

Ein multifaktorielles geriatrisches Syndrom

Chronische Schlafstörungen

Dr. med. Aline Mendes^a, Dr. med. Samuel Perivier^a, Dr. med. Bentolhoda Heyrani Nobari^a,
Dr. med. Katerina Cervena^b, Dr. med. Stephen Perrig^b, Dr. med. Dina Zekry^a

^a Département de médecine interne, réhabilitation et de gériatrie, Service de gériatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Thônex

^b Laboratoire du sommeil, Département de santé mentale et psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Chêne-Bourg.



In der geriatrischen Population treten häufig Schlafstörungen auf. Oft werden diese als normales Phänomen des Alterungsprozesses gedeutet. Tatsächlich ändert sich mit steigendem Alter die Schlafarchitektur. Nichtsdestotrotz darf das Alter allein nicht als Ursache von Schlafstörungen angesehen werden. Bei Schlafbeschwerden, gleich ob quantitativer oder qualitativer Art, müssen bestimmte Erkrankungen ausgeschlossen werden, die bei älteren Menschen häufiger vorkommen und von einer spezifischen Behandlung profitieren.

Einleitung

Schlafbeschwerden nehmen mit steigendem Alter zu. Bei älteren Menschen beträgt die Prävalenz von Schlafstörungen über 50%. Sie sind mit einer höheren Morbidität und Mortalität assoziiert und wirken sich auf die kognitiven Fähigkeiten, die Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität der Patienten aus. Die Diagnostik beinhaltet das standardisierte geriatrische Assessment und erfordert eine umfassende Versorgung, die sich am Profil der Komorbiditäten orientiert.

Es gibt zwei Schlaftypen: den paradoxen («rapid eye movement» [REM]) und den langsamwelligen (Non-REM) Schlaf, der wiederum in drei Stadien mit zunehmender Schlaftiefe (N1, N2 und N3) unterteilt wird. Bei älteren Menschen sind der Tiefschlafanteil (N3) und (in geringerer Masse) der Anteil des paradoxen Schlafs verringert, während der Anteil der «leichteren» Schlafstadien (N1 und N2) erhöht ist. Wahrscheinlich resultieren diese Umstrukturierungen aus Veränderungen der homöostatischen Schlafregulation und führen zu einer Schlaffragmentierung, die sich in einer Zunahme der Aufwachhäufigkeit und des Kurzerwachens äussert. Weitere beobachtete Veränderungen sind die Zunahme der Einschlaflatenz sowie der Gesamtliegezeit im Bett mit einer Abnahme der Schlaffeffektivität (Verhältnis zwischen effektivem Schlaf und Liegezeit im Bett) sowie vorzeitigem Aufwachen. Dies soll mit einer Störung des Schrittmachers der inneren Uhr (Nucleus suprachiasmaticus) oder einer Abnahme der Exposition gegenüber externen Synchronisationsfaktoren (verringerte Tageslichtexposition und Tagesaktivität) zusammenhängen. Ferner ist im Alter eine progressive

und kontinuierliche Abnahme der Amplitude der Melatoninsekretion zu beobachten [1].

Diese Veränderungen beginnen ab dem Alter von 60 Jahren und stehen in keinem direkten Zusammenhang mit der von den Patienten berichteten Schlafwahrnehmung. Eine in der Schweiz durchgeführte Populationsstudie hat sogar gezeigt, dass die Tagesschläfrigkeit, welche mittels Epworth-Schläfrigkeitsskala erfasst wird, mit steigendem Alter abnimmt. Daher ist es wichtig, Komorbiditäten als Ursache für Tagesschläfrigkeit bei älteren Menschen abzuklären [2].

Am wahrscheinlichsten ist, dass einige der oben genannten physiologischen Veränderungen die Vulnerabilität älterer Menschen erhöhen, wodurch Schlafstörungen infolge der Wechselwirkung medizinischer und/oder neuropsychiatrischer Komorbiditäten begünstigt werden.

Die am häufigsten verwendete Klassifikation für Schlafstörungen («International Classification of Sleep Disorders» [ICSD-3]) wurde im Jahr 2014 überarbeitet und beinhaltet heute sieben grosse klinische Kategorien mit 60 verschiedenen Fachdiagnosen [3]. Sie kann als Ausgangspunkt und zur Standardisierung der Nomenklaturen dienen, nichtsdestotrotz ist für eine optimale Behandlung ein Ansatz wichtig, der die Besonderheiten und Nuancen der älteren Population berücksichtigt.

