

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Mitglied im Sozialverband **VdK** - Fachverband Schlafapnoe - Chronische Schlafstörungen

Steffen Schumacher, Husumer Str. 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040/722 2553

E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow, Tel.: 05841 / 96 17 21

E-Mail: schiel@automenzel.de

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen, Tel.: 04101 / 267 57

E-Mail: uwe.scholz@hanse.net



Bitte beachten Sie auch die Informationen der SSG im Internet, unter "www.schlaf-portal.de" Stichwort – "Selbsthilfe"

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek:

Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen

Reinbek, Freitag, den 17. Mai 2013

Sehr geehrte(r) Patient(in) der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek und sehr geehrte Angehörige der Betroffenen,

sehr geehrte Mitwirkende, Unterstützer sowie Förderer der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek, und alle Interessierten an den Selbsthilfegruppentreffen,

von unserem 6. Patienten-Treffen am 28. November 2012 erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll vom 6. Treffen der SSG am Mittwoch 28.11.2012 im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, 19:00 bis 21:00 Uhr, in der Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude), Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek, zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Reinbek, Bahnhofstraße 9, 21465 Reinbek

TOP 1.) Begrüßung der Teilnehmer durch Herrn Steffen Schumacher

Herr Schumacher begrüßte die Teilnehmer dieser sechsten Informationsveranstaltung 2012, zu der in das KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT eingeladen wurde. Herr Schumacher begrüßte die Ärzte und Mitarbeiter der Schlafmedizin: Herrn Dr.med. H. Hein aus Reinbek, die MTA Frau A. Paezoldt von der Fa. B&P Schlaf und Therapie oHG, Reinbek, sowie die anwesenden Mitarbeiter der Fa. critical care, gesellschaft für home care medizintechnik mbh & co kg, Herrn Matthias Steinmann, Project Manager und Herrn Mike Wokel, med.-techn. Fachkaufmann, die zu diesem Treffen gekommen waren.

Die Teilnehmer, die zum ersten Mal bei einem Patiententreffen im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT dabei waren, wurden gebeten sich in die Anwesenheitsliste einzutragen, damit Sie auch weiterhin Informationen und Einladungen bekommen können.

Durch die freundliche Vorankündigung dieser Veranstaltung in der **REINBEKER ZEITUNG / Bergedorfer Zeitung** waren ca. 4 Teilnehmer gekommen die sich nicht in die Anwesenheitsliste eingetragen haben.

TOP 2.) Vortrag durch Herrn Dr.med. Holger Hein, Internist - Facharzt für Lungen- Bronchialheilkunde und Schlafmedizin, über das Thema: "Verschiedene Formen der schlafbezogenen Atmungsstörungen" beispielsweise das obstruktive-, das zentrale- oder das komplexe Schlafapnoe-Syndrom. Anschließend Diskussion.

es folgt Seite - 2 von 6 -

Der Vortrag von Herrn Dr.med. Holger Hein wird hier sinngemäß wiedergegeben und mit Hintergrundwissen zur Verständlichkeit, sowie durch gedankliches Allgemeingut ergänzt :

Schlafbezogene Atmungsstörungen

- obstruktive Schlafapnoe (OSA)

- zentrale Schlafapnoe (ZSA)

- gemischtförmige Schlafapnoe (GemSA)

- komplexe Schlafapnoe (CompSA)

Schnarchen: Vibrationen und Geräusche während der Atmung

Apnoe: keine Atmung über mindestens 10 Sekunden

Hypopnoe: mindestens 10 Sekunden deutlicher Abfall der Atmungstiefe, mit Abfall der Sauerstoffsättigung und/oder einer Weckreaktionen

RERA (respiratory related Arousal): Schnarchen, Erschwerte Atmung, Weckreaktionen

Grundsätzlich:

Hypopnoen sind nicht weniger gefährlich als Apnoen!

Oder: Hypopnoen sind "unvollständige Apnoen".

Schlafbezogene Atmungsstörungen:

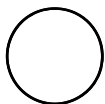
Obstruktiv = Obstruktives Schlafapnoesyndrom, Upper-Airway-Resistance-Syndrom, primäres Schnarchen.

Zentral = primäre zentrale Schlafapnoe, Cheyne-Stokes-Atmung, zentrale Apnoe bei Substanzabusus.

