

Søvn og søvnforstyrrelser hos ældre

For mange ældre mennesker bliver søvnforstyrrelser et problem med alderen. Der er mange forskellige grunde til lidelsen.

Søvnforstyrrelser er meget hyppigt forekommende og stiger med alderen. Epidemiologiske undersøgelser viser, at op mod halvdelen af ældre over 65 år klager over søvnforstyrrelser. Typiske symptomer omfatter vanskeligheder ved at falde i søvn, gennemsovnings- og tidlig morgenopvågning samt træthed og søvnanfald om dagen. Andre søvnproblemer ses i forbindelse med ufrivillige, natlige muskelbevægelser, rastløse ben og søvnrelaterede åndedrætssygdomme, herunder søvnapnø.

Flere af disse symptomer og sygdomme er forbundet med nedsat livskvalitet og øget sygelighed og dødelighed. Flere søvnmedicinske sygdomme og anvendelse af sovemedicin øger risikoen for fald og ulykker. Søvnnapnø ses ofte ved hjerte-kar-sygdomme og neurologiske sygdomme og gener i form af dagtræthed og natlig vandladning. Hos patienter med neurologiske sygdomme, fx Alzheimers demens, kan søvnforstyrrelser medføre natlig konfusion og motorisk uro, der er plagsom for sengepartnere og øger risikoen for fald, og dette kan medvirke til behov for indflytning på plejehjem.

Der er derfor grundlag for at fokusere på søvn sygdomme hos ældre. I denne

artikel gennemgås de mest almindelige søvnsygdomme hos ældre og deres behandling.

Den normale søvn

Den normale søvn inddeles traditionelt i to hovedgrupper: Rapid Eye Sleep (REM) og NREM søvn.

Søvnstadiene er fysiologisk forskellige. REM søvn udgør 15-25% af den normale søvn og karakteriseres ved forøget stofskifte i hjernens nerveceller, hurtig hjerneaktivitet, udtalt muskelafslappelse, hurtige øjenbevægelser.

Samtidig er der uregelmæssig hjerteaktion, blodtryk og åndedræt, undertiden midlertidigt. NREM søvn inddeles i fire stadier fra døs til dyb søvn og karakteriseres ved lavere hjernestofskifte og -frekvenser, nedsat muskeltonus, manglende øjenbevægelser samt regelmæssig hjerteaktion, blodtryk og vejtrækning. Der forekommer omfattende fysiologiske forandringer under søvn, bl.a. øget produktion af visse hormoner samt forstærkede immunreaktioner.

Søvn og aldring

Der sker en betydelig aldersforandring i søvnmønster og de associerede fysiologiske forhold (se figur 1).

Forandringerne er mest udtalte i fosterstadiet og i de tidlige børneår. Fra 20-års alderen sker der en gradvis ændring af søvnen, omfattende:

Let nedsat total søvntid (cirka 1 time fra 20 års alderen til 65+).

Forlænget indsovningstid.

Fragmenteret søvn med flere opvågninger.

Afkortning af den dybe søvn og af REM søvnen, forlænget NREM stadie 1 og 2 samt flere opvågninger.

Aftagende hormonproduktion.

Søvnrelaterede forstyrrelser i hjerterytmen.

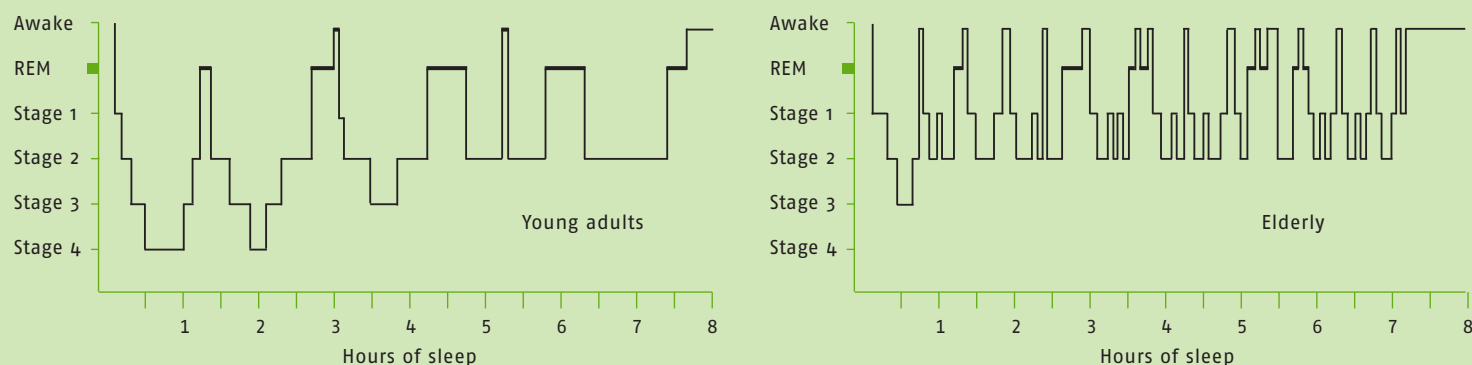
Ændret vejtrækning især uregelmæssig vejtrækning og apnøtilfælde.

