

13. Kas liigunisuse patsientidel tuleks kasutada liigunisuse küsimustikke?

Süsteemaatilisel kirjanduse otsingul leiti 80 vastet, millest vaid üks käsitles osaliselt liigunisuse küsimustikke liigunisuse patsientidel (Zallek et al 2008).

Paljudes artiklites käib läbi, et Epworthi liigunisuse küsimustik (ESS) on sagedaseim küsimustik, millega hõlpsalt skriinida unekeskuse patsiente unehäirete suhtes. Vasteks ei tulnud ühtki uuringut uurimaks ESSi täpsust esmatasandil liigunisuse patsientide seas.

Zallek et al artikkel on küll teinud unekeskuses, kuid toob välja lihtsa testi, üheküsimuselise liigväsimumise skaala, unisuse hindamiseks alternatiivina ESSile. Samuti mõõdetakse selles ESSi täpsust unehäirete diagnoosimiseks võrreldes MSLT-ga (*multiple sleep latency test*). Viimane on liigunisuse diagnoosimise kuldstandard, kus mõõdetakse korduvalt rahulikus keskkonnas patsiendil uinumiseks kuluvat aega (*mean sleep latency MSL*). Selle jooksul hinnatakse keskmist uinumiseks kuluvat aega (hüpersomniae diagnoosimiseks kasutatakse piirväärtusi 5 ja 10 minutit ehk MSL-5 ja MSL-10).

Hinnati liigväsimumise üheküsimuselise skaala (ÜS) täpsust võrreldes ESSi erinevate unehäiretega patsientide kohordis. ÜSi hinnatakse paludes patsiendil märkida oma unisus tüüpilisel päeval skaalal 0-10 (0-ei ole unine, 10-kõrgeim unisuse aste). Unisuse diagnoosimiseks kasutati kinnitava testina MSLT-d. Patsiendid valiti Illinoisist Neuroloogiakeskuse unekeskusest 2001-2004 a. vahemikus. Võeti vaid need patsiendid, kes olid täitnud nii ESS, ÜSi kui ka läbinud MSLT. Statistikutena kasutati ROC kurvi hindamist ja Fisheri testi.

303 patsiendilises kohordis oli erinevaid unehäireid, sealhulgas 43,9% uneapnoe, 8,9% narkolepsia ja 13,5% idiopaatilise hüpersomnia, 15,2% perioodiliste jäsemeliigutuste, 10,6% rahunute jalgade sündroomi), 19,8% insomnia, 23,1% ebaadekvaatse unehügieeniga patsiente. 90% patsientidest diagnoositi vähemalt üks unehäire.

Liigunisuse patsiente oli kohordis kokku 22,4%. Patsientide vanus oli vahemikus 18-78 a. MSL varieerus 0-20 minutit (keskmiselt 7,4 min), ESS skoor 0-24 (keskmiselt 12,7), ÜS skoor 0-10 (keskmiselt 6,5). Varasemate uuringutes (Johns 1991) on leitud, et keskmine ESS „normaalsel inimesel“ on 6.

ESS skoor ≥ 11 loeti „subjektiivselt unisteks“ patsientideks. ÜS alla 3 puhul oli ka ESS skoor alla 11. ÜS skooriga ≥ 8 patsientidel oli positiivne ennustusväärtus $>80\%$ et nad said ka ESS skaalal >11 .

Seejärel arvutati ROC kurvi abil, kas ÜS on täpne eristamiseks „subjektiivselt uniseid“ (ESS ≥ 11) ja „mitteuniseid“ (ESS < 11) patsiente. ROC kurvi alune ala 0,71 viitab, et 71% „subjektiivselt unistest“ patsientidest märgivad ka kõrgema ÜS skoori.

Ühelgi ÜS skooril ei olnud MSLT-ga olulist korrelatsiooni. ÜS skoori korral ≥ 8 on 76% patsientidest ka „objektiivselt unised“.

Narkolepsia patsientide ÜS skoori võrreldi MSL-5 (ei olnud statistiliselt olulist korrelatsiooni) ja MSL-10-ga (ei saanud statistiliselt hinnata, kuna esines vaid kahel patsiendil). ESS ja ÜS olid korrelatsioonis vaid ÜS väärtuste korral 6, 7 ja 8. Ükski narkolepsia patsient, kel ESS ≥ 11 , ei vastanud ÜS skaalal alla 6.

Kui MSL-5 lugeda „objektiivselt unisteks“, siis ei esinenud olulist korrelatsiooni ÜS ja MSLT vahel.

Vaadati veel eraldi uneapnoe gruppi, kel leiti statistiliselt oluline korrelatsioon ÜSi ja ESSi vahel, kusjuures ÜS skooriga 1 või 2 ei olnud kellelgi ESS skoor liiga kõrge. ÜSi 10 korral oli kõigil ESS skoor üle normi. ÜS skooril 9 ja 10 oli statistiliselt oluline seos (p-väärtus 0,3688) objektiivse unisusega (MSL-10).

Kokkuvõttes tuli nentida, et ei ESS ega ÜS pole täiuslikud võrreldes MSLT-ga. ESS ja MSLT vahel oli korrelatsioon vaid ESSi väärtuste 11, 12, 16 ja 18 korral.

Ka Sangal et al uuringus on leitud narkolepsia ja ESSi vahel nõrk seos 522 narkolepsia patsiendil.

Kokkuvõttes ei peaks arst toetuma vaid liigunisuse patsientide skriinimisel ühele testile. ÜS ega ESS ei asenda objektiivset unisuse mõõtmist MSLT-ga. Küll aga $\text{ÜS} \leq 2$ ja ≥ 9 ennustavad vastavalt normaalset ja ebanormaalset ESSi väärtust, mistõttu ESS võiks sobida skriinimiseks esmatasandile. Samas puudub piisav tõendus selle kohta, kas just liigunisuse patsientidel on need testid esmatasandil kasutamiseks piisavad sensitiivsed ja spetsiifilised.

Seega puudub piisav tõendus vastamaks antud küsimusele. On leitud, et narkolepsia patsientidel ei korreleeru ESS diagnoosiga. Viimase 10 aasta jooksul ei ole avaldatud ühtegi esmatasandil liigunisuse kahtlusele patsientidel uuritud skriiningtestide kohta. Tõenduse tase on nõrk. Kuna on viiteid üksikute liigunisuse härete ja ESSi osalisele korrelatsioonile, siis võiks soovitada ESSi kasutamist liigunisuse kahtlusega patsientide uurimiseks. ESS skoor üle 11 viitab võimalikule unehäirele ja vajaks edasi uurimist.

Pigem soovitatakse kasutada ESSi liigunisuse patsientidel, sest puuduvad paremad alternatiivid (nõrk positiivne soovitus). Samuti saab ESSi kasutada raviefekti dokumenteerimiseks või patsientide kaebuste dünaamikas hindamiseks.

Viited:

Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14:540-5.

Sangal RB, Mitler MM, Sangal JM. Subjective sleepiness ratings (Epworth sleepiness scale) do not reflect the same parameters of sleepiness as objective sleepiness (maintenance of wakefulness test) in patients with narcolepsy. *Clin Neurophysiol* 1999; 110:2131-35.

Zallock SN; Redenius R; Fisk H; Murphy C; O'Neill E. A single question as a sleepiness screening tool. *J Clin Sleep Med* 2008;4(2):143-148.

Kristiina Lepik

lepik.kristiina@gmail.com