



Diretrizes para Pacientes com Distúrbios Centrais de Hipersonolência



Como conviver com um distúrbio do sono

Boas-vindas



Estas diretrizes foram elaboradas para oferecer para pacientes orientação e informações sobre distúrbios centrais de hipersonolência (CDoH), incluindo narcolepsia, hipersonia idiopática e síndrome de Kleine-Levin. Elas oferecem uma descrição abrangente de cada distúrbio do sono, incluindo práticas para diagnóstico e opções de tratamento. As diretrizes visam aumentar a compreensão tanto das pessoas que vivem com esses distúrbios do sono quanto das suas redes de apoio, levando a uma melhor qualidade de vida.

-- SLEEP CONSORTIUM



Glossário

Apneia Obstrutiva do Sono (AOS)

Um distúrbio do sono comum caracterizado por repetidas interrupções na respiração durante o sono. Essas interrupções, conhecidas como apneias, ocorrem quando os músculos da garganta relaxam excessivamente, causando um bloqueio parcial ou completo das vias aéreas. Como resultado, a respiração para por um breve período, levando à redução dos níveis de oxigênio no sangue.

Cataplexy

A súbita perda de controle muscular provocada por uma forte emoção. Pode variar de fraqueza muscular à perda completa de controle muscular.

Comorbidades

Ter duas ou mais condições médicas ou doenças simultaneamente.

Diário do sono

Um auto-registro usado para monitorar os padrões de sono de um indivíduo. Normalmente, inclui detalhes como a hora em que você vai para a cama, a hora em que acorda, o total de horas de sono, a qualidade do sono, qualquer despertar durante a noite e como você se sente pela manhã.

Eficiência do sono

Uma medida que reflete a qualidade do seu sono. É calculada dividindo o total do tempo gasto dormindo (não simplesmente deitado na cama) pelo tempo total na cama e, em seguida, multiplicando o resultado por 100 para obter uma porcentagem.



Glossário

Eletroencefalograma (EEG)	Tipo de teste para registrar e medir a atividade elétrica do cérebro.
Fases do sono	As quatro fases do sono incluem uma com movimento rápido dos olhos (REM) e três não-REM.
Higiene do	Uma prática comportamental que promove hábitos saudáveis para ter uma boa noite de sono.
Hipersonia	Um distúrbio do sono caracterizado por excesso sonolência durante o dia, mesmo quando dorme uma quantidade adequada de horas durante a noite.
Hipersonia idiopática (HI)	Um distúrbio do sono caracterizado por sonolência diurna crônica e excessiva sem uma causa óbvia. "Idiopático" significa que a causa específica é desconhecida. Os indivíduos sentem uma SDE profunda, com longos períodos de sono e inércia do sono.
Inércia do sono	A sensação de desorientação e comprometimento da função cognitiva que pode ocorrer logo após o despertar. É o estado de transição entre o sono e a vigília, quando o seu cérebro ainda está em um estado semelhante ao sono.
Melatonina	Um hormônio produzido naturalmente no cérebro, é chamado de "hormônio do sono" porque ajuda a regular o ciclo sono-vigília.

Glossário

Narcolepsia Tipo 1

Um distúrbio neurológico crônico caracterizado por sonolência diurna excessiva e cataplexia. Esta condição é causada por uma deficiência de orexina/hipocretina, cruciais para a regulação da vigília.

Narcolepsia Tipo 2

Um distúrbio neurológico crônico caracterizado por sonolência diurna excessiva, mas ao contrário do Tipo 1, não envolve cataplexia. É tipicamente associada a sintomas menos graves e não envolve a perda de hipocretina.

Off-Label

O uso de um medicamento farmacêutico para uma indicação, faixa etária, dosagem ou forma de administração não aprovada.

Orexina ou Hipocretina

Um neuropeptídeo na região do hipotálamo do cérebro que desempenha um papel crucial na regulação da vigília, excitação e apetite.

Paralisia do sono

Um fenômeno incomum em que o corpo não consegue se mover (paralisia), mas está consciente após o despertar.

Polissonografia (PSG)

Uma análise do sono usada para diagnosticar distúrbios do sono. Durante o teste, várias funções corporais são monitoradas enquanto o paciente dorme, incluindo ondas cerebrais, níveis de oxigênio no sangue, frequência cardíaca, respiração, bem como movimentos dos olhos e das pernas.

Glossário

Questionário de Resultados Funcionais do Sono (FOSQ)

Um tipo de questionário de sono que pode ajudar a determinar distúrbios e doenças do sono subjacentes.

Ritmo circadiano

O relógio interno do corpo, que controla seu ciclo de sono, hormônios e nível de fome.

Síndrome de Kleine-Levin

Um distúrbio neurológico raro e complexo, muitas vezes caracterizado por períodos recorrentes de sono excessivo, comportamento alterado e uma compreensão reduzida do mundo. Os episódios envolvem dormir até 20 horas por dia.

Sistema nervoso autônomo (SNA)

Uma seção do sistema nervoso que controla e regula as funções dos órgãos internos.

Sistema nervoso central (SNC)

A central de controle do corpo, composto pelo cérebro e pela medula espinhal. Controla a maioria das funções do corpo e da mente.

Sonolência diurna excessiva (SDE)

Períodos diários de uma necessidade avassaladora de dormir, ou momentos de sonolência ou sono. Pode interferir nas atividades diárias. O ESD é muitas vezes um sintoma de um distúrbio do sono.

Glossário

Sono não REM

Uma das duas fases básicas do sono. É caracterizada por ondas cerebrais mais lentas e falta de movimento rápido dos olhos. É dividida em três estágios (N1, N2 e N3).

Sono REM

Uma das duas fases básicas do sono. É caracterizado pelo movimento rápido dos olhos sob as pálpebras. É um estágio do sono em que o cérebro está muito ativo, o corpo fica temporariamente paralisado e é quando os sonhos mais vívidos ocorrem.

Suplementos de melatonina

Um suplemento que contém o hormônio melatonina. É comumente usado para ajudar com problemas relacionados ao sono, com uso de curto prazo.

Teste de Manutenção da Vigília (TMV)

Um tipo de análise do sono que mede o quanto uma pessoa consegue ficar acordada em um ambiente tranquilo e relaxante. É usado para avaliar a eficácia do tratamento para distúrbios do sono que causam SDE.

Teste das Múltiplas Latências do Sono (TMLS)

Uma ferramenta de diagnóstico usada para medir a velocidade com que uma pessoa adormece (latência do sono) e com que frequência/rapidez uma pessoa entra no sono REM em uma série de cochilos curtos programados ao longo do dia. É frequentemente usado para diagnosticar distúrbios que causam sonolência diurna excessiva, como narcolepsia e hipersonia idiopática.



Introdução ao sono

Todo mundo precisa dormir. Mas nem todos nós dormimos a quantidade de horas que precisamos para funcionar da forma ideal. Também não é apenas o número de horas de sono que é importante. A qualidade do seu sono também importa. O sono restaurador é essencial para o bem-estar físico, emocional e cognitivo.



Importância do sono

Dormir bem é tão importante para uma boa saúde quanto fazer exercício e se alimentar bem. Vários processos ocorrem enquanto você dorme. De acordo com o National Institute of Neurological Disorders and Strokes dos EUA, os pesquisadores acreditam que o sono pode ajudar a remover certas toxinas que podem se acumular no cérebro quando você está acordado. O cérebro adormecido funciona de forma semelhante ao rim para o corpo, removendo toxinas.

Diferentes processos de reparação no corpo também ocorrem durante o sono. O sono afeta a maioria dos sistemas do corpo, como o cérebro, o sistema imunológico e o coração.

Se você não dormir o suficiente, isso pode afetar seu:



Humor



Peso



Memória



Sistema Imunológico

E potencialmente aumentar o risco de doenças cardíacas, pressão alta e demência.

Ciclo Circadiano *período de 24 horas*

Seu ciclo circadiano é o processo comportamental, físico e mental que ocorre durante um período de 24 horas. O ciclo circadiano é um ciclo natural que responde principalmente à luz e à escuridão. O ciclo circadiano ajuda a garantir que suas funções corporais sejam ideais em certos momentos de um período de 24 horas. Ele permite que você fique mais alerta durante o dia e cansado à noite para promover o sono.

Os ciclos circadianos estão conectados ao núcleo supraquiasmático (NSQ) no hipotálamo. O NSQ é sensível à luz. É por isso que os ciclos circadianos estão muito conectados ao dia e à noite.

Os ciclos circadianos afetam diferentes funções no corpo, incluindo:



Abaixo está um ciclo circadiano padrão:



De manhã :

A energia está no seu nível mais baixo. Algumas pessoas não se sentem totalmente.

Do meio da manhã até o início da:

A energia aumenta junto com a temperatura corporal. Isso geralmente acontece entre 10h e 13h para a maioria.

Tarde:

A energia pode cair. Algumas pessoas podem sentir que precisam de uma soneca.

Noite:

Os níveis de melatonina aumentam, o que promove a sonolência.

Fases do sono



Quando você dorme, passa por diferentes fases. Cada uma pode afetar seu corpo de maneira diferente. Embora existam algumas variações, geralmente, o ciclo começa a cada 80 a 100 minutos. De acordo com o National Blood, Heart, and Lung Institute, a maioria das pessoas passa por cerca de quatro a seis ciclos todas as noites.

Não-REM:

O sono não-REM é a fase que não inclui movimento ocular rápido. Ela tem três subfases, incluindo:

Fase 1 NREM:

É a transição da vigília para o sono. Sua respiração pode diminuir e os músculos podem se contrair. Essa fase é relativamente curta, geralmente com duração de cerca de 10 minutos.

Fase 2 NREM:

Durante esta fase, os movimentos oculares param e a temperatura corporal começa a cair. Seu cérebro produz fusos do sono, que são ondas cerebrais rítmicas rápidas e complexos K (aumentos repentinos na amplitude das ondas). A maioria das pessoas passa cerca de metade do tempo nesta fase do sono todas as noites.