Ufrivillige bevægelser af benene.

Søvnproblemer

En række forhold er medvirkende til søvnproblemer hos ældre (se tabel 1) Svigtende evne til at falde i søvn og dagtræthed skal ikke anses for isolerede symptomer. Det er vigtigt, at lægen får en komplet beskrivelse af søvnen for at kunne afklare forhold, der kan medvirke til søvnforstyrrelserne. Man kan have gavn af en log-bog for at afklare symptomer over en længere periode. Søvnbeskrivelsen bør omfatte

FIGUR 1
HYPNOGRAMMET VISER, AT DER KAN VÆRE KARAKTERISTISKE FORANDRINGER I SØVNMØNSTRET MED ALDEREN FRA EN YNGRE TIL ÆLDRE PERSON.





såvel søvnrelaterede symptomer, medicinske, psykiatriske, psykiske, sociale forhold, medicinering og alkoholindtagelse. Ofte er oplysninger fra sengpartneren værdifulde. Herved kan opnås information om søvnanfald om dagen, natlige vejtrækningsmønstre samt kropsbevægelser og andre adfærdsfænomener.

Dårlig søvnhygiejne

Uhensigtsmæssig søvnhygiejne er en meget hyppig årsag til søvnforstyrrelser. Uregelmæssig søvn-vågen-rytme medfører uregelmæssig søvn. Sen indtagelse af kaffe og te kan modvirke søvn. Alkohol, især hvis indtaget om aftenen, medfører hurtigere indsovning, men reduktion af dyb REM søvn og opsplnitning af søvnen med et øget antal natlige opvågninger. Yderligere hæmmes udskillelsen af det, der normalt undertrykker trangen til natlig vandladning.

Primære søvnsygdomme

Søvnløshed er det hyppigste søvnproblem hos ældre. Det omfatter subjektiv fornemmelse af manglende søvn og problemer med indsovning, gennemsovning med opvågninger og dertil knyttede problemer med at vende tilbage til søvn samt tidlig morgenopvågning. Problemet kan vare fra få dage til kronisk (uger, måneder og år).

Søvnløshed fører ofte til kronisk anvendelse af sovemidler, især blandt ældre.

Årsagerne til søvnløshed er sammensatte og undertiden multifaktorielle. De kan bero på fejlagtig opfattelse af søvnbehov eller på uhensigtsmæssig søvnadfærd, døgnrytmeforstyrrelser, medicinering og medicinske og psykiatriske sygdomme.

I henhold til International Classification of Sleep Disorders (ICSD) er der forskellige klassifikationer for søvnsygdomme, hvoraf nogle af dem, der er hyppigt forekommende hos ældre men-

TABEL 1
FAKTORER DER MEDVIRKER TIL
SØVNPROBLEMER HOS ÆLDRE

1. Dårlig søvnhygiejne
2. Primære søvnsygdom
 - a. Insomni
 - b. Døgnrytmeforstyrrelse
 - c. Søvnnapnø og andre søvnrelaterede åndedrætssygdomme
 - d. Restless legs syndrome
 - e. Periodic limb movement disorder (PLM) og andre søvnrelaterede bevægelsesforstyrrelser
 - f. REM behavior disorder
3. Smerter (led, muskler, neuropati)
4. Neurologisk sygdom (eks. neurodegenerativ såsom Parkinson, Alzheimer)
5. Hjerter-kar-sygdom
6. Lungesygdom (kronisk obstruktiv lungesygdom)
7. Mavesår og sure opstød
8. Psykiatriske sygdomme (angst, konfusion, depression, psykoser, demens, delirium)
9. Natlig vandladning
10. Medicin og substanser
 - a. Alkohol
 - b. Sovemidler
 - c. Antikolinerge lægemidler (lægemidler der hæmmer signalstoffet acetylkolin)
 - d. Antidepressiva
 - e. Blodtryksmidler
 - f. Koffein
 - g. Binyrebarkhormoner
 - h. Vanddrivende medicin
 - i. Histamin H₂-blokerende lægemidler
 - j. Dopaminerge lægemidler (lægemidler der stimulerer signalstoffet dopamin)
 - k. Nikotin
 - l. Lægemidler der stimulerer det sympatiske nervesystem (sympaticomimetika)
 - m. Naturlægemidler

