

Schnelle Hilfe für Schnarcher?

Nasenring und Gaumensegelstraffung

FRITZ MEYER

Die wichtigste Empfehlung für den schnarchenden Patienten ist eine von der Anamnese und dem Symptomenbild abhängige konsequente Diagnostik. Werbewirksam überzogenen Versprechungen und den Patienten finanziell wie körperlich gelegentlich erheblich schädigenden Behandlungen kann man argumentativ so am besten entgegentreten.

«Lache, und die Welt lacht mit dir. Schnarche, und du schläfst allein.» Dieses Zitat des englischen Schriftstellers Anthony Burgess charakterisiert treffend die Situation jener Bettgenossen, die zu ihrem und dem Leidwesen ihrer Mitbewohner schnarchen. Zum Teil belächelt, mindestens so oft schamhaft verschwiegen, galt Schnarchen lange Zeit vor allem als unangenehme Eigenart mit sozial unverträglichem Störfaktor. Ist normales Schnarchen mit maximal 25 Dezibel, etwa dem Brummen eines Kühlschranks entsprechend, noch tolerabel, können Schnarchmaxima

durchaus bei 80 bis 90 Dezibel und damit an der Schädlichkeitsgrenze für das Innenohr bei Dauerbeschallung liegen.

Da etwa 20 bis 50 Prozent der Männer und der postmenopausalen Frauen schnarchen (1), gibt es ungezählte Vorschläge zur Behebung dieses Problems, die immer wieder plakativ beworben (*Abbildung 3*) oder in der Tagespresse empfohlen werden (*Abbildung 2*). Was soll man da dem hilfeschuchenden Patienten raten? Ehe man zu einem vorschnellen Urteil kommt, tut man gut daran, sich zuvor grundlegende Fakten des Schnarchproblems klar zu machen.

Wann ist Schnarchen harmlos, wann gefährlich?

Grundsätzlich unterscheidet man das harmlose, gewohnheitsmäßige von dem gefährlichen, obstruktiven Schnarchen.

Merk-sätze

- **Obstruktion ist überwiegend mit Schnarchen verbunden, aber Schnarchen muss nicht unbedingt mit einer Obstruktion einhergehen.**

Das harmlose (primäre, benigne, nichtapnoische, einfache oder habituelle) Schnarchen ist nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (2) durch laute Atemgeräusche der oberen Atemwege im Schlaf charakterisiert, aber ohne Apnoe- und Hypoventilationsphasen. Bei der Befragung des Patienten dürfen sich entsprechend keine



Abbildung 1: Bei einer so hochgradigen und zum Schnarchen führenden Verbiegung der Nasenscheidewand hilft nur die Operation.

Schnelle Hilfe für Schnarcher?

Hinweise für eine Insomnie, übermäßige Tagesmüdigkeit oder andere Probleme ergeben, die auf das Schnarchen zurückzuführen sind.

Das obstruktive Schnarchen (obstruktives Schlafapnoesyndrom) ist hingegen mit einer von Schlafmedizinern exakt definierten Zahl von Atemstillstandsphasen (Apnoephasen) verbunden, die zu einem kritischen nächtlichen Absinken des arteriellen Sauerstoffdruckes führen und nicht ohne Folgen für die psychische und physische Leistungsfähigkeit bleiben können.

Schnarchen hat viele Ursachen

Sowohl das harmlose wie auch das obstruktive Schnarchen können gleiche Ursachen haben (Tabelle), entscheidend sind Ausmass und Zusammenwirken.

Das primäre Schnarchen wird eher durch Faktoren verursacht, die eine regelrechte Nasenatmung behindern und zur Mundatmung führen, oft genug verbunden mit durch Alkohol induzierter Relaxierung des Gaumensegels. Das obstruktive Schnarchen ist hingegen durch das Zusammenwirken mehrerer Gründe charakterisiert, die im Wesentlichen zu einem oropharyngealen Kollaps führen. Interes-

santerweise können die Kollapsorte schlafstadienabhängig wechseln: «Shift of Site of Obstruction» (3, 4). Das Zusammenfallen des Pharynxschlauches führt dann durch eine regelrechte Blockade der Luftzufuhr zum kritischen nächtlichen Sauerstoffdefizit.

Nicht die Lautstärke ist das Kriterium

Zur Frage, welche Form des Schnarchens vorliegt, genügt es nicht, sich auf die Aussage des Patienten oder seiner Angehörigen zu verlassen («Der ist so laut wie eine Motorsäge»), denn für das weitere Vorgehen ist der Lärmpegel des Schnarchgeräusches allein kein Kriterium. Richtungsweisend im Sinne des «gefährlichen Schnarchens» sind eher anamnestische Angaben wie starke Müdigkeit, imperativer Einschlafzwang, morgendliche Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit oder Konzentrationsstörungen während des Tages, auffällige und gehäufte Atempausen während des Schlafes, aber auch starkes nächtliches Schwitzen, unruhiger Schlaf, vermehrtes Wasserlassen oder Potenzstörungen.

Dies alles können nur Hinweise sein: Welche Form des Schnarchens letztendlich vorliegt, muss durch eine ambulante oder kurzstationäre Untersuchung in einem Schlaflabor geklärt werden, denn Obstruktion ist fast, aber nicht immer mit Schnarchen verbunden, und Schnarchen muss nicht unbedingt mit einer Obstruktion einhergehen.

Wie sieht die Behandlung jeweils aus?