Hypoventilation = idiopathische nichtobstruktive alveoläre Hypoventilation, Schlaf-Hypoventilation bei – Lungengerüst-/ -gefäßerkrankungen COPD, Thoraxwunderkrankung, Adipositas, neurologische Erkrankungen.

Schlafbezogene obstruktive Atmungsstörungen:

Durchmesser der oberen Atemwege =



normal



Schnarchen



Upper-Airway-
Resistance-Syndrom



Hypopnoe



Apnoe

→ Durchmesser der oberen Atemwege

Vor einer fachgerechten Behandlung muss eine genaue Diagnose gestellt werden.

Das Upper Airway Resistance Syndrom (UARS) ist eine Unterform der schlafbezogenen Atemstörungen, bei dem der Muskeltonus im Bereich der oberen Atemwege noch ausreichend hoch ist, um einen Teil des Lumens der Atemwege offen zu halten. Es kommt zu vermehrten respiratorisch bedingten Weckreaktionen ohne echte Atemstillstände

Merkmale zur Beschreibung des Schweregrades von SBAS:

Apnoe-Index AI Anzahl der Apnoen pro Stunde

Obstruktiver Apnoe-Index OAI Anzahl der obstruktiven Apnoen pro Stunde

Zentraler Apnoe-Index CAI Anzahl der zentralen Apnoen pro Stunde

Hypopnoe-Index HI Anzahl der Hypopnoen pro Stunde

Apnoe-Hypopnoe-Index AHI Anzahl der Apnoen und Hypopnoen pro Stunde

Respiratory-Disturbance-Index RDI Anzahl der Apnoen, Hypopnoen und RERAs pro Stunde

Deutliche Anzeichen und Symptome für eine Schlafapnoe:

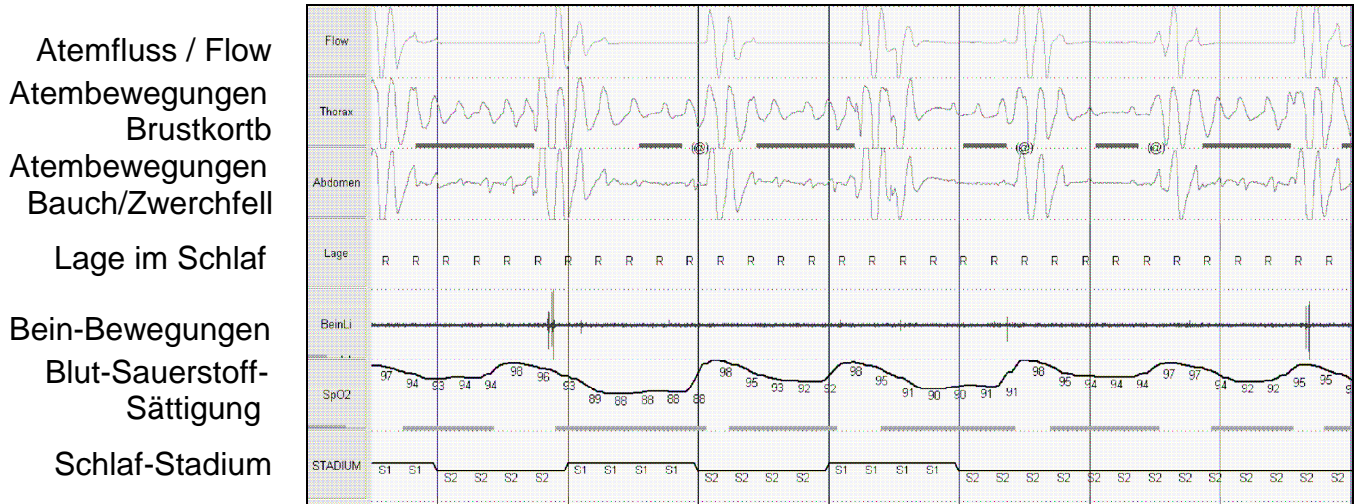
1. Schnarchen

2. Personen im Umfeld beobachten Atemstillstände oder «nach Luft schnappen»

3. Übergewicht (insbesondere im Halsbereich) Body-Mass-Index BMI ab 30 kg/m², = Fettleibigkeit = Adipositas (im engl. Obesitas – Obesity)

