

Obstruktive Schlafapnoe als Risikofaktor

k -- Yaggi HK, Concato J, Kernan WN et al. Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death. *N Engl J Med* 2005 (10. November); 353: 2034-41

[\[LINK\]](#)

Kommentar: Robert Thurnheer

Das obstruktive Schlafapnoesyndrom ist mit einem erhöhten Risiko kardiovaskulärer Ereignisse assoziiert. Unklar ist bisher, ob das erhöhte Risiko durch das häufigere Vorliegen anderer Risikofaktoren wie Adipositas oder arterieller Hypertonie zustande kommt. In einer prospektiven Kohortenstudie wurden 1'022 Personen, die für eine Polysomnographie zugewiesen worden waren, während gut drei Jahren beobachtet. 697 erfüllten die diagnostischen Kriterien eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms. In dieser Gruppe betrug das Risiko für Tod oder Schlaganfall 3,5 pro 100 Personenjahre gegenüber 1,6 in der Kontrollgruppe («hazard ratio» 2,24). Auch nach Korrekturberechnungen mit anderen Risikofaktoren wie arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus u.a. blieb der Unterschied statistisch signifikant (HR 1,97; 95% CI 1,12 – 3,48).

Seit Jahren wird das obstruktive Schlafapnoesyndrom (OSAS) als kardiovaskulärer Risikofaktor bezeichnet. Personen mit Schlafapnoe sterben häufiger nachts, während in der Gesamtbevölkerung der akute Herztod am häufigsten in den frühen Morgenstunden eintritt. 1 Dies leuchtet ein, denn die repetitiven nächtlichen Atemunterbrüche werden regelmässig von einem Blutdruckanstieg und einer Herzfrequenzbeschleunigung gefolgt. In der Studie von Yaggi et al. konnte eindeutig gezeigt werden, dass Schlafapnoe auch ein von Adipositas und Hypertonie unabhängiger Risikofaktor für Schlaganfall und Tod ist. Der endgültige Beweis, dass eine Therapie des OSAS dieses Risiko vermindert, ist noch nicht erbracht, doch die Hinweise verdichten sich. Kürzlich wurde gezeigt, dass eine nicht-invasive Atemhilfe («continuous positive airway pressure», CPAP) das Risiko von kardiovaskulären Ereignissen vermindert. 2 Allerdings war diese Studie nicht randomisiert, d.h. Personen mit OSAS, welche eine Therapie ablehnten, dienten als Kontrollgruppe. Es ist zu erwarten, dass eine randomisierte Studie aus ethischen Gründen gar nicht mehr durchführbar sein wird, da symptomatischen Kranken mit obstruktiver Schlafapnoe eine Behandlung kaum für längere Zeit vorenthalten werden kann.

Leute mit Tagesmüdigkeit werden schon aufgrund ihrer Symptome behandelt. Schwieriger ist es, Personen mit Schlafapnoe, aber ohne vermehrte Müdigkeit aus rein prognostischen Gründen von einer CPAP-Therapie zu überzeugen. Dies sollte jedoch zumindest bei Personen mit einem hohen Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse erwogen werden. Oft wird Tagesmüdigkeit aufgrund des schleichenden Beginns auch unterschätzt. Wer es schafft, sein Körpergewicht zu reduzieren, kann oft das Schlafapnoesyndrom günstig beeinflussen, wie mit der Studie von Newman et al. gezeigt wurde. Dieser günstige Effekt kommt stärker bei Männern als bei Frauen zum Tragen. In der praktischen Erfah-

ung gelingt eine Gewichtsreduktion allerdings selten dauerhaft. Es ist deshalb meist sinnvoller, eine CPAP-Behandlung zu beginnen als einen Gewichtsverlust abzuwarten.

Weniger überzeugend sieht es bezüglich prognostischem Nutzen der Therapie bei der zentralen Schlafapnoe bei Personen mit Herzinsuffizienz aus. Leider hilft hier die CPAP-Behandlung gemäss der vorliegenden Studie von Bradley et al. nicht, das Überleben zu verlängern. Einschränkend muss aber eingeräumt werden, dass die Arbeit nicht genügend «Power» hat, um diese Frage endgültig klären zu können. Immerhin wurden die linksventrikuläre Funktion und die submaximale Arbeitskapazität verbessert, so dass die Therapieindikation im Einzelfall geprüft werden muss.

Robert Thurnheer