Komorbidie Insomnie bei älteren Menschen

Insomnie ist definiert als beständige Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten beziehungsweise gestörte



Aline Mendes

Schlafqualität – trotz adäquater Schlafgelegenheiten und -umstände –, die sich auf den Tag auswirken (Müdigkeit, Unaufmerksamkeit, Reizbarkeit usw.). Bestehen diese Probleme seit mindestens drei Monaten, handelt es sich um eine chronische Insomnie.

Die Unterschiede zwischen primärer und sekundärer Insomnie wurden mit der neuen ICSD-3-Klassifikation abgeschafft, um die Diagnostik zu vereinfachen und weil es schwer ist, eine gesicherte sekundäre Ätiologie zu bestimmen. Nichtsdestotrotz sind bis zu 83% der älteren Patienten mit Schlafstörungen von Insomnie aufgrund medizinischer und neuropsychiatrischer Komorbiditäten betroffen. Daher stellt die Untersuchung auf Komorbiditäten bei der Evaluation einen wichtigen und unerlässlichen ersten Schritt dar.

Eine isolierte Insomnie ohne Komorbidität, die durch eine ungeeignete Schlafstrategie oder unangemessene Schlafhygiene bedingt ist, stellt im geriatrischen Bereich nach wie vor eine Ausschlussdiagnose dar.

Insomnie und Schmerzen

67–88% der Personen mit einer chronischen Schmerzstörung leiden unter Schlafbeschwerden, wobei der genaue Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen jedoch noch nicht vollständig geklärt ist. Schlafstörungen sollen das Risiko für eine spätere chronische Schmerzstörung erhöhen.

Für eine spezifische Behandlung der Insomnie entsprechend der verschiedenen Schmerzstörungen (neurogene, muskulo-skelettale, Kopf-, idopathische Schmerzen) gibt es keine Evidenz.

Neben einem möglichen pathophysiologischen Zusammenhang beider Erkrankungen, ist Schmerzen eine Ursache für nächtliches Erwachen. Bei Schmerzpatienten sind eine starke Schlafragmentierung, Durchschlafstörungen unterschiedlichen Ausmasses und häufigeres Kurzerwachen zu beobachten. Die Gesamtschlafdauer ist im Allgemeinen verringert und der Schlaf wird als nicht erholsam wahrgenommen. Die Schlafragmentierung kann ferner zu schlafbezogenen Atmungsstörungen (Schlafapnoesyndrome werden häufig durch unruhigen Schlaf begünstigt) führen (oder diese verstärken). Bei Patienten mit Schlafbeschwerden wird eine Schmerzevaluation empfohlen (und umgekehrt), um anschliessend eine spezifische Schmerzbehandlung in Kombination mit Massnahmen zur Schlafhygiene einzuleiten.

Insomnie und Depression

60–80% der Patienten mit der Diagnose Depression sind, unabhängig vom Alter, von Insomnie betroffen. Wie auch bei kognitiven Störungen besteht hierbei eine bidirektionale Assoziation, da chronische Insom-

nie ebenfalls ein Risikofaktor für eine komorbide Depression ist. Ferner kann die Behandlung einer depressiven Episode die Schlafqualität verschlechtern, wie dies bei Antidepressiva wie selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern nachgewiesen wurde, welche eine Abnahme des REM-Schlafs und sogar eine Zunahme der nächtlichen Aufwachhäufigkeit bewirken. Darüber hinaus kann eine komorbide Depression auch bei chronischen Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung auftreten.

Bei der Befragung von den Patienten geäusserte starke Schlafbeschwerden können andere depressive Symptome maskieren. Dies ist insbesondere bei älteren Menschen der Fall, die häufig subklinische Depressionen aufweisen, welche schwer zu erkennen sind. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, alle älteren Menschen mit Schlafbeschwerden, selbst wenn letztere isoliert auftreten, anhand einer objektiven Beurteilung mittels einer validierten Skala (wie z.B. der «Geriatric Depression Scale» [GDS]) auf Depressionen zu untersuchen.

