Zeitschrift: Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera

Herausgeber: Parkinson Schweiz

Band: - (2000)

Heft: 58

Artikel: Parkinson und Schlaf : die Angst vor der langen Nacht

Autor: Sturzenegger, Matthias

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-815718

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

PARKINSON UND SCHLAF

Die Angst vor der langen Nacht

Rund 25 Prozent aller Menschen schlafen schlecht. Für Parkinsonpatienten, vor allem im späteren Verlauf der Krankheit, sind die – nicht immer krankheitsbedingten – Schlafstörungen besonders quälend. Doch es gibt einige Möglichkeiten, ihnen zu begegnen.

Von Matthias Sturzenegger

Schon James Parkinson beschrieb in seiner legendären Arbeit zur Parkinsonschen Krankheit Schlafstörungen und glaubte, sie seien durch den Tremor bedingt (was heute nur noch entfernt gültig ist).
Schlafstörungen beim Parkinsonsyndrom sind aber ein erhebliches Problem: Für den Patienten, weil er darunter leidet und therapeutisch für den Arzt, da sie in fortgeschrittenen Stadien der Krankheit nahezu die Regel sind (über 80 Prozent). Verschiedene Untersuchungen zur Lebensqualität mit Parkinson ergaben, dass Schlafstörungen nach der motorischen Behinderung der zweitwichtigste Grund für eine eingeschränkte Lebensqualität sind.

Schlafstörungen und ihre Ursachen
Störungen des Nachtschlafes (Abweichungen vom normalen physiologischen Schlaf) sind auch ausserhalb der Parkinsonkrankheit weit verbreitet und werden in den letzten Jahren intensiv erforscht. Ein grosses Problem stellte und stellt immer noch die Definition des Begriffs «normal» bezüglich Schlaf dar. Der Schlaf kann «abnormal» sein bezüglich Dauer. Napoleon schlief durchschnittlich vier, Churchill acht Stunden. Obschon Napoleon wesentlich früher starb als Churchill wurde berechnet, dass er – gemessen an den Stunden Wachheit – mehr (in Stunden) vom Leben hatte als Churchill. Wessen Schlaf war nun normal?
Der Schlaf kann aber auch «abnormal» verlaufen:

- Einschlafstörungen (25–65 Prozent der Parkinsonpatienten)
- Durchschlafstörungen mit wiederholtem Erwachen (50–90 Prozent der Parkinsonpatienten)
- frühzeitiges morgendliches Erwachen, abnorme Ereignisse im Schlaf (z. B. ständige Beinbewegungen, die das Erreichen tiefer, erholsamer Schlafstadien verhindern, Nachtwandeln, usw.)
- epileptische Anfälle
- Atemstörungen (z. B. das Schlafapnoe-Syndrom, wiederholtes kurzes Erwachen infolge Atemnot, meist mit Schnarchen und Atempausen verbunden)
- Aber auch Schmerzen (z. B. bei Arthrose oder Entzündungen), psychische Probleme (z. B. Ängste, Depression), Medikamente (z. B. Stimulantien), Genussmittel (vor allem Alkohol oder Kaffee) können den Schlaf verändern. Abnorm wäre Schlaf dann, wenn der Betroffene darunter leidet oder Sekundärfolgen auftreten (z. B. starke Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen usw.).

Schlafstörungen bei Parkinson
Alle erwähnten Schlafstörungen können, unabhängig von der Parkinsonschen Krankheit, auch bei Parkinsonpatienten auftreten. Wir wollen uns im Folgenden aber auf Ursachen von Schlafstörungen beschränken, die vor allem oder gehäuft bei der Parkinson-

schen Krankheit auftreten. Generell: Schlafstörungen wie auch andere Funktionsstörungen des vegetativen Nervensystems werden meist erst im späteren Verlauf der Krankheit manifest. Untersuchungen im Schlaflabor ergaben bei Parkinsonpatienten (ohne Therapie) eine verkürzte Gesamtschlafzeit parallel zum Schweregrad der Symptomatik und speziell zur Akinese. Entsprechend war diese Störung auch reversibel, sofern die Parkinsonsymptome auf L-Dopa angesprochen hatten.

Es gibt viele Gründe für Schlafstörungen bei Parkinsonkranken:

