

Der schlafgestörte Patient

Bei der Abklärung von schlafgestörten Patienten spielt die Anamnese eine zentrale Rolle. Dabei kann man sich durch Fragebogen leiten lassen. Von grosser Wichtigkeit ist die Unterscheidung zwischen Müdigkeit und Schläfrigkeit. Letztere ist mit der Schlafqualität korreliert und in Testverfahren messbar. Die Müdigkeit hingegen ist ein unspezifisches Symptom bei unterschiedlichsten somatischen und psychischen Störungen.

L'anamnèse joue un rôle central dans l'investigation des patients présentant des troubles du sommeil. Il existe des questionnaires permettant de guider l'interrogatoire. L'importance de distinguer la fatigue de la somnolence est capitale. Cette dernière est corrélée à la qualité du sommeil et mesurable par des tests. Au contraire, la fatigue est un symptôme non spécifique existant dans des troubles somatiques et psychiques très divers.

Peter Ramser¹

Epworth-Schläfrigkeitsskala

Mit 8 Fragen wird die Wahrscheinlichkeit des Einnickens am Tag erhoben und mit einem Zahlenwert von 0 bis 3 bewertet. Die Addition ergibt eine Gesamtpunktzahl zwischen 0 und 24. Der Normalbereich liegt bei 6 (\pm 3). Dieser Test ist schnell gemacht und weist eine hohe Validität auf. Bei einem Punktwert über 10 liegt eine Tagesschläfrigkeit vor, über 14 eine exzessive Tagesschläfrigkeit, die in der Regel zu erheblichen beruflichen, privaten und sozialen Einschränkungen führt. Weist ein schlafgestörter Patient eine erniedrigte Punktzahl (<2) auf, so könnte bei Ein- und Durchschlafstörungen eine psychogene oder psychoreaktive Insomnie

vorliegen. Die Anamnese sollte dann in diese Richtung geführt werden, wobei auch an die Möglichkeit eines Restless-legs-Syndroms gedacht werden muss (auf der Homepage www.restless-legs.ch kann ein praxistauglicher Fragebogen herunter geladen werden).

Das obstruktive Schlafapnoesyndrom (OSAS)

Es ist sehr verbreitet und von grosser Tragweite. Der Schweregrad des OSAS wird mit dem *Apnoe-Hypopnoe-Index = AHI* (Ereignishäufigkeit pro Stunde Schlaf) angegeben. Der AHI korreliert aber nicht immer mit der Ausprägung der Symptomatik, und es gibt auch nicht-apnoische Schlafapnoesyndrome. Ein AHI von 5–20 weist auf ein leichtgradiges, ein AHI von 20–40 auf ein mittelgradiges und ein AHI >40 auf ein schweres Schlafapnoesyndrom hin. Leichtere Schlafapnoesyndrome sind abgesehen von lästigem Schnarchen oft oligosymptomatisch und nicht zwingend abklärungsbedürftig. Nur wenn die Atempausen von längerer Dauer sind (>30 sec.), kann mit einer sicheren Darstellung der Schlafapnoe in der *Pulsoxymetrie* gerechnet werden. Kürzere Pausen führen bei physiologischen pulmonalen Verhältnissen oft nur zu insignifikanter Entsättigung (<4%), so dass die Pulsoxymetrie nur bei Berücksichtigung des klinischen Kontexts eine brauchbare Screening-Methode darstellt. Eine weitergehende Abklärung einer möglichen Schlafapnoe mittels *Respiratorischer Polygraphie*

Epworth-Schläfrigkeitsskala

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen?

0 = würde niemals einnicken

1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken

3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

1. im Sitzen lesen

2. beim Fernsehen

3. ruhiges Sitzen an einem öffentlichen Ort (z. B. Theater oder Versammlung)

4. als Mitfahrer in einem Auto, während einer Stunde Fahrt ohne Unterbrechung

5. sich nachmittags zum Ausruhen hinlegen, wenn es die Umstände erlauben

6. mit jemanden zusammensitzen und sich unterhalten

7. ruhiges Sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol

8. in einem Auto, während man für wenige Minuten im Verkehr anhält

¹ Workshop vom 21. 10. 2004 am SGAM-Kongress in Bern;
Moderator: Dr. Markus Winzeler, Pneumologie FMH, Bern;
Co-Moderator: Dr. Peter Ramser, Innere Medizin FMH, Bern.