Der enge Zusammenhang zwischen Schlaf, Depression und anderen Komorbiditäten gestaltet die Behandlung älterer Menschen komplex. Einerseits bestehen häufig multiple Ätiologien, andererseits muss die Behandlung von Schlafstörungen stets mit einer pharmakologischen oder nichtpharmakologischen Behandlung der Depression einhergehen. Verhaltensmassnahmen und Chronotherapie sind hier besonders erfolgreich und sollten ab Versorgungsbeginn so schnell wie möglich zum Einsatz kommen. Das Prinzip der Chronotherapie beruht auf der Resynchronisation des Schlaf-Wach-Rhythmus. Dabei legt der Arzt die Schlafenszeiten für die gesamte Woche nach einem strengen Protokoll fest. Diese Methode weist keine Nebenwirkungen auf, ist jedoch bei ambulanter Versorgung von der Compliance des Patienten abhängig. Sie kann mit anderen Synchronisationsmethoden wie Melatoningabe oder Lichttherapie kombiniert werden. In der klinischen Praxis können wir die Resynchronisation des zirkadianen Rhythmus umsetzen, indem wir unsere Patienten zu vermehrten Tagesaktivitäten, insbesondere ausserhalb ihres Zuhauses motivieren, um die mit einer psychosozialen Desynchronisation verbundene Isolation zu verhindern.

Insomnie und kognitive Störungen

Demenz geht häufig mit Schlafstörungen einher. Diese können bereits in der Frühphase der Erkrankung auftreten. 25–40% der Patienten mit leichten kognitiven Störungen leiden an subjektiv empfundenen Schlafbe-

schwerden. Die am häufigsten beobachteten Veränderungen sind häufiges Erwachen, zu frühes morgendliches Erwachen und Tagesschläfrigkeit. Es soll eine Korrelation zum Schweregrad der Demenz bestehen, wie man bei fortgeschrittener Alzheimer-Krankheit mit schwergradig gestörter Schlafarchitektur beobachten kann.

Die Ätiologie ist multifaktoriell und geht wahrscheinlich mit einer Schädigung der am Ein- und Durchschlafen beteiligten Hirnstrukturen (Nucleus suprachiasmaticus) einher, die sich unter anderem in einer veränderten Melatoninsekretion äussert. In einem grösseren Zusammenhang gesehen ist es wahrscheinlich, dass Patienten mit kognitiven Störungen, besonders bei Verhaltensstörungen und anderen Komobiditäten, empfindlicher auf Umweltfaktoren reagieren.

Schlafstörungen bei Demenz können die kognitiven Funktionen verschlechtern, die Lebensqualität beeinträchtigen und die Belastung der Pflegenden erhöhen. In Abbildung 1 sind die einzelnen Reflexionsschritte bei der Versorgung dieser Patienten dargestellt.

Der erste Schritt besteht darin, das Schlafprofil zu bestimmen, nach Komorbiditäten zu suchen und/oder bereits bestehende Komorbiditäten zu stabilisieren. Des Weiteren ist die pharmakologische Behandlung zu überprüfen, um Medikamente ausfindig zu machen, die sich negativ auf die Schlafqualität auswirken. Unabhängig von der ermittelten Ursache ist ein nichtpharmakologischer Ansatz die Behandlung erster Wahl. Zunächst sollten daher Massnahmen zur Schlafhygiene (Tab. 1) umgesetzt werden, wie die Vermeidung koffeinhaltiger Getränke, die Verkürzung von Nickerchen (auf unter eine Stunde) und der im Schlafzimmer verbrachten Zeit (letzteres sollte ausschliesslich zum Schlafen genutzt werden) sowie die weitestgehende Ausschalt-

ung auditiver und visueller Reize in der Nacht. Des Weiteren haben sich bestimmte psychoedukative Empfehlungen, wie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Aktivität, zum Beispiel in Form von Spazierengehen im Freien, bewährt.

Pharmakologische symptomatische Behandlungen können zusätzlich zu nichtpharmakologischen Massnahmen verschrieben werden. Die in dieser älteren Population am häufigsten eingesetzten Medikamente sind sedierende Antidepressiva (Trazodon [Trittico®], Mirtazapin [Remeron®]), Melatonin (Circadin®) und Zolpidem (Stilnox®), obgleich diese kaum in randomisierten Studien untersucht wurden [4]. Zur Anwendung sedierender Antidepressiva ist anzumerken, dass die Dosierung geringer als üblich ist, 25–100 mg bei Trazodon und 7,5–15 mg bei Mirtazapin. Der Einsatz von Benzodiazepinen ist aufgrund ihrer negativen Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten theoretisch untersagt. Der Einsatz von Neuroleptika ist auf Patienten mit Symptomen aus dem psychotischen Formenkreis beschränkt.