4. Bluthochdruck (über 160 / 100 mm/Hg, keine nächtliche Blutdruckabsenkung >NonDipper<)
5. Schläfrigkeit am Tag
6. Familiäre Vorgeschichte (erbliche Veranlagung zu Fehlbildungen, z.B. fliehendes Kinn)
7. Kein erholsamer Schlaf

Obstruktive Schlafapnoe: K.H.ggeb. 1929, männl., 186cm, 82kg, AHI 40, 1/h, max. Apnoedauer 176 sec



Obstruktive Apnoen bei einem Patienten mit OSAS.

Zentrale Schlafapnoe:

Bei der zentralen Schlafapnoe handelt es sich um eine seltene Form des Schlafapnoe-Syndroms. Dabei besteht eine Störung des Atemzentrums. Verursacht wird eine zentrale Schlafapnoe durch Störungen im ZNS (zentrales Nervensystem). Aufgrund von neurologischen Beeinträchtigungen arbeitet die Steuerung der Atemmuskulatur nur unzureichend. Die Atemwege sind zwar offen, doch die Atemmuskeln des Bauchs/Zwerchfells und der Brust bewegen sich nicht in ausreichendem Maße.

Häufig zeigt sich eine zentrale Schlafapnoe bei einer Herzschwäche, nach einem Schlaganfall, bei der Atmung im Schlaf in großer Höhe (ca. ab 4000 m), eine zentrale Schlafapnoe kann auch schon bei Kleinstkindern vorkommen.

Beim Einschlafen und beim Aufwachen ist die Atmung "Normal"

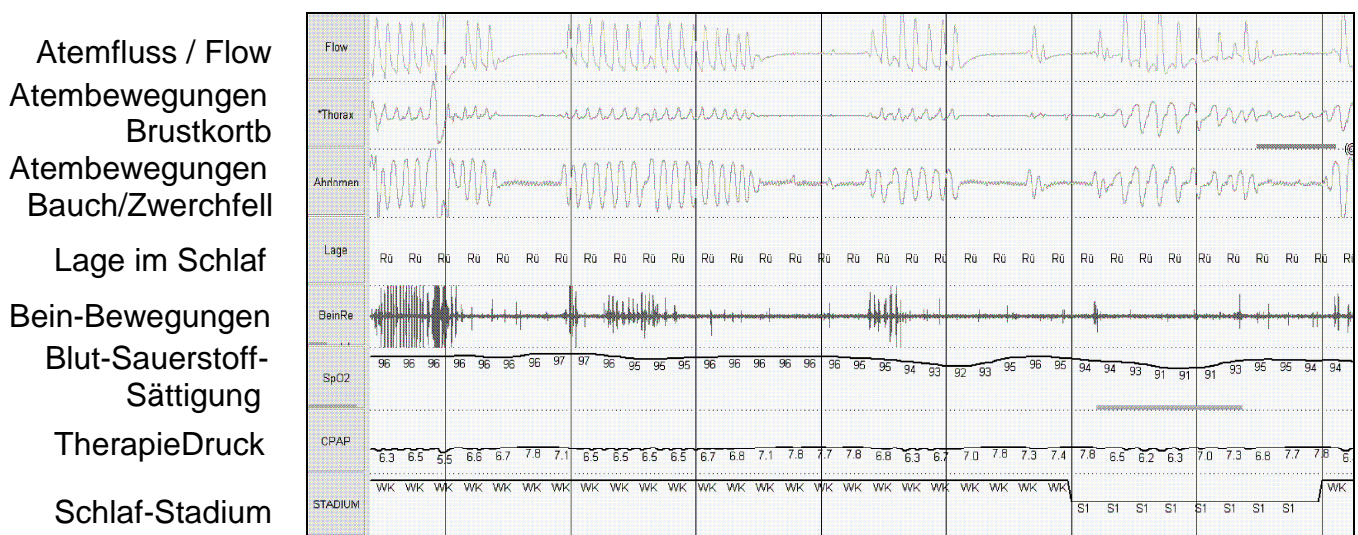
Häufigkeit der zentralen Schlafapnoe

tritt auf bei 4,3 bis 7,2% aller Schlaf-Bezogenen Atmungs-Störungen, SBAS

(Schäfer T et al. Somnologie 2008; 12: 190-205)

tritt auf ab dem Stadium \geq NYHA II: bei 32%

(Schulz R et al. Eur Respir J 2007;29:1201-1205)



Zentrale Apnoen bei einem Patienten unter nCPAP-Therapie.

