Obstruktiv sömnapné hos vuxna – diagnostik och behandling

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2021–01016) november 2021 giltigt till december 2023
Utarbetad av specialistöverskridande arbetsgrupp inom lungmedicin, öron-, näs- och halssjukvård, odontologi och allmänmedicin, förlängd av RPO Lung- och allergisjukdomar

Syfte

Analys av kvalitetsregisterdata visar tydliga regionala skillnader gällande tillgänglighet, diagnostiska processer och terapival. RMR syftar till att förbättra kvalitet och standardiserar omhändertagandet av patienter med sömnapné med delmålen:

1. Skapa jämlik vård
2. Synkronisera utrednings- och behandlingsrutiner
3. Underlätta regionalt kvalitetsarbete

Förändringar sedan föregående version

Obstruktiv sömnapné hos vuxna – diagnostik och behandling är uppdaterad med förlängd giltighetstid och anpassning till mall enligt HS 2019–00059, innehållet för övrigt är oförändrat. Giltighetstiden förlängs med två år enligt riktlinje för styrande dokument (RS 2017–06134).

Bakgrund

Diagnoskod: Sömnapné G47.3

Definition och förekomst:

Obstruktiv sömnapné (OSA) karakteriseras av repetitiva andningsuppehåll som resultat av partiell eller komplett obstruktion i de övre andningsvägarna och definieras utifrån antalet andningsstörningar/timme under sömnen, så kallat Apné Hypopné Index (AHI). OSA diagnosticeras vid AHI ≥5 och samtidig samsjuklighet/dagsömnighet, alternativt AHI ≥15 utan symtom/samsjuklighet. OSA är den vanligaste sömnrelaterade andningsstörningen med en förekomst av cirka 20 % hos medelålders män och cirka 10 % hos medelålders kvinnor (AHI 15 med eller utan samsjuklighet/symtom som gräns). Bland patienter med obesitas, hypertoni, koronarsjukdom eller förmaksflimmer kan prevalensen nå 50 %.

Riskfaktorer: Obesitas (cirka 70 % av OSA-patienter är överviktiga), manligt kön, ålder >50 år, anatomiska faktorer (tonsillhypertrofi, makroglossi, retrognati), riskbruk av alkohol, muskelavslappnande eller andningsdämpande läkemedel (bensodiazepiner, opiater), familjär OSA förekomst. Efter menopaus har kvinnor lika hög förekomst av sömnapné som män.

Typiska OSA-relaterade symtom: frekvent och oregelbunden snarkning, bevittnade apnéer, orolig sömn med frekventa nattliga uppvakningar, svettningar och nykturi. 30–50 % av OSA-patienter beskriver insomni-liknande besvär. Typiska symtom dagtid är sömnighet, koncentrationsstörningar, sviktande kognitiv funktion, irritabilitet och depressivitet. Kvinnor med OSA upplever ofta en trötthet och orkeslöshet som lätt kan förväxlas med depressiva symtom. Alla former av kardiovaskulär sjuklighet är överrepresenterade hos OSA-patienter. Framträdande är svårbehandlad hypertoni och förmaksflimmer. OSA är vanligt hos patienter med diabetes och metabolt syndrom. Olycksfallsrisken i trafiken och i arbetslivet är närmast trefaldigt förhöjd och minskar vid framgångsrik behandling.

Utredning och behandling

Diagnostik inom primärvården: Vid ovannämnda symptom eller riskfaktorer väcks misstanke om relevant sömnapné. En objektiv mätning under sömnen krävs för att bekräfta eller avstyr

misstankarna. Remiss för nattlig andningsregistrering behöver skickas till specialistvården (se bilaga flödesschema och remissmall).

Diagnostik
Sammanvägning av de tre diagnostiska komponenterna anamnes, kroppsundersökning och nattlig andningsregistrering leder till diagnos (förekomst, typ och svårighetsgrad av andningsstörning) och beslut om behandling. Endast läkare med god kunskap om sömnmedicinska sjukdomar får ställa diagnosen OSA.

Analyskriterier för sömnapné – nationell och regional konsensus inklusive diagnos- och åtgärdskoder för Socialstyrelsens Hälsodataregister är beskrivna i Nationella Riktlinjer för utredning av sömnapné hos vuxna (www.sesar.se).

