

# Val av sömnmedel till parkinsonpatienter



**Finns det något sömnmedel att föredra till patienter med Parkinsons sjukdom? Finns det en risk att förvärra symtom, såsom postural hypotension, parkinsonistiska symtom eller hallucinationer om man behandlar patienter med Parkinsons sjukdom med sömnmedel?**

**SVAR: ÅSA JANSSON/YLVA BÖTTIGER**, Karolic (Stockholm), augusti 2006, Drugline nr 23038

SVAR: ÅSA JANSSON/YLVA BÖTTIGER, Karolic (Stockholm), augusti 2006, Drugline nr 23038

Sömnpblem, inklusive insomni, parasomni och ökad sömnhet dagtid, är vanliga problem vid Parkinsons sjukdom. Andelen patienter med Parkinsons sjukdom som drabbas av dessa problem har varierat mellan 42 och 98 procent i olika studier [1-4]. Detta svar berör endast behandling av insomni hos patienter med Parkinsons sjukdom.

**Insomni är det allra vanligaste** sömnrelaterade problemet hos parkinsonpatienter, med frekventa nattliga uppvaknanden som det största problemet [2]. Det finns flera faktorer som kan orsaka sömnstörningar hos parkinsonpatienter, såsom motorisk störning på grund av sjukdomen, degeneration av centrala sömnreglerande centra, åldersrelaterade förändringar, parkinsonläkemedel och annan samtidig sjukdom [2, 3]. Dopaminerga läkemedel kan ha varierande effekt på sömnen hos olika patienter och i olika situationer. Låga doser dopamin-



Foto:IBL

**Insomni är det allra vanligaste sömnrelaterade problemet hos parkinsonpatienter, med frekventa nattliga uppvaknanden som det största problemet.**

erga läkemedel förbättrar dock oftast sömnen, medan höga doser försämrar sömnen. Det är därför viktigt att om möjligt justera den dopaminerga dosen till en nivå som ger en god effekt på de motoriska symtomen men minimerar risken för insomni [2, 3]. En annan viktig riskfaktor för insomni är samtidig depression. En hög andel, upp till 50 procent, av patienter med Parkinsons sjukdom har även depression. Behandling med antidepressiva som inte interagerar med parkinsonbehandlingen, kan därför vara en av de viktigaste åtgärderna hos dessa patienter för att minska sömnproblemen [2].

Trots ovanstående åtgärder krävs ofta behandling med sömnmedel. I en norsk studie där man tittade på sömnproblem hos parkinsonpatienter intog 40 procent av patienterna något sömnmedel [4]. Information om effekter och biverkningar av sömnmedel hos denna patientgrupp är dock sparsam, och det finns inga större studier där man jämför olika sömnmedel hos parkinsonpatienter. De

flesta rekommendationer som finns baseras på klinisk erfarenhet.

**I en liten korsstudie** med nio patienter med Parkinsons sjukdom jämfördes singeldoser av klometiazol (2 × 192 mg), temazepam (10 mg) och placebo. Klometiazol ökade den observerade sömnheten och försämrade psykomotoriken jämfört med placebo, och tre patienter somnade. Temazepam var mindre potent än klometiazol på de olika testen, och ingen av patienterna somnade. Båda läkemedlen tolererades väl, och inga negativa effekter på postural hypotension eller parkinsonistiska symtom sågs för något av preparaten. Temazepam-dosen kan dock ha varit för låg för att ge tillräcklig effekt, men dosen som användes i studien var den rekommenderade dosen för äldre patienter [5]. I en japansk studie med 12 parkinsonpatienter gavs zolpidem (5 mg). Patienternas sömnmönster förbättrades, medan de parkinsonistiska symtomen förblev oförändrade två veckor efter studien [6].

**Bensodiazepiner bör användas** med försiktighet hos äldre patienter. Långverkande bensodiazepiner kan associeras med en hangover-effekt och bör undvikas. Effekten av kortverkande bensodiazepiner och de bensodiazepinliknande sömnmedlen zolpidem och zopiklon verkar vara jämförbara [2, 7]. De bensodiazepinliknande sömnmedlen har rekommenderats till patienter med Parkinsons sjukdom på grund av sin effektivitet och låga risk för hangover-effekter. Dessa preparat har också fördelar framför bensodiazepinerna med avseende på beroendepotential [2, 3, 8].