Søvnforstyrrelser hos ældre er særdeles hyppigt forekommende. Mange af disse skyldes aldersbettingede fysiologiske forandringer, uhensigtsmæssig søvnadfærd, døgnrytmeforstyrrelser, herunder uhensigtsmæssig livsstil. Der forekommer imidlertid også en række primære søvnsygdomme, der påvirker den normale søvn. Mest kendt er søvnnapnø og rastløse ben. Yderligere kan medicinske, neurologiske og psykiatriske sygdomme samt lægemidler påvirke søvnkvaliteten og dagfunktionen.

Poul Jennum er overlæge, dr. med. på Center for søvnmedicinske sygdomme, Klinisk neurofysiologisk afdeling, Københavns Amts Sygehus, Glostrup

d205443@inet.uni2.dk

Søvnrelaterede åndedrætssygdomme kræver mange samfundsressourcer. De udgør en stor sundhedsmæssig og sundhedsøkonomisk belastning på grund af høj medfølgende sygelighed

nesker, skal nævnes her.

Søvnrelaterede åndedrætssygdomme er meget hyppige hos ældre.

Søvnproblemerne kan skyldes flere forskellige natlige vejrtrækningsforstyrrelser, som inddeles i følgende grupper:

1. Obstruktiv søvnapnø (ved tillukning af luftvejene)
2. Central søvnapnø (hjernebettinget)
3. Cheyne-Stokes respiration (svigtende styring af vejrtrækning)
4. Søvnrelateret hypoventilation (utilstrækkelig vejrtrækning)

Obstruktiv søvnapnø findes hos mere end 50.000 voksne danskere.

Forekomsten stiger med alderen. Den fysiologiske forklaring er en periodevis tillukning af den øvre luftvej. En række forhold øger risikoen for at udvikle søvnapnø, bl.a. familiær disposition, overvægt, diabetes, abnorm fedtsammensætning i blodet, nedsat fysisk aktivitet, abnormiteter i ansigt og kæbe og neurologiske sygdomme. Søvnapnø er årsag til en række hjerne- og kredsløbssygdomme og kan have sociale, trafikale samt familiære og erhvervsrelaterede konsekvenser.

Central søvnapnø er en sjælden vejrtrækningsforstyrrelse, der oftest ses forbundet med svær neurologisk sygdom med svigtende kontrol af vejrtrækningen (apopleksi, sklerose mv.). Imidlertid ses central apnø også hyppigt hos ældre uden kendt årsag, hvilket tolkes som en ustabilitet i regulering af og kontrollen med vejrtrækningen.

Cheyne-Stokes vejrtrækning er en alvorlig vejrtrækningsforstyrrelse, der ses i svære tilfælde af hjerte-sygdom eller neurologisk sygdom (fx større blodprop i hjernen). Sædvanligvis er prognosen ringe.

Søvnrelateret hypoventilation er en samlebetegnelse for utilstrækkelig vejrtrækning om natten. Tilstanden medfører nedsat iltindhold og kuldioxidophobning i blodet på grund af svigtende lungefunktion eller alvorlig neuromuskulær sygdom, hvor der er svigt af åndedrætsmusklerne.

Søvnrelaterede åndedrætssygdomme

Søvnrelaterede åndedrætssygdomme varierer fra lette, overvejende socialt og familiemæssigt belastende, til alvorlige medicinske sygdomme med høj sygelighed og dødelighed. Sygdommenes alvor afhænger af type og sværhed af vejrtrækningsforstyrrelserne, samt hvilke sygdomme der ligger til grund.

Søvnrelaterede åndedrætssygdomme kræver mange samfundsressourcer. De udgør en stor sundhedsmæssig og sundhedsekonomisk belastning på grund af høj medfølgende sygelighed (Jennum et al., in print). En række undersøgelser tyder på, at søvnrelaterede åndedrætssygdomme ved alvorlige tilfælde af lungemedicinske sygdomme og neurologiske sygdomme er forbundet med øget dødelighed. Yderligere er det påvist, at natlig behandling med kontinuert positivt luftvejsovertryk (Continuous Positive Airway Pressure – CPAP) reducerer dødelighed, forlænger livetiden og forbedrer livskvaliteten.