01

02

03



Fase 3 NREM:

04

Seus músculos relaxam e a pressão arterial começa a cair nesta fase. É nela que ocorre o sono mais profundo. A maioria das pessoas costuma passar mais tempo nesta fase no início da noite. Ela é crucial para a recuperação física e o crescimento.

Sono REM:

05

Durante esta fase, os olhos se movem ou se contraem. O cérebro se torna mais ativo. É nessa fase que ocorrem os sonhos. Seu corpo fica relaxado e imóvel. O sono REM geralmente começa cerca de 90 minutos após adormecer e se repete a cada 90 minutos.

Recomendações de sono por idade:

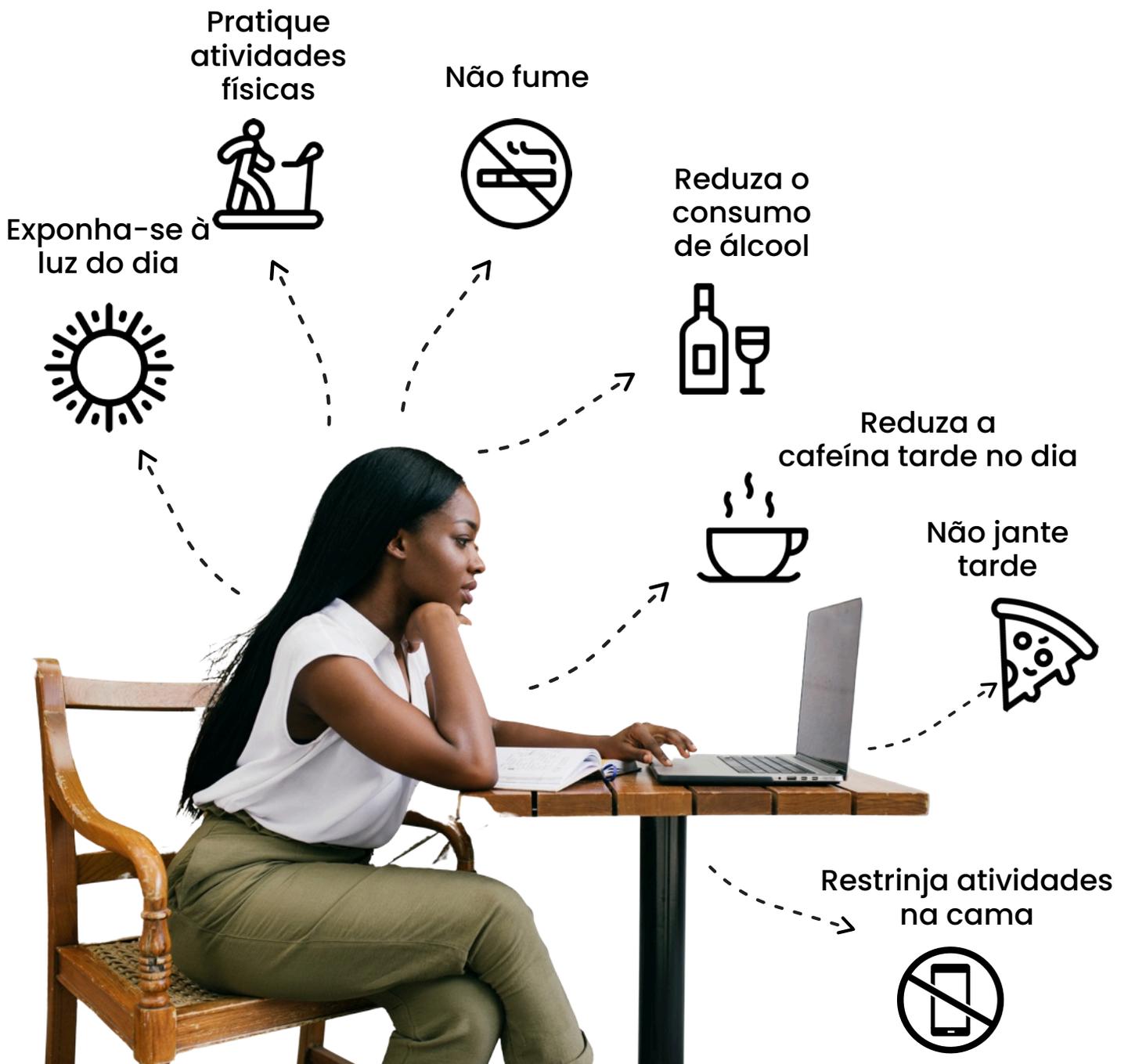
As necessidades individuais de sono podem variar. Mas, em geral, de acordo com o Centers for Disease Control and Prevention, as recomendações de sono por idade incluem:

- Recém-nascido: 14 a 17 horas
- Bebê: 12 a 16 horas
- Criança de 1 a 3 anos: 11 a 14 horas
- Idade pré-escolar: 10 a 13 horas
- Idade escolar: 9 a 12 horas
- Adolescente: 8 a 10 horas
- Adulto: 7 a 9 horas



Higiene do Sono

Hábitos Diários



Higiene do Sono

Hábitos Noturna

Reserve um tempo para desacelerar



Mantenha sua rotina



Luzes fracas



Não use eletrônicos



Medite para relaxar



Higiene do Sono no seu Quarto





Visão Geral dos CDoH

Distúrbios centrais de hipersonolência (CDoH) causam sonolência diurna excessiva. Mas eles envolvem muito mais do que apenas sentir-se cansado durante o dia. Esses distúrbios podem ter sintomas variados e afetar a qualidade de vida. E também pode ser necessário uma dose de tentativa e erro para encontrar os melhores tratamentos e ajustes de estilo de vida. Aprender o máximo possível sobre esses distúrbios é o primeiro passo para obter um diagnóstico e plano de tratamento corretos.



O que são os CDoH?

Os CDoH, distúrbios centrais de hipersonolência, envolvem distúrbios que causam sonolência diurna excessiva, independentemente do quanto uma pessoa dorme. Para receber um diagnóstico de CDoH, a sonolência diurna excessiva não pode ser atribuída ou causada por outra condição ou tratamento médico. Os CDoH podem estar associados ao aumento do total de horas diárias de sono, mas sem se sentir descansado. Algumas pessoas têm momentos não intencionais de sono ou sonolência.

Tipos de CDoH

Os médicos classificam os CDoH em diferentes tipos. Cada um com sintomas um pouco diferentes e características associadas. Cada tipo de CDoH é considerado uma hipersonia primária.

Narcolepsia tipo 1

Pessoas com narcolepsia tipo 1 têm sonolência diurna excessiva. Eles têm um sono noturno irregular e perturbado que pode incluir acordar com frequência. Os indivíduos com narcolepsia podem adormecer de repente e sem querer no meio de uma atividade, como comer ou dirigir. Isso, obviamente, atrapalha muito a vida de uma pessoa. A narcolepsia tipo 1 também envolve cataplexia. A cataplexia envolve a perda do tônus muscular enquanto acordado, geralmente devido a um gatilho emocional.

Narcolepsia tipo 2

A narcolepsia tipo 2 inclui os sintomas acima, porém sem cataplexia. Pessoas com o tipo 2 também sentem sonolência diurna excessiva, sono interrompido e adormecimento involuntário durante uma atividade. No entanto, tendem a ter sintomas menos graves do que pessoas com narcolepsia tipo 1.

Síndrome de Kleine-Levin

A síndrome de Kleine-Levin envolve episódios recorrentes de hipersonia. Além da sonolência excessiva, muitas vezes há problemas comportamentais e psiquiátricos. Os episódios podem durar dias, semanas ou meses. Os sintomas então diminuem, e as pessoas com a condição podem ter um funcionamento normal entre os episódios. A condição ocorre com mais frequência em homens jovens.

Hipersonia idiopática

Hipersonia idiopática significa que alguém tem uma necessidade excessiva de sono, mas não há uma causa conhecida. Os sintomas associados à HI incluem sono noturno prolongado e não restaurador, inércia severa do sono e cochilos longos e não restauradores. Uma pessoa que recebe um diagnóstico de hipersonia idiopática não atende aos critérios para um dos outros tipos de CDoH.

Sintomas dos CDoH



Os sintomas dos CDoH podem variar dependendo do tipo específico. Mas cada distúrbio envolve padrões interrompidos de sono/vigília. Os sintomas podem variar em gravidade e incluem:

- Sonolência diurna excessiva
- Dificuldade em ficar acordado durante o dia
- Sono
- Noturno interrompido
- Depressão ou outros distúrbios do humor (em alguns casos)
- Alucinações do sono (em alguns casos)
- Ter dificuldade para acordar do sono (inércia do sono)
- Cataplexia (na narcolepsia tipo 1)

Diagnóstico de CDoH

Os médicos chegam a um diagnóstico de CDoH com base em uma combinação de histórico médico, análise de sintomas e exame físico. As análises do sono também desempenham um grande papel na elaboração de um diagnóstico.

Em alguns casos, são recomendados testes de diagnóstico adicionais, como exames de sangue, para identificar marcadores genéticos e descartar outras condições médicas que possam causar sintomas semelhantes. Os médicos também podem sugerir que os pacientes mantenham um diário do sono para ajudar o especialista a determinar as interrupções do sono e os hábitos que podem afetar a qualidade dele.

Possibilidades de análises do sono incluem-

Teste das múltiplas latências do sono:

Uma ferramenta de diagnóstico usada para medir a velocidade com que uma pessoa adormece (latência do sono) e com que frequência/rapidez uma pessoa entra no sono REM em uma série de cochilos curtos programados ao longo do dia.

