

**Miia Aro***

LT, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri, asiantuntijajäsen Suomen keuhkoterveystieteiden asiantuntijajärjestö Filha ry

Minna Korenius*

LT, työterveyshuoltoon erikoistuva lääkäri Mehiläinen Turku

Ulla Anttalainen

dosentti, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri, unilääketieteen erityispätevyys, osastonylilääkäri Turun yliopistollinen keskussairaala, lääketieteellinen tiedekunta, keuhkosairausoppi ja kliininen allergologia

Tarja Saaresranta

professori, ylilääkäri, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri, unilääketieteen erityispätevyys Turun yliopistollinen keskussairaala, lääketieteellinen tiedekunta, keuhkosairausoppi ja kliininen allergologia

*Jaettu ykköskirjoittajuus

Perussairauksien hoito on avainasemassa aikuisten sentraalisessa uniapneassa

- Sentraalisessa uniapneassa unenaikaiset hengityskatkokset johtuvat hengityksen säätelyn häiriöstä, eivät ylähengitysteiden ahtautumisesta, kuten obstruktiivisessa uniapneassa.
- Sentraalinen uniapnea ja sen alatyypit Cheyne–Stokesin hengitys ovat yleisiä sydämen vajaatoimintaa ja eteisvärinää sairastavilla ja usein merkki huonosta ennusteesta.
- Opioidien käytön ja korvaushoidon lisääntyminen ovat lisänneet sentraalisen uniapnean esiintyvyyttä myös nuorilla.
- Altistavan perussairauden hoito on tärkeintä; tarvittaessa hoitoon liitetään yönaikainen hengityslaittehoito tai joskus happihoito.

Sentraalista uniapneaa sairastaa arviolta 1 % väestöstä (1). Todennäköisesti esiintyvyyks on kuitenkin suurempi. Sentraalista uniapneaa sairastavilla päiväväsytys, kuorsaus ja ylipainoisuus ovat harvinaisempia kuin obstruktiivisessa uniapneassa, mikä saattaa heikentää potilaiden päätymistä diagnostiseen unitutkimukseen.

Sentraalisessa uniapneassa aivojen hengityskeskusten säätelyhäiriö aiheuttaa apneita ja hypopneita, joiden aikana ylähengitystiet ovat avoimet, mutta hengitysliikkeitä ei esiinny. Yleisimmin häiriön taustalta löytyy sitä aiheuttava sairaus tai lääkitys, mutta harvinaisena tunnetaan myös idiopaattinen sentraalinen uniapnea (taulukko 1). On arvioitu, että jopa 21–37 % sydämen vajaatoimintapotilaista sairastaisi sentraalista uniapneaa. Sentraalinen uniapnea on yleinen myös eteisvärinää sairastavilla (2). Opioidien käytön ja korvaushoidon yleistyttyä sentraalista uniapneaa tavataan enenevästi myös nuorilla (3).

Sentraalisen uniapnean hoito eroaa oleellisesti obstruktiivisen uniapnean hoidosta. Lähes aina taustalla olevan perussairauden hyvä hoito on avainasemassa uniapnean hoidossa. Sentraalisen uniapnean taustatekijöiden tuntemus kliinisillä aloilla auttaa potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa, vähentää päällekkäisiä hoitokäyntejä ja turhia tutkimuksia. Tämä katsaus käsittelee vain aikuisten sentraalista uniapneaa.

Patofysiologia

Sentraalinen uniapnea johtuu nimensä mukaisesti hengityksen säätelyn poikkeavuuksista. Tarkkaa patofysiologista mekanismia ei tunneta, mutta tutkimusten mukaan säätelyyn vaikuttavat sekä apneakynnys että hengityksen säätelyn reagoitiherkkyys verikaasujen muutoksiin. Apneakynnys on se hiilidioksidin (CO₂) taso, jonka alittuminen laukaisee sentraalisen apnean (3).