A. Anamnesen skall inkludera typiska symtom (se ovan), oro-nasofaryngeala besvär, samsjuklighet och läkemedel. Validerade standardiserade frågeformulär kan vara användbara t.ex. Epworth Sömnighetsskala. En detaljerad anamnes kring dagtidssömnighet och trötthet, kognitiv dysfunktion och risk för trafikolycka (körsträcka, monotoni-intolerans, insomningsbenägenhet, tupplurar vid bilfärd, tidigare olyckor) bör inhämtas. Yrkesanamnes (exv. skiftarbete) är viktig för värdering av arbetsrelaterad olycksfallsrisk. Anamnes kring sömn- och vakenhetsstörning, här framförallt avgränsningen mellan klar översömnighet och trötthet/utmattning av annan genes, kräver symtomvärdering av läkare med goda kunskaper om sömnmedicinska sjukdomar. Kardio-metabol och psykiatrisk samsjuklighet inklusive insomni bör kartläggas.

B. Kroppsundersökning bör inkludera längd, vikt, blodtrycksmätning och ÖNH-status med låg tröskel för remiss till ÖNH-specialist vid besvär/patologi (t.ex. nästäppa, tonsillhypertrofi). Enklare tandstatus ska bedömas om terapi med bettskena övervägs.

C. En nattlig andningsregistrering (NAR) med luftflöde, andningsrörelse, saturation, puls och kroppsaktivitet/-position utförs under minst 4 men helst 8 timmars sömn i hemmet eller på sjukhus. Alternativa undersökningsmetoder kan jämställas med polygrafi om dessa är validerade. Däremot är förenklad polygrafi (t.ex. endast flödesmätning med eller utan syremätning) endast acceptabel som screening hos patienter med hög sannolikhet för OSA-diagnos, t.ex. på mottagningar med obesitas, hypertoni- eller hjärtpatienter. Utökad sömnundersökning med polysomnografi (sömnmätning med EEG) är indicerad i särskilda fall med hög symtombelastning eller i differentialdiagnostiskt syfte. Resultat från datorbaserade automatiska analysprogram måste manuellt eftergranskas av utbildad personal.

Hos patienter med översömnighet utan OSA eller med misstanke om andra specifika sömnsjukdomar bör en remiss skickas till Sömnmedicinska Avdelningar på SU/S och SKaS. Differentialdiagnoser till OSA inkluderar central sömnapné, hypoventilationssyndrom, sömnmedicinska sjukdomar som insomni, restless legs, katatreni, parasomni, narkolepsi, eller idiopatisk hypersomni. Andra invärtes- och psykiatriska sjukdomar relaterade till ökad trötthet (depression, inflammatorisk-, metabol-, hematologisk- eller infektiös sjukdom) bör utredas inom primärvården eller genom remiss till berörd specialitet.

Ledtider

Första besök till specialistläkare omfattar bedömning av objektiva mätdata (nattlig andningsregistrering). En ledtid av maximalt 90 dagar från remiss till besöket rekommenderas.

Terapi

Behandlingsbeslut baseras på en sammanvägd medicinsk bedömning där graden av nattlig hypoxi och apnébetingad sömnfragmentering, dagtidsbesvär, yrkesfunktion, samsjuklighet och ålder ingår. AHI-värdet är svagt korrelerat till symtom, därför är enbart mängden andningsuppehåll inte tillräckligt, framförallt inte när AHI ligger under 30.

A. Alla patienter med OSA bör informeras om **livsstilsåtgärder** som kan reducera sömnapné inklusive hjälp vid riskbruk/beroende av alkohol, se RMR Sjukdomsförebyggande åtgärder vid riskbruk av alkohol rökavvänjning se RMR Sjukdomsförebyggande åtgärder vid tobaksbruk, insomnibehandling se RMR Insomni och allmänna sömnhygieniska råd.

B. **Viktreduktion** är en väl dokumenterad terapiåtgärd vid OSA med samtidig övervikt. Aktiva åtgärder för viktreduktion bör alltid diskuteras med patienten. Dessa kan inkludera Fysisk Aktivitet på Recept (FAR) och remiss till dietist, obesitasmottagning, eller kirurgi (se också RMR ”Sjukdomsförebyggande åtgärder vid ohälsosamma matvanor”, ”RMR Fysisk aktivitet vuxna”, ”Kirurgisk fetmabehandling” och ”RMR Behandling av övervikt och fetma i primärvården”).

C. **Läkemedel**: Optimerad behandling av hypertoni och hjärtsvikt har dokumenterat positiv effekt på AHI och symtom. Viktreduktion med stöd av läkemedel kan övervägas. Slemhinnesjukdom i näsan kan behandlas med lokala steroider. Läkemedel med muskelrelaxerande eller andnings-deprimerande egenskaper bör undvikas.

