



Schlafapnoe und Depression

Schlafbezogene Atemstörungen treten in allen Teilen der Bevölkerung sehr häufig auf: Eine kürzlich veröffentlichte Studie hat gezeigt, dass der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) bei 49,7% der Männer und 23,4% der Frauen zwischen 40 und 85 Jahren bei mindestens 15 Atemaussetzern pro Stunde liegt. Wie bereits vorangegangene Studien hat auch diese Untersuchung deutlich gemacht, dass insbesondere bei Frauen ein Zusammenhang zwischen dem nächtlichen Schlafapnoe-Syndrom (SAS) und dem Auftreten von Depressionen besteht. In der Tat scheint das SAS zu den Risikofaktoren zu gehören, die die Entstehung einer Depression begünstigen. Bei Patientinnen und Patienten mit depressiver Symptomatik muss somit an die Möglichkeit eines SAS gedacht werden.

Das Schlafapnoe-Syndrom (SAS) ist durch einen vollständigen Verschluss (Apnoe) und/oder eine Verengung (Hypopnoe) der oberen Atemwege im Schlaf gekennzeichnet, was zu Schlaffragmentierung, zu zeitweisem Sauerstoffmangel im Blut, zu erhöhtem intrathorakalem Druck und zur Aktivierung des sympathischen Nervensystems sowie zu starken Blutdruckschwankungen führt.

Diese schlafbezogenen Atemstörungen sind äusserst häufig in allen Teilen der Bevölkerung. Die HypnoLaus-Studie [1], die ein Patientenkollektiv von 2121 Probanden aus der Allgemeinbevölkerung der Stadt Lausanne (Alter: 40–85 Jahre) mittels vollständiger Polysomnografie untersucht hat, ermittelte bei 49,7% der Männer und 23,4% der Frauen einen Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) von 15 oder mehr Ereignissen pro Stunde. Durch diese Studie konnte ein signifikanter und unabhängiger Zusammenhang zwischen SAS und Hypertonie, Diabetes und metabolischem Syndrom bestätigt werden. Ferner konnte anhand eines semistrukturierten Interviews ein Zusammenhang zwischen SAS und schweren Depressionen nachgewiesen werden. Nach Adjustierung in Bezug auf Alter, Geschlecht, Einnahme von Benzodiazepinen und Antidepressiva lag das relative Risiko der Probanden mit einem AHI ≥ 20 /Std. bei 1,92 (CI 95%: 1,01–3,64; $p = 0,0292$).

In Studien mit klinischen Patientengruppen wurde oft von vermehrt auftretenden komorbiden Depressionen und depressiver Symptomatik bei Patientinnen und Patienten mit schlafbedingten Atemstörungen berichtet. Die grosse Prävalenzspanne von 7 bis 63% [2] lässt sich mit der Anwendung unterschiedlicher Untersuchungsmethoden erklären. Die Diagnose einer Depression bei Patientinnen und Patienten mit Schlafapnoe ist nicht einfach, da gewisse Symptome (wie Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, Libido- und Interesseverlust) beiden Krankheitsbildern gemeinsam sind, was die Feststellung eines depressiven Zustands und dessen Ausprägung bei SAS deutlich erschwert. Darum sind auch bestimmte, häufig in epidemiologischen Studien zur Diagnose von Depressionen verwendete Skalen in dieser Situation ungeeignet.

Ferner liegen die Ergebnisse der prospektiven Kohortenstudie von Wisconsin [3] vor, die 1408 Probanden aus der Allgemeinbevölkerung alle vier Jahre polysomnografisch untersuchte und die Inzidenz von Depressionen ermittelte. Sie zeigte, dass eine Verschlimmerung der schlafbezogenen Atemstörungen im Laufe der Zeit bei Personen, die ursprünglich nicht unter Depressionen litten, die Entwicklung von Depressionen begünstigte. So lag das relative Depressionsrisiko der Personen, die bei der ersten Beurteilung einen AHI von <5 /Std. aufwiesen aber ein leichtes SAS entwickelten (AHI zwischen 5 und 15/Std. beim polysomnografischen Follow-up nach 4 Jahren), im Vergleich zu denjenigen mit unverändertem AHI bei 1,8 (CI 95%: 1,3–2,6). Auch

wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen SAS und Depressionen nicht ausdrücklich nachgewiesen werden kann, können verschiedene Mechanismen die Entwicklung einer Depression bei Patientinnen und Patienten mit SAS erklären, wie z.B. die Auswirkungen der Schlaffragmentierung, der übermässigen Tagesschläfrigkeit, der chronischen Müdigkeit und der wiederholten Sauerstoffunterversorgung des Körpers auf die Stimmung. Selbst wenn diese Studie einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des SAS und der Depression suggeriert, konnten nicht alle Studien eine Korrelation zwischen AHI und der Schwere der depressiven Symptomatik bestätigen. Aus den meisten Studien geht jedoch hervor, dass die Prävalenz von Depressionen bei Frauen mit SAS höher ist als bei Männern.

In der jüngsten Auflage der Internationalen Klassifikation von Schlafstörungen (ICSD-3) wird die Diagnose von Verstimmungszuständen zu den 4 grossen Gruppen von Symptomen (wie Tagesschläfrigkeit und Schnarchen) und Komorbiditäten (wie Hypertonie und Vorhofflimmern) gezählt, anhand derer ein SAS bei einem AHI ≥ 5 diagnostiziert werden kann [2]. Dies zeigt, dass die Bedeutung von Depressionen bei SAS erkannt wurde.

Verschiedene Studien berichten, dass die Behandlung des SAS auch zu einer Verbesserung der depressiven Zustände geführt hat, wobei jedoch keine Übereinstimmung zwischen den Studien besteht. So hat eine Meta-Analyse gezeigt, dass eine Behandlung mit CPAP (kontinuierlicher Überdruckbeatmung) zu einer Verringerung der Schläfrigkeit und einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen führte [4], dabei jedoch kaum Auswirkungen auf die depressiven Symptome hatte. Die CPAP-Behandlung erwies sich vor allem bei schweren Formen von Depression als wirksam.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine depressive Symptomatik von den Ärztinnen und Ärzten bewusst als Begleiterkrankung eines SAS betrachtet werden muss und dass die Prävalenz von Depressionen bei SAS sehr hoch ist, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer.

Literatur

1. Heinzer R et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med* 2015.
2. Saunamaki T et al. Depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome: a review. *Acta Neurol Scand* 2007; 116: 277–88.
3. Peppard PE et al. Longitudinal association of sleep-related breathing disorder and depression. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1709–15.
4. Giles TL et al. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD001106.

Verantwortlich für den Inhalt dieses Beitrags

Centre d'Investigation et de Recherche sur le Sommeil (CIRS)

Dr. José Haba-Rubio

Rue du Bugnon 46, BH 06

CH-1011 Lausanne/Schweiz

jose.haba-rubio@chuv.ch