

## Offene Fragen zu Effizienz und Kosten-Nutzen-Verhältnis

**Leserbrief zu: Tschopp K. Gibt es eine operative Alternative zur Maskenbeatmung beim obstruktiven Schlafapnoesyndrom?<sup>1</sup>**

Mit grossem Interesse habe ich den Artikel von Tschopp et al. zu operativen Alternativen des obstruktiven Schlafapnoesyndroms (OSAS) gelesen [1]. Es ist den Autoren hoch anzurechnen, dass sie sich die Mühe gemacht haben, die Daten ihrer interdisziplinär behandelten Patienten retrospektiv zu analysieren. Die publizierten Resultate und Schlussfolgerungen lassen aber Fragen zur Effizienz und zum Kosten-Nutzen-Verhältnis der vorgestellten Behandlung aufkommen.

Die Autoren führen keine Angaben über die Gründe für eine Intoleranz der Continuous-positive-airway-pressure-(CPAP-)Maske auf, die massgeblich zum operativen Vorgehen geführt hat. OSAS-Patienten können als Komorbidität eine affektive Störung aufweisen, die schwer von einer unbehandelten OSAS abtrennbar sein kann [2]. Bei dieser affektiven Störung kann eine Maskenatmung zu vermehrten Angst- und Panikgefühlen führen, was sich in einer forcierten Expiration und Ausschüttung von Stresshormonen zeigt. In dieser Situation wäre ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen mit Masken-Desensibilisierung indiziert [3]. In unselektionierten OSAS-Populationen wurde gezeigt, dass bereits eine zweistündige kognitiv-verhaltenstherapeutisch (KVT) orientierte Intervention die Compliance mit der Maskenatmung verbesserte [5, 6]. Diese Intervention führte zu einer verlängerten Tragdauer über Nacht ( $\approx +3$  h) sowie generell zu einer erhöhten Akzeptanz der CPAP-Maske.

Weiter geben die Autoren die Effektivität der operativen Behandlung mit einer Verminderung des Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) und der Schnarchgeräusche sowie der gestiegenen Patientenzufriedenheit an. Der AHI konnte postoperativ auf durchschnittlich 12,7 pro Stunde (SD  $\pm 10,7$ ) gesenkt werden. Damit litten die meisten Patienten definitionsgemäss immer noch an OSAS, falls sie weiterhin symptomatisch waren (AHI  $\geq 5/h$ ) [6]. Die Analyse der Autoren gibt aber keinen Aufschluss darüber, ob postoperativ OSAS-Symptome wie vermehrte Tagesmüdigkeit oder Einschlaf tendenzen erfragt oder beispielsweise die Epworth-Sleepiness-Scale erhoben wurde. Nimmt man an, dass die Patienten symptomfrei waren, so litten immerhin noch rund 40% an OSAS (AHI  $\geq 15/h$ ). Somit vergesellschaftet sich eine invasive und (wahrscheinlich) teure Abklärung und Behandlung (ORL-Untersuchung, Manometrie der oberen Atemwege und Pulsoxymetrie, Multi-Level-Chirurgie) mit einem Outcome, der Unklarheit darüber lässt, ob die Patienten drei Monate postoperativ nicht doch noch eine CPAP-Therapie benötigen. Eine OSAS-Therapie sollte neben Schnarchfreiheit und Patientenzufriedenheit ein längeres Leben, frei von vaskulären Ereignissen, zum Ziel haben. Somit bleibt unklar, warum die Autoren zum Schluss kommen, dass für Patienten mit einem leichten bis mittelgradigen OSAS «eher» eine Operation als eine CPAP-Therapie zur Versorgung des OSAS in Frage kommt. Die retrospektiv erhobenen Daten lassen eine solche Schlussfolgerung kaum zu.

*Alexander Hänsel*

### Literatur

- 1 Tschopp KP, Thomaser EG, Köhler E. Gibt es eine operative Alternative zur Maskenbeatmung beim obstruktiven Schlafapnoesyndrom? Schweiz Med Forum. 2007;7:713–7.
- 2 Baran AS, Richert AC. Obstructive sleep apnea and depression. CNS Spectr. 2003;8(2):128–34.
- 3 Edinger JD, Radtke RA. Use of in vivo desensitization to treat a patient's claustrophobic response to nasal CPAP. Sleep 1993;16:678–80.
- 4 Richards D, Bartlett DJ, Wong K, Malouff J, Grunstein RR. Increased adherence to CPAP with a group cognitive behavioral treatment intervention: a randomized trial. Sleep. 2007;30(5):635–40.
- 5 Aloia MS, Di Dio L, Ilniczky N, Perlis ML, Greenblatt D, Giles DE. Improving compliance with nasal CPAP and vigilance in older adults with OAHs. Sleep Breath. 2001;5(1):13–21.
- 6 The International Classification of Sleep Disorders, 2nd ed. Diagnostic and Coding Manual, Hauri, PJ (Ed), Westchester, IL USA: American Academy of Sleep Medicine; 2005.

Korrespondenz:  
Dr. med. Alexander Hänsel  
Post-doc Research Fellow  
Department of Psychiatry  
University of California,  
San Diego  
[ahaensel@ucsd.edu](mailto:ahaensel@ucsd.edu)

<sup>1</sup> Schweiz Med Forum. 2007;7(35):713–7.