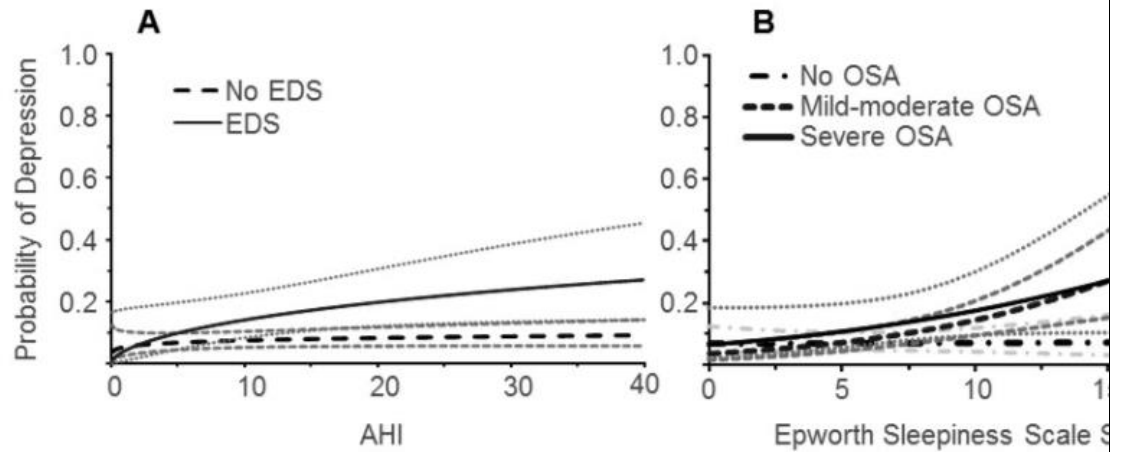


TÄISKASVANUTE UNEHÄIRETE ESMANE DIAGNOSTIKA JA RAVI
TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI TÖÖKOOSOLEKU PROTOKOLL nr. 10

| | |
|--------------------------------------|--|
| Kuupäev | 2. mai 2018 |
| Koht | Dorpati konverentsikeskuse Parrot saal, Tartu |
| Algus | kl 14.15 |
| Lõpp | kl 17.00 |
| Osalejad | Töörühma liikmed: Erve Sõõru, Tuuliki Hion, Hepp Nigol, Merike Porosaar, Andrus Helenurm, Marli Veldi, Ivika Leik, Tiina Siilak Sekretariaadi liikmed: Katrin Pöld, Anneli Truhanov (EHK koordinaator) Metoodik: Kaja-Triin Laisaar |
| Puuduvad liikmed | Töörühmast puudusid: Anu Hedman, Triin Jagomägi Sekretariaadist puudusid: Kristiina Lepik, Maarika Liik, Maarja Kaarlõp, Moonika Viigimäe, Kaire Pakkonen |
| Juhatas | Erve Sõõru |
| Protokollis | Anneli Truhanov |
| Päevakord | 1. Küsimuse 14 täiendava otsingu tulemuste esitlemine ja arutelu; 2. Algoritmide arutelu; 3. Tervishoiukorralduslikud küsimused; 4. Uneküsimustikud. |
| Ülevaade toimunud aruteludest | <p>1. Koosoleku kvoorum Koosolekul osales 8 töörühma liiget 10st.</p> <p>2. Kliiniline küsimus nr 14 „Kas kõigil liigunisuse kahtlusega patsientidel tuleb kasutada meeleolu- ja ärevushäire küsimustikku vs mitte?“. Rõhuasetus oli psühhiaatriliste seisunditega komorbiidselt hüpersomniaal ja selle väljaselgitamise võimalustel esmatasandil.</p> <p>Kirjeid tuli Medinfo otsingust 37, kasutatavaid artikleid 4.</p> <p>1. <i>J Clin Sleep Med. 2017 Apr;13(4):575-582.</i> Associations of Undiagnosed Obstructive Sleep Apnea and Excessive Daytime Sleepiness With Depression: An Australian Population Study. Lang CJ, Appleton SL, Vakulin A, McEvoy RD, Vincent AD, Wittert GA, Martin SA, Grant JF, Taylor AW, Antic N, Catcheside PG, Adams RJ.</p> <p>Juhuslikult valitud Austraalia mehed vanuses 40 to 88 (n=788) ilma eelneva apnoe diagnoosita, täitsid Beck Depression Inventory-1A või Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (2007–2010) ning ESS. Depressiooni küsimustike alusel jagati valim depressiooni sümptomitega (111; 14%) ja sümptomiteta (677; 86%) uuritavateks. Uuritavad läbisid koduse polüsomnograafia uuringu. Raske diagnoosimata uneapnoe (AHI \geq 30/h) oli statistiliselt seotud depressiooni sümptomitega (adjusted odds ratio = 1.98; 95% confidence interval [CI] 1.05–3.73; $P = .036$). Esines ka oluline interaktsioon apnoe raskusastme, ESS skoori >10 ja depressiooni sümptomite vahel (mild–moderate apnoea: adjusted odd ratio = 3.86; 95% CI 1.87–7.95; severe apnoea: adjusted odd ratio = 4.82; 95% CI 1.42–16.35) võrreldes ilma apnoeta isikutega. Järeldus oli, et</p> |

depressiooni sümptomid võivad meestel viidata diagnoosimata uneapnoele.

