

SCHLAFSTÖRUNG BEIM KIND

Schwerer zu erkennen als bei Erwachsenen



Uwe Mellies

Während Erwachsene Schlafstörungen in der Regel von sich aus äußern, werden sie bei Kindern oft erst verzögert aufgedeckt. Statt Tagesmüdigkeit stehen bei ihnen andere Symptome wie Verhaltensauffälligkeiten, Schulprobleme und Hyperaktivität im Vordergrund. Mindestens 20 % der Schulkinder haben Schlafprobleme. Welche Diagnose dahintersteckt, lässt sich oft durch eine strukturierte Anamnese mit Hilfe spezieller Fragebögen klären.

Gut 40 % aller Erwachsener haben eine chronische Schlafstörung [1]. Aber auch bei Kindern sind Schlafstörungen mit 10 – 40 % häufig [2 – 5]. Weil sich die Symptome von Schlafmangel, gestörtem und nicht erholsamem Schlaf vor allem bei Klein- und jungen Schulkindern deutlich von denen der Erwachsenen unterscheiden, wird die ursäch-

liche Schlafstörung häufig nicht erkannt. Statt Tagesmüdigkeit und Schläfrigkeit stehen Unkonzentriertheit, Ablenkbarkeit, emotionale Labilität oder Aggressivität und Hyperaktivität im Vordergrund. Dies führt dann zu sekundären Problemen in der familiären Interaktion, Verhaltensauffälligkeiten, Lern- und Schul-schwierigkeiten und nicht selten zu der Diagnose ADHS [6 – 17].

Kindlicher Schlaf

Während des Heranwachsens reift und verändert sich der kindliche Schlaf. Ein stabiler Schlaf-Wach-Rhythmus entwickelt sich während des ersten Lebensjahres. Eine Schlafstruktur mit mehreren Schlafzyklen wird ausgebildet. Ein Schlafzyklus besteht aus Leicht-, Tief- und Traumschlaf. Wegen der schnellen Augenbewegungen, die während des Traumschlafs auftreten, wird dieser als REM- (Rapid Eye Movement) Schlaf bezeichnet. Leicht- und Tiefschlaf nennt man nonREM-Schlaf (NREM) [18].



©stock_djefnara

nicht, wie häufig vermutet, in beängstigenden Traumgehalten. Die Diagnosestellung kann durch eine Videodokumentation der Eltern (z.B. mit dem Smartphone) unterstützt werden. Die Prognose ist gut und das Phänomen verläuft zumeist selbstlimitierend. Bei Fortbestehen der Störung bis ins Jugendalter ist differenzialdiagnostisch an nächtliche Anfälle oder Substanzmissbrauch zu denken. Eine spezifische Therapie gibt es nicht. Die Aufklärung der Eltern ist in aller Regel ausreichend. Eine ruhige Umgebung, das Vermeiden beängstigender Medieninhalte und Bildschirmkarenz können die Frequenz senken [5, 18, 24].

Schlafwandeln und Alpträume

Das Schlafwandeln gehört, wie der Parvor nocturnus, zu den NREM-Parasomnien und tritt aus dem Tiefschlaf auf. Normalerweise ist der Verlauf selbstlimitierend, kann sich aber auch bis ins Jugendalter fortsetzen [5, 18, 24, 26]. Alpträume sind durch verstörende, beängstigende oder bedrohliche Traumhalte gekennzeichnet, die nach dem Erwachen aus dem REM-Schlaf lebhaft erinnert werden. Kindliche Alpträume haben eine gute Prognose und verlaufen meist selbstlimitierend. Bei Kindern mit starken emotionalen Belastungen, Opfern von Mobbing in der Schule oder posttraumatischen Störungen treten Alpträume aber gehäuft auf [18, 24]. Sind sie sehr häufig und belasten das Kind, kann eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung hilfreich sein. →

Häufige Parasomnien

Die häufigsten kindlichen Parasomnien sind der Nachtschreck (Parvor nocturnus), das Schlafwandeln (Somnambulismus) und Alpträume. Dabei handelt es sich meist um harmlose und vorübergehende Phänomene. Parasomnien treten familiär gehäuft auf. In Einzelfällen und bei untypischer Präsentation sind jedoch relevante Komorbiditäten zu erwägen [5, 18, 24, 25].

