

Schlafapnoe tritt immer häufiger auf **Übergewicht und dicker Hals sind Alarmzeichen**

VON THOMAS HERING

Die Deutschen werden immer dicker, und damit steigt zwangsläufig die Zahl der Menschen mit Schlafapnoe. Gleichzeitig aber gerät die Versorgung in Gefahr, denn die Polysomnografie unterliegt nunmehr den QZVs und ist ambulant nicht mehr kostendeckend durchzuführen. Doch wohin mit den Patienten, wenn sie auf cPAP eingestellt werden müssen?



MMW-Fortbildungsinitiative: Pneumologie für den Hausarzt

Regelmäßiger Sonderteil der
MMW-Fortschritte der Medizin

Herausgeber:

Bundesverband der Pneumologen,
Geschäftsstelle, Hainbachstraße 25,
D-89522 Heidenheim, Tel.: 0 73 21/94 99 19,
Fax: 0 73 21/94 98 19,
E-Mail: medinfo@pneumologenverband.de

Redaktion:

Christine Vetter, Köln (verantwortlich)

— Klagt der Patient über häufige Müdigkeit trotz vermeintlich gutem Schlaf, über Schnarchen und eventuelle Atmungsunterbrechungen während des Schlafs, muss der Hausarzt sofort an eine Schlafapnoe denken.

Hellhörig werden muss man als Hausarzt besonders bei entsprechendem Habitus des Patienten: Übergewichtige mit großer Halskragenweite sind besonders gefährdet. Häufig tritt die nächtliche Atmungsregulationsstörung zudem bei Menschen mit morgendlichem Bluthochdruck und bei Patienten nach Schlaganfall und Myokardinfarkt auf. So mancher Apoplex und mancher Infarkt hätte sich dabei durch eine frühzeitige Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe verhindern lassen: Diese hat einen relevanten Sauerstoffmangel zur Folge und ebnet den typischen ischämiebedingten Erkrankungen den Weg.

Die Anamnese liefert gute Hinweise

Leitsymptom der obstruktiven Schlafapnoe ist die Tagesmüdigkeit, wenn gleich entsprechend der neuen S3-Leitlinie (siehe Kasten S. 36) einige Patienten die Tagesmüdigkeit nicht angeben, negieren oder nicht explizit wahrnehmen. Die Tagesschläfrigkeit geht mit deutlichen Leistungsdefiziten einher, wobei sich im Verlaufe der Erkrankung typischerweise auch Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit sowie des sozialen Lebens und der allgemeinen Lebensqualität einstellen.

Weitere Symptome sind unruhiges Schlafen, Kopfschmerzen und/oder Mundtrockenheit beim Erwachen, Schwindel vor allem nach dem Aufstehen, nächtliches Schwitzen, vermehrter Harndrang und nächtliches Wasserlassen. Alarmsymptome sind Sekunden-schlaf, Konzentrationsstörungen, eine depressive Verstimmung oder auch eine Impotenz.

Von einer Schlafapnoe ist per definitionem auszugehen, wenn im Mittel pro Stunde Schlaf mindestens zehn Apnoe/Hypopnoe-Phasen mit einer Dauer von mehr als zehn Sekunden auftreten (AHI, Apnoe/Hypopnoe-Index > 10). Bei einem AHI zwischen 15 und 30 ist von einer mittelgradigen Schlafapnoe auszugehen und beim Auftreten noch häufigerer Apnoe/Hypopnoe-Phasen wird die Störung als schwer eingestuft.

Neben der Anamnese ist eine klinische Untersuchung wichtig. Sie sollte die Puls- und Blutdruckmessung und die Inspektion des Schlundes umfassen. Abhängig vom Befund sind Laborwerte, ein EKG, eine Lungenfunktionsprüfung oder eine Röntgen-Thoraxaufnahme indiziert.



Foto: © Jimmy W. Wall II / shutterstock

Der Verdacht auf eine Schlaf-Apnoe muss im Schlaflabor erhärtet werden.



Dr. med. Thomas Hering
Lungenfacharzt,
Berlin, und stellv.
Vorsitzender des
Bundesverbandes
der Pneumologen

Neben der Anamnese ist eine klinische Untersuchung wichtig. Sie sollte die Puls- und Blutdruckmessung und die Inspektion des Schlundes umfassen. Abhängig vom Befund sind Laborwerte, ein EKG, eine Lungenfunktionsprüfung oder eine Röntgen-Thoraxaufnahme indiziert.

Polygrafie sichert die Diagnose
Bei Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom sollte der Patient an einen Pneumologen überwiesen werden. Die Abklärung der Diagnose erfolgt zunächst per Polygrafie, wobei mittels einer Oxy-metrie ein Sauerstoffprofil über die Nacht erstellt und gleichzeitig die Herz-

