

Emne: Obstruktiv Søvnåpnø	Dato: 1.3. 2009 Revision: 1.3. 2011	Retningslinje nummer:
Udarbejdet af: Philip Tønnesen, Preben Larsen, Jost Wessels, Terje Erdal Knudsen		Sider: 3

1.1. BAGGRUND

Respirationsforstyrrelser associeret med søvn omfatter obstruktiv søvnåpnø syndrom (OSAS G4732), central søvnåpnø (G4731) samt hypoventilation i forbindelse med fedme (Pickwick syndrom E66.2). En komplet liste over søvnrelaterede respirations sygdomme er vist i tabel 1, og i tabel 2 vises de relaterede behandlingskoder. Der er international enighed om, at håndtering af disse er en multidisciplinær opgave, der bør omfatte neurologer, otologer, lungelæger samt muligvis andre tilgrænsende specialer (endokrinologer, kardiologer, psykologer, pædiatere, psykiatere, diætister og obstetrikere). I de meste af Europa udredes og behandles OSAS på lungemedicinske afdelinger.

1.2. DEFINITION

Obstruktiv søvnåpnø-hypopnø syndrom

(OSAS) er en tilstand med gentagne natlige respirationspauser, som medfører arousals, hvorved der fremkommer generende dagtids søvnighed.

For at stille diagnosen skal patienten opfylde følgende kriterier: 1 og/eller 2 + 3.

1. Dagtidssøvnighed¹, engelsk: excessive day time sleepiness.
2. To eller flere:
 - a. respirationsforstyrrelser under søvn
 - b. gentagne vækninger fra søvn
 - c. utilstrækkelig søvn
 - d. dagtræthed²
 - e. koncentrationsbesvær
3. Natmonitorering demonstrerer mindst 5 åpnøer, hypopnøer eller PSG dokumenterede respiratory effort related arousals (RERAs) per times søvn.

1.3. FOREKOMST

OSAS er hyppigt forekommende, stærkt associeret til hjertekarsygdom, socialt og erhvervsmæssigt invaliderende, og har væsentligt samfundsmæssig betydning, både i relation til trafikrisiko, mistede arbejdsdage og livskvalitet.

Der er en prævalens af OSAS på omkring 2 - 4% blandt mænd på 40-60 år, mindre for øvrige aldersklasser og kvinder.

1.4. ÆTIOLOGI

De kortvarige hyppige sammenfald i øvre luftveje skyldes måske dyskoordination af innervationen af musklerne i larynx mens fedtaflejring i halsen i forbindelse med overvægt øger risikoen for luftvejskollaps ligesom indtag af sedativa og alkohol. Mekanisk obstruktion kan skyldes meget store tonsiller, meget stor tunge eller andre anatomiske forhold.

OSAS er stærkt associeret til overvægt. Ca. 50%

af patienter med BMI > 35 kg/m² har OSAS.

Endvidere har patienter med OSAS (og andre søvnrelaterede respirationsforstyrrelser) oftere en række sygdomme sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Der er påvist sammenhæng mellem OSAS og hypertension, kardiovaskulær sygdom og diabetes. OSAS er forbundet med øget morbiditet og muligvis mortalitet.

OSAS er ofte knyttet til sociale problemer på grund af dagtræthed og søvnanfald.

1.5. UDREDNING

1.5.1 Symptomer

OSAS forekommer især hos mænd, overvægtige, midaldrende, og med kort tyk hals.

Symptomerne er beskrevet ovenfor. De fleste snorker og partneren har ofte bemærket ophobede respirationspauser under søvn.

Sværhedsgraden af søvnighed beskrives i følgende termer:

1. Mild: Uønsket søvnighed i situationer der stiller krav om ringe opmærksomhed.
2. Moderat: Uønsket søvnighed i situationer der stiller krav om nogen opmærksomhed.
3. Svær: Uønsket søvnighed der stiller krav om aktiv opmærksomhed

1.5.2. Objektive fund

Kort, tyk hals med øget omfang

Kan falde i søvn i venteværelset

Mund og svælg inspiceres mht. passageforsnævring.

Oftest rekvireres otologisk speciallægeundersøgelse.

