

Terror noturno: revisão bibliográfica de uma parassonia

Night terrors: literature review of a parasomnia

Terrores nocturnos: revisión de la literatura sobre una parasomnia

Marina Coimbra da **CRUZ**¹
Lucas Coimbra da **CRUZ**²
Renan Paes de **CAMARGO**¹
Marlene Cabral Coimbra da **CRUZ**³

¹Graduando (a) do curso de Medicina da Universidade Brasil, Campus Fernandópolis 15600-000 Fernandópolis-SP, Brasil

²Médico Residente em Radiologia do Hospital de Ensino Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis e Centro de Diagnóstico por Imagem de Fernandópolis (CDI) 15600-000 Fernandópolis-SP, Brasil

³Docente dos cursos de Medicina e Odontologia da Universidade Brasil, Campus Fernandópolis 15600-000 Fernandópolis-SP, Brasil

Resumo

Introdução: terror noturno consiste em uma parassonia do sono sem movimentos rápidos dos olhos, caracterizada por agitação motora, vocalizações e manifestações autonômicas intensas associadas a sensação de medo e perigo durante o sono. É mais comum na infância e com episódios únicos diários, no primeiro terço da noite, sendo que a tentativa de fuga do paciente pode acarretar danos físicos a si ou a terceiros. Objetivos: fornecer uma síntese das informações mais relevantes sobre o terror noturno. Materiais e Métodos: revisão não sistemática da literatura nacional e internacional sobre aspectos classificatórios, epidemiológicos, diagnósticos, fisiológicos e terapêuticos do terror noturno. Resultados: O paciente não costuma recordar do ocorrido e imagens mentais não são comuns, porém, quando presentes, costumam ser simples e sem significado. O diagnóstico é principalmente baseado em anamnese detalhada e deve-se diferenciá-lo de outros distúrbios do sono como pesadelos, sonambulismo e epilepsia de lobo frontal. Seu tratamento envolve medidas gerais de segurança a fim de ser evitar acidentes no momento da crise e, nos casos mais graves, terapêutica farmacológica pautada em antidepressivos tricíclicos, benzodiazepínicos ou inibidores da recaptção de serotonina pode ser necessária. Conclusão: embora mais frequente em crianças, o terror noturno pode ocorrer na fase adulta e trazer implicações sociais maiores, além do risco de injúrias pela tentativa de fuga. Dessa forma, recomenda-se o conhecimento da patologia por parte dos médicos para manejo correto do distúrbio, evitando assim consequências sociais, físicas e laborais que um transtorno do sono pode acarretar.

Descritores: Terrores Noturnos; Parassonias; Transtornos do Sono-Vigília.

Abstract

Introduction: sleep terror consists of a parasomnia without rapid eye movements, characterized by motor agitation, vocalizations and intense autonomic manifestations associated with a sensation of fear and danger during sleep. It is most common in childhood and with unique episodes per night, occurring on the first third of the night, and the attempt to escape can cause physical damage to the patient or others. Objectives: to provide a summary of the most relevant information about night terror. Material and Method: Non-systematic review of the national and international literature about classification, epidemiological, diagnostic, physiological and therapeutic aspects of night terror. Results: The patient usually does not remember what occurred and mental images are not common, but when present, they are simple and meaningless. The diagnosis is mainly based on a detailed anamnesis and it should be differentiate from other sleep disorders such as nightmares, somnambulism and frontal lobe epilepsy. Its treatment involves general safety measures in order to avoid accidents during the crisis and, in more severe cases, pharmacological treatment based on tricyclic antidepressants, benzodiazepines or serotonin reuptake inhibitors may be necessary. Conclusion: Although more frequent in children, night terror can occur in adulthood and have greater social implications, in addition to the risk of injury due to attempted escape. Thus, it is recommended that physicians be aware of the pathology in order to correctly manage the disorder, avoiding the social, physical and occupational consequences that a sleep disorder may entail.

Descriptors: Night Terrors; Parasomnias; Sleep Wake Disorders.

