

neurologia

Insonnia

Se sei un tipo sveglio... dormi

Antonino Cotroneo

*Geriatra, Responsabile Ambulatori Geriatria e Unità Valutativa Alzheimer, Dipartimento Salute Anziani (DSA), ASL 3, Torino
Vice Presidente Nazionale ACSA*



A. Cotroneo

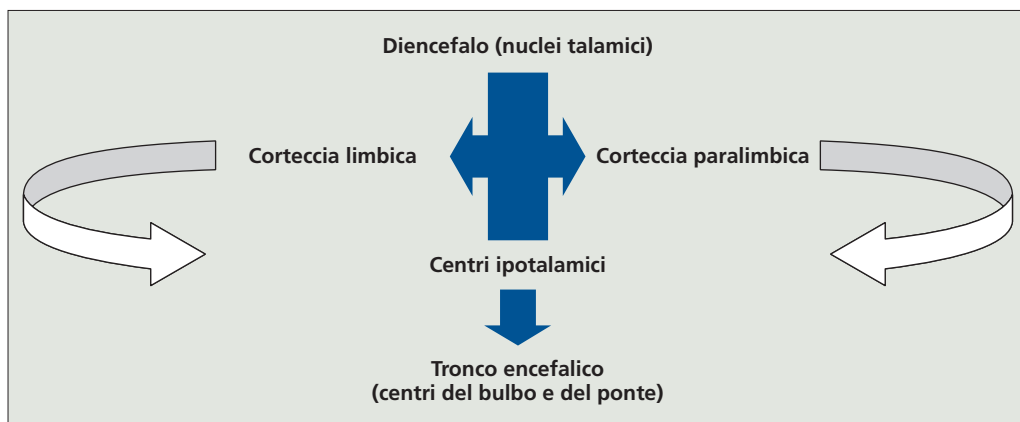
“Un uomo può sopportare molte cose finché può sopportare se stesso, può vivere senza speranza, senza amici, senza libri, senza musica, anche senza luce, ma un uomo non può vivere senza dormire”.

Axel Munthe

Cenni storici

Gli antichi greci consideravano il sonno come un dio “Ipno”, figlio d’Erebo, cioè della profondità inaccessibile e della notte. Il suo ruolo era preminente su tutti gli dei, perché nessuno poteva esimersi dal dormire. Asclepio (Esculapio) fu il primo medico a introdurre un sistema di cura basato sul sonno e sui sogni dei pazienti. Nel 1900 si deve una svolta a Freud che pubblica *L’interpretazione dei sogni* e svela le dinamiche dell’inconscio, attribuendo ai sogni il valore di messaggi alla sfera cosciente dell’Io, che proviene dalla profondità della psiche. Nel 1949 Moruzzi e Magoun parlano di centri di regolazione del sonno a livello del tronco encefalico e del diencefalo (Fig. 1).

Nel 1960 si ha l’avvento della polisonnografia, una tecnica di registrazione elettroencefalografica che permette la registrazione contemporanea



△ **Figura 1.** Centri di regolazione del sonno.

dei potenziali elettrici cerebrali (elettroencefalogramma, elettromiogramma, elettroculogramma) e di alcune funzioni biologiche, come la misurazione della pressione arteriosa, delle frequenze cardiaca e respiratoria e della desaturazione d'ossigeno. Con la scoperta dei *Rapid Eye Movements* (REM) il sonno cessa di essere considerato un processo relativamente omogeneo.

L'insonnia

In Italia, una persona su cinque soffre di disturbi del sonno. Gli italiani dormono in media di notte circa sei ore e mezza, quasi un'ora in più del resto d'Europa.

- *Insonnia* = incapacità a dormire in modo adeguato
- *Ipersonnia* = sonnolenza eccessiva, sonno prolungato e/o episodi di sonno diurno quasi quotidiani
- *Parasonnie* = eventi correlati al sonno (sonnambulismo, terrori notturni, sindrome delle gambe senza riposo)

Una prima classificazione dell'insonnia prevede la suddivisione in tre classi:

- 1) insonnia *iniziale*: difficoltà nell'induzione del sonno;
- 2) insonnia *centrale*: frequenti risvegli notturni;
- 3) insonnia *terminale*: risveglio mattutino precoce, senza possibilità di riaddormentamento.

Oppure, secondo la durata:

- 1) insonnia *transitoria*: da pochi giorni a due settimane. Può essere suddivisa, a sua volta, in *occasionale* (reattiva a stati dolorosi, lutti, separazioni, attesa d'avvenimenti) o *ricorrente*, legata a cause che si ripropongono con periodicità (ad es., patologie come la cefalea o la depressione mascherata);
- 2) insonnia *persistente*: entro le due settimane. Questo tipo d'insonnia è la spia di un disturbo somatico o di una patologia psichica;
- 3) insonnia *cronica*: da più di due settimane a mesi o anni. Spesso è legata a un disturbo dell'area psichiatrica (ad es., nevrosi) e complicata, ad esempio, da situazioni ambientali.

