



Debunking Myths about Treatment Emergent Central Sleep Apnea

Nikita Malaiya^{1*} and Mallika Rai Sinha²

¹Department of Colorectal surgery/Acute Surgery, London Northwest NHS Trust hospital, UK

²Department of general Surgery, Sri Aurobindo Institute of Medical Sciences, India

*Corresponding author: Nikita Malaiya, Department of Colorectal surgery/Acute Surgery, London Northwest NHS Trust hospital, UK, Tel: +44 7448723533; Email: dr.nikitamalaiya@gmail.com

Received date: August 28, 2018; Accepted date: September 05, 2018; Published date: September 12, 2018

Copyright: ©2018 Malaiya N, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Citation: Malaiya N, Sinha MR (2018) Debunking Myths about Treatment Emergent Central Sleep Apnea. J Sleep Disord Ther 7: e147. doi: 10.4172/2167-0277.1000e147

<https://www.longdom.org/open-access/debunking-myths-about-treatment-emergent-central-sleep-apnea.pdf>

Redactioneel

Beste redacteur,

De behandeling van opkomend centrale slaapapneu (TECSA = Treatment Emergent Central Sleep Apnea) is een polysomnografisch gegeven waarbij er nieuwe centrale ademhalingsgebeurtenissen (centrale apneu's en hypopneu's) ontstaan nadat reeds bestaande obstructieve gebeurtenissen grotendeels zijn opgelost terwijl de patiënt wordt getitreerd met positieve luchtdruk (PAP) therapie [1].

Het acroniem TECSA werd voor het eerst gebruikt door Nigam et al. in 2016, terwijl het de prevalentie en risicofactoren met betrekking tot de ontwikkeling van centrale slaap apneu's beschrijft onmiddellijk met PAP gebruik [2]. Ze vonden dat de totale procentuele aanwezigheid van TECSA ongeveer 8% is, terwijl het geschatte percentage varieert van 5% tot 20% bij patiënten met onbehandelde OSA [2].

Dit fenomeen kan zich voordoen bij elke CPAP-instelling, inclusief zeer lage drukinstellingen [3].

Enkele jaren later toonden Nigam et al. in een notitie aan dat TECSA misschien toch niet altijd van voorbijgaande aard is. Hoewel de meeste gevallen van nieuw geïdentificeerde TECSA in enkele weken tot enkele maanden van PAP-gebruik oplossen, geldt dit niet voor alle gevallen. In een grondige structurele controle vonden ze dat ongeveer een derde van de patiënten met TECSA nog steeds een blijvende aanwezigheid van PAP-gerelateerde centrale apneu's kan vertonen bij een nieuwe beoordeling [4].

Een klein deel kan ervaren wat zij noemen vertraagde TECSA (DTECSA), verwijzend naar patiënten die geen TECSA laten zien bij de eerste titratie, maar die verder gaan met de ontwikkeling van TECSA enkele weken tot enkele maanden na de eerste blootstelling aan PAP-therapie [4,5]. Deze nieuwe bevindingen hebben verschillende klinische implicaties. Ten eerste lijkt TECSA ongrijpbare polysomnografische kenmerken te zijn langs een dynamisch spectrum tussen een slaapstoornis in de ademhaling zonder TECSA aan de ene kant en een chronische, aanhoudende TECSA aan de andere kant die gemakkelijk gemist kan worden tenzij men er zorgvuldig naar op zoek gaat [4].

Ten tweede is TECSA niet altijd een voorbijgaand proces.

Het evolueert naar een voortdurende chronische, iatrogene stoornis met betrekking tot het regelmatig gebruik van PAP voor ongeveer een derde van de patiënten die ermee te maken hebben.

Ten derde bewijst de recente ontdekking van de categorie DTECSA dat niet alle gevallen direct bij de eerste blootstelling aan PAP-therapie met TECSA zullen voorkomen [4]. Als een patiënt die aantoonbaar dat hij zich goed aan PAP-therapie houdt, enkele maanden tot jaren later moeite heeft met het gebruik van PAP, dan moeten we DTECSA als een van de boosdoeners beschouwen. Ten vierde, in zeldzame gevallen kan TECSA diepgaande zuurstof desaturaties uitlokken die waarschijnlijk niet zo schadelijk zouden zijn geweest als hun obstructieve slaapapneu (OSA) onbehandeld zou zijn gebleven [6]. Nigam et al. hebben aangetoond dat TECSA een belangrijk aandachtspunt moet zijn bij het titreren van elke patiënt met PAP-therapie voor de correctie van OSA.

Dit onderstreept het belang van de aanwezigheid van in-lab titraties voor alle patiënten, ongeacht de co-morbiditeit van de patiënt, zolang de kosten van de slaapstudie door de belanghebbenden kunnen worden gedragen. Ook moeten we een stap terug doen en nadenken over welke patiënten maximaal zullen profiteren van PAP therapie, terwijl we tegelijkertijd onze hippocratische eed van "doe geen kwaad" [7] respecteren. Een patiënt met milde OSA die anders asymptomatisch is, zou kunnen profiteren van niet-PAP gerelateerde therapieën (zoals gewichtsverlies zoals aangegeven of positietherapie) in plaats van omzetting naar PAP therapie voor alle patiënten met OSA.

De noodzaak van periodieke follow-up van de patiënt met hun slaaparts wordt nog crucialer in het licht van deze nieuwe bevindingen, gezien het feit dat sommige patiënten met OSA nog enkele jaren TECSA kunnen hebben, terwijl een selecte groep ineens, maanden tot jaren na de eerste PAP-blootstelling, TECSA kan ontwikkelen. Een zorgvuldige beoordeling van de PAP-downloadgegevens kan ook helpen, vooral in gevallen waarin een plotselinge aanhoudende piek in de centrale apneu-index of gemengde apneu-index wordt aangeduid door het PAP-downloaddrapport. We hopen dat verder werk op het gebied van TECSA ons begrip van dit ongrijpbare polysomnografische fenomeen zal blijven verbreden.

Belangenverstrengeling

Ik verklaar dat er geen feitelijke of potentiële belangenverstrengeling is met betrekking tot dit artikel.

References 1. ICSD-3 Online Version (2015) American Academy of Sleep Medicine (AASM). 2. Nigam G, Pathak C, Riaz M (2016) A systematic review on prevalence and risk factors associated with treatment-emergent central sleep apnea. *Ann Horac Med* 11: 202-210. 3. Nigam G, Pathak C, Riaz M (2015) A sleep-disordered breathing pattern related to positive airway pressure therapy. *Ann Am Horac Soc* 12: 1892-1895. 4. Nigam G, Riaz M, Chang ET, Camacho M (2018) Natural history of treatment-emergent central sleep apnea on positive airway pressure: A systematic review. *Ann Horac Med* 13: 86-91. 5. Cassel W, Canisius S, Becker HF, Leistner S, Ploch T, et al. (2011) A prospective polysomnographic study on the evolution of complex sleep apnoea. *Eur Respir J* 38: 329-337. 6. Nigam G, Riaz M, Schotland HM, Eiser AS (2015) Continuous positive airway pressure-emergent protracted central apneas with profound oxygen desaturation. *Am J Respir Crit Care Med* 192: e49-e50. 7. Hajar R (2017) He physician's oath: Historical perspectives. *Heart Views* 18: 154-159.

J Sleep Disord Heran open access journal ISSN: 2167-0277

Volume 7 • Issue 4 • 1000e147

*** Vertaald met www.DeepL.com/Translator (gratis versie)***

