

Adipöser Schnarcher mit Tagesmüdigkeit

Diagnostische und therapeutische Überlegungen

von Thomas Hering

Ein Patient stellt sich wegen gesteigerter Tagesmüdigkeit vor. Seine Ehefrau berichtet über Schnarchen und Atempausen ihres Ehemannes, die sie wegen ihrer Länge beunruhigten („... ich habe Angst, dass er wegbleibt...“). Er berichtet, in beruflich bedingten, langweiligen Sitzungen teils regelrecht eingeschlafen zu sein. Es bestehe eine gewisse Belastungsdyspnoe. Er müsse beim Treppensteigen nach zwei Etagen eine Pause einlegen.

Anamnese

Der Patient berichtet über eine in den vergangenen Jahren langsam zunehmende Neigung zur Tagesmüdigkeit. Am Morgen fühle er sich teils „wie gerädert“ und könne „gleich weiterschlafen“. Es besteht eine koronare Herzkrankheit sowie eine arterielle Hypertonie mit typischer Medikation (Lipid-Senker, ASS, ACE-Hemmer). Seit sechs Jahren sei er Exraucher (insgesamt 25 Packungsjahre), seither habe er sukzessive etwa zehn Kilogramm zugenommen. Keinerlei sportliche Aktivitäten. Alkohol: ca. ein Bier pro Tag, keine regelmäßige Sedativa-Anwendung. Er trinkt mehr als fünf Tassen Kaffee pro Tag.

Klinischer Untersuchungsbefund

Adipöser Patient (BMI 31,5). Fettverteilung mit Betonung der Halsregion („große Kragenweite“). Der Auskultationsbefund von Herz und Lungen ist altersgerecht normal. Die Inspektion des Schlundes zeigt nur eine etwas vergrößerte Uvula. Lediglich die Rachen-Hinterwand zeigt sich etwas gefälzelt (sogenanntes „Webbing“). Die Tonsillen-Logen sind unauffällig.

Polygraphie-Befund

Mit dem Sechs-Kanal-Schlafapnoe-Screening-Polygraphen, den der Patient

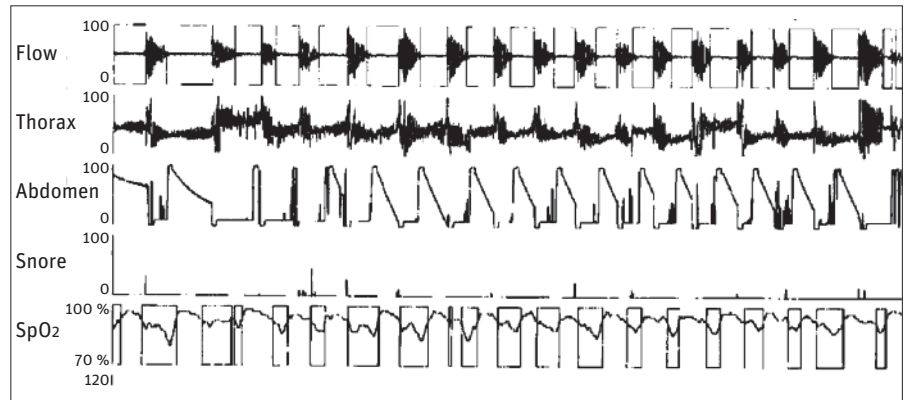


Abbildung 1 - Ausschnitt einer Polygraphie-Aufzeichnung mit periodischen Atempausen und assoziierten Sauerstoff-Desaturationen bei erhaltenen Atemanstrengungen. Quelle: Hering

für eine Nacht erhielt, wird ein mittelschweres Schlafapnoesyndrom detektiert (Ausschnitt siehe Abbildung oben). Es finden sich Apnoen und Hypopnoen mit einem Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) von 35 Er-

eignissen pro Stunde. Tiefste Desaturationen erreichen 72 Prozent SAO_2 .

