

Wichtige Kongresse 2010 für Neurologen, Psychiater und Somnologen

Kongress	Ort	Termin	Internetadresse
Jahrestagung SNAK (Sektion nächtliche Atem- und Kreislaufstörungen)	Schmallenberg, Fachkrankenhaus Klostergrafschaft	29.-30. Januar	www.krankenhaus-klostergrafschaft.de
Schlafmedizin im Kindesalter Frühjahrstagung der AG Pädiatrie der DGSM	Köln, Maternus-Haus	12.-14. März	www.dgsm.de
51. Kongress der DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie)	Hannover, Convention Center Messe Hannover	17.-20. März	www.dgp-kongress.de
54. Jahrestagung der DGKN (Deutsche Gesellschaft für klinische Neurophysiologie)	Halle/Saale, Martin-Luther-Universität Halle	18.-20. März	www.dgkn.de
2010 Annual Meeting of The AAN (American Academy of Neurology)	Toronto, Ontario, Kanada Convention Center	10.-17. April	www.aan.com
78th AANS Annual Meeting (American Association of Neurological Surgeons)	Philadelphia, Pennsylvania, USA	1.-6. Mai	www.aans.org

Fortsetzung ⇒

Kongress	Ort	Termin	Internetadresse
9. Forum Schlaf	Schorndorf, Barbara-Künkelin-Halle	Mitte Mai 2010	www.forum-schlaf.de
Internationales Symposium "New Perspectives in Sleep Medicine"	Berlin, Langenbeck-Virchow-Haus	13.-15. Mai	www.charite.de
APSS / SLEEP 2010 (Associated Professional Sleep Societies)	San Antonio, Texas, USA	5.-9. Juni	www.sleepmeeting.org
20th Meeting of the ENS (European Neurological Society)	Berlin, ICC	19.-23. Juni	www.congrex.ch/ens2010
20th Congress of the ESRS (European Sleep Research Society)	Lissabon, Portugal Pavilhão Atlântico	14.-18. September	www.esrs2010.com
83. DGN-Jahreskongress (Deutsche Gesellschaft für Neurologie)	Mannheim	20.-25. September	www.dgn.de
14th EFNS Congress (European Federation of Neurological Societies)	Genf, Schweiz	25.-28. September	www.efns.org
DGSM (Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin)	Bremen, Messehallen	7.-9. Oktober	www.dgsm.de

Fortsetzung ⇒

Kongress	Ort	Termin	Internetadresse
DGPPN-Kongress (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde)	Berlin, ICC	24.-27. November	www.dgppn-kongress.de
DNG-Jahrestagung (Deutsche Narcolepsie-Gesellschaft e.V.)	Finsterbergen, Thüringen	1.-3. Oktober	www.dng-ev.org

Durchschlafstörungen und Beinbewegungen

Professor Dr. med. Sylvia Kotterba

Aktuelle Symptomatik bei Erstvorstellung

Frau A.H., 55 Jahre alt, stellte sich erstmals im November 2005 in der Schlafambulanz der Neurologischen Universitätsklinik auf Veranlassung des behandelnden Neurologen vor. Sie berichtete, dass schon seit vielen Jahren eine Tagesschläfrigkeit bestünde, in den letzten 5 Jahren auch Einschlafattacken in monotonen Situationen aufgetreten seien. Sie habe dies zunächst auf Schlafmangel zurückgeführt. In der privaten Umgebung seien keine größeren Schwierigkeiten hierdurch aufgetreten. Aktuell erfolgte die Vorstellung aufgrund beruflicher Probleme. Sie sei während ihrer Tätigkeit als Aufsicht in einer Spielhalle mehrfach eingeschlafen und dadurch aufgefallen, sei derzeit krankgeschrieben. Sie habe in den letzten Jahren zunehmende Durchschlafstörungen, die sie auf unregelmäßige Arbeitszeiten zurückführe. Außerdem quälten sie beim Einschlafen unwillkürliche Beinbewegungen.

Anamnese

Fremdanamnese:

Der begleitende Ehemann berichtet, dass ihm bei seiner Frau nachts Schnarchen und Atemstillstände aufgefallen seien, er habe auch Beinbewegungen beobachtet.

