

Hvordan kan tannlegen spille en rolle i behandlingen?:

Obstruktivt søvnapné syndrom

Spesialist i oral protetik Sadia Khan ga en oversiktlig og samtidig grundig innføring i temaet søvn og dental søvnmedisin.

Vi vet ikke nok om søvn, starter Khan og innleder en forelesning om det spennende fagfeltet søvn.

En søvnsyklus kan deles i fire Non-REM (rapid eye movement)-faser og en REM-fase. Første Non-REM-fase er overgangen mellom bevissthet og søvn, deretter vil hjerterytme og hjerneaktivitet gå ned. Tredje fase bruker kroppen til å reparere celler og videre i fjerde fase faller blodtrykk og kroppstemperatur ytterligere.

Det er søvnen i fjerde stadium som er den dypeste søvnen. Etter Non-REM-fasene går kroppen inn i REM-fasen der kroppstemperatur, pust, blodtrykk og antall øyebevegelser øker. Ratio Non-REM og REM-søvn endrer seg gjennom hele livet. Etter barneårene er andelen av REM-søvn avtagende og REM-søvn reduseres gradvis med alder.

Funksjonene til søvnen er innlæring, hukommelse, sortering, styrke immunforsvaret, utskillelse av hormoner og reparasjon av celler. Obstruktivt søvnapné syndrom er en søvnrelatert pustelidelse som har sin årsak i lokal obstruksjon. Per definisjon må en pustestopp vare i 10 sekunder. Søvnapné defineres og diagnostiseres med begrepene obstruktiv søvnapné (OSA) eller obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS). Ved OSAS har pasienten i tillegg til pustestoppene også andre kliniske symptomer. Antall delvise og fullstendige pustestopp per time (AHI – apnehypopnea index) gir grunnlaget for å vurdere alvorlighetsgrad av sykdommen (mild 5–15, moderat 16–30, alvorlig mer enn 30).



Spesialist i oral protetik, Sadia Khan, ga en innføring i hvilken rolle tannlegen kan spille i behandlingen av obstruktivt søvnapné syndrom. Foto: Kristin Aksnes.

En normal oksygenmetning ligger mellom 95–98 prosent. I forbindelse med søvnapné registreres verdier helt ned i et nivå mellom 50 og 60 prosent, hvor disse pasientene kan være i opptil 30 minutter. Hos disse pasientene er det hjertet som kompenserer for mangel av oksygen, og risikoen for hjerneslag og hjerteinfarkt øker. Prevalensen av obstruktiv søvnapné er 16 prosent i aldersgruppen 30–65 år i Norge.

De vanligste symptomene ved OSAS er snoring, dagtrettighet, kardiovaskulære forandringer, nocturi, reflux (GERD), hodepine. Pasientene har også en overhyppighet i trafikulykkeinvolveringer. Fedme er også en faktor av betydning for denne tilstanden og Khan beskriver nakkeomkretsen som en indikator for fedme (menn >40cm, kvinner >38cm). Ved OSAS hos barn er funn i klinikken relatert til malokklusjoner, små tannbuer, store tonsiller og munn-pusting.

Diagnosen OSAS stilles av en søvnlege. Søvnlegene benytter polysomnografisk undersøkelse ved kartlegging og diagnostikk av denne pasientgruppen. Epworth søvnighetskala og mallampati score (hvor stor er halsåpningen når pasienten sitter oppreist) er enkle undersøkelser tannlegen kan utføre for screening av tilstanden, og videre henvisning til en søvnlege for videre utredning. Søvnlegen bestemmer behandlingsform og det er CPAP som er førstevalg ved alvorlige tilfeller.

Tannlegenes rolle er å bistå med søvnapnéskinner der dette er indisert. Søvnapnéskinner fremstilles som monoblock- eller biblockskinner og benyttes hovedsakelig ved mild til moderat OSAS, men kan også fremstilles ved alvorlig OSAS i de tilfeller der pasienter ikke klarer eller ønsker å bruke CPAP.

Jørn A. Aas