Dr. Thomas Hering ist niedergelassener Arzt für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin in Berlin.

Professor Dr. Malte Ludwig, Chefarzt der Abteilung Angiologie und Phlebologie – Gefäßzentrum Starnberger See – sowie der Abteilung Innere Medizin am Benedictus Krankenhaus Tutzing, koordiniert und begleitet die Reihe inhaltlich.

Kurzanleitung zur „Zertifizierten Kasuistik“

Hinweis: Die 2 Fortbildungspunkte können über das System des Einheitlichen Informationsverteilers (EIV) Ihrem Punktekonto bei der Ärztekammer gutgeschrieben werden. Es werden Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer, die Veranstaltungsnummer und die Anzahl der Punkte übermittelt.

via Rheinisches Ärzteblatt

Im ersten *Rheinischen Ärzteblatt* des Quartals werden jeweils veröffentlicht: der einführende Artikel zum Thema, der Fragenkatalog und die Lernerfolgskontrolle mit Bescheinigung. Ausführliche Informationen zur Differenzialdiagnostik werden im Internet www.aekno.de in der Rubrik *Rheinisches Ärzteblatt/Fortbildung/Weiterbildung* im Anschluss an den Artikel veröffentlicht.

Zum Erwerb der Fortbildungspunkte müssen mindestens 70 Prozent der Fragen richtig beantwortet werden. In dem Fall können die Fortbildungspunkte über den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) dem elektronischen Punktekonto des Arztes bei seiner Ärztekammer automatisch gutgeschrieben werden, falls die Einheitliche Fortbildungsnummer/Barcode auf die Lernerfolgskontrolle aufgeklebt und das Einverständnis zur Datenübermittlung mit einem Kreuzchen dokumentiert worden ist.

Einsendeschluss: Die Lernerfolgskontrolle muss spätestens bis **Donnerstag, 29. August 2013** per Fax oder per Post eingegangen sein (Poststempel).

Fax: 0211 4302-5808,
Postanschrift: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf.

Auflösung: im *Rheinischen Ärzteblatt* 9/2013 in der Rubrik Magazin.

via www.aekno.de

Die Zertifizierte Kasuistik findet sich auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein unter www.aekno.de/cme.

Anmeldung: Erstmalige Registrierung mit Nachnamen, Arztnummer, Einheitlicher Fortbildungsnummer (falls vorhanden) und einer aktuellen E-Mail-Adresse. An diese werden die Zugangsdaten geschickt. Die zukünftige Anmeldung erfolgt über Nachnamen und die per E-Mail übermittelte Benutzer-ID.

In dem geschlossenen Bereich finden sich

- der einführende Artikel zum jeweiligen Thema,
- die ausführlichen medizinischen Informationen und
- der Fragekatalog inklusive Evaluation.

Fragenkatalog zur Zertifizierten Kasuistik „Adipöser Schnarcher mit Tagesmüdigkeit“

1. Um welche Erkrankung handelt es sich in der vorliegenden Kasuistik?

- a) Obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS)
- b) Asthma bronchiale
- c) Akute Pneumonie
- d) Linksherzinsuffizienz
- e) Obesity Hypoventilation

2. Die in der Kasuistik vorliegende Erkrankung ist gekennzeichnet durch:

- a) Ein- und Durchschlafstörungen. Diese stellen die Schlüssel-symptomatik dar.
- b) Gehäuftes Auftreten bei Allergikern (Heuschnupfen-Patienten).
- c) Vermehrtes Auftreten bei Adipositas (große „Kragenweite“).
- d) Vermehrtes Auftreten bei Frauen. Das Schlafapnoesyndrom ist bei Männern eher selten.
- e) Gehäuftes Auftreten im Kindes- und Jugendalter.