Für die Praxis

Neue S3-Leitlinie Schlafstörungen

Zur Problematik der Schlafapnoe sowie generell zum Thema Schlafstörungen und nicht erholsamer Schlaf ist Ende 2009 eine gemeinsame S3-Leitlinie der Deutschen und der Österreichischen Gesellschaften für Schlafmedizin erschienen. Die umfassende Leitlinie ist im Internet unter <http://www.charite.de/dgsm/dgsm/> einzusehen. Sie bietet Informationen zu allen Fragen rund um das Thema Schlaf, wie sie auch von Patienten in der Hausarztpraxis gestellt

werden wie etwa Fragen zur Schlafdauer, zu den Folgen von zu wenig Schlaf sowie zu Schlafstörungen und deren Ursachen bis hin zu Maßnahmen der Schlafhygiene. Thematisiert werden Diagnostik und Therapie der Insomnien sowie die verschiedenen Formen schlafbezogener Atmungsstörungen wie der zentralen und der obstruktiven Schlafapnoesyndrome und der schlafbezogenen Hypoventilations-/Hypoxämiesyndrome.

frequenz, das Schnarchen sowie Atemgeräusche abgeleitet werden. Ferner wird registriert, in welcher Lage die Atmungsprobleme am stärksten sind.

Bleiben Zweifel an der Diagnose, so ist als weiterführende Untersuchung eine Polysomnografie indiziert. Diese dient laut Leitlinie auch der differenzialdiagnostischen Abgrenzung von anderen Schlafstörungen bzw. schlafbezo-

genen Atmungsstörungen wie den zentralen Schlafapnoesyndromen und den schlafbezogenen Hypoventilations-/Hypoxämiesyndromen. Die Untersuchung ist deshalb auch bei Erkrankungen indiziert, die häufig mit solchen Störungen assoziiert sind wie etwa bei einer schweren Herzinsuffizienz, einer Niereninsuffizienz, einer respiratorischen Insuffizienz sowie bei neuro-

muskulären und muskuloskeletalen Erkrankungen.

Polysomnografie nicht mehr adäquat vergütet

Die Polysomnografie ist auch notwendig, wenn sich ein ausgeprägter Apnoebefund ergibt und der Patient auf eine cPAP-Therapie eingestellt werden muss. Sie erfolgt im Schlaflabor, was seit 2005 auch ambulant möglich ist. Durch die Einbindung in die QZVs (qualifikationsgebundene Zusatzvolumina) wird die Maßnahme seit Juli dieses Jahres leider nicht mehr adäquat vergütet, sodass beim niedergelassenen Pneumologen die Durchführung einer Polysomnografie praktisch nicht mehr kostendeckend möglich ist. Damit droht früher oder später die Schließung der ambulanten Schlaflabors. Dies stellt die flächendeckende Versorgung der Patienten infrage, auch weil nicht alle Krankenkassen stationäre Aufenthalte für die eigentlich ambulante Maßnahme zu tragen bereit sind.

Leichte bis mittelgradige obstruktive Schlafapnoe

Seitenlage statt CPAP-Therapie?

— In einer neueren Studie wurde nachgewiesen, dass sich der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) bei einem leichtgradigen obstruktiven Schlafapnoesyndrom (OSAS; 5–15 Ereignisse pro Stunde) bei 50% und bei einem mittelgradigen OSAS (15–30 Ereignisse pro Stunde) bei 19% der Patienten beim Schlafen in der Nichtrücklage um mehr als 50% auf weniger als fünf Ereignisse pro Stunde reduziert. Verglichen wurde die Lagerungstherapie mit einem Positionierungsgürtel mit einer CPAP-Therapie.

Unter der CPAP-Therapie sank der AHI bei 97% der Patienten unter 5/h, unter der Positionierungstherapie bei 92%. Der Unterschied war nicht signifikant. Der mediane AHI sank mit dem Lagerungsgürtel von 11/h auf 2/h und unter der CPAP-Therapie auf 0/h.

Der Anteil der Gesamtschlafzeit in Rückenlage fiel mit dem Lagerungs-

gürtel von 40% auf 0%. Unter der CPAP-Therapie fand sich keine Veränderung. Die Schlafeffizienz, der spontane Arousal-Index und die Schlafarchitektur änderten sich unter beiden Therapien nicht signifikant. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine Lagerungstherapie bei Patienten mit lageabhängigem OSAS einer Therapie mit CPAP äquivalent ist.

■ **Permut I et al.**
Comparison of positional therapy to CPAP in patients with positional obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med.* 2010; 6:238–243

Kommentar von Prof. Dr. med. Karl-Heinz Rühle, Hagen:

Mit dem Lagerungsgürtel gelang es, die Rückenlage während des Schlafs vollständig zu verhindern. Nach der Auswahl einer Untergruppe von Patienten mit einer Lageabhängigkeit der

schlafbezogenen Atmungsstörung war das Ergebnis bezüglich des AHI, der Schlafqualität und der Sauerstoffsättigung mit der CPAP-Therapie vergleichbar.

Allerdings wurde lediglich das Ergebnis von jeweils einer Nacht verglichen. Daten zur Compliance liegen nicht vor. 50% der Patienten bevorzugten den Lagerungsgürtel, 34% die CPAP-Therapie. Es sollte betont werden, dass die Patienten lediglich ein leicht- bis mittelgradiges OSAS hatten.

Mit dieser Untersuchung wird erstmalig ein sinnvolles Vorgehen zur Identifizierung von OSAS-Patienten vorgeschlagen, die auf eine Lagerungstherapie ansprechen könnten. Bevor eine generelle Empfehlung ausgesprochen wird, sollten allerdings noch die Langzeitergebnisse abgewartet werden.