

Søvnlidelser hos eldre som bruker sovemiddel hver kveld

Sammendrag

Bakgrunn. Flere undersøkelser har vist at forekomsten av søvnlidelser, som søvnapné og periodiske beinbevegelser under søvn, øker sterkt med alderen. Det er begrenset utredningskapasitet og kunnskap om disse lidelsene i helsevesenet. Dessuten presenteres og oppleves symptomene ofte som insomni. Det er derfor rimelig å anta at disse lidelsene er betydelig underdiagnostisert blant eldre.

Materiale og metode. Ved hjelp av ambulant klinisk polysomnografi undersøkte vi 19 pasienter over 55 år som daglig (5–7 dager i uken) hadde brukt sovemedisiner i minimum ett år.

Resultater. Forekomsten av både søvnapné (indeks > 10) og periodiske beinbevegelser under søvn (indeks > 10) var 42 % i dette utvalget. Totalt hadde 74 % enten søvnapné, periodiske beinbevegelser under søvn eller begge lidelser.

Fortolkning. Siden samtlige pasienter ble behandlet med sovemidler, var prevalenstillene for søvnapné og periodiske beinbevegelser under søvn svært høye. Fremfor langtidsforskrivning av sovemedisiner anbefaler vi vurdering av ikke-farmakologiske alternativer samt nøye søvnutredning.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Børge Sivertsen

borge.sivertsen@psykp.uib.no

Siri Omvik

Institutt for klinisk psykologi
Universitetet i Bergen
Christiesgate 12
5015 Bergen

Ståle Pallesen

Institutt for samfunnspsykologi
Universitetet i Bergen

Inger Hilde Nordhus

Institutt for klinisk psykologi
Universitetet i Bergen

Bjørn Bjorvatn

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Insomni defineres gjerne som redusert kvalitet, varighet eller effektivitet av søvn (1). Man skiller mellom primær og sekundær insomni. Primær insomni er søvnløshet uten bakenforliggende etiologi, mens sekundær insomni er forårsaket av somatiske eller psykiske lidelser eller substansbruk. Insomni er et omfattende problem, spesielt blant eldre. Prevalenstill for denne aldersgruppen ligger nærmere 14 % (2). Mange har redusert livskvalitet som følge av søvnvanskene (3). Undersøkelser viser at færre enn 15 % av personer med søvnløshet blir fanget opp i helsevesenet, og av dem som mottar behandling, består denne primært av sovemedisiner (hypnotika). Tall fra Statens helsetilsyn (4) viser at salget av sovemidler har økt med 17 % siden midten av 1990-årene da sovemidlene zopiklon og zolpidem ble introdusert. Over halvparten av disse skrives ut til pasienter over 65 år, og de som er over 50 år bruker de høyeste døgndosene.

Ved sekundær insomni inngår fokus på søvnproblemer vanligvis som en del i et helhetlig behandlingsopplegg tilpasset den spesifikke lidelsen. To søvnlidelser som kan ha enkelte likhetstrekk med primær insomni, er søvnapné og periodiske beinbevegelser under søvn, heretter omtalt som periodiske beinbevegelser. Søvnapné er en lidelse som innebærer at luftveiene blokkeres helt eller delvis under søvnen, eller at den sentrale respirasjonskontrollen er svekket. Resultatet er hyppige pustestopp (apneer). Disse forårsaker autonom aktivering, hyppige oppvåkninger og lite dyp søvn. I tillegg representerer apneene en kardiovaskulær belastning (5). Periodiske beinbevegelser er karakterisert ved episoder av gjentatte, stereotype

muskelkontraksjoner i ekstremitetene, og er forbundet med søvnløshet og/eller søvnighet på dagtid (6). Sykdomsbildet har mye til felles med urolige bein eller «restless legs syndrome». Nærmere 80 % av pasienter med urolige bein har også periodiske beinbevegelser, og anbefalt behandling for begge lidelser er sammenfallende (7). Den patogenetiske mekanismen ved utvikling av periodiske beinbevegelser er ukjent, og både diagnosebegrepet og den kliniske betydningen er omdiskutert.

