

# Seriöse Schnarch-Therapie mit individueller Erfolgs- optimierung

**Autor** \_ Dr. Dr. Michael Wiesend, Dr. Bettina Hübinger-Wiesend, Montabaur, Prof. Dr. Dr. Elmar Esser, Osnabrück

## \_Einleitung

Das Thema „Schnarchen“ boomt. Es gibt keine Zeitung oder Zeitschrift mehr ohne einschlägige News. Parallel dazu ist in den letzten Jahren ein riesiger Markt aus dem Boden geschossen mit den verschiedensten „Hilfsmitteln“ gegen das Schnarchen, wobei teilweise auch regelrechte Kuriositäten dabei sind, mit denen manch einer auf das schnelle Geld hofft.

Berücksichtigt wird dabei oft nicht, dass es sich beim Schnarchen in vielen Fällen nicht nur um eine bloße Ruhestörung des Partners oder der Partnerin handelt, sondern um eine echte Erkrankung, das Schlaf-Apnoe-Syndrom (SAS). Dieses muss aufgrund der aus den Atemaussetzern und der Sauerstoffunterversorgung resultierenden Folgeerkrankungen, wie zum Beispiel Hypertonie, Herzinfarkt und Apoplexien, dringend suffizient therapiert werden. Umso wichtiger ist es, bei der Diagnostik und Therapie des Schnarchens einen gewissen Standard einzuhalten.

Dabei sollten aber auch die verschiedenen Therapiemöglichkeiten so ausgeschöpft werden, dass für jeden Patienten ein individuelles Konzept entsteht, mit dem zum einen das störende Schnarchen behoben und zum anderen die ausreichende Sauerstoffversorgung des Organismus gewährleistet wird.

## \_Primäre Diagnostik

Am Anfang der Diagnostik steht die Anamnese, bei der Symptome wie chronische Müdigkeit, Leistungsminderung und eine bereits bekannte Hypertonie ebenso abgefragt werden müssen wie die Risikofaktoren Übergewicht, Alkoholkonsum etc. Der Partner kann oft mit wertvollen Beobachtungen über die Art des Schnarchens oder auffallende Atemaussetzer beitragen. Bei der Untersuchung wird vor allem auf sichtbare Engstellen im Nasen-Rachen-Raum geachtet wie hyperplastische Nasenmuscheln, Septumdeviationen, große Gaumenmandeln, ein langes Gau-

**Abb. 1** \_Funktions-DVT®: Patient ausgeprägte UK-Rücklage mit fast vollständigem Kollaps der Halsweichteile.

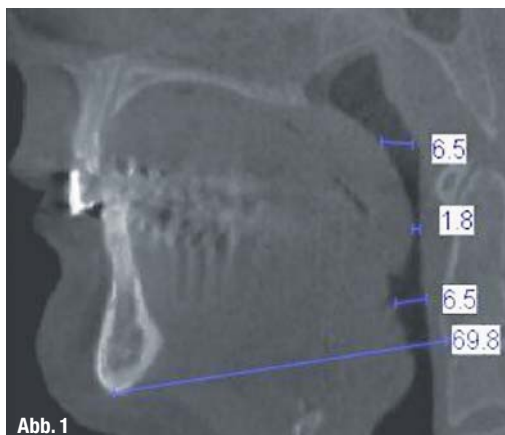


Abb. 1

**Abb. 2** \_Funktions-DVT®: Patient mit RP-Schiene in situ mit fast normalen Halsweichteile.

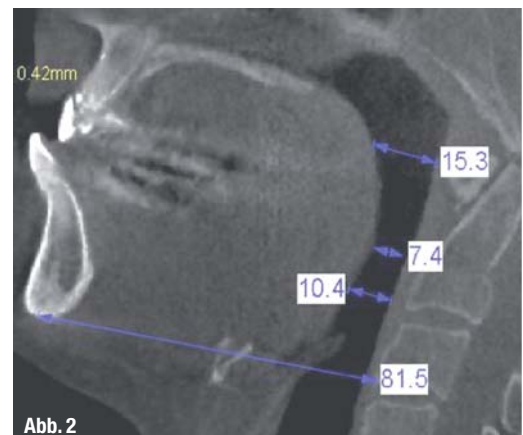
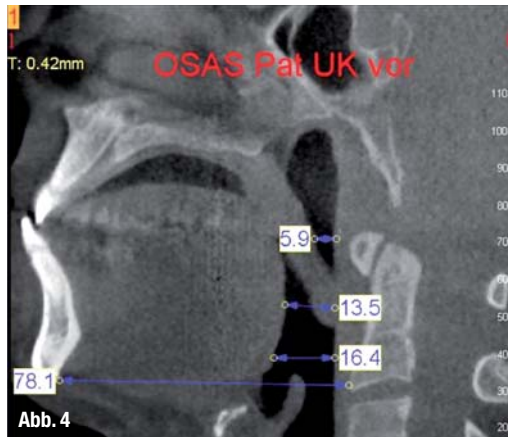
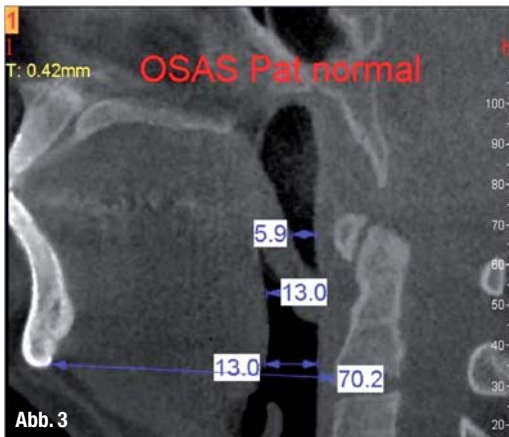


