

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

# Παραϋπνίες στην παιδική ηλικία REM παραϋπνίες

Οι REM παραϋπνίες, ή παραϋπνίες ύπνου με ταχεία κίνηση των ματιών, είναι μια ομάδα διαταραχών ύπνου που εμφανίζονται κατά το στάδιο REM του ύπνου. Αυτές οι παραϋπνίες μπορεί να οδηγήσουν σε μια σειρά συμπεριφορών, όπως ζωντανά και έντονα όνειρα, εφιάλτες, παράλυση ύπνου και διαταραχή συμπεριφοράς REM (RBD). Η RBD είναι μια ιδιαίτερα επικίνδυνη παραϋπνία REM, στην οποία το άτομο πραγματοποιεί σωματικά τα όνειρά του κατά τη διάρκεια του ύπνου REM, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμούς στον εαυτό του ή σε έναν σύντροφο που κοιμάται μαζί του. Οι REM παραϋπνίες μπορεί να προκληθούν από διάφορους παράγοντες, περιλαμβανομένων των φαρμάκων, της χρήσης ουσιών, καθώς και των υποκείμενων ιατρικών παθήσεων. Ενδέχεται επίσης να σχετίζονται με στέρηση ύπνου και υψηλά επίπεδα stress. Η θεραπευτική αντιμετώπισή τους περιλαμβάνει συνδυασμό συμπεριφορικής θεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. Η συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αναπτύξει στρατηγικές για τη μείωση της εμφάνισης παραϋπνιών, ενώ η φαρμακευτική αγωγή αποσκοπεί στη ρύθμιση των κύκλων ύπνου ή στη διαχείριση τυχόν υποκείμενων ιατρικών παθήσεων. Οι εν λόγω διαταραχές πιθανόν να διαταράξουν την καθημερινή ζωή και δυνητικά μπορεί να καταστούν επικίνδυνες εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία. Συμπερασματικά, οι REM παραϋπνίες είναι μια ομάδα διαταραχών ύπνου που μπορεί να οδηγήσουν σε μια σειρά συμπεριφορών κατά τη διάρκεια του ύπνου REM, περιλαμβανομένων ζωντανών και έντονων ονείρων, εφιαλτών, παράλυσης ύπνου και RBD. Η RBD είναι μια επικίνδυνη μορφή REM παραϋπνίας. Η θεραπεία για τις REM παραϋπνίες περιλαμβάνει συνδυασμό συμπεριφορικής θεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής και είναι σημαντικό να αναζητάται ιατρική βοήθεια επί υποψίας αυτών των διαταραχών.

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι παραϋπνίες αποτελούν μια ομάδα διαταραχών του ύπνου.<sup>1</sup> Σύμφωνα με το International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3), οι παραϋπνίες ορίζονται ως «ανεπιθύμητα σωματικά συμβάματα ή εμπειρίες που λαμβάνουν χώρα κατά την έναρξη του ύπνου, στον ύπνο ή κατά την έγερση από τον ύπνο».<sup>2,3</sup> Χωρίζονται σε τρεις ομάδες, τις σχετιζόμενες με τον NREM (non rapid eye movement) ύπνο, τις σχετιζόμενες με τον REM (rapid eye movement) ύπνο, και άλλες παραϋπνίες (πίν. 1).<sup>2,4</sup>

Οι REM παραϋπνίες είναι μια ομάδα διαταραχών του ύπνου που εμφανίζονται κατά το στάδιο REM του ύπνου.<sup>5</sup> Κατά τη διάρκεια του ύπνου REM ο εγκέφαλος είναι ενεργός, αλλά το σώμα παραλύει, κάτι το οποίο είναι γνωστό ως REM ατονία. Στις REM παραϋπνίες η ατονία δεν είναι πλήρως παρούσα και το άτομο μπορεί να «πραγματοποιήσει» τα

όνειρά του ή να εμφανίσει μη φυσιολογικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια του ύπνου. Υπάρχουν διάφοροι τύποι REM παραϋπνιών, όπως η διαταραχή συμπεριφοράς του ύπνου REM (RBD), η υποτροπιάζουσα μεμονωμένη υπνική παράλυση (RISP) και οι εφιάλτες.

Οι ακριβείς παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί των REM παραϋπνιών δεν είναι πλήρως κατανοητοί, αλλά πιστεύεται ότι περιλαμβάνουν τη δυσλειτουργία στις δομές του εγκεφαλικού στελέχους που ρυθμίζουν τον REM ύπνο. Στην RBD, υπάρχει τυπικά εκφύλιση του τμήματος της γέφυρας που είναι υπεύθυνο για την αναστολή της μυϊκής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια του ύπνου REM. Στον εφιάλτη, υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα στην αμυγδαλή, η οποία εμπλέκεται στην επεξεργασία των σχετικών με τα συναισθήματα πληροφοριών.<sup>5,6</sup>

Η θεραπεία για τις REM παραϋπνίες ποικίλλει ανάλογα

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2024, 41(3):307–314  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2024, 41(3):307–314

Π. Σαμαρτζή,  
Γ. Κατσάρας

Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο  
Πέλλας – Νοσοκομειακή Μονάδα  
Έδεσσα, Έδεσσα

Parasomnias in pediatric  
population: REM parasomnias

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρητηρίου

Θεραπευτική προσέγγιση  
Παιδική ηλικία  
Παραϋπνίες  
Πολυυπνογραφία

Υποβλήθηκε 3.5.2023  
Εγκρίθηκε 13.5.2023

**Πίνακας 1.** Κατηγοριοποίηση παραϋπνίων.

NREM-σχετιζόμενες παραϋπνίες	- Συγχυτική έγερση - Υπνοβασία - Νυχτερινός τρόμος - Διατροφική διαταραχή σχετιζόμενη με τον ύπνο
REM-σχετιζόμενες παραϋπνίες	- Διαταραχή συμπεριφοράς REM ύπνου - Επαναλαμβανόμενη μεμονωμένη υπνική παράλυση - Εφιάλτες
Άλλες παραϋπνίες	- Σύνδρομο έκρηξης κεφαλής - Παισισθήσεις που σχετίζονται με τον ύπνο - Νυχτερινή ενούρηση - Παραϋπνία λόγω παθολογικής κατάστασης - Παραϋπνία λόγω φαρμακευτικής αγωγής ή ουσίας - Παραϋπνία, απροσδιόριστη

NREM: Μη γρήγορη κίνηση των ματιών, REM: Γρήγορη κίνηση των ματιών  
Από: Sateia MJ<sup>4</sup>

με τη συγκεκριμένη διαταραχή και την ενδεχόμενη υποκείμενη αιτία. Στην RBD, η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων που προάγουν την ατονία REM, όπως η κλοναζεπάμη ή η μελατονίνη.<sup>7</sup> Στον εφιάλτη, η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει ψυχοθεραπεία, όπως γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία για την αϋπνία (CBT-I) ή φάρμακα που επηρεάζουν τη ρύθμιση του ύπνου REM, όπως η πραζοσίνη.<sup>1,3,8,9</sup> Για τη RISP, η διαβεβαίωση και η εκπαίδευση σχετικά με την πάθηση μπορεί να είναι επαρκής.<sup>10</sup>

Στην παρούσα ανασκόπηση θα αναπτυχθεί η κλινική εικόνα, η διαγνωστική προσέγγιση, καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση των REM παραϋπνίων στην παιδική ηλικία.