Zentrale Apnoen treten vor allem während der Schlaf-Wachübergänge auf.

Die NYHA-Klassifikation ist ein ursprünglich von der New York Heart Association veröffentlichtes Schema zur Einteilung von Herzkrankheiten. NYHA II steht für = Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Alltägliche körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.

Cheyne-Stokes-Atmung:

Bei einer zentralen Schlafapnoe vom Typ Cheyne-Stokes kommt es zu einem periodischen An- und Abschwelen der Atmung. So flachen die Atemzüge mehr und mehr ab, bis sie schließlich ganz aufhören. Nach ungefähr zehn Sekunden beginnt die Atmung wieder. Da es jedoch immer wieder zu Unterbrechungen beim Schlafen kommt, entfällt der erholsame Tiefschlaf, wodurch die Betroffenen dann am Tage unter starker Müdigkeit leiden

Pathophysiologie der Cheyne-Stokes-Atmung *(Die Pathophysiologie ist die Lehre von den krankhaft veränderten Körperfunktionen sowie ihrer Entstehung und Entwicklung)*

Linksventrikuläre Dysfunktion → pulmonalvenöse Stauung → Stimulation pulmonaler Stretch- und irritant-Rezeptoren → Hyperventilation → PaCO₂-Abfall → Cheyne-Stokes-Atmung

Mit intelligenten Beatmungsgeräten kann diese besondere Form einer schlafbezogenen Atmungsstörung heute gut behandelt werden (ASV - adaptive Servoventilation).

(PaCO₂ = Arterieller Partialdruck für Kohlendioxid)

Gemischtförmige Apnoe:

Gemischtförmiges Schlafapnoe-Syndrom

Dieses Krankheitsbild ist eine Mischform aus dem obstruktiven und dem zentralen Schlafapnoe-Syndrom.

Sistieren (Stillstand) des Luftflusses für mindestens 10 sec., beginnend mit einer zentralen Komponente, jedoch im Verlauf zunehmende Atemanstrengung bei ausbleibendem Luftfluss.

Komplexe Schlafapnoe:

Die wissenschaftliche Forschung liefert fortwährend neue Erkenntnisse über Zusammenhänge und Therapieformen der Schlafapnoe, die wiederum neue Fragen aufwerfen.

Ein Beispiel hierfür ist das Komplexe Schlafapnoesyndrom, eine auch unter normalerweise erfolgreicher Therapie langfristig fortbestehende Form der schlafbezogenen Atmungsstörungen. Bei einigen Patienten mit obstruktivem Schlafapnoesyndrom tritt nach erstmaliger nCPAP-Behandlung eine folgenschwere Form der zentralen Schlafapnoe oder ein Cheyne-Stokes-Atemmuster auf.

[Marrone 1991, Thomas 2004, Pusalavidyasagar 2006, Morgenthaler 2006, Kuzniar2007].

In der neuen Literatur wird dieses Phänomen als Komplexes Schlafapnoe-Syndrom (Comp SAS) bezeichnet.

[Kuzniar 2007, Pusalavidyasagar 2006, Morgenthaler 2006].

Ein variables Zusammenspiel und die gegenseitige Beeinflussung dieser Faktoren (beispielsweise die Beeinflussung der Aktivität der Rachenmuskulatur durch das Atmungszentrum oder die Veränderung der Blutgase und somit der chemischen Atmungsregulation durch obstruktive Apnoen) kann zu einer Vielzahl von verschiedenen Atemmustern und Varianten führen, die in der Literatur alle unter dem Begriff "Complex" zusammengefasst werden

[Brown 2007].

Folgen von Atmungsstörungen:

Die klinische sowie auch die wissenschaftliche Beschäftigung mit schlafbezogenen Atmungsstörungen ist ein relativ junges Feld. Die hohe Krankheitshäufigkeit und die mit ihnen verbundenen schwerwiegenden Folgeerkrankungen machen sie zu einem wichtigen Krankheitsbild.

