

---

# 5 Therapiekontrollen bei unterschiedlich behandelten Schlafapnoe-Patienten

---

J. Kleine, P. Geisler, M. Gerst und H. E. Klein

## Einleitung

Nach 6–24-monatiger Therapiedauer wurden 50 Patienten (Alter 28–71 Jahre, Mittel 52,5 J.) mit gesichertem Schlaf-Apnoe-Syndrom nachuntersucht. Bei 31 Patienten erfolgte eine polygraphische Kontrolle, der Rest wurde telephonisch interviewt. Ein 70-jähriger Patient war verstorben.

Entsprechend der klinischen Indikation waren bei den Patienten verschiedene Therapieverfahren angewendet worden: nCPAP (n = 19), verhaltensmedizinische Beratung (15), Uvulo-palato-pharyngo-Plastik (UPPP, 6), maxillo-mandibuläre Protraktionsosteotomie nach Le Fort (3), medikamentöse Therapie mit retardiertem Theophyllin (3), Unterkiefer-Protraktion mit Esmarch-Prothese (3) und Schilddrüsenhormon-Substitution (1).

## Ergebnisse

### 1. nCPAP-Therapie (n = 19)

Vor der Therapie lag der mittlere Apnoe-Index (AI) bei 61 (Apnoephasen/Stunde Schlaf), mit einer Spannweite von 15 bis 100. Sechs Patienten litten an einer sehr schweren Apnoe (AI > 60) mit bereits ausgeprägten internistischen Folgeerkrankungen. Bei den zwölf polygraphisch nachuntersuchten Patienten konnte mit einer Ausnahme (AI = 10) der AI auf Werte unter 5 gesenkt werden. Entsprechend stellte sich eine erhebliche Besserung der subjektiven Befindlichkeit ein. Bei den drei Patienten mit klassischem «Pickwick-Syndrom» führte die Behandlung zu einer deutlichen Gewichtsreduktion, einer von ihnen hatte zum Zeitpunkt der Kontrollpolygraphie 45 kg abgenommen, der CPAP-Druck konnte um ca. 50% reduziert werden. Nur zwei der 19 Patienten gaben an, ihr CPAP-Gerät nicht mehr regelmäßig zu benutzen.

### 2. Verhaltensmedizinische Beratung (n = 15)

Bei diesen Patienten lag der AI bei der Erstuntersuchung in der Regel unter 20. Nur fünf von diesen 15 Patienten waren zu einer stationären Therapiekontrolle bereit. Nur in einem Fall fand sich eine objektivierbare Besserung des Befundes: Der AI sank von 20 auf 10, die niedrigste O<sub>2</sub>-Sättigung stieg von 70% auf über 90%.

### 3. UPPP (n = 6)

Präoperativ lag der mittlere AI bei 51 (18–83), 6–12 Monate nach der Operation bei 14 (2–27). Bei fünf der sechs Patienten lag der AI weiterhin im behandlungsbedürftigen Bereich (AI 15–30). Bei allen kam es zu einer deutlichen subjektiven Besserung, die aber nur in einem Fall im Vigilanztest objektivierbar war.

### 4. Le-Fort-Osteotomie (n = 3)

Der mittlere AI konnte von 52 auf 17 gesenkt werden. Bei den drei Patienten bedeutet dies allerdings im einzelnen, daß nur bei einem ein klinisch suffizientes Ergebnis erzielt werden konnte (AI vorher 105, postoperativ 9). Bei den anderen beiden blieben die subjektiven wie auch die objektiven Parameter (AI 32/23, 22/19) weitgehend unverändert. Bei einem dieser beiden Patienten war allerdings die Operation im wesentlichen aus kieferorthopädischer Indikation erfolgt.

### 5. Theophyllin-Medikation (n = 3)

Hier handelte es sich um Patienten mit zentraler oder vorwiegend zentraler Schlafapnoe. Der mittlere AI fiel von 55 auf 16, allerdings erreichte kein Patient einen AI unter 10. Toleranzentwicklung (bzw. subjektiver Wirkverlust) konnte auch nach mehrmonatiger Einnahme nicht festgestellt werden. In einem Fall mußte die Therapie wegen kardialer Nebenwirkungen abgebrochen und auf CPAP umgestellt werden.

### 6. Esmarch-Prothese (n = 3)

Die Bißklemme zur Unterkieferprotraktion wurde von allen drei Patienten nach spätestens drei Monaten nicht mehr regelmäßig angewendet. Ein wesentlicher Grund dafür war, daß es bei keinem von ihnen zu einer subjektiven Besserung gekommen war.

### 7. Thyroxin-Substitution bei Hypothyreose (n = 1)

Bei dem Patienten war ein schweres Schlaf-Apnoe-Syndrom als Folge einer lymphozytären Thyreoiditis aufgetreten (AI > 50). Nach entsprechender Substitutionstherapie war keine Apnoesyndromatik mehr nachweisbar.

## Diskussion

Die nächtliche nCPAP-Therapie, die inzwischen als die Standardtherapie der obstruktiven Schlaf-Apnoe gelten kann, hat sich auch in unserer retrospektiven Studie als das effektivste Verfahren erwiesen. Auch die Langzeit-Compliance der Patienten, die bei

dieser Behandlung, im Gegensatz z. B. zur UPPP, ein Problem darstellt, hat sich als sehr gut herausgestellt. Die Anwendung der Esmarch-Prothese sollte Zentren mit spezieller Erfahrung vorbehalten bleiben. Die Indikation für operative Eingriffe sollte eher eng gestellt und auf spezielle Fälle beschränkt werden. Besonders bei der UPPP ist das Problem der Symptomverschleierung (kein Schnarchen mehr bei fortbestehenden Atempausen) zu beachten.