## 2. REM ΠΑΡΑΪΠΝΙΕΣ

### 2.1. Διαταραχή συμπεριφοράς REM ύπνου

Ο φυσιολογικός REM ύπνος χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση διέγερσης του εγκεφάλου σε συνδυασμό με παράλυση των σκελετικών μυών.<sup>11</sup> Στη διαταραχή συμπεριφοράς REM ύπνου (REM-sleep behavior disorder, RBD) η φυσιολογική ατονία χάνεται και οι ασθενείς παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια κινητικών ή λεκτικών συμπεριφορών κατά τη διάρκεια ονείρων.<sup>3,9,11-19</sup> Η RBD αναγνωρίζεται ως διαταραχή όλων των ηλικιών και των δύο φύλων.<sup>9,11</sup> Η RBD είναι σπάνια, με εκτιμώμενο επιπολασμό 0,38–0,5% του γενικού πληθυσμού<sup>2</sup> και είναι πιο συχνή σε ηλικία >50 ετών, με επικράτηση στο ανδρικό φύλο.<sup>2,3,9,12,14,19,20</sup> Οι περιπτώσεις RBD στην παιδική και στην εφηβική ηλικία

είναι πολύ σπάνιες,<sup>11,12,14,17,18,21</sup> με τεκμηριωμένες περιπτώσεις από την ηλικία των 11 μηνών.<sup>14</sup> Η ακριβής παθοφυσιολογία της RBD δεν είναι σαφής,<sup>1</sup> αλλά φαίνεται ότι στον μηχανισμό εμπλέκονται η ανεπάρκεια υποκρετίνης/ντοπαμινεργικού συστήματος,<sup>1,11,14,21</sup> η διέγερση του συστήματος σεροτονίνης (που ελέγχει τους σεροτονινεργικούς νευρώνες και μέσω αυτών τους κινητικούς νευρώνες)<sup>9,11</sup> και το GABA (η μείωσή του πιθανόν να προδιαθέτει σε απώλεια της αναστολής των κινητικών νευρώνων της σπονδυλικής στήλης κατά τη διάρκεια του REM ύπνου).<sup>11</sup> Στα παιδιά συνήθως σχετίζεται με ναρκοληψία ή ιδιοπαθή υπερυπνία, με νευροαναπτυξιακές/νευροεκφυλιστικές διαταραχές (π.χ. αυτισμός, σύνδρομο Smith-Magenis, σύνδρομο Moebius, νεανική νόσος Parkinson, σύνδρομο Tourette, νευροϊνωμάτωση τύπου I, γλοιώδες γλοιώμα, δυσπλασία Chiari τύπου I), με δομικές ανωμαλίες του εγκεφαλικού στελέχους ή μπορεί να αντιπροσωπεύει μια ανεπιθύμητη ενέργεια φαρμακολογικών παραγόντων, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs).<sup>2,3,9,11-15,17-19,21,22</sup> Ορισμένες μελέτες έχουν συνδέσει την RBD με υπερβολική κατανάλωση καφεΐνης και σοκολάτας.<sup>15</sup> Σημεία και συμπτώματα έχουν επίσης συσχετιστεί με τη διαταραχή μετατραυματικού stress.<sup>2,16</sup> Ο επιπολασμός της εν λόγω παραϋπνίας στη ναρκοληψία, ειδικά όταν σχετίζεται με καταπληξία, φαίνεται να είναι υψηλός και κυμαίνεται από 36–60%.<sup>9,11</sup> Η RBD αναπτύσσεται συνήθως μετά την εμφάνιση υπερυπνίας και καταπληξίας. Ωστόσο, σε πολύ λίγους ασθενείς, ειδικά κατά την παιδική ηλικία, η RBD μπορεί να αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της νόσου.<sup>9,11</sup> Οι ασθενείς αναφέρουν ότι τα όνειρά τους έχουν περισσότερη δράση, ένταση και βία από τα τυπικά όνειρα.<sup>14</sup> Τα παιδιά παρουσιάζουν αφ' ενός βίαιες και αφ' ετέρου μη βίαιες συμπεριφορές ως επακόλουθο της αντίδρασής τους στα όνειρα που βλέπουν. Η συμπεριφορά ποικίλλει και ενδέχεται να περιλαμβάνει ομιλία, γέλιο, χαμόγελο, βωμολοχίες, φωνές, προσπάθεια να αρπάξουν κάτι, γροθιές, χειροκροτήματα, άλματα, κλωτσιές, χορό ή τρέξιμο.<sup>1-3,9,11-18</sup> Σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρούνται συμπεριφορές, όπως κάπνισμα φανταστικού τσιγάρου, συμπεριφορά που ομοιάζει με αυνανισμό, ώθηση της πυέλου, κατανάλωση φαγητού/ποτού, ούρηση και αφόδευση.<sup>2</sup> Τα παιδιά που κοιμούνται κρατούν τα μάτια τους κλειστά κατά τη διάρκεια των επεισοδίων.<sup>2,13</sup> Τα επεισόδια εμφανίζονται συνήθως περίπου μία φορά την εβδομάδα, αλλά μπορεί να παρουσιάζονται έως και 4 φορές τη νύκτα σε διαδοχικές νύκτες.<sup>1</sup> Επί πλέον, καθώς λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια του REM ύπνου, είναι πιο συχνά κατά τις πρώτες πρωινές ώρες (το δεύτερο μισό της νύκτας).<sup>1,3,21,22</sup> Σε αντίθεση με όλες τις NREM παραϋπνίες, ο κοιμώμενος ξυπνά γρήγορα χωρίς σύγχυση και συχνά με καλή ανάκληση του ονείρου και των γεγονότων.<sup>1-3,9,11,14-16</sup> Η RBD σχετίζεται με αυξημένο μυϊκό

τόνο ή και αυξημένη δραστηριότητα φασικών συσπάσεων στο ηλεκτρομυογράφημα (ΗΜΓ).<sup>1,2,9,11,12,14,16,17,19,21</sup> Υπάρχει κίνδυνος τραυματισμών (π.χ. πληγές, εκχυμώσεις και κατάγματα) που μερικές φορές ενδέχεται να είναι σοβαροί και ίσως απειλητικοί για τη ζωή.<sup>2,3,14–17,19,20</sup> Η μακροπρόθεσμη έκβαση της RBD στην παιδική ηλικία είναι άγνωστη.<sup>21</sup>