Polissonografia:

Este teste geralmente envolve uma análise noturna para monitorar várias funções corporais enquanto você dorme. Isso inclui ondas cerebrais, níveis de oxigênio no sangue, frequência cardíaca, respiração, bem como movimentos dos olhos e das pernas.

Tratamento dos CDoH

O tratamento dos CDoH geralmente inclui uma combinação de estratégias de medicação e higiene do sono. O tratamento farmacológico pode envolver diferentes classificações de medicamentos.

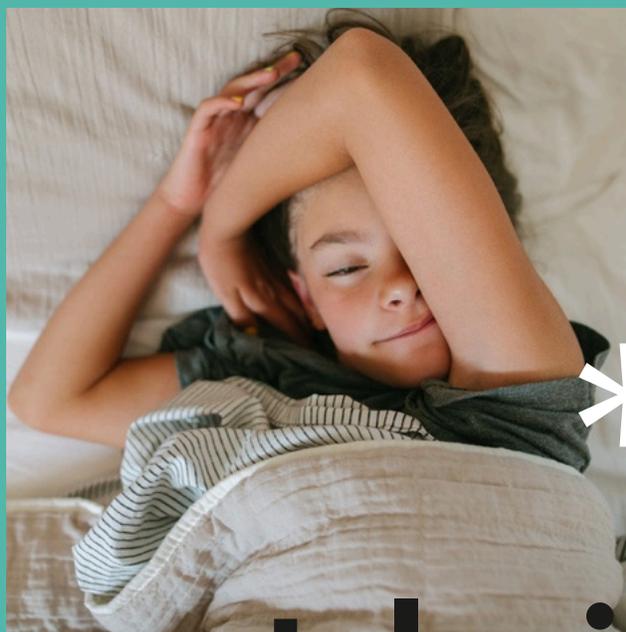
Os tipos de medicamentos usados para tratar CDoH incluem:

- Estimulantes
- Inibidores de recaptção de serotonina e norepinefrina
- Antidepressivos tricíclicos
- Terapia com oxibato

As mudanças no estilo de vida podem incluir:

- Evitar cafeína e excesso de álcool
- Criar um ambiente de sono confortável que seja silencioso, escuro e fresco
- Fazer exercícios regularmente
- Manter sempre o mesmo horário para dormir e acordar, incluindo cochilos durante o dia
- Ter uma alimentação baixa em carboidratos





Sintomatologia etiologia e apresentação clínica específicas



Narcolepsia Tipo 1

(Narcolepsia com cataplexia)

A narcolepsia é um distúrbio neurológico que afeta a capacidade de uma pessoa de controlar seu ciclo de sono/vigília. Geralmente, as pessoas com narcolepsia sentem sonolência diurna excessiva e tem episódios repentinos e descontrolados de sono.

Os médicos dividem a narcolepsia em dois subtipos, incluindo tipo 1 e tipo 2. Pessoas com narcolepsia tipo 1 recebem esse diagnóstico com base na presença de cataplexia ou baixos níveis de hipocretina, que é um neuropeptídeo no cérebro.

A cataplexia envolve a breve perda de tônus muscular enquanto a pessoa está acordada. Isso leva à perda de controle muscular voluntário e fraqueza. Em episódios graves de cataplexia, uma pessoa pode não conseguir falar e "derreter" completamente no chão.

Geralmente, a cataplexia ocorre como uma resposta a emoções fortes. Entre as emoções que podem desencadear um episódio de cataplexia estão:



Medo



Riso



Tristeza



Excitação

Nos Estados Unidos, a prevalência de todos os tipos de narcolepsia é de cerca de 1 em cada 2000 pessoas. Mas esse número pode ser maior. Estima-se que apenas cerca de 25% das pessoas com narcolepsia recebam um diagnóstico e tratamento adequados. O diagnóstico incorreto é muito comum.

Causas

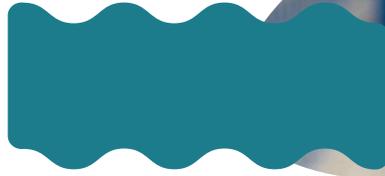
Parece haver uma relação entre baixos níveis de hipocretina química no cérebro e a narcolepsia tipo 1. A hipocretina ajuda a controlar quando uma pessoa está acordada e quando entra no sono REM. Em pessoas com narcolepsia tipo 1, os níveis de hipocretina costumam ser baixos.

A causa exata dos baixos níveis de hipocretina nem sempre é conhecida. Mas pode ocorrer devido a uma reação autoimune anormal. Essa reação anormal do sistema imunológico pode fazer com que o corpo ataque as células produtoras de hipocretina.

De acordo com a Mayo Clinic, se você tem um familiar próximo com narcolepsia, seu risco de desenvolver a doença é de 20 a 40 vezes maior do que a população em geral.



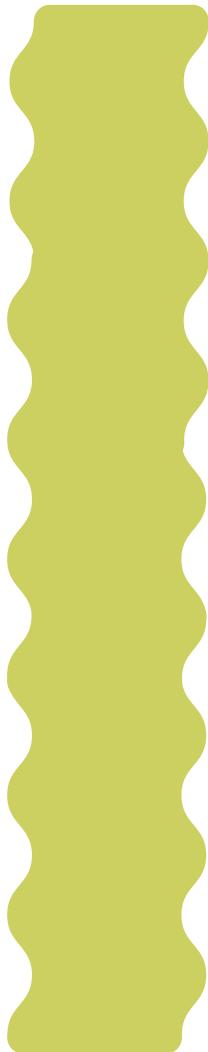
Sintomas



Os sintomas da narcolepsia tipo 1 podem começar a qualquer momento. Mas geralmente, o início ocorre por volta dos 15 anos. Parece haver também um segundo pico de início dos sintomas por volta dos 35 anos.

Em geral, o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico é de sete anos. No entanto, como a maioria das pessoas com narcolepsia tipo 1 tem cataplexia, um diagnóstico correto pode ser alcançado mais cedo.

Os possíveis sintomas incluem:



Sonolência diurna excessiva

Como o sono normal é interrompido, as pessoas com narcolepsia sentem muito sono durante o dia, muitas vezes com uma vontade irresistível de tirar uma soneca.

Sono noturno interrompido

Os padrões de sono noturno são anormais. Uma pessoa com esse distúrbio pode acordar várias vezes durante a noite. Também pode entrar muito rapidamente em certas fases do sono, como o sono REM. Também é comum que uma pessoa com narcolepsia mude de fases do sono excessivamente.

Cataplexia

Uma súbita perda de tônus muscular, que varia da queda da mandíbula ou fraqueza nos joelhos a um colapso de corpo inteiro, é desencadeada por emoções intensas, como alegria, raiva, medo ou surpresa. Os episódios de cataplexia podem durar até alguns minutos e a sua frequência varia.





Paralisia do sono

Esse é um fenômeno que ocorre no início do sono ou ao acordar. Nele o indivíduo está consciente, mas é incapaz de se mover ou falar. Geralmente ocorre durante as transições de início ou fim do sono REM. Geralmente dura de apenas alguns segundos a minutos.

04

Hipnopômpico/ Alucinações Hipnagógicas

Esse tipo de alucinação ocorre logo quando uma pessoa acorda ou quando alguém está adormecendo. As alucinações costumam ser vívidas, multissensoriais e parecer real e, muitas vezes, assustadoras.

05



Apresentação Clínica

Alguém com narcolepsia tipo 1 pode apresentar alguns ou todos os sintomas listados acima.

No entanto, os médicos não fazem um diagnóstico com base apenas nos sintomas. A narcolepsia tipo 1 é diagnosticada através de uma análise do sono e confirmada pela presença do marcador genético HLA-DQB1*

Durante uma análise do sono, um indivíduo com narcolepsia tipo 1 normalmente entra no sono REM anormalmente rápido. O sono REM, ou movimento rápido dos olhos, é quando os sonhos acontecem. Geralmente, a maioria das pessoas entra no sono REM cerca de 90 minutos após adormecer. No entanto, alguém com narcolepsia tende a entrar no sono REM dentro de 15 minutos após adormecer.

Para alguém receber um diagnóstico de narcolepsia tipo 1, deve atender aos seguintes critérios:

- Ter períodos diários de necessidade irresistível de dormir ou momentos diurnos de sonolência ou sono
- A presença de cataplexia ou baixos níveis de hipocretina no líquido cefalorraquidiano
- Uma análise do sono (teste das múltiplas latências do sono e polissonografia) demonstrando o início precoce do REM



Narcolepsia Tipo 2

(sem cataplexia)

A narcolepsia tipo 2 ocorre sem cataplexia. Os sintomas também tendem a ser mais leves na narcolepsia tipo 2 do que no tipo 1.



Causas

A causa da narcolepsia tipo 2 não é totalmente conhecida. Em pessoas com tipo 1, o nível de hipocretina, um neuropeptídeo no fluido que envolve a medula espinhal e o cérebro, é baixo. Mas os níveis de hipocretina geralmente são normais em pessoas com narcolepsia tipo 2.

Os pesquisadores teorizam que a narcolepsia tipo 2 pode ser desencadeada por uma infecção, traumatismo craniano ou uma doença que afeta o cérebro em pessoas que têm uma suscetibilidade genética. Outra teoria é que a narcolepsia tipo 2 pode ser um precursor do tipo 1.

Sintomas



Os sintomas da narcolepsia tipo 2 são semelhantes aos do tipo 1, mas sem cataplexia. Eles podem incluir:

01

Sonolência diurna excessiva

Semelhante à narcolepsia tipo 1, as pessoas com o tipo 2 também têm sonolência diurna excessiva. O sono não intencional ocorre repentinamente e devem estar presentes há pelo menos três meses para se chegar a um diagnóstico.

02

Sono noturno interrompido

Os padrões de sono noturno são anormais em pessoas com narcolepsia tipo 2. Um indivíduo com tipo 2 pode acordar várias vezes durante a noite. Também pode entrar muito rapidamente em certas fases do sono, como o sono REM.