D. Hjälpmedel

i. **CPAP – Continuous Positive Airway Pressure**
Indikation: Uttalad sömnapné (t.ex. AHI >25, uttalad nattlig hypoxi) bör primärt behandlas med CPAP. Vid grav översömnighet, BMI över 30 kg/m^2, uttalad nattlig hypoxi (medelmättnad <90 %, lägsta mättnad <80 %) eller riskyrke bör CPAP erbjudas även vid lägre sömnapnégrad. Effekt på kardiovaskulär prevention är osäker hos patienter >65 år och/eller vid AHI <25. Kontraindikation: Oförmåga att hantera utrustningen, pneumothorax.

ii. Mandibelframdragande bettskena (apnéskena)
Indikation: Mild till måttlig sömnapné (t.ex. AHI 5–25, mindre uttalad nattlig hypoxi) med symtom och/eller samsjuklighet. Andrahandsterapi hos patienter som ej tolererar CPAP. Kontraindikation: Dåligt tandstatus, tandlösa käkar. Skelettalt ej färdigutvecklad (åldersberoende, tex. <20 år). Specialutbildad tandläkare tar behandlingsbeslut och anpassar skenan. Större risk för bettförändringar finns vid kant-i-kant bett och underbett.

iii. Kroppspositionsterapi
Indikation: Positionsberoende OSA definierad som fördubblat AHI i rygg - jämfört med icke-ryggläge. Metoder: Vändhindrare, positionstränare med akustisk/taktil varning, specialmadrass för magläge är tredjehandsterapi vid positionsberoende, symtomgivande sömnapné. Alternativa hjälpmedel som tennisboll i pyjamas eller bakvänd BH, ryggsäck, eller specialkudde som positionsträning är otillräckligt dokumenterade.

E. Kirurgisk terapi
Indikation: I utvalda fall av uttalad tonsillhypertrofi opereras, i första hand yngre, icke-obesa patienter. Tonsilloperation och uvulopalatofaryngoplastik övervägs också vid terapisvikt av CPAP och bettskena. Näskirurgi kan övervägas vid nasal obstruktion. Stimulering av nervus hypoglossus är en ny terapimetod som ännu inte använts i regionen.

Sjukskrivningsriktlinjer
Det förekommer i sällsynta fall att patienter är så dagsömniga att de måste sjukskrivas på grund av olycksfallsrisk av remitterande läkare under utredningstiden och i väntan på behandling. Om detta framgår av remissen kommer patienten att få hög prioritet både för utredning och för behandling. Se Socialstyrelsens Försäkringsmedicinskt beslutsstöd Obstruktiv sömnapné.

Uppföljning

Uppföljningsrutiner skiljer sig mellan behandlingar.

- Viktreduktion och övriga livsstilsåtgärder följs upp via primärvården enligt regionala riktlinjer.

- CPAP: Uppföljning viktigast direkt efter terapistart för åtgärd av problem och biverkningar. Långtidsuppföljning via behandlande enhet. Fungerande CPAP-terapi följs upp med kontroll av terapiresultat, och fungerande CPAP långtidsbehandling bör säkerställas (t.ex. årliga kontroller eller efter patientens önskemål och behov). Patienten avgör tidsintervall men rekommenderas årliga kontroller. Vid problem behövs tätare uppföljning. Vid CPAP-användning <4h/natt trots intensiva vårdinsatser bör CPAP avslutas och annan behandling erbjudas.

- Apnéskena: Uppföljning av användningsgrad, symtomförändring och biverkningar på tandstatus (bettförändringar förekommer frekvent) 3–6 månader efter behandlingsstart via tandläkare. Uppföljande sömnmätning med skena kan erbjudas endast vid specifika frågeställningar (t.ex. körkortsfrågor, betydande hypoxi vid baslinje, bristande subjektiv effekt). Bettskena kan förnyas efter 4 år. Utförande enhet för terapistart är ansvarig för uppföljning och terapioptimering.

- Positionsterapi: Uppföljning av behandlingsresultat via behandlande enhet.

- Kirurgi: Uppföljning gällande terapiresultat med polygrafi under sömn 3 månader efter operation. Genomförs via opererande enhet (om undersökningsmetoder finns) eller via utredande sömnmottagning.

Vårdprocess – vårdnivå
Remisser enligt mall (Länk till bilaga 1) skickas till utredningsenheter inom Västra Götalandsregionen och region Halland. Utredningen genomförs vid specialistmottagningar se Flödesschema nedan.