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την RBD αναλύονται στον πίνακα 2. Το ICSD-3 συστήνει τη video-πολυυπνογραφία (video-PSG, vPSG) για τη διάγνωση της RBD, τόσο για να καταδείξει την εμφάνιση του REM ύπνου χωρίς ατονία (διατηρημένος μυϊκός τόνος) όσο και για να τεκμηριώσει μέσω video την ύπαρξη του κινητικού ονείρου με τη μορφή αυξημένης μυϊκής δραστηριότητας (πύγων, άκρα ή και τα δύο), περιλαμβανομένων επιθετικών ή βίαιων συμπεριφορών.<sup>2,3,9,11,12,14,16–18,21,23</sup> Σε περιπτώσεις τέτοιων περιστασιακών

#### Πίνακας 2. Διαγνωστικά κριτήρια RBD.

- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια φωνημάτων που σχετίζονται με τον ύπνο ή και σύνθετων κινητικών συμπεριφορών<sup>1,2</sup>
- Αυτές οι συμπεριφορές τεκμηριώνονται από την πολυυπνογραφία ότι εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του REM ύπνου ή, με βάση το κλινικό ιστορικό εμφάνισης ονείρου, θεωρείται ότι συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του REM ύπνου
- Η πολυυπνογραφική καταγραφή καταδεικνύει REM ύπνο χωρίς ατονία (RWA)<sup>3</sup>
- Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από άλλη διαταραχή ύπνου, ψυχική διαταραχή, φαρμακευτική αγωγή ή χρήση ουσιών

#### Σημειώσεις

- Αυτό το κριτήριο μπορεί να εκπληρωθεί με παρατήρηση επαναλαμβανόμενων επεισοδίων κατά τη διάρκεια μιας νύκτας όπου εφαρμόζεται video-πολυυπνογραφία (vPSG)
- Οι παρατηρούμενες φωνές ή συμπεριφορές συχνά συσχετίζονται με την ταυτόχρονη εμφάνιση ονείρου
- Όπως ορίζεται από τις οδηγίες για τη βαθμολόγηση των χαρακτηριστικών της PSG για τη RBD στην πλέον πρόσφατη έκδοση του εγχειριδίου για τη βαθμολόγηση του ύπνου και των συναφών γεγονότων της Αμερικανικής Ακαδημίας Ιατρικής Ύπνου (AASM)
- Κατά την αφύπνιση, το άτομο είναι τυπικά ξύπνιο, προσανατολισμένο, σε εγρήγορση και με λογική
- Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχουν ασθενείς με τυπικό κλινικό ιστορικό RBD και συμπεριφορές σχετιζόμενες με το όνειρο, οι οποίοι επίσης παρουσιάζουν τυπικές συμπεριφορές RBD κατά τη διάρκεια της vPSG αλλά δεν επιδεικνύουν επαρκή RWA, με βάση τα τρέχοντα δεδομένα που βασίζονται σε στοιχεία, για να ικανοποιήσουν τα κριτήρια της PSG για τη διάγνωση της RBD. Σε τέτοιους ασθενείς η RBD μπορεί να διαγνωστεί προσωρινά με βάση την κλινική κρίση. Ο ίδιος κανόνας ισχύει όταν η vPSG δεν είναι άμεσα διαθέσιμη
- Τα φάρμακα μπορεί να αποκαλύψουν τη λανθάνουσα RBD με προϋπάρχοντα RWA, σύμφωνα με την τρέχουσα γνώμη των ειδικών. Επομένως, η RBD που προκαλείται από φάρμακα μπορεί να διαγνωστεί ως RBD, χρησιμοποιώντας κλινική κρίση, εν αναμονή μελλοντικών διαχρονικών μελετών

PSG: Πολυυπνογραφία, vPSG: Video-πολυυπνογραφία, RBD: Διαταραχή συμπεριφοράς REM ύπνου, REM: Γρήγορη κίνηση ματιών, RWA: REM ύπνος χωρίς ατονία

Από: Peter H, Peter JG<sup>2</sup>

ευρημάτων στη vPSG οι ασθενείς θα πρέπει να παραπέμπονται σε νευρολόγο για περαιτέρω έλεγχο.<sup>23</sup> Η λεπτομερής νευρολογική αξιολόγηση των ασθενών με υποψία RBD θα πρέπει να εστιάσει στα σημεία και συμπτώματα σχετικών νευρολογικών διαταραχών, όπως η νόσος Parkinson. Εάν οι εκδηλώσεις είναι άτυπες ή οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία, συνήθως πραγματοποιείται μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (για να αποκλειστούν δομικά αίτια) και ένα πλήρες κλινικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ) (κατά προτίμηση κατά τη διάρκεια του ύπνου).<sup>3</sup> Δεν σημειώνεται επιληπτική δραστηριότητα στο HEΓ.<sup>16</sup>

Η διαχείριση της RBD περιλαμβάνει τα προληπτικά μέτρα, την επανεκτίμηση των φαρμάκων που μπορεί να επιταχύνουν ή να επιδεινώσουν την RBD και τη χρήση φαρμάκων τα οποία στοχεύουν στην αποφυγή εκδηλώσεων κινητικής συμπεριφοράς.<sup>9,11,18</sup> Οι βασικές συστάσεις περιλαμβάνουν αρχές ασφάλειας στο υπνοδωμάτιο για την πρόληψη του αυτοτραυματισμού. Οι περιβαλλοντικές αυτές προφυλάξεις περιλαμβάνουν τον ύπνο του συντρόφου σε ξεχωριστό δωμάτιο ή κρεβάτι, κλειστά και κλειδωμένα παράθυρα και πόρτες, αφαίρεση επίπλων με αιχμηρές άκρες και χρήση στρώματος ή μαξιλαριών στο πάτωμα κοντά στο κρεβάτι.<sup>3,20,23</sup> Η ταυτόχρονη αποφρακτική υπνική άπνοια (ΑΥΑ) θα πρέπει να αντιμετωπίζεται, καθώς η θεραπεία με συνεχή θετική πίεση αεραγωγών (continuous positive airway pressure, CPAP) μειώνει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα της RBD.<sup>14,23</sup> Η κλοναζεπάμη (0,5–2 mg πριν από τον ύπνο) και η μελατονίνη (3–12 mg πριν από τον ύπνο) έχει αποδειχθεί ότι είναι ευεργετικές.<sup>1,3,9,11,12,14,17–21,23,24</sup> Η κλοναζεπάμη φαίνεται να έχει κατασταλτική επίδραση στη φασική κινητική δραστηριότητα και θετική επίδραση στη δραστηριότητα των νοητικών ονείρων.<sup>3,9,11,12,23</sup> Η μελατονίνη φαίνεται να έχει άμεσο αντίκτυπο στην ατονία του REM ύπνου, στη ρύθμιση του συστήματος GABA, στη σταθεροποίηση της μεταβλητότητας του κικκάδιου ρυθμού και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας του ύπνου.<sup>19,23</sup> Ο μηχανισμός με τον οποίο η μελατονίνη μπορεί να αποκαταστήσει τη μυϊκή ατονία που σχετίζεται με τον REM ύπνο παραμένει άγνωστος.<sup>9,11</sup> Η μελατονίνη είναι γενικά καλά ανεκτή, με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες (παραισθήσεις, πρωινοί πονοκέφαλοι, εφιάλτες και πρωινή υπνηλία), ενώ η κλοναζεπάμη μπορεί να επιδεινώσει την ΑΥΑ, την υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, τη γνωσιακή εξασθένηση, τις πτώσεις και τη σύγχυση.<sup>1,3,12,14,23</sup> Πριν από την έναρξη της θεραπείας με κλοναζεπάμη θα πρέπει να γίνεται έλεγχος για ΑΥΑ.<sup>1</sup> Τέλος, έχει αναφερθεί επιτυχής θεραπεία της RBD (αναφορές περιπτώσεων με μικρό αριθμό ασθενών) με πραμιπεξόλη (συνολική δόση 0,75–1,5 mg), παροξετίνη, αναστολείς ακετυλοχολινεστεράσης, βενζοδιαζεπίνες εκτός της κλοναζεπάμης (τεμαζεπάμη, τριαζολάμη, αλπραζο-

