

ACHTUNG SCHNARCHGEFAHR

23. November 2009

DIE RADIODOKTOR-INFOMAPPE

Ein Service von:

ORF

A-1040 Wien, Argentinierstraße 30a

Tel.: (01) 50101/18381

Fax: (01) 50101/18806

Homepage: <http://oe1.ORF.at>

Österreichische Apothekerkammer

A-1091 Wien, Spitalgasse 31

Tel.: (01) 404 14-600

Fax: (01) 408 84 40

Homepage: www.apotheker.or.at

Gesundheitsressort der Stadt Wien

A-1082 Wien, Rathaus

Homepage: www.wien.at

RADIODOKTOR – MEDIZIN UND GESUNDHEIT

Die Sendung

Die Sendereihe „Der Radiodoktor“ ist seit 1990 das Flaggschiff der Gesundheitsberichterstattung von Ö1. Jeden Montag von 14.20 bis 15.00 Uhr werden interessante medizinische Themen in klarer informativer Form aufgearbeitet und Ö1 Hörer und -Hörerinnen haben die Möglichkeit, telefonisch Fragen an das hochrangige Expertenteam im Studio zu stellen.

Wir über uns

Seit September 2004 moderieren Univ.-Prof. Dr. Manfred Götz, Univ.-Prof. Dr. Karin Gutiérrez-Lobos, Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger und Dr. Christoph Leprich die Sendung.

Das Redaktionsteam besteht aus Walter Gerischer-Landrock, Mag. Nora Kirchschrager, Uschi Mürling-Darrer, Dr. Doris Simhofer und Dr. Christoph Leprich.

Das Service

Seit dem 3. Oktober 1994 gibt es das, die Sendereihe flankierende, Hörservice, das auf größtes Interesse gestoßen ist.

Unter der Wiener Telefonnummer 50 100 ist „Der Radiodoktor“ mit Kurzinformationen zur aktuellen Sendung die ganze Woche per Tonband abrufbar. Die zu jeder Sendung gestaltete Infomappe mit ausführlichen Hintergrundinformationen, Buchtipps und Anlaufstellen komplettiert das Service und stellt in der Fülle der behandelten Themen eigentlich bereits ein kleines Medizin-Lexikon für den Laien dar.

Die Partner

Ermöglicht wird die Radiodoktor-Serviceleistung durch unsere Partner: das Gesundheitsressort der Stadt Wien und die Österreichische Apothekerkammer.

An dieser Stelle wollen wir uns ganz herzlich bei unseren Partnern für die Zusammenarbeit der letzten Jahre bedanken!

Wir bitten um Verständnis, dass wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit in dieser Infomappe zumeist auf die weiblichen Endungen, wie z.B. PatientInnen, ÄrztInnen etc. verzichtet haben.

ACHTUNG SCHNARCHGEFAHR - VON RACHENMANDELN, POLYPEN, NASEN- SCHEIDEWANDVERKRÜMMUNG UND DER SCHLAFAPNOE

Mit Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger
23. November 2009, 14.20 Uhr, Ö1

Redaktion und Infomappe: Doris Simhofer

INHALTSVERZEICHNIS

ACHTUNG SCHNARCHGEFAHR!	7
Schnarchen hat viele mögliche Ursachen	7
Wann ist eine Therapie nötig?	7
Mechanische Atemhindernisse	8
Verkrümmung der Nasenscheidewand	8
Das diagnostische Vorgehen	8
Therapeutische Strategien	8
Mögliche Komplikationen	9
Nasennebenhöhlen-Erkrankungen	9
Die Diagnose	9
Die Therapie	10
Polyphen	10
Die Diagnose	10
Die Therapie	10
Auffälligkeiten im Bereich des Rachens	11
Die Behandlung eines zu großen Gaumenzäpfchens	11
Vergrößerte Mandeln (Tonsillen)	11
Auffälligkeiten im Bereich des Kehlkopfes	12
Auffälligkeiten an den Kiefern	12
Das obstruktive Schlafapnoesyndrom	12
Das Krankheitsbild	13
Die Ursachen	13
Geschlechtsspezifische Unterschiede	13
Gesundheitliche Gefahren	14
Die Diagnose des Schlafapnoe-Syndroms	14
Die HNO-Untersuchung	15
Respiratorische Polygraphie	15
Die Polysomnographie	15
Die Schweregrade des Schlafapnoesyndroms	15
Die Therapie des Schlafapnoesyndroms	15

Therapie-Optionen	16
Verbesserung der Schlafhygiene	16
Die Gewichtsreduktion	16
Medikamentöse Therapie	16
Die CPAP-Maskentherapie	16
Zahnschienen	17
HNO-Operationen	17
OSAS bei Kindern	17
ANLAUFSTELLEN	19
BUCHTIPPS	20
QUELLEN UND LINKS	21
ADRESSEN	22

ACHTUNG SCHNARCHGEFAHR!