Die klinische Wirkung von Cholinesterase-Hemmern auf den Schlaf von Demenzpatienten ist nach wie vor umstritten. Die theoretische Wirkung basiert auf der Rolle von Acetylcholin bei der Aufrechterhaltung des Wachzustands. In der Praxis können diese Wirkstoffe jedoch Schlaflosigkeit und Alpträume verursachen.

Die Lewy-Körper-Demenz und der Morbus Parkinson gehen häufig mit einer besonderen Schlafstörung einher: einer Verhaltensstörung während des paradoxen Schlafs (bis zu 30% bei Morbus Parkinson, mitunter noch vor dem Auftreten der Erkrankung). Anhand der Befragung des Lebenspartners kann eine Verdachtsdiagnose gestellt werden (anormale, mitunter komplexe Verhaltensweisen, bei denen der Patient im Schlaf spricht, lacht, gestikuliert und sich bewegt, also seine Träume motorisch ausagiert), die anschliessend durch eine Polysomnographie bestätigt wird. Diese Traum-Schlaf-Verhaltensstörung entsteht durch den Verlust der physiologischen Atonie während der REM-Phase, in welcher der Patient träumt. Häufig besteht ein Zusammenhang zwischen dem Trauminhalt und dem anormalen Verhalten. Die Schaffung einer sicheren Schlafumgebung für den Patienten und seinen Lebenspartner ist unerlässlich, um Stürze aus dem Bett oder Verletzungen zu vermeiden. Die pharmakologische Behandlung mit Melatonin ist die Behandlung erster Wahl, gefolgt von gering dosiertem Clonazepam.

Schlafbezogene Atmungsstörungen

Zu dieser Gruppe gehören das obstruktive oder zentrale Schlafapnoesyndrom sowie das schlafbezogene Hypoventilationssyndrom.

Tabelle 1: Regeln zur Schlafhygiene (nach [6]).

Eine körperliche Aktivität am Tage einplanen (z.B.: Spazierengehen).

Sich täglich dem Tageslicht aussetzen.

Vermeiden von Koffein-, Alkohol- und Tabakkonsum am späten Nachmittag und Abend.

Vermeiden von psychisch anregenden Tätigkeiten wie Lesen, Fernsehen oder Computernutzung im Bett (die Zeit im Bett sollte dem Schlafen oder sexuellen Aktivitäten vorbehalten sein).

Beschränken der im Bett verbrachten Zeit.

Vermeiden von Nickerchen tagsüber oder beschränken dieser auf eine Dauer von 30 Minuten vor 15 Uhr.

Kontrolle der Schlafumgebung: Temperatur anpassen, Lärmexposition vermeiden und für Dunkelheit sorgen.

Erst schlafen gehen, wenn man müde ist.

Regelmässige Zubettgeh- und Aufstehzeiten einhalten.