Eigenanamnese:

Frau H. ist wegen einer chronischen Bronchitis in kontinuierlicher Behandlung, hat in der Vergangenheit auch nächtliche Dyspnoephasen gehabt. Ein Apnoe-Screening war dennoch bisher nicht erfolgt.

Familienanamnese:

Der Sohn habe auch eine Tagesschläfrigkeit, wolle dies aber zur Zeit nicht abklären lassen.

Erweiterte Anamnese:

Auf gezieltes Befragen gibt Frau H. an, dass sie unter Alpträumen leidet. Sie schlafe maximal 2 Stunden kontinuierlich. Zumeist sei sie um 2.00 Uhr früh hellwach. Nach den Tagschlafattacken, die sehr kurz seien, erwache

sie meistens erfrischt. Kurz vor Abschluss der Anamnese gibt sie dann an, dass ihr bei starker Trauer oder Freude die Augen zufallen würden. Als besonders peinlich empfinde sie es, dass sie in solchen Situationen auch schon gestürzt sei, da ihr die Beine versagten.

Aktuelle Diagnostik

Wie wurde die Diagnose gestellt?

Frau H. wird zur weiteren Diagnostik stationär aufgenommen. Die Laborparameter (insbesondere Schilddrüsenwerte, Eisenspiegel) sind unauffällig. Nach den Ergebnissen der Blutgasanalyse und Bodyplethysmographie ist die chronische Bronchitis gut eingestellt, es zeigt sich eine leichte Atemwegsobstruktion.

HLA-Diagnostik: HLA DR15 und DQB1*0602 positiv.

Epworth Sleepiness Scale: mit 18 Punkten wird eine deutlich erhöhte Tagesschläfrigkeit angegeben.

Pittsburgh Sleep Quality Index: 16 Punkte indizieren eine schlechte Schlafqualität (Norm < 5 Punkte).

Ruhe-EEG: es finden sich deutliche Vigilanzschwankungen.

Vigilanztest (Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung, TAP): es zeigen sich stark fluktuierende Reaktionszeiten, zwischen der 10. und 20. Minute wird die Hälfte der kritischen Reize nicht beantwortet.

Polysomnographie: die respiratorischen Parameter sind unauffällig (Apnoe-Hypopnoe-Index 5/h, mittlere Sauerstoffsättigung 96 %, minimale Sauerstoffsättigung 90 %), der PLM-Index lag bei 4/h. Das Schlafprofil war hingegen auffällig mit einem Wachanteil von 17 % bei einer Gesamtschlafdauer von 290 Minuten, somit einer geminderten Schlaffeffizienz von 82 % und fehlendem Tiefschlaf. Der REM-Anteil war mit 22,3 % hochnormal, bereits nach 30 Minuten erstes REM (siehe Abb. 1). Auffallend sind ein frühes REM, häufige längere Wachzeiten und nahezu fehlende Tiefschlafanteile.

MSLT: mittlere Einschlafzeit 2 Minuten, zweimalig Sleep-Onset-REM.

Insgesamt konnte die Diagnose einer Narkolepsie mit Kataplexie bestätigt werden.

Therapie und Verlauf

Die Patientin wünschte zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nur eine Therapie der Tagesschläfrigkeit, sodass mit der Gabe von Modafinil 2 x 100 mg (morgens und mittags) begonnen wurde.