Ein Drittel aller Männer und ein Viertel aller Frauen schnarchen regelmäßig. Bereits im Kindesalter kann Schnarchen ein Problem darstellen.

Die Tendenz, zum Schnarcher zu werden, erhöht sich mit zunehmendem Alter.

Schnarchen ist nicht in jedem Fall „nur“ eine akustische Störung, sondern es kann auch gesundheitliche Gefahren mit sich bringen.

Je nach Ursache, kann es sich in Zusammenhang mit diesem Leitsymptom um eine eher harmlose Form der Ruhestörung oder um ein behandlungsbedürftiges Gesundheitsrisiko handeln.

Schnarchen hat viele mögliche Ursachen

Schnarchen entsteht, wenn die Muskulatur im Nasen- oder Rachenraum im Schlaf zu stark erschlafft. Das kann durch verschiedene Faktoren begünstigt werden. So etwa kann abendlicher Alkoholgenuss oder das Einnehmen von Schlaftabletten das Schnarchen verursachen. Wer darüber hinaus auch noch an Übergewicht leidet, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit schnarchen. Aber auch anatomische Besonderheiten, wie ein schlaffes Gaumensegel, ein übergroßes Gaumenzäpfchen oder vergrößerte Mandeln, vor allem bei Kindern, sind mögliche Schnarch-Ursachen. Andere, mechanische Atemhindernisse, sind eine verkrümmte Nasenscheidewand, chronische Nebenhöhlenentzündung oder Nasenpolypen. Auch Fehlstellungen der Kiefer (wie z.B. ein Rückbiss) oder Kieferanomalien, sowie ein zu weicher Kehlkopfdeckel können Schnarchen verursachen. Auf diese Symptome werden wir im Folgenden genauer eingehen.

Diese genannten Atemwegsbehinderungen kann man – wenn der Leidensdruck groß oder die medizinische Notwendigkeit gegeben sind - mit Hilfe einer jeweils entsprechenden Strategie beseitigen.

Wann ist eine Therapie nötig?

Die zwei häufigsten Arten der „Rhonchopathie“, wie das Schnarchen medizinisch bezeichnet wird, sind erstens das „primäre Schnarchen“. Es handelt sich hierbei um die eher harmlose, aber geräuschvolle Art des Atmens.

Und zweitens das so genannte obstruktive Schlafapnoesyndrom (OSAS), das durch Atemaussetzer gekennzeichnet ist. Dadurch sinkt die Sauerstoffsättigung des Blutes, sodass eine gesundheitliche Gefahr besteht.

Diese Schlafatemstörung bedarf einer Therapie. Mehr dazu ab Seite 11.

MECHANISCHE ATEMHINDERNISSE

Nasatmungsbehinderungen können durch unterschiedliche Phänomene begünstigt werden und damit Schnarchen verursachen. So etwa können eine verkrümmte Nasenscheidewand, vergrößerte Nasenmuscheln, Nasenpolypen oder eine Schleimhautschwellung bei chronischer Nebenhöhlenentzündung Ursache für Schnarchen sein.

VERKRÜMMUNG DER NASENSCHEIDEWAND

Das Nasenseptum, also die Nasenscheidewand, teilt die Nase in zwei gleich große Gänge. Doch bei den meisten Menschen liegt diese nicht genau in der Mitte und häufig ist sie auch nicht gerade, sondern gekrümmt. Eine starke Verkrümmung kann ein Atemhindernis darstellen - es kommt zu einer Behinderung der Nasenatmung. Das Sekret kann nur erschwert abfließen, aber auch Riechstörungen können auftreten. 80 Prozent der Betroffenen mit Nasenscheidewandkrümmung schnarchen. Darüber hinaus führt eine Verkrümmung der Nasenscheidewand in vielen Fällen auch zum häufigen Auftreten von Nasennebenhöhleninfektionen.

Das diagnostische Vorgehen

Der HNO-Arzt untersucht die Nase, indem er die Nasenflügel mit einem Nasenspekulum aufspreizt und dann mit Hilfe einer Stirnlampe Einblicke in das Innere der Nase gewinnt. Eine genauere Untersuchung erfolgt mit dem Endoskop. Eine weitere Möglichkeit sich über die exakten Luftströmungsverhältnisse innerhalb der Nase ein Bild zu machen, ist die Messung der Luftdurchgängigkeit mittels Rhinomanometrie. Dies ist ein Messverfahren zur Bestimmung des Luftwiderstandes beim Atmen durch die Nase. Die untersuchte Person atmet dabei mit Hilfe einer Maske – das Ziel ist es, die Druckdifferenz des Luftstromes zwischen Naseneingang und Nasenrachenraum zu messen.

