

KONSENSUS-DOKUMENTATIONSBOGEN ZUR INDIKATIONS- PRÜFUNG FÜR EINE N. HYPOGLOSSUS-STIMULATION

Dokumentation

Vor- / Nachname: _____	Erstdiagnose OSA: _____ / _____ / _____
Geburtsdatum: _____ / _____ / _____	Aktuelle Polysomnographie vom: _____ / _____ / _____
Untersuchungsdatum: _____ / _____ / _____	(nicht älter als 6 Monate) AHl: _____
UntersucherIn: _____	Letzte PAP-Nutzung: _____ / _____ / _____

Maskenanpassung und Druckapplikation erfolgt
Titrationsnacht durchgeführt
Maskenoptimierungsversuch durchgeführt
Letzte Optimierung: _____ / _____ / _____
Geräteoptimierungsversuch durchgeführt
Letzte Optimierung: _____ / _____ / _____
Coaching durchgeführt
PAP-Nutzungsdauer in den letzten 60 Nächten: _____ Nächte
Prozentueller Anteil der Nächte mit Nutzung \geq 4h pro Nacht in den letzten 60 Nächten: _____ %
Residual-AHI unter PAP-Therapie: _____ /h

Indikationsprüfung für Hypoglossus-Stimulation

PAP – Unverträglichkeit oder PAP-Versagen

Primäre Unverträglichkeit: PAP-Therapie kann nicht eingeleitet/verordnet werden

Psychische Ursache

Unmöglichkeit der Maskenplatzierung

Kontraindikationen zur PAP-Therapie: _____

Sekundäre Unverträglichkeit (PAP – Intoleranz): PAP-Therapie nicht fortführbar

Keine Nutzung über mind. 90 Nächte (inkl. 30 Nächte Gewöhnung)

Weniger als 70% der Nächte mit mind. 4 Stunden/Nacht (in den letzten 60 Nächten)

PAP-Optimierungen nicht erfolgreich wegen:

Reizzustände: _____

Insomnie

psychische Ursache

Andere: _____

PAP-Versagen (Therapieinsuffizienz trotz PAP-Optimierung): Residual-AHI $>$ 15/h

Der Pat. wurde über die Notwendigkeit der Behandlung der OSA aufgeklärt

Der Pat. wurde über mögliche Behandlungsalternativen (Unterkieferprotrusionsschiene, Lagetherapie, kieferchirurgische Therapie, HNO-Therapie) aufgeklärt. Sie wurden ggf. versucht, evaluiert und kommen nicht in Frage.

Patient geeignet für Alternativtherapie Hypoglossus-Stimulation

Obstruktive Schlafapnoe mit Basis-AHI höher als 15/h und weniger als 65 /h; Basis-AHI _____ /h

Keine Adipositas mit BMI $>$ 35 kg/m² BMI: _____ kg/m²

\leq 25% zentrale oder gemischte Apnoen

Kontakt zur HNO Klinik

Tel. 0316/385 80 404

Datum, Zuweiser

Telefonnr.: _____

* N. Hypoglossus-Stimulation-Arbeitsgruppe Steiermark

(M. Saletu, O. Amouzadeh-Ghadikolai, E. Kink, J. Diez, H. Lemmerer, B. Kirchmayer, B. Gimpel, B. Höller, M. Palfner, N. Tröster)

Basierend auf: Fietze I et al., Wenn CPAP nicht genutzt oder nicht vertragen wird. Somnologie 2020.

MANAGEMENT BEI PAP-UNVERTRÄGLICHKEIT

Erfassung der PAP-Unverträglichkeit

Diese kann primär - d.h. ohne jeglichen Titrationsversuch/ Ekzem, Schädeltrauma, Klaustrophobie – sein, oder sich erst im Laufe der Zeit sekundär entwickeln. Stehen keine vernünftigen PAP-Alternativen zur Verfügung, sollte der/die Pat. einem Schlaflabor vorgestellt werden, am besten dem ursächlich betreuenden Schlaflabor.

Überprüfung der Indikationsstellung

Die dzt. Vorgaben sind ein BMI <35, eine überwiegend >75% obstruktive Schlafapnoe, ein AHI zwischen 15–65, und der Ausschluss eines konzentrischen Kollapses der pharyngealen Atemwege. Hypopnoen werden zunächst immer als obstruktiv gewertet, insbesondere wenn es keine sicheren Anhaltspunkte einer zentralen Natur für diese gibt. Die präoperative Polysomnographie (PSG) sollte nicht länger als 6 (insbes. bei deutlicher Gewichtsänderung o.ä.) bis 12 Monate (bei stabilen Verhältnissen) zurückliegen, und die obigen Vorgaben bestätigen. Sie dient auch dem Ausgangswert zum Vergleich zu den postoperativen Verhältnissen.

Vorstellung zur Operation

Der/Die Pat. wird dann mit ausgefüllter Checkliste (umseitig) dem Operateur eines HNO-Zentrums, welches diese Operation durchführt, vorgestellt. Nach Begutachtung und ggf. der Durchführung einer DISE (falls nicht aussagekräftig vorliegend zum Ausschluss eines konzentrischen Kollapses) und abschließender Aufklärung, muss der/die Pat. der Operation zustimmen, und der Operateur informiert das zuständige Schlaflabor des geplanten OP-Termins, damit sich das SL für die postoperative Betreuung vorbereiten kann.

Perioperativer Verlauf

Etwa 4 Wochen nach Implantation des Generators und der Sonden kann der Generator erstmals in Betrieb genommen werden. Dies erfolgt im Regelfall durch die chirurgische HNO-Abteilung. Liegt noch eine zu geringe Erfahrung vor, können begleitend speziell geschulte Fachleute der Vertriebsfirma des Generators herangezogen werden. Nach initialer Einstellung der Steuerdaten des Generators und Einschulung des/der Pat. kann der/die Pat. in einem vorgegebenen kleinen Bereich diese Einstellung selbst modifizieren. Weitere Kontrollen im Schlaflabor erfolgen gemäß den Vorgaben.

Erste postoperative Polysomnographie

Etwa 2–3 Monate postoperativ wird bei zufriedenstellender Arbeitsweise des Generators eine PSG geplant. Diese dient zur Erfassung der Effizienz der HNS-Therapie. Beim Auftreten von Problemen müssen diese zuerst beseitigt werden, bevor das Schlaflabor der/die Pat. wieder an den/die schlafbetreuende Kolleg:In zur weiteren Betreuung übergeben wird. Das Schlaflabor liefert dem Chirurgen einen Abschlussbericht, aus dem die Effizienz der Stimulationstherapie hervorgeht.

Je nach Art einer später auftretenden Komplikation sollte der Pat./die Pat. sowohl Chirurg wie auch Schlaflabor informieren, und den Kolleg:In des zutreffenden Fachbereiches konsultieren. Ein gegenseitiger Informationsaustausch zwischen Schlaflabor und Chirurgen sollte die Art des Problems wie auch die durchgeführte Lösung beinhalten. Die Evidenzhaltung bei durchgeführtem Eingriff erfolgt auf beiden Seiten, der HNO wie auch dem Schlaflabor.

Therapiebeendigung

Im Falle einer Beendigung der Therapie übernimmt wieder das Schlaflabor das weitere Management des/der Pat.