Resumen

Introducción: el terror nocturno consiste en una parasomnia del sueño sin movimientos rápidos de los ojos, caracterizada por agitación motora, vocalizaciones y manifestaciones autonómicas intensas asociadas a la sensación de miedo y peligro durante el sueño. Es más común en la infancia y con episodios únicos diarios, en el primer tercio de la noche, siendo que el intento de fuga del paciente puede acarrear daños físicos a usted o a terceros. Objetivo: proporcionar una síntesis de la información más relevantes sobre el terror nocturno. Material y Métodos: revisión no sistemática de la literatura nacional e internacional sobre aspectos clasificatorios, epidemiológicos, diagnósticos, fisiológicos y terapéuticos del terror nocturno. Resultados: El paciente no suele recordar lo ocurrido e imágenes mentales no son comunes, pero cuando presentes, son simples y sin significado. El diagnóstico se basa principalmente en una anamnesis detallada y debe diferenciarse de otros trastornos del sueño como pesadillas, sonambulismo y epilepsia de lobo frontal. Su tratamiento implica medidas generales de seguridad para evitar accidentes en el momento de la crisis y, en los casos más graves, una terapia farmacológica pautada en antidepressivos tricíclicos, benzodiazepinas o inhibidores de la recaptación de serotonina puede ser necesaria. Conclusión: aunque más frecuente en niños, el terror nocturno puede ocurrir en la fase adulta y traer implicaciones sociales mayores, además del riesgo de injurias por el intento de fuga. De esta forma, se recomienda el conocimiento de la patología por parte de los médicos para el manejo correcto del trastorno, evitando las consecuencias sociales, físicas y laborales que un trastorno del sueño puede acarrear.

Descriptores: Terrores Nocturnos; Parasomnias; Trastornos del Sueño-Vigilia.

INTRODUÇÃO

Sono compreende um processo fisiológico reversível de atividades cerebrais típicas^{1,2}, sendo caracterizado, segundo Gomes; Quinhones e Engelhardt (2010, p. 6)² “[...] por modificação do estado de consciência, redução da sensibilidade aos estímulos ambientais, acompanhados por características motoras e posturais próprias, além de alterações autônomas”.

O interesse no assunto é longínquo; fato evidenciado pela mitologia grega, em que o sono era personificado por Hipnos e estava associado à morte através da figura de seu

irmão gêmeo Tanatos – ambos filhos de Nix, personificação da noite².

O sono representa papel fundamental, sendo a ocupação humana mais difundida, de forma que abarca cerca de um terço da vida de cada indivíduo^{1,3}. Funcionalmente é responsável por conservar energia, promover aprendizado/memória via neuroplasticidade e sinaptogênese, além de restaurar componentes necessários para a síntese de macromoléculas⁴.

Apresenta padrão cíclico de alternância com o estado

de vigília, condição de intensa atividade motora e responsividade, que possibilita clara interação com o meio e processamento de informações¹. Este ciclo sono-vigília se modifica ao longo da vida e de acordo com outros aspectos individuais como o sexo, interferindo diretamente na quantidade de horas de sono. Por exemplo, um recém-nascido tem padrão de sono ultradiano (<24 horas), sendo que o padrão circadiano (24 horas) surge apenas no período pós-neonatal e se mantém a partir de então. A consolidação do sono noturno deve ocorrer por volta do primeiro ano de vida, mas com permanência de sesta diurnas até os cinco anos^{1,5}. É regulado por fatores homeostáticos através de citocinas e de fatores neuro-humorais e endócrinos, bem como por mecanismos fotoperiódicos regidos pela alternância dia-noite, sob o controle do núcleo supraquiasmático do hipotálamo, de maneira que a luz o influencia através do feixe retino-hipotalâmico e, pela noite, a modulação decorre da melatonina secretada pela glândula pineal^{1,2}.