03

Alucinações durante o sono

Assim como acontece na narcolepsia tipo 1, as alucinações durante o sono envolvem uma sensação de estar sendo observado, tocado ou ouvir ou ver pessoas que não estão presentes.

04

Paralisia do sono

Esse é um fenômeno que ocorre no início do sono ou ao acordar. Nele o indivíduo está consciente, mas é incapaz de se mover ou falar. Geralmente ocorre durante as transições de início ou fim do sono REM. Geralmente dura de apenas alguns segundos a minutos.



Apresentação Clínica

A apresentação clínica para alguém com narcolepsia tipo 2 é semelhante à do tipo 1. No entanto, a pessoa não relata cataplexia. Os sintomas listados acima podem variar em gravidade.

Um indivíduo com narcolepsia tipo 2 também pode apresentar clinicamente o seguinte:

- Nenhum histórico de cataplexia
- Sono repentino há pelo menos três meses
- Início do sono com movimento rápido dos olhos em até 15 minutos após o início do sono durante pelo menos 2 cochilos diurnos no TLMS ou indicado por meio de uma polissonografia noturna
- As pontuações na Escala de Sonolência de Epworth indicam sonolência moderada a grave
- Nos testes de latência múltipla do sono, que envolvem cochilos programados, um indivíduo com narcolepsia terá uma latência média do sono menor ou igual a 8 minutos

É comum que indivíduos com narcolepsia tipo 1 ou 2 desenvolvam um transtorno de humor, como depressão, que muitas vezes leva a um diagnóstico incorreto.

Hipersonia Idiopática

A hipersonia idiopática é um tipo de distúrbio central de hipersonolência. É uma condição neurológica de longo prazo que envolve uma necessidade insaciável de dormir. A necessidade do sono não é satisfeita ou aliviada mesmo com uma noite inteira de sono.

Um indivíduo que tem essa condição dorme um número normal ou maior de horas por noite, mas ainda se sente extremamente sonolento durante o dia. Tirar uma soneca não reduz a sonolência.

Existem também subtipos de hipersonia idiopática com base no tempo total de sono, incluindo:

- Hipersonia idiopática com aumento das horas de sono
- Hipersonia idiopática sem aumento das horas de sono

Pessoas com hipersonia idiopática com aumento das horas de sono podem dormir 11 horas ou mais em um período de 24 horas. Também podem ter cochilos prolongados de até três horas. Mesmo com tanto sono, não se sentem revigoradas.

A hipersonia idiopática é um distúrbio incomum. Acredita-se que ocorra em cerca de 1 a 2 pessoas em cada 10.000. No entanto, é possível que alguns casos sejam diagnosticados erroneamente ou que o indivíduo não procure atendimento médico para receber um diagnóstico.

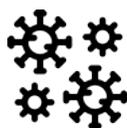
Causas

A hipersonia idiopática é um distúrbio cerebral e do sistema nervoso central. De acordo com a Hypersomnia Foundation, a causa exata da hipersonia idiopática não é clara. Uma combinação de fatores pode desempenhar um papel no desenvolvimento da condição. Isso pode incluir fatores fisiológicos. Por exemplo, pode se desenvolver devido a um desequilíbrio químico na área do cérebro que controla o sono e a vigília.

Uma teoria é que a hipersonia idiopática pode ocorrer devido a um excesso de uma molécula no líquido cefalorraquidiano que pode atuar como um anestésico. Os pesquisadores ainda estão determinando a composição da molécula. No entanto, pode interagir com ácido gama-aminobutírico (GABA), que ajuda a promover o sono. A predisposição genética também pode aumentar o risco de hipersonia idiopática.

Pesquisas indicam que cerca de um terço das pessoas com hipersonia idiopática têm um histórico familiar positivo. Isso pode incluir um membro da família com hipersonia idiopática ou outros distúrbios centrais de hipersonolência.

Certos fatores também podem desempenhar um papel no desencadeamento da condição, como:



Doenças virais



Traumatismo craniano leve



Anestesia geral



Sintomas



Embora possam variar, os sintomas de hipersonia idiopática podem aparecer pela primeira vez na adolescência ou por volta dos vinte anos.

A idade média de início do distúrbio é aos 22 anos.

A gravidade dos sintomas também pode variar. Os sintomas podem piorar ou até parar. Os sintomas diminuem em cerca de 10 a 15% das pessoas com a condição.

01

Inércia do sono – a sensação de desorientação e comprometimento da função cognitiva que pode ocorrer logo após o despertar. É o estado de transição entre o sono e a vigília, quando o seu cérebro ainda está em um estado semelhante ao sono.

02

Sono pouco restaurador

03

A transição do sono para a vigília é prolongada

04

Muitas pessoas dormem mais de 11 horas por noite

05

Confusão mental



Apresentação Clínica

Pessoas com hipersonia idiopática podem apresentar sintomas semelhantes que variam em intensidade. No entanto, é comum que todos com a condição apresentem com sonolência diurna excessiva. A sonolência diurna excessiva precisa ocorrer na maioria dos dias há pelo menos três meses.

Na maioria dos casos, um especialista em sono solicita uma polissonografia para excluir outros distúrbios do sono. O histórico médico completo e testes também excluem outras causas de hipersonia, como distúrbios mentais, efeitos colaterais de medicamentos, uso de substâncias ou um distúrbio médico ou neurológico.

Nos casos de hipersonia idiopática, a polissonografia exclui outras causas de sonolência diurna.

A apresentação clínica também pode incluir o seguinte:

- Polissonografia com latência do sono curta
- Aumento do tempo total de sono, que deve ser maior ou igual a 660 minutos.

Os critérios para diagnóstico de acordo com as Classificações Internacionais de Distúrbios do Sono, terceira edição, incluem:

- Períodos diários de necessidade insaciável de dormir
- Sem cataplexia
- Nenhuma evidência de sono insuficiente observada em um diário de sono
- Os resultados do teste de latência múltipla do sono incluem latência do sono maior que oito minutos ou tempo total de sono maior ou igual a 660 minutos em uma polissonografia de 24 horas
- Sintomas de hipersonolência que não são melhor explicados por uma condição ou distúrbio do sono diferente

Síndrome de Kleine-Levin

A síndrome de Kleine-Levin é considerada um distúrbio raro que causa uma necessidade excessiva de sono, juntamente com outros sintomas. Os médicos classificam Kleine-Levin como um tipo de distúrbio central de hipersonolência.

A condição ocorre com menos frequência do que algumas outras formas de hipersonolência. De acordo com a Cleveland Clinic, a síndrome de Kleine-Levin ocorre em cerca de 1 a 2 pessoas por milhão.

Por razões desconhecidas, parece ocorrer com mais frequência em homens. De acordo com o National Institute of Neurological Disorders and Stroke dos EUA, cerca de 70% das pessoas que vivem com a síndrome de Kleine-Levin são do sexo masculino.

A condição causa uma necessidade excessiva de sono, às vezes 20 horas por dia ou mais. Mas também costuma causar sintomas adicionais relacionados ao humor e ao comportamento.

Os sintomas parecem surgir em ciclos ou episódios. Alguém pode ter sintomas por semanas ou meses. Mas, depois, pode ficar sem sintomas por várias semanas ou até meses. Os médicos não entendem completamente por que os sintomas parecem entrar em remissão para depois reaparecerem.

Em certas pessoas, os sintomas associados à síndrome desaparecem com a idade. Mas podem reaparecer alguns anos depois.

Causas

Os médicos não sabem a causa exata da síndrome de Kleine-Levin. Como a condição é rara, as pesquisas sobre a sua causa e tratamento não é tão extensa quanto de outras doenças.

De acordo com a National Organization for Rare Diseases dos EUA, uma possível causa são danos ou um mau funcionamento da parte do cérebro que regula o sono, a temperatura corporal e o apetite em pessoas que desenvolvem a condição.

Os pesquisadores também observaram que os sintomas da síndrome de Kleine-Levin podem se desenvolver após uma doença semelhante à gripe. Isso indica que uma reação do sistema imunológico pode desencadear a síndrome em algumas pessoas.

Um estudo realizado pela Universidade de Standford concluiu que 72% das pessoas estudadas tinham uma infecção antes do início dos sintomas da síndrome de Kleine-Levin. Porém, são necessárias mais pesquisas para determinar a causa exata.





Sintomas

Os sintomas da síndrome de Kleine-Levin geralmente começam de repente. Geralmente aparecem na adolescência ou por volta dos 20 anos.

Os possíveis sintomas incluem:

Necessidade Excessiva de Sono

Pessoas com síndrome de Kleine-Levin podem dormir entre 18 e 20 horas por dia. Podem se levantar só para comer e usar o banheiro. Embora alguém afetado pela síndrome possa ser despertado, pode ficar apático.

Alimentação excessiva

O comer compulsivo também é muitas vezes um sintoma da condição. É comum que ocorra ganho de peso.

Mudanças comportamentais

Algumas pessoas desenvolvem um desejo sexual ilimitado e desinibido. Um indivíduo com a síndrome também pode ter um comportamento infantil, como explosões ou incapacidade de controlar as emoções.

01

02

03

Alucinações

Também pode ocorrer confusão. Em alguns casos, alguém com a condição pode ter alucinações.

04

05

Distúrbios do humor

Pode ocorrer irritabilidade, agressividade e depressão. Ideação suicida pode ocorrer em uma pequena porcentagem de pessoas.

Os sintomas podem durar várias semanas e depois desaparecer. Quando alguém não está tendo um episódio, pode não ter nenhum problema de humor ou comportamental nem exibir nenhum sintoma.

Embora os distúrbios do humor possam se desenvolver com a síndrome de Kleine-Levin, a condição não é causada por um transtorno de humor. É importante que os médicos diferenciem um transtorno de humor, como depressão, e a síndrome de Kleine-Levin.