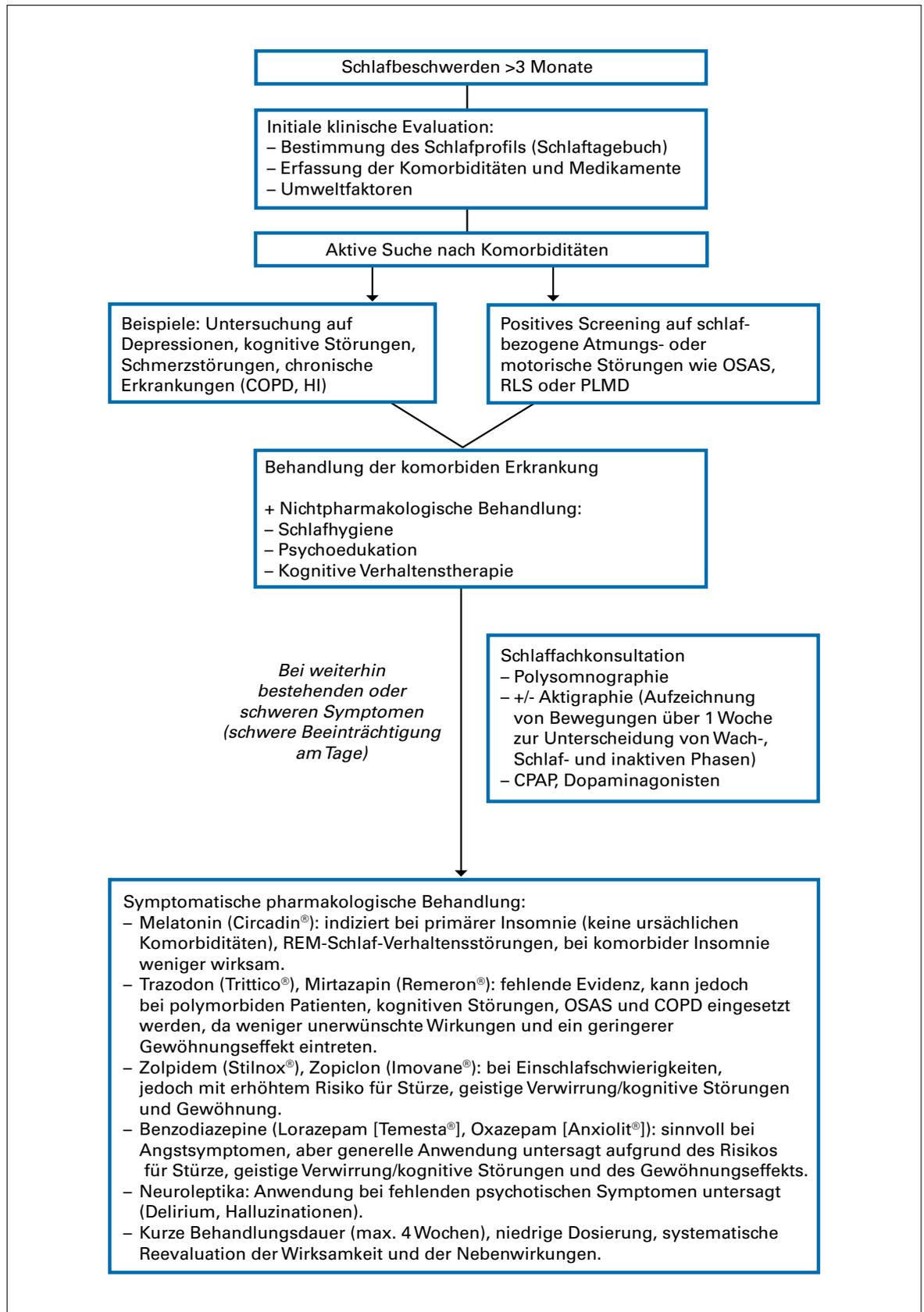


Abbildung 1: Die Behandlung von Schlafstörungen bei älteren Menschen.

Abkürzungen: COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung; HI = Herzinsuffizienz; OSAS = obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom; RLS = Restless-Legs-Syndrom; PLMD = «periodic limb movement disorder»; CPAP = «continuous positive airway pressure»; REM = «rapid eye movement»

Oggleich das obstruktive Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAS) aufgrund der Unkenntnis der geriatrischen Besonderheiten häufig unterdiagnostiziert ist, nimmt seine Häufigkeit mit steigendem Alter zu. Eine in der Schweiz durchgeführte Studie (HypnoLaus) hat eine Prävalenz des OSAS (Apnoe-Hypopnoe-Index [AHI] gleich oder über 15 Ereignisse pro Stunde) bei 49,7% der Männer und 23,4% der Frauen über 40 Jahren ergeben. Eine noch höhere Prävalenz besteht bei Personen mit kognitiven Störungen in Alters- und Pflegeheimen. Weitere Risikofaktoren sind die Einnahme von Benzodiazepinen und Opiaten, Alkoholkonsum, Rauchen und Adipositas.

Bei älteren Patienten kann das klinische Erscheinungsbild weniger ausgeprägt oder atypisch sein. Obgleich Tagesschläfrigkeit das Hauptsymptom darstellt, können einige Patienten nächtliche Verwirrheitszustände oder Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen am Tage zeigen. Überdies hat eine vor kurzem in der Schweiz durchgeführte Studie gezeigt, dass über 65-jährige Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen ein höheres Risiko für kognitive Störungen haben [6].

Die Befragung des Lebenspartners kann Hinweise auf die Diagnose liefern, wenn Schnarchen und/oder Apnoen auftreten. Die Tagesschläfrigkeit kann sich in Form von vermehrtem ungewolltem Einnicken während des Lesens oder Unterhaltungen äussern und beim Autofahren gefährlich werden.