Parvor nocturnus

Der Nachtschreck ist so typisch, dass die Diagnose aus der Anamnese gestellt werden kann. Parvor nocturnus tritt bevorzugt bei Kleinkindern auf. In der ersten Nachthälfte, ein bis zwei Stunden nach dem Einschlafen, finden die Eltern ihr Kind weinend und schreiend im Bett vor. Das Kind scheint sich vor etwas zu fürchten, ist vegetativ aktiviert und lässt sich nicht beruhigen. Die Episode dauert wenige Minuten, dann schläft das Kind weiter. Für das Ereignis besteht eine retrograde Amnesie. Der Parvor nocturnus hat seine Ursache deshalb

Artikel zu Schlafproblemen

www.allgemeinarzt-online.de/a/1752044

Fragebögen für die Praxis

- Schlaftagebuch
- Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ) deutsche Version
- Umfassende Schlafanamnese: füllen die Eltern aus
- Kinderschlaftcomic
- Bebilderte Schlafanamnese: füllt das Kind (ggf. mit Hilfe) aus
- PSQ-Schlafbezogene Atmungsstörung (PSQ-SRBD) deutsche Version
- Schlafanamnese zu Schnarchen und Schlafapnoe: füllen die Eltern aus
- Epworth Sleepiness Scale (ESS-Kinder) deutsche Version
- Fragen nach Müdigkeit und Schläfrigkeit: füllen ältere Schulkinder und Jugendliche aus.
- Anleitungen zur Auswertung der Fragebögen
Download: www.dgsm.de/dgsm_arbeitsgruppen_paediatrie.php?language=german

Kasten 1

Pragmatische Diagnostik bei habituellem Schnarchen

- Fragebogen PSQ-Schlafbezogene Atmungsstörung (PSQ-SRBD). *Download: www.dgsm.de/dgsm_arbeitsgruppen_paediatric.php?language=german*
- Videodokumentation (mit Smartphone) durch die Eltern in der zweiten Nachthälfte
- Vorstellung beim HNO Arzt: Indikation zur Adenotomie und/oder Tonsillotomie? Mitbehandlung

Kasten 2

Insomnien

Die Prävalenz von Ein- und Durchschlafstörungen ist bei Kindern und Erwachsenen häufig. Sie werden in Studien zwischen 5 – 40 % angegeben [4, 5, 25, 27, 28]. Die Diagnose Insomnie lässt sich stellen, wenn mehr als dreimal pro Woche über einen Monat lang Ein- und/oder Durchschlafstörungen auftreten oder der Schlaf als nicht erholsam empfunden wird, und es zu Beeinträchtigungen am Tag kommt [28].

Bei Kleinkindern dominieren Durchschlafstörungen. Schulkinder haben häufiger Schwierigkeiten mit dem Einschlafen. Bei Jugendlichen kommt es sowohl zu Ein- als auch zu Durchschlafstörungen. Bei dem Delayed Sleep Phase Syndrome führt das Hinauszögern des Schlafes am Wochenende bis in die frühen Morgenstunden zu einer Verschiebung der Melatoninausschüttung und zur Einschlafstörung an den folgenden Wochentagen. Das Schlafdefizit bringt Tagesmüdigkeit und häufig Schulschwierigkeiten mit sich. Wird das Defizit am Wochenende wieder aufgeholt, verfestigt dies den pathologischen Schlaf-Wach-Rhythmus [29 – 31].

Kleinkinder schlafen im Schnitt noch 11,5 Stunden, Zehnjährige gut zehn und Jugendliche noch circa neun Stunden [27, 32 – 36]. Auch bei Kindern ist das individuelle Schlafbedürfnis sehr unterschiedlich und kann im Alltag schnell zu einem erheblichen Schlafdefizit führen [29, 37].

Die häufigsten organischen Ursachen wie nächtliches Asthma, allergische Rhinitis, Hypo-/Hyperthyreose, Schmerzen, Juckreiz durch Neurodermitis oder Wurmerkrankung, Schnarchen oder Schlafapnoe können in der Regel

Tipp

Patientenratgeber Schlafstörungen bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen

der AG Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM).