λάμη), κλοζαπίνη, Yi-Gan-San (ένα φυτικό σκεύασμα) και καρβαμαζεπίνη.<sup>3,24</sup>

## 2.2. Επαναλαμβανόμενη μεμονωμένη υπνική παράλυση

Η υποτροπιάζουσα μεμονωμένη υπνική παράλυση (recurrent isolated sleep paralysis, RISP) ορίζεται ως «αδυναμία εκτέλεσης εκούσιων κινήσεων κατά την έναρξη του ύπνου (υπναγωγική μορφή) ή κατά την αφύπνιση (υπνοπομπική μορφή), απουσία διάγνωσης ναρκοληψίας».<sup>2,9,11,17,21</sup> Η παθογένεση της εν λόγω διαταραχής συνδέεται με την παράταση της φυσιολογικής μυϊκής ατονίας κατά τον REM ύπνο.<sup>15,17,21</sup> Θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει μια κατάσταση διάσπασης, με επιμονή του REM ύπνου κατά την εγρήγορση.<sup>1,9,11</sup> Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με τον επιπολασμό αναφέρουν ότι το 15–40% των συμμετεχόντων εμφάνιζαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο υπνικής παράλυσης.<sup>2</sup> Ο επιπολασμός της RISP στη διάρκεια της ζωής – με βάση μια μεγάλη συστηματική ανασκόπηση – εκτιμάται ότι ανέρχεται σε 7,6% στον γενικό πληθυσμό, σε 28,3% στον πληθυσμό των μαθητών και σε 31,9% στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Αγόρια και κορίτσια προσβάλλονται εξ ίσου, ενώ η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 14–17 έτη.<sup>2,9,11</sup> Ωστόσο, η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να γίνει και κατά την παιδική ηλικία.<sup>2,16</sup> Άλλη μελέτη έχει δείξει ότι το 12,4% των ενηλίκων ατόμων με RISP είχαν επεισόδια που ξεκίνησαν κατά την παιδική ηλικία,<sup>14,21</sup> ενώ στο 10,8% η έναρξή τους είχε γίνει κατά την εφηβεία (πριν από την ηλικία των 18 ετών).<sup>14</sup> Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου δεν υπάρχει δυνατότητα ομιλίας ή κίνησης των άκρων, του κορμού και της κεφαλής.<sup>1,2,13,17</sup> Οι ασθενείς έχουν συνείδηση, είναι ξύπνιοι και βρίσκονται σε εγρήγορση ως προς το περιβάλλον γύρω τους.<sup>1,9,11,13,14,16,17,21</sup> Επιπρόσθετα, έχουν πλήρη επίγνωση και μνήμη των γεγονότων.<sup>1,3,9,11,13,17</sup> Συνήθως εμπλέκονται όλες οι μυϊκές ομάδες, εκτός από το διάφραγμα και τους εξωφθαλμικούς μυς.<sup>16</sup> Οι ασθενείς αναφέρουν συχνά ένα αίσθημα δύσπνοιας<sup>1,3,9,11,16,17</sup> λόγω αναστολής των βοηθητικών μυών της αναπνοής.<sup>1,16</sup> Κάθε επεισόδιο RISP διαρκεί από δευτερόλεπτα έως λεπτά.<sup>1,2,9,11,13,14,16,17</sup> Συνήθως υποχωρεί αυθόρμητα, αλλά μπορεί να διακοπεί μέσω αισθητηριακής διέγερσης του ασθενούς (π.χ. να του μιλήσει ή να τον αγγίξει κάποιος) ή όταν ο ίδιος ο ασθενής κινεί γρήγορα τα μάτια του ή κάνει έντονες προσπάθειες να κινήσει τα άκρα ή το σώμα του.<sup>1–3,9,11,13,16,17,21</sup> Η συχνότητα των επεισοδίων RISP είναι πολύ μεταβλητή – μία φορά σε όλη τη ζωή έως αρκετές φορές τον μήνα.<sup>1,3</sup> Η RISP πιθανόν να συνοδεύεται, σε περίπου 25–75% των ασθενών, από πολύ έντονες και ζωηρές παραισθήσεις (ακουστικές, οπτικές, απτικές ή αίσθηση κάποιας παρουσίας στο δωμάτιο).<sup>1–3,9,11,17</sup> Η RISP

είναι μια τόσο ζωντανή εμπειρία που έχει ενσωματωθεί στη λαϊκή λαογραφία σε πολλά μέρη του κόσμου και μπορεί να ερμηνευτεί ως μια υπερφυσική εμπειρία, μια νυκτερινή επίσκεψη δαιμόνων και διαβόλων, με έναν πολιτισμικά ξεχωριστό τρόπο.<sup>9</sup> Κατά τη διάρκεια των πρώτων επεισοδίων η αίσθηση της παράλυσης μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος.<sup>1,2,9,11,17</sup> Τα παιδιά που ξυπνούν από ένα επεισόδιο RISP πιθανόν να φοβηθούν και να κλάψουν.<sup>16</sup> Ως επακόλουθο, τα εν λόγω παιδιά μπορεί να εμφανίσουν φόβο ή άγχος πριν από τον ύπνο λόγω της τρομακτικής φύσης των επεισοδίων.<sup>13,17</sup> Προδιαθεσικούς παράγοντες συνιστούν η κόπωση, το άγχος, τα ακανόνιστα προγράμματα, η εργασία σε κυλιόμενα ωράρια, ο ύπνος σε ύπτια θέση, η χρήση οينوπνεύματος/καφεΐνης και η στέρηση ύπνου.<sup>1–3,9,11,14–16</sup> Αυξημένα ποσοστά RISP εντοπίζονται σε ενήλικες που αναφέρουν ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και διαταραχή μετατραυματικού stress.<sup>9</sup> Επιπρόσθετες ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με τη RISP αποτελούν η διαταραχή πανικού, άλλες αγχώδεις διαταραχές, η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη.<sup>2,14</sup> Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι η καλοήθης φύση των επεισοδίων της RISP είναι αδιαμφισβήτητη.<sup>9,11</sup>