O sono apresenta padrões de atividades elétricas cerebrais, que convencionalmente se subdividem em: estágio W – referente a vigília –, estágios N1, N2 e N3 (este último representando a união dos antigos estágios 3 e 4), que constituem o sono sem movimentos oculares rápidos (*non-rapid eye movement* – NREM) e estágio R, que apresenta o sono de movimentos oculares rápidos (*rapid eye movement* – REM)^{2,6}. As três fases do sono NREM ou sincronizado são assim divididas com base na intensificação da profundidade do sono, medidas de acordo com a amplitude e frequência das ondas cerebrais percebidas em cada um destes estágios, de forma que N3 representa o sono mais profundo por apresentar ondas mais lentas – ondas delta – e se faz presente na primeira metade da noite. Já o sono REM ou dessincronizado demonstra ondas de baixa amplitude e alta frequência, associado a movimentação dos olhos e atonia muscular, surgindo, principalmente, na segunda metade da noite. Tais etapas do sono (NREM e REM) somadas representam um ciclo, que normalmente dura entre 70 e 110 minutos, repetindo-se, ao longo da noite, por quatro a seis vezes⁶.

Distúrbios do sono são queixas clínicas muito frequentes, especialmente na faixa etária pediátrica, e sua alta prevalência pode enquadrá-los como uma epidemia mundial em ascensão. Geralmente, há uma história familiar positiva e um caráter benigno. Podem acarretar danos a curto e longo prazos aos aspectos biopsíquicos e sociais e/ou cognitivos do paciente^{1,5,7}.

A *American Sleep Association*⁸ define uma subdivisão destes distúrbios em: dissonias, parassonias, perturbações do sono relacionadas a condições médicas e psiquiátricas e relacionados a distúrbios respiratórios do sono.

Parassonias constituem o segundo maior grupo de transtornos do sono e são definidas como eventos físicos indesejáveis que acometem o sono em seu início, meio ou ao despertar, compreendendo fenômenos motores, autonômicos, comportamentais, emocionais e/ou perceptivos^{5,7,9}. Podem ainda ser divididas em quatro subgrupos: relacionadas ao despertar; de transição sono-vigília (como: sobressaltos do sono e câimbras noturnas); associadas ao sono REM (pesadelos e paralisia do sono) e outras parassonias (como o bruxismo)⁹. As parassonias associadas ao despertar ocorrem no primeiro terço da noite, sob o sono NREM, e abrangem: sonambulismo, despertar confusional e o terror noturno⁵, este último sendo a temática do presente estudo.

Este trabalho objetiva revisar na literatura as principais informações e características do terror noturno, de forma a se possibilitar seu reconhecimento e diagnóstico correto, garantindo um manejo e tratamento adequados de tal transtorno.

MATERIAL E MÉTODO

Revisão bibliográfica não sistemática sobre terror noturno, realizada em bases de dados digitais como PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs, SciELO e Google Acadêmico, além de arquivos de organizações de referência como *American Sleep Association*, *American Academy of Sleep Medicine*, *World Health Organization* e *American Psychiatric Association*. Um total de 20 documentos foram selecionados, sendo eles nos idiomas inglês e português, e publicados entre 1998 e 2016. Os critérios de inclusão foram qualitativos, selecionando-se documentos tidos como de maior relevância.

REVISÃO DA LITERATURA

Terror noturno consiste em uma parassonia do sono NREM, caracterizada por um despertar repentino de um sono de ondas lentas, acompanhado de manifestações autonômicas e sensação de medo intenso¹⁰. A crise geralmente se inicia com o indivíduo se sentando no leito, em seguida ele grita e/ou chora, desencadeiam-se diversos sinais autonômicos (taquicardia, taquipneia, midríase, aumento do tônus muscular e diaforese), fâcias aterrorizadas, com percepção de perigo iminente. Tentativa de fuga também pode advir, havendo risco de injúria ao próprio paciente ou a terceiros, fora isso, seu caráter é benigno^{1,10-14}.

Tipicamente, os episódios duram de 30 segundos a 5 minutos e se manifestam no primeiro terço da noite^{12,13}. São muito difíceis de serem interrompidos, uma vez que o limiar a estímulos externos se encontra aumentado, além de causarem amplo desconforto e estresse ao paciente, que pode sentir culpa pelo impacto acarretado a vida de seus familiares e parceiros^{11,14}.

