

Empfehlung und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen beim Erwachsenen (Kurzfassung)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie

H. Hein, F. Raschke, D. Köhler, G. Mayer, J.H. Peter, K.-H. Rühle
Federführender Autor:

Dr. med. Holger Hein

Krankenhaus Großhansdorf
Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie
Wöhrendamm 80
22927 Großhansdorf
Tel.: 04102-601-151
Fax.: 04102-601-245

Definition und Klassifikation

mit pharyngealer Obstruktion

- Primäres Schnarchen (keine Tagesschläfrigkeit).
- Obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoesyndrom (OSAHS): Pro Stunde Schlaf mindestens 5 pharyngeale Obstruktionen mit Weckreaktionen (Arousals), Hypopnoen oder Apnoen; mit Tagesschläfrigkeit.

ohne pharyngeale Obstruktion

- Schlaf-Hypoventilationssyndrome (Störungen der Atmungsregulation, Atmungsmuskelsuffizienz).
- zentrales Schlafapnoe-Hypopnoesyndrom

Symptome:

Durch Schlaffragmentation Hypersomnie oder Insomnie

Begleiterkrankungen und ggf. Differentialdiagnosen der Insomnie/Hypersomnie:

s. anliegendes Flußschema

Diagnostik:

(entsprechend dem Stufenschema nach NUB)

- Stufe 1 und 2: Anamnese, (körperliche) Untersuchung, apparative Untersuchungen außer Nachtdiagnostik
- Stufe 3: nächtliches ambulantes Monitoring
- Stufe 4: Polysomnographie und Vigilanztestung

Therapie:

Obstruktive schlafbezogene Atmungsstörungen:

- Lebensführung (ggf. Gewichtsreduktion, Meiden von Alkohol/Schlafmitteln).
- Bei primärem Schnarchen ggf. operative Erweiterungen des Pharynx.
- Obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom: CPAP/BiPAP-Therapie.
- Bei leichtgradigen Formen mit nur geringer klinischer Symptomatik können Unterkieferprotrusionsschienen versucht werden. Langfristige Studien zur Wirksamkeit und zu Nebenwirkungen stehen aber noch aus.
- Kieferchirurgische Verfahren (Mandibulo-Maxillo-Osteotomie).

Zentrale schlafbezogene Atmungsstörungen, Schlaf-Hypoventilationssyndrom:

- Therapie der Grunderkrankung.
- Langzeitsauerstofftherapie.
- Kontrollierte Beatmung mit Volumen- oder Druckvorgabe, CPAP-Therapie.
- In Einzelfällen medikamentöse Verfahren, nach Prüfung mit Auslaßversuch.
Zusätzlich: Schulungsmaßnahmen über die o.g. Verfahren

Nachuntersuchungen:

1. Nachuntersuchung nach 3 Monaten, dann klinisch zu entscheiden. Bei Einsatz von Unterkieferprotrusionsschienen, Beatmungsverfahren bevorzugt Polysomnographie. Bei nachlassendem Therapieerfolg (erneut Hypersomnie), schweren Therapieproblemen oder erheblichen Gewichtsänderungen erneut Polysomnographie.

Qualitätssicherung:

Ein Peer-Review Verfahren mit zufällig ausgewählten Krankheitsfällen ist anzustreben und im stationären Bereich teilweise realisiert. Patienten-Outcomes (Symptomfreiheit, Zufriedenheit etc.) sollen zur Sicherung der Qualität erhoben und dokumentiert werden.

Was geht ambulant?

- Stufe 1-3 der Diagnostik,
- Aufklärung über notwendige Änderung der Lebensführung

Was geht stationär?

- Stufe 4 der Diagnostik,
- Therapieeinleitung

Was ist obsolet?

- Die Behandlung hypersomnischer Patienten ohne ausreichende differentialdiagnostische Klärung der Ursachen der Hypersomnie und ohne Dokumentation der Hypersomnie bzw. des diesbezüglich erreichten Therapieerfolges.
- Jeder chirurgische Eingriff ohne ausreichende kardiorespiratorische polysomnographische Diagnostik, bzw. ohne Ermittlung des Risikoprofils.
- Jede Einleitung einer nasalen Ventilationstherapie ohne ausreichende vorangegangene Diagnostik und ohne Dokumentation des Therapieerfolgs oder ohne Langzeitbetreuung.
- Die Anwendung aller nicht zuverlässigen Therapieverfahren bei erkennbarer Gesundheitsgefährdung durch OSAHS.

Dr. med. Holger Hein, Großhansdorf (Sprecher)

Priv. Doz. med. Friedhart Raschke, Norderney (Stellvertretender Sprecher)

Erarbeitet von der Wissenschaftlichen Sektion "Nächtliche Atmungs- und Kreislaufstörungen" der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP), unter Mitarbeit der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM).
Erstellungsdatum: 9. April 2001; Überprüfung geplant: Frühjahr 2003