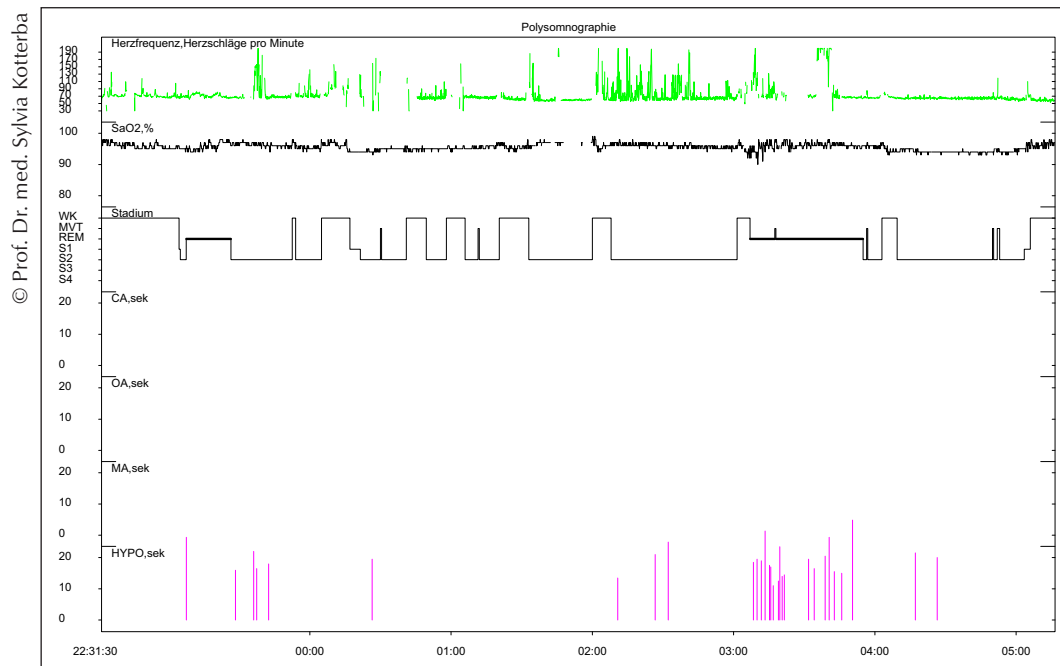


ABBILDUNG 1:
Polysomnographie.

Im Februar 2006 stellte sich Frau H. erneut vor. Die Tagesschläfrigkeit sei leicht zurückgegangen, immer noch spürbar vorhanden. Die Durchschlafstörungen hätten sich nicht verbessert. Zunehmend verstärkten sich aber die Kataplexien. Während des Besuches in der Ambulanz erlitt Frau H. 3 Kataplexien, während sie ihre Beschwerden schilderte. Dabei fielen die Augen zu, die Armkraft versagte, bei der dritten Kataplexie drohte sie, vom Stuhl zu fallen. Die Kataplexien sistierten nach maximal 3 Minuten. Zur Therapie der Kataplexien wurden zunächst 2 x 25 mg Clomipramin verordnet.

Erneute Vorstellung dann im August 2006. Sie habe Clomipramin nur wenige Wochen eingenommen, nur geringen Erfolg verspürt. Parallel mit der Einnahme entwickelten sich Übelkeit, Erbrechen, die Clomipramin-Einnahme wurde beendet. Dennoch in der Folge Gewichtsverlust von 10 kg (keine Ursache diagnostiziert). Sie sei tagsüber immer müde, schlafe mindestens 3 Stunden (weiterhin Einnahme von 2 x 100 mg Modafinil). In der Nacht schlafe sie inzwischen maximal eine Stunde kontinuierlich, habe massive Albträume. Die Kataplexien träten mehrfach täglich auf.

Bei der Patientin standen Durchschlafstörungen und Kataplexien im Vordergrund der Behandlung, des weiteren trotz Modafinilgabe nicht gut behandelte Tagesschläfrigkeit. Daher wurde der Beginn einer Xyrem®-Therapie besprochen, der die Patientin zunächst skeptisch gegenüber stand.

Therapieverlauf unter Xyrem®

Beginn der Therapie mit 2,25 g Xyrem® um 22.00 Uhr. Die Patientin berichtete über sofortiges Einschlafen und gute Schlafkontinuität. Die Kataklexien gingen deutlich zurück, waren aber weiter täglich vorhanden. Unter der Zusatztherapie mit Modafinil bis 400 mg war für die Patientin die private Tagesstruktur beherrschbar, eine Arbeitsfähigkeit nicht zu erzielen. Aus Furcht vor Nebenwirkungen war die Patientin nicht bereit, die Xyrem®-Dosis zu erhöhen, zumal sie erstmals eine gute Durchschlafqualität erlebte und nicht in der Nacht nochmals eine zweite Dosis einnehmen wollte.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Sylvia Kotterba
Ammerland-Klinik
Direktorin der Klinik für Neurologie
Lange Straße 38
26655 Westerstede





Text und Bild © Wikipedia

Schlafendes Mädchen von Jan Vermeer, 1657

Jan Vermeer van Delft

Getauft am 31. Oktober 1632 in Delft, Niederlande; begraben 15. Dezember 1675 in Delft, Niederlande.