Durch die ständigen Stressreaktionen während der Nacht kommt es zu einem auch tagsüber andauernden körperlichen Stresszustand, der anhand einer gesteigerten Sympathikusaktivität messbar ist. Dieser Dauerstress wirkt sich negativ auf das Herzkreislaufsystem aus. In Zusammenarbeit mit einem Schlaflabor konnte bei 540 Schlafapnoe-Patienten ein unabhängiger Einfluss des Schlafapnoe-Syndroms auf die Höhe des Blutdruckes tagsüber, auf die Herzfre-

quenz, sowie auf die Häufigkeit der behandlungsbedürftigen Bluthochdruckerkrankungen festgestellt werden. Heute vermutet man, dass das Schlafapnoe-Syndrom eine der häufigsten Ursachen für den schlecht einstellbaren Bluthochdruck ist. Aber nicht nur der Blutdruck wird negativ beeinflusst. Es zeigte sich ebenfalls ein signifikanter, negativer Einfluss auf die Blutfette. Das sogenannte "gute Cholesterin" – das HDL – und die Triglyceride verschlechterten sich in Abhängigkeit der Schwere des Schlafapnoe-Syndroms. Neben Bluthochdruck und Fettstoffwechsel wird ebenfalls die Glukosetoleranz negativ beeinflusst, wodurch die Entstehung eines Diabetes Mellitus vom Typ 2 begünstigt wird.

Das Schlafapnoe-Syndrom verstärkt aber nicht nur die kardialen Risikofaktoren. Durch die andauernde Stressaktivität und die nächtlichen Sauerstoffentsättigungen begünstigt es auch die Entstehung von Herzinfarkten und lebensgefährlichen Rhythmusstörungen bei herzkranken Patienten.

Schlafapnoe / Herz und Kreislauf:

Bei Herzinsuffizienz: (Leistungsminderung des Herzens) liegt **in ca. 60%** eine Schlafapnoe vor.

Bei Patienten mit Koronarer Herzerkrankung ist **bei ca. 30 bis 40%** der Patienten eine Schlafapnoe nachweisbar.

Herzrhythmusstörungen: (ganz besonders Vorhofflimmern) gehen **in ca. 30%** der Fälle mit einer Schlafapnoe einher.

Bluthochdruck: **bei ca. 30% der Betroffenen besteht eine Schlafapnoe**. Eine besondere Bedeutung haben der schwer einstellbare Hochdruck (wenn mehrere blutdrucksenkende Medikamente notwendig werden) und die fehlende Nachtabenkung bei der Langzeit-Blutdruckmessung; **hier ist sogar in ca. 60 bis 80% der Fälle eine Schlafapnoe vorhanden**.

Arterieller Hypertonus: (AHI>15/h: 2,89-fach) ist ein Krankheitsbild, bei dem der Blutdruck des arteriellen Gefäßsystems chronisch erhöht ist.

Verglichen mit einem AHI von 0 ist die Wahrscheinlichkeit, nach vier Jahren eine arterielle Hypertonie zu entwickeln, bei einem AHI bis 15/h 2,02-fach und bei einem AHI größer als >15/h 2,89-fach erhöht.

Die kardiovaskuläre Sterblichkeitsrate (CV)-Mortalität/-Morbidity ist über einen Zeitraum von 12 Jahren ca. 3 bis 6 fach erhöht.

Herztod in Abhängigkeit vom AHI: tritt ein zwischen 0:00-6:00 Uhr (2,6 bis 5 fach erhöht).

Herzrhythmusstörungen? (wenn vorhanden: ca. 4-fach erhöht).

Therapie mit CPAP (ist immer noch Goldstandard) oder höherwertigen Verfahren (ASV).

Nach der Beantwortung von Fragen aus dem Teilnehmerkreis durch Herrn Dr.med. Holger Hein, sowie einer Diskussion und einem Erfahrungsaustausch unter den anwesenden Teilnehmern wurde das Patiententreffen mit dem Vortrag zu dem Thema: "Verschiedene Formen der schlafbezogenen Atmungsstörungen", im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT mit einem herzlichen Dank an Herrn Dr. Hein und einem Dank für die Anwesenheit an alle Teilnehmer, sowie den besten Wünschen für eine besinnliche Adventszeit, ein friedliches und frohes Weihnachtsfest, sowie ein gutes Neues Jahr 2013, sowie Wünschen für bleibende gute Gesundheit, von Herrn Dr. Hein und Herrn Schumacher beendet.