Abb. 2



**Abb. 3**\_Funktions-DVT®: Patient mit massiv deutlicher Verlegung im Velo-/Orophaynx.  
**Abb. 4**\_Funktions-DVT®: Patient ohne Verbesserung im pharyngealen Bereich trotz Protrusion.

mensegel und/oder Zäpfchen oder einen auffallend ausladenden Zungengrund, aber auch auf Kieferanomalien wie zum Beispiel eine Unterkieferrücklage.

Dann folgt das Screening auf Schlaf-Apnoe-Syndrom, das ambulante Schlaflabor. Das Ergebnis hierbei kann ein medizinisch völlig irrelevantes, aber trotzdem störendes Nur-Schnarchen, eine sog. reine Rhonchopathie, sein, ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom oder in schweren Fällen sogar ein zentrales beziehungsweise kombiniertes Schlaf-Apnoe-Syndrom. In schweren Fällen geht es nicht ohne cPAP-Gerät, das heißt, der Patient trägt eine Atemmaske und die Beatmungsmaschine hält durch einen kontinuierlichen Überdruck die Atemwege offen. Handelt es sich um ein gering- bis mittelgradiges obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) oder um ein Nur-Schnarchen, gibt es je nach individuellem Befund meist verschiedene Therapiemöglichkeiten.

**\_Das Funktions-DVT®**

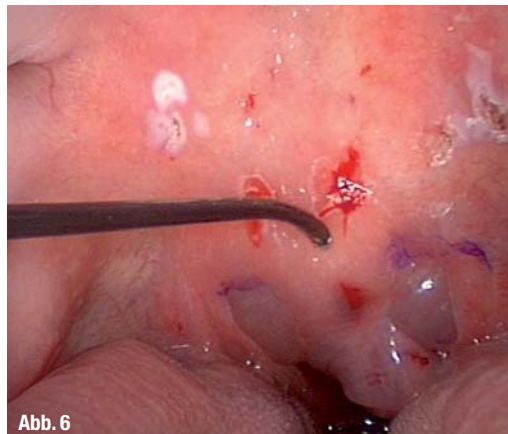
Die Diagnostik mittels Funktions-DVT®, eine für uns patentierte Vorgehensweise, ermöglicht zu beurteilen, ob eine unblutige Therapie mit einer Protrusionsschiene Erfolg versprechend ist oder ob zusätzlich/stattdessen operiert werden muss.

Dies ist eine spezielle Einsatzmöglichkeit des bekannten DVT® (Digitales Volumetomogramm), welches die dreidimensionale Darstellung von Kopf und Hals in Schichten ermöglicht, ähnlich wie das CT, nur mit feineren Schichten und deutlich strahlungsärmer.

Mithilfe der sagittalen Schicht kann man darstellen, ob die Atemwege in Rückenlage verengt sind und, wenn ja, wo. Ist eine deutliche Verengung der Atemwege im Bereich des Zungengrunds bei der Aufnahme im wachen Zustand bereits deutlich zu erkennen, kann man davon ausgehen, dass diese Enge im schlafenden, entspannten Zustand noch viel ausgeprägter ist. Möchte man wissen, ob dem Patienten eine Schnarcherschiene eine wirksame Verbesserung bringen kann, dann ist es möglich, mittels Funktions-DVT® die Funktion der Schiene zu simulieren und die individuellen Werte zu messen. Eine deutliche Erweiterung durch die neue Position lässt einen Erfolg der Schienentherapie erwarten (die ausführliche Studie wurde auf dem Jahreskongress 2007 der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin publiziert)

**\_Die RP-Schiene®**

Wichtig ist nur zu wissen, dass es wie bei allen Produkten solche Schienen gibt und solche. Manchmal



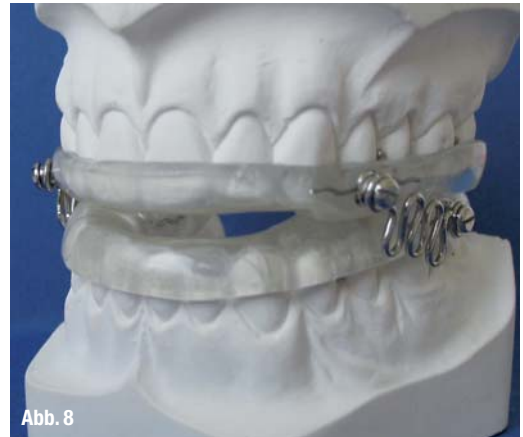
**Abb 5**\_Patient mit ausgeprägtem Webbing (Pfeil = Gewebeüberschuss im Velo-/Orophaynx).  
**Abb. 6**\_Coblation® Einbringung der Sonde, Gewebe vorher mit Tumescenzlösung behandelt.