Therapeutische Strategien

Der Hals-Nasen-Ohrenarzt hat je nach Krankheitsbild unterschiedliche Behandlungsoptionen.

Als Septumplastik bezeichnet man die Operation einer Nasenscheidewandverkrümmung. Die operative Begradigung der Nasenscheidewand erfolgt in Narkose. Der Schnitt wird innen in einem von außen nicht sichtbaren Bereich

gesetzt. Dann löst der Operateur die Schleimhaut vorsichtig ab, um anschließend den Knorpel bzw. den Knochen zu begradigen. Um das zu erreichen werden Knorpel- oder Knochenteile geschwenkt bzw. entfernt.

Meist ist auch eine Korrektur der unteren Nasenmuscheln erforderlich. Die Septumplastik kann und muss manchmal mit einer Korrektur der äußeren Nase (Rhinoplastik) kombiniert werden, vor allem im Falle einer Schiefnase. Bei diesem Eingriff muss der Knochen aufgestemmt werden - dies führt häufig zu postoperativen Schwellungen und Blutergüssen.

Auch eine Kombination mit einer Nebenhöhlenoperation kann durchgeführt werden, wenn dies therapeutisch ratsam erscheint.

Mögliche Komplikationen

Eine Perforation, also eine Lochbildung der knorpeligen Nasenschleimhaut, oder Trockenheitsgefühl sind im Unterschied zu früher dank der modernen Techniken sehr selten geworden. Die allgemeine Lebensqualität ist nach der Operation in aller Regel deutlich besser, besonders die Tagesmüdigkeit und das Schnarchen werden gebessert. Allerdings verringert die Septumplastik als alleiniger Eingriff die Zahl der Atemaussetzer (Apnoen) bei einem bestehenden obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom OSAS (siehe Seite 11) in der Regel nicht.

NASENNEBENHÖHLEN-ERKRANKUNGEN

Häufig als sehr langwierig und beeinträchtigend für die Schlafqualität haben sich auch Nebenhöhlenerkrankungen erwiesen. Die Ursache für diese Erkrankungen entstehen in den Nasenwänden: Dort befindet sich eine Schleimhaut, das so genannte Flimmerepithel, die die Nasenwände auskleidet. Sind die Ausführungsgänge aus den Nebenhöhlen verstopft, kann das natürliche Sekret nicht abtransportiert werden. In diesem Fall verdickt sich der Schleim und sammelt sich in den Nasennebenhöhlen. Der pH-Wert des Sekrets ändert sich in der Folge, wodurch wiederum die Funktion des Flimmerepithels beeinträchtigt und somit die Gefahr einer bakteriellen Infektion erhöht wird. Es kommt ein nicht zu durchbrechender Kreislauf in Gang, der letztlich zu einer chronischen Entzündung führen kann.

Die Diagnose

Die Untersuchung erfolgt mit schmalen, optischen Instrumenten, so genannten Endoskopen. Diese gibt es auch als Winkeloptiken (30 bis 120 Grad), so dass für den

Arzt auch sonst uneinsehbare Bereiche sichtbar werden. Häufig ist zusätzlich eine Computertomographie erforderlich, um die Diagnose zu sichern.

Die Therapie

Die Behandlung erfolgt vorerst medikamentös, dies vor allem mit Hilfe von Cortison-Nasensprays. Reicht diese Therapie nicht aus, ist die endoskopische Operation die Therapie der Wahl. Dabei werden insbesondere die Engstellen beseitigt, um den Abtransport des Sekrets zu verbessern. Man spricht bei dieser Art der Nebenhöhlenchirurgie auch von der so genannten FESS (functional endoscopic sinus surgery).

Diese Eingriffe werden von der Nase aus mit Hilfe von Endoskopen schonend und funktionserhaltend durchgeführt. Eine medikamentöse Nachbehandlung ist meistens erforderlich.

POLYPEN

Gutartige Wucherungen der Nasenschleimhaut bezeichnet man als Nasenpolypen. Sie bestehen aus entzündeten Zellen, Flüssigkeit und Gewebe, die von der Schleimhaut überzogen sind und aus verschiedenen Gründen entstehen: etwa durch Infektionen, Allergien oder Engstellen.