Sahlgrenska/lungkliniken tar endast emot patienter med hög samsjuklighet. Hos patienter med hög sannolikhet för sömnapné kan förenklad nattlig andningsregistrering genomföras. Dessa kan finnas inom medicin (obesitas, hypertoni, flimmer, hjärtsvikt), neurologi (strokeenhet) eller hos enskilda aktörer inom primärvården med specialintresse och -kunskap. Samarbete med sömnmedicinsk enhet behövs för utbildning, tolkning och bedömning av resultat (t.ex. informationsöverföring via gemensam server eller kopia av sömnrapporten bifogas remissen). Kan sömnmedicinsk orsak till trötthet/översömnighet uteslutas handläggs patienten fortsättningsvis inom primärvården.

Behandling av sömnapné är tvärprofessionell och involverar många vårdprofessioner och specialiteter (öppen och slutenvård, primär och specialistvård, olika specialiteter inom sjukvård och tandvård). CPAP provas ut vid enheter inom lungmedicin och ÖNH med möjlighet till långtidsuppföljning. Vid specifika utredningar och komplexa behandlingar (terapisvikt, centrala andningsstörningar, andra mer komplexa sömnstörningar) remitteras patienten till Sömnmedicinska

Avdelningar på SU och SKaS. Svalgkirurgi bör utföras på ett fåtal erfarna enheter inom VGR och Halland. Apnéskena bör provas ut hos certifierad tandläkare. Långtidsuppföljning sker via behandlande enhet.

Specifika frågeställningar

1. **Körkort hos patienter med OSA**
   Obehandlad sömnapné utgör en kraftig riskfaktor för trafik- och arbetsplatsolyckor. Särskild vikt vid anamnesupptagning bör läggas på årlig körsträcka, tidigare trötthetsrelaterade trafikolyckor, sömnattacker bakom ratten och frekventa stopp p.g.a. sömnighet. Övriga riskfaktorer inkludera insomni, kort habituell sovtid <6 timmar och intag av hypnotika. Då nationella körkortsregler specificera sömnapné som medicinsk åkomma med restriktioner avseende körkort behöver anamnesen vara väl dokumenterad.
   Transportstyrelsen kräver regelbundna intyg avseende körduglighet ur vakenhetssynpunkt. Intyget utfärdas av specialistläkare med god kunskap om sömnapné.

2. **Graviditet och OSA**
   Studier visar samband mellan sömnapné och komplikationer under graviditet, men kunskapsläget är begränsat. Förekomst av OSA under sista trimestern har associerats med förhöjt blodtryck (pre-eklampsi) och minskad födelsevikt. Vid klinisk misstanke bör utredning skyndsamt genomföras. CPAP bör inledas vid uttalad sömnapné.

3. **Sömnläkemedel och smärtterapi vid OSA**
   Användning av bensodiazepiner har en relativ kontraindikation vid obehandlad allvarlig OSA. Förskrivning av starkare opiater mot svåra smärttillstånd bör göras med försiktighet. Både obstruktiva och centrala andningsstörningar kan induceras.

Uppföljning av denna riktlinje

Regionala vårdinrättningar för sömnapné bör registrera sina patienter i den nationella kvalitetsdatabasen SESAR (med automatisk överföring av CPAP information till kvalitetsregister SWEDEVOX-CPAP arm). Kvalitetsindikatorer har redan utvecklats för både den diagnostiska som den terapeutiska delen i registren.

Bilagor

1. Flödesschema vårdprocess vårdnivå
2. Remissmall för sömnapnéutredning
3. Analyskriterier för sömnapné – nationell och regional konsensus inklusive diagnos- och åtgärdskoder för Socialstyrelsens Hälsodataregister

Sömnapné

Vårdbegäran för patient med misstanke sömnapné baserat på:
- typiska symtom (dag och/eller natt)
- samsjuklighet (hjärta, kärl, metabol)
- ev. redan utförd förenklad andningsregistrering bifogas

Remissbedömning och beslut

Utförs vid:
- SU/Sahlgrenska
- Frölunda Sjukhus
- Lundby Sjukhus
- City Sjukhus
- SÄS/Borås
- NU/NÄL
- SkaS/Skövde/Lidköping
- Hallands Sjukhus: Halmstad, Kungsbacka och Varberg
- Övriga vårdgivare

Utredning

Sjuksköterskebesök

Läkarbesök

Nattlig andningsregistrering

Diagnos och beslut om fortsatt behandling

Utförs vid:
- SU/Sahlgrenska
- SÄS/Borås
- NU/NÄL
- SkaS/Skövde
- Lidköping
- Hallands Sjukhus: Halmstad, Kungsbacka och Varberg

Behandling

Livsstil, viktreduktion, behandling samsjuklighet

CPAP

Positionsterapi

Apnéskena

Kirurgi

Utförs vid:
- Primärvården
- Obesitasmottagning
- Obesitas-kirurgisk enhet

Utförs vid:
- Svalg- och/eller näskirurgi: ÖNH kliniker SU, NÄL, SÄS, SkaS, Halmstad, Frölunda, Lundby, privata vårdgivare

Utförs vid:
- Bettfysiologen Mölndal, Borås, NÄL
- Certifierade tandläkare

Uppföljning

- Via behandlande enhet avseende symtom, följsamhet/biverkningar och behov av objektiv terapikontroll.
- Avslutad terapi: Remiss tillbaka till utredande enhet för fortsatt omhändertagande.