Prevalensen av søvnapné og periodiske beinbevegelser stiger kraftig med økende alder (8). Mens flere epidemiologiske studier viser at 2–5 % av hele befolkningen tilfredsstiller kriteriene for søvnapné, viser tilsvarende studier blant personer over 65 år at 11–25 % lider av søvnapné (9), avhengig av hvilke diagnostiske kriterier som benyttes. Også for periodiske beinbevegelser finner man en klar aldersrelatert prevalensøkning (10). Det er grunn til å anta at både søvnapné og periodiske beinbevegelser er underdiagnostisert hos eldre. En viktig årsak til dette er at symptomene sjelden oppleves bevisst av pasientene selv. Ofte presenteres symptomer i form av mer generelle søvnvansker. Begrenset utredningskapasitet og manglende kunnskap om lidelsene vanskeliggjør også korrekt diagnostisering. Ut fra kjennskap til klinisk praksis er det grunn til å anta at en del pasienter med søvnapné og periodiske beinbevegelser får forskrevet hypnotika. På bakgrunn av dette ønsket vi derfor å kartlegge søvnen hos eldre som fast bruker sovemidler. Vi har brukt klinisk polysomnografi for å registrere forekomsten av søvnapné og periodiske beinbevegelser.

Metode

Utvalg

Pasienter ble rekruttert via avisannonser. 51 personer i alderen 55 år eller eldre tok



Hovedbudskap

- Søvnapné og periodiske beinbevegelser under søvn er vanlig blant eldre
- Lidelsene opptre ofte uten at pasientene er klar over det, og feilbehandling med hypnotika er vanlig
- Pasienter som klager over dårlig søvn, bør utredes grundig før eventuell behandling iverksettes

Tabell 1 Forekomst av periodiske beinbevegelser under søvn og søvnapné blant eldre som bruker sovemiddel basert på ulike grenseverdier

	Forekomst	
	Antall	(%)
Periodiske beinbevegelser under søvn		
Indeks		
< 10	11	(57,9)
≥ 10	8	(42,1)
≥ 20	6	(31,6)
Søvnapné		
Indeks		
< 10	11	(57,9)
≥ 10	8	(42,1)
≥ 20	4	(21,1)
Periodiske beinbevegelser under søvn eller søvnapné		
Indeks		
< 10	5	(26,3)
≥ 10	14	(73,7)
≥ 20	9	(47,4)
Periodiske beinbevegelser under søvn og søvnapné		
Indeks		
< 10	17	(89,5)
≥ 10	2	(10,5)
≥ 20	1	(5,3)

kontakt. Av disse var det 32 som enten trakk seg eller ble ekskludert på grunn av alvorlige psykopatologiske forhold eller medisinske tilstander. Totalt fullførte 19 personer undersøkelsen. Utvalget bestod av 11 kvinner og åtte menn med en gjennomsnittsalder på 65 år (spredning 55–80 år). Alle var hjemmeboende, og ingen var ufrivillig arbeidsledige. Inklusjonskriteriet var at de hadde benyttet reseptbelagte sovemidler 5–7 dager i uken i minst ett år. Medisinbruken samt inntak av andre legemidler ble estimert gjennom to ukers selvrapportering.

Instrumenter

Klinisk polysomnografi. Dette er en målemetode som registrerer elektrisk hjerneaktivitet, øyebevegelser og muskelaktivitet, i tillegg til snorking, hjerterytme, respirasjon og

oksygenmetning i blodet. Disse målene er en forutsetning for diagnostisering av søvnapné og periodiske beinbevegelser. I studien brukte vi ambulant utstyr av typen Embla Recording System. Pasientene ble påmontert utstyret i et søvnlaboratorium på kveldstid, men sov hjemme i egen seng. Skåring av data ble foretatt i Somnologica 3.1 etter kriteriene til Rechtschaffen & Kales (11).