Επαναλαμβανόμενα επεισόδια μπορεί να παρατηρηθούν στη ναρκοληψία, με τη RISP να συνιστά μέρος της κλασικής τετράδας της ναρκοληψίας.<sup>2,3,13,14,16</sup> Έχει παρατηρηθεί επίσης μια οικογενειακή μορφή αυτής της οντότητας, η οποία προσβάλλει συχνότερα το γυναικείο φύλο.<sup>14,16</sup> Τα διαγνωστικά κριτήρια της RISP αναλύονται στον πίνακα 3. Για τη διάγνωση πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα ότι η παραϋπνία εξηγείται καλύτερα από άλλη διαταραχή ύπνου, ψυχική ή νευρολογική ή παθολογική διαταραχή ή χρήση φαρμάκων/ουσιών (μη τονικές επιληπτικές κρίσεις, καταπληξία, ναρκοληψία, υποκαλιαϊμική περιοδική παράλυση, απόσυρση/κατάχρηση φαρμάκων, ιδιαίτερα αγχολυτικών, υστερικές ή ψυχωσικές καταστάσεις).<sup>1,3,14</sup> Η PSG ενδέχεται να αποκαλύψει μια κατάσταση διάσπασης με σημαντική μείωση του μυϊκού τόνου του πώγωνος

### Πίνακας 3. Διαγνωστικά κριτήρια RISP.

- Επαναλαμβανόμενη αδυναμία κίνησης του κορμού και όλων των άκρων κατά την έναρξη του ύπνου ή κατά την αφύπνιση από τον ύπνο
- Κάθε επεισόδιο διαρκεί από δευτερόλεπτα έως λίγα λεπτά
- Τα επεισόδια προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία, περιλαμβανομένου του άγχους πριν από τον ύπνο ή του φόβου για ύπνο
- Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από άλλη διαταραχή ύπνου (ειδικά ναρκοληψία), ψυχική διαταραχή, ιατρική κατάσταση, φαρμακευτική αγωγή ή χρήση ουσιών

RISP: Επαναλαμβανόμενη μεμονωμένη υπνική παράλυση

Από: Peter H, Peter JG<sup>2</sup>

παρουσία φυσιολογικού ρυθμού εγρήγορης στο ΗΕΓ.<sup>2,16</sup> Ενδέχεται επίσης να υπάρχουν συζευγμένες κινήσεις των οφθαλμών. Περιστασιακά, οι ασθενείς μπορεί να εισέλθουν στον ύπνο κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου RISP και να αποκαλύψουν ένα μοτίβο ΗΕΓ που συνάδει με τον ύπνο N1 σταδίου. Οι πραγματικές περιόδους έναρξης REM ύπνου μπορεί να συμβούν τη νύκτα και πιθανόν να απαιτείται πολλαπλή δοκιμή λανθάνουσας κατάστασης ύπνου για να διαφοροποιηθούν τα εν λόγω επεισόδια από το σύνδρομο ναρκοληψίας.<sup>16</sup>

Η διαχείριση της RISP συνίσταται στη διαβεβαίωση για την καλοήγη φύση των επεισοδίων και στην αποφυγή της στέρησης ύπνου και άλλων παραγόντων πυροδότησης.<sup>9,11,17</sup> Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απαιτείται φαρμακευτική θεραπεία.<sup>3</sup> Τα υποτροπιάζοντα επεισόδια μπορούν να αντιμετωπιστούν με παράγοντες καταστολής του REM ύπνου, όπως χαμηλές δόσεις τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (κλομιπραμίνη, ιμιπραμίνη, δεσμεθυλ-ιμιπραμίνη), κλονιδίνη ή κλοναζεπάμη,<sup>9,11,24</sup> SSRIs (φλουοξετίνη, φεμοξετίνη και βιλοξαζίνη σε αντικαταθλιπτικές δόσεις).<sup>3,24</sup>

### 2.3. Εφιάλτες

Η διαταραχή των εφιαλτών χαρακτηρίζεται από «επαναλαμβανόμενα, έντονα δυσάρεστα όνειρα, τα οποία αποτελούν ενοχλητικές ψυχικές εμπειρίες, συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του REM ύπνου και συχνά οδηγούν σε αφύπνιση».<sup>1-3,9,12-14,16-18,21,22,25</sup> Εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του REM ύπνου και επομένως είναι περισσότερο συχνόι στο δεύτερο μισό της νύκτας,<sup>2,9,11,12,14,16,21,25-27</sup> το οποίο χαρακτηρίζεται από τη μεγαλύτερη και πιο έντονη περίοδο REM ύπνου.<sup>2,12,16,21,26</sup> Σύμφωνα με την ICSD-3, η διαταραχή του εφιάλτη έχει επιπολασμό 1–5% στην προεφηβική ηλικία, με το 2–8% του γενικού πληθυσμού να βιώνει συχνούς εφιάλτες.<sup>2,12</sup> Η έναρξη χρονολογείται συνήθως στην ηλικία των 3–6 ετών,<sup>2,9,12,14,17</sup> με κορύφωση περίπου στα 6–10 έτη και μείωση με την πάροδο του χρόνου.<sup>2,17</sup> Οι περιστασιακοί εφιάλτες είναι πολύ συχνόι στα παιδιά, με μια συχνότητα που κυμαίνεται από 60–75%.<sup>2,9,13,17,25,26</sup> Σε παιδιά ηλικίας 3–5 ετών αναφέρεται ότι το 10–50% έχει αρκετά έντονους εφιάλτες, με αποτέλεσμα την αφύπνιση των γονέων τους.<sup>2,3,17</sup> με συχνότητα που είναι ίδια στα δύο φύλα.<sup>3,12,14,16,17,21</sup> Η αναλογία αυτή φαίνεται να αλλάζει στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, όπου το γυναικείο φύλο επηρεάζεται περισσότερο.<sup>2,13,14,17,21</sup> Στην κλινική πρακτική, η εμφάνιση ενός εφιάλτη την εβδομάδα ή συχνότερα χαρακτηρίζεται ως σημαντικό πρόβλημα. Ο επιπολασμός των παιδιών που βιώνουν εφιάλτες μία φορά την εβδομάδα ή συχνότερα εκτιμάται ότι είναι περίπου 5%.<sup>9</sup> Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μια γενετική βάση για συχνούς εφιάλτες και ότι τα