Após a crise, comumente, o paciente não se recorda do ocorrido e pode não ser consolável por um determinado período^{11,14}. Em alguns casos, imagens mentais breves, semelhantes a devaneios oníricos ou alucinações podem ser relatadas^{10,12}, sendo que Oudiette et al. (2009)¹⁵ observaram em seu estudo que 71% dos participantes referiram ao menos um episódio com imagens mentais associadas (na grande maioria se tratando de cenas únicas) e 84% das imagens apresentavam caráter negativo, causando apreensão, medo ou terror.

Apresenta prevalência geral em torno de 2 a 3%, sendo mais frequente na faixa etária pediátrica (podendo chegar a 6%) do que na população adulta (até 4%)^{1,11,16}. Considera-se plausível o surgimento das crises a partir dos 18 meses, sendo que seu pico de prevalência ocorre entre os 5 e 7 anos, com usual resolução antes da puberdade e, na fase adulta, geralmente é mais observado entre a segunda e terceira décadas de vida^{10,14,16}.

Acomete mais ao sexo masculino e exhibe frequentemente histórico familiar positivo, podendo ocorrer em vários indivíduos de uma mesma família, de maneira que em cerca de 96% dos acometidos há pelo menos um parente que experiencie crises de terror noturno e/ou sonambulismo^{7,10,14}.

Sua fisiopatologia ainda é desconhecida^{10,12}. Entretanto, supõe-se que uma instabilidade do sono de ondas lentas tenha parte no mecanismo patológico¹². De

uma maneira geral, as parassonias ocorrem em decorrência de anormalidades na transição do sono de ondas lentas para o sono mais leve que se dá logo antes do sono REM, dessa forma o indivíduo não se encontra nem completamente acordado, nem completamente dormindo. Ao eletroencefalograma encontram-se uma mistura de ondas teta, delta e alfa¹⁶.

Como fatores predisponentes, pode-se citar: a idade (visto que esta patologia é mais verificada em crianças), a privação de sono, o uso de medicações (tais como neurolépticos, sedativos e anti-histamínicos), um ambiente de sono barulhento ou estimulante, febre, estresse e presença de distúrbios intrínsecos do sono - como apneia obstrutiva e síndrome das pernas inquietas¹⁶.

O desconhecimento dos distúrbios do sono, por vezes, faz com que ajuda médica não seja buscada, podendo trazer consequências econômicas e de saúde. A título de exemplificação pode-se citar: abstenção a escola/trabalho, risco aumentado de acidentes e de desenvolvimento de distúrbios mentais. Além disso, uma má higiene de sono acomete diretamente a qualidade de vida⁹. Outra possível consequência, esta um pouco mais específica do terror noturno, é o risco de acidentes no momento da crise, em que o paciente - em sua tentativa de fuga - pode causar danos físicos a si mesmo ou a terceiros^{11,12}. Além disso, constrangimento social e possíveis impactos nos relacionamentos podem transcorrer¹⁰.

Segundo os critérios da *International Classification of Sleep Disorders (ICSD)*¹⁰, o terror noturno pode ser classificado de duas formas: (1) quanto a severidade em leve (menos de um episódio por mês e não trazendo danos a outros ou ao paciente), moderado (aquém de uma crise por semana, sem injúrias ao paciente ou a terceiros) e severo (quadros praticamente diários com agravos físicos ao doente/terceiros); (2) quanto a duração em agudo (até um mês), subagudo (entre um e três meses) e crônico (três meses ou mais). A ICSD também traz critérios diagnósticos deste distúrbio do sono, conforme descritos na Tabela 1, sendo que o diagnóstico requer, no mínimo, os critérios A, B e C associados.

Tabela 1. Critérios diagnósticos do terror noturno segundo a ICSD¹⁰

TERROR NOTURNO	
Critério	Descrição
A	Relato de episódio de sensação repentina de medo intenso durante o sono
B	Episódios geralmente ocorrem no primeiro terço da noite
C	Amnésia total ou parcial para os fatos ocorridos durante a crise
D	Estudo polissonográfico demonstrando o início da crise durante estágios 3 e 4 do sono Taquicardia frequentemente se associa aos episódios
E	Outras condições médicas
F	Outros distúrbios do sono

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)¹⁷ o terror noturno encontra-se na categoria F 51 - destinada à transtornos não-orgânicos do sono devido a fatores emocionais -, pertencente ao grupo das síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos - sendo particularmente codificado por F 51.4. Já no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V)¹⁸ seu identificador é 307.46, enquadrando-se na categoria das parassonias, juntamente com o sonambulismo.

