Pädiatrische Schlafmedizin

Ausreichender und erholsamer Schlaf ist v. a. für den wachsenden Organismus von großer Bedeutung, und damit insbesondere für Kinder und Jugendliche. Schlaf und Schlafstörungen von Kindern sind daher auch ein viel diskutiertes Thema auf Chat- und Elternforen mit einem regen Austausch individueller Erlebnisse, Meinungen und Erfahrungen.

Interessanterweise ist unter Kinder- und Jugendärzten die pädiatrische Schlafmedizin eher ein „Nischenthema“, sowohl auf Ebene der Basis-/Primärversorgung als auch in der Spezialisierung. Es gibt daher sowohl in Deutschland als auch in Österreich nur wenige „pädiatrische Somnologen“. Dies verwundert deshalb, weil je nach Studie 10–40 % aller Kinder von Schlafstörungen betroffen sind, diese also keinesfalls eine Rarität darstellen.

Man kann darüber spekulieren, warum sich nicht mehr Kolleginnen und Kollegen mit pädiatrischen Schlafstörungen beschäftigen. Folgende Faktoren könnten eine Rolle spielen:

- Pädiatrische Schlafstörungen werden als „banales“ und meist zeitlich limitiertes Problem angesehen.
- Schlafmedizin wird sowohl im Studium als auch während der Facharzt-ausbildung kaum gelehrt.
- Die Beschäftigung mit Schlafproblemen wird nicht als primäre Aufgabe des Pädiaters angesehen.
- Die Spezialisierung in „Schlafmedizin“ bringt eine vergleichsweise geringe Reputation.
- Die schlafmedizinische Betreuung von Kindern und Eltern ist zeitaufwendig.
- Schlafmedizinische Leistungen sind schlecht honoriert.

Die daraus resultierende Mangelversorgung hat zur Folge, dass viele Kinder und Jugendliche mit Schlafstörungen unverorgt oder schlecht betreut bleiben. Dies hat nicht nur negative temporäre Konsequenzen wie Tagesmüdigkeit, Einschränkung der Schulleistung und emotionale Störungen, sondern oft auch negative Langzeitfolgen wie anatomische Fehleentwicklungen, Wachstumseinschränkung, psychische/psychiatrische Folgeerkrankungen etc.

Wir sind daher dankbar für die Gelegenheit, mit diesem Themenheft ein wenig zur Bewusstseinsbildung und Fortbildung über pädiatrische Schlafstörungen beitragen zu dürfen. Dabei wurden die Themen so gewählt, dass sowohl die häufigsten organischen als auch nichtorganischen Schlafstörungen zur Sprache kommen. Erwähnt werden muss, dass moderne Klassifikationen interessanterweise die Unterscheidung „organisch“ vs. „nichtorganisch“ gar nicht mehr fortschreiben, sondern die (un)gestörte Tagesbefindlichkeit in den Vordergrund stellen.

A. Wiater aus Köln-Porz beschreibt die Physiologie des Schlafens und pathophysiologische Entwicklungen als Grundlage für das Verständnis von normalem und gestörtem Schlaf. Es zeigt sich, dass die zyklische hirnelektrische Aktivität als die ursprüngliche Struktur des Schlafens anzusehen ist. Auch im weiteren bedingen endogene Rhythmen ganz wesentlich unser Schlaf-Wach-Verhalten. Hinzu kommen äußere Einflüsse, die als Zeitgeber wirken. Licht gilt als wichtigster äußerer Zeitgeber. Aber auch akustische Reize, soziale Kontakte und das Essverhalten beeinflussen unseren circadianen Schlaf-Wach-Rhythmus. Insofern kann bereits ab dem Säuglingsalter ein stabiler Schlaf-Wach-Rhythmus

als Grundlage für einen hinreichenden und erholsamen Schlaf gebahnt werden. Andererseits können ungünstige Konstellationen äußerer Reizeinwirkungen Schlafstörungen bereits im Säuglingsalter zur Folge haben. Schließlich zeigt sich diese Problematik auch im späteren Kindes- und Jugendalter, einer Zeit, in der eine zunehmend hohe Affinität zu antizyklischem Verhalten besteht und durch Aktivitäten in sozialen Netzwerken und andere PC- und Internetaktivitäten das Schlafen negativ beeinflusst wird.