άτομα με ιστορικό επίμονων εφιαλτών στην παιδική ηλικία είναι πιο πιθανό να βιώσουν συνεχείς εφιάλτες στην ενήλικη ζωή.<sup>12</sup> Συνήθως δεν υπάρχουν εμφανείς κινήσεις κατά τη διάρκεια των εφιαλτών και δεν εμφανίζονται αυτόνομα χαρακτηριστικά, όπως έξαψη και εφίδρωση, αν και ενδέχεται να υπάρχει ταχυκαρδία.<sup>9,11,13,14,16,18,21</sup> Τα παιδιά που ξυπνούν από έναν εφιάλτη συνήθως επανέρχονται γρήγορα σε πλήρη εγρήγορηση, ανταποκρίνονται θετικά στην παρηγοριά και μπορεί να είναι σε θέση να περιγράψουν λεπτομερώς το περιεχόμενο των ονείρων το επόμενο πρωί.<sup>9,11-14,16-18,21,22,25,26</sup>

Τα τρομακτικά όνειρα συνήθως ενέχουν απειλές για την επιβίωση, την ασφάλεια ή τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς και περιλαμβάνουν αρνητικές εμπειρίες, όπως άγχος, φόβος, τρόμος, θυμός, οργή, αμηχανία.<sup>1,2,9,12,13,16-18,21,28</sup> Η διάρκεια του συμβάντος είναι γενικά σύντομη.<sup>27</sup> Τα παιδιά μπορεί να φαίνονται ανήσυχτα μετά την αφύπνιση και αρνούνται ή αργούν να ξανακοιμηθούν καθώς φοβούνται.<sup>2,9,16-18,21,26</sup> Τα όνειρα μικρών παιδιών χαρακτηρίζονται από τέρατα ή άλλες φανταστικές εικόνες, ενώ οι έφηβοι και οι ενήλικες μπορεί να βιώσουν περισσότερο ρεαλιστικές εικόνες. Η ανάκληση των ονείρων είναι ανάλογη με το αναπτυξιακό επίπεδο των παιδιών.<sup>2,14,16</sup> Οι περιγραφές των παιδιών προσχολικής ηλικίας είναι συνήθως σύντομες και απλές, ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά μπορούν να επεξεργάζονται το περιεχόμενο των ονείρων προσθέτοντας φανταστικά χαρακτηριστικά.<sup>9,14,17,18,21,26</sup> Οι έφηβοι μπορεί να βιώσουν πιο ρεαλιστικές εικόνες που σχετίζονται με στρεσογόνους παράγοντες της ημέρας ή τραυματικά γεγονότα (τρομακτικό περιεχόμενο τηλεόρασης/ταινίας ή δυσάρεστες εμπειρίες στο σπίτι/σχολείο).<sup>15,17,18,21,26</sup> Οι εφιάλτες παρατηρούνται συνήθως σε όσους υποφέρουν από διαταραχή μετατραυματικού stress,<sup>1-3,9,12,13,15,17,18,21,26</sup> ενώ παράλληλα έχει περιγραφεί ισχυρή συσχέτιση με αγχώδεις διαταραχές.<sup>1-3,9,12-15,18,26</sup> Το περιεχόμενο των ονείρων μπορεί να είναι οδυνηρό, με θέματα βίας, θανάτου ή χωρισμού από στενά μέλη της οικογένειας.<sup>18,21</sup> Η σωματική, η συναισθηματική ή η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να αποτελούν τη βάση για επαναλαμβανόμενους εφιάλτες στα παιδιά.<sup>2,14,17,18</sup> Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι SSRIs, οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης, τα αντιυπερτασικά φάρμακα, οι β-αναστολείς, τα βαρβιτουρικά, οι ντοπαμινεργικοί παράγοντες και το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσουν εφιάλτες.<sup>1,9,11,15,24,26</sup>

Τα διαγνωστικά κριτήρια αναλύονται στον πίνακα 4. Η διάγνωση βασίζεται στον εντοπισμό των ήπιων και χαρακτηριστικών εκδηλώσεων ενοχλητικών ονείρων που συμβαίνουν κατά τις πρώτες πρωινές ώρες, με απουσία έντονης αυτόνομης ενεργοποίησης, σαφή ανάκληση του ονείρου, ποιότητα που ομοιάζει με ιστορία στην αναφορά ονείρου, κατάλληλη λειτουργία και εγρήγορηση κατά την αφύπνιση

**Πίνακας 4.** Διαγνωστικά κριτήρια εφιαλτών.

- A. Επαναλαμβανόμενα περιστατικά εκτεταμένων, εξαιρετικά δυσάρεστων και καλά ενθυμούμενων ονείρων, που συνήθως ενέχουν απειλές για την επιβίωση, την ασφάλεια ή τη σωματική ακεραιότητα
- B. Με την αφύπνιση από τα δυσάρεστα όνειρα το άτομο γρήγορα καθίσταται καλά προσανατολισμένο και σε εγρήγορση
- Γ. Η εμπειρία του ονείρου ή η διαταραχή του ύπνου που προκαλείται από την αφύπνιση από αυτό, οδηγεί σε κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας, όπως υποδεικνύεται από την αναφορά τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα:
- Διαταραχή της διάθεσης (π.χ. επιμονή εφιαλτικού συναισθήματος, άγχος, δυσφορία)
  - Αντίσταση στον ύπνο (π.χ. άγχος πριν από τον ύπνο, φόβος για ύπνο/επακόλουθους εφιάλτες)
  - Γνωσιακές διαταραχές (π.χ. παρεμβατικές εικόνες εφιάλτη, μειωμένη συγκέντρωση ή μνήμη)
  - Αρνητικό αντίκτυπο στη λειτουργία του φροντιστή ή της οικογένειας (π.χ. διακοπή ύπνου)
  - Προβλήματα συμπεριφοράς (π.χ. αποφυγή πριν από τον ύπνο, φόβος για το σκοτάδι)
  - Υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας
  - Κόπωση ή χαμηλή ενέργεια
  - Μειωμένη επαγγελματική ή εκπαιδευτική λειτουργία
  - Μειωμένη διαπροσωπική/κοινωνική λειτουργία

**Σημειώσεις**

1. Η διαταραχή του εφιάλτη στα παιδιά είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί σε εκείνα που εκτίθενται σε σοβαρούς ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες. Επειδή οι παιδικοί εφιάλτες συχνά υποχωρούν αυθόρμητα, η διάγνωση θα πρέπει να τίθεται μόνο εάν υπάρχει επίμονη δυσφορία ή βλάβη

