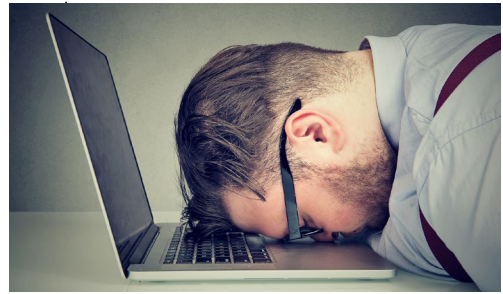


# Obstruktive Schlafapnoe: Tagesmüdigkeit reduzieren

*Selektiver Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer*



Bei der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) kommt es durch den wiederkehrenden Verschluss im oropharyngealen Bereich zu Hypo- und Apnoen, die durch Arousal-Reaktionen beendet werden. Wegen der meist gestörten Schlafstruktur leiden die Betroffenen unter verstärkter Tages-schläfrigkeit. Durch die Standardtherapie der OSA, die kontinuierliche Positiv-drucktherapie (CPAP), wird diese reduziert. Aber bei manchen Patienten stellt sich der Effekt erst nach Wochen ein, und bei etwa 20% bleibt er ganz aus. Eine häufige Ursache der sogenannten residualen exzessiven Tagesschläfrigkeit (rEDS) ist die ungenügende Nutzung der CPAP-Therapie: Damit sie wirkt, müssen

die Patienten sie wenigstens vier Stunden pro Nacht und mindestens in sieben von zehn Nächten anwenden. Auch andere Therapieprobleme wie schlecht sitzende Masken, eine behinderte Nasenatmung oder durch die Atmungstherapie verursachte Insomnien können den Erfolg verhindern. Die Therapiebedingungen müssen daher vom Facharzt geprüft und ggf. optimiert werden. Eine hartnäckige Tagesmüdigkeit kann auch weitere Ursachen haben wie Hypothyreose, Hypotonie, Anämien, Depressionen, sedierende Medikamente oder Störungen des Nachtschlafs durch Schmerzen oder Pruritus. Lassen sich keine behandelbaren Auslöser der rEDS finden, können symptoma-

tisch wirkende Medikamente verordnet werden. Lange Zeit standen dafür nur Off-label-Therapien zur Verfügung. 2020 wurde mit Solriamfetol (Sunosi®) das erste Medikament gegen rEDS unter primärer OSA-Therapie zugelassen. Der selektive Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SDNRI) hat in den zulassungsrelevanten Studien eine signifikante Reduktion der Schläfrigkeit und eine Verbesserung des Wachheitszustands erzielt [1]. Seit letztem Jahr wird der SDNRI in dieser Indikation von der GKV erstattet.

*Dr. Beate Schumacher*

**Quellen:** Fietze I et al. *Somnologie*. 2021;25:99–109; nach Informationen von Jazz Pharmaceuticals

## Müdigkeit unter CPAP: Wann ist sie pathologisch?

*Interview mit Prof. Ingo Fietze*



Interview

**Prof. Dr. med. Ingo Fietze**  
Schlafmedizinisches Zentrum  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

**MMW:** Wie kann entschieden werden, ob die Müdigkeit bei einem Schlafapnoe-Patienten unter kontinuierlicher Positiv-drucktherapie (CPAP) pathologisch ist?  
**Fietze:** Hausärzte sollten Patienten mit behandelter Schlafapnoe nicht fragen: Sind Sie gelegentlich müde? Bitte fragen Sie: Sind Sie am Tage noch schläfrig und schlafen Sie in monotonen Situationen ein? Wenn die Patienten das bestätigen, muss das schlafmedizinisch abgeklärt werden. Helfen kann auch der Epworth Sleepiness Scale, ein Schläfrigkeitsfragebogen. Er hat nur acht Fragen. Werte über 10 sind pathologisch.

**MMW:** Wie geht es dann weiter?  
**Fietze:** Der Patient benötigt von dem behandelnden Pneumologen/Schlafmediziner eine Bescheinigung, dass die Therapie optimiert wurde. Wenn der Facharzt dies bestätigt und der Patient die Therapie gut nutzt, muss der Hausarzt prüfen, ob es andere Gründe für die Müdigkeit gibt, z. B. neu verordnete Medikamente, Störungen der Schilddrüsenfunktion oder psychische Probleme. Ist dies nicht der Fall, kann von einer Restmüdigkeit unter CPAP-Therapie ausgegangen werden.  
**MMW:** Brauchen diese Patienten alle eine medikamentöse Therapie?

**Fietze:** Die Patienten haben eine reduzierte Lebensqualität, sie sind oft arbeitsunfähig, dürfen kein Auto mehr fahren und sind verletzungsgefährdet. Das ist zu therapieren. Die gute Nachricht ist: Es gibt die neu zugelassenen Medikamente Solriamfetol und Pitolisant. Diese haben etwas unterschiedliche Wirkmechanismen, weshalb es bei beiden Responder und Non-Responder gibt. In den zugelassenen Dosierungen besteht kein Herz-Kreislauf-Risiko. Die Prädiktoren für ein Ansprechen der jeweiligen Medikation sind jedoch noch nicht bekannt.

*Das Interview führte Dr. Beate Schumacher*