Der hohe Stellenwert des Schlafens wird auch deutlich durch die Tatsache, dass synaptische Verbindungen, die tagsüber aufgebaut worden sind, während des Schlafens modifiziert werden können. Es finden einerseits Rückbauprozesse in den neuronalen Netzwerken statt, andererseits können synaptische Verbindungen während des Schlafens auch verstärkt werden, wodurch Lernprozesse und Gedächtniskonsolidierung im Schlaf ermöglicht werden.

A. Scharlb aus Bielefeld geht in ihrem Beitrag auf die häufig vorkommenden Ein- und Durchschlafstörungen im Sinne der Insomnien ein. Folgen für das Tagesverhalten in Form von Konzentrations- und Lernstörungen, aber auch Stimmungseinbußen bis hin zur Aggressivität werden beschrieben. Diagnostische Instrumente werden aufgeführt, die auch durchaus in der kinder- und jugendärztlichen Praxis zum Einsatz kommen sollten. Die ohne großen Aufwand einzusetzende Diagnostik gibt einen gezielten Einblick in die schlafspezifische Anamnese und hilft dabei, behandlungsbedürftige Störungen rasch zu erkennen, um weitere Maßnahmen veranlassen zu können. Neben der Befragung der Eltern sollte frühestmöglich auch die Einbeziehung der Kinder erfolgen, da sich aus

den Angaben der Kinder häufig umfangreichere Informationen ergeben als aus den Elternangaben. Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen, die auch in der kinder- und jugendärztlichen Praxis zur Anwendung kommen können, werden ebenso beschrieben wie evaluierte altersbezogene spezifische Therapieverfahren. Die Insomnien stellen eine Schnittstelle zwischen kindermedizinischer und kinderpsychologisch/kinderpsychiatrischer Tätigkeit dar. Sie verdeutlichen, dass die Kinderschlafmedizin ein interdisziplinäres Fachgebiet ist, in das neben der Pädiatrie auch andere Fachdisziplinen einzubeziehen sind, bei dem aber die kinder- und jugendärztliche Kompetenz den Mittelpunkt darstellen sollte.

R. Kerbl *et al.* aus Leoben bzw. Graz beschreiben in ihrem Beitrag das große Spektrum schlafbezogener Atmungsstörungen. Diese präsentieren sich v. a. als zentrale, obstruktive und gemischte Apnoen, Upper-airway-resistance-Syndrom und Hypoventilation. Verschiedene Grunderkrankungen und Syndrome können derartige – oft alterstypische – Atmungsstörungen bedingen. So tritt z. B. das durch vergrößerte Adenoide und/oder Tonsillen bedingte obstruktive Schlafapnoesyndrom (OSAS) vornehmlich im Kleinkindesalter auf, die durch nachlassende Muskelkraft bedingte Hypoventilation bei Morbus Duchenne meist erst nach dem 10. Lebensjahr. Bestimmte anamnestiche und klinische Hinweise wie ausgeprägtes Schnarchen, Mundatmung, inspiratorische Einziehungen, sekundäre Enuresis etc. sollten als „red flags“ wahrgenommen werden und umgehend zu einer Abklärung veranlassen. Diese ist letztlich nur mit einer Polysomnographie in einem pädiatrischen Schlaflabor verlässlich möglich. Wird dort eine schlafbezogene Atmungsstörung diagnostiziert, muss die adäquate Therapie (Adenotonsillektomie/-otomie, CPAP, BiPAP etc.) eingeleitet werden. Der frühzeitige Therapiebeginn kann schließlich entscheidend dazu beitragen, negative Sekundärfolgen wie Wachstumsverzögerung, Trichterbrust, Bluthochdruck u. ä. zu vermeiden.