**Abb. 7** \_Gaumen vier Wochen nach Abheilung.



**Abb. 7**

**Abb. 8** \_RP-Schiene®.



**Abb. 8**

bekommt der Patient vom Zahnarzt nur einen einfachen „Einteiler“ in den Mund gesetzt, das ist eine scheinbar „günstige“ Lösung. Auch die Kunststoffe variieren in ihrer Härte, dem Tragekomfort und der Qualität sehr stark.

Die RP-Schiene®, die in Zusammenarbeit mit einem zahntechnischen Labor ([www.kofl.de](http://www.kofl.de)) entwickelt und anschließend patentiert wurde, ist eine spezielle Konstruktion mit einem jeweils separaten Ober- und Unterteil. Beide sind aus einem speziellen Kunststoff, der gerade hart genug ist, um die Kiefer stabil zu halten, aber dennoch optimale Eigenschaften in Bezug auf Tragekomfort und Qualität aufweist.

Die beiden Teile sind durch Federn rechts und links miteinander verbunden, sodass noch kleine Bewegungen der Kiefer gegeneinander möglich sind. Die Federn werden nach genauer Vermessung im Funktions-DVT® individuell hergestellt und justiert. So vermeidet man, dass der Träger am Morgen mit steifem Kiefer und völlig verspannter Muskulatur aufwacht. Auch die Kombination von Schnarcher- und Knirscherschiene (bei Bruxismus) ist bei dieser Spezialschiene möglich. Dennoch halten die Federn den Unterkiefer stets in der leichten Protrusion, die nötig ist, um die Atemwege offen zu halten. (Eine von uns angefertigte und publizierte Studie belegt, dass diese Schiene eine Reduktion des AHI-Index um mindestens 10 Indexpunkte zu reduzieren vermag.)

Der Patient muss darüber aufgeklärt werden, dass das Tragen einer Schnarcherschiene eine auf Dauer angelegte Therapie ist. Leider gewöhnt sich der Unterkiefer die neue Haltung nicht irgendwann einfach an, sondern muss durch die Schiene ständig daran erinnert werden. Ohne Schiene lässt er sich sozusagen gern wieder in die bequeme alte Position zurückfallen.

### Optionen

Zeigt das Funktions-DVT®, dass es trotz Protrusion zu keiner ausreichenden Erweiterung der Atemwege kommt, dann kann eine Operation nötig werden. Hindernisse wie große Nasenmuscheln, ein langes Gau-

mensegel oder große Mandeln können operativ behoben werden, zum Beispiel ganz schonend mittels Coblationstechnik. Bei der Coblation® wird weiches Gewebe unter Einsatz eines radiofrequenzinduzierten Plasmafeldes vorsichtig ablativ operiert. Bei der weitgehenden schmerzlosen und unblutigen Operation werden künstliche Vernarbungen erzeugt, die schnell zur Abheilung kommen und zu einer bindegewebigen Straffung und Verstärkung des Gewebes führen. In seltenen Fällen wie zum Beispiel bei einer ausgeprägten Unterkieferrücklage, bei der die mithilfe einer Schiene erreichbare Protrusion noch nicht ausreicht, kann eine Dysgnathie-Operation indiziert sein, d.h. eine Umstellungsosteotomie an einem oder beiden Kiefern.

Ein Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg, der sich auch auf das Thema „Schnarchen“ spezialisiert hat, ist die ideale Adresse, um eine kompetente Diagnostik und Therapie zu koordinieren. Er erkennt die Hindernisse im Nasen-Rachen-Raum genauso wie die Kieferanomalien, kann das Screening durchführen und beurteilen, leitet die DVT-Diagnostik ein, versorgt den Patienten mit der richtigen Schiene oder Operation. \_

<b>_Autor</b>	<b>face</b>
---------------	-------------



**Dr. Michael Wiesend**

Koblenzer Straße 11–13  
56410 Montabaur  
Tel.: 0 26 02/1 22-6 40  
Fax: 0 26 02/1 22-6 49  
E-Mail: [info@mkg-montabaur.de](mailto:info@mkg-montabaur.de)

Von 2002 bis 2007 in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Zentrum für Implantologie, Ästhetische Gesichtschirurgie des Klinikum Osnabrück tätig. Zunächst als Assistenzarzt, später als Oberarzt. Seit 1. Juli 2007 Praxis im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Montabaur.