Kriteriene for periodiske beinbevegelser er gjentatte muskulære kontraksjoner (varighet 0,5–5,0 sekunder), og at kontraksjonene er separert med et intervall på 5–90 sekunder. Det må påvises minst fire kontraksjoner etter hverandre (minst fem per time) for at det skal kalles periodiske beinbevegelser under søvn og lidelsen graderes ved hjelp av en indeks som angir gjennomsnittlig antall periodiske beinbevegelser per time. Hos eldre regnes en indeksverdi over 10 som patologisk (12).

Kriterier for søvnapné ble definert som mer enn 50 % reduksjon i amplitudemål for respirasjon (hypopné) assosiert med minimum 3 % desaturasjon eller aktivisering i EEG-kanalene. Ved 100 % reduksjon klassifiseres det som apné. Varigheten på en hypopné/apné må være minst 10 sekunder, og lidelsen graderes ved hjelp av en indeks som angir gjennomsnittlig antall apneer og hypopneer per time. Hos eldre anses en indeksverdi på 10 eller høyere som patologisk (13). Epworth Sleepiness Scale er et selvrapporteringsinstrument der pasienten skal vurdere hvor sannsynlig det er for ham/henne å sovne eller døse av i åtte spesifiserte situasjoner (14). Instrumentet skiller mellom ulike diagnostiske grupper med varierende grad av patologisk søvnighet, og er tidligere benyttet på tilsvarende utvalg.

Statistikk

SPSS for Windows 12 ble benyttet i de statistiske analysene. På grunn av utvalgets størrelse ble enkle deskriptive analyser brukt til å beskrive data. Samvariasjon mellom sovemiddeldosering og polysomnografidata ble undersøkt med Pearsons produkt-moment korrelasjonsanalyse. Mann-Whitneys U-test ble benyttet for å estimere en eventuell gruppeforskjell på ESS-skåre basert på høy/lav indeks for periodiske beinbevegelser eller søvnapné.

Resultater

Bruk av sovemidler

Zopiklon var det mest brukte sovemidlet: 17 av 19 pasienter benyttet dette daglig. Det vanligste doseinntaket var 7,5 mg per døgn (spredning 3,75–22,5 mg). De to andre pasientene benyttet henholdsvis zolpidem og nitrazepam. Det var en tendens til at sovemiddeldosering var korrelert med både indeks for søvnapné ($r = 0,22$) og indeks for periodiske beinbevegelser ($r = 0,31$), men disse var ikke statistisk signifikante.

Diagnostisering

Av de 19 pasientene som ble tilbudt polysomnografisk undersøkelse, tilfredsstilte åtte pasienter de diagnostiske kriteriene for søvnapné (42%). For disse var gjennomsnittlig indeksverdi 20,9 (spredning 11,3–42,6). Åtte personer tilfredsstilte kravene for periodiske beinbevegelser (42%), og blant disse var gjennomsnittlig indeks 35,3 (spredning 12,8–83,6). Slår man begge søvnlidelsene sammen, led 14 pasienter enten av søvnapné, periodiske beinbevegelser eller begge (74%). Ved bruk av strengere diagnostiske kriterier ble forekomsten noe lavere (tab 1).

Søvnkvalitet

Pasientenes søvnkvalitet var gjennomgående dårlig og spesielt preget av lite dyp søvn (stadium 3/4) og lange oppvåkninger (tab 2). Dette gjaldt for alle pasientene i utvalget. Gjennomsnittlig innsøvningsstid var 41 min (spredning 2–220 min), og søvneffektiviteten (total søvn/tid i sengen) · 100 % ble estimert til 77 % (spredning 61–92). I løpet av natten hadde pasientene i gjennomsnitt 13 oppvåkninger (spredning 3–26 oppvåkninger).