3. Welches assoziierte Risiko trifft für die in der Kasuistik vorliegende Erkrankung zu?

- a) Patienten mit OSAS haben häufig auch ein sogenanntes restless-legs-Syndrom.
- b) Patienten mit unbehandeltem Schlafapnoesyndrom (Altersgruppe über 60 Jahre) haben ein zweifach erhöhtes Sterberisiko gegenüber Patienten mit regelrechter CPAP-Therapie.
- c) Patienten mit koronarer Herzkrankheit/Herzinfarkt/Apoplex haben seltener ein OSAS.
- d) Patienten mit OSAS haben ein gesteigertes Risiko, sich durch Schlafwandeln (Somnambulismus) zu verletzen.
- e) OSAS-Patienten sind eher Angehörige der gut ausgebildeten Schicht (Akademiker).

4. Welche der nachfolgend genannten Behandlungsmaßnahmen trifft für die in der Kasuistik vorliegende Erkrankung zu?

- a) Bei Patienten, die ihre Atempausen/Sauerstoff-Desaturationen verstärkt in Rückenlage haben (Nach-Hinten-Fallen der Zunge) reicht zur Therapie die Einhaltung der konsequenten Seitenlage (dieses kann über Hypnose-Therapie erlernt werden) in der Regel aus.
- b) Die Medikation mit Theophyllin kann für leichte und mittelschwere Schlafapnoe-Patienten eingesetzt werden.
- c) Die nachhaltige Gewichtsreduktion (Ziel: Normalgewicht) ist langfristig bei der Mehrzahl der Fälle adipöser Schlafapnoe-Patienten die entscheidende Maßnahme, die Erkrankung zu reduzieren bzw. sogar zu beseitigen.
- d) Der konsequente Verzicht auf Alkohol und Sedativa reicht auch bei mittelschweren bis schweren Schlafapnoesyndromen in der Regel aus, um die Erkrankung zu behandeln: Apnoen/Hypopnoen treten dann meist nicht mehr auf.

- e) Weibliche OSAS-Patienten verlieren die Erkrankung meist in der Menopause: diese sollte also zunächst abgewartet werden.

5. Welche der nachfolgend genannten speziellen Behandlungsmaßnahmen trifft für die in der Kasuistik vorliegende Erkrankung zu?

- a) Am häufigsten und sichersten kann das OSAS durch operative Behandlung (Kürzung des Zäpfchens (Uvula) bzw. Tonsillektomie) behandelt werden.
- b) Durch Hypnose-Therapie kann der Muskeltonus des Schlundes soweit angehoben werden, dass bei leichten bis mittelschweren Schlafapnoe-Patienten Atempausen unter die Schwelle von 10/Std. sinken.
- c) Die Einleitung der apparativen Therapie mit CPAP (meist ca. 7–9 mbar) stellt die verlässlichste Behandlung des OSAS dar. Die apparative Therapie muss annähernd 7 von 24 Stunden genutzt werden.
- d) Eine Kombination aus Akupunktur und Magnetresonananztherapie hat erste vielversprechende Ergebnisse zur Behandlung des Schlafapnoesyndroms erbracht.
- e) Hypnosebehandlung zum Training der Seitenlage im Schlaf stellt eine Therapiealternative zur CPAP-Therapie dar.

6. Woran orientiert sich der Schweregrad der für die Kasuistik zutreffenden Erkrankung?

- a) Der Schweregrad des OSAS bemisst sich nach dem AHI (Apnoe-Hypopnoe-Index (Ereignisse/Std.)), der Tiefe der Sauerstoff-Desaturationen sowie dem Grad der Tagesmüdigkeit (kann standardmäßig z. B. mit der Epworth-Sleepiness-Scale erfasst werden).
- b) Moderater Alkoholkonsum („Schoppen zur Nacht“) bessert die Schlafarchitektur und führt zu einer Verringerung der Einschlafneigung und Tagesmüdigkeit am Folgetag.
- c) Die kardiovaskuläre Komorbidität spielt bei der Bewertung der Therapieindikation und -dringlichkeit keine wesentliche Rolle.
- d) Durch paradoxe Intervention mittels Schlaf-Restriktion kann das OSAS nachhaltig gebessert werden.
- e) OSAS-Patienten ohne Beschwerden im Sinne von Tagesmüdigkeit brauchen nicht behandelt zu werden, da von ihnen keine Unfallgefahr ausgeht.

