

Kunnskapsmengden om søvnrelaterte sykdommer øker raskt, men utredningskapasiteten for søvnlidelser er fortsatt utilstrekkelig

Søvnlidelser må utredes før behandling

Epidemiologiske studier fra mange land tyder på at svært mange er plaget med dårlig søvnkvalitet og/eller trøtthet og uopplagthet på dagtid, selv om lett grad av slike plager kan være en del av normal variasjon. Hos eldre er forekomsten av redusert søvnkvalitet høy, men de fleste av disse trenger ikke spesialistutredning eller medisinsk behandling. Diagnosen må likevel være avklart gjennom en grundig anamnese og adekvat utredning før spesifikk behandling mot søvnlidelse iverksettes (1).

Kunnskapsmengden innen klinisk søvnmedisin øker raskt. Det er fortsatt utilstrekkelig utredningskapasitet for søvnlidelser i Norge og til dels lange ventelister (2), og tilbudene synes å være geografisk skjevfordelt. De private aktører som finnes, kan være et nyttig supplement til de offentlige sykehusene. Fra 1.9. 2004 har mange pasienter en lovhjemlet behandlingsgaranti, og de ressurser som er avsatt til diagnostikk og behandling av søvnlidelser, er da ikke tilstrekkelige. Haukeland Universitetssjukehus er tildelt et nasjonalt kompetansesenter innen søvnmedisin, men dette medfører ikke nødvendigvis økt utredningskapasitet. Ved St. Olavs Hospital er det etablert et faglig samarbeid omkring pasienter med søvnlidelser (3), der flere spesialiteter, klinisk nevrofysiologi, lungesykdommer, nevrologi, psykiatri og øre-nese-hals-sykdommer, koordinerer sin virksomhet etter en modell utprøvd i Sverige og Danmark.

Ved utredning av søvnlidelser benyttes ofte ambulatorisk polysomnografi. Alle universitetssykehusene bør også kunne tilby stasjonær nattlig polysomnografi med videodokumentasjon av atferd og anfall. Erfaringer ved vår avdeling viser at automatisk skåring av søvn og respirasjonsparametere ikke er god nok. Normalt må en kyndig legespesialist, ev. med bistand fra nevrofysiologitekniker med spesiell opplæring, analysere og tolke hele registreringen. Flere stillinger er derfor nødvendige. De fleste sykehus bør også ha utstyr som måler oksygenmetning, luftstrøm og eventuelt trykk i svelget. Svært mange pasienter med innsomni uten kliniske holdpunkter for søvnapné eller andre spesifikke søvnlidelser trenger ikke polysomnografi. Disse pasientene bør fortsatt som hovedregel utredes og behandles ikke-medikamentelt i primærhelsetjenesten med søvnrestriksjon og stimuluskontroll (2).

Periodiske beinbevegelser under søvn (periodic leg movements during sleep, PLMS) er et klinisk og polysomnografisk uspesifikt motorisk fenomen som ikke nødvendigvis er assosiert med forstyrret søvn. Rastløse bein (restless legs) er derimot en klinisk viktigere og hyppig forekommende lidelse hvor polysomnografi kan dokumentere redusert søvnkvalitet og assosierte periodiske beinbevegelser under søvn hos 80–90 % av pasientene (4).

Internasjonalt er det utført betydelig forskning på obstruktiv søvnapné de siste årene. Pasienter med antatt respirasjonsrelaterte søvnforstyrrelser uten pustepauser (apneer eller hypopneer) er identifisert. Apnéindeks (AI), dvs. pustepauser per time målt med polysomnografi, er erstattet med den mer sensitive apné/hypopnéindeksen (AHI). Denne økning i sensitivitet medfører en redusert diagnostisk spesifisitet. Vi er fortsatt ikke i stand til å forutsi med tilstrekkelig grad av sikkerhet hvilke pasienter som vil ha nytte av behandling med positivt overtrykk på nesemaske (CPAP) (5). Vi kan heller ikke ukritisk overføre operasjonelle definisjoner og grenseverdier utviklet for forskningsformål (6) til klinisk praksis.

