

Schlafapnoe – wann ist ein Screening sinnvoll?

Experten befürworten ein Screening mit einfachen Messgeräten

Schlafapnoe stellt bei schwerer Ausprägung ein gravierendes Gesundheitsrisiko dar. Vor allem Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes leiden häufig an atembezogenen Schlafstörungen. Deshalb sei ein Screening bei diesen Risikopatienten ratsam, meinten Experten anlässlich eines Symposiums auf dem Jahreskongress der European Respiratory Society (ERS) im September in Wien.

UWE BEISE

Menschen mit Schlafapnoe haben ein deutlich erhöhtes (kardiovaskuläres) Mortalitätsrisiko. Das gilt vor allem für Patienten mit einer schweren Atemstörung, das heisst einem Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) über 30. Besonders häufig treten schlafbezogene Atemstörungen im Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungen auf. Nach Darstellung von Professor Patrick Levy, Schlafmedizinische Abteilung der Universität Grenoble, ist die Prävalenz besonders hoch bei Patienten mit kardiovaskulären Krankheiten wie Arrhythmien (AV-Block, Sinusknotendysfunktion) und Herzinsuffizienz. Zudem gilt die Schlafapnoe heute als wichtigste Ursache der sekundären Hypertonie. Nach Levy leiden, bis zu 80 Prozent der Patienten mit therapieresistentem Bluthochdruck unter einer obstruktiven Schlafapnoe. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko haben auch adipöse Menschen und Typ-2-Diabetiker. Bei all diesen Patienten sei der Arzt aufgefordert, aktiv nach den drei Kardinalsymptomen zu fragen: lautes Schnarchen, vom Partner bemerkte aussetzende Atmung und Tagesschläfrigkeit.

Allerdings, so Levy, habe sich gezeigt, dass man sich gerade bei Patienten mit kardiovaskulären Krankheiten nicht allein auf die Schlafapnoesympptome verlassen könne. Oft komme man mit der Anwendung der Epworth-Schläfrigkeitsskala (ESS) nicht weiter. Levy wies darauf hin, dass beispielsweise Patienten mit Schlafapnoe und Herzinsuffizienz kaum unter Tagesschläfrigkeit leiden, obwohl auch sie weniger (gut) schlafen. Wahrscheinlich verhindert eine Aktivierung des Sympathikus die Müdigkeit tagsüber. Ähnlich verhält es sich bei Diabetikern: In der AHEAD-Studie mit adipösen Typ-2-Diabetikern zeigte sich, dass die ESS nicht gut geeignet war, eine Schlafapnoe zu diagnostizieren. An vier Zentren war bei 306 Patienten eine Polysomnografie (PSG) durchgeführt worden. Dabei zeigte sich, dass 30 Prozent einen AHI zwischen 15 und 30 aufwiesen, 22 Prozent einen AHI über 30.

Screening ohne Polysomnografie

Angesichts solcher Daten sprach sich Levy für ein gezieltes Screening bei Risikopatienten aus. Zum Kreis der Kandidaten zählte er auch Berufskraftfahrer, sofern bei ihnen Symptome wie Tages-

schläfrigkeit auftraten. Inzwischen hat sich offenbar die Auffassung durchgesetzt, dass eine Polysomnografie in einem Schlaflabor in den meisten Fällen nicht unbedingt erforderlich ist, um die Diagnose einer Schlafapnoe zu stellen. Lediglich in unklaren Fällen oder bei Verdacht auf weitere Schlafstörungen sei die PSG unverzichtbar, meinte Levy. Ansonsten lieferten ambulante Messverfahren, die immer zahlreicher auf den Markt drängen, durchaus brauchbare Ergebnisse. Levy verwies auf eigene Untersuchungen, nach denen beispielsweise selbst die simple Oxymetrie, mit der die Sauerstoffsättigung im peripheren Blut gemessen wird, als Screeningverfahren geeignet sei. Die Sensitivität und Spezifität des Verfahrens liegt laut Levy bei mindestens 80 Prozent. Auch die periphere arterielle Tonometrie (PAT) liefere bei Patienten mit einem AHI von über 10 zuverlässige Hinweise auf eine Schlafapnoe. Allerdings räumte Levy ein, dass die Studienlage zum Nutzen des Schlafapnoe-Screenings noch unbefriedigend sei. Ein Screening hat bekanntlich nur dann Sinn, wenn auch Erfolg versprechende Therapieoptionen bestehen. Professor Daniel Rodenstock von der Universität Brüssel meinte, die einzige wirklich aussichtsreiche Behandlung sei die CPAP-Beatmung, die seiner Meinung nach jedem Patienten mit einem AHI über 20 angeboten werden sollte. Die Methode habe sich, zumindest zeigen dies Daten aus den USA, als kosteneffektiv erwiesen. Während ihr Nutzen, nämlich ein reduziertes Mortalitätsrisiko, unbestritten ist, besteht das Problem nicht selten darin, dass die Patienten die lebenslang erforderliche Behandlung nicht akzeptieren oder bald abbrechen. Eine Gewichtsabnahme bei Adipösen kann nach den Erfahrungen von Rodenstock «nur eine Handvoll Patienten dauerhaft halten». ■

Uwe Beise

Interessenkonflikte: keine

Hinweis: Mehr zum ERS-Kongress finden Sie im beiliegenden Sonderreport Pneumologie.