1.5.3. Parakliniske fund

Natregistrering

Ambulant polygrafi = cardiorespiratorisk monitoring (udelukkende vurdering af tilstedeværelse af søvnåpnø)

Der måles normalt følgende:

1. Oronasal flow. Dette registreres med engangskanyle
2. Abdomino-torakale bevægelser
3. Transkutan O₂ saturation på en finger, snorken med mikrofon og positionsmåler.

Såfremt der stadig er tvivl om diagnosen henvises oftest til neurofysiologisk afdeling mht. ambulant polysomnografi (vurdering af andre mulige søvnmedicinske sygdomme) evt. under indlæggelse.

Normalt anvendes følgende definitioner:

1. Åpnø og hypopnøvarighed 10 sekunder
2. Åpnø: reduktion i flow til 10%
3. Hypopnø: reduktion i flow til 50% kombineret med et fald i ilt saturationen på 3%

eller arousals.

Laveste normale ilt saturation: 92%. Antal desaturationer under 90% afrapporteres.

Søvnapnø-hypopnø-sværheden beskrives som:

1. Mild: 5 mAHI < 15/time
2. Moderat: 15 mAHI < 30/time
3. Svær: AHI > 30/time.

1.6. BEHANDLING

1.6.1. CPAP behandling

Indikation:

1. Moderat og svær søvnapnø: der foreligger et behandlingsbehov; patienten tilbydes normalt CPAP
2. Let søvnapnø: behandlingsindikationen er beskeden, men relativ hvis der foreligger: Komplicerende (neurologisk, hjerte-kar, hjerterytmeforstyrrelser, cerebrovaskulære, lungemedicinsk) sygdom, sværere isolerede desaturationer, sværere symptomer, sociale faktorer, herunder erhvervs-kørsel
3. Ingen søvnapnø: der er ikke behov for behandling Initiering af CPAP behandling

Der bør foreligge tilstrækkelig tid til instruktion, i praksis 45-60 minutter. Tilpasning af næsemasken er vigtig så luftspildet minimeres. Auto-CPAP apparater anvendes mere og mere men syntes ikke bedre end fast-tryks apparater. Trykket indstilles oftest på 4 - 16 cm vand tryk. Apparaterne er meget lydsvage og yderst stabile i drift. Ved udtørring af slimhinder kan fugter påsættes.

CPAP-behandling er omkostningseffektiv alene betinget af en reduktion af sygeligheden. Yderligere positiv effekt af behandling i relation til sociale og trafikale aspekter er indlysende.

1.6.2. Livsstil

Patienterne informeres om vægtreduktion, fysisk aktivitet, rygning, alkohol og sovemiddelforbrug. Særlig svært overvægtige patienter kan informeres om muligt kirurgisk behandlingstilbud for fedme.

1.6.3. Tandbøjler

Tandbøjler er en anden mulighed med virkning på både snorken og OSAS, men tandbøjler anvendes ikke meget herhjemme. Der findes flere forskellige modeller af tandbøjler, nogle skal tilpasses af tandlæge.

1.6.4. Kirurgisk behandling

Kirurgisk behandling (meget sjældent indiceret) varetages af otologisk afdeling, indikationerne er relative, idet evidensniveauet er ringe. Reduktion af ganebue og uvula reducerer snorken men har ingen effekt på OSAS og der er betydelige bivirk-

ninger (åben snøvl og regurgitation af føde til næsehulen).

1.7. EFTERBEHANDLING OG KONTROL

CPAP behandlingen virker positivt på dagsymptomerne så længe apparatet anvendes. Søvn bliver oftest mere rolig og snorken reduceres.

CPAP kontroller initieres ofte efter 1-2 uge² (telefonisk/ øger compliance), 1-3 måneder og dernæst hvert 1-1½ år eller i stedet i åbne ambulatorier med møde efter behov, ofte i sygeplejeambulatorier.

Maske, headgear, slanger og filtre skiftes oftest ved disse kontroller.

Under kontrollen skal apparatet aflæses og følgende mål skal anføres i journal:

1. Komplians,
2. AHI/AI index og
3. Median leak.

Yderligere anføres patientens subjektive befindende: Komplians (antal nætter pr. måned og anvendt mere end 5 timer pr. nat) vurderes som følger:

1. God: bedre en 80%
2. Moderat 50-80%
3. Ringe <50%.

Trykkene justeres afhængig af AHI og dagsymptomer. Patienter, der ikke har subjektivt gavn af CPAP behandlingen, ophører oftest efter få mdr. hermed. Hvis patienten har moderat eller ringe komplians skal forholdet diskuteres med patienten, herunder bivirkninger m.v. Herefter kontrolleres patienten igen. Hvis patienten over længere perioder ikke anvender apparatet bør det evt. tilbageleveres.