Download:
http://www.dgsm.de/downloads/dgsm/arbeitsgruppen/ratgeber/neu-Nov2011/Kinder_A5.pdf

Pavor nocturnus (Nacht-schreck) tritt bevorzugt bei Kleinkindern in der ersten Nachthälfte auf.

Kleinkinder haben häufiger Durchschlafstörungen, Schulkinder häufiger Einschlafstörungen, Jugendliche beides.

leicht durch Anamnese, körperliche Untersuchung und einfache Laboruntersuchungen ausgeschlossen werden. Die nicht-organischen Ursachen der kindlichen Insomnie sind sehr vielfältig und z.B. die Folge von unzureichender Schlafhygiene, einer inadäquaten Schlafumgebung, von Umwelteinflüssen, Erziehungsfehlern, familiären Konflikten, Medienkonsum, Schulstress, Sorgen und Ängsten [5,38].

Diagnostik und Therapie

Die vollständige Anamnese der Insomnie ist zeitaufwändig. Es gibt jedoch eine Reihe gut validierter Fragebögen (Kasten 1). Ein pragmatischer Ansatz ist, während des Erstkontakts eine orientierende Anamnese zu erheben, eine organische Ursache auszuschließen bzw. die nötigen Untersuchungen einzuleiten und die Familien mit einem Schlaftagebuch und den Fragebögen zu versorgen [25,33,39]. Hilfreiche Informationen für Familien bietet auch der Patientenratgeber der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM).

Wenn der Schlaf trotz Schlafhygiene nicht erholsam ist, eine erhebliche Müdigkeit besteht, die Schule nicht mehr besucht wird oder psychiatrische Symptome auftreten, ist die Überweisung zum Kinderarzt bzw. -neurologen indiziert. Auch die Indikationsstellung und die medikamentöse Therapie sollten dem Spezialisten vorbehalten bleiben.

Habituelles Schnarchen und OSA

Es gibt vielfältige, kindliche Atmungsstörungen →

Indikation zur Polysomnographie und Abklärung in einem pädiatrischen Schlaflabor

- atypische Präsentation von Parasomnien
- dauerhaft nicht erholsamer Schlaf, für den keine Ursache und keine Therapie gefunden werden konnte
- Ausschluss einer Schlafstörung und/oder schlafbezogenen Atmungsstörung vor der Stellung der Diagnose ADHS
- V.a. schwere OSA
- persistierendes Schnarchen oder OSA nach konservativer oder operativer Therapie
- Schlafstörungen und nicht erholsamer Schlaf bei Kindern mit neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen

Kasten 3

gen im Schlaf. Für den Hausarzt relevant sind vor allem das habituelle Schnarchen (Kasten 2) und die obstruktive Schlafapnoe des (sonst) gesunden Kindes. Das chronische oder habituelle Schnarchen ist eine der häufigsten Schlafstörungen im Kindesalter. Gut 10 % der Kinder, vor allem Klein- und junge Schulkinder, leiden darunter [2, 40]. Ursächlich ist meist die Obstruktion der oberen Atemwege durch vergrößerte Adenoide und/oder Tonsillen als Folge der regelmäßigen viralen oder auch bakteriellen Atemwegsinfektionen in diesem Alter. Kinder mit allergischer Rhinitis oder instabilem Asthma bronchiale sind sogar mit bis zu 40 % davon betroffen [41, 42]. Bei gut 10 % der schnarchenden Kinder lassen sich polysomnographisch auch Hypopnoen (Abflachungen des Luftflusses) und Apnoen (Atempausen), gefolgt von Sauerstoffentsättigungen nachweisen [2, 43].

Typische Symptome, die erfragt werden sollten, sind – neben dem Schnarchen – permanente Mundatmung, Schlafen mit überstrecktem Kopf, nächtliches Schwitzen, sehr unruhiger Schlaf und beobachtete Atempausen. Am Tag sind die Kinder vermehrt müde, aber in der Regel nicht schläfrig und zeigen mentale Defizite und Verhaltensauffälligkeiten [6, 15, 29, 44, 45, 46]. Eine große Studie unter Grundschulern konnte nachweisen, dass Kinder, die nachts meist schnarchen, ein 3,6-fach erhöhtes Risiko für schlechte Schulleistungen hatten [8, 9].

