenn auch geringe, Dosisabhängigkeit auf. Als weitere Risikofaktoren wurden u.a. das Alter und die Krankheitsschwere identifiziert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass unfreiwillige Schlafepisodes ein relevantes Problem in der Behandlung von Parkinson-Patienten darstellen. Zwar muss das Konzept der "Schlafattacken" aus oben genannten Gründen überdacht werden. Die bisherigen Daten belegen dennoch eine deutlich erhöhte Gefährdung im Strassenverkehr hin. Der Prädiktion unfreiwilliger Schlafepisodes kommt daher offensichtlich eine besondere Bedeutung zu.

Aufgrund der zahlreichen Variablen, die letztlich für das Auftreten unfreiwilliger Schlafepisodes verantwortlich zu sein scheinen, plädieren wir für eine individuelle Einschätzung der Fahrtauglichkeit jedes einzelnen Patienten, um ein allgemein ausgesprochenes Fahrverbot unter einer bestimmten Medikation oder bei einer bestimmten Krankheitsschwere zu vermeiden.

J.C. Möller*, Y. Körner[§], C. Roth[§], K. Stiasny*, H.-P. Krüger[§], W.H. Oertel*

*Klinik für Neurologie, Philipps-Universität Marburg

[§]Interdisziplinäres Zentrum für Verkehrswissenschaften, Institut für Psychologie, Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Korrespondenzadresse:

Dr. J.C. Möller, Klinik für Neurologie, Philipps-Universität Marburg

Rudolf-Bultmann-Str. 8

D-35039 Marburg

Tel.: 06421-2865200

Fax: 06421-2867055

Email: moellere@mail.uni-marburg.de