oder *Polysomnographie* ist dann sinnvoll, wenn deutliche Beschwerden aus dem breiten OSAS-assoziierten Symptomenkreis vorliegen. Leitsymptome sind das beobachtete unregelmässige Schnarchen – mit oder ohne Pausen – und die Tagesschläfrigkeit. Häufige Symptome sind nächtliches Erwachen mit Atemnot und Herzklopfen, morgendliche Unausgeschlafenheit, eventuell Kopfweh, Nykturie, Nachtschweiss, nächtlicher gastro-ösophagealer Reflux, depressive Verstimmungen und Fehlleistungen bzw. Konzentrationsstörungen am Tag, Arbeits- und Verkehrsunfälle. Bei längerer Krankheitsdauer kommt es in 50% zu einer Hypertonie (Blutdruck ist am Morgen eventuell höher als am Abend). Bei Patienten mit therapieresistenter Hypertonie, koronarer Herzkrankheit oder Hirnschlag ist die Schlafapnoe-Prävalenz besonders hoch.

CPAP oder Chirurgie?

Für mittlere und schwere Fälle hat sich die CPAP-Therapie (continuous positive airway pressure) bewährt. Diese Therapie ist bei den besprochenen Fällen auch in der Langzeitanwendung in subjektiver und objektiver Hinsicht erfolgreich. Einer unserer Patienten benutzt das Gerät seit 9 Jahren. Liegen bei einem behandlungsbedürftigen OSAS anatomische Verengungen der oberen Luftwege vor, können allenfalls chirurgische Eingriffe (Nasenseptum, Gaumensegel, Uvula, Tonsillen) bzw. kieferorthopädische Apparaturen hilfreich sein.

OSAS: Beispiele aus der Praxis

Herr K.L., 1933: Seit 1985 behandelte Hypertonie, Adipositas. 1996 erstmals Verdacht auf OSAS: Schnarchen, «Aussetzer», nächtliches Erwachen, Monotonie-Intoleranz. Die Pulsoxymetrie bestätigt die Verdachtsdiagnose, allerdings finden sich keine gefährlichen Desaturationen, so dass mit einer Therapie zugewartet wird. Empfehlung zur Gewichts-

reduktion. Vier Jahre später hat sich die Situation verschlechtert: Zwar besteht noch keine exzessive Tagesschläfrigkeit, aber der Patient ist morgens unausgeschlafen, und die Leistungsfähigkeit ist vermindert. Die antihypertensive Therapie muss intensiviert werden. In der Schlafuntersuchung findet sich nun ein stark desaturierendes OSAS mit einem Apnoe-Hypopnoe-Index von 59/h und mit Atempausen bis 100 sec. Einleitung der CPAP-Behandlung mit rascher subjektiver Besserung. Die antihypertensive Therapie kann in der Folge reduziert werden.

Herr H.R.K., 1925: Bei diesem adipösen Patienten mit COPD zeigt sich die Wichtigkeit der *Fremdanamnese*. Er selber bezeichnete sich als beschwerdefrei, die Ehefrau bemerkte eine Wesensveränderung mit Verlangsamung, Schläfrigkeit und Konzentrationsstörungen. Alarmiert wurde sie durch zunehmende Probleme beim Autofahren, welche schliesslich zu einer Kollision führten. Die neurologischen Befunde und der Mini Mental Status waren normal. Die Schlafuntersuchung ergab einen AHI von 46. Einleitung der CPAP-Behandlung. Gute Besserung der Vigilanz und der mentalen Funktionen.

Herr P.Z., 1947: Hier imponiert die *lange Latenz* bis zur Diagnose. Langjährige Anamnese mit invalidisierender Diarrhoe bei Kollagenkolitis, reaktive Depression, hypertensive Kardiopathie, Adipositas, Refluxösophagitis. Die 10 Jahre bestehende Tagesschläfrigkeit wird wohl als Müdigkeit im Rahmen der Depression fehlgedeutet. Bei der Abklärung findet sich ein Epworth-Index von 19! Die Schlafuntersuchung ergibt ein mittelschweres OSAS und eine therapieresistente Hypertonie. Nachweis auch einer psychogenen Schlafstörung. Die CPAP-Therapie ist schwierig einzuleiten, insgesamt aber erfolgreich: Verbesserung bezüglich Tagesschläfrigkeit, Hypertonie und Depression.

Dr. med. Peter Ramser
Tellstrasse 32
CH-3014 Bern
peter_ramser@hotmail.ch