- Der wichtigste: die nächtliche Akinese mit der Unfähigkeit, sich zu drehen und eine geeignete («wohlige») Schlafposition zu finden.
- Wenn im weiteren Verlauf Dyskinesien und Dystonien auftreten, sind diese auch nachts oft mit schmerzhaften Krämpfen (Beine) vorhanden.
- Störungen der Harnblasenregulation mit gehäuftem (imperativen), oft schmerzhaftem Harndrang. Es kann auch zur Inkontinenz mit Einnässen kommen. Je nach Krankheitsstadium werden solche Blasenentleerungsstörungen in 40 bis 70 Prozent beobachtet, also häufig.
- Diffuse Rücken- und Gliederschmerzen sind nachts häufiger als am Tag z.T. parallel mit dem Rigor.
- Halluzinationen (vor allem optische), Alpträume und Verwirrtheit sind im späteren Verlauf vor allem nachts oft sehr störend, z.T durch die Medikamente verstärkt.
- Schliesslich können auch Angst und Sorge z. B bei einer Depression das Einschlafen verhindern oder zu frühmorgendlichem Erwachen führen.
- Gestörter Nachtschlaf durch gestörte Atmungsregulation. Die Akinese wirkt sich in verschiedener Hinsicht auf die Atmung aus: sie bewirkt einen verkleinerten Atemzug, aber eine beschleunigte Atemfrequenz. Die Anpassung der Atmung an veränderte Bedürfnisse ist gestört: Sprechstörung, Atemnot bei Anstrengung. Auch im Schlaf fanden sich Störungen der Atemfunktion. Bis zu einem Fünftel der untersuchten Parkinsonpatienten soll an einem sogenannten Schlafapnoe-Syndrom leiden (s. Seite 12). Es bestand aller- dings kein Zusammenhang mit der Krankheitsdauer und dem Schweregrad der Krankheit oder der Akinese, so dass die Assoziation wohl eher zufällig ist. Alkoholkonsum vor dem zu Bett gehen kann aber ein leichtes Schlafapnoe-Syndrom deutlich verstärken.

Therapie: Möglichkeiten und Ansätze

Glücklicherweise gibt es verschiedene, teilweise recht erfolgreiche therapeutische Ansätze für einen erholsamen Schlaf auch bei Parkinsonpatienten. Zuerst einmal muss versucht werden, mit dem Arzt die Art der Schlafstörung etwas genauer zu charakterisieren und die verschiedenen in Frage kommenden Ursachen aufzulisten.

- Die Reduktion der nächtlichen Akinese ist wohl eines der wichtigsten Therapieziele zur Verbesserung des Nachtschlafes. Mittel erster Wahl sind hier L-Dopa-Präparate mit retardierter Wirkung (*Sinemet CR, Madopar DR*), evtl. kombiniert mit einem COMT-Hemmer oder auch Dopaminagonisten mit langer Halbwertszeit.

Neuere Studien mit Cabergolin, einem Dopaminagonisten mit sehr langer Verweildauer im Körper, zeigen eine ausgezeichnete Wirkung in Bezug auf nächtliche Bewegungs- und Schlafstörungen. Cabergolin scheint den retardierten L-Dopa-Präperaten deutlich überlegen zu sein.

Die Einnahme vor dem zu Bett gehen und das schrittweise Aufdosieren muss mit dem Arzt vorsichtig ausprobiert werden. Evtl. lohnt sich auch die Einnahme eines solchen Präparates während der Nacht. Ein solches Regime kann auch die morgendlichen Wadenkrämpfe und schmerzhaften Fussdystonien oft günstig beeinflussen. Einfache, gelegentlich hilfreiche Massnahmen sind ein warmes Bad oder ein abendlicher Spaziergang vor dem zu Bett gehen.

- Eine wichtige vorbeugende Massnahme gegen gehäuftes nächtliches Wasser lassen, die immer wieder «vergessen» wird, ist mindestens eine Stunde vor dem zu Bett gehen nichts mehr zu trinken. Detaillierte Untersuchungen der Harnentleerung bei Parkinsonpatienten haben gezeigt, dass der Grund für Harn-

Parkinson und Schlafstörungen – was tun?

Vorbeugend:

- vor dem zu Bett gehen nichts mehr trinken
- kein Alkohol spät abends
- evtl. warmes Bad, abendlicher Spaziergang («Bewegung»)

Therapeutisch:

- Retard-Präparate auf die Nacht bei nächtlicher Akinese
- Medikamente gegen überaktive Harnblase
- Schmerzmittel bei Schmerzen
- Medikamentenanpassung oder Neuroleptika bei Verwirrtheit oder Halluzinationen
- Antidepressiva bei Depression
- Antroposophie: Schlafmittel vorsichtig anwenden (wirken zu lange in den nächsten Tag). Abends warmes Fussbad, rythmische Fuss- und Unterschenkeleinreibungen im Bett mit Solum uligininosum (Wala-Heilmittel)

Der abendliche Spaziergang hilft für den Schlaf.

drang und Inkontinenz meistens in einer Überaktivität des Blasenaustreibungsmuskels liegt. Da Parkinson aber eine Altersgruppe mit vielen anderen Gründen für Harnentleerungsstörungen betrifft (z. B. Prostata-Hyperplasie), muss vor Therapiebeginn die Störung genau analysiert und eventuell ein Urologe beigezogen werden. Findet sich keine anderweitige Erklärung, können verschiedene Medikamente die hyperaktive Harnblase effizient beruhigen: Anticholinergika (z.B. *Spasmo-Urgenin Neo, Ditropan, Cetiprin)* oder Medikamente gegen Muskelkrämpfe ohne anticholinergen Effekt (z.B. *Urispas).* Doch manchmal genügen Medikamente einfach nicht. In diesem Falle muss man mit dem Hausarzt über mechanische Hilfsmittel diskutieren (z.B. Urinal, Katheter oder sogar eine direkte [suprapubische] Blasenableitung), die enorme Erleichterung bringen können.