W. Sauseng *et al.* aus Graz bzw. Leoben konzentrieren sich in ihrem Beitrag über Parasomnien auf die im NREM-Schlaf

auftretenden Störungen Nachtschreck (Pavor nocturnus) und Schlafwandeln (Somnambulismus) sowie die im REM-Schlaf auftretenden Alpträume. Obwohl diese Schlafstörungen meist harmlos sind, führen sie doch bei den Eltern oft zu großer Besorgnis. Treten diese Parasomnien im Kleinkindesalter auf, sind sie häufig selbstlimitierend. Beratung der Eltern und deren verständnisvoller Umgang mit dem „Problem“ stehen im Mittelpunkt der Intervention. Medikamentöse Therapie ist selten indiziert und nur bedingt wirksam. Im Jugendalter neu auftretende Parasomnien haben hingegen eine schlechtere Prognose, perpetuieren oft ins Erwachsenenalter und sind häufig mit psychischen bzw. psychiatrischen Problemen assoziiert. Beim Somnambulismus ist insbesondere auch auf eine Sicherung vor Abstürzen zu achten. Für Alpträume besteht mit der „imagery rehearsal therapy“ eine Therapieoption zur Auflösung angstmachender Traum Inhalte in „positive Bilder“. Bei atypischem Bild einer Parasomnie muss differenzialdiagnostisch schließlich auch an eine Frontal- bzw. Temporallappenepilepsie gedacht werden und eine Mehrkanal-EEG-Registrierung im Schlaf bei gleichzeitiger Videodokumentation erfolgen.

B. Schlüter aus Datteln (Witten/Herdecke) beschreibt an einer Fallserie das Krankheitsbild der Narkolepsie im Kindes- und Jugendalter. Die Relevanz dieses Beitrages wird verdeutlicht durch einen erheblichen Anstieg der diagnostizierten Narkolepsien bei Kindern und Jugendlichen seit 2008. Der jüngste beschriebene Patient war bei Beschwerdebeginn 5 Jahre alt. Es besteht (weiterhin) eine erhebliche zeitliche Spannbreite zwischen Beschwerdebeginn und Diagnosestellung von 1 Monat bis hin zu 12 Jahren! Typische Narkolepsiesymptome werden ebenso beschrieben wie die etablierten diagnostischen Abläufe. Hinzuweisen ist darauf, dass zu Beginn der Erkrankung die typische Symptomatik und die diagnostischen Ergebnisse unvollständig sein können, sodass im Zweifelsfall Verlaufskontrolluntersuchungen indiziert sind. Auch die aufgezeigten differenzialdiagnostischen Erwägungen sind beachtenswert. Im Bei-

trag von Herrn Schlüter finden sich für die klinisch-praktische Kindermedizin grundlegende Daten zum Krankheitsbild der Narkolepsie. Die Kenntnis der Erkrankung schafft die Voraussetzung für das frühzeitige Erkennen richtungsweisender Symptome, die umfassende Diagnostik und Differenzialdiagnostik und insbesondere die rechtzeitige Einleitung der gebotenen Therapie.

Wir hoffen, dass es uns gelungen ist die Themen so darzustellen, dass möglichst viele Kolleginnen und Kollegen davon profitieren und die Verantwortung erkennen, die sie (auch) bei der Erkennung und Behandlung pädiatrischer Schlafstörungen haben. Denn JEDE rechtzeitige Intervention bedeutet für die betroffenen Patienten einen (oft auch dauerhaften) Gewinn an Lebensqualität!

Köln-Porz/Leoben im August 2016

Dr. A. Wiater

Univ. Prof. Dr. R. Kerbl

Korrespondenzadresse

Dr. A. Wiater

Kinderklinik, Krankenhaus
Porz am Rhein
Urbacher Weg 19, 51149 Köln,
Deutschland
a.wiater@khporz.de

Univ. Prof. Dr. R. Kerbl

Abteilung für Kinder
und Jugendliche,
Landeskrankenhaus
Hochsteiermark/Leoben
Vordernberger Str. 42,
8700 Leoben, Österreich
reinhold.kerbl@kages.at

Interessenkonflikt. A. Wiater und R. Kerbl geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.