Epävakaassa hengityksen säätelyssä elimistön perifeeriset kemoreseptorit reagoivat joko liian hanakasti tai liian laiskasti veren happi- ja CO₂-pitoisuuksien muutoksiin, mikä johtaa hengityksen epäasianmukaiseen vaiennemiseen (hypoventilaatio) ja kiihtymiseen (hyperventilaatio). Tavallisimmin tämä tapahtuu kevyen unen aikana, ja hengitystapahtumiin liittyvät happipitoisuuksien laskut ovat yleensä maltillisia. Sentraalisia apneita esiintyy normaalinkin unen aikana, lähinnä yksittäisinä syvien henkäyksien jälkeen, mutta niitä ei tulisi esiintyä enää unen vakautuessa (4).

Sentraalisen uniapnean eri alatyypit

Sentraaliset uniapneat voidaan jakaa karkeasti kahteen luokkaan sen mukaan johtuvatko ne 1) hyperventilaatiosta eli liian herkästä hengitysvasteesta (elimistön CO₂ ei lisääntynyt) vai 2) hypoventilaatiosta eli liian hitaasta hengitysvasteesta (CO₂ on yleensä lisääntynyt). Riskitekijöitä on lueteltu tarkemmin taulukossa 1.

KIRJALLISUUTTA

- Donovan L, Kapur V. Prevalence and characteristics of central compared to obstructive sleep apnea: analyses from the Sleep Heart Health Study Cohort. *Sleep* 2016;39:1353–9.
- Randerath W, Verbraecken J, Andreas S ym. Definition, discrimination, diagnosis and treatment of central breathing disturbances during sleep. *Eur Respir J* 2017;49:1600959.
- Eckert D, Jordan A, Merchia P ym. Central sleep apnea: pathophysiology and treatment. *Chest* 2007;131:595–607.
- Orr J, Malhotra A, Sands S. Pathogenesis of central and complex sleep apnoea. *Respirology* 2017;22:43–52.
- American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3. painos. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine 2014.
- Turun yliopistollinen keskussairaala, Uni- ja hengityskeskus. Sentraalinen uniapnea ja Cheyne–Stokes-hengitys. www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks/uni-ja-hengityskeskus/ammattilaisille/Documents/Aikuisten_sentraalinen_uniapnea.pdf
- Naughton M, Kee K. Sleep apnoea in heart failure: To treat or not to treat? *Respirology* 2017;22:217–29.
- Kapur V, Auckley D, Chowdhuri S ym. Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med* 13:479–504.
- Berry R, Budhiraja R, Gottlieb D ym. Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM Manual for the scoring of sleep and associated events. Deliberations of the Sleep Apnea Definitions Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med* 2007;8:597–619.
- The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. *Sleep* 1999;22:667–89.
- Pinna G, Robbi E, La Rovere M ym. Differential impact of body position on the severity of disordered breathing in heart failure patients with obstructive vs. central sleep apnoea. *Eur J Heart Fail* 2015;17:1302–9.
- Oldenburg O, Wellmann B, Buchholz A ym. Nocturnal hypoxaemia is associated with increased mortality in stable heart failure patients. *Eur Heart* 2016;37:1695–703.

Herkästä hengitysvasteesta johtuvat

Cheyne–Stokesin hengitys: Cheyne–Stokesin hengitys (CS) on ”crescendo-decrescendo”-tyylistä eli tasaisin väliajoin toistuvaa, vähitellen voimistuvaa ja lopulta hengityskatkokseen asti vaimenevaa aaltomaista hengitystä. CS-hengitykselle altistavat muun muassa hidastunut verenkierto ja herkästynt väste CO₂:lle. CS-hengitys on yleisintä potilailla, joilla on kongestiivinen sydämen vajaatoiminta ja vasemman kammion heikentynyt systolinen funktio (ejektiofaktio < 45 %) (4). Muita CS-hengitykselle altistavia sairauksia on esitelty taulukossa 1.