Figure 1—Predicted probability of depression in the fully adjusted regression* for (A) AHI with or without ED Sleepiness Scale scores with differing OSA severities.



2. *Laryngoscope*. 2010 Nov;120(11):2331-5.

Depression, sleepiness, and disease severity in patients with obstructive sleep apnea.

Ishman SL, Cavey RM, Mettel TL, Gourin CG.

Uuringuhüpooteesiks oli seoste leidmine apnoe raskusastme, päevase liigunisuse ja depressiooni vahel. Hõlmatud oli retrospektiivselt (juht-kontrolluuring) KNK kliiniku andmebaasist 53 patsienti ravimata apnoe või norskamisega ja 51 kontrolli, kellel oli täidetud BDI-II, ESS ja kellel oli tehtud PSG. Apnoega patsientide grupis oli seotud depressioonirisk suurem kui kontrollgrupis (odds ratio = 6.3, 95% confidence interval: 1.9-20.6, $P = .002$); depressioon oli 35% apnoepatsientidest ja 8% kontrollidel ($P < .001$). Esines oluline korrelatsioon BDI ja ESS skooride vahel ($r = 0.342$, $P = .012$), kusjuures apnoe raskusastmel liigunisusega ($ESS > 10$) ega depressiooniga korrelatsiooni ei olnud. Järeldub, et liigunised apnoepatsiendid, on depressiooniriskiga ja neid tuleks selle suhtes skriinida.

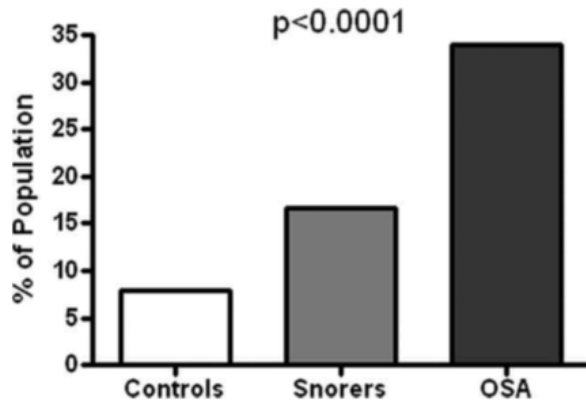


Fig. 1. Depression prevalence in controls versus snorers versus patients with obstructive sleep apnea (OSA).

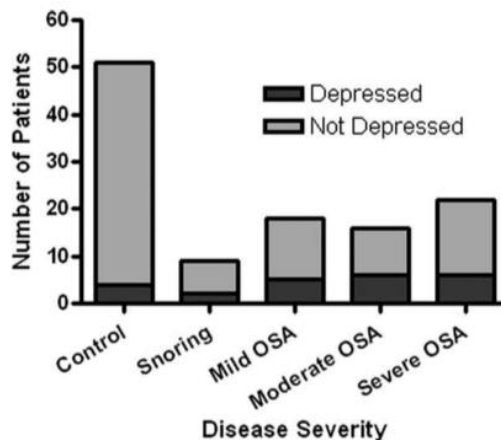


Fig. 2. Depression by obstructive sleep apnea (OSA) subgroup compared to controls and snorers.

3. *Psychiatry Res.* 2010 Sep;179(2):171-5.

Excessive daytime sleepiness in depressed women.

Calati R, Gaspar-Barba E, Cruz-Fuentes CS, Nenclares A, Jimenez-Genchi A, De Ronchi D, Serretti A.

78 naist depressiooni skooridega >17 Hamiltoni skaalal (HRSD) jaotati rühmadesse unisuse alusel (ESS<10, 56,5%; ja ESS >10; 43.5%). Uuritavad täitsid lisaks ESS-le ka Athens Insomnia Scale ja PSQI. Komorbiidsuse osas ei esinenud rühmade vahel statistilist erinevust. Esines trend, et liiguniste hulgas oli suurem osakaal töötuid ja sotsiaalfobiaga patsiente. Statistilist interaktsiooni HRSD ja ESS skooride vahel ei olnud.

4. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008 Aug;62(4):421-6.

Relationship of attention-deficit-hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men.

Chao CY, Gau SS, Mao WC, Shyu JF, Chen YC, Yeh CB.