Beginn des Treffens 19.⁰⁰ Uhr, Ende ca. 21.⁰⁰ Uhr, Teilnehmerzahl: 45 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 32 Patienten mit 7 Angehörigen der SSG, 4 Teilnehmer waren Ärzte, MTA's, Mitarbeiter von medizintechnischen Firmen bzw. Versorgern, von den Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trugen sich 6 Patienten in die Anwesenheitsliste ein, um auch in Zukunft weitere Informationen der SSG zu bekommen.

Nach dem 1. Patiententreffen in 2013, am Mittwoch 23. Januar 2013, 19:⁰⁰ bis 21:⁰⁰ Uhr, im KRANKENHAUS REIN-BEK ST. ADOLF-STIFT, in der Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude), Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek, mit einem Vortrag zu dem

Thema: "Schlafmedizin Ambulant und/oder Stationär?" aus der Sicht eines niedergelassenen Arztes, Vortragender Herr Dr.med. Holger Hein, haben wir dann das 2. und 3. Patiententreffen am 27. März und am 08. Mai 2013 in der LUNGENCLINIC GROSSHANSDORF wegen Krankheit ausfallen lassen müssen. Jetzt sollen am **Mittwoch, 12. Juni 2013, der " Tag des Schlafes® "** in der LUNGENCLINIC GROSSHANSDORF und am **Mittwoch, 19.06.2013, der " Tag des Schlafes® "** und der **Tag der offenen Tür im Schlaflabor Dr. Hein**, im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT stattfinden.

NACHRUF

... "und meine Seele spannte weit ihre Flügel aus,
flog durch die stillen Lande, als flöge sie nach Haus".

Joseph Freiherr von Eichendorff

Wir trauern um die im vergangenen Jahr verstorbenen Mitglieder der
Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Frau **Vera Behncke-Hering**, 22145 Hamburg
verstorben am 21. Dezember 2011

Herrn **Günther Claus** Dipl.-Mathem, 22926 Ahrensburg
verstorben am 31. Januar 2012

Herrn **Hans-Jürgen Rohde**, 21465 Wentorf,
verstorben am 27. März 2012

Herrn **Günter Romanowski**, 22177 Hamburg
verstorben im Frühjahr 2012

Frau **Bertha Preiß**, 22115 Hamburg
verstorben am 19. Mai 2012

Herrn **Günter Paulini**, 23843 Bad Oldesloe
verstorben am 21. Juni 2012

Frau **Käthe-Renate Löser**, 22115 Hamburg
verstorben am 01. September 2012

Frau **Elvira Langosch**, 22949 Ammersbek
verstorben am 11. November 2012

Die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek
wird Ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: Die letzte Ausgabe von "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.34 / Dezember 2012 - **VdK**-Fachverband Schlafapnoe. Infomaterial von den Firmen: "Risiko Schlafmangel" Skript zur WDR-Sendereihe Quarks & Co, "Gemeinsam Wahlfreiheit retten" Machen Sie mit« Info-Prospekte des Aktionsbündnisses » meine Wahl! «, "Müdigkeit im Straßenverkehr" Booklet ADAC e.V. Ressort Verkehr, Folder "Der Schlafapnoe Patient im Krankenhaus" Wie sollte ich mich auf den geplanten Krankenhausaufenthalt bzw. die OP vorbereiten – Eine Information des Arbeitskreises Schlafapnoe Niedersächsischer Selbsthilfegruppen, mit freundlicher Unterstützung der Fa. Heinen + Löwenstein GmbH.

Soweit mein Bericht vom 6. Treffen der SSG in 2012 am Mittwoch 28.11.2012 im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, in der Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude), zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Reinbek.

Wir bedanken uns bei der Firma Linde Gas Therapeutics GmbH, Hamburg, für die freundliche Unterstützung bei der Vervielfältigung des Protokolls.

Ilse und Steffen Schumacher, für die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040/ 722 25 53, Mobil: 0176/ 4869 0287
E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de, Web: www.schlaf-portal.de