Die Diagnose

Polypen werden mit Hilfe verschiedener Optiken für den Arzt sichtbar. Er fährt mit einer speziellen Zange in die Nasenhöhle und untersucht mit Hilfe dieser Endoskope die Gänge in den Nasenhöhlen und Nasennebenhöhlen. Dank dieser Untersuchung kann der Arzt einerseits Rückschlüsse darauf ziehen, wie groß die Nasenpolypen und wodurch sie entstanden sind. Vor der Entscheidung zu einer Operation ist eine Computertomographie sinnvoll. Grundsätzlich treten Polypen an beiden Seiten der Nasengänge auf. Zu einer Gewebeprobe raten Fachärzte, wenn diese nur einseitig auftreten.

Die Therapie

Nasenpolypen werden in den meisten Fällen operativ entfernt. Eine Operation lässt sich möglicherweise durch den Einsatz von Cortison-Nasensprays verhindern, wenn diese über einen Zeitraum von bis zu einem Jahr angewendet werden. Eine solche Cortison-Behandlung ist auch nach einer OP zu empfehlen – Rezidive, also die Neubildung von

Nasenpolypen, werden verhindert. Auch Inhalationen und Salzduschen sind postoperativ empfohlene Therapien.

AUFFÄLLIGKEITEN IM BEREICH DES RACHENS

Ursachen von Schnarchen können – wie beschrieben - unter anderem ein schlaffes Gaumensegel, ein überlanges oder voluminöses Gaumenzäpfchen, vergrößerte Mandeln oder ein vergrößerter Zungengrund sein. Vor allem bei kleinen Kindern können sowohl die großen Gaumenmandeln als auch die Rachenmandeln vergrößert sein.

Die Behandlung eines zu großen Gaumenzäpfchens

Es gibt verschieden Operationsmethoden zur Verbesserung des Spannungszustandes des Gaumensegels und zur Verkleinerung eines vergrößerten Gaumenzäpfchens. Mit Laser oder Radiofrequenz können diese Eingriffe zum Teil auch ambulant und in Lokalanästhesie in der Ordination durchgeführt werden.

Vergrößerte Mandeln (Tonsillen)

Besonders bei Kleinkindern – zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr - wächst das lymphatische Gewebe stark. Dieser lymphatische Rachenring wird aus der Gaumenmandel und der Rachenmandel gebildet. Seine Funktion ist es, die Immunabwehr in dieser Region zu stärken. Viele Kinder, besonders im Vorschulalter, leiden an einer Schwellung dieses „lymphatischen Rachenringes“. Über mögliche Ursachen gibt es derzeit nur Vermutungen. So etwa könnten immer wiederkehrende Infekte oder eine genetische Disposition „schuld“ daran sein. Wuchert das Gewebe zu stark, kann dies Probleme und Schmerzen mit sich bringen – oder eben auch Schnarchen verursachen.

In diesen Fällen können vergrößerte Mandeln operativ entfernt oder verkleinert werden. Ist der Zungengrund vergrößert, kann er mit Radiofrequenz geschrumpft werden. Vor allem bei Kindern wird eine Verkleinerung der Mandeln mit Hilfe von Laser oder Radiofrequenzablation einer kompletten Entfernung mittlerweile vorgezogen, da die Mandeln eine wichtige Funktion in der Immunabwehr haben.

AUFFÄLLIGKEITEN IM BEREICH DES KEHLKOPFES

Engstellen im Kehlkopf-Bereich sind eine seltene Ursache des Schlafapnoe-Syndroms. In solch einem Fall kann der Kehldeckel nicht ausreichend steif sein und wird beim Einatmen in den Kehlkopf hinein gesogen - dies ist relativ häufig bei Neugeborenen zu beobachten.

Aber auch gut- und bösartige tumoröse Veränderungen der Stimmlippen, wie z.B. Polypen können den Atemfluss behindern. Eine Lähmung der Stimmlippen, vor allem wenn beide Seiten betroffen sind, verhindert das Öffnen der Stimmlippen – auch dadurch wird der Luftstrom beeinträchtigt.

AUFFÄLLIGKEITEN AN DEN KIEFERN

Auch Kieferauffälligkeiten (z.B. Rückbiss oder angeborenen Kieferanomalien) können Ursachen für nächtliches Schnarchen sein. In diesem Fall ist unter Umständen eine kieferorthopädische oder kieferchirurgische Behandlung notwendig.

DAS OBSTRUKTIVE SCHLAFAPNOESYNDROM

Das obstruktive Schlafapnoesyndrom (OSAS) ist die am meisten verbreitete Form einer Schlafatemstörung. Etwa vier bis sieben Prozent der erwachsenen Männer und zwei bis vier Prozent der Frauen jenseits des 30. Lebensjahres sind davon betroffen.