Remissmall obstruktiv sömnapné

Remissen med frågeställning obstruktiv sömnapné bör innehålla information om föreliggande av

- Typiska nattliga symptom (Snarkning, bevittnade andningsuppehåll, dyspné, nykturi, orolig nattsömn)
- Typiska symptom dagtid: Icke utvilande sömn, ökad dagtrötthet och översömnighet, irritabilitet, koncentrationsstörningar
- Samsjuklighet: (Svårbehandlad) hypertoni, intermittent flimmer/fladder, hjärtsvikt, stroke/TIA, diabetes mellitus, depression/ångest.
- Riskfaktorer för trafik- och arbetsplatsolyckor: Hög årlig körsträcka (>1500 mil), översömnighet bakom ratten, problem med tillbud eller olyckor p.g.a. översömnighet, habituell kort sovtid, skiftarbetet, insomnibesvär, yrkeschaufför, säkerhetsklassat arbete. Se Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om medicinska krav för innehav av körkort m.m.
- Pågående behandling med substanser som kan provocera sömnapné: Opiater, bensodiazepiner, anabola steroider
- Information om kroppsmått (längd/vikt) och svalgstatus (tonsillhypertrofi), alkoholvanor

Analyskriterier för klassifikation av sömnrelaterade andningsstörningar

Följande kriterier bör användas för klassifikation av sömnrelaterade andningsstörningar baserad på nattlig andningsregistrering (NAR) eller polysomnographie (PSG). (källa: www.sesar.se)

Typ av andnings-störning	**Definition**	**Kommentar**
Apné	Mer än 90 % reduktion av normal flödes-amplitud under minst 10 Sekunder Inget krav på desaturation	Differentiering mellan olika apnétyper - Bibehållet andningsarbete: Obstruktiv apné; - Avstannat andningsarbete: Central apné - Kombination: Blandade apné
Hypopné	30 - 90 % reduktion av normal flödesamplitud över ≥10 Sekunder tillsammans med en ≥3%ig reduktion av syremättnad	I klinisk rutin skiljer man inte mellan obstruktiv eller central hypopné. Redovisning kan dock ske. Vid användning av ≥4% desaturationskriterium för hypopnéklassifikation bör detta särskilt redovisas i resultatrapporten.
Respiratory effort related arousal (RERA)	Flödesbegränsning av minst 10 sekunder som leder till sömn-fragmentering (arousal)	Klassifikation av RERA kräver polysomnografisk mätning (PSG). Kvantifiering av pulsvågsanalys (artär tonometri) kan bidra till detektion av autonom aktivering under sömn som har visat god överensstämmelse med CNS arousal.
Desaturation	Sänkning av saturationsnivå med minst 4 % från baslinjen (ODI4), = standard	Indexvärden med enbart 3% sänkning av saturation från baslinjen kan också rapporteras men behöver redovisas med specifik markering som ODI3-Index.
Cheyne Stokes andning	Symmetriskt crescendo och decrescendo av andningsamplitud med eller utan apné. Bibe-hållen andningsfrekvens.	Kan förekomma både under sömn och vakenhet. Skall inte förväxlas med centrala apnéer vid sömn- vakenhets-övergång och efter arousal från sömn. Förekommer under minst 10 minuter med minst tre efterföljande episoder.
Indexering	Apné-, hypopné-, och desaturationsindex beräknas som kvoten mellan antalet andningsstörningar och indextiden. Som indextid används den tiden som bäst reflekterar den verkligen sovtiden. Det bör redovisas hur indextid definierats (t.ex. mellan ljuset av och ljus på). Indextid under 4 timmar anses vanligtvis som otillräckligt. Förutom AHI och ODI beräknade på hela indextiden bör AHI och ODI i ryggläge respektive icke-ryggläge redovisas separat.	
Diagnoskoder	Sömnapné	G47.3
	Periodisk andning	R06.3
	Snarkning	R06.5
Åtgärdskoder	Nattlig AndningsRegistrering (NAR)	AV 100
	CPAP utprovning	DG 027
	CPAP kontroll	DG 007
	Apnébettskena kontroll	AV 100