Hoitoon liittyvä: Sentraalinen uniapnea voi ilmetä ensimmäistä kertaa obstruktiivisen uniapnean hoidon (ylipainehengityshoito CPAP, uniapneakisko tai henkitorviavanne) aikana. Obstruktiivisen uniapnean hoito poistaa ylähengitysteiden ahtautuman, jolloin niiden ilmavirtaus paranee ja CO₂:n poistuminen elimistöstä tehostuu. Tämä voi johtaa sentraalisen apnean ilmenemiseen, jos CO₂-taso laskee alle apneakynnyksen (2,4). Merkittävällä osalla potilaista sentraaliset apneat kuitenkin ohittuvat hoidon jatkuessa (2).

Korkeaan ilmanalaan liittyvä: Happiosapaine hengitettävässä ilmassa vähenee sitä enemmän, mitä korkeammalle mennään. Hengityskeskus reagoi muutokseen lisäämällä elimistön hengitystiheyttä ja -voimaa hyperventiloimalla. Unen aikana tämä johtaa CO₂-tason laskuun, hengityksen kompensatorisiin taukoihin ja sentraalisiin apneoihin (3).

Idiopaattinen: Idiopaattiselle sentraaliselle uniapnealle ei nimensä mukaisesti löydy altistavaa syytä tai taustasairautta. Altistaviksi tekijöiksi on ehdotettu voimakasta hengitysvastetta CO₂:lle ja toistuvia havahtumisia. Tila on hyvin harvinaisen. Hoito ja seuranta ovat samankaltaiset kuin muissakin alatyypeissä (3,5).

Hitaasta hengitysvasteesta johtuvat

Opioidien käyttöön liittyvä: Keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, erityisesti opioidit ja korvaushoitolääkkeet, heikentävät hengityskeskus reagoitua veren happi- ja hiilidioksidipitoisuuksien muutoksiin. Unen aikana tämä johtaa sentraalisiin apneoihin, CO₂-tason nousuun ja usein myös suurempiin happisaturatiotason laskuihin. Joidenkin arvioiden mukaan jopa 50 % opioidien pitkäaikaisista käyttäjistä sairastaisi sentraalista uniapneaa (3).

Lihavuuteen liittyvä: Merkittävä ylipaino voi aiheuttaa unenaikaista hypoventilaatiota. Sen mekanismit ovat monimutkaiset ja osittain vielä tuntemattomat. Hypoventilaatio johtaa CO₂-pitoisuuden kasvuun veressä. Kun elimistö

TAULUKKO 1.

Sentraalisen uniapnean riskitekijöitä

Riskitekijä	Sentraalinen apneointi	Cheyne–Stokesin hengitys
Sydämen vajaatoiminta		x
Eteisvärinä		x
Aivoverenkiertohäiriöt	x	x
Neurokirurgiset sairaudet, esimerkiksi Arnold–Chiarin epämuodostuma	x	x
Vaikea-asteinen munuaisten vajaatoiminta	x	
MS-tauti	x	
Aivokasvaimet	x	x
Synnynnäiset lihasdystrofiat	x	
Lääkkeet (opioidit, natriumoksibaatti, metadoni)	x	
Liian korkea CPAP- tai 2PV-laitteen hoitopaine	x	
Runsas maskin ilmavuoto	x	
Univaje	x	
Unettomuus	x	
Havahtumiset	x	

MS = pesäkekovettumatauti, 2PV = kaksoispaineventilaattori. CPAP = continuous positive airway pressure, ylipainehengityshoitolaitte.

tottuu suurempaan CO₂-pitoisuuteen, se reagoi CO₂:n unenaikaiseen lisääntymiseen hitaasti, hengitys vaimenee ja alkaa esiintyä sentraalista apneointia (3,6).

