



SASI

Sleep-Apnea-Severity-Index
Schlaf-Apnoe-Schweregrad Index

Dr. med. Hubert Trötschler
Praxis für Pneumologie und Schlafmedizin
Schlaflabor-Freiburg
am Ev. Diakoniekrankenhaus Freiburg
Schlafschule-Freiburg

www.dr-troetschler.de

www.schlafschule-freiburg.de

Die Diagnose Schlafapnoe setzt einen objektiven Befund aus PG/PSG voraus: AHI/RDI

5 - 14	leichter Befund
15 -29	mittelschwerer Befund
30 -44	schwerer Befund
45 +	sehr schwerer Befund

Was bestimmt den klinischen Schweregrad eines Schlafapnoe-Syndroms?

1) Subjektive Faktoren:

- a) Epworth Sleepiness Scale = ESS (_ /24)
- b) plus weitere ESS-Punkte: Sekundenschlaf (+3), nächtliche Atemnot (+2), nächtlicher Kopfschmerz (+1)

2) Co-Morbidität:

- a) **kardial** *(je Diagnose-Gruppe a-d 1 Punkt möglich, max. 3 Punkte)*
Vorhofflimmern, KHK, Myokardinfarkt, Cardiomyopathie, Herzrhythmusstörungen
- b) **vaskulär**
Hypertonus, Apoplex cerebri, TIA, Aorten-Aneurysma
- c) **metabolisch**
Diabetes mellitus Typ 2, Urikopathie
- d) **sonst. chron. Erkrankung**
resp. Insuffizienz, COPD 3/4, Insomnie, Depression, Epilepsie u.a.

Wie wird die SASI Klassifikation bestimmt?

Objektiver Befund	(1)	(2)	(3)	(4)
AHI __ /h	5-14	15-29	30-44	45 +
Subjektiver Leidensdruck	(0)	(1)	(2)	(3)
ESS (modifiziert)	0-8	9-10	11-12	13 +
Co-Morbidität	(0)	(1)	(2)	(3)
Anzahl	0	1	2	3

SASI – Klassifikation

- SASI I** 1-2 Punkte: leichtes SAS
- SASI II** 3-4 Punkte: mittelschweres SAS
- SASI III** 5-6 Punkte: schweres SAS
- SASI IV** 7-10 Punkte: sehr schweres SAS

Literatur:

- M. W. Johns; A new method for measuring daytime sleepiness, the Epworth Sleepiness Scale; Sleep 1991;14(6);540-545
- Epstein LJ et al; Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. J Clin Sleep Med 2009; 5(3):263-276
- S3-Leitlinie DGSM; nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Somnologie 2009; 13:4-160
- Huang QR et al; Chow CM. Clinical patterns of obstructive sleep apnea and its comorbid conditions: a data mining approach. J Clin Sleep Med 2008;4(6):543-550.
- H. Trötschler, C. Ulrichs, C. Trefz, J. Sauter; SNAK Tagung Norderney 2009: CPAP-Therapie plus Schlafschule: Erste Erfahrungen
- Inaugural Dissertation Jochen Sauter, Freiburg, 2011; Subjektive und objektive Nutzungszeit der CPAP-Therapie in verschiedenen Patienten-Subgruppen unter Berücksichtigung der Teilnahme an einer strukturierten Intensiv-Schulungsmaßnahme

Welche Therapie-Optionen sind bei Schlafapnoe sinnvoll?

Prävention unabhängig vom Schweregrad

Wissensvermittlung durch Information: Schlaf, Schnarchen, Schlafapnoe, Schlafhygiene, Lebensstil: Ernährung, Bewegung, Chronobiologie, Genussmittel

Wissensvermittlung durch Schulung: Schlaf + Gesundheit, Schnarchen, Schlafapnoe, Differentialtherapie bei OSAS, Schlafhygiene, Lebensstil: Ernährung, Bewegung, Chronobiologie, Genussmittel

Individualisierte Therapie nach SASI + Therapiebereitschaft

progenierende Zahnschiene

HNO-Operation

CPAP

Kombinationen u. andere Therapien

Nachsorge je nach Schweregrad und Therapieentscheidung

Nachuntersuchung: Klinische und polygraphische Kontrolle

Therapie-Kontrolle: Klinische + poly(somno)graphische Therapie- Kontrolle / Neueinstellung

Adhärenz-Kontrolle: Klinische + technische Kontrolle

Welche Therapie wird nach SASI- Klassifikation wann favorisiert?

SASI I **Prävention:** Wissensvermittlung zur Förderung von Diagnoseeinsicht Information zu Schnarchen, Schlafapnoe, Schlafhygiene
Therapie: Konservative Therapie Eine operative oder apparative Therapie ist nicht indiziert
Nachsorge: Klinische + ggf. PG-Kontrollen zur Diagnose in 1-3 J. in Abhängigkeit von Symptomen

SASI II **Prävention:** Wissensvermittlung zur Förderung von Diagnoseeinsicht, Therapieeinsicht und Therapie-Bereitschaft
Therapie: Protrusionsschiene/HNO/ CPAP u.a. besprechen und planen Eine dringliche Therapie- Entscheidung ist nicht notwendig
Nachsorge: Klinische + PG-/PSG-Kontrolle nach 6 -12 Monaten in Abhängigkeit von Alter, Beruf, Symptomen, Therapie-Entscheidung (CPAP-Kontrolle nach 2-3 Monaten)

SASI III **Prävention:** Information/Schlafschule, wenn möglich vor Therapie zur Förderung von Therapieeinsicht und Maskenbereitschaft
Therapie: Eine CPAP-Therapie sollte angestrebt werden CPAP-Therapie ist die effektivste Therapie-Option
Nachsorge: Klinische + PG-/PSG-Kontrolle in 3 Monaten, dann jährlich und bei Bedarf

SASI IV **Prävention:** Information / Schulung je nach Wissen und Selbstwirksamkeit zur Förderung von Therapie- und Maskenbereitschaft
Therapie: CPAP-Therapie, ausschließlich Eine dringliche CPAP-Therapie-Einleitung ist geboten
Nachsorge: Klinische + PG-/PSG-Kontrolle in 3 Monaten, dann jährlich und bei Bedarf

Hintergrund

Versorgungsauftrag in 6 Jahren in pneumologisch-schlafmedizinischer Schwerpunktpraxis (2006 - 2012)

Patienten mit Schlafapnoe n= 4032
ohne CPAP-Therapie n= 2331 (57,8%)
mit CPAP-Therapie n= 1701 (42,2 %)
Teilnehmer der Schlafschule n= 752 (18 % der SAS Patienten)

CPAP- Adhärenz: regular use (> 4 / h, > 70 % d)

Teilnehmer vs. Nichtteilnehmer: 56% vs. 42%

CPAP – Adhärenz - Steigerung durch Schlafschule: 25 % (p-Wert: 0,05)