Charakteristisch für OSAS sind Atemstillstände, die im Schlaf auftreten. Häufig sind diese Symptome von heftigem Schnarchen begleitet. Das Typische am obstruktiven Schlafapnoesyndrom ist, dass die Atemaussetzer in Einzelfällen bis zu 60 Sekunden oder länger andauern. 30 Prozent aller Schlafapnoen treten übrigens in Rückenlage auf, wenn die Rachenmuskulatur entspannt ist, fällt die Zunge nach hinten, Gaumensegel und Zäpfchen schwingen ebenfalls mit. In schweren Fällen können Betroffene bis zu 80 Mal pro Stunde einen Atemaussetzer erleiden. Für Fachleute steht fest, dass Adipositas, also Fettsucht, ein Hauptrisikofaktor für das OSAS ist.

Das Krankheitsbild

Typisch für diese Erkrankung ist das meist laute und unregelmäßige Schnarchen - dazu kommen die charakteristischen Atempausen. Letzteres ist sehr oft als eindeutiges und alleiniges Symptom (pathognomonisch) für die Erkrankung zu werten. Betroffene, die an OSAS leiden, klagen häufig über Tagesschläfrigkeit, vor allem bei monotonen Tätigkeiten tritt diese Müdigkeit verstärkt auf. Wer nachts schlecht schläft, ist tagsüber weniger leistungsfähig - daher gilt: Je stärker diese Zerstückelung eines kontinuierlichen Schlafes (die „Schlafsegmentierung“) und je häufiger beschriebene Weckphasen eintreten, desto höher ist auch die Tagesmüdigkeit.

OASA kann aber auch von weiteren Symptomen begleitet sein, wie etwa von einem nächtlichen Erstickungsgefühl, morgendlichen Kopfschmerzen oder Konzentrationsstörungen.

Viele Betroffene leiden zudem auch an nächtlichen Schweißausbrüchen, dem Drang zum Wasserlassen (Nykturie) oder an Potenzstörungen.

Die Ursachen

Verursacht wird die Erkrankung durch die Erschlaffung der Muskulatur im Bereich des Rachens und des unteren Schlundes, Mediziner sprechen von der „oro- und hypopharyngealen Muskulatur“. In der Folge kommt es zu einer Einengung der oberen Atemwege im Schlaf. Durch diese Verengung kann auch der Atem nicht mehr in normalem Ausmaß fließen, wodurch die Lunge zu wenig belüftet wird und es in der Folge zu einer Störung des Gasaustausches kommt. Dies wird in der Fachsprache als „Hypoxämie“ bezeichnet.

Der Betroffene atmet zwar weiter, doch die Atemmuskulatur wird dabei stark belastet. Dadurch kommt es auch zu gestörten Druckverhältnissen im Brustkorb, die das Herz belasten. Die Folge: Der Körper reagiert mit plötzlichem Erwachen und ringt nach Luft. Der Schweregrad der Erkrankung lässt sich sehr gut an einzelnen Parametern festmachen: So etwa sind Häufigkeit und Dauer der Atempausen im Schlaf ausschlaggebend und auch die Anzahl der Weckreaktionen ist maßgeblich für die Beurteilung des Schweregrades.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Von OSAS können sowohl Männer als auch Frauen betroffen sein. Die Verteilung zwischen den Geschlechtern ist jedoch ungleich: 14 Prozent der Männer und sieben Prozent der Frauen über 40 sind von einer Schlafapnoe betroffen. Der Unterschied, so unser Sendungsgast Dr. Valipour, beginnt bereits bei den Zuweisungen durch Ärzte: Zum einen scheint es so, dass Frauen seltener zu einer Abklärung in das Schlaflabor zugewiesen werden als Männer. Möglicherweise schildern Frauen die Symptome weniger drastisch.

Oder es ist aber auch möglich, dass Frauen mit OSAS einen niedrigeren Leidensdruck als Männer entwickeln und daher seltener ärztliche Hilfe aufsuchen.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen also, dass Frauen mit OSAS im Gegensatz zu Männern seltener über die typischen Beschwerden wie Schnarchen und Tagesmüdigkeit klagen.

Übrigens, die Zahl der betroffenen Frauen nimmt mit dem Alter zu: Nach Eintritt der Menopause ist das Risiko für Frauen eine OSAS zu entwickeln genauso hoch wie für Männer. Demnach dürften hormonelle Ursachen für die Entstehung der Erkrankung mitverantwortlich sein.

