

## Narkoseführung beim Schlaf-Apnoe-Syndrom

Um das Risiko durch eine Narkose bei einem Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom so gering wie möglich zu halten, sollten folgende Punkte beachtet werden.

### 1. Praemedikation Sedativa und Opiate (Beruhigungs- und Schmerzmittel) bewirken bei Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom:

- a. eine stärkere Reduktion des Tonus der Pharynxmuskulatur als der Skelettmuskulatur
- b. eine Dämpfung der neuronalen Antwort auf Hypoxaemie (Sauerstoffmangel), Hyperkapnie (erhöhter CO<sub>2</sub>-Gehalt) und Atemwegsverlegung
- c. eine Dämpfung der ventilatorischen Antwort auf Hypoxaemie und Hyperkapnie.

Sie können also somit das Auftreten apnoischer Phasen induzieren. Deshalb sollten Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom grundsätzlich erst im Operationssaal praemediziert werden, falls dieses überhaupt nötig ist. Nach erfolgter Praemedikation sollte eine Kontrolle der respiratorischen Situation mit Hilfe eines Pulsoximeters (Pulsmesser) erfolgen.

### 2. Durchführung der Narkose

Grundsätzlich gilt bei Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom wie bei allen anderen Patienten auch, dass das Narkoseverfahren Anwendung finden sollte, welches von dem verantwortlichen Anästhesisten am besten beherrscht wird. Wegen der aber durch Sedativa, Opioiden und letztlich auch Inhalationsanästhetika bedingten Zunahme respiratorischer Pausen, insbesondere auch in der postoperativen Phase bei Überhang dieser Medikamente, sollten allerdings Regionalanästhesien für Eingriffe im Bereich der oberen und unteren Extremitäten sowie am Unterbauch bevorzugt werden. Eine zusätzliche Sedierung des Patienten sollte bei vorhandener Analgesie (Aufhebung der Schmerzempfindung) vorsichtig und nur unter kontinuierlicher Kontrolle der Sauerstoffsättigung mit der Pulsoximetrie erfolgen. Ist die Durchführung einer Vollnarkose unerlässlich, sind dabei folgende Punkte zu beachten:

- a. Da bei Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom häufig Anomalien der oberen Atemwege anzutreffen sind (Hypertrophie des Pharynx und der Zunge), muss mit dem Auftreten von Intubationsschwierigkeiten (in der Luftröhre) bei der normalen oralen oder auch nasalen endotrachealen Intubation gerechnet werden. Die Bereitstellung eines Fiberbronchoskopes als Intubationshilfe bei Versagen der laryngoskopischen Intubationsmethoden (Intubation über einen Kehlkopfspiegel) scheint daher unerlässlich. Zur Klärung des anatomischen Befundes sollte präoperativ eine Kehlkopfspiegelung durch einen HNO-Arzt vorgenommen werden.
- b. Wegen der starken Reizwirkung von Inhalationsanästhetika auf die oberen Atemwege sollte die Einleitung der Vollnarkose intravenös und nicht mittels Gasanwendung erfolgen. Nach erfolgreicher Einleitung und Fortführung der Narkose unter künstlicher Beatmung mittels Anwendung von Muskelrelaxantien besteht für den Schlaf-Apnoe-Patienten in dieser Phase keinerlei Gefährdung, weil die Beatmung künstlich durchgeführt wird und eine Eigenatmung mit Eintritt von apnoischen Pausen unterbleibt.

### 3. Beendigung der Narkose

Nach Beendigung der Narkose besteht bei auftretenden Apnoen die Gefahr hypertensiver Krisen

(Bluthochdruck), Rhythmusstörungen oder gar eines Herzinfarktes. Es sollte deshalb unerlässlich sein, einen Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom auch bei kleineren Eingriffen für mehrere Stunden postoperativ in einem Aufwachraum oder auf einer Intensivstation zu überwachen. Hier sind regelmäßige Kontrollen durch Anwendung des Pulsoximeters möglich. Zur Vermeidung hypertensiver Krisen dient eine kontinuierliche Blutdrucküberwachung, zur Vermeidung oder Entdeckung von Arrhythmien oder gar eines Infarktes eine kontinuierliche EKG-Monitor-Überwachung

Auf der Intensivstation, im Aufwachraum und erst recht auf der Normalstation sollte der Patient mit Schlaf-Apnoe-Syndrom so früh wie möglich seine CPAP-Masken-Therapie wieder beginnen können. Wir empfehlen bei der Betreuung unmittelbar postoperativ auf einer Normalstation den Einsatz von Sitzwächtern für die ersten 24 postoperativen Stunden.

(Quelle: PD Dr. M. Günnicker, Prof. Dr. J. Peters, Apnoe-Blätter 1, Von der Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Essen )