7. Welche Aussage trifft für das OSAS zu?

- a) Eine arterielle Hypertonie mit Steigerung des Blutdrucks vor allem während der Nacht- und in den Morgenstunden (Langzeitblutdruckmessung mit fehlendem Morgen-Dipp) schließt das Vorliegen eines OSAS mit hoher Sicherheit aus.
- b) Reines sogenanntes habituelles Schnarchen ohne assoziierte Atempausen kann auch bei Patienten mit OSAS vorkommen (abhängig von der Körperlage). Es schließt das Vorliegen eines behandlungsbedürftigen OSAS nicht aus.
- c) Beim älteren Patienten ist eine gesteigerte Tagesmüdigkeit insbesondere in den Vormittagsstunden in aller Regel einer

Altersdepression zuzuschreiben. In diesen Fällen muss eine OSAS-Diagnostik nicht veranlasst werden.

- d) Die HNO-ärztliche Diagnostik bei OSAS ist ohne Konsequenz (in der Regel keine operative Konsequenz) und kann deswegen weggelassen werden.
- e) Wenn beim OSAS das Schnarchen im Vordergrund steht, reicht zur Behandlung ein HNO-ärztlicher Eingriff am weichen Gaumen (UPPP oder LAUP) aus.

8. Welche weitere Aussage trifft für die in der geschilderten Kasuistik Erkrankung zu?

- a) Die Sechs-Kanal-Polygraphie mit Aufzeichnung von Atemfluss, Scharchgeräusch, Sauerstoffsättigung und Herzfrequenz sowie Atemanstrengung von Thorax und Abdomen reicht aus, um eine OSAS zu diagnostizieren. Eine Diagnosesicherung im Schlaflabor ist in der Regel nicht erforderlich.
- b) Die kardiorespiratorische Polysomnographie gilt als Goldstandard der OSAS-Diagnosesicherung. Neben den Parametern der Atmung (Fluss, Schnarchen, Sauerstoffsättigung, Atemanstrengung und Herzfrequenz) wird insbesondere der Schlaf selbst erfasst (Ableitung des EEG/EMG) und so eine Bewertung der Schlafarchitektur (Anteile von Tiefschlaf und REM-Schlaf, Grad der Fragmentierung des Schlafes) ermöglicht.
- c) Bei polygraphisch gesichertem OSAS kann die apparative Therapie eingeleitet werden. Es genügt die einfache Rezeptierung eines CPAP-Gerätes mit durchschnittlicher Druckeinstellung 8 mbar (Versorgung durch die Krankenkasse).
- d) Wenn ein OSAS gesichert ist, können weitere differenzialdiagnostisch mögliche Ursachen der Tagesmüdigkeit – zum Beispiel periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMS) – außer Acht gelassen werden, da das OSAS in aller Regel das Geschehen dominiert.
- e) Die CPAP-Therapie des OSAS kann und sollte pausiert werden, wenn eine Erkältung die Nasenatmung behindert.

9. Welche Konsequenz hat eine erhebliche Tagesmüdigkeit für den Betroffenen?

- a) Patienten mit verstärkter Tagesmüdigkeit als Symptom ihrer schlafbezogenen Atmungsstörungen sollen aufgefordert werden,

vermehrt starken Kaffee zu trinken. Insbesondere in den Abendstunden soll mehr Kaffee getrunken werden, um die Tagesmüdigkeit abzuwenden.