Auch die Genetik spielt bis zu einem gewissen Grad mit: Forschungen zeigen, dass OSAS familiär gehäuft vorkommt, und dann bereits im Kindesalter auftreten kann. Im Gegensatz zum OSAS bei Erwachsenen zeigen sich bei Kindern aber keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Erkrankungsneigung. Die Anfälligkeit bei Kindern liegt bei zwei Prozent.

Gesundheitliche Gefahren

Bleibt das OSAS unbehandelt, können sich daraus andere gesundheitliche Probleme entwickeln. Im Zuge der Erkrankung kann es zu einer chronischen Belastung des Herz-Kreislaufsystems kommen. Dass es einen direkten Zusammenhang zwischen OSAS und Hypertonie, also Bluthochdruck, gibt, wurde durch eine Vielzahl von Untersuchungen bestätigt. Doch abgesehen vom Bluthochdruck-Risiko bringt OSAS eine Reihe von kardiovaskulären Risiken mit sich. Vor allem der im Schlaf immer wieder auftretende oxidative Stress (jener Zustand, bei dem freie Radikale im Körper nicht mehr durch Antioxidantien abgewehrt werden können), der Umstand, dass es sich um eine systemische Entzündung handelt, aber auch die Tatsache, dass es in Folge einer Schlafapnoe zu einer Dysfunktion der Gefäßinnenwände kommt, führen zu einem erhöhten Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall.

Neben den Risikofaktoren für das Herzkreislaufsystem führt das gestörte Schlafmuster aber auch zu enormen Leistungseinbußen. Kurz- und Langzeitgedächtnis werden beeinflusst, häufig leiden OSAS-Patienten sogar vermehrt an Depressionen.

Im Zuge der Erkrankung kommt nicht selten eine verringerte Aufmerksamkeit und Wachheit hinzu, was vor allem im Straßenverkehr oder auch im Berufsleben die Unfallgefahr erhöht. Experten sprechen von einer bis zu 5-fach höheren Verkehrsunfallhäufigkeit.

Die Diagnose des Schlafapnoe-Syndroms

Eine Diagnose ist möglich, wenn sich der Patient im Schlaflabor untersuchen lässt. Günstig ist es jedoch, auch eine lungenfachärztliche Basisuntersuchung durchzuführen. OSAS führt zwar im Allgemeinen zu keiner Einschränkung der Lungenfunktion, durch

eine Lungen-Untersuchung können aber andere Erkrankungen (wie z.B. COPD) ausgeschlossen werden.

Die HNO-Untersuchung

Auch eine Untersuchung durch den Hals-Nasen-Ohrenarzt ist zu empfehlen – er kann anatomische und/oder funktionelle Ursachen, oder eine Verengung im Bereich der oberen Atemwege diagnostizieren und so die Ursachen der Erkrankung herausfinden. Besondere Aufmerksamkeit gilt hierbei der Größe der Mandeln, der Zunge, der Länge, Größe und Spannkraft des Gaumensegels sowie der Nasenanatomie. Auch die von Betroffenen beschriebenen typischen Symptome, wie Tagesmüdigkeit, Schnarchen und Schlafatemstörungen, sind für eine gründliche Anamnese wichtig.

Respiratorische Polygraphie

Mit Hilfe dieser Methode werden - ambulant oder in Schlafzentren - Atemfluss, Sauerstoffsättigung, Schnarchgeräusche und Körperlage gemessen. Die nächtliche Polygraphie ist daher eine probate „Case-finding“-Methode, also eine Methode, die Risiken zu definieren.

Die Polysomnographie

Die überwachte nächtliche Polysomnographie in einem Schlaflabor ist die Goldstandard-Untersuchung für die Diagnostik von Schlafatemstörungen, insbesondere des OSAS. Dazu verbringt der Patient zumindest eine Nacht in einem Schlaflabor, wo während des Schlafes eine Reihe von Biosignalen aufgezeichnet wird. Aus den Ergebnissen der Polysomnographie lässt sich nach Feststellung der Zahl der Ereignisse der so genannte Apnoe-Hypopnoe-Index pro Stunde Schlaf (AHI) berechnen.

Die Schweregrade des Schlafapnoesyndroms

Die „American Academy of Sleep Medicine“ teilt den Schweregrad der Schlafapnoe nach dem AHI ein:

- Milde Schlafapnoe: AHI 5-15/Stunde
- Moderate Schlafapnoe: AHI 15-50/Stunde
- Schwere Schlafapnoe: AHI > 30/Stunde

Die Therapie des Schlafapnoesyndroms

Welche Therapie angewendet wird, hängt einerseits vom Schweregrad der Schlafatemstörung ab, als auch von möglichen kardiovaskulären Begleiterkrankungen.