Ob der Schlaf eines schnarchenden Kindes gestört ist oder eine Schlafapnoe vorliegt, lässt sich zuverlässig nur durch eine Polysomnographie (Kasten 3) beantworten. Nur das Schnarchen allein kann, auch ohne OSA, den Schlaf stören [11, 39, 47]. Die bei Erwachsenen häufig angewandten Screening-Verfahren (Polygraphie) sind für Kinder nicht validiert. Diese Technik kann auch nicht zwischen unkompliziertem und obstruktivem Schnarchen sowie OSA unterscheiden. Wegen der erheblichen Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern empfiehlt die American Academy of Pediatrics bei jedem schnarchenden Kind eine Schlaflaboruntersuchung [11]. Dies ist in Deutschland aufgrund der beschränkten Ressourcen unrealistisch und macht einen angepassten diagnostischen Algorithmus sinnvoll [48].

Die richtige Medikation

Bei sonst gesunden Kindern (2. – 8. Lebens

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM) zur antiinflammatorischen Medikation (AIM) bei Kindern ab zwei Jahren mit schlafbezogener Atemstörung

Nasales Steroid
<ul style="list-style-type: none"> • Medikament: Fluticason-Nasenspray 50 µg • Dosis: in der ersten Woche zweimal zwei Sprühstöße (d. h. einen morgens und abends je einen Sprühstoß/Nasenloch, entspricht 200 µg/Tag) • ab der zweiten Woche: einmal zwei Sprühstöße abends (d. h. ein Sprühstoß/Nasenloch, entspricht 100 µg/Tag) • Dauer maximal sechs Wochen • Ansprechen innerhalb von zwei bis maximal vier Wochen, sonst absetzen
Montelukast
<p>Die o.g. Therapie kann ggf. eskaliert und mit Montelukast kombiniert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei zögerlichem Ansprechen u/o wenn gleichzeitig eine Atopie besteht • bei einem Rezidiv nach HNO-OP • möglicherweise ist die Kombination bei der Kombination von Adenoiden und großen Tonsillen effektiver als die lokale Therapie mit Nasenspray alleine. • Dosis: 4 mg Kautablette, 2. –5. Lebensjahr und 5 mg Kautablette ab dem sechsten Jahr

jahr), die mehrere typische Symptome (im Schlaf und/oder am Tag) aufweisen, und/oder Schnarchen mit offensichtlicher Behinderung der Atmung, angestrenzter Atmung oder Atempausen) zeigen, ist eine medikamentöse Behandlung auch ohne weitere Diagnostik indiziert [48]. Bei akuter oder rezidivierender Tonsillitis, massiver Tonsillenhyperplasie („Kissing tonsils“), Verdacht auf schwere OSA, chronischen Paukenerguss oder eine Hörstörung ist die Vorstellung beim HNO-Arzt immer anzuraten. Die anti-inflammatorische Medikation (AIM) besteht aus einem nasalen Steroid, gegebenenfalls in Kombination mit Montelukast. In Tabelle 1 sind die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM) zur AIM bei Kindern ab zwei Jahren zusammengefasst [49, 50].

Für Ein- und Durchschlafstörungen benötigt man in der Regel kein Schlaflabor. Sie lassen sich durch Anamnese und Schlaftagebuch diagnostizieren. Auch die kindlichen Parasomnien sind meist durch die Anamnese sicher beurteilbar. In einigen Fällen ist aber die Überweisung an einen Pädiater und die Untersuchung in einem pädiatrischen Schlaflabor unbedingt empfohlen [11, 39]

Ob Schnarchen den Schlaf stört oder eine Schlafapnoe vorliegt, lässt sich zuverlässig nur durch eine Polysomnographie klären.



Prof. Dr. med. Uwe Mellies

M1 Privatklinik für Kinder und Jugendliche
80331 München

INTERESSENKONFLIKTE:
Der Autor hat keine deklariert.



Die vollständige Literaturliste finden Sie auch unter

www.allgemeinarzt-online.de