

Obstruktivt sömnapné syndrom – inget nytt om diagnostik och behandling

■ Obstruktivt sömnapné syndrom har varit en känd sjukdom sedan mitten av 1970-talet. I USA räknar man idag med att ca 4 procent av männen och 2 procent av kvinnorna är drabbade, medan siffrorna kan vara något lägre i Sverige, främst beroende på att fetma är mindre vanligt hos oss. Sömnapné syndrom är starkt kopplat till övervikt. I New England Journal of Medicine presenteras i en översiktsartikel den amerikanska synen på diagnostik och behandling.

Huvudsymtomen, snarkning och dagtrötthet, är så vanliga att enbart anamnes inte räcker för att ställa diagnos. En registrering av andning under sömn måste ske. Helnattspolysomnografi är mycket resurskrävande, och i USA använder man idag allt oftare förenklade undersökningsmetoder av ekonomiska skäl.

I artikeln presenteras ett flödesschema med utredningsförslag, där huvudragen är att patienter med positiv anamnes och halsomfång >43 cm bör få genomgå polysomnografi, eller, om sådan inte är lättillgänglig, förenklad undersökning. Normalviktiga patienter (halsomfång <43 cm) bör undersökas endast om de har måttliga eller grava dagtidssymtom.

Man förstår att artikelförfattaren anser att enbart habituell snarkning inte motiverar vare sig undersökning eller behandling. Däremot anser artikelförfattaren att förenklad undersökning inte kan komma i fråga om patienten också lider av kardio- eller cerebrovaskulär

sjukdom eller andningsinsufficiens, då duger bara fullständig polysomnografi.

Denna ståndpunkt delas inte av undertecknad, och sannolikt inte av flertalet svenska kolleger. I Sverige utförs polysomnografi vid ett fåtal kliniker, huvudsakligen vid universitetssjukhusen. De förenklade undersökningsmetoderna däremot är tillgängliga vid flertalet svenska sjukhus. Då dessa metoder inte är särskilt kostnadskrävande, har vi en betydligt generösare inställning när det gäller utredning. Flertalet patienter anger visserligen dagtrötthet, men i några av de svåraste fall jag mött har patienten helt förnekat sådan. Om sjukdomen har bestått länge kan man tydligen vänja sig vid en nedsatt vakenhet, så att man uppfattar detta som ett normaltillstånd.

Vidare är faktiskt inte alla sömnapnépatienter överviktiga; även magra personer med ansiktsskelettanomalier finns i denna skara. Å andra sidan kan jag inte se varför kärlsjuka patienter skulle kunna undersökas endast med polysomnografi (med de väntetider detta innebär); de förenklade metoderna har som regel hög specificitet medan sensitiviteten kan vara ett problem. En positiv förenklad undersökning duger gott för att motivera behandling.

En kortfattad genomgång av tillgängliga behandlingsmetoder, CPAP, bantning, anti-apnéskenor (mandibelframdragnings) och kirurgi, görs i artikeln.

Även behandlingsförslag ingår i flödesschemat. Författaren anser att endast två typer av behandling är motiverade:

konservativ (oftast ingenting, endast råd att banta), eller CPAP. CPAP-behandling anses motiverad om patienten har ett respiratory disturbance index (RDI) >30 eller grava dagtidssymtom (kraftig dagsömnighet kombinerad med hjärt-kärlsjukdom). Återigen avviker synsättet från det svenska. Vi anser det olyckligt att använda ett siffervärde från en natts registrering som kriterium för behandlingsbehov. Då så ändå har skett, används som regel lägre nivåer för CPAP (RDI >20), eftersom det föreligger risk för kardiovaskulära komplikationer vid lägre grad av respiratorisk störning än RDI >30.

Vidare bör man ta hänsyn till om obstruktiv andning förekommer huvudsakligen i ryggsläge. I sådana fall kan behandling med anti-apnéskena vara mycket effektiv, men detta nämns inte av artikelförfattaren, endast att »mandibelframdragnings» förefaller vara ett positivt – men suboptimalt – alternativ till CPAP för patienter med lindrig till måttlig sömnapné, samt att man i en studie funnit att anti-apnéskena varit mer effektiv när det gällde att reducera antalet apnéer till <5 än den vanligaste kirurgiska metoden, uvulopalatofaryngoplastik.

Eva Svanborg
evasv@inr.liu.se

Flemons WW. Obstructive sleep apnea.
N Engl J Med 2002;347(7):498-503

Prognos vid cerebral pares via motoriska tillväxtkurvor

■ När föräldrar får veta att deras barn har cerebral pares blir den naturliga frågan – hur svår och kommer mitt barn att lära sig gå? Den kanadensiska forskargruppen kring Peter Rosenbaum har tidigare utvecklat ett grovmotoriskt klassifikationssystem med fem svårighetsgrader (GMFCS I–V), vid olika former av cerebral pares. Det som nu tillkommit är motoriska tillväxtkurvor för de fem grupperna, baserade på prospektiva mätningar med 6–12 månaders intervall av den grovmotoriska funktionen. Mätmetoden har skapats av samma forskargrupp och kallas gross motor function measure (GMFM).

Underlaget för kurvorna utgörs av 2 632 GMFM-mätningar under fyra år på 657 barn 1–13 år gamla. En svaghet

är att urvalet är centerbaserat snarare än populationsbaserat och att CP-diagnoserna baserats på journaluppgifter. Det kan också ifrågasättas om man verkligen fastställt det prediktiva värdet vid tidig ålder. Få barn har inkluderats vid den ålder då diagnosen cerebral pares aktualiseras för första gången. I övrigt är design, metoder, genomförande och dataanalys alldeles utmärkta och efterföljansvärda.

Man fann att de flesta barn med cerebral pares hade uppnått 90 procent av sin förmåga vid 5 års ålder eller tidigare, och att en plåtå för den motoriska utvecklingen nåddes vid ca 7 års ålder. Utöver det prognostiska värdet ger kurvorna underlag för planering och utvärdering av interventioner och möjlighet att sätta

realistiska mål för behandlingen. Metoden, som finns tillgänglig både som datorprogram och manual, borde finnas på varje barnhabilitering för kvalitetssäkring av verksamheten. Vid omorganisation och ändrade arbetssätt är det viktigt att säkerställa att barnens motoriska utveckling inte äventyras.

Paul Uvebrant
paul.uvebrant@vgregion.se

Eva Beckung

Rosenbaum PL, et al. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. JAMA 2002;288(11):1357-63