Therapie-Optionen

Die erste dokumentierte therapeutische Maßnahme kurz nach Erstbeschreibung des Krankheitsbildes Ende der 1960er Jahre war die Tracheostomie, also ein Schnitt in die Luftröhre, um den Kollaps im Bereich der oberen Atemwege zu umgehen. Moderne Behandlungsmethoden sind glücklicherweise weniger invasiv.

Verbesserung der Schlafhygiene

Basis jeder Therapie ist die Einhaltung einer gewissen Schlafhygiene. Dazu zählen das Vermeiden von Alkohol und Sedativa, der Verzicht aufs Rauchen und das Einhalten eines bestimmten Schlafrythmus.

Die Gewichtsreduktion

Im Vordergrund der Therapieempfehlung bei diagnostiziertem OSAS steht die Gewichtsreduktion. Studien zufolge ist es bei einer Gewichtsabnahme von 10 Prozent des Körpergewichts möglich, den Schweregrad der obstruktiven Schlafatemstörung um bis zu 25 Prozent zu reduzieren.

Medikamentöse Therapie

Sie ist bei OSAS von untergeordneter Bedeutung und speziellen Indikationen vorbehalten. Modafinil, ein zentral wirkendes, die Wachheit steigerndes Medikament, wurde ursprünglich zur Behandlung der exzessiven Schläfrigkeit bei Narkolepsie (nicht unterdrückbare Schlafanfälle) zugelassen. Das Medikament kann jedoch auch bei trotz Beatmungstherapie bestehender krankhafter Tagesmüdigkeit eingesetzt werden. Auch Protriptylin, ein nicht-sedierendes, trizyklisches Antidepressivum kann in leichteren Fällen des OSAS wirksam sein, andererseits warnen Experten vor Nebenwirkungen. (Trizyklische Antidepressiva können je nach Substanz antriebssteigernd wirken oder auch eine sedierende, also beruhigende Wirkung haben).

Bei Betroffenen, deren Zunge und Weichteile im Schlaf die oberen Atemwege verschließen, sind entsprechende Maßnahmen, die eine Rückenlage verhindern, sinnvoll (verbale Instruktionen, ein im Rückenteil des Pyjamas eingenähter Ball oder eine Rückenlageverhinderungsweste).

Die CPAP-Maskentherapie

Der Goldstandard zur Behandlung des symptomatischen OSAS ist jedoch die CPAP-Maskentherapie (positive Druckatmung). Dabei wird den Betroffenen über eine individuell angepasste Nasen- oder Nasen-Mund-Maske kontinuierlich Überdruck zugeführt. Durch diese pneumatische Schienung wird der Kollaps der Atemwege vermieden, so dass sich Schlaf und Atmung wieder normalisieren. Die CPAP-Maskentherapie ist eine physikalische Maßnahme und muss daher jede Nacht eingesetzt

werden. Diese technische Innovation wurde in den vergangenen Jahren weiterentwickelt: Zum einen mit der sogenannten Auto-CPAP („auto-adjusting positive airway pressure“). Dabei werden die Veränderungen des Atemflusses durch einen Sensor gemessen und den Erfordernissen des Patienten angepasst. Zum anderen bietet der maschinelle CPAP-Modus beim Ausatmen („expiratory pressure relief“) eine Möglichkeit der Druckentlastung.

Zahnschienen

Speziell gefertigte Zahnschienen, so genannte „Mandibuläre Protrusionshilfen“ werden zum Schlafen an Ober- und Unterkiefer aufgesetzt. Dadurch werden ein Hebelmechanismus des Unterkiefers und damit eine Erweiterung des Rachenraums erreicht.

HNO-Operationen

Zu den am häufigsten eingesetzten HNO-Operationen zählt die Gaumensegeloperation (Uvulopalatopharyngoplastik, kurz: UPPP). Diese kann mittels konventioneller Technik oder Laser durchgeführt werden und bietet eine therapeutische Alternative zur Masken-CPAP-Therapie bei mild bis moderatem OSAS. Im Zuge dieser Operation werden „überschüssige“ Gewebekomponenten des weichen Gaumens entfernt. Diese Methode ist jedoch nicht schmerzfrei. Ergänzt wurde die Technik in den letzten Jahren durch die „Uvulopalatale Flap“, bei der die Komplikationsrate nach der Operation etwas geringer ist.

Eine neuere Methode ist die Radiofrequenzablation. Dabei wird der Rachen mit einer Sonde „vernarbt“, sodass er sich verengt. Auch die Laser-assistierte Uvula-Palatoplastik (LAUP) - eine Entfernung des Zäpfchens und Straffung des Gaumens mit Hilfe von Laser – ist eine Möglichkeit und bringt geringere Komplikationen mit sich als ältere Verfahren.