Neurologisiin sairauksiin liittyvä: Neurologiset sairaudet voivat edesauttaa sentraalisen uniapnean syntyä monella tasolla, ylempien motoneuronien toiminnan ongelmista hengitysilhas- ten säätelyn vaikeuksiin. Minkä tahansa hengityksen säätelyyn vaikuttavan neurologisen komponentin toiminnan vajeus voi hidastaa keskushermoston vastetta verikaasujen muutoksiin, aiheuttaa hypoventilaatiota ja sentraalista apneointia. Myös aivojen kasvaimet, synnynnäiset poikkeavuudet, kuten Arnold–Chiarin epämuodostuma, tai traumat voivat aiheuttaa sentraalista uniapneaa, mikä tulee muistaa erotusdiagnoosissa (3).

Oireet ja diagnostiikka

Oireiden ja kliinisten löydösten perusteella sentraalista uniapneaa ei voi luotettavasti erottaa muista unenaikaisista hengityshäiriöistä. Diagnoosin tuleekin aina perustua unirekisteröintiin. Sentraaliseen uniapneaan liittyy kuitenkin usein tiettyjä erityispiirteitä; esimerkiksi päiväväsymys ja kuorsaus ovat yleensä vähäisempiä tai puuttuvat kokonaan. Ylipainoisuus on myös harvinaisempaa kuin obstruktiivista uniapneaa sairastavilla (3,5).

TAULUKKO 2.

Obstruktiivisen ja sentraalisen uniapnean tyypilliset piirteet

	Obstruktiivinen	Sentraalinen
Esiintyvyys	Yleisin uniapnean muoto (15)	Obstruktiivista huomattavasti harvinaisempi uniapnean muoto Esiintyvyys suurenee tietyissä perussairauksissa (erityisesti sydämen vajaatoiminnassa) (3)
Patofysiologia	Ylähengitysteiden ahtautuminen (10,16)	Hengityksen säätelyn epävakaas (2,9,16)
Riskitekijät	Lihavuus Ylähengitysteitä ahtaavat anatomiset tekijät Ei-anatomisista tekijöistä muun muassa herkkä havahtumiskynnys ja heikentynyt ylähengitysteiden laajentajalihasen toiminta (16–19)	Perussairaudet, erityisesti sydämen vajaatoiminta, aivoverenkiertohäiriöt ja muut neurologiset sairaudet, vaikea munuaisten vajaatoiminta Opioidien käyttö (2)
Oireet	Yöaikaiset: • Kuorsaus • Havaitut katkokset, toistuva heräily unesta • Unettomuus Päiväaikaiset: • Päiväväsymys/uupumus • Muisti- ja keskittymisvaikeudet • Mielialahäiriöt (18,20,21)	Yöaikaiset: • Havaitut katkokset, toistuva heräily unesta • Unettomuus • Yöllinen hengenahdistus, ortopnea Päiväaikaiset: • Uupumus/päiväväsymys • Muisti- ja keskittymisvaikeudet (3)
Unirekisteröintilöydökset	Hengitysliikkeet jatkuvat apneoiden ja hypopneoiden aikana (5,9,10)	Apneoiden ja hypopneoiden aikana ei esiinny hengitysliikkeitä (5,9)
Hoito	CPAP-laite (automaattinen/tasapaineinen) Elintapahoidot Asentohoito Uniapneakisko (20,22)	Altistavan perussairauden hoito! CPAP-laite (automaattinen/tasapaineinen) ASV-laite • Jos sentraaliset katkokset eivät häviä CPAP-hoidon aikana tai potilas kovin oireinen • Vasta-aiheena LVEF ≤ 45 % (Happihoito, 2PV) (2)

2PV = kaksoispaineventilaatio. ASV = adaptiivinen servoventilaattori.
CPAP = ylipainehoito. LVEF = vasemman kammion ejektiofraktio.