ADHD peaks olema dif diagnooside hulgas täiskasvanutel ebaselgete psühhiaatriliste sümptpmitte korral. 929 ajateenistuse kutsealust noort meest täitis küsimustikud (ADHD Adult Self-Report Scale, ESS, BDI-II, BAI, WHO Quality of Life Brief Version). ASRS alaskooride alusel selekteeriti välja 328 isikut ADHD kahtlusega, 601 noormeest olid kontrollrühmaks. Keskmine

uuritavate vanus oli 22.27 ± 1.93 a. ADHD grupi 328 isikul oli rohkem depressiooni, ärevuse tunnuseid ning tõsisem päevane unisus, samuti nagu ka madalam elukvaliteet kui kontrollrühmal (kõik $P < 0.05$). Järeldus on, et ADHD peaks olema dif diagnooside hulgas noortel meestel, kelle kaebusteks on depressioon, ärevus ja päevane liigunisus.

Table 1. Differences in anxiety, depression, sleepiness, and quality of life ($n = 929$; mean \pm SD)

| Variable | ADHD ($n = 328$) | Control ($n = 601$) |
|--------------------------|--------------------|-----------------------|
| BDI-II | 17.53 ± 12.08 | 7.83 ± 6.78 |
| BAI | 16.36 ± 13.05 | 7.57 ± 8.71 |
| WHOQOL-BREF | 67.19 ± 15.98 | 80.43 ± 15.48 |
| Epworth Sleepiness Scale | 11.08 ± 3.97 | 8.83 ± 3.84 |

$P < 0.05$ indicates statistical significance.

Analysis of covariance (ANCOVA) was carried out to control for age as a confounding factor.

The subjects were placed into either an ADHD or control group on the basis of ASRS inattention and hyperactivity. ADHD, attention-deficit-hyperactivity disorder; ASRS, Adult ADHD Self-Report Scale; WHOQOL-BREF, World Organization Quality of Life-Brief Version.

Kokkuvõtteks, (suhteliselt madala tasemega) tõendus viitab psühhiaatrilise haiguse skriinimise vajalikkusele liigunisel patsiendil, eriti näib liigunisuse ja psühh. komorbiidsuse seos olevat tugev meestel.

14. küsimuse soovitusse ei saa EEK-2 viidet panna kuna tõendusmaterjali selle kohta ei ole leitud. Samas on tegemist Eestis esmatasandil laialdaselt kasutusel oleva, uuritud ning valideeritud küsimustikuga ning vajadus uue küsimustiku kasutuselevõtu osas puudub. Saab viidata depressiooni ja ärevushäirete ravijuhenditele.

Algoritmi saab täiendada, et välista depressioon vm psühhiaatriline häire ja siis diagnoosi unehäiret edasi.

Töörühm sõnastas praktilise positiivse soovitus:

Liigunisuse kahtlusega patsientidel on soovitatav kasutada meeleolu- ja ärevushäire küsimustikku.

Selgitavasse teksti lisatakse, et Eestis kasutatakse praktilises kasutuses olevat EEK-2 küsimustikku (saab viidata depressiooni ja ärevushäire juhendile).

3. Unetuse algoritm

Lisada anamnees

Enne unepäeviku täitmist võiks olla tehtud diferentsiaaldiagnostiline unehäirete küsimustik, unetuse skaala, EEK-2 – võimalik algoritm ümber pöörata selliselt, et esimesena tehakse kõik küsimustikud ära, välistatakse võimalikud muud/kaasuvad haigused ja siis minnakse edasi unetuse diagnostikaga.

Väsimuse hindamine kohe alguses on väga oluline, sest mõned patsiendid võivad vajada kohest medikamentooset sekkumist, enne 2-nädalast unepäeviku täitmist.

Unepäeviku täitmise järel vaja perearsti visiiti, et tulemusi hinnata ja elustiili nõustamist teha.

Skoorid algoritmil välja tuua.

Töörühm diskuteeris pikalt, kas lõpetada unetuse algoritm unetuse diagnoosi kinnitumisega või lisada joonisele veel esmane ravi ja edasisuunamise punktid. Otsustati lisada medikamentoosne ravi, käitumuslik ravi ning edasisuunamine diagnoosi täpsustamiseks.

4. Uneaegse hingamishäire algoritm:

Diferentsiaaldiagnostiline unehäirete küsimustik lisada enne anamneesi. Füüsilise läbivaatuse sulgudes toodud osa tekitas töörühma liikmetes küsimusi, lepidi kokku, et igaüks täiendab seda osa.

Töörühm leidis, et joonisel võiks „Raske unepnoe kahtlus“ paikneda ESS ≥ 10 kohal ning jooniselt on puudu, kuhu liiguvad ESS alla 10 patsiendid, kas Stop-bang juurde?