Subjektive mål

Av de åtte pasientene som tilfredsstilte kravene for periodiske beinbevegelser, rapporterte to at de var plaget av alvorlige krampe- trekninger når de sov. Blant de åtte pasientene med søvnapnéindeks over 10 rapporterte kun én av disse plager med overdreven snorking (vi hadde ikke data fra partner). Det var en svak og ikke-signifikant tendens til at pasienter som tilfredsstilte kravene for enten søvnapné eller periodiske beinbevegelser også rapporterte større grad av søvnighet på

Tabell 2 Gjennomsnittlig søvn i antall minutter fordelt på søvnstadier og andel av søvnen (%) i ulike søvnstadier

	Antall	Innsøvn- ning (min)	Total søvn (min)	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3/4	REM-søvn	Våken (min)
Periodiske beinbevegelser under søvn								
Indeks								
< 10	11	25	359	51 min (14 %)	191 min (53 %)	57 min (16 %)	60 min (17 %)	101
≥ 10	8	63	391	68 min (17 %)	211 min (54 %)	42 min (11 %)	70 min (18 %)	131
Søvnapné								
Indeks								
< 10	11	54	364	59 min (16 %)	188 min (52 %)	53 min (15 %)	63 min (17 %)	125
≥ 10	8	23	384	56 min (15 %)	215 min (56 %)	47 min (12 %)	65 min (17 %)	99

dagtid (ESS-skåre 4,2, SD 4,4). sammenliknet med dem som ikke tilfredsstilte diagnosekravene (ESS-skåre 2,8, SD 2,2).

Diskusjon

Til tross for pågående hypnotikabehandling som er ment å hjelpe både for innsovningsproblemer, hyppige oppvåkninger og lite dyp søvn, viser polysomnografidataene gjennomgående dårlig søvnkvalitet på alle disse områdene. Sammenliknet med tidligere rapporterte prevalenstall av søvn sykdommer i samme aldersgruppe (9, 10), er våre funn høye. En viktig forutsetning ved forskrivning av hypnotika er at det er foretatt en grundig kartlegging av søvnen. Siden dårlig søvn er et symptom, bør allmennlegen alltid utrede hvilke faktorer som bidrar til eller utløser søvnproblemer. Mangelfull utredning kan føre til at pasienten ikke mottar riktig behandling for det problemet som forårsaker symptomene. Behandling av søvnapné avhenger av alvorlighetsgrad, og aktuelle behandlingsformer er bittskinne, kirurgi og CPAP (continuous positive airways pressure). Periodiske beinbevegelser behandles normalt med dopaminagonister (7).

Det er imidlertid viktig å påpeke at påvisning av én søvn lidelse ikke umiddelbart utelukker at det samtidig foreligger andre søvnproblemer. En pasient som lider av søvnapné vil også kunne ha innsovningsproblemer. Tilsvarende vil en pasient med hovedsakelig primær insomni samtidig kunne ha innslag av periodiske beinbevegelser eller apneer. Positive funn ved polysomnografisk undersøkelse vil således ikke nødvendigvis bety at man har funnet alle årsakene til søvnproblemer.

Resultatene indikerer at behovet for informasjon til helsepersonell om behandling av søvn lidelser er stort. Manglende kunnskap på dette området kan føre til at pasienter som burde fått behandling for sine søvn lidelser, får hypnotika over lang tid. Dette er spesielt alvorlig ved søvnapné hvor hypnotika er kontraindisert og kan ha en forverrende effekt på symptomene (15). En alternativ forklaring til de høye prevalensene av søvnapné i vår undersøkelse kan være at lidelsen

faktisk er en konsekvens av at pasientene benytter sovemidler. Dette gjelder imidlertid neppe for periodiske beinbevegelser.