Van Delft wurde in seiner Zeit auch Joannis ver Meer oder Joannis van der Meer genannt. Er ist einer der bekanntesten holländischen Maler des Barock. Er wirkte in der Epoche des Goldenen Zeitalters der Niederlande, in der das Land eine politische, wirtschaftliche und kulturelle Blütezeit erlebte. Er wurde als Freimeister am 29. Dezember 1653 Mitglied der St.-Lukas-Gilde. Dieser Aufnahme muss eine sechs Jahre umfassende Lehrzeit bei einem von der Gilde anerkannten Maler vorausgegangen sein. Wer sein Lehrer war, ist nicht genau bekannt, es werden Leonaert Bramer, Gerard ter Borch, Carel Fabritius oder Pieter de Hooch vermutet. Der Umfang des Gesamtwerkes von Jan Vermeer ist mit heute bekannten 37 Bildern sehr klein. Die ersten Werke Vermeers waren Historienbilder, bekannt geworden ist er jedoch für seine Genreszenen, die einen Großteil seiner Arbeiten ausmachen.

Das schlafende Mädchen ist heute im Metropolitan Museum of Art in New York ausgestellt. Im Bild sitzt eine Frau mit geschlossenen Augen an einem Tisch. Im Vordergrund ist die Tischdecke aufgeworfen, und es befinden sich eine Obstschale und eine Weinkaraffe auf dem Tisch. Ihr schlafender Zustand ist also auf den Weingenuss zurückzuführen. Durch die offene Tür kann der Betrachter zudem in den Nebenraum schauen. Die Frau ist, wie ihre teure Kleidung vermuten lässt, eine Ehefrau, die den Haushalt verwaltet. Ihre Pose soll wahrscheinlich Trägheit darstellen. Trägheit galt in der mittelalterlichen Theologie als Todsünde.

Ulrich ist müde ...

Dr. med. Berthold Voges

Anamnese

Der 21-jährige Ulrich wird wegen seit 5 Monaten bestehender Beschwerden eingewiesen: Tagesschläfrigkeit mit Einschlafen in inadäquaten Situationen, wie z.B. Autofahren mit Überfahren erst eines Stoppschildes, dann einer Verkehrsinsel, oder beim Mittagessen mit dem Essen im Mund oder beim Arzt im Wartezimmer – so wird er beim Erstkontakt dann auch schlafend angetroffen.

Nachts könne er gut einschlafen, nach 2 – 3 Stunden werde er immer wieder wach, ca. alle 15 Minuten, ohne ersichtlichen Grund. Morgens komme er gut aus dem Bett, ab dem Vormittag müsse er dann andauernd gegen überwältigende Müdigkeit ankämpfen, wobei er diesen Kampf oft verliere.

Bei Ärger, Wut, seltener auch beim Lachen, gelegentlich auch ohne erkennbaren Auslöser, knicke er in den Beinen ein, müsse sich hinsetzen oder sinke gar zu Boden, bekomme aber alles mit, dies dauere ungefähr 1 – 2 Minuten.

Wenn er – vornehmlich nach kurzem Schlaf – geweckt werde, komme es zu sehr unangenehmen Mißempfindungen: Er fühle sich halb wach, halb im Schlaf gefangen, habe dann das Gefühl, der Unterkiefer sei gelähmt, er könne weder sprechen noch sich bewegen, sein Kopf falle immer wieder, der Schwerkraft folgend, zur Seite.

Die sonstige medizinische oder vegetative (bis auf leichte Adipositas) Anamnese ist leer, kein über die Norm der deutschen Großstadtadoleszenz hinausgehender Drogenkonsum. Neurostatus unauffällig.

Diagnostik

Im EEG döst er nach 13 Ableiteminuten – während der Photostimulation – ein, wird durch die MTA geweckt und imponiert dann durch schlaffe Mimik und Unfähigkeit, die Augenlider zu heben, schwer beweglichem Unterkiefer und schleppender, kaum verständlicher Sprache – dies über 2 Minuten.