Eine Polysomnographie ist die Untersuchung erster Wahl zur Diagnosestellung und erlaubt auch die Beurteilung des Schweregrads der schlafbezogenen Atmungsstörung. Die Behandlung erfolgt mittels CPAP-Therapie («continuous positive airway pressure») in Kombination mit Verhaltensmassnahmen (Koffein, Alkohol, Benzodiazepine und Opiate vermeiden). Es ist wichtig, nicht davon auszugehen, dass das fortgeschrittene Alter eine schlechte Compliance mit der CPAP-Therapie zur Folge hat. Es wurde im Gegenteil gezeigt, dass selbst Patienten mit leichter bis moderater Alzheimer-Krankheit die Behandlung akzeptieren, umso mehr, wenn die Pflegenden miteinbezogen werden [6]. Ein in der Literatur beschriebener Faktor für eine schlechte Compliance ist eine Depression, weshalb eine Behandlung beider Erkrankungen indiziert ist.

Die Prävalenz des zentralen Schlafapnoesyndroms nimmt ebenfalls mit steigendem Alter zu und seine Therapie besteht darin, die Behandlung der kardiovaskulären oder neurologischen Grunderkrankung zu optimieren.

Schlafgebundene motorische Störungen

Das Restless-Legs-Syndrom (RLS) ist durch einen starken Bewegungsdrang gekennzeichnet, der mit Dys-

ästhesien einhergehen kann, die sich bei Bewegung teilweise bessern. Es tritt häufiger bei Frauen auf und seine Prävalenz nimmt mit steigendem Alter zu. Die Diagnose ist klinisch und ca. 70% der Betroffenen leiden zusätzlich an einer «periodic limb movement disorder» (PLMD), deren Diagnose anhand einer Polysomnographie gestellt wird. Die Prävalenz der PLMD beträgt bei älteren Menschen ca. 45%, im Gegensatz zu 5–6% bei jungen Erwachsenen. Durch die Beinbewegungen kommt es zu nächtlichem Erwachen mit einer starken Schlaffragmentierung. Bei älteren Menschen ist es unerlässlich, eine eventuelle sekundäre Ursache wie eine Lithiumbehandlung, Alkoholkonsum, eine Polyneuropathie, Eisenmangel und Urämie abzuklären.

Bei primärer PLMD und primärem RLS ist der Beginn einer Behandlung mit Dopaminagonisten (Ropinirol [Requip®], Pramipexol [Sifrol®]) oder Gabapentin (Neurontin®) beziehungsweise Pregabalin (Lyrica®) in Kombination mit Verhaltensmassnahmen zur Verbesserung der Schlafqualität indiziert. Bei älteren Menschen wird empfohlen, eventuelle Nebenwirkungen der oben genannten Behandlungen wie orthostatische Hypotonie, Schläfrigkeit und Verwirrheitszustände zu beachten.

Insomnie und andere Komorbiditäten

Insomnie ist ein Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen. Mehrere Studien haben gezeigt, dass eine kürzere Schlafdauer mit einem erhöhten Risiko für Adipositas, Hypertonie, Diabetes, Hypercholesterinämie und weiteren Komorbiditäten assoziiert ist. Aufgrund dieser Evidenz könnte man über die Wirksamkeit der Prävention kardiovaskulärer Risikofaktoren durch die frühzeitige Behandlung von Schlafstörungen im Erwachsenenalter nachdenken.

Im geriatrischen Bereich sind die Herausforderungen jedoch vollkommen anderer Natur: Die Patienten sind polymorbid, häufig gebrechlich und die Schlafstörungen nur eines von verschiedenen Symptomen, deren Behandlung komplex ist und welche die Lebensqualität der Betroffenen negativ beeinträchtigen. Mehrere chronische Erkrankungen wie die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, gastroösophagealer Reflux und Herzinsuffizienz können Schlaflosigkeit verursachen und/oder verschlimmern.

Bei der Assoziation mehrerer Komorbiditäten wird die Behandlung der Insomnie für die Ärzte zur Herausforderung und ist häufig durch Polymedikation sowie die daraus folgenden Medikamenteninteraktionen und unerwünschten Wirkungen beschränkt. In diesem Fall ist es sinnvoll, akute Dekompensationen chronischer Erkrankungen zu verhindern und die Schlafstörungen

gleichzeitig mit nichtpharmakologischen Methoden zu behandeln. Wenn der Beginn einer medikamentösen Behandlung erforderlich ist, sollte das individuelle Nutzen-Risiko-Verhältnis im Hinblick auf Kontraindikationen und die bestmögliche Lebensqualität abgewogen werden.