Apresentação Clínica

Alguém com síndrome de Kleine-Levin pode apresentar alguns ou todos os sintomas listados acima. A apresentação clínica pode incluir uma aparência de excesso de peso e falta de energia.

Se alguém estiver passando por um episódio, um exame mais aprofundado pode mostrar falta de emoções ou comportamento inadequado. O paciente também pode parecer confuso ou desapegado. Em alguns casos, pode apresentar problemas de fala ou fala arrastada.

Normalmente, os médicos chegam a um diagnóstico com base nos sintomas e descartam outras condições. Certos exames médicos podem ajudar a chegar a um diagnóstico, como uma avaliação psicológica e exames de sangue para verificar o uso de substâncias. Um médico também pode recomendar uma análise do sono para descartar outras causas de sonolência excessiva.





Testes Diagnósticos

Obter um diagnóstico correto dos distúrbios centrais de hipersonia é fundamental para iniciar o plano de tratamento mais adequado. Os testes diagnósticos ajudam a descartar certos distúrbios do sono que podem causar sonolência diurna. Em alguns casos, pode ser necessária uma combinação de diferentes testes diagnósticos para confirmar um diagnóstico.

As páginas a seguir incluem alguns dos possíveis testes diagnósticos para distúrbios centrais de hipersonolência.



Polissonografia (PSG)

A PSG geralmente envolve uma análise noturna para medir certas funções corporais enquanto você dorme. Para fazer as medições, os técnicos conectam você a diferentes monitores.

As funções medidas incluem:



Ondas cerebrais



Movimento dos olhos



Movimento das pernas



Frequência cardíaca



Frequência respiratória



Nível de oxigênio

Uma PSG pode ajudar a descartar outros distúrbios do sono que contribuem para a sonolência diurna. Os resultados de uma PSG que podem indicar distúrbios centrais de hipersonolência incluem

- Aumento da quantidade de sono não REM fase 1
- Interrupção no padrão normal de sono
- Acordar com frequência
- Períodos elevados de movimentos dos membros



Teste das Latências Múltiplas do Sono (TMLS)

O TMLS é usado para medir o nível de sonolência diurna de uma pessoa ao longo do dia.

O teste envolve cinco oportunidades de cochilar com intervalos específicos. O paciente é conectado a sensores que mostram quando está dormindo e acordado. O teste mede quanto tempo leva para adormecer e se entra no sono REM.

Geralmente, as pessoas com hipersonia adormecem mais rápido do que aquelas sem a condição.

De acordo com a American Academy of Sleep Medicine, as pessoas com narcolepsia geralmente têm dois ou mais fases de sono REM durante o teste. Indivíduos com hipersonia idiopática podem adormecer rapidamente, mas não atingem o sono REM durante o teste.

Actigrafia

A actigrafia é um teste de diagnóstico que envolve o registro de informações ao longo de vários dias a semanas para identificar anormalidades na rotina de sono de uma pessoa.

Durante a actigrafia, você usa um pequeno dispositivo chamado actígrafo. Normalmente, o dispositivo é usado no pulso. Ele coleta dados com base nos seus movimentos à medida que você segue sua rotina.

O dispositivo calcula os parâmetros do sono, incluindo:

- A hora em que você adormeceu
- Hora de acordar
- Tempo total de sono
- O tempo que levou para adormecer
- Os parâmetros, em conjunto com os diários de sono, ajudam o especialista em sono a identificar anormalidades.

Diários de Sono

O seu médico provavelmente vai pedir para manter um diário do sono. O diário é um registro que ajuda o especialista a identificar as interrupções do sono e os hábitos que podem afetar a qualidade dele.

As coisas que você vai registrar no seu diário de sono incluem:

- A hora em que foi dormir
- Hora de acordar
- Quanto tempo levou para adormecer
- Medicamentos diários
- O número e a duração dos cochilos por dia
- O uso de cafeína, álcool e tabaco



Marcadores Genéticos

Os marcadores genéticos envolvem exames de sangue para determinar se você tem genes específicos associados ao desenvolvimento de algumas formas de distúrbios centrais de hipersonolência. Por exemplo, o marcador genético HLA DQB1*0602 está relacionado à narcolepsia.

Teste de Manutenção da Vigília (TMV)

O TMV é um teste de sono que mede sua capacidade de ficar acordado por um determinado período.

Durante o teste, você provavelmente precisará ficar acordado durante quatro períodos de 20 a 40 minutos. O intervalo entre os períodos são de duas horas. Os dispositivos de gravação determinam se você pode permanecer acordado durante o período de 20 a 40 minutos.

Punção lombar

Uma punção lombar pode ajudar a diagnosticar formas específicas de distúrbios centrais de hipersonolência. Durante o procedimento, o médico insere uma agulha na parte inferior das costas entre duas vértebras. O médico coleta uma amostra de líquido cefalorraquidiano, que é analisada em laboratório.

Os médicos medem o nível de hipocretina-1, que é um neuropeptídeo associado ao ciclo de sono/vigília. Níveis baixos podem indicar narcolepsia tipo 1. Os médicos consideram normais os níveis de hipocretina-1 acima de 200 pg/mL. Níveis abaixo de 110 pg/mL podem indicar narcolepsia.





Farmacologia para os CDoH

Atualmente, não há cura para distúrbios centrais de hipersonolência (CDoH). No entanto, o tratamento pode ajudar a aliviar os sintomas, o que melhora a qualidade de vida.

O tratamento para distúrbios centrais de hipersonolência pode incluir mudanças no estilo de vida para promover um sono melhor. Mas um dos principais tratamentos envolve medicamentos.

Os médicos podem recomendar diferentes medicamentos com base no diagnóstico específico. Além disso, nem todos os medicamentos são eficazes para todos os indivíduos. Às vezes, pode ser necessário uma dose de tentativa e erro para determinar a melhor medicação e dosagem.



A American Academy of Sleep Medicine recomendou determinados medicamentos para tratar os CDoH. Diferentes classificações de medicamentos são uma opção, incluindo:

Estimulantes:

Este tipo de medicamento é um estimulante do sistema nervoso central que ajuda as pessoas a ficarem acordadas durante o dia.

Exemplos de estimulantes usados para tratar os CDoH incluem:

- solriamfetol (Sunosi)
- pitolisant (Wakix) – também usado para tratar cataplexia

Medicamentos estimulantes mais antigos também são uma opção. Mas eles têm um risco maior de causar vício. Esses medicamentos incluem:

- modafinil (Provigil)
- armodafinil (Nuvigil)
- metilfenidato (Ritalin, Concerta, others)
- anfetaminas (Adderall XR10, Dexedrine)

*Os efeitos colaterais dos estimulantes podem incluir:



Insônia



Ansiedade



Náusea

Inibidores de recaptção de serotonina e norepinefrina (SNRI) e inibidores seletivos de recaptção de serotonina (SSRI):

Este tipo de medicamento afeta o sono REM, suprimindo-o. Os médicos podem recomendar seu uso off-label para reduzir os sintomas de cataplexia que podem ocorrer com a narcolepsia. Diferentes opções de SNRIs e SSRIs estão disponíveis e incluem:

- venlafaxina (Effexor XR)
- fluoxetina (Prozac)
- sertralina (Zoloft)

Como com qualquer tipo de medicamento, os efeitos colaterais podem acontecer com ambos os tipos de medicamentos. *Os efeitos colaterais podem incluir:



Insônia



Aumento de peso



Problemas digestivos

Antidepressivos tricíclicos:

Esta classe de medicamento é um tipo mais antigo de antidepressivo e seu uso também é off-label. Os médicos não costumam prescrever esse medicamento com a mesma frequência que no passado por causa dos antidepressivos mais atuais. Exemplos de antidepressivos tricíclicos incluem:

- imipramina (Tofranil)
- clomipramina (Anafranil)

Oxibato Terapia:

O oxibato de baixo teor de sódio é aprovado pela FDA para tratar sintomas de hipersonia idiopática, como SDE, inércia do sono e duração prolongada do sono.

Os oxibatos são tomados à noite para aliviar os sintomas diurnos de SDE e cataplexia na narcolepsia

- Oxibato de Sódio (Xyrem)
- Oxibato de sódio de liberação prolongada (Lumryz)
- Oxibato com baixo teor de sódio (Xywav)

*Os efeitos colaterais podem incluir:



Dores de cabeça



Náusea



Enurese

Dicas de medicamentos:

Como com todos os medicamentos, é essencial seguir sua prescrição. Pergunte ao seu médico o que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose.

Não pare de tomar seus medicamentos a menos que assim instruído pelo seu médico. Alguns medicamentos precisam ter a sua dose reduzida antes de ser interrompidos.

Se você apresentar efeitos colaterais, é essencial conversar com seu médico. Alguns efeitos colaterais podem diminuir à medida que seu corpo se adapta à medicação. Em outros casos, seu médico pode tentar um medicamento diferente se os efeitos colaterais forem muito incômodos.

Se você tomar outros medicamentos para outra condição médica, pergunte ao seu médico como podem interagir com os medicamentos usados para tratar os CDoH. Embora o médico tenha acesso a todos os seus outros medicamentos prescritos, você deve garantir que nada seja ignorado.

O custo dos medicamentos pode variar muito. Isso depende do medicamento, do seu plano de saúde e de onde você compra. Se você tiver problemas com os custos dos medicamentos, converse com seu médico. Pode haver planos de prescrição de baixo custo ou você pode se qualificar para obter assistência do governo.

Por fim, as pesquisas sobre tratamentos continuam, incluindo medicamentos para reduzir os sintomas dos CDoH. No futuro, mais opções de tratamento podem estar disponíveis.

*Para cada terapia listada, consulte as informações de prescrição dos medicamentos individuais para ter uma lista completa dos efeitos colaterais.