In der **nächtlichen EEG-Ableitung** inklusive **Polysomnographie** zeigt sich eine pathologisch zerrhackte Schlafstruktur, zahllose Arousals, Tief-

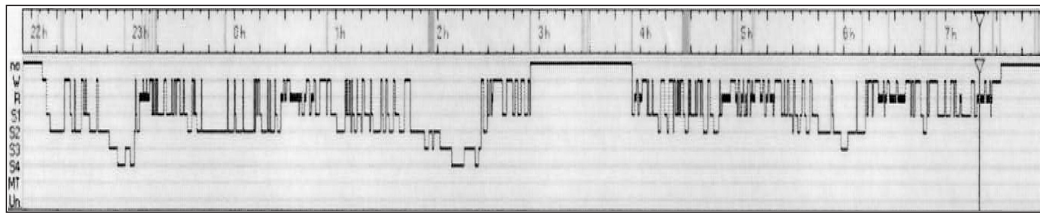
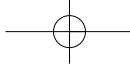


ABBILDUNG 1:

Hypnogramm vor Therapiebeginn.

schlafmangel, lange WASO (Wake after Sleep-Onset)-Zeiten sowie eine SOREM (Sleep-Onset-REM) -Phase (siehe Abb. 1).

Neben dem pathologischen Schlafprofil zeigen sich mehrfach auffällige Verhaltensweisen im Schlaf, wie z.B. aus dem Tiefschlaf auftretende Episoden mit Aufsetzen im Bett, Produktion schwer verständlicher, aber korrekter Sprache, Umherblicken im Zimmer, dann Hinlegen und Weiterschlafen. Das EEG zu dieser NREM-Parasomnie mit Somniloquie zeigt lehrbuchartig hohe rhythmische Delta in bifrontaler Betonung aus dem Tiefschlaf (siehe Abb. 2).

Darüber hinaus sehen wir bei Ulrich mehrere Episoden mit ruckartigem Hochschrecken aus dem REM-Schlaf, Sich-im-Bett-Herumwerfen, angstvollem Blick auf das (saubere und leere) Bettlaken, schlagende bzw. abwehrende Bewegungen mit den Armen, Tachykardie, nach ca. 1 Minute Beruhigung, also mehrfache Episoden mit REM-Verhaltensstörung (früher „Schenck-Syndrom“, siehe Abb. 3).

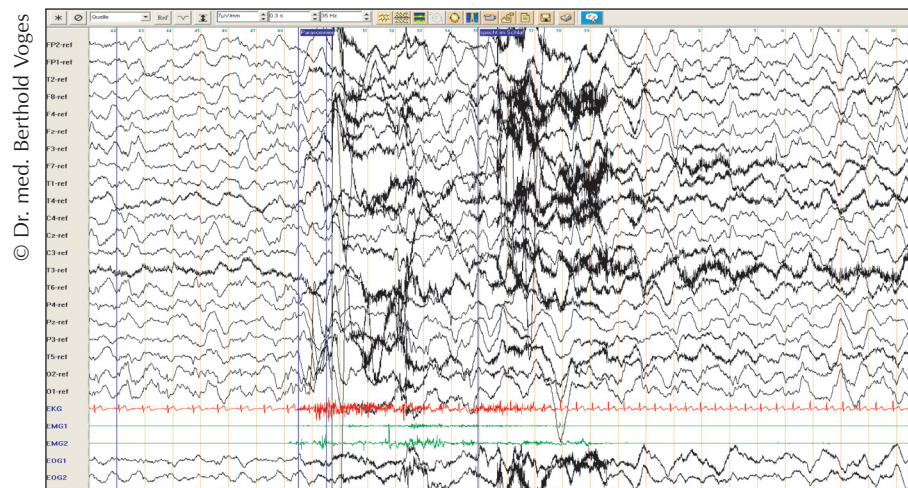


ABBILDUNG 2:

Hohe rhythmische Delta-Abläufe in bifrontaler Betonung als typischer EEG-Befund bei einer NREM-Parasomnie.