

Risikofaktor Schlafapnoe

CPAP senkt die Mortalität nach Schlaganfall

Martínez-García MA et al. Continuous positive airway pressure treatment reduces mortality in patients with ischemic stroke and obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;180:36–41

Hintergrund und Fragestellung

Bei Überleben eines ischämischen Schlaganfalls besteht in der Folgezeit ein gesteigertes Risiko, ein erneutes zerebralisches Ereignis zu erleiden. Hierdurch steigen die Morbidität und Mortalität dieser Patientengruppe, deren 5-Jahres-Überlebensrate 40% beträgt [1–3].

Die obstruktive Schlafapnoe (OSA) wird mittlerweile auch in internationalen Leitlinien als Schlaganfallrisikofaktor aufgeführt [1]. Einige Studien haben gezeigt, dass Patienten mit Schlaganfall und OSA ein erhöhtes Sterblichkeits- und Schlaganfallrezidivrisiko aufweisen [4–7]. Bisher liegen aber keine Studien vor, die den Effekt einer CPAP-(continuous positive airway pressure-)Therapie auf die Mortalität von Schlaganfallpatienten mit OSA untersuchten. Dieser Frage gingen Martínez-García MA et al. nach.

Methodik

In die prospektive Nachbeobachtungsstudie wurden 166 Patienten mit stattgehabtem ischämischem Insult eingeschlossen. Die Patienten (mittleres Alter 73,3 Jahre, Männeranteil 59%) wurden einer respiratorischen Polygrafie unterzogen. Bei Patienten, bei denen mindestens ein Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) von 20/h vorlag (n = 96), wurde ein CPAP-Therapieversuch unternommen. Dieser wurde aber nur von 28 Patienten toleriert.

Patienten, die die CPAP-Therapie nicht akzeptierten (n = 68), und Patienten mit einem AHI < 10/h (n = 31) oder einem AHI von 10–19/h (n = 39) dienten als Vergleichsgruppen.

Die Nachbeobachtung der Patienten erfolgte über insgesamt fünf Jahre. Nachbeobachtungszeitpunkte waren der erste,

dritte und sechste Monat nach Einschluss in die Studie, danach erfolgten die Kontrollen alle sechs Monate.

Ergebnisse

Patienten mit einem AHI ≥ 20 /h, die die CPAP-Therapie nicht tolerierten, wiesen gegenüber den Patienten mit einem AHI < 20/h ein fast dreifach höheres Mortalitätsrisiko auf (HR = 2,69). Außerdem bestand ein ca. 1,5-fach höheres Mortalitätsrisiko gegenüber den CPAP-behandelten Patienten mit gleicher Ausprägung der OSA (HR = 1,58; $p = 0,04$). Die anderen Gruppen unterschieden sich nicht voneinander.

Die Gruppe der Schlaganfallpatienten mit einem AHI ≥ 20 /h und nicht durchführbarer CPAP-Therapie wies somit gegenüber allen anderen Patientengruppen eine gesteigerte 5-Jahres-Mortalität auf (Abb. 1).

Schlussfolgerungen

Eine CPAP-Therapie senkt bei Patienten mit mittelgradig bis schwer ausgeprägter OSA und Zustand nach ischämischem Insult das Mortalitätsrisiko.

Kommentar



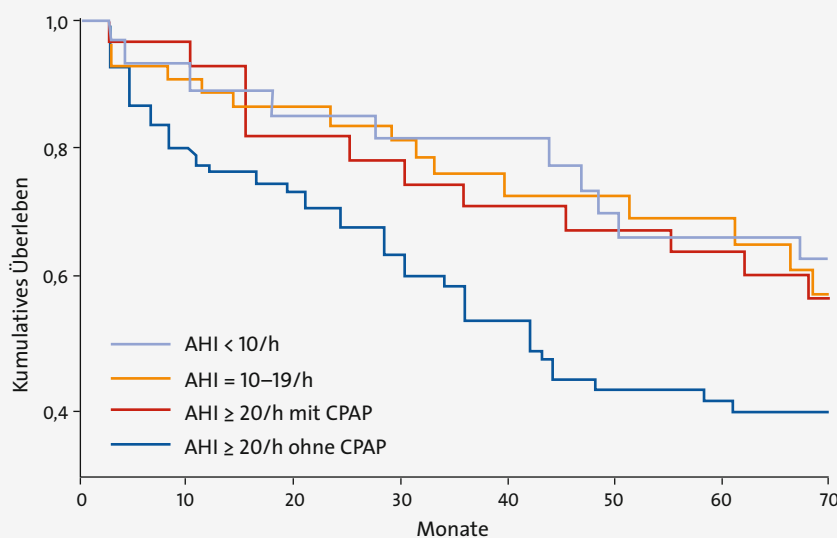
Prof. Dr. med.
Kurt Rasche,
Wuppertal

Die Studie greift eine wichtige, bisher noch nicht ausreichend untersuchte Fragestellung aus den Fachgebieten der inneren Medizin und Neurologie auf: Kann die CPAP-Therapie das Mortalitätsrisiko von Schlaganfallpatienten mit OSA senken?

Diese Frage wird von den Autoren für Patienten mit einem AHI ≥ 20 /h bejaht. Bemerkenswert ist, dass die CPAP-Anpassung bei nur ca. 30% der Schlaganfallpatienten gelang, was zwar der klinischen Erfahrung und den Ergebnissen anderer Studien entspricht, aber dazu aufrufen sollte, bei diesem überwiegend älteren Patientenkollektiv auch alternative, leichter durchzuführende Therapieverfahren, z.B.

5-Jahres-Überleben von Schlaganfallpatienten mit und ohne CPAP

Abbildung 1



eine Sauerstofftherapie, im Hinblick auf ihre Langzeitwirkung zu überprüfen.

Limitationen der Studie sind neben der geringen Erfolgsquote bei der CPAP-Anpassung sicherlich die fehlende Kontrollgruppe und die fehlende vollständige Polysomnografie.

Fazit

Die Studienergebnisse sind im Hinblick auf das Management von Schlaganfallpa-

tienten für den klinischen Alltag von großer Bedeutung, denn sie zeigen, dass jeder Schlaganfallpatient unbedingt schlafmedizinisch untersucht werden sollte, um etwaige schlafbezogene Atmungsstörungen frühzeitig erkennen und eine entsprechende Therapie einleiten zu können. Diese wird dann die Prognose der ohnehin im Hinblick auf die Mortalität zur Hochrisikogruppe zählenden Patienten voraussichtlich verbessern können.

Literatur

1. Adams HP jr et al. Stroke 2007;38:1655–1711
2. Sacco RL et al. Circulation 2006;113:e409–e449
3. Hankey GJ et al. Stroke 2000;31:2080–2086
4. Para O et al. Eur Respir J. 2004;24:267–272
5. Martínez-García MA et al. Chest 2005;128:2123–2129
6. Sahlin et al. Arch Intern Med. 2008;168:297–301
7. Turgington PM et al. Thorax 2004;59:367–371