Behandling af disse åndedrætssygdomme er dyre, men diagnostik og behandling af søvnapnø er sundhedsekonomisk gunstigt, fordi behandling medfører fald i efterfølgende sygelighed og sundhedsomkostninger. Yderligere medfører behandlingen nedsat trafikrisiko.

Hos yngre personer (under 60 år) er søvnapnø oftest forbundet med symptomer som træthed og kognitive problemer samt øget sygelighed og dødelighed i form af hjerte-kar-sygdom og blodprop i hjernen. Hos personer over 65 år er symptomer og mulige konsekvenser mere varierende. Søvnapnø uden andre symptomer forekommer hyppigt. I en nylig dansk undersøgelse er det påvist, at når disse patienter blev tilbudt CPAP-behandling, var den subjektive gevinst ikke-eksisterende eller beskeden, (Bing et al. in print).

Behandlingseffekten ved søvnapnø hos ældre afhænger således af, om der er andre sygdomme, og om patienten accepterer behandlingen.

Restless legs syndrome

Fornemmelsen af rastløshed i benene, restless legs syndrome (RLS), er en plagsom tilstand, der karakteriseres

ved en række symptomer. Der opstår et påtrængende behov for at bevæge benene, sædvanligvis ledsaget af ubehagelige fornemmelser i dem. Undertiden kan arme eller andre legemsdele være involveret. Symptomerne begynder eller forværres ved inaktivitet i liggende eller siddende position, og de mindskes eller ophører ved bevægelse som gang eller stræk, i det mindste når aktiviteten er til stede. Disse symptomer er værre om aftenen eller om natten.

Blandt personer, der lider af RLS, forekommer der periodevis, ufrivillige bevægelser af benene under søvn eller hvile hos 80%, og syndromet har et kronisk forløb. Det optræder familiært og giver gennemsovningsproblemer og dagtræthed. En almindelig lægeundersøgelse inkluderende neurologisk undersøgelse viser intet abnormt, men der er effekt ved behandling med præparater, der stimulerer signalstoffet dopamin.

RLS forekommer hyppigere hos kvinder end mænd. Syndromet findes hos mellem 5% og 10% af voksenbefolkningen. Sværere tilfælde forekommer hos cirka 2%. RLS synes at være kronisk og debuterer ofte før 20-års alderen. Forekomsten øges med alderen.

RLS forekommer dels i en primær form og dels sekundært til neurologisk eller medicinsk sygdom eller andre årsager. Den primære form for RLS er delvis arvelig, især hvis symptomerne debuterer før 45-års alderen.

Sekundære årsager til RLS omfatter graviditet, jernmangel, nyresygdom, diabetes mellitus, perifer nervebetændelse, kronisk leddegigt, neurodegenerative sygdomme som Parkinsons sygdom og visse arvelige neurologiske sygdomme. Yderligere kan RLS provokeres af lægemidler, fx psykosemidler, antidepressionsmidler, antihistaminer m.fl.

De fysiologiske årsager til RLS skal findes i områder af hjernestammen, først og fremmest områder der stimulerer de dele af hjernen, hvor dopamin fungerer som signalstof. Dette understøttes af farmakologiske undersøgelser, der generelt viser, at stoffer, der kan blokere dopamin, reducerer symp-

toernerne. Yderligere spiller jernmangel også ofte ind i udvikling af RLS.

Søvnforstyrrelser med ufrivillige muskelbevægelser

Periodic limb movements (PLM) er periodevist rytmiske bevægelser i benene, primært i underbenene, og oftest i form af bøjede ankler. Symptomerne forekommer ofte op til 20-40 gange i timen. PLM-symptomerne forekommer med stigende hyppighed med alderen og observeres hos op over en femtedel af personer over 65 år. I en del tilfælde forekommer PLM, uden at der kan iagttages muskelbevægelser. I så fald sker der en opsplnitning af nattesøvnen, forringet søvnkvalitet og træthed om dagen.

PLM ses hos neurologisk raske personer, ofte i sammenhæng med restless legs, nyresygdom, jernmangel og hos patienter med neurologiske sygdomme.

REM-søvn relaterede fænomener

REM behavior disorder (RBD) karakteriseres ved anfaldslignende fænomener, der udelukkende forekommer under REM-søvn. Der er tale om periodevise natlige symptomer i form af uro i musklerne, kasten med benene, talen i søvne, hallucinationer og ofte stor drømmeaktivitet. Sygdommen udvikles oftest hos ældre, oftest i forbindelse med neurodegenerative sygdomme, først og fremmest Parkinsons sygdom og visse Parkinson-lignende tilstande samt ved en række demensformer. Halvdelen af de patienter, der primært udvikler RBD, vil senere udvikle en neurodegenerativ sygdom.

