

Küsimus 6.

Kliiniline küsimus 6. Kas kõigil unetuse kahtlusega patsientidel tuleb kasutada liigunisuse küsimustikku vs mitte?

Taust

Ravijuhendites ega metaanalüüsid ei ole sellele küsimusele vastust. Olemasolevad ja hinnatud insomniaravijuhendid soovivad insomniadiagnostikaks kliinilist intervjuud, insomniaküsimustikke, unepäevikut (AASM 2008 a juhend, vt tabel). Riemann *et al.* 2017 Euroopa insomniaravijuhend soovib unetuse diagnostikaks unepäevikut (*consensus sleep diary*, Carney *et al.*, 2012), Pittsburgh Sleep Quality Index'it; (PSQI, Buysse *et al.*, 1989), Insomnia severity Index'it (ISI, Bastien *et al.*, 2001). Lisaks, tuuakse välja, et Bergeni unetuse skaalal (Bergen Insomnia Scale, Pallesen *et al.*, 2008) ja uneseisundi indikaatoril (Sleep Condition Indicator, Espie *et al.*, 2012) on head psühhomeetrilised omadused.

Table 8—Examples of Insomnia Questionnaires Used in Baseline and Treatment Outcome Assessment

Questionnaire	Description
Epworth Sleepiness Scale	ESS is an 8-item self report questionnaire used to assess subjective sleepiness (score range: 0-24; normal <10).
Insomnia Severity Index	ISI is a 7-item rating used to assess the patient's perception of insomnia.
Pittsburgh Sleep Quality Index	PSQI is a 24-item self report measure of sleep quality (poor sleep: global score >5).
Beck Depression Inventory	BDI (or BDI-II) is a 21-item self report inventory used to measure depression (minimal or no depression: BDI <10; moderate to severe: BDI >18).
State-Trait Anxiety Inventory-Form Y Trait Scale	STAI is a 20-item self report inventory used to measure anxiety (score range: 20-80; minimum anxiety: T-score <50; significant anxiety: T score >70).
Fatigue Severity Scale	FSS is a 9-item patient rating of daytime fatigue.
Short Form Health Survey (SF-36)	SF-36 is a 36-item self report inventory that generically measures quality of life for any disorder (range from 0 (poorest) to 100 (well-being)).
Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire	DBAS is a self-rating of 28 statements that is used to assess negative cognitions about sleep.

Kirjanduses tuuakse välja, et insomniaga patsiendid on harva liigunised isegi, kui totaalne uneaeg on öösel lühenenud (sageli ei ole või ei ole märkimisväärselt lühenenud). Kaasaegsed vaated unetuse patofüsioloogiale rõhutavad ülirutuse seisundi olemasolu (*hyperarousal state*). Epworthi unisuse skaala (Johns, 1991; ESS) on kergesti skooritav ja laialdaselt kasutatav päevast liigunisust hindav instrument, kuid insomniadiagnostikas on selle roll tõenäoliselt tagasihoidlik. ESS on varasemalt kasutatud unetuse hindamisel (Johns 1997); kuigi enamikul unetusega patsientidest jääb ESS normväärtuste piiridesse (Reidel and Lichstein 2000). Lisaks, ESS ja unisuse objektiivse mõõdiku, unelatentsuse testi (multiple sleep latency test, MSLT) vaheline korrelatsioon on kirjanduse andmetel nõrk.

Tõenduse otsingud:

Medinfo otsingute tulemusena (vt strateegia) tuli tagasi 71 kirjet. Nendest valiti välja 11 artiklit. Neist ei läinud osa käiku, olles tertsiaarsete unekeskuste uurimused või uurides meie kliinilisele küsimusele mitte relevantseid seoseid. Iseseisvalt leitud lisaks üks artikkel (Souza *et al.*, 2002).