Comorbidades dos CDoH

Em alguns casos, uma pessoa com um distúrbio central de hipersonolência também pode ter outras condições coexistentes, conhecidas como comorbidades, que ocorrem juntamente com o distúrbio do sono.

Um sono de boa qualidade é vital para a saúde geral. Quando o sono é inadequado, isso afeta outros sintomas no corpo, o que pode aumentar o risco de desenvolver outras condições.

As possíveis comorbidades dos CDoH incluem:



Doença cardiovascular:

Certas doenças de hipersonolência parecem aumentar o risco de doenças cardiovasculares. Por exemplo, de acordo com a American Heart Association, a narcolepsia está associada a um risco maior de doença cardiovascular. Isso talvez ocorra porque a narcolepsia pode levar ao aumento da pressão arterial à noite e ao ganho de peso. Também pode causar deficiências em neurotransmissores específicos, o que aumenta o risco de pressão alta e doenças cardíacas.

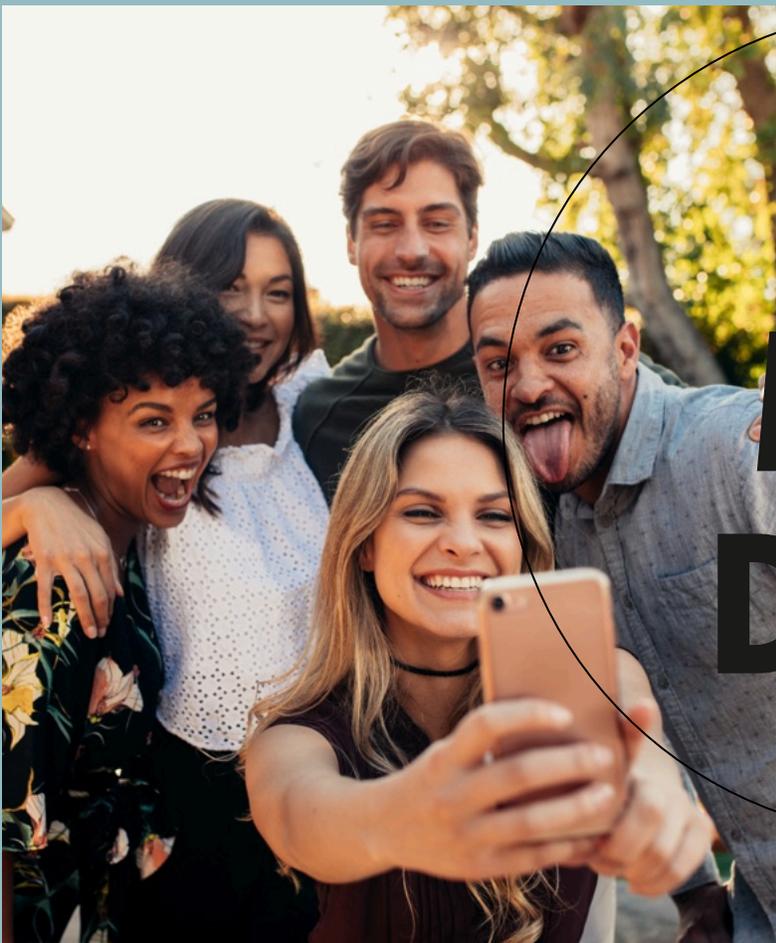
Vários estudos também indicam um risco maior de doença cardíaca para outras formas de hipersonolência central. Por exemplo, um estudo da Sleep Med descobriu que as mulheres que relataram sonolência diurna quase diariamente tinham um risco elevado de doença cardiovascular em comparação com aquelas que raramente tinham sonolência diurna.

Distúrbios do sono:

Os distúrbios de hipersonolência podem ocorrer sozinhos ou juntamente com outro distúrbio do sono. Na verdade, é comum que pessoas com certas formas de hipersonolência também tenham distúrbios do sono, como:

Apneia obstrutiva do sono (AOS): a AOS ocorre quando os músculos das vias aéreas superiores, incluindo a língua, colapsam parcial ou totalmente e bloqueiam o fluxo de ar para os pulmões. Essa obstrução do fluxo de ar causa breves períodos de apneia durante o sono. Os sinais de AOS incluem ronco, falta de ar e dores de cabeça matinais. A AOS pode ocorrer sozinha ou com outros distúrbios do sono, incluindo distúrbios centrais de hipersonolência.

Insônia: a insônia envolve problemas para adormecer ou continuar dormindo. Pode ocorrer por um curto período de tempo ou se tornar crônica. As pessoas que têm insônia geralmente têm sonolência diurna.



Mental Distúrbios de saúde

Os distúrbios de saúde mental são frequentemente associados a distúrbios centrais de hipersonolência. Por exemplo, pesquisas sugerem que os transtornos de ansiedade e humor são comorbidades frequentes da narcolepsia. Um estudo na revista revisada por pares *Medical Sciences* descobriu que até 57% das pessoas com narcolepsia relataram ter depressão. A depressão também parece ocorrer com frequência em pessoas com hipersonia idiopática.

A razão para a associação entre distúrbios centrais de hipersonolência e distúrbios de saúde mental não é totalmente aparente. Uma teoria é que pessoas com distúrbios de saúde mental e distúrbios de hipersonia podem ter uma mesma fisiopatologia.

Outra possibilidade é que os problemas crônicos relacionados à hipersonia, incluindo fadiga e sonolência diurna, possam causar depressão e ansiedade.

Distúrbios neurológicos:

A incidência de distúrbios neurológicos que ocorrem em conjunto com distúrbios centrais de hipersonolência nem sempre é clara. Isso porque certas condições neurológicas também podem causar hipersonolência, como:

Doença de Parkinson: a doença de Parkinson é um distúrbio que envolve o sistema nervoso central. Ela afeta o movimento e causa tremores musculares. Também costuma atrapalhar o sono e pode levar à hipersonolência.

Esclerose múltipla (EM): a esclerose múltipla ocorre quando o sistema imunológico ataca a mielina, que reveste os nervos. Isso causa uma interrupção na comunicação entre o corpo e o cérebro.

Pessoas com EM desenvolvem lesões no cérebro. As lesões cerebrais que ocorrem com a esclerose múltipla podem contribuir para o desenvolvimento da narcolepsia.

Distúrbios metabólicos

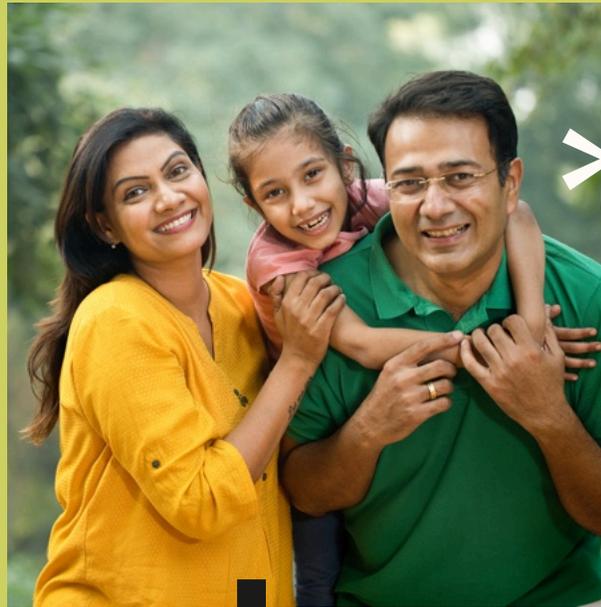
As pessoas com um distúrbio central de hipersonolência também desenvolvem distúrbios metabólicos com mais frequência do que o público geral.

Estudos mostram que pessoas com narcolepsia tendem a ter uma taxa metabólica mais baixa e estar acima do peso em comparação com os indivíduos de controle. Ter o sono interrompido geralmente afeta o metabolismo, o que contribui para o ganho de peso.

Além disso, algumas pessoas com sonolência diurna podem ter certos comportamentos alimentares, como comer mais e comer alimentos com alto teor de açúcar. Esse tipo de padrão alimentar também pode levar ao ganho de peso.

Comorbidades devido insuficiente sono





Impacto na Qualidade de Vida

O sono interrompido pode afetar todos os aspectos da vida de uma pessoa. Os distúrbios centrais da hipersonolência, que causam sonolência excessiva, podem levar a sintomas físicos como fadiga e desafios emocionais, os quais podem reduzir significativamente a qualidade de vida. Abaixo estão alguns possíveis problemas associados a distúrbios de hipersonolência e seu impacto potencial na vida de uma pessoa.

Relacionamentos

Os distúrbios centrais da hipersonolência podem afetar os relacionamentos, pessoais e profissionais, incluindo:



Família:

O excesso de sonolência diurna pode interferir nas relações familiares. Por exemplo, pode levar a perda de reuniões familiares, responsabilidades e tempo com as crianças.

Amigos:

Estudos indicam que pessoas com distúrbios centrais de hipersonolência muitas vezes não participam de atividades sociais devido à fadiga e depressão. Isso pode afetar as amizades existentes e a capacidade de fazer novos amigos.

Intimidade:

Os problemas do sono e a cataplexia podem afetar todas as áreas da vida de uma pessoa, incluindo a intimidade. O cansaço excessivo também afeta o humor, o que, por sua vez, afeta diretamente a intimidade.

01

02

03

Trabalho/Carreira

Os possíveis sintomas de distúrbios centrais de hipersonolência, como confusão mental, depressão e fadiga, podem afetar a vida profissional e a carreira das pessoas.

Vários estudos concluíram que o emprego é afetado pelo distúrbio do sono. Por exemplo, um estudo da revista *Sleep Medicine* descobriu que pessoas com certos distúrbios de hipersonolência relataram um alto grau de procrastinação diretamente relacionado à depressão. Muitas vezes, são necessárias adaptações no local de trabalho, como horários de trabalho flexíveis e um lugar para cochilar.