Lungeavdelinger har erfart at pasienter med apné/hypopnéindeks < 15–20 sjelden har nytte av CPAP-behandling, mens andre mener at dagtrøtte personer med apné/hypopnéindeks > 10 bør prøve slik behandling (7). Det må dessuten arbeides videre mot en enhetlig og enkel definisjon av hypopné. Polysomnografi og apné/hypopnéindeks må supplere, ikke erstatte, klinisk diagnostikk. Lett økt luftveismotstand under søvn kan også være en normal fysiologisk tilstand.

Diagnosen obstruktiv søvnapné betegner et syndrom med en kombinasjon av symptomer, inkludert dagtrøtthet, og laboratorie-påvist apné/hypopné. Det er uløste problemer knyttet til hvordan slike symptomer skal måles, fordi opplevelsene er så individuelle og påvirket av livssituasjonen. Epworths søvnskala er et enkelt og nyttig spørreskjema, men det korrelerer ikke særlig godt med objektive søvnmålinger. I tillegg kan det hos mange pasienter foreligge assosierte risikofaktorer eller sykdommer, for eksempel overvekt og hypertensjon, som kan kreve behandling utover den som foreskrives for søvnlidelsen. Flere studier tyder på at obstruktiv søvnapné er en uavhengig risikofaktor for hypertensjon (8). Økningen i blodtrykket er relativt moderat og kan sannsynligvis normaliseres med CPAP-behandling. Pågående studier vil avklare om syndromet også medfører økt risiko for hjerneslag.

Det er en rekke ubesvarte og omdiskuterte spørsmål knyttet til mange søvnlidelser. Bør vi for eksempel behandle innsøvningssvanser hos eldre pasienter som har flere søvnlidelser, medikamentelt eller søvnhygienisk (9)? Det er behov for store studier med tilstrekkelig statistisk styrke. For universitetene er det derfor grunn til å satse på forskning av høy kvalitet innenfor klinisk søvnmedisin.

Trond Sand

trond.sand@medisin.ntnu.no

Trond Sand (f. 1952) er avdelingsleder ved Avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi, Nevroklinikken, St. Olavs Hospital og professor i klinisk nevrofysiologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Han er spesialist i klinisk nevrofysiologi og nevrologi og har arbeidet med nevrofysiologisk diagnostikk av søvnlidelser de siste 15 år.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S et al. Søvnrelaterte sykdommer hos eldre som bruker sove-midler hver kveld. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2600–2.
2. Bjorvatn B, Akre H, Skard Heier M et al. Utredning og behandling av søvnrelaterte sykdommer. Oslo: Statens Helsetilsyn, 2001.
3. Eriksen HK. Pasienter med søvnsvanser får raskere hjelp. <http://www.stolav.no/StOlav/Aktuelt/Nyheter/Nyhetsarkiv/> (5.10. 2004).
4. Garcia-Borreguero D, Odin P, Scwarz C. Restless legs syndrome: an overview of the current understanding and management. Acta Neurol Scand 2004; 109: 303–17.
5. Stradling JR, Davies RJ. Sleep 1: Obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome: definitions, epidemiology, and natural history. Thorax 2004; 59: 73–8.
6. Polysomnography Task Force, American Sleep Disorders Association Standards of Practice Committee. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures. Sleep 1997; 20: 406–22.
7. Montserrat JM, Barbe F, Rodenstein DO. Should all sleep apnoea patients be treated? Sleep Med Rev 2002; 6: 7–14.
8. Pepperell JCT, Davies RJO, Stradling JR. Systemic hypertension and obstructive sleep apnea. Sleep Med Rev 2002; 6: 157–73.
9. Marin J, Shochat T, Ancoli-Israel S. Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults. Clin Psychol Rev 2000; 20: 783–805.