Insomnie und Medikamente

Mehrere Medikamente wirken sich negativ auf den Schlaf aus, indem sie die Schlafarchitektur und/oder -qualität auf verschiedene Weise beeinflussen. Die am häufigsten für Schlaflosigkeit verantwortlichen Medikamente sind Diuretika, Kortikosteroide, Antidepressiva und Betablocker, letztere aufgrund einer Unterdrückung der Melatoninsekretion bei abendlicher Einnahme. Andere Substanzen wie Koffein, Nikotin, abendlicher Alkoholgenuß sowie Benzodiazepinanzug wirken sich ebenfalls auf die Schlafarchitektur und -qualität aus. Daher muss bei Schlafbeschwerden eine sorgfältige Überprüfung der pharmakologischen Behandlung, Dosierung und Einnahmezeiten erfolgen. Dabei ist es wichtig, auch rezeptfreie Medikamente wie Nahrungsergänzungsmittel oder Vitamine mit einzubeziehen, da diese Koffein enthalten können.

Die Behandlungsprinzipien von Insomnie bei älteren Menschen

Die Auswirkungen der Schlafstörungen auf die Leistungsfähigkeit am Tage sind ein wichtiges Indiz zur Bestimmung ihres Schweregrads und dienen zur Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung. Zunächst sollte der Arzt an die Suche nach einer reversiblen oder durch eine Behandlung stabilisierbaren ursächlichen Komorbidität denken.

Nichtpharmakologische Massnahmen erster Wahl sind die Behandlung der Symptome durch eine entsprechende Schlafhygiene, die Anpassung der Schlafumgebung sowie psychoedukative Massnahmen des Patienten und seines Umfelds (Tab. 1). Kognitive Verhaltenstherapie hat sich bei älteren Menschen als wirksam erwiesen und setzt auf Stimulus-Kontrolle, Entspannung und Schlafrestriktion, um die Schlaffeffektivität zu verbessern (Führen eines Schlaftagebuchs).

Zur pharmakologischen Behandlung älterer Menschen werden noch immer standardmässig Benzodiazepine und andere Beruhigungsmittel eingesetzt. Diese Medikamente erhöhen jedoch das Sturz- und Tagesschläfrigkeitsrisiko mit verheerenden Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten. Überdies haben sie einen Gewöhnungseffekt zur Folge und der Nutzen der Medikamente nimmt langfristig ab, wobei eine hohe Abhängigkeitsgefahr besteht.

Eine Behandlung mit Antihistaminika wird aufgrund des Risikos einer orthostatischen Hypotonie und von Verwirrheitszuständen infolge der anticholinergen Wirkung nicht empfohlen. Für den Off-Label-Use von Antidepressiva und Neuroleptika zur ausschliesslichen symptomatischen Insomniebehandlung gibt es in der Literatur keine Evidenz. Sedierende Antidepressiva wie Trazodon (Trittico®) und Mirtazapin (Remeron®) können bei Patienten mit Demenz oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung eingesetzt werden, um die Verschreibung von Benzodiazepinen oder Neuroleptika zu vermeiden.

Melatoninpräparate und synthetisches Melatonin scheinen bei älteren Menschen eine positive Wirkung mit Verringerung der Einschlafdauer, Verbesserung der wahrgenommenen Schlafqualität und der Aufmerksamkeit am Tage zu haben. Sie haben ein interessantes Profil mit dem Vorteil geringerer unerwünschter Wirkungen bezüglich des Sturzrisikos und der kognitiven Fähigkeiten sowie weniger Medikamenteninteraktionen. Nichtsdestotrotz ist ihre Wirksamkeit bei der symptomatischen Behandlung komorbider Insomnie bei älteren Menschen noch nicht erwiesen.

Lichttherapielampen (5000–10 000 Lux) sind spezielle medizinische Geräte, die den zirkadianen Schlafrythmus normalisieren können. Zeitpunkt und Dauer dieser Behandlung sind von der klinischen Problematik abhängig. Bei Personen, die abends zu früh einschlafen und nachts zu früh aufwachen (z.B. Einschlafen gegen 19–20 Uhr und Aufwachen gegen 2–3 Uhr früh) kann die Lichttherapie am späten Nachmittag oder frühen Abend eingesetzt werden. Im umgekehrten Fall (zu spätes Einschlafen und Aufwachen) wird die Lichttherapie morgens so schnell wie möglich nach dem spontanen Erwachen eingesetzt. Diese Behandlung kann mit langsamen schrittweisen Veränderungen der Bett- und Aufstehzeiten (Chronotherapie) kombiniert werden, um den gewünschten Schlafrythmus zu erreichen. Die Anwendung der Lichttherapie ist jedoch nicht vollkommen nebenwirkungsfrei (zum falschen Zeitpunkt eingesetzt, kann sie den zirkadianen Rhythmus sogar noch stärker durcheinanderbringen) und sollte bei Patienten mit bestimmten psychiatrischen Erkrankungen (z.B. bipolarer Störung) nur mit Vorsicht eingesetzt werden. Bei Patienten mit Netzhautproblemen ist sie kontraindiziert.