På basis av våre funn av og tidligere studier er det rimelig å spørre seg om søvnapné og periodiske beinbevegelser kan betraktes som normalfenomener i denne aldersgruppen. Muligens vil det være bedre å heve innslagsgrensen for behandling til 15 eller høyere, men dette må vurderes opp mot de konsekvenser ulike grader av symptomforekomst har på fungering på dagtid. I tråd med Bjorvatn og medarbeidere (6) mener vi det vil være lite hensiktsmessig med polysomnografiske undersøkelser hos samtlige som oppsøker lege på grunn av søvnløshet. Grundige differensialdiagnostiske vurderinger basert på anamnestic informasjon og en kort intervju basert screening vil kunne gi fastlegen mistanke om eventuelle øvrige søvn lidelser. Det bør undersøkes om pasienten i tillegg til søvnproblemer også er plaget av søvnighet på dagtid, noe som sjelden ses ved primær insomni. Snorking og nattlige kvelningsfølelser kan være indikasjoner på søvnapné, på samme måte som gjentatte rykninger og uro i beina kan være tegn på periodiske beinbevegelser. Dersom pasienten har en partner, kan vedkommende ofte være særlig viktig som informant. Hyppige oppvåkninger kan være symptomer både på søvnapné og periodiske beinbevegelser. Ved slike risikofaktorer/symptomer bør videre henvisning til polysomnografisk undersøkelse vurderes. Med den kunnskap som finnes om forekomsten av søvn lidelser, bør man være mer forsiktig med å la det gå automatisk i forskrivning av hypnotika til pasienter med søvnproblemer.

For ytterligere å kartlegge en eventuell negativ påvirkning av sovemidler blant pasienter med søvnapné, bør det i fremtidige studier gjennomføres polysomnografiske undersøkelser både med og uten inntak av et hypnotikum kvelden før. Det vil også være interessant å sammenlikne den aktuelle gruppen pasienter med en frisk aldersjustert kontrollgruppe som ikke benytter hypnotika. Det er også av interesse å undersøke sammenhengen mellom grad av symptomer og

fungering på dagtid hos pasienter i ulike aldersgrupper. Det bør påpekes at rekrutteringsprosedyren i denne studien kan begrense dens ytre validitet.

Oppgitte interessekonflikter: Bjørn Bjorvatn deltar i Nordic Restless Study Group som sponses av Boehringer Ingelheim.

Litteratur

1. Morin CM, Colechchi C, Stone J et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 281: 991–9.
2. Pallesen S, Nordhus IH, Nielsen GH et al. Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. *Sleep* 2001; 24: 771–9.
3. Avidan AY. Insomnia in the geriatric patient. *Clinical cornerstones* 2003; 5: 51–60.
4. Vanednænde legemidler – forskrivning og forsvarehet. IK-2755. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
5. Nieto FJ, Young TB, Lind BK et al. Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study. Sleep Heart Health Study. *JAMA* 2000; 283: 1829–36.
6. Bjorvatn B, Holsten F, Skeidsvoll H. Periodiske beinbevegelser under søvn – kan og skal de behandles? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2169–72.
7. King E, Lossius MI. Rastløse bein. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 25–7.
8. Morgan K. Sleep and aging. I: Lichstein KL, Morin CM, red. *Treatment of late-life insomnia*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000: 3–36.
9. Ancoli-Israel S, Kripke DF, Klauber MR et al. Sleep-disordered breathing in community-dwelling elderly. *Sleep* 1991; 14: 486–95.
10. Coleman R, Bliwise NG, Sajben N et al. Epidemiology of periodic movements during sleep. I: Guilleminault C, Lugaresi E, red. *Sleep/wake disorders. Natural history, epidemiology and long term evolution*. New York: Raven, 1988: 217–29.
11. Rechtschaffen A, Kales A. *A Manual of standardized terminology and scoring system for sleep stages of human sleep*. Los Angeles: University of California at Los Angeles, Brain Information Service/Brain Research Institute, 1968.
12. Hening W, Allen R, Earley C et al. The treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. *An American Academy of Sleep Medicine Review. Sleep* 1999; 22: 970–99.
13. *The International Classification of Sleep Disorders, revised: Diagnostic and Coding Manual*. Rochester, MN: American Sleep Disorders Association, 1997.
14. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14: 540–5.
15. Hanly P, Powles P. Hypnotics should never be used in patients with sleep apnea. *J Psychosom Res* 1993; 37 (suppl 1): 59–65.