Pesquisas semelhantes também descobriram que pessoas com distúrbio de hipersonolência tinham deficiências na produtividade geral do trabalho e perdiam uma quantidade significativa de tempo do trabalho por causa do seu distúrbio.

Em alguns casos, os empregadores não entendem os distúrbios do sono. O distúrbio é uma condição invisível, já que os sintomas externos não são identificáveis. Isso também pode aumentar os mal-entendidos com os empregadores.

Educação

Fadiga, sonolência, depressão e confusão mental muitas vezes afetam diretamente a aprendizagem. A participação em atividades extracurriculares é frequentemente limitada para os alunos mais afetados pela sonolência diurna excessiva.

A memória também pode ficar prejudicada, dificultando o aprendizado e a retenção de informações.

Adaptações na escola e na faculdade são muitas vezes necessárias para fornecer um ambiente de aprendizagem ideal para os jovens que vivem com distúrbios do sono. As adaptações podem incluir um horário de início mais tarde na escola, tempo adicional para lição de casa e provas e um espaço dedicado para cochilar.

Memória

Uma boa qualidade de sono é necessária para que a memória funcione da melhor forma possível. O sono é vital para a formação e consolidação das memórias. Os distúrbios do sono podem afetar negativamente o processo de consolidação da memória.

O armazenamento da memória acontece durante as diferentes fases do sono. Quando o sono de qualidade é afetado, a forma como o cérebro conecta as memórias fica prejudicada

Atenção

Pesquisas mostram que há uma ligação entre a sonolência diurna auto-relatada e problemas de atenção em pessoas com distúrbios de hipersonolência. Por exemplo, um estudo da Sleep Medicine Reviews descobriu que pessoas com narcolepsia tipo 1 e 2, juntamente com pessoas com hipersonia idiopática, tinham as mesmas dificuldades de manter atenção.

Não está totalmente claro por que isso ocorre. Pode ser uma combinação de fadiga, problemas de memória e fatores fisiológicos que afetam o cérebro.

Confusão mental

Confusão mental é um termo usado para descrever uma dificuldade de raciocínio e é comum nos distúrbios de hipersonia. Isso pode incluir confusão, pensar mais devagar do que o normal e problemas de concentração. Não há testes mensuráveis para determinar a gravidade da confusão mental, que é comumente associada a distúrbios de hipersonia. É frequentemente descrita como uma sensação de ter a cabeça embrulhada por uma coberta de lã.

Déficits cognitivos

Os déficits cognitivos nem sempre estão presentes em distúrbios de hipersonolência, mas podem ocorrer. Por exemplo, alguns indivíduos podem ter o processamento emocional prejudicado e habilidades de tomada de decisão ruins.



Autoestima psicossocial e estigma

Ter um distúrbio do sono pode levar à diminuição da autoestima. Os efeitos da hipersonolência, como a depressão, também podem ter impactos psicossociais. Problemas de saúde mental e distúrbios de hipersonolência nem sempre são compreendidos. Isso pode levar ao estigma ou medo de ser estigmatizado se a condição se tornar conhecida. Tentar tratar a condição em segredo também pode levar a outras complicações.





Considerações Especiais

As pessoas que vivem com distúrbios de hipersonolência muitas vezes enfrentam desafios adicionais durante a gravidez e anestésias. Isso se deve à sonolência excessiva e, possivelmente, à interação de medicamentos. Dada a raridade dos distúrbios centrais de hipersonolência, especialistas de áreas além da medicina do sono podem não estar familiarizados com o distúrbio ou com os desafios únicos frequentemente enfrentados com a gravidez, parentalidade e anestesia. Dirigir também merece consideração especial. É importante se defender e buscar apoio de cuidadores e entes queridos, principalmente ao lidar com situações mais perturbadoras e desafiadoras.

Anestesia

Ao se submeter a uma cirurgia, é crucial que a equipe cirúrgica esteja ciente de como os tratamentos prescritos para distúrbios centrais de hipersonolência (CDoH) interagem com medicamentos sedativos. Os indivíduos com CDoH podem apresentar respostas incomuns ao acordar após a cirurgia. Por exemplo, aqueles com hipersonia idiopática geralmente enfrentam inércia do sono severa no pós-operatório, tornando a anestesia local (bloqueio do nervo) uma opção melhor quando adequada. Além disso, internações hospitalares e cirurgias podem atrapalhar os padrões normais de sono. Portanto, é altamente recomendável discutir sua rotina de sono e os medicamentos prescritos com seu anestesista.

Gravidez

As mulheres com distúrbios de hipersonia devem consultar seu médico e obstetra antes de planejar uma gravidez devido aos riscos potenciais que os medicamentos representam para o feto. O uso de medicamentos também pode afetar negativamente o processo do parto e deve ser cuidadosamente considerado se estiver planejando amamentar. Além disso, gerenciar os cuidados noturnos de recém-nascidos e bebês pode ser mais desafiador devido ao aumento da exaustão. Para aqueles com cataplexia, emoções intensificadas podem levar a ataques mais frequentes, exigindo cautela ainda maior ao cuidar de recém-nascidos. Ajuda e informações estão disponíveis por meio de grupos de apoio à gravidez e aos pais, e os parceiros também são incentivados a participar.

Direção

Pessoas com hipersonia estão tecnicamente autorizadas a dirigir, embora as leis variem de acordo com o local. Devido ao risco de condução sonolenta e à possibilidade de adormecer ao volante, aqueles com distúrbios do sono são mais propensos a acidentes e incidentes. É crucial dirigir apenas quando estiver totalmente alerta.

Viagens curtas após cochilos programados são aconselháveis, e as rotas devem ser planejadas com pausas frequentes. Se você começar a sentir sono ao dirigir, é importante parar em um local seguro, cochilar no carro em um local seguro e retomar a direção apenas quando estiver completamente alerta



Perguntas Para o Seu Médico

Se você tem sintomas de um distúrbio central de hipersonolência ou já recebeu esse diagnóstico, pode ter dúvidas. Aprender o máximo possível sobre o distúrbio e como gerenciá-lo é essencial. Além do tratamento médico, você pode ajudar a melhorar seu sono por meio de mudanças no estilo de vida.

Lembre-se de que cada caso é diferente. Muitas vezes, o tratamento de distúrbios centrais de hipersonolência pode variar. Uma abordagem única e igual para todos nem sempre funciona. As dúvidas de cada um também podem variar. Mas estas são algumas das perguntas comuns para fazer ao seu médico:

Todos os distúrbios centrais de hipersonolência são iguais?

Preciso de um teste de análise do sono?

Que tipo de análise do sono devo fazer?

Como você sabe diferencia os distúrbios centrais de hipersonolência?

O meu diagnóstico é permanente?

Qual é o tratamento recomendado?

Existem efeitos colaterais da medicação?

Quando posso esperar que os sintomas diminuam após o tratamento?

Existem tratamentos alternativos?

Tenho outras condições médicas. Como posso gerenciar as duas condições juntas de forma efetiva?

Quais são os riscos se eu não receber tratamento?

Existem mudanças no estilo de vida que posso fazer para ajudar a amenizar os sintomas?

IO meu distúrbio é genético?

Dicas Adicionais

ao conversar com o seu médico

Existem outros fatores a serem considerados quando você está lidando com seu médico e equipe médica. Veja as seguintes sugestões:

- Lembre-se de que você também faz parte da sua equipe de tratamento. Lembre-se de defender seus próprios interesses no tratamento.
- Pergunte se você pode levar alguém com você nas consultas. Assim você terá mais um par de ouvidos para absorver as informações.
- Considere escrever algumas perguntas antes da consulta para se lembrar do que quer perguntar.
- Nunca tenha medo de fazer perguntas. Se houver algo que você não entendeu, pergunte.
- Se você foi diagnosticado recentemente com um distúrbio central de hipersonolência, pergunte sobre os recursos educacionais disponíveis para saber mais sobre essa condição.
- É perfeitamente aceitável pedir uma segunda opinião se você quiser determinar se existem outras abordagens de tratamento que podem funcionar melhor para você.
- Não deixe que preocupações financeiras impeçam você de obter a ajuda de que precisa. Se necessário, pergunte sobre as opções financeiras e de ajuda para o tratamento.
- Pergunte com que frequência você deve marcar consultas de acompanhamento com o seu médico. O tratamento pode precisar de ajustes, e suas necessidades podem mudar. Consultas periódicas são essenciais.

Principais Conclusões



Abaixo estão alguns pontos-chave que devem ser considerados.

O sono de qualidade desempenha um papel vital no bem-estar geral. Dormir bem pode ajudar a livrar o cérebro de determinadas toxinas. O corpo também se repara durante o sono. A falta de sono pode afetar negativamente o sistema imunológico, o coração e o cérebro. A falta de sono também pode afetar o peso, o humor e a memória.

Os testes diagnósticos ajudam a descartar certos distúrbios que podem causar sonolência diurna, como apneia obstrutiva do sono. Em alguns casos, pode ser necessária uma combinação de diferentes testes diagnósticos para confirmar um diagnóstico. Os testes podem incluir polissonografia, teste das múltiplas latências do sono, teste de manutenção da vigília e actigrafia. Um diário do sono também pode ser útil para determinar os fatores que afetam o sono.

Os médicos dividem os CDoH em diferentes tipos. Cada um com sintomas e características associadas que variam entre si, principalmente a sonolência diurna excessiva. Os tipos de CDoH incluem narcolepsia tipo 1, narcolepsia tipo 2, hipersonia idiopática e síndrome de Kleine-Levin.

Consulte um especialista em sono certificado pelo conselho é vital obter um diagnóstico preciso de um distúrbio do sono para iniciar o tratamento.

O sono inadequado pode afetar outros órgãos e sistemas do corpo. Também aumenta o risco de outras condições. As comorbidades comuns dos CDoH incluem doenças cardiovasculares, outros distúrbios do sono, como apneia do sono, e problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade.