Abbildung 1 zeigt die verschiedenen zur symptomatischen Insomniebehandlung verschriebenen Wirkstoffe. Unabhängig davon, für welchen sich der Arzt entscheidet, wird empfohlen, mit einer geringen Dosierung, einer intermittierenden Verschreibung (dreimal pro Woche) und einer begrenzten Verschreibungsdauer (2–4 Wochen) zu beginnen. Der Erfolg der pharmakologischen Behandlung beruht auf der systematischen

Korrespondenz:
 Dr méd. Aline Mendes
 Médecin cheffe de clinique
 Département de médecine
 interne, réhabilitation et de
 gériatrie
 Service de gériatrie
 Hôpitaux Universitaires
 de Genève
 Chemin du Pont-Bochet 3
 CH-1226 Thônex
 Aline.Mendes[at]hcuge.ch

Reevaluation der Wirksamkeit und unerwünschter Wirkungen, ohne die nichtpharmakologischen Massnahmen zu vernachlässigen.

Perspektiven

Derzeit sind die Behandlung der Komorbiditäten und Massnahmen zur Schlafhygiene die wichtigsten Eckpfeiler der Behandlung von Schlafstörungen bei älteren Menschen. Die symptomatische pharmakologische

Behandlung von Insomnie im geriatrischen Bereich ist durch die unerwünschten Wirkungen der psychotropen Substanzen beschränkt, weshalb die Entwicklung neuer Wirkstoffe mit einem günstigen Sicherheitsprofil für polymorbide und kognitiv beeinträchtigte Patienten erforderlich ist. Derzeit werden mehrere Wirkstoffe, welche die Schlafqualität verbessern und gut verträglich sind, geprüft: Melatonin-Rezeptor-Agonisten (Ramelteon und Agomelatin) sowie Orexin-Rezeptor-Antagonisten. Nichtsdestotrotz sind randomisierte Studien erforderlich, um ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit bei polymorbiden älteren Menschen zu untersuchen.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Wennberg AM, Canham SL, Smith MT, Spira AP. Optimizing sleep in older adults: treating insomnia. *Maturitas* 2013;76:247–52.
- 2 Luca G, Haba Rubio J, Andries D, Tobback N, Vollenweider P, Waeber G, et al. Age and gender variations of sleep in subjects without sleep disorders. *Ann. Med.* 2015;47:482–91.
- 3 American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed, American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL 2014.
- 4 McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapy for sleep disturbances in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;21:3:CD009178.
- 5 Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, Marti-Soler H, Andries D, Tobback N, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir. Med.* 2015;3:310–8.
- 6 Haba-Rubio J, Marti-Soler H, Tobback N, Andries D, Marques-Vidal P, Waeber G, et al. Sleep characteristics and cognitive impairment in the general population: The HypnoLaus study. *Neurology.* 2017;88:463–9.

Das Editorial zu diesem Artikel finden Sie auf S. 704 in dieser Ausgabe.

Das Wichtigste für die Praxis

- Obgleich Schlafveränderungen altersbedingt sein können, müssen entsprechende Beschwerden durch umfassende Untersuchungen abgeklärt werden.
- Die Behandlung von Schlafstörungen bei älteren Menschen beruht hauptsächlich auf der Suche nach den ursächlichen Komorbiditäten und ihrer Behandlung.
- Als Therapie erster Wahl gilt die nichtpharmakologische Behandlung durch Massnahmen zur Schlafhygiene und Psychoedukation sowie kognitive Verhaltenstherapie, während die pharmakologische symptomatische Behandlung durch unerwünschte Wirkungen und Interaktionen der psychotropen Substanzen beschränkt ist.
- Ein fortgeschrittenes Alter und/oder eine leichte bis moderate Demenz stellen keine Kontraindikationen für eine CPAP-Therapie («continuous positive airway pressure») beim obstruktiven Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAS) dar.
- Beim Verdacht auf Restless-Legs-Syndrom (RLS) oder «periodic limb movement disorder» (PLMD) muss eine sekundäre Ursache wie Eisenmangel oder eine Polyneuropathie ausgeschlossen werden.