Diagnosen er vigtig på grund af den stærke sammenhæng med neurodegenerative sygdomme, fordi symptomerne er plagsomme både for patient og ægtefælle, og fordi den potentielt kan behandles med lægemidler.

Søvnproblemer ved andre sygdomme

Akutte og kroniske medicinske, neurologiske og psykiatriske sygdomme kan medføre søvnproblemer.

Ved en række medicinske sygdomme indgår søvnproblemer som led i symptomerne. Det gælder hjerte-karsygdom, især svigtende hjertefunktion, som kan

medføre natlig forværring og dertil hørende søvnproblemer og dagtræthed. Patienter med kronisk lungesygdom, især kronisk obstruktiv lungesygdom, får ofte natlige tilfælde af iltmangel og åndenød. Det medfører gennemsovningsproblemer og udtalt dagtræthed. Denne problemstilling bør man være opmærksom på, og patienten bør udredes herfor ved lungemedicinsk afdeling eller søvnlaboratorium.

Natlige tilfælde af sure opstød kan medføre søvnforstyrrelser på grund af smerter i brystet stammende fra spiserøret. Disse patienter har ofte samtidig søvnnapnø og bør undersøges herfor. Natlig vandladning er en af de hyppigste medicinske/kirurgiske årsager til søvnproblemer og forekommer hos mere end halvdelen af alle ældre.

Plagsomheden vokser i takt med, hvor ofte man skal op om natten. Konsekvenserne er gennemsovningsproblemer og tilhørende dagtræthed. Årsagerne til natlig vandladning er mangfoldige, men skyldes oftest en kombination af en aldersrelateret ændring i natlig urinproduktion, nedsat blærekapacitet, afløbshindring (forstørret prostata), og forekommer ofte i sammenhæng med medicinsk eller neurologisk sygdom (fx Parkinson, demens og epilepsi).

En række tilstande med smertesymptomer medfører søvnproblemer. Endvidere påvirkes søvnmønstret ved en række psykiatriske sygdomme: angst, konfusion, depression, psykoser, demens og delirium. Søvnproblemer kan medføre indsovnings- og gennemsovningsproblemer eller give anledning til tidlig morgenopvågning.

Søvnproblemerne er især udtalte for patienter med depression og kan her være et af kardinalsymptomerne.

Lægemidler

Visse antidepressive og antipsykotiske lægemidler ændrer søvnmønstret, fx. de "gamle" antidepressionsmidler (tricykliske antidepressiva), som hæmmer REM-søvnen. Sovemidler, især ældre benzodiazepin-præparater, hæmmer både den dybe søvn og REM-søvnen og indebærer risiko for tilvænning. Det gælder formentlig også en række nyere

præparater.

Vanddrivende medicin er søvnhæmmende, især hvis de indtages sent på dagen. Binyrebark-præparater (fx kortisol) bør almindeligvis undgås som af-tendosering, da disse kan virke aktive-rende.

Generelle behandlingsovervejelser

Mange faktorer påvirker den individuelle søvn-vågen-cyklus, og derfor må behandlingen individualiseres under hensyntagen til patientens klager og arten af sygdomsproblem og -tilstand. Der er imidlertid en række generelle råd, som almindeligvis kan anbefales. De drejer sig om regelmæssig søvn-vågen-rytme, om at undgå at være unødigt i sengen og om regelmæssig sengerutine. Endvidere er det vigtigt med daglig aktivitet og motion og at undgå alkohol, nikotin og koffein før sengetid. Sovværelset bør være roligt, mørkt og have en behagelig rumtemperatur.

Før der iværksættes medicinsk behandling af søvnforstyrrelser, bør det overvejes

- om der foreligger en primær søvn sygdom der kan behandles
- om der foreligger andre sygdomme eller lægemiddelbehandlinger der kan intervereres imod
- om søvnproblemet er reelt eller dækker over andre problemer eller gener og
- om behandlingen er nødvendig.

Hvis der er mistanke om primær søvn-sygdom, bør patienten udredes med henblik herpå.

Referencer

Bing, Mette H. et al. (in print). *Obstructive sleep apnea in a Danish population of men and women aged 60-80 years with nocturia.*

Jennum, Poul, et al. (in print). *Medicinsk Teknologisk Vurdering (MTV) af diagnostik og behandling af obstruktiv søvnnapnø.* CEMTV, SST.

Videre information

<http://www.sleepfoundation.org>

<http://www.sleephomepages.org>

<http://www.rls.org>