5. Uneaegse liigutushäire algoritm:

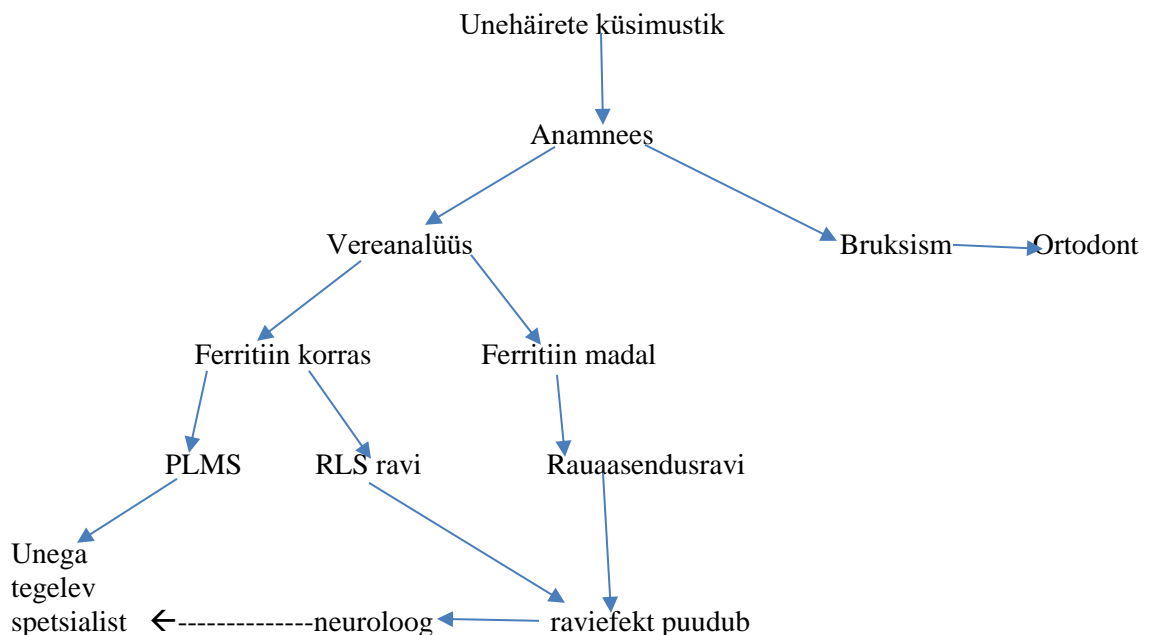
Diferentsiaaldiagnostiline unehäirete küsimustik lisada enne anamneesi.

Joonisel oleks vaja teha eraldi rida „Ainult bruksismi kaebus“, mis liiguks otse ortodondi visiidile. Bruksism ise on üks uneaegse liigutushäire osa ja see ei vajaks muidu eraldi välja toomist.

Töörühm leidis, et selgitavas tekstis on vaja välja tuua polüneuropaatia osa, sest seda aetakse enamasti uneaegsete liigutushäiretega segamini ja suunatakse neuroloogi vastuvõtule.

Dr. Hion leidis, et joonist on vaja täiendada PLMS-iga, mis viiks otse unega tegeleva spetsialisti vastuvõtule, sest selle diagnoosi perearst ei pane.

Joonis võiks välja näha selline:



| | |
|------------------------------------|---|
| | <p>6. Töörühm ei jõudnud liigunisuse ja une-ärkveloleku rütmihäire algoritme läbi arutada, samuti ei jõutud uneküsimustikke üle vaadata ja otsustada, millist tõlkida. Lepiti kokku, et töörühma liikmed saavad e-kirja teel algoritmide ja uneküsimustike kohta oma hinnangud (hiljemalt 18. maiks), et sekretariaat saaks 4. juuni koosolekuks parandused algoritmidesse sisse viia ja välja valitud uneküsimustiku ära tõlkida.</p> |
| <p>Vastuvõetud otsused:</p> | <p>1. Järgmine töörühma koosolek toimub videokoosoleku vormis 4. juuni Tallinnas ja Tartus.</p> <p>2. 4. juuni koosolekul tuleb arutelule ravijuhendi soovitude põhjal koostatud ja eelmise koosoleku kommentaaride põhjal täiendatud algoritmid, töörühma poolt välja valitud uneküsimustik, mis on eesti keelde tõlgitud ning tervishoiukorralduslikud küsimused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Millisel juhul unetuse kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile? - Millisel juhul unaegse hingamishäire kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile? - Millisel juhul liigunisuse kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile? - Millisel juhul une-ärkveloleku rütmi häire kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile? - Millisel juhul parasomnia kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile? - Millisel juhul unaegsete liigutushäirete (sh bruksismi) kahtlusega patsient edasi suunata diagnoosi täpsustamiseks unehäiretega tegeleva spetsialisti konsultatsioonile? |
| | |
| | |