- 13 Randerath W, Arzt M. Central sleep apnoea in heart failure: one size does not fit all. *Thorax* 2022;77:108–9.
- 14 Tamisier R, Damy T, Bailly S ym. Adaptive servo ventilation for sleep apnoea in heart failure: the FACE study 3-month data. *Thorax* 2022;77:178–85.
- 15 Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P ym. Prevalence of sleep disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med* 2015;3:310–8.
- 16 White D. Pathogenesis of obstructive and central sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;172:1363–70.
- 17 Neelapu B, Kharbanda O, Sardana H ym. Craniofacial and upper airway morphology in adult obstructive sleep apnea patients: a systematic review and meta-analysis of cephalometric studies. *Sleep Med Rev* 2017;31:79–90.

Hengenahdistusta makuuasennossa (ortopnea) tai rasituksessa voi myös ilmetä. Obstruktiivisen uniapnean tapaan sentraalinen uniapnea saattaa aiheuttaa uupumusta, toistuvia yöllisiä heräämisiä apneoiden seurauksena, unettomuutta, muisti- ja keskittymisvaikeuksia sekä aamupäänsärkyä. Unenaikainen hengitys voi olla epäsäännöllistä tai katkonaista (taulukko 2) (3,6,7). Sydämen vajaatoimintapotilailla rytmihäiriöiden esiintyvyys voi lisääntyä (3).

Sentraalinen uniapnea voidaan diagnosoida yö- tai unipolygrafiaalla (8). Apneat ja hypopneat luokitellaan samojen periaatteiden mukaisesti kuin obstruktiivisessa uniapneassa. Sentraalisessa apneassa hengitysvirtauksen amplitudi pienenee ainakin 90 % perustasostaan vähintään 10 sekunnin ajaksi. Sentraalisessa hypopneassa hengitysvirtauksen amplitudi pienenee ainakin 30 % perustasostaan vähintään 10 sekunnin ajaksi ja siihen liittyy happisaturaaation pieneneminen ainakin 3 %:lla tai havah-

tuminen unesta. Obstruktiivisesta apneasta poiketen sentraalisen apnean tai hypopnean aikana ei kuitenkaan havaita lainkaan hengitysliikkeitä (taulukko 2) (9).

Potilailla voi olla sekä obstruktiivisia että sentraalisia katkoksia, sillä hengityksen säätelyn epävakaas voi johtaa myös obstruktiivisten hengitystapahtumien ilmenemiseen (2). Uniapnea määritellään sentraaliseksi, jos yli 50 % koko rekisteröinnissä todetuista hengitystapahtumista on sentraalisia (3). Obstruktiivisen uniapnean tavoin sentraalisen uniapnean vaikeusaste voidaan luokitella sentraalisen apnea-hypopneaindeksin (cAHI) perusteella lieväksi (cAHI = 5–14/t), keskivaikeaksi (cAHI = 15–29/t) tai vaikeaksi (cAHI ≥ 30/t) (10).

CS-hengityksessä esiintyy jaksottain ainakin kolme peräkkäistä sentraalista hengitystapahtumaa, joita erottaa toisistaan ”crescendo-decrescendo”-tyylinen hengitysamplitudin vaihtelu. Hengityssyklin kesto on vähintään 40 sekuntia (yleensä 45–90 sekuntia). CS-hengityksessä hengitysamplitudin vaihteluun liittyviä sentraalisia apneoita/hypopneoita esiintyy ainakin viisi kertaa tunnissa (cAHI ≥ 5/t) vähintään kahden rekisteröintitunnin aikana (9).

Hoito ja ennuste

Hoidon perusta on altistavan tilan tai sairauden, kuten sydämen vajaatoiminnan tai eteisvärinän, optimaalinen hoito. Tämä jo usein lieventää sentraalista apneointia. Lisäksi nukkuminen kyljellään tai pääpuoli kohotettuna voi vähentää sentraalisia katkoksia jopa yhtä paljon kuin CPAP-hoito, mikä johtuneen nukkumisasentoon liittyvästä keuhkotilavuuksien suurenemisesta (11).