Esistono delle regole comportamentali per intervenire non farmacologicamente sui disturbi legati all'insonnia. Ad esempio, la regolazione del ritmo sonno-veglia: andare a letto solo se assonnati, usare il letto soltanto per dormire o per i rapporti sessuali, lasciare il letto se incapaci di addormentarsi dopo circa 20 minuti, evitare il sonnellino pomeridiano

e svegliarsi alla stessa ora del mattino. La tendenza, soprattutto nell'anziano, ad assopirsi durante il giorno aumenta con l'età ed è abbastanza tipica nei maschi. Tale situazione può essere favorita da vari fattori, principalmente la mancanza d'interessi o stimoli esterni, da deafferentazione sensoriale quali l'ipoacusia o i deficit del visus; da limitazioni fisiche riguardanti ad esempio il movimento.

Trattamento farmacologico dell'insonnia

Bisogna tener presente che la terapia farmacologica dell'insonnia, di qualsiasi tipo si tratti, è da ritenersi sempre un ausilio transitorio. Sono utili gli ipnotici a breve emivita che non determinano accumulo, limitando la loro azione alle sole ore notturne, quando sono privi di metaboliti attivi; sono indicati quando non si vuole compromettere la vigilanza diurna e mantenere elevato il livello di prestazione; possono essere considerati di prima scelta, qualora si debba ricorrere al farmaco, ad esempio nell'insonnia transitoria e a breve termine. Nell'insonnia cronica che persiste da alcuni mesi, dopo aver considerato la comorbidità, si può passare a una terapia ipnoinduttrice.

Il lormetazepam è assorbito completamente dopo somministrazione per os. I massimi livelli plasmatici sono raggiunti dopo due ore dalla somministrazione. L'emivita di eliminazione è di circa 13 ore con aumento delle potenzialità di indurre effetti residui. Può provocare un'insonnia rebound alla sospensione.

Il triazolam è assorbito rapidamente dopo assunzione orale, il picco di concentrazione plasmatica si raggiunge dopo due ore ed è proporzionale alla dose assunta. Ha un'emivita di eliminazione di circa 3-4 ore.

Alcuni farmaci, come l'eritromicina, possono alterare il metabolismo del triazolam. La dose attuale raccomandata è di 0,125-0,25 mg. Riduce significativamente la latenza del sonno e il numero di risvegli notturni, prolungando la durata del sonno. Gli effetti collaterali possono essere senso di stordimento, instabilità posturale, cefalea, nausea e vertigini.

Lo zolpidem è un ipnotico imidazopiridinico. Ha un'emivita di eliminazione di circa 2,5 ore senza alcun metabolita attivo. Il tempo di concentrazione massima è di 1,5 ore circa. Ha una farmacocinetica lineare alle dosi da 5 a 20 mg. Non presenta il fenomeno d'accumulo ed è molto usato anche nel soggetto anziano. La dose indicata è di 10 mg/die. Dopo somministrazione sin-

Syllabus

- **Insonnia: incapacità di dormire in modo adeguato**
- **Insonnia iniziale: difficoltà nell'induzione del sonno**
- **Insonnia centrale: frequenti risvegli notturni**
- **Insonnia terminale: risveglio mattutino precoce, senza possibilità di riaddormentamento**
- **Terapia farmacologica dell'insonnia: sempre ausilio transitorio**
- **Preferire ipnotici a breve emivita, privi di metaboliti attivi**
- **Negli anziani preferire le compresse rispetto alle gocce**

gola non interferisce con le funzioni cognitive del soggetto anziano sano. In caso di depressione, lo zolpidem ha aumentato il tempo totale di sonno e ridotto il numero di risvegli notturni. Ha dimostrato di non avere effetti residui.

La melatonina è riconosciuta come "*a sleep promoting hormone*". La concentrazione ematica diminuisce con l'invecchiamento. In genere è consigliata nella sospensione graduale del trattamento a lungo termine con benzodiazepine. La posologia, di norma, è di 2-4 mg alla sera, prima di coricarsi.

Alcuni farmaci che possono causare insonnia:

- Stimolanti (caffeine, xantine)
- Decongestionanti (pseudoefedrina, fenilpropanolamina)
- IMAO, citalopram, venlafaxina, bupropione
- Ipnotici e sedativi: effetto rebound
- Antiparkinson
- Antiepilettici
- β -bloccanti (atenololo e metoprololo no), metildopa, losartan, diltiazem, amiodarone
- Corticosteroidi
- Chinolonici, salmeterolo

Occorre tener presente che con la sospensione di una benzodiazepina si possono verificare due sindromi clinicamente distinguibili:

- L'*insonnia "rebound"* o *di rimbalzo*, caratterizzata da un aumento totale di veglia superiore al 40% se riferita alla condizione basale. Quando il disturbo dura oltre la sesta settimana si può pensare a una recrudescenza dell'insonnia originaria.
- La *withdrawal* o *astinenza*, caratterizzata da sudorazione, tremori, tachicardia, fotofobia, agitazione psicomotoria. Indica uno stato di dipendenza. La dipendenza a due anni è di circa il 50%.

La cura dell'insonnia dovrebbe prevedere la conoscenza delle cause che la determinano e, quando richiesti, delle caratteristiche dei farmaci da usare. La preferenza dovrebbe andare agli ipnoinducenti a breve emivita, per ridurre l'eventuale comparsa d'effetti residui. La forma preferibile è quella in compresse, da preferire alle gocce soprattutto nei soggetti anziani. ▶