Από: Peter H, Peter JG<sup>2</sup>

και καλή ανταπόκριση στις παρεμβάσεις των γονέων.<sup>16</sup> Η PSG δεν ενδείκνυται συνήθως για τη διερεύνηση των εφιαλτών.<sup>2,21</sup> Ωστόσο, εάν διεξαχθεί, αποκαλύπτει επιταχυνόμενο καρδιακό και αναπνευστικό ρυθμό,<sup>2,3</sup> που ακολουθούνται από μια απότομη αφύπνιση από τον REM ύπνο,<sup>16,21</sup> με ελάχιστη σχετική κινητική δραστηριότητα,<sup>21</sup> ακολουθούμενη από μια παρατεταμένη περίοδο εγρήγορσης.<sup>16</sup> Μπορεί να υπάρχει αυξημένη πυκνότητα οφθαλμικής κίνησης REM ύπνου κατά τη διάρκεια του εφιάλτη. Ο μυϊκός τόνος είναι χαμηλός και ενδέχεται να υπάρχει αυξημένη συχνότητα φασικών μυϊκών συσπάσεων.<sup>16</sup> Η PSG είναι ιδιαίτερα κατάλληλη εάν οι ασθενείς αναφέρουν εφιάλτες σε συνδυασμό με συμπεριφορές ύπνου που είναι επαναλαμβανόμενες ή στερεότυπες ή βλαβερές για τον εαυτό ή τους άλλους. Επί πλέον, μπορεί να διεξαχθεί για να αποκλειστούν άλλες παραύπνιες (π.χ. NREM παραύπνιες) και οι επιληπτικές κρίσεις που σχετίζονται με τον ύπνο,<sup>2</sup> καθώς απουσιάζει η εστιακή, παροξυσμική και επιληπτική δραστηριότητα.<sup>16</sup>

Η θεραπεία βασίζεται στη διαβεβαίωση και στην εκπαί-

δευση. Η διατήρηση της κατάλληλης υγιεινής ύπνου είναι απαραίτητη.<sup>16</sup> Οι περιστασιακοί εφιάλτες δεν απαιτούν συγκεκριμένες θεραπείες, αλλά μόνο καθησυχασμό των παιδιών σχετικά με την εξωπραγματική φύση των ονείρων.<sup>9,11,12,21,27</sup> και αποφυγή τηλεθέασης εντός 2–3 ωρών από την ώρα του ύπνου.<sup>9,11,12,21</sup> Η έκθεση σε βίαιο περιεχόμενο σε βιντεοπαιχνίδια ή τηλεοπτικά προγράμματα μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση επεισοδίου και θα πρέπει να αποφεύγεται ως μέρος της συνήθους υγιεινής ύπνου και εκπαίδευσης πριν από τον ύπνο.<sup>17</sup> Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία με τεχνικές τροποποίησης, στις οποίες γονείς/θεραπευτές και παιδιά συζητούν το όνειρο και επινοούν ένα λιγότερο τρομακτικό τέλος, συνιστά τη θεραπεία εκλογής. Η ενθάρρυνση των παιδιών να γράψουν ή να ζωγραφίσουν τα όνειρά τους μπορεί επίσης να αποφέρει θετικά αποτελέσματα.<sup>1,3,9,11,12,17,18,21,24–26</sup> Οι επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες απαιτούν ψυχολογική προσέγγιση για την αξιολόγηση του άγχους, του stress και άλλων πιθανών υποκείμενων παραγόντων.<sup>16,18,25</sup> Οι περιπτώσεις ψυχολογικής δυσφορίας και ψυχολογικής ή σωματικής κακοποίησης απαιτούν κατάλληλη και ψυχοθεραπευτική φροντίδα.<sup>17</sup> Η φαρμακευτική αγωγή, μόνη της ή συνδυαστικά με άλλες θεραπείες,<sup>24</sup> χρησιμοποιείται συνήθως για τη θεραπεία παιδικών εφιαλτών μόνο όταν αυτοί σχετίζονται με ψυχιατρικές παθολογικές οντότητες.<sup>13</sup> Η πραζοσίνη,<sup>1,3,9</sup> η ρισπεριδόνη και η τραζοδόνη είναι τα πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενα φάρμακα για τη θεραπεία των εφιαλτών.<sup>9,11</sup> Η πραζοσίνη πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή για να αποφευχθεί η υπόταση.<sup>3</sup> Το φάρμακο θα πρέπει να ξεκινά με δόση 1 mg πριν από τον ύπνο για να αποφευχθεί η σοβαρή υπόταση πρώτης δόσης (συχνά ορθοστατική υπόταση). Το φάρμακο μπορεί στη συνέχεια να τιτλοποιηθεί προς τα πάνω (έως 13 mg) αργά για αρκετές νύκτες.<sup>3</sup> Επί πλέον, η κλονιδίνη, η κουετιαπίνη, η φλουβοξαμίνη, η μιρταζαπίνη και η τεραζοσίνη πιθανόν να είναι χρήσιμες. Ωστόσο, τα δεδομένα είναι περιορισμένα και η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων είναι χαμηλή. Η χρήση της τετραϋδροκανναβινόλης στη θεραπεία των εφιαλτών που σχετίζονται με τη διαταραχή μετατραυματικού stress έχει συσχετιστεί με μείωση της υποτροπής και της έντασης του εφιάλτη. Οι ασθενείς εμφανίζουν καλή ανεκτικότητα, ενώ οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται είναι ξηροστομία, πονοκέφαλος και ζάλη.<sup>24</sup> Εάν ένα φάρμακο σχετίζεται προσωρινά με εφιάλτες, μια δοκιμή διακοπής ή αλλαγής της φαρμακευτικής αγωγής είναι συνετή.<sup>3</sup>

**3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα διαρκώς μεταβαλλόμενα σε σχέση με την ηλικία χαρακτηριστικά της αρχιτεκτονικής του ύπνου, καθώς και

η συνεχής ανάπτυξη του εγκεφάλου, καθιστούν το πεδίο των παραΐπνιών μια πρόκληση για τον παιδίατρο. Η RBD εμφανίζεται σπάνια στα παιδιά, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες REM παραΐπνιες, που αρχίζουν κατά την παιδική ηλικία. Η πολυυπνογραφία σε συνδυασμό –σε ορισμένες περιπτώσεις– με ΗΕΓ και ΗΜΓ διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση. Η θεραπεία των παθολογικών αυτών οντοτήτων στηρίζεται στην εντόπιση των προδιαθεσικών παραγόντων, στη φαρμακευτική και μη αγωγή, στη σωστή ενημέρωση των γονέων και στην κατάλληλη προσέγγιση των μικρών ασθενών τόσο από τους γονείς όσο και από τους θεράποντες ιατρούς. Οι ασθενείς με επιληψία, πονοκέφαλο, νευροαναπτυξιακές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες είναι ιδιαίτερα πιθανό να ωφεληθούν από την

αντιμετώπιση των συννοσηροτήτων που σχετίζονται με τον ύπνο. Οι συνεχείς ανακαλύψεις στη νευροφυσιολογία, στη νευροαπεικόνιση και στη γενετική είναι πιθανόν να δώσουν περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με την παθοφυσιολογία των διαταραχών ύπνου-εγρήγορης της παιδικής ηλικίας και κατ' επέκταση να προσφέρουν περισσότερο εμπειριστατωμένα δεδομένα για τη σαφέστερη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών.