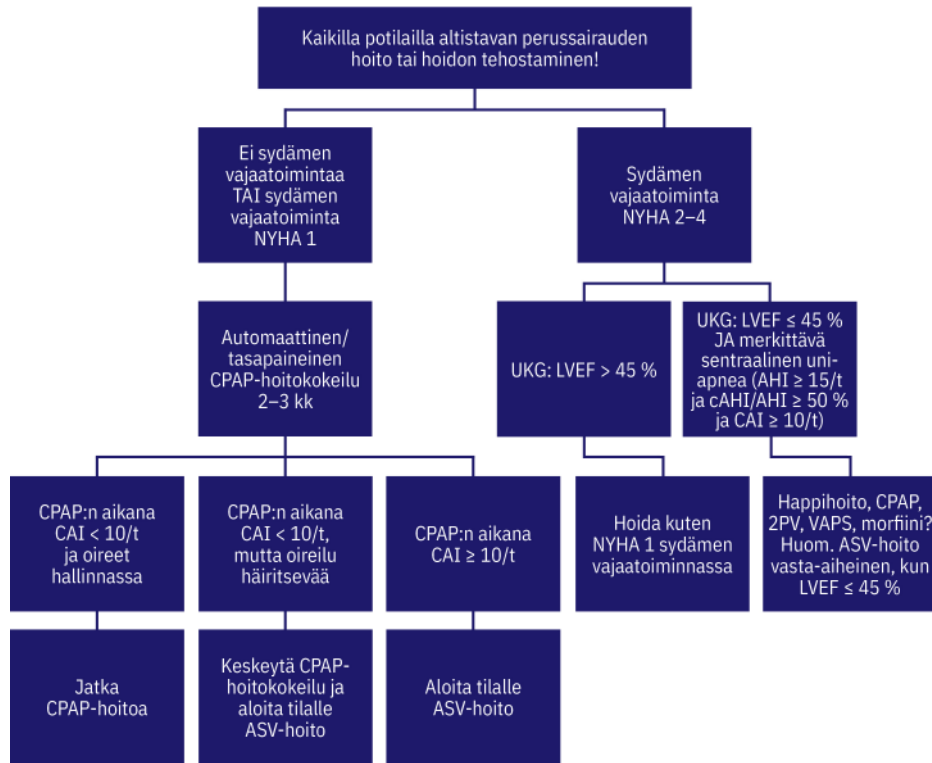
CPAP-hoito suurentaa keuhkojen tilavuutta ja vähentää siten CO₂-pitoisuutta. Jos CPAP-hoito provosoi aikaisemmin kuvatulla tavalla potilaalle sentraalista apneointia, hoitopaineen pienentäminen saattaa vähentää tai poistaa hoidon aikana tulevat sentraaliset katkokset. Rungas maskin ilmavuoto voi myös aiheuttaa sen, että CPAP-laitteen algoritmi raportoi ne virheellisesti sentraalisina katkoksina.

Jos sentraaliset katkokset eivät häviä 2–3 kk:n hoidon aikana tai potilas on kovin oireinen, aloitetaan hoito adaptiivisella servoventilaattorilla (ASV). Tämä kuitenkin edellyttää, että sydämen vasemman kammion toiminta ei ole voimakkaasti heikentynyt eli ejektiofraktion (EF) tulee olla > 45 % (kuvio 1). ASV-laitteiden algoritmit pyrkivät tasoittamaan ventilaatiota ja CO₂-pitoisuutta, jolloin sentraalinen apneointi vähenee. ASV normalisoi AHI:n kroonista sydämen vajaatoimintaa ja sentraalista uniapneaa

- 18 Qaseem A, Dallas P, Owens D ym. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2014;161:210–20.
- 19 White D. Advanced concepts in the pathophysiology of obstructive sleep apnea. *Adv Otorhinolaryngol* 2017;80:7–16.
- 20 Patil S, Ayappa I, Caples S ym. Treatment of adult obstructive sleep apnea with positive airway pressure: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-Analysis, and GRADE assessment. *J Clin Sleep Med* 2019;15:301–34.
- 21 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Käypä hoito -suositus 26.11.2021. www.kaypahoito.fi
- 22 Sullivan C, Issa FG, Berthon-Jones M ym. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet* 1981;1:862–5.