Det finns inga kända interaktioner mellan i Sverige godkända sömnmedel eller lugnande medel och de antiparkinsonistiska läkemedlen.

Det är känt att bensodiazepiner, givna intravenöst (framför allt i höga doser), kan orsaka hypotension. Denna effekt är dock vanligtvis lindrig och övergående [9, 10]. Endast ett fall av hypotension efter oralt intag av bensodiazepiner har hittats i litteraturen [11]. Enligt Fass

Under vinjetten »Läkemedelsfrågan« publiceras ett urval av de frågor som behandlats vid någon av de regionala läkemedelsinformationscentralerna (LIC), som hjälper sjukvårdspersonal, apotek och läkemedelskommittéer när medicinska läkemedelsproblem uppstår i det dagliga arbetet. Frågorna har sammanställts vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge av med dr Mia von Euler och apotekare Åsa Jansson, avdelningen för klinisk farmakologi. Svaren, som är evidensbaserade och producentobundna, publiceras även i databasen Drugline. Frågor kan ställas till regionala LIC – telefonnummer finns på www.lic.nu

finns hypotension nämnt endast som en mycket sällsynt biverkan till lorazepam (Temesta). Bland övriga sömnmedel/lugnande medel har endast för klometiazol (Heminevrin) och propiomazin (Propavan) hypotension nämnts som sällsynta biverkningar i Fass [12]. Litteratursökning gav ingen information om att en ökad risk för parkinsonistiska symtom (såsom tremor och muskelstelhet) finns för något av sömnmedlen. Både bensodiazepiner och de bensodiazepinliknande sömnmedlen har dock rapporterats orsaka hallucinationer i sällsynta fall [9, 13].

**Sammanfattningsvis** så finns inga större studier som jämför effekter och bieffekter av sömnmedel hos patienter med Parkinsons sjukdom. Det finns dock ingen anledning att behandla patienter med Parkinsons sjukdom på ett annorlunda sätt än andra äldre patienter, dvs med kortverkande bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande sömnmedel, såsom zopiklon eller zolpidem. Dessa sömnmedel tycks inte öka risken för postural hypotension eller försämra parkinsonistiska symtom men kan i sällsynta fall orsaka hallucinationer.

## REFERENSER

1. Kumar S, Bhatia M, Behari M. Sleep disorders in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2002;17(4):775-81.
2. Larsen JP, Tandberg E. Sleep disorders in patients with Parkinson's disease: epidemiology and management. *CNS Drugs.* 2001;15(4):267-75.
3. Thorpy MJ. Sleep disorders in Parkinson's disease. *Clin Cornerstone.* 2004;6:Suppl 1A:S7-15.
4. Tandberg E, Larsen JP, Karlsen K. A community-based study of sleep disorders in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 1998;13(6):895-9.
5. Tulloch JA, Ashwood TJ, Bateman DN, Woodhouse KW. A single-dose study of the pharmacodynamic effects of chlormethiazole, temazepam and placebo in elderly parkinsonian patients. *Age Ageing.* 1991;20(6):424-9.
6. Abe K, Hikita T, Sakoda S. A sedative drug for sleep disturbances in patients with Parkinson's disease [abstract]. *No To Shinkei.* 2005;57(4):301-5.
7. Chaudhuri KR. Nocturnal symptom complex in PD and its management. *Neurology.* 2003;61:6 Suppl 3:S17-S23.
8. Lowe AD. Sleep in Parkinson's disease. *J Psychosom Res.* 1998;44(6):613-7.
9. Aronson JK, editor. *Meyler's Side effects of drugs.* 15th ed. Amsterdam; Elsevier; 2006.
10. Lee A, editor. *Adverse drug reactions.* London: Pharmaceutical Press; 2006.
11. Ranieri P, Franzoni S, Trabucchi M. Alprazolam and hypotension. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14(5):401-2.
12. Fass 2006.
13. Davies DM, Ferner RE, de Glanville H, editors. *Davie's textbook of adverse drug reactions.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998.