



Prevalence

Spánková obrna se nejčastěji objevuje ve věku 14–17 let, s maximem výskytu ve 2. a 3. dekádě, ale je popsán časnější začátek i pozdní výskyt. Hong Kongská populační studie udává dva vrcholy výskytu SP, v adolescenci a po 60. roce věku (Wing et al., 1999). 7,6 % obecné populace zažilo alespoň jednu epizodu spánkové obrny v životě (Sharpless et Barber, 2011). Vyšší životní prevalence byla zjištěna u psychiatrických pacientů (31,9 %) a u studentů (28,3 %) (naše zkušenost z výuky a neformálních setkání se studenty ukazuje, že až 25–30 % auditoria zažilo spánkovou obrnu alespoň jedenkrát v životě). Ženy zažívají spánkovou obrnu mírně častěji než muži (Lišková et al., 2016). Kromě sporadických případů jsou popsány i rodinné formy RISP (Roth et al., 1968) s výskytem SP ve třech až čtyřech generacích s pravděpodobným maternálním typem dědičnosti.

Predisponující a precipitační faktory

Spánková deprivace a nepravidelný režim spánku a bdění jsou nejvýznamnějšími predisponujícími faktory spánkové obrny. SP se často vyskytuje u osob pracujících ve směnném provozu, dále při nedodržování pravidel spánkové hygieny včetně nadužívání alkoholu a kouření (Kotorii et al., 2001; Takeuchi et al., 2002; Shengli et al., 2011). Psychický stres byl rovněž některými autory popsán jako predisponující faktor SP (Bell et al., 1986). Spánková obrna se významně častěji objevuje v poloze na zádech (Cheyne, 2002).

Ačkoliv RISP je obecně asociována s psychiatrickými onemocněními (Sharpless et al., 2010), nejčastěji se vyskytuje v souvislosti s prožitými traumatickými událostmi a posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) (Ohayon et Shapiro, 2000; Sharpless et al., 2010; Young et al., 2013). S vy-

sokou frekvencí epizod spánkové obrny se rovněž setkáváme u pacientů s úzkostnou poruchou (generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, sociální fobie) (Arikawa et al., 1999; Yeung et al., 2005; Simard et Nielsen, 2005; Otto et al., 2006). Kauzální souvislosti však nejsou dosud známy. Osobnostní charakteristiky pravděpodobně nehrají hlavní roli při výskytu spánkové obrny, nicméně vyšší výskyt SP je popsán v souvislosti s vyšším stupněm psychické a somatoformní disociace (McNelly et Clancy, 2005), s vyšší schopností imaginace (Spanos et al., 1995) a s akceptací parapsychologických jevů (Ramshawh et al., 2008).

Patofyziologie

Přesná příčina vzniku spánkové obrny není dosud známá. Spánková obrna nastává v důsledku přetrvávání svalové atonie, která je charakteristickým projevem REM spánku, do stavu bdělosti a je typickým příkladem tzv. disociace REM spánku, při které určité charakteristiky tohoto spánkového stadia perzistují při plné bdělosti. Pocit tíhy na hrudi je zřejmě dán parálzou interkostálních svalů během REM spánku při nezměněné funkci bránice. Polysomnografické studie dokládají, že osoby s menší tolerancí k narušení spánku jsou náchylnější k výskytu spánkové obrny (Walther et Schulz, 2004).

Diagnostika

Diagnostika RISP je založena na strukturovaném pohovoru a/nebo dotaznících. Polysomnografické vyšetření ve spánkové laboratoři provádíme pouze při suspekci na narkolepsii (spolu s testem mnohočetné latence usnutí) a při netypických projevech SP. Není popsán charakteristický polysomnografický nález, který by byl přítomen mimo zachycené