Andere Strategien, wie zum Beispiel Muskeltraining, Nasen- und Rachenöle, Schnarchbrillen und ähnliches sind nicht Erfolg versprechend.

Bei der Entscheidung, ob eine Therapie durchgeführt wird und welche der in Frage kommenden Methoden jeweils individuell geeignet ist, sind sowohl der Schweregrad der Schlafapnoe, der Leidensdruck des Patienten, aber auch mögliche Begleiterkrankungen zu berücksichtigen.

OSAS bei Kindern

Das Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom kann bereits bei Kindern im Vorschulalter auftreten und ein Problem darstellen.

Bei Kindern ist die Ursache dafür meist eine Vergrößerung des Gewebes um den Rachenring. Die Gaumenmandeln erreichen dabei häufig eine solche Größe, dass sie sich in der Mitte berühren („kissing tonsils“).

Wir bedanken uns bei **Prim. Dr. Michael Arnoldner** und **OA Dr. Arschang Valipour**, die uns bei der Erstellung dieser Infomappe unterstützt haben.

ANLAUFSTELLEN

Österreichische Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung

Sekretariat Universitäts-Klinik für Neurologie

Anichstr.35

A-6020 Innsbruck

Tel.: +43/512/504 23811

E-Mail: sekretariat@schlafmedizin.at

Grenzüberschreitende Selbsthilfegruppe für Patienten mit Schlafstörungen

Ansprechpartnerin für das Berchtesgadener Land, Salzburg/Traunstein:

Ilse Rothstein

Peilsteinstraße 6a

D-83435 Bad Reichenhall

Tel.: +49/8651/8188

E-Mail: info@shg-schlaf.org

Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz, Fachbereich Schlafmedizin

Leitung: Univ.-Prof. Dr. Manfred Walzl

Wagner Jauregg Platz 1

A-8053 Graz

Tel.: +43/316/2191-2277 oder +43/316/2191-3217

E-Mail: manfred.walzl@lsf-graz.at

BUCHTIPPS

Peter Hannemann

**Schlafapnoe-Syndrom und Schnarchen: Ursachen, Symptome, erfolgreiche
Behandlung**

Oesch Verlag 2007

ISBN-13: 978-3035050080

Peter Spork

Das Schnarchbuch. Ursachen, Risiken, Gegenmittel

Rowohlt 2007

ISBN-13: 978-3499622076

E. Rose

Schnarchen und schlafbezogene Atmungsstörungen

Springer Heidelberg 2008/Volume 1/Nr. 2, Sept 2008 1865-9659 (Print) 1865-9667
(Online)

Thiemo Hofmann, Gerald Wolf

Schlafbezogene Atemstörungen

In: Wiener Medizinische Wochenschrift Skriptum 9/2009

QUELLEN UND LINKS

Schnarchen: Häufigkeit bei Kindern

<http://www.springerlink.com/content/657r3111642697q1/>

Institut für Biostatik, MedUni Innsbruck

<http://gin.uibk.ac.at/thema/atemwegserkrankungen/schnarchen.html>

Fachverband Schlafapnoe Deutschland

<http://www.vdk.de/fachverband-schlafapnoe/>

European Sleep Research Society

http://www.esrs.eu/cms/front_content.php

Österreichische Gesellschaft für Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- & Halschirurgie

www.hno.at

Hofmann, TH./Wolf, G.

Schlafbezogene Atmungsstörungen

WMW Skriptum 2009; 22-23.-53. Österreichischer HNO-Kongress; SEP 9-13, 2009; Bregenz, AUSTRIA. [Oral Communication], publiziert in:

http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2004_Verlinkungen/2004-10_DFP_Schnarchen.pdf

ADRESSEN

In der Sendung Radiodoktor – Medizin und Gesundheit vom 23. November 2009 waren zu Gast:

Prim. Dr. Michael Arnoldner

Abteilungsvorstand der HNO-Ambulanz, Pavillon 28 im Wilhelminenspital
Montlearstraße 37

A-1160 Wien

Tel.: +43/1/491 50/3901

E-Mail: michael.arnoldner@wienkav.at

Homepage: www.wienkav.at/kav/wil/medstellen_anzeigen.asp?ID=817

OA Dr. Arschang Valipour

Otto Wagner Spital Wien, 1. Interne Lungenabteilung
Sanatoriumstrasse 2

A-1140 Wien

E-Mail: arschang.valipour@wienkav.at

Homepage: www.wienkav.at/kav/ows