Wie man sich bettet...

Auf einer harten Matratze können Sie sich besser bewegen. Ein Bettwärmer aus Schafschurwolle gibt mehr Wärme ab als der übliche Molton. Sie können zum Zudecken eine leichtere Decke nehmen, was das Drehen vereinfacht (z. B. Wildseidedecken). Eine weitere Hilfe: Bettsocken, mit denen man sich besser abstossen kann. Rutschige Bettwäsche oder Pyjamas (etwa aus Seide) erleichtern das Drehen. Gegen übermässiges Schwitzen helfen Dinkel- oder Hirsekissen. Kräuterkissen können wohltuende und schlafördernde Wirkung haben.

- Gegen den Einsatz von Schmerzmitteln (z.B. Antirheumatika, vorzugsweise in Retard-Form) ist nichts einzuwenden, sofern sie gut vertragen werden.
- Bei Verwirrtheit oder Halluzinationen gilt es, zuerst die Anti-Parkinsonmedikamente anzupassen, z.B. Dosisreduktion auf die Nacht. Ist das aber unmöglich z.B. bei vermehrtem Rigor (der seinerseits die Schlafstörung verstärkt), müssen sedierende Medikamente (z.B *Clomethiazol)* oder spezielle Neuroleptika *(Clozapin)* eingesetzt werden.
- Eine Depression kann und soll auch bei Parkinsonpatienten sehr gut mit Antidepressiva behandelt werden. Am besten eignen sich hier Medikamente ohne cholinerge Nebenwirkungen und die noch etwas beruhigen, und, wenn abends eingenommen, das Einschlafen erleichtern.

Das Schlafapnoe-Syndrom

Die Spannung der Muskulatur lässt besonders im Tiefschlaf nach. Dieser Spannungsverlust betrifft auch die Muskeln der Luftwege (Gaumen, Zunge, Rachen). Normalerweise erhöhen wir beim Einatmen die Spannung dieser Muskeln, damit sich die Atemwege durch den Sog der Lungenentfaltung nicht einengen. Im Schlaf ist dies nicht mehr so effizient der Fall. Verengen sich auf grund der entspannten Rachen-, Gaumen- und Zungenmuskulatur die oberen Luftwege, schnarcht der Mensch. Individuelle Varianten wie etwa ein grosses Zäpfchen, vergrösserte Rachenmandeln, verkrümmte Nasenscheidewand oder vermehrtes Fettgewebe bei starkem Übergewicht können die Einengung der oberen Luftwege verstärken.

Bei starkem, anhaltendem Schnarchen entsteht durch die verengten Luftwege eine erhöhte Strömungsgeschwindigkeit der Atemluft mit Unterdruck. So wird der Rachenbereich noch mehr eingeengt, die Atemwege können sich sogar vorübergehend verschliessen (Obstruktion): Es kommt zum Atemstillstand (Apnoe). Jetzt sinkt der Sauerstoffgehalt im Blut, der Kohlensäuregehalt steigt. Wird ein bestimmter kritischer Wert unter- bzw. überschritten, schlägt das Atemzentrum im Hirnstamm Alarm und weckt den Menschen. Der Schlaf wird meist unbewusst und nur für wenige Sekunden unterbrochen.

Mit dem Übergang in den Wachzustand steigt die Muskulaturspannung wieder an, die Atemwege erweitern sich. Die Atmung setzt dann, meist mit lautem Schnarchgeräusch, wieder ein, Sauerstoff- und Kohlensäuregehalt im Blut normalisieren sich. Der Mensch schläft wieder ein. Kurz danach beginnt alles wieder von vorne. Dies kann in schlimmen Fällen mehrere hundert Mal pro Nacht vorkommen, immer mit Weckreaktion. Bei mehr als zehn Atempausen (Apnoen) von mehr als zehn Sekunden Dauer pro Stunde spricht man von einem behandlungsbedürftigen obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom (oSAS).

Diese Atempausen können, je nach Dauer und Häufigkeit, schwere Folgen haben: starke Reaktionen des vegetativen Nervensystems mit Blutdruck- und Herzfrequenzssteigerungen (Stressreaktionen). Ein Schlafapnoiker hat ein höheres Herzinfarkt- oder Schlaganfallrisiko, vor allem bei ausgeprägtem SAS. Die Häufigkeit des SAS steigt mit dem Alter und ist bei Männern häufiger. Risikofaktoren sind Übergewicht, abendlicher Alkohol- und Nikotinkonsum, die Einnahme von Schlafmitteln oder Stress.

Die Behandlung ist gut etabliert und wirkungsvoll: Sie besteht in der Vermeidung von Risikofaktoren. In deutlichen Fällen setzt man Spezialgeräte für die nasale nächtliche Überdruckbeatmung ein. *stu*