A avaliação de um paciente com transtorno do sono

começa por uma boa e detalhada anamnese, sendo complementada, sempre que possível, a relatos de outros indivíduos que durmam com o paciente, e com o exame físico, que deve incluir peso, altura, índice de massa corpórea, circunferência do pescoço, pressão arterial e frequência cardíaca, além da avaliação específica de cada sistema. Um diário do sono pode ajudar a fornecer informações sobre a higiene de sono do paciente¹.

Investigações mais objetivas incluem exames como polissonografia (PSG), considerado padrão ouro no diagnóstico de distúrbios do sono, que consiste no registro de eventos fisiológicos do sono (eletroencefalograma, eletro-oculograma, eletromiograma, eletrocardiograma, fluxo aéreo, esforço respiratório, dentre outros)^{1,6,19}. A PSG pode ser útil no diagnóstico de parassonias como o terror noturno se ocorrerem crises durante o exame, mas como estes eventos nem sempre são diários, seu registro é dificultado²⁰. No entanto, pelo ponto de vista custo-benefícios, não se considera vantajoso o uso de PSG para indivíduos com parassonias do sono NREM, resguardando seu uso para exclusão de outros distúrbios do sono suspeitos¹².

Na suspeita diagnóstica de um quadro de terror noturno, cabe a realização de um diagnóstico diferencial de outras condições que podem apresentar certos pontos semelhantes, tais como: pesadelos, epilepsia de lobo temporal, sonambulismo e despertar confusional.

Pesadelos são eventos do sono REM - sendo, portanto, mais comuns na segunda metade da noite - caracterizados por sonhos vívidos de conotação ruim que despertam o indivíduo, sendo lembrados pelo indivíduo ao despertar. Em contrapartida, o terror noturno ocorre no sono não REM e, portanto, não apresenta imagens ou quando presentes, geralmente representam alucinações desprovidas de significado. Estas imagens do terror noturno também não condizem com as alucinações hipnopômicas da narcolepsia, pois neste último são usualmente visualizadas formas geométricas e pontos de luzes^{11,12}.

Sua distinção com epilepsia de lobo frontal é mais desafiadora, uma vez que ambas as patologias cursam com despertar repentino do sono NREM associado a vocalizações e agitação, no entanto, na epilepsia os movimentos são estereotipados e as crises costumam ocorrer até 20 vezes por noite - no terror noturno o mais frequente é apenas uma ou duas crises por noite¹¹.

Diagnóstico diferencial de outras parassonias - como o de sonambulismo e despertar confusional - pode ser necessário. No sonambulismo o doente usualmente se senta na cama ou caminha, mas em alguns casos pode haver agitação do tipo "luta e fuga", padrão que pode ser confundido com um quadro de terror noturno¹². Despertares confusionais são episódios de choro, gritos agitação motora e confusão decorrentes da interrupção do sono, sendo mais comum em lactentes, pré-escolares e escolares^{5,12}.

O tratamento pode ser medicamentoso ou não, sendo que o primeiro geralmente não se faz necessário. Sua terapêutica tem início com orientações gerais sobre a doença e seus mecanismos, sobre sua benignidade e, quando em crianças, sobre a natureza quase sempre autolimitada a infância. Os familiares devem ser orientados também a não tentar bloquear a atividade motora do paciente ou a acordá-lo, pois estas atitudes, além de inúteis, podem prolongar o episódio. Medidas de segurança como: trancar janelas e portas, desobstruir o caminho, posicionar colchões no chão e usar alarmes para avisar aos pais caso a criança deixe o quarto são importantes, em especial nos casos em que há

risco de injúria. Além disso, pode-se incentivar boa higiene de sono - a manutenção do diário do sono é útil no controle da rotina do sono - evitando sua privação e outros fatores desencadeantes. Quando o acometido não se recordar do ocorrido, não há necessidade de informá-lo sobre o evento, visto que tal atitude pode gerar ansiedade ao paciente. Caso as crises aconteçam com frequência e com assiduidade de horário, cabe acordar o indivíduo alguns minutos antes do previsto da crise, a fim de tentar evitá-la^{1,5,16}.

