

Schlafstörungen im Überblick unter bes. Berücksichtigung schlafbezogener Atmungsstörungen

Dr. Peter Hannemann, Pneumologische Klinik des AKH Celle, Tage der Funktion, Jena, 06.11.2010

Das **Schlafapnoe-Syndrom** wurde erstmals 1969 beschrieben. Ursache ist die physiologische Erschlaffung der Schlundmuskulatur im Schlaf, die bei prädisponierten Patienten zu einem vollständigen Verschluss des Rachens und damit zu einem Atemstillstand führt. Der Atemstillstand führt zu einer Weckreaktion (Arousal), die vom Patienten normalerweise nicht wahrgenommen wird. Dadurch kommt es wieder zu einer Anspannung der Schlundmuskulatur, so dass der Rachen sich wieder öffnet und der Betroffene wieder atmen kann. Die Folge: der Schlaf vertieft sich erneut und es kommt erneut zu einem Verschluss des Rachens.

Ein Schlafapnoe-Syndrom liegt vor, wenn 5 oder mehr Apnoen (Definition: Flow an Nase oder Mund < 20% der Normalatmung, Dauer > 10 Sekunden) oder Hypopnoen (Definition: Abnahme der Atmungsamplitude mit nachfolgendem Abfall der Sauerstoffsättigung [bis 30 Sek. nach der HP] um mindestens 3% oder einem nachfolgenden Arousal) pro Stunde nachweisbar sind und diese Apnoen oder Hypopnoen Krankheitssymptome verursachen.

2-5 % der erwachsenen Bevölkerung leiden an einem Schlafapnoe-Syndrom. Eine schwere Schlafapnoe liegt bei 0,3 bis 1 % vor. Männer sind häufiger betroffen als Frauen (2:1). Die Häufigkeit des Schlafapnoe-Syndroms nimmt mit dem Alter zu.

Risikofaktoren für eine Schlafapnoe sind: Übergewicht, Alkohol, Schlaf in Rückenlage, familiäre Häufung, REM-Schlaf, Schlafentzug, Schnarchen, Rauchen, Gesichts- oder Rachenanomalien.

Symptome eines Schlafapnoe-Syndroms sind: unregelmäßiges lautes Schnarchen mit Atempausen, ausgeprägte Tagesmüdigkeit mit Einschlafneigung, morgendliche Abgeschlagenheit, intellektueller Abbau, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Persönlichkeitsveränderungen.

Für die Folgen der Schlafapnoe sind die Sympathikus-Aktivierung (Folge: →systemische Vasokonstriktion, Herzrhythmusstörungen, Pulmonaler Hochdruck, Rechtsherzinsuffizienz), die repetitiven Sauerstoff-Entsättigungen (→nächtl. arterieller Hochdruck → kardiovaskuläres Risiko↑, zerebrovasculäres Risiko↑) und die Schlafragmentierung (→ Tagesmüdigkeit, Leistungsvermögen↓, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörung) verantwortlich. Man geht davon aus, dass Schlafapnoe-Patienten aufgrund ihrer Tagesmüdigkeit ein 3- bis 7fach höheres Unfallrisiko haben.

Inzwischen gilt als nachgewiesen, dass die Schlafapnoe die Risiken für die Entstehung eines Bluthochdruck, einer Koronaren Herzkrankheit sowie für eine Rechtsherzbelastung erhöhen (Bluthochdruck: AHI 5-15: →Risiko verdoppelt, AHI > 15: →Risiko verdreifacht. Koronare Herzkrankheit: →1,3 faches Risiko, unabhängig von der Höhe des AHI. Rechtsherzbelastung: →Risiko nur erhöht, wenn weitere Lungen- oder Bronchialkrankheiten vorliegen)

Die Behandlungsziele bei Schlafapnoe bestehen in der Beseitigung der subjektiven Beschwerden, der Senkung des Mortalitätsrisikos, der Beseitigung pathologischer Organfunktionen, der Verhinderung bzw. Beseitigung psychosozialer Konfliktsituationen und der Senkung der Unfallhäufigkeit im Strassenverkehr.

Als Behandlungsmöglichkeiten stehen schlafhygienische Maßnahmen, ggf. das Schlafen nur in Seitlage, die CPAP-Behandlung, eine Gewichtsabnahme bei Übergewicht und die Versorgung mit einer Unterkiefer-Protrusionsschiene zur Verfügung.

Differentialdiagnostisch sind folgende Krankheitsbilder abzugrenzen:

1) Upper Airway Resistance Syndrom (Obstruktives Schnarchen)

Polysomnographie: Kein Nachweis von Apnoen/ Hypopnoen, aber: Schnarchen mit Nachweis zunehmender Atemanstrengung, die zu einer Weckreaktion führt (atemanstrengungsbezogenes Arousal).

2) Cheyne-Stokes-Atmung (periodische Atmung)

lässt sich bei 45-66% der Patienten mit Herzinsuffizienz nachweisen; Pat. mit Herzinsuffizienz und Cheyne-Stokes-Atmung haben ein 2-3fach erhöhtes Mortalitätsrisiko in den nächsten 2 Jahren. Die erfolgreiche Behandlung senkt die Mortalität um bis zu 40 %.

3) Restless-Legs-Syndrom

In Deutschland leiden 9,4 % der über 65 jährigen an einem RLS, wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind. Charakteristisch sind Muskelzuckungen der Beine, v.a. abends und nachts, die alle 20-30 Sekunden auftreten und mehrere Minuten andauern können. Meist ist es notwendig, aufzustehen und umherzugehen, um eine deutliche Linderung der Beschwerden zu erzielen.

4) Narkolepsie

Anamnestiche Kriterien:

- Übermäßige Schläfrigkeit (unwillkürliches Einnicken nahezu täglich über 3 Monate)
- Plötzlicher, kurzer Verlust der Muskelkontrolle, ausgelöst durch starke Emotionen (=Kataplexie)
- Bewegungsunfähigkeit in der Einschlaf- oder Aufwachphase (=Schlafähmung)
- lebhaftes Bild- und Lautwahrnehmungen in der Einschlafphase (= hypnagoge Halluzinationen)

5) Insomnien/ Dyssomnien

30 - 35 % der erwachsenen Bevölkerung klagt über Schlafstörungen, bis zu 25 % dieser Pat. nehmen regelmäßig rezeptpflichtige Schlafmittel ein