KUVIO 1.

Sentraalisen uniapnean hoitovalinnat



ASV = adaptiivinen servoventilaattori. CPAP = continuous positive airway pressure, ylipainehengityshoitolaite. CAI = sentraalisten apneoiden määrä tuntia kohden. NYHA = sydän- ja verenkiertosairauksien vaikeusasteen luokka. UKG = sydämen kaikututkimus. LVEF = sydämen vasemman kammion ektiofraktio. cAHI = sentraalisten apneoiden ja hypopneoiden määrä tuntia kohden. 2PV = kaksoispaineventilaattori. VAPS = volume assured pressure support, laitteen algoritmi varmistaa säädetyn alveolaarisen ventilaation.

sairastavilla potilailla tehokkaammin kuin CPAP-hoito tai yöllinen happilisa (2).

Mikäli CPAP- tai ASV-hoito eivät onnistu, voidaan kokeilla yöllistä happilisa. Tällöin suurentunut veren happiosapaine vähentää karotis-keräsen herkkyyttä. Aivojen CO₂-osapaine suurenee, kun lisähappi syrjäyttää CO₂:n hemoglobiinista (Haldanen efekti). Kaksoispaineventilaatiohoito (2PV) taustataajuuden kera voi soveltua potilaille, joilla sentraaliset apneat johtuvat ventilaation vaimenemisesta; taustataajuuden tarjoaman lisätuen ansiosta katkokset estyvät. Joskus voidaan käyttää hengitysstimulantteja, kuten asetatsoliamidia tai teofyllamiinia, sydämen vajaatoimintaa sairastavilla, joilla on huonontunut vasemman kammion EF, eikä muu hoito ole onnistunut (2).

Sydämen vajaatoimintaa sairastavilla sentraalinen uniapnea ja CS-hengitys ovat huonon ennusteen merkkejä (2,12). AHI sen sijaan on heikosti yhteydessä ennusteeseen (12), kun taas unenaikainen alle 90 %:n happikylläisyys (SaO₂) on yhteydessä suurentuneeseen kuolemanriskiin riippumatta muista vaikutta-

vista tekijöistä. Jokainen nukuttu tunti, jolloin SaO₂ oli ollut alle 90 %, suurensi kuolemanriskiä 16 %:lla (12).

Sydämen vajaatoimintaa ja sentraalista uniapneaa sairastavilla potilailla on erilaisia ilmiäsuja, jotka johtuvat hengityksen vakauden eroista, kemosensitiivisyydestä, keuhkojen toiminnasta tai happivajekuormasta (13). Erilaisen ilmiäsu potilaiden vaste ASV-laitehoitoon eroaa, ja ennen laitehoitoa tuleekin hyödyt ja riskit punnita potilaskohtaisesti (14).

Lopuksi

Sentraalisen uniapnean taustasyöt vaihtelevat. Sairaus todetaan unitutkimuksella ja onkin usein sattumalöydös obstruktiivista uniapneaa epäiltäessä. Hoidossa ensisijaisen tärkeää on perussairauden mahdollisimman hyvään tasapainoon pyrkiminen. Tällainen hoito tapahtuu erikoisaloittain taustasairauden perusteella. Hengitystukihoidot tulevat kysymykseen, mikäli perussairauden hoidosta huolimatta yöllinen apneointi tai hapenpuute eivät riittävästi korjaannu. •