Tratamento farmacológico envolve antidepressivos tricíclicos, benzodiazepínicos ou inibidores da recaptção de serotonina, devendo ser considerado em quadros mais intensos que apresentem risco de acidentes^{1,12}. Em muitos casos, seu uso por três a seis semanas pode ser eficiente, permitindo a retirada da medicação e prevenindo recidivas^{5,16}.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o terror noturno, embora muito mais frequente em crianças, pode ocorrer também na fase adulta, trazendo consequências sociais e queda na qualidade de vida, além da possibilidade de injúria física ao paciente e a familiares/parceiros na tentativa de fuga. Assim, recomenda-se que médicos detenham conhecimento sobre a patologia a fim de ser diagnosticada e tratada corretamente, evitando as possíveis consequências físicas, sociais e laborais de um transtorno do sono.

REFERÊNCIAS

1. Neves GSML, Giorelli AS, Florido P, Gomes MM. Transtornos do sono: visão geral. Rev Bras Neurol. 2013; 49(2):57-71.
2. Gomes MM, Quinhones MS, Engelhardt E. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. Rev Bras Neurol. 2010; 46(1):5-15.
3. Habib, M. Bases neurológicas dos comportamentos. Lisboa: Climepsi; 2000.
4. Mignot E. Why we sleep: the temporal organization of recovery. PLoS Biol. 2008; 6(4):e106.
5. Nunes ML. Distúrbios do sono. Jornal de Pediatria. 2002; 78(Supl. 1):S63-S72.
6. Guimarães GM. Diagnóstico Polissonográfico. Pulmão RJ 2010; 19(3-4):88-92.
7. Nunes ML, Bruni O. The genetics of sleep disorders in childhood and adolescence. J Pediatr (Rio J). 2008; 84(4 Suppl):S27-32. doi:10.2223/JPED.1786
8. American Sleep Association [Internet]. Information on Sleep Disorders [acesso em 19 jun 2017]. Disponível em: <https://www.sleepassociation.org/sleep-disorder/>.
9. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. Estud psicol. 2007; 24(4):519-28.
10. International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2007.
11. Mazarakis T. A case of adult night terrors. Tzu Chi Medical Journal. 2014; 26(3):138-140.
12. Fleetham JA, Fleming JAE. Parasomnias. CMAJ. 2014; 186(8):e273-e280.
13. Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, Chervin RD. Sleepwalking and Sleep Terrors in Prepubertal Children: What Triggers Them? Pediatrics. 2003; 111(1):e17-e25.
14. Petit D, Pennestri M, Paquet J, Desautels A, Zadra A, Vitaro F, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir J. Childhood Sleepwalking and Sleep Terrors: A Longitudinal Study of Prevalence and Familial Aggregation. JAMA Pediatr. 2015; 169(7):653-8.
15. Oudiette D, Leu S, Pottier M, Buzare MA, Brion A, Arnulf I. Dreamlike mentations during sleepwalking and sleep terrors in adults. SLEEP. 2009; 32(12):1621-7.
16. Mason TBA, Pack AI. Pediatric parasomnias. SLEEP. 2007; 30(2):141-51.
17. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision, Fifth edition, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
18. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition: DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association, 2013.
19. Togeiro SMGP, Smith AK. Métodos diagnósticos nos distúrbios do sono. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(Supl I):8-15.
20. Albuquerque M, Cardeal JO, Campos CJR. Distúrbios do Sono, Epilepsia e Indicações para o Registro Polissonográfico – Revisão. Rev Neurociências. 1998; 6(2): 69-74.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Marina Coimbra da Cruz
marina0996@hotmail.com

Submetido em 17/10/2017

Aceito em 17/11/2017