Kokkuvõte:

Alsaadi *et al.*, 2013: Hinnati unetust 101 füsioteraapia kliinikutest hõlmatud alaseljavaluga patsiendil erinevate küsimustike abil, võrdluseks unepäevik. Epworthi unisuse skaala skoorid insomniaga patsientidel jäid normi piiresse (7.2 punkti), *cut-off* selles uuringus oli >10 punkti. Järeldus oli, et ESS täpsus insomnia diagnoosimisel on madal (AUC = 0.53, 95% CI = 0.41 – 0.64). Hindamise aluseks on teadmine, et AUC 0.5 - 0.7 = madal täpsus, 0.7 to 0.9 = mõõdukas täpsus, >0.9 = kõrge täpsus.

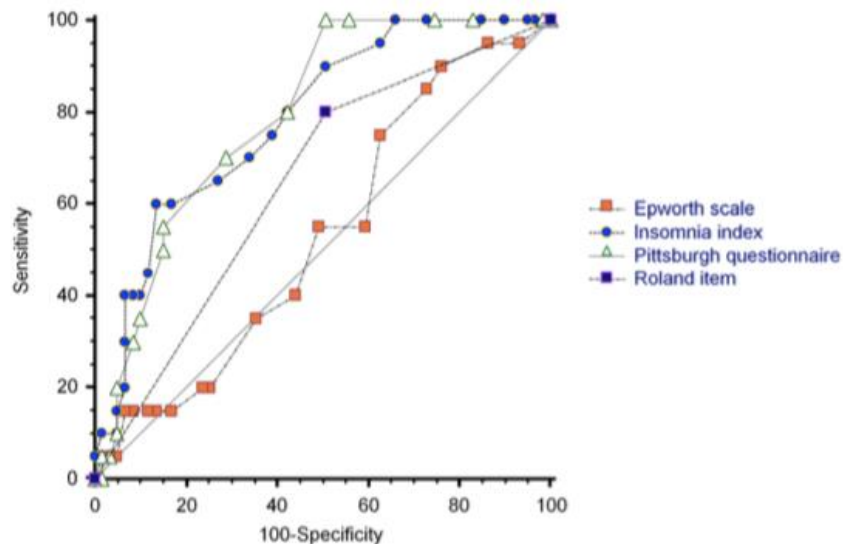


Figure 1 Receiver operator characteristic (ROC) curves for all sleep measures. Pittsburgh questionnaire: Pittsburgh sleep quality index, Insomnia index: Insomnia severity index, Roland item: Sleep item of the Roland and Morris disability questionnaire, Epworth scale: Epworth sleepiness scale

Bertolazi *et al.*, 2009: ESS valideerimine Brasiilias (portugali keelde). Polüsomnograafiliselt kontrollitud seisunditega (apnoe, unetus, norskamine) isikutele ja kontrollgrupile ESS teostamisel selgus, et unetusega patsientide (n=21) ESS skoor on normi piires (5.3 ± 2.6 ; kontrollgrupil 5.2 ± 3).

Bogdan & Turner, 2007:

Uus unemõõdik Sleep Matrix, mida katsetati 90 unetusega patsiendil ja 22 unetuseta inimesel: The Sleep Matrix plots the SleepMed Insomnia Index (SMI) scores on the x-axis against ESS scores on the y-axis. Six zones within the matrix help characterize the sleep complaint. Patients with ESS scores <10 fall into three categories in the lower half of the matrix: normal patients (SMI scores 0–10), non-sleepy patients with nonrestorative sleep (SMI scores 11–20), and insomnia patients (SMI scores >20). Patients with ESS scores >12 fall into three categories in the upper half of the matrix: sleepy patients (SMI scores of 0–10), sleepy patients with nonrestorative sleep (SMI scores of 11–20), and sleepy patients with sleep disruption/insomnia (SMI scores >20). Patients with SMI/ESS intercepts in the upper half of the matrix will need further clinical correlation for the presence of an underlying sleep disorder. Plots of the insomnia patients were concentrated in the “insomnia zone” in the lower-right corner and a few revealed sleepiness with disrupted sleep (upper-right corner); however, none were in the “normal zone”. In contrast, most all of the plots for the normal controls were located in the lower-left “normal zone”. **Järeldus:** We believe the SMI identifies a high likelihood of significant sleep disruption in patients with SMI scores greater than 20.

Patients with ESS/SMI scores falling in the upper half of the Sleep Matrix may require referral to a sleep specialist for further evaluation especially if initial treatment does not result in improvement.

