



hungsweise Methylphenidat, Amphetamin-derivate (bedingte Empfehlung) (Tab. 1). Zur Behandlung von Kataplexien werden Natriumoxybat, Venlafaxin, Clomipramin (starke Empfehlung) und Pitolisant (bedingte Empfehlung) angedeutet. Die Therapiewahl sollte unter Berücksichtigung der individuellen Symptome der Patienten, der Komorbiditäten und der möglichen Interaktionen mit anderen Medikamenten erfolgen.

Kommentar

Seit der letzten Veröffentlichung europäischer Leitlinien im Jahr 2006 wurden zahlreiche neue Erkenntnisse zur Krankheitsentstehung der Narkolepsie gewonnen. Auch stehen seitdem mehrere neue medikamentöse Therapien zur Verfügung. Diese überarbeitete Leitlinie ist umfangreich und trotzdem übersichtlich. Systematisch werden einzelne klinische Fragen beantwortet, und Tabellen und Abbildungen mit Algo-

rithmen stellen die Empfehlungen verständlich dar. Wertvoll ist zudem die Einschätzung der Patienten, der ein gesondertes Kapitel gewidmet ist. Diese Leitlinie wird daher im klinischen Alltag hilfreich sein.

*Prof. Dr. med. Ulf Kallweit,
Cand. med. Lea Lieberich*

Bassetti C, Kallweit U, Vignatelli L et al. European guideline and expert statements on the management of narcolepsy in adults and children. *Eur J Neurol* 2021;00:1–16

Einfluss der CPAP-Therapie auf Schlaganfälle

Obstruktive Schlafapnoe ist ein Risikofaktor für vaskuläre Ereignisse. Erforscht wurde nun, ob die Behandlung der Schlafapnoe zur Sekundärprävention des Schlaganfalls beiträgt.

Der Nutzen einer CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)-Behandlung nach ischämischen Schlaganfall bei Patienten mit obstruktiver schlafbezogener Atmungsstörung (SDB) ist bisher unklar. In einer randomisierten kontrollierten Studie (SAS-CARE-Studie) wurde dies nun untersucht. Dazu wurden Patienten mit einem ischämischen Schlaganfall oder einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) und einer obstruktiven Schlafapnoe (Apnoe-Hypopnoe-Index [AHI] ≥ 20) drei Monate nach dem Schlaganfall im Verhältnis 1:1 randomisiert einer CPAP-Behandlung (CPAP+) oder Standardversorgung zugeteilt. Als primärer Endpunkt diente das Auftreten vaskulärer Ereignisse (TIA/Schlaganfall, Myokardinfarkt/Revascularisation, Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz oder instabiler Angina pectoris) oder Tod innerhalb von 24 Mo-

naten nach dem Schlaganfall. Sekundäre Endpunkte waren die Modified Rankin Scale (mRS) und der Barthel-Index.

Von den 238 SAS-CARE-Patienten wurden 41 (17%) Patienten der CPAP (n=19) oder der Standardversorgung (n=22) randomisiert zugewiesen. Der primäre Endpunkt wurde von einem Patienten im Standardbehandlungsarm erreicht (ein neuer Schlaganfall). In einer Intent-to-treat-Analyse ohne Berücksichtigung der Adhärenz entspricht dies einer absoluten Risikodifferenz von 4,5% oder einer Number Needed to Treat von 22. Die modifizierte Rankin-Skala (mRS) und der Barthel-Index waren stabil und zwischen den Gruppen ähnlich. Die CPAP-Adhärenz war mit 60% bei den auswertbaren Patienten nach Monat 24 ausreichend.

Anhand dieser ersten Daten lässt sich kein Vorteil einer CPAP-Therapie nach

Schlaganfall in Bezug auf neue kardio- und zerebrovaskuläre Ereignisse über zwei Jahre feststellen.

Kommentar

Schlafstörungen und Schlaganfall haben ein bidirektionales Verhältnis. Verschiedene Schlafstörungen, vor allem die obstruktive Schlafapnoe, stellen einerseits einen Risikofaktor für ein zerebrovaskuläres Ereignis dar und sind andererseits oftmals Folge des Schlaganfalls. Inwieweit die Therapie einer Schlafapnoe zur Sekundärprävention eines Schlaganfalls beiträgt, ist bisher unklar. Diese vorläufigen Ergebnisse sind ermutigend und deuten zunächst nicht auf einen größeren Einfluss hin. Die Ergebnisse sind allerdings nur eingeschränkt beurteilbar, da die Anzahl der Patienten bisher gering ist, der Schweregrad des Schlaganfalls eher klein ist und der Beginn der CPAP-Behandlung erst drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgte.

*Prof. Dr. med. Ulf Kallweit,
Cand. med. Lea Lieberich*

Bernasconi C et al. SAS CARE 2 – a randomized study of CPAP in patients with obstructive sleep disordered breathing following ischemic stroke or transient ischemic attack. *Sleep Med X* 2020;2:100027. doi: 10.1016/j.sleepx.2020.100027