1.8. REFERENCER

1. Chesson AL et al. Practice parameters for the use of portable monitoring devices in the investigation of suspected obstructive sleep apnea in adults. *Sleep* 2003; 26: 207-13.

<http://www.aasmnet.org/PDF/280111.pdf>

2. Litner M et al. Practice parameters for the use of auto-titrating continuous positive airway pressure devices for titrating pressures and treating adults patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep* 2002; 25: 143-7.

<http://www.aasmnet.org/PDF/autotitratingpp.pdf>

3. McNicholas WT. Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults. *Proc. Am. Thorac. Soc.* 2008 Feb. 15;5(2):154-60.

4. Jennum P. et al. Diagnostik og behandling af obstruktiv søvnapnø. *CEMTV* 2006.

http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CEMTV/Soevnapnoe/Soevnapn_sammenfa.

Tabel 1 Kodning af søvnforstyrrelser

Tekst	Kode
Søvnapnoe	DG473
Søvnapnø, søvnrelateret respirations sygdom, uspecificeret	DG4730
Primær central søvnapnø	DG4731
Obstruktiv søvnapnø	DG4732
Søvnrelateret ikke obstruktiv hypoventilation, idiopatisk	DG4734
Søvnrelateret hypoventilation/hypoxæmi pga medicinsk sygdom	DG4735
Søvnrelat hypoventilat/hypoxæmi pga lungesygd/vaskulær sygdom	DG4735A
Søvnrelat hypoventilation/hypoxæmi pga nedre luftvejsobstruk	DG4735B
Søvnrelat hypoventilat/hypoxæmi pga neuromuskul/brystvægsygdom	DG4735C
Søvnrelat hypoventilat/hypoxæmi pga centralnervesyst.sygdom	DG4735D
Kongenit central hypoventilations sygdom (Ondine)	DG4735E
Central apnø pga lægemiddelindtagelse	DG4736
Anden central apnø pga medicinsk sygdom	DG4739

Tabel 2

Copyright, Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsens SKS-koder opdateres månedligt.

Dette udtræk modsvarer opdateringen d 01/07-2007 10:37:32.

CPAP behandling BGFC32

Behandling med fasttryk CPAP med nasalmaske	BGFC32A
Behandling med fasttryk CPAP med helansigtsmaske	BGFC32B
Behandling med fasttryk CPAP med intraoral maske	BGFC32C
Behandling med fasttryk CPAP med individuelt formstøbt maske	BGFC32D
Behandling med selvjusterende CPAP med nasalmaske	BGFC32G
Behandling med selvjusterende CPAP med helansigtsmaske	BGFC32H
Behandling med selvjusterende CPAP med intraoral maske	BGFC32J
Behandling med selvjust. CPAP m individuelt formstøbt maske	BGFC32K
Behandling med bilevel CPAP med nasalmaske	BGFC32M
Behandling med bilevel CPAP med helansigtsmaske	BGFC32N
Behandling med bilevel CPAP med intraoral maske	BGFC32P
Behandling med bilevel CPAP med individuelt formstøbt maske	BGFC32Q
Behandling med Cheyne-Stokes PAP med nasalmaske	BGFC32T
Behandling med Cheyne-Stokes PAP med helansigtsmaske	BGFC32U
Behandling med Cheyne-Stokes PAP med intraoral maske	BGFC32V
Behandling m Cheyne-Stokes PAP m individuelt formstøbt maske	BGFC32W
Intermitterende CPAP behandling	BGFC33
Vejledning af patient om CPAP-behandling	BGKI
Søvnmonitorering uden CPAP-maske	ZZ3910
Søvnmonitorering med CPAP-maske	ZZ3911
Kontrol af CPAP-behandling	ZZ3912
Ændring af tryk på CPAP-apparatur	ZZ3913
Udlevering af CPAP-apparatur	ZZ3915
Modtagelse af CPAP-apparatur	ZZ3916
Trykmåling af CPAP	ZZ4136
CPAP Compliance aflæst på CPAP-apparatur	ZZV020A
Pickwick's syndrome	DE662A