Table 1 SleepMed Insomnia Index questionnaire

This is a test to assess, in general, how you are feeling about your sleep. Answer the following questions rating how you feel about your sleep using a 0–4 point scale with “0” representing no problem with your sleep and “4” representing a severe problem with how you feel about your sleep:

- 0 = No problem with my sleep
- 1 = Slight problem with my sleep
- 2 = Moderate problem with my sleep
- 3 = Moderately severe problem with my sleep
- 4 = Severe problem with my sleep affecting all parts of my life

1. Overall, describe your satisfaction with your sleep
2. How easy is it for you to fall asleep?
3. How worried are you that you won't be able to fall asleep?
4. Are you easily awakened by sounds/noises in the night?
5. When you sleep in a strange place or a bed other than your own, how much trouble do you have trying to fall asleep?
6. Is your sleep disturbed by frequent awakenings?
7. Can you fall back asleep if you awaken during the night?
8. Are you rested the next day after your night's sleep?
9. Do you think you are getting enough hours of sleep each night?
10. How much does the quality of your sleep affect your next day function (ie, fatigue, mood, irritability)?

Total Score (0–40points)

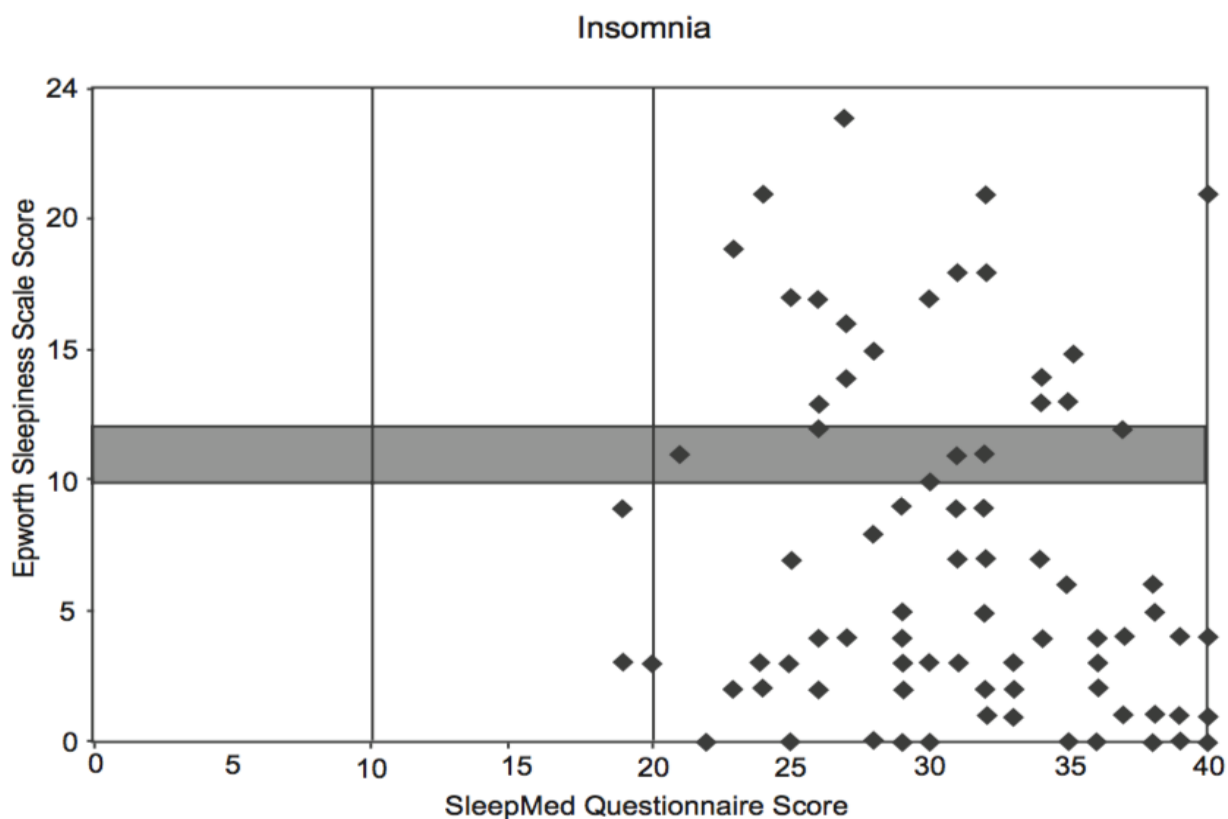


Figure 1 Insomnia/Sleep Matrix plots. Sleep Matrix plots for an additional 90 patients with insomnia. Most of the plots are located in the lower right-hand corner. Some of the insomnia patients also reported sleepiness along with disrupted sleep. None of these patients are in the normal zone.

Leger et al. 2010 uurisid 1004 noort inimest Prantsusmaal telefoniintervjuu abil. Esitati mitmeid küsimusi une kohta, sh ESS. Nende valimist oli lühikese uneajaga 18% (185), insomniaga 12% (121) ja subjektiivse unevõlaga (TST puhkepäevadel - TST töönädala keskel) isikuid 20% (200). Huvitaval kombel ei olnud ühtki unevõlaga isikut unetusega inimeste grupis, võrreldes 18.9% unevõla esinemissagedusega unetuse all mittekannatavate isikute hulgas. Lühikese uneajaga grupp (olenemata unevõlast) võrreldes unevõlaga grupiga raporteeris kõrgemat ESS skoori (7.8 vs 6.7). Unevõlaga isikute grupp (olenemata uneaja pikkusest)