Das Vorliegen eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms hat für den Patienten erhebliche Konsequenzen: eine nächtliche Beatmungstherapie mit dem CPAP-Gerät (Continuous Positive Airway Pressure) etwa und/oder operative bezie-



Abbildung 2: Zeitungsausschnitt aus der «Mittelbayerischen Zeitung» vom 22. November 2002



Abbildung 3: Werbung für eine Schnarchhilfe

ungsweise kryo-, thermo- oder laserchirurgische Interventionen an der Nase oder dem Pharynxschlauch. Mit Hausmitteln oder einfachen mechanischen Hilfen (Abbildung 3) kann man in solchen Fällen keine Verbesserung erzielen.

Wird hingegen ein primäres, gutartiges, also nur störendes Schnarchen festgestellt, können alleinige Eingriffe an der Nase (gelegentlich auch am weichen Gaumen und am Zungengrund) Erfolg versprechend sein, wenn entsprechende pathologische Veränderungen vorhanden sind.

Tabelle: Faktoren, die zu primärem und obstruktivem Schnarchen führen können

Abnahme des muskulären Druckes in der Mundhöhle

- Alkohol
- Psychopharmaka
- REM-Schlaf
- Schilddrüsenunterfunktion

Absinken des negativen inspiratorischen Druckes

- Septumdeviation
- Muschelhyperplasie und Nasenpolypen
- Adenoide des Nasenrachenraumes
- Stark vergrösserte Tonsillen
- Hyperplasie des Zungengrundes
- Pathologische Schädelproportionen

Zunahme des Gewebsdruckes

- Adipositas
- Adhäsionskräfte der Schleimhaut
- Gewebsödem durch Schnarchen

Schnelle Hilfe für Schnarcher?

Während bei hochgradigen Verbiegungen der Nasenscheidewand (*Abbildung 1*) erfahrungsgemäss nur die rhinochirurgische Intervention hilft, können vergrösserte Nasenmuscheln, erschlafftes Gaumengewebe oder ein hypertropher Zungenrund nicht nur herkömmlich (kryo-, thermo-)chirurgisch oder mit dem Laser, sondern mittlerweile auch ambulant mit der bipolaren Radiofrequenz-induzierten Thermotherapie (RFITT®) behandelt werden, die auch in der Laienpresse derzeit häufiger im Gespräch ist (*Abbildung 2*). Im Unterschied zur monopolaren Hochfrequenztechnik, die durch Überhitzung irreversible Gewebeschäden verursachen kann, setzt die bipolare Thermotherapie das Gewebe ausschliesslich in unmittelbarer Sondennähe der Radiofrequenzenergie aus. Damit verringert sich die zum Eingriff benötigte Energiemenge auf einen Bruchteil der bei monopolaren Hochfrequenzsystemen benötigten Energie, und das Risiko einer Schädigung des Flimmerepithels gerade bei Eingriffen im Nasen-

inneren soll dadurch weit gehend vermieden werden. Überdies erlaubt die bipolare Technik auch den Einsatz bei Herzschrittmacherträgern (5). ●

Literatur:

1. Wiedemann B. (2003): *Nächtliche Nervensägen*. *MMW-Fortschr. Med.* 7: 4–6.
2. Pirsig W. et al. (1999): *Schnarchen: primäres Schnarchen*. *Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie Nr. 017/068*.
3. Hörmann K., Hirth K., Maurer J.T. (1999): *Operative Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen*. *HNO* 4: 226–235.
4. Pirsig W. (1999): *Schlafbezogene Atmungsstörungen*. *Grosser Forschungsbedarf bei Diagnostik und Therapie*. *HNO* 4: 221–222.
5. N.N. (2003): *Sicher und effizient: Bipolare Thermotherapie*. *HNO Aktuell Index*: 11.

Dr. med. Fritz Meyer
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Sportmedizin,
Facharzt für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde
Mitarbeiter am Lehrauftrag für
Allgemeinmedizin der
Medizinischen Fakultät
der TU München
Zwinger 6
D-86732 Oettingen/Bayern
Tel. 0049-9082 10 35
Fax 0049-9082 920 921

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in
 «Der Allgemeinarzt» 3/2003.
 Die Übernahme erfolgt mit freundlicher
 Genehmigung von Verlag und Autor.

Z: Tegaserod: Tabletten zu 6 mg. **I:** Symptomatische Behandlung von Frauen mit Bauchschmerzen und Obstipation im Rahmen eines Reizdarmsyndroms unter Ausschluss organisch bedingter Symptome. **D:** 2 x 6 mg täglich während max. 12 Wochen. Bei unbefriedigendem Ansprechen Behandlung nach 4 Wochen abbrechen. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. **VM:** Diarrhöe und/oder Patientinnen mit rezidivierender Diarrhöe im Rahmen des Reizdarmsyndroms. Schwere Leberfunktionsstörungen und schwere Niereninsuffizienz. Patientinnen, bei denen sich eine Verstärkung der GI-Motilität negativ auswirken könnte. Schwangerschaftskategorie B, Stillzeit. **UW:** Diarrhöe, Kopfschmerzen. Erhöhte Eosinophilwerte (in den meisten Fällen vorübergehend). **IA:** Bis heute keine relevanten Wechselwirkungen bekannt. Aufgrund der vorliegenden Daten ist bei gleichzeitiger Verabreichung weder für Zelmac noch für andere Arzneimittel eine Dosisanpassung erforderlich. **P:** Tabletten zu 6 mg; 30 und 100. Verkaufskategorie: **B**

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

Novartis Pharma Schweiz AG, 3001 Bern, Tel. 031 377 51 11, Fax 031 377 52 11, www.novartispharma.ch

www.zelmac.ch

Knoten lösen

BEI IBS - IRRITABLE BOWEL SYNDROME BEI FRAUEN



 NOVARTIS

3 SYMPTOME

1 MEDIKAMENT


Zelmac[®]
(tegasero d)



Abdominal Pain
(Bauchschmerzen)



Bloating
(Blähungen)



Constipation
(Obstipation)