

Laser beseitigt Schnarchprobleme

Die Uvulopalatopharyngoplastik mittels CO₂-Laser

Schnarchen ist oftmals das erste Symptom schlafbezogener Atemstörungen bzw. eines Schlaf-Apnoe-Syndroms. Nachdem durch Einrichtung von Schlafforschungszentren ein erheblicher Wissensrückstand aufgeholt wurde, wird zunehmend die Frage der Behandelbarkeit des Schnarchens gestellt.

DR. MED. KAY ROHMANN/DÜSSELDORF

Das Kardinalsymptom Schnarchen wird in den oberen Atemwegen vornehmlich im Bereich des Weichgaumens erzeugt. Erste Ansätze zur operativen Behandlung des Weichgaumens wurden Anfang der 80er Jahre von FUJITA vorgestellt, die sog. Uvulopalatopharyngoplastik¹ (UPPP). 1993 übertrug KAMAMI² seine bei lasergestützten Mandeloperationen gewonnenen Erkenntnisse auf die Behandlung des Schnarchens und nannte dieses Verfahren laserassistierte Uvulopalatoplastik (LAUP). Auf Grund zunächst mangelnder Akzeptanz im deutschsprachigen Raum wurde die Methode durch KRESPI im nordamerikanischen Raum verbreitet,³ und von dort aus 1996 in Deutschland als angebliche Neuentdeckung einer Behandlungsmethode des Schnarchens der Öffentlichkeit präsentiert.

Wie Schnarchen entsteht

Unter Schnarchen versteht man ein Geräusch, das während des Schlafes atemabhängig auftritt. Hierbei sind Schalldruckpegel von bis zu 95 dB messbar. Dies erklärt, dass Schnarchen durch Wände und geschlossene Türen hörbar ist. Insoweit kommt dem Schnarchen eine wesentliche sozial störende Komponente zu. Normales Schnarchen ohne messbaren Abfall des Sauerstoffpartialdruckes im Blut stellt keine Krankheit im eigentlichen Sinne dar, insoweit ist der latinisierte Begriff Rhonchopathie sicher irrelevant. Atemaussetzer bis zu zehn Ereignissen/Stunde sind als physiologisch zu werten. Bei Atemaussetzern von 10 bis 20 Ereignissen/Stunde spricht man von einem leichtem Schlaf-Apnoe-Syndrom. 20 Atemaussetzer pro Stunde und Sauerstoffsättigungsverluste unter 85% während dieser

Atemaussetzer werden als Schlaf-Apnoe-Syndrom bezeichnet. Durch zunehmende Sensitivität der Messsysteme in den Schlaflabors können inzwischen zentrale von peripheren Schlaf-Apnoe-Syndromen differenziert werden.

Ein Schnarchgeräusch kann in verschiedenen Abschnitten des oberen Respirationstraktes auftreten. Im Normalfall durchströmt die Atemluft laminar die durch die Nasenscheidewand geteilten Nasenhaupthöhlen, streift dort entlang der Nasenmuscheln und tritt aus den Choanal-Öffnungen in den oberen Rachen (Nasopharynx) ein. Im Mesopharynx liegen der Weichgaumen und die Tonsillen. Im tiefen Rachen bzw. Hypopharynx befindet sich der Zungengrund. Diese Strukturen müssen von der Atemluft ebenfalls passiert werden, um dann bei offen gestelltem Kehldeckel (Epiglottis) in die Luftröhre einzutreten.

Etwa 90% des Schnarchens werden im Bereich des Weichgaumens generiert und erklärt sich wie folgt: Während des Schlafes steigt der Atemwegswiderstand infolge der neuromuskulären Erschlaffung der Brust- und Interkostalmuskulatur an. Ein verlängerter Weichgaumen und eventl. auch ein zusätzlich durch vergrößerte Mandeln eingengerter mittlerer Rachen gerät durch den erhöhten Atemwegswiderstand und die relativ vermehrte Atemtätigkeit in Schwingungen, die dann das hörbare Schnarchgeräusch auslösen. Verstärkt wird dieses Geräusch durch eventl. vorhandene Verengungen im Bereich u.a. der Stenosen des oberen Respirationstraktes.

Im Rahmen der hals-nasen-ohrenärztlichen Untersuchung ist insbesondere zu achten auf:

- ein verkrümmtes Nasenseptum,
- eventl. Polypen in den mittleren Nasengängen,
- chronische Nasennebenhöhlenentzündungen und



Abb. 1: Schematisiert dargestellte Resektionsareale im Weichgaumen. – Abb. 2: Narbenzug nach konventioneller Uvulopalatopharyngoplastik. – Abb. 3: Narbenzüge und Status nach modifizierter Laser-UPPP.