Sono interrompido e distúrbio central de hipersonolência pode ter um impacto significativo na qualidade de vida de uma pessoa. Isso pode afetar todas as áreas da vida dela, incluindo trabalho, escola e relacionamentos. Também pode afetar negativamente a autoestima.

A hipersonia idiopática é um tipo de distúrbio central de hipersonolência. É uma condição neurológica de longo prazo que envolve uma necessidade insaciável de dormir. Mas a causa específica da hipersonia não é conhecida.

A síndrome de Kleine-Levin é considerada um distúrbio raro que causa uma necessidade excessiva de sono, juntamente com outros sintomas relacionados ao comportamento. Os sintomas parecem surgir em ciclos e podem durar semanas ou meses. Mas os sintomas também podem desaparecer e reaparecer no futuro.

A narcolepsia é um distúrbio neurológico que afeta a capacidade de uma pessoa de controlar seu ciclo de sono/vigília. Uma pessoa com narcolepsia pode ter sonolência diurna excessiva e episódios repentinos e descontrolados de sono.

Os médicos dividem a narcolepsia em dois subtipos, incluindo tipo 1 e tipo 2.

A narcolepsia tipo 1 inclui cataplexia. A cataplexia envolve a breve perda de tônus muscular enquanto a pessoa está acordada. É desencadeada por emoções, como riso ou medo.



Pessoas com narcolepsia tipo 2 não têm cataplexia. Os sintomas do tipo 2 também tendem a ser mais leves do que no tipo 1.

Atualmente, não há cura para distúrbios centrais de hipersonolência (CDoH). No entanto, o tratamento pode ajudar a aliviar os sintomas, o que melhora a qualidade de vida.

O tratamento pode incluir estratégias para melhorar a qualidade do sono, como relaxar antes de dormir, criando um ambiente para promover o sono e mantendo um ciclo definido de vigília/sono.

Diferentes classificações de medicamentos são uma opção, incluindo certos estimulantes, antidepressivos e tratamento com oxibato. Como com todos os medicamentos, é essencial seguir sua prescrição.

Uma vez diagnosticado, o paciente com CDoH deve trabalhar com o médico para seguir seu plano de tratamento e discutir quaisquer efeitos colaterais. Também é recomendável buscar apoio social.

Referências

- 01 About idiopathic hypersomnia. (2020).
<https://www.hypersomniafoundation.org/ih/>
- 02 Ali, M., Auger, R. R., Slocumb, N. L., & Morgenthaler, T. I. (2009). Idiopathic hypersomnia: clinical features and response to treatment. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5(6), 562–568.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792973/>
- 03 Brain basics: Understanding sleep. (n.d.).
<https://www.ninds.nih.gov/health-information/public-education/brain-basics/brain-basics-understanding-sleep>
- 04 Central disorders of hypersomnolence. (n.d.).
<https://www.hypersomniafoundation.org/glossary/central-disorders-of-hypersomnolence/>
- 05 Chabas, D., Foulon, C., Gonzalez, J., Nasr, M., Lyon-Caen, O., Willer, J. C., ... & Arnulf, I. (2007). Eating disorder and metabolism in narcoleptic patients. *Sleep*, 30(10), 1267–1273.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2266283/>
- 06 Circadian rhythms. (2022).
<https://nigms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/circadian-rhythms.aspx>
- 07 Dhillon K, Sankari A. Idiopathic Hypersomnia. [Updated 2023 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585065/#article-145574.s7>
- 08 Filardi, M., D'Anselmo, A., Agnoli, S., Rubaltelli, E., Mastroia, S., Mangiaruga, A., ... & Plazzi, G. (2021). Cognitive dysfunction in central disorders of hypersomnolence: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 59, 101510.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34166991/>
- 09 Gangwisch, J. E., Rexrode, K., Forman, J. P., Mukamal, K., Malaspina, D., & Feskanich, D. (2014). Daytime sleepiness and risk of coronary heart disease and stroke: results from the Nurses' Health Study II. *Sleep medicine*, 15(7), 782–788.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4078727/>
- 10 How much sleep do I need? (2022).
https://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/how_much_sleep.html
- 11 Idiopathic hypersomnia. (2021).
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hypersomnia/diagnosis-treatment/drc-20362338>



Referências– Continuação

- 12 Idiopathic hypersomnia. (2022).
<https://www.sleephealthfoundation.org.au/idiopathic-hypersomnia.html>
- 13 Khan Z, Trotti LM. Central Disorders of Hypersomnolence: Focus on the Narcolepsies and Idiopathic Hypersomnia. *Chest*. 2015 Jul;148(1):262-273. doi: 10.1378/chest.14-1304.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4694150/>
- 14 Kleine-Levin syndrome. (2022).
<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/23484-kleine-levin-syndrome>
- 15 Kleine-Levin syndrome. (2007).
<https://rarediseases.org/rare-diseases/kleine-levin-syndrome/>
- 16 Kleine-Levin syndrome. (2023).
<https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/kleine-levin-syndrome>
- 17 Maski, K., Trotti, L. M., Kotagal, S., Robert Auger, R., Rowley, J. A., Hashmi, S. D., & Watson, N. F. (2021). Treatment of central disorders of hypersomnolence: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(9), 1881-1893.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34743789/>
- 18 Mignot, E., Lammers, G. J., Ripley, B., Okun, M., Nevsimalova, S., Overeem, S., ... & Nishino, S. (2002). The role of cerebrospinal fluid hypocretin measurement in the diagnosis of narcolepsy and other hypersomnias. *Archives of neurology*, 59(10), 1553-1562.
<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/782942>
- 19 Miyagawa, T., & Tokunaga, K. (2019). Genetics of narcolepsy. *Human genome variation*, 6(1), 4.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6325123/>
- 20 Morse, A. M., & Sanjeev, K. (2018). Narcolepsy and psychiatric disorders: comorbidities or shared pathophysiology. *Medical Sciences*, 6(1), 16.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5872173/>
- 21 Narcolepsy and Heart Health. (2023).
<https://www.heart.org/en/health-topics/sleep-disorders/narcolepsy-and-heart-health#:~:text=There%20are%20key%20components%20of,the%20risk%20of%20cardiovascular%20problems.>
- 22 Narcolepsy. (2023).
<https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/narcolepsy>

Referências– Continuação

- 23 Narcolepsy. (2023).
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/narcolepsy/symptoms-causes/syc-20375497#:~:text=People%20with%20narcolepsy%20find%20it,uh%2Dplek%2Dsee/>.
- 24 Narcolepsy fast facts. (2015).
<https://narcolepsynetwork.org/about-narcolepsy/narcolepsy-fast-facts/>
- 25 Narcolepsy. (2023).
<https://www.sleepfoundation.org/narcolepsy#diagnosis>
- 26 Sleep phase and stages. (2022).
<https://www.nhlbi.nih.gov/health/sleep/stages-of-sleep>
- 27 Sonka, K., & Susta, M. (2012). Diagnosis and management of central hypersomnias. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 5(5), 297–305.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437530/>
- 28 Stevens, J., Schneider, L. D., Husain, A. M., Ito, D., Fuller, D. S., Zee, P. C., & Macfadden, W. (2023). Impairment in Functioning and Quality of Life in Patients with Idiopathic Hypersomnia: The Real World Idiopathic Hypersomnia Outcomes Study (ARISE). *Nature and Science of Sleep*, 593–606.
[https://www.dovepress.com/impairment-in-functioning-and-quality-of-life-in-patients-with-idiopat-peer-reviewed-fulltext-article-NSS#:~:text=Idiopathic%20hypersomnia%20is%20a%20central,sleep%20inertia%20\(prolonged%20difficulty%20waking](https://www.dovepress.com/impairment-in-functioning-and-quality-of-life-in-patients-with-idiopat-peer-reviewed-fulltext-article-NSS#:~:text=Idiopathic%20hypersomnia%20is%20a%20central,sleep%20inertia%20(prolonged%20difficulty%20waking)
- 29 Slowik JM, Collen JF, Yow AG. Narcolepsy. [Updated 2023 Jun 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459236/>
- 30 Wasling, H. B., Bornstein, A., & Wasling, P. (2020). Quality of life and procrastination in post-H1N1 narcolepsy, sporadic narcolepsy and idiopathic hypersomnia, a Swedish cross-sectional study. *Sleep Medicine*, 76, 104–112.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945720304706>
- 31 What is the Multiple Sleep Latency Test? (2020).
<https://sleepeducation.org/patients/multiple-sleep-latency-test/#:~:text=What%20is%20the%20Multiple%20Sleep,diagnose%20narcolepsy%20and%20idiopathic%20hypersomnia.>



Agradecimentos



Essas diretrizes foram produzidas com auxílio financeiro irrestrito do





Copyright © Sleep Consortium. All rights reserved.

—
We open up language to everyone



Certification of Translation Accuracy

2025-02-27

Project No.:

999932213

Translated document:
Guidelines BP

Language Combination:
English US-Portuguese Brazil

We, Translated s.r.l., a professional translation company, hereby certify that the above mentioned documents have been translated by experienced and qualified professional translators to the best of their ability. The translation is a true and accurate translation of the original document.

This certificate relates to the accuracy of the translation only and not to the original content of the document. In accordance with our general terms and conditions, Translated s.r.l. is not liable and shall not be held liable for the consequences of any use of the translation by the customer or any other party.

A copy of the translation is attached to this certification.

Translated S.r.l.
Via Indonesia n.23
00144 Roma (RM)
P.IVA 07173521001

Co-founder & Chairman
TRANSLATED SRL

—
TRANSLATED S.R.L.
VAT. IT 071 73 52 10 01
R.E.A. Roma 1015467

—
Via Indonesia 23
00144 Rome (RM)
Italy

—
E-MAIL info@translated.com
TEL. +39 06 90 254 001
WEB. translated.com