- b) Wenn eine erhebliche Tagesmüdigkeit mit Einschlafneigung zum Beispiel beim Autofahren anamnestisch erkennbar wird, muss der Patient bis zur Einleitung einer effektiven Therapie ein Fahrverbot erhalten. Dieses muss in eindeutiger Weise in der Patientendokumentation festgehalten werden und sollte von Dritten (Pflegepersonal/Medizinische Fachangestellte) bezeugt werden.
- c) Hoch dosierte Gabe von Theophyllin (< 2500 ml/Tag) ist für die gesteigerte Tagesmüdigkeit oft eine adäquate und hinreichende Therapiemaßnahme.
- d) Wenn Tagesmüdigkeit im Vordergrund steht, sollen Patienten mit OSAS aufgefordert werden, ihre Schlafdauer über das gewohnte Maß zu steigern. In der Regel sollen etwa 9 von 24 Stunden geschlafen werden.
- e) Wenn beim OSAS die Tagesmüdigkeit dominiert, kann anstelle der CPAP-Therapie eine medikamentöse Stimulation mit Modafinil (Vigil®) verordnet werden.

10. Welche Aussage für die Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen trifft zu?

- a) Gewichtsreduktion ist bei adipösen Patienten mit OSAS in der Regel ohne therapeutischen Effekt: Es ist sinnlos, Patienten aus diesem Grunde zu einer nachhaltigen Gewichtsreduktion anzuhalten.
- b) Unterkiefer-Protrusionsschienen sind für die Behandlung zentraler schlafbezogener Atmungsstörungen wie insbesondere der Herzinsuffizienz-bedingten Cheyne-Stokes-Atmung das Mittel der Wahl.
- c) Unterkiefer-Protrusionsschienen sind für die Behandlung milder schlafbezogener Atmungsstörungen mit im Vordergrund stehender Schnarch-Symptomatik bei intaktem Gebiss eine akzeptable Alternative zur CPAP-Therapie.
- d) Amphetamine können zur Therapie des OSAS als Betäubungsmittel verordnet werden und können die apparative Therapie (CPAP-Therapie) nicht selten ersetzen.
- e) Neuere Forschungsergebnisse konnten zeigen, dass Baldriankonzentrat für OSAS als Behandlungsoption aussichtsreich ist.

Lernerfolgskontrolle und Bescheinigung der Zertifizierten Kasuistik zum Thema „Adipöser Schnarcher mit Tagesmüdigkeit“



 Titel, Vorname, Name (Bitte Druckbuchstaben)

 Straße, Hausnummer

 PLZ, Ort

Bitte füllen Sie die Lernerfolgskontrolle aus und unterzeichnen Sie die Erklärung.

Einsendeschluss: Donnerstag, 29. August 2013 per Fax oder Post(Poststempel)

Faxnummer: 0211 4302-5808

Postadresse: Nordrheinische Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Lernerfolgskontrolle

Zertifizierte Kasuistik „Adipöser Schnarcher mit Tagesmüdigkeit“ (*Rheinisches Ärzteblatt 7/2013*)

Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen

Frage	Antwort	a)	b)	c)	d)	e)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Erklärung: Ich versichere, dass ich die Fragen selbst und ohne fremde Hilfe beantwortet habe.

 Ort, Datum, Unterschrift

Bescheinigung (wird von der Ärztekammer Nordrhein ausgefüllt)

- Hiermit wird bescheinigt, dass bei der Lernerfolgskontrolle mindestens 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden. Für die Zertifizierte Kasuistik werden 2 Fortbildungspunkte angerechnet.
- Die Fortbildungspunkte können nicht zuerkannt werden, da weniger als 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden.

Auflösung im *Rheinischen Ärzteblatt* September 2013 in der Rubrik Magazin.

Düsseldorf, den _____
 (Datum, Stempel, Unterschrift) **Diese Bescheinigung ist nur mit Stempel gültig.**

Hier Teilnehmer EFN-Code aufkleben

(Eine Weitergabe der erworbenen Punkte ist nur bei aufgeklebtem Barcode möglich)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Fortbildungspunkte über den EIV meinem elektronischem Punktekonto auf elektronischem Wege gutgeschrieben werden.