

Behandling av obstruktiv søvnapné

Effekten av operasjon ved obstruktiv søvnapné syndrom er lite dokumentert, og pasienter dette er aktuelt for bør informeres om at det finnes behandlingsalternativer. På grunn av det store antall slike inngrep i Norge, bør refusjonsordningen for denne type operasjoner vurderes på ny.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

I 2002 førte et tverrdisiplinært samarbeid frem til norske retningslinjer for håndtering av obstruktiv søvnapné syndrom (OSA) (1). I komiteen deltok både nevrologer, allmennmedisinere, øre-nese-hals-leger og lungeleger. Innstillingen finnes på nettsiden til Legeforeningen (1). Under behandlingsavsnittet står det følgende: «CPAP-behandling (dvs. bruk av nesemaske på natten som kontinuerlig sender et positivt luftstrømstrykk til luftvegene) av OSA er uten tvil den behandlingsformen som er mest effektiv og gir minst bivirkninger. Vitenskapelige studier til nå kan ikke gi evidensbaserte behandlingsretningslinjer eller svare på kostnad-nytte-spørsmål for kirurgi med unntak av for tracheostomi (permanent åpning av pusterøret på halsen) hvor overlevelse på nivå med normalbefolkningen virker godt dokumentert. Sammenlignende studier er ikke gjort for CPAP, bittskinner og operative inngrep. CPAP-behandling synes godt dokumentert når det gjelder kort- og langtidsnytte, bivirkninger, komplikasjoner, etterlevelse og gevinst av behandlingen. Kirurgi har hatt en sentral plass i behandlingen av obstruktiv søvnapné syndrom, men med dagens viten er det grunn til å være langt mer restriktive på dette området enn praksis har vært tidligere» (1).

Ved søk på «OSA and surgery» på PubMed med begrensning «randomized controlled trial» fremkommer med tanke på operasjon i svelget kun en kanadisk studie fra 2003, der 45 pasienter med mild sykdom ble behandlet med laserassistert uvulopalatoplastikk eller ingen behandling (2). Rundt halvparten av pasientene som hadde fått laserbehandling, var godt fornøyd, men laserassistert uvulopalatoplastikk hadde ingen effekt på dagtidstretthet og svært liten innvirkning på apné-hypopné-indeks.

Svelgvansker ble fremdeles rapportert hos 19% av de opererte tre måneder etter siste operasjon.

Effekten av CPAP-behandling er godt dokumentert når det gjelder reduksjon av dagtidstretthet og trafikkulykker, bedring av risikoprofil for hjerte- og karsykdom (blodtrykksreduksjon ved alle alvorlighetsgrader av obstruktiv søvnapné syndrom), samt reduksjon i mengden av C-reaktivt protein (CRP) og kolesterol (3–6). CPAP-behandling anses imidlertid hos de fleste å være livslang behandling, med mindre man lykkes med intervensjon på livsstil, slik som blant annet vektreduksjon og røykeslutt.

Behandlingsetterlevelse (compliance) er også et problem, særlig hos dem med mildere former for obstruktiv søvnapné syndrom. Tilpasning og tilvenning til denne behandlingsformen krever ofte et godt og langvarig samarbeid mellom pasient og poliklinikk for å lykkes. På lungepoliklinikken ved Haukeland Universitetssykehus har vi regelmessig pasienter som har fått utført operasjoner i svelget. Mange har fremdeles sitt søvnapné syndrom og sine snorkeplager, og dessverre har noen fått tilleggsplager etter inngrep(ene).

I en artikkel i Bergens Tidende i høst om en privat søvnklinikk ble det meddelt at de fleste av dem som opereres på klinikken, har pustestans i lengre eller kortere perioder om natten (7). Videre ble det forklart at denne type snorking med pustestans (søvnapné) er en medisinsk sett langt alvorligere tilstand enn «sosial snorking» og kan medføre hjertetrøbbel og høyt blodtrykk på grunn av oksygenmangel. Tidligere i sommer deltok medisinsk leder for denne klinikken på fjernsynsprogrammet Sommeråpent med Anne Grosvold. Snorking var tema, og de potensielt alvorlige følgene av pustestans om natten, som hjer- neslag, ble trukket frem. Svelgoperasjon ble presentert som aktuell behandlingsoption.

Vi ønsker en diskusjon om den operative virksomheten ved obstruktiv søvnapné syndrom og hevder:

– Alle aktuelle pasienter med obstruktiv søvnapné syndrom bør informeres om at operasjon er et lite dokumentert behandlingstilbud, og at bedre alternativer foreligger.

- Med utgangspunkt i det store antall pasienter som opereres for obstruktiv søvnapné syndrom i Norge, bør det kreves forskning som kan belyse effekten av operativ behandling, både medisinsk og kostnadmessig, sammenliknet med CPAP-behandling.
- Utgiftene ved mangelfullt dokumentert virksomhet bør ikke refunderes av det offentlige.
- En eventuell refusjonsordning bør kun gjelde operasjoner mot sosial snorking uten pustestans.

Sverre Lehmann

sverre.lehmann@helse-bergen.no

Jan Grebstad

Ove Fondenes

Alf Henrik Andreassen

Per Bakke

Amund Gulsvik

Lungeavdelingen

Haukeland Universitetssykehus

5021 Bergen

Litteratur

1. Utredning og behandling av søvnrelatert respirasjonsbesvær hos voksne og barn. www.legeforeningen.no/index.gan?id=9856 (8.11.2004).
2. Ferguson KA, Heighway K, Ruby RR et al. A randomized trial of laser-assisted uvulopalatoplasty in the treatment of mild obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 15–9.
3. Cassel W, Ploch T, Becker C et al. Risk of traffic accidents in patients with sleep-disordered breathing: reduction with nasal CPAP. *Eur Respir J* 1996; 9: 2606–11.
4. Peppard PE, Young T, Palta M et al. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. *N Engl J Med* 2000; 342: 1378–84.
5. Pepperell JC, Ramdassingh-Dow S, Crosthwaite N et al. Ambulatory blood pressure after therapeutic and subtherapeutic nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnea: a randomised parallel trial. *Lancet* 2002; 359: 204–10.
6. Robinson GV, Pepperell JC, Segal HC et al. Circulating cardiovascular risk factors in obstructive sleep apnoea: data from randomised controlled trials. *Thorax* 2004; 59: 777–82.
7. Hofseth A. Samling rundt drøvelen. *Bergens Tidende* 8.10.2004.