omakorda raporteeris kõrgemat ESS skoori kui mitte-unevõlaga grupp (7.7 vs 6.6). Järeldus on ilmselt see, et ESS ei korreleeru insomniaga, unevõla ega lühikese uneajaga.

Sanford et al. 2006 uuringu eesmärk oli koguda normatiivseid andmeid ESS skooride kohta üldpopulatsioonis. Uuringus osales 772 inimest, kellest kõik täitsid 2-nädalast unepäevikut ja päevase toimetuleku küsimustikke, sh ESS. Selles uurimuses oli ESS võrreldes teiste uuringutega keskmiselt kõrgem nii unetusega kui unetuseta isikutel. Võttes ESS cut-off skooriks >10, saadi olulise päevase unisuse määraks 41.4% insomniaga isikutel ja 30.7% insomniata isikutel. Olenemata statistiliselt olulisest erinevusest nende gruppide keskmise "unisuse" vahel, näitas ROC analüüs madalat ESS täpsust unetusega ja unetuseta isikute eristamisel.

Severson et al. 2013 uurisid unekeskuses 1207 patsiendi elektroonseid terviseandmeid, määramaks mõõdikud unetuse diagnoosi valideerimiseks. Tegurite kombinatsioon: subjektiivne unelatentsus > 20 min, totaalne uneaeg < 6.5 h öösel, suutmatus uinuda öösel peale ärkamist, BMI < 27 kg/m² ja Epworth Sleepiness Scale score < 9 andsid väga kõrge spetsiifilisuse (99.3%) insomniaga diagnoosimiseks, kuigi tundlikkus oli väga madal (11.8%). Tegemist oli unekeskuse uuringuga paraku.

Souza et al. 2002 intervjuerisid koduintervjuude abil 408 inimest. Kasutades ESS cut'off skoori >11, saadi päevase liigunisuse levimuseks 18.9% (SD=1.9%; CI 15.1% to 22.7%). Ei leitud statistilisi seoseid liigunisuse ja selliste tegurite vahel nagu insomniaga, uinutite kasutamise, kehamassindeksi, soo, vanuse, hariduse, majandusliku seisundi, perekonnaseisu, tööhõive, alternatiivsed meetodid une parandamiseks. Kui valim jaotati soo alusel, leiti meestel oluline seos ESS skoori ja insomniaga esinemise vahel (p=0.005).

Kokkuvõtteks, tõendus Epworthi unisuse skaala kasutamise kohta unetuse kahtlusega patsientidel on suhteliselt madal ja selle küsimustiku kasutamist unetuse diagnostikas ei soovita kasutada. Ühegi teise liigunisuse küsimustiku kohta piisavat tõendust ei leitud.