Redaktion

S. Wirth, Wuppertal
A. Borkhardt, Düsseldorf

Steuerungsgruppe der AG Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)

Kommentar zum Konsensuspapier „Schnarchen und obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS)“ der ÖGKJ

Information

**Steuerungsgruppe der AG
Pädiatrie der Deutschen
Gesellschaft für Schlafforschung
und Schlafmedizin (DGSM)**

Th. Erler, E. Feldmann, B. Hoch, F. Kirchhoff,
A. Kramer, A. Mühlig-Hofmann, E. Paditz, Th.
Schäfer, B. Schlüter, B. Schneider, S. Scholle,
M. Urschitz, A. Wiater

Korrespondenzadresse

Dr. Alfred Wiater
Krankenhaus Porz am Rhein GmbH
Urbacher Weg 19, 51149 Köln
a.wiater@khporz.de

Die Steuerungsgruppe der AG Pädiatrie der DGSM begrüßt und unterstützt die in dieser Ausgabe der *Monatsschrift Kinderheilkunde* veröffentlichte Stellungnahme der Kollegen aus Österreich, die im Sinne der EBM (evidenzbasierte Medizin) als *Konsensuspapier* zu bewerten ist.

Ergänzend zu den Ausführungen der Kollegen aus Österreich würden wir für Hochrisikopatienten (z. B. Trisomie 21 und kraniofaziale Dysmorphien) nicht nur bei Schnarchanamnese, sondern als Basisdiagnostik im frühen Säuglings- und Kleinkindesalter eine polysomnographische Untersuchung für empfehlenswert halten. Die Indikation für weitere Polysomnographien sollte bei Hochrisikopatienten großzügig gestellt werden und

bei klinischer OSAS-Symptomatik unbedingt zeitnah erfolgen.

Im Zusammenhang mit der Abklärung schlafbezogener Atmungsstörungen und des Symptoms Schnarchen würden wir empfehlen, neben den HNO-Befunden auch der Physiognomie des Gesichts sowie der Zahn- und Kieferstellung einen hohen Stellenwert zukommen zu lassen. Mittelgesichtshypoplasien, Unterkieferrückverlagerungen, sagittale Frontzahnstufen, schmale Maxilla und Kreuzbiss können die Symptomatik begünstigen bzw. kausal verursachen [3, 4]. Daher sollte frühzeitig eine kieferorthopädische Konsultation veranlasst werden. Insgesamt bedarf der Stellenwert des habituellen Schnarchens weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen, auch im Hinblick auf die damit verbundene Tagesproblematik als Folge nicht erholsamen Schlafes.

Als Therapie der Wahl bei Kindern mit OSAS und adenotonsillärer Hyperplasie würden wir die Adenotomie und Tonsillotomie bei Kindern bis 6 Jahren *ohne* chronisch entzündete Tonsillen empfehlen, da die Tonsillotomie im Vergleich zur Tonsillektomie mit weniger Nebenwirkungen einhergeht [5]. Als Alternativen bei mildem bis moderatem OSAS stehen mittlerweile auch antiinflammatorische Substanzen wie Fluticason und Budesonid zur Verfügung. Ihre Wirkung ist durch randomisierte Studien [1, 