Η ενασχόληση και η ανάλυση των παραΐπνιών αποκάλυπτουν ολοένα και περισσότερα στοιχεία για το νευρικό σύστημα και τον ύπνο. Η στενή συνεργασία μεταξύ κλινικών ιατρών και ερευνητών θα είναι χρήσιμη και για τους δύο και ωφέλιμη για την ποιότητα ζωής των μικρών μας ασθενών.

## ABSTRACT

### Parasomnias in pediatric population: REM parasomnias

P. SAMARTZI, G. KATSARAS

*Department of Pediatrics, General Hospital of Pella – Hospital Unit of Edessa, Edessa, Greece*

*Archives of Hellenic Medicine 2024, 41(3):307–314*

REM parasomnias, or rapid eye movement sleep parasomnias, are a group of sleep disorders that occur during the REM stage of sleep. These parasomnias can lead to a range of behaviors including vivid and intense dreams, nightmares, sleep paralysis and REM behavior disorder (RBD). RBD is a particularly dangerous form of REM parasomnias, in which the person physically acts out their dreams during REM sleep. This can lead to injuries to themselves or a sleeping partner. REM parasomnias can be caused by a variety of factors, including medications, substance use, and underlying medical conditions. They may also be associated with sleep deprivation and high stress levels. Their treatment may include a combination of behavioral therapy and medication. Behavioral therapy can help the person develop strategies to reduce the occurrence of parasomnias. Medication can help regulate sleep cycles or manage any underlying medical conditions. These disorders can disrupt daily life and can be dangerous if left untreated. In conclusion, REM parasomnias are a group of sleep disorders that can lead to a range of behaviors during REM sleep, including vivid and intense dreams, nightmares, sleep paralysis, and RBD. RBD is a dangerous form of REM parasomnias. Treatment for REM parasomnias may involve a combination of behavioral therapy and medication, and it is important to seek medical help if these disorders are suspected.

**Key words:** Childhood, Parasomnias, Polysomnography, Therapeutic approach

## Βιβλιογραφία

1. FLEETHAM JA, FLEMING JAE. Parasomnias. *CMAJ* 2014, 186:273–280
2. PETER H, PETER JG. Parasomnias. In: American Academy of Sleep Medicine (eds) *International classification of sleep disorders*. 3rd ed. American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL, 2014:225–280
3. BERRY RB. Parasomnias. In: Berry RB (ed) *Fundamentals of sleep medicine*. Elsevier, Amsterdam, 2012:567–591
4. SATEIA MJ. International classification of sleep disorders – third edition: Highlights and modifications. *Chest* 2014, 146:1387–1394
5. AURORA RN, ZAK RS, AUERBACH SH, CASEY KR, CHOWDHURI S, KARRIPPOT A ET AL. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *J Clin Sleep Med* 2010, 6:389–401
6. TERZAGHI M, RATTI PL, MANNI F, MANNI R. Sleep paralysis in narcolepsy: More than just a motor dissociative phenomenon? *Neurol Sci* 2012, 33:169–172
7. JUNG Y, St LOUIS EK. Treatment of REM sleep behavior disorder. *Curr Treat Options Neurol* 2016, 18:50
8. GOONERATNE NS. Complementary and alternative medicine for sleep disturbances in older adults. *Clin Geriatr Med* 2008, 24:121–138, viii

9. BRUNI O, MIANO S. Parasomnias. In: Gozal D, Kheirandish-Gozal L (eds) *Pediatric sleep medicine: Mechanisms and comprehensive guide to clinical evaluation and management*. Springer Nature, Cham, 2021:415–432
10. AVIDAN AY. Parasomnias and movement disorders of sleep. *Semin Neurol* 2009, 29:372–392
11. PROSERPIO P, NOBILI L. Parasomnias in children. In: Nevšimalová S, Bruni O (eds) *Sleep disorders in children*. Springer International Publishing/Springer Nature, Cham, 2017: 305–335
12. WILLIAMSON AA, MASON TBA 2nd. Parasomnias. In: Accardo JA (ed) *Sleep in children with neurodevelopmental disabilities: An evidence-based guide*. Springer, Cham, 2019:81–95
13. EICHELBERGER H, NELSON ALA. Nocturnal events in children: When and how to evaluate. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2020, 50:100893
14. MASON TBA 2nd, PACK AI. Pediatric parasomnias. *Sleep* 2007, 30:141–151
15. SINGH S, KAUR H, SINGH S, KHAWAJA I. Parasomnias: A comprehensive review. *Cureus* 2018, 10:e3807
16. SHELDON SH. Parasomnias in childhood. *Pediatr Clin North Am* 2004, 51:69–88, vi
17. RAVET F. Parasomnias in children. *Belgian Journal of Paediatrics (BJP)* 2023, 23:205–210
18. KOTAGAL S. Sleep-wake disorders of childhood. *Continuum (Minneapolis)* 2017, 23(4, Sleep Neurology):1132–1150
19. KOTHARE SV, SCOTT RQ. *Sleep disorders in adolescents: A clinical casebook*. Springer, 2016
20. MAHOWALD MW, BORNEMANN MC, SCHENCK CH. Parasomnias. *Semin Neurol* 2004, 24:283–292
21. KOTAGAL S. Parasomnias in childhood. *Sleep Med Rev* 2009, 13:157–168
22. WINSPER C. Sleep disorders: Prevalence and assessment in childhood. In: Matson JL (ed) *Handbook of childhood psychopathology and developmental disabilities assessment*. Springer, Cham, 2018:331–357
23. STIEGLITZ S, HEPPNER HJ, NETZER N. Abnormal things happening during sleep: Parasomnias. *Z Gerontol Geriatr* 2020, 53:119–122
24. PROSERPIO P, TERZAGHI M, MANNI R, NOBILI L. Drugs used in parasomnia. *Sleep Med Clin* 2018, 13:191–202
25. OPHOFF D, SLAATS MA, BOUDEWYNS A, GLAZEMAKERS I, VAN HOORENBEECK K, VERHULST SL. Sleep disorders during childhood: A practical review. *Eur J Pediatr* 2018, 177:641–648
26. STORES G. Aspects of parasomnias in childhood and adolescence. *Arch Dis Child* 2009, 94:63–69
27. SINHA S, JHAVERI R, BANGA A. Sleep disturbances and behavioral disturbances in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 2015, 38:705–721
28. THORPY MJ. Classification of sleep disorders. *Neurotherapeutics* 2012, 9:687–701

Corresponding author:

P. Samartzi, End of Egnatia, PC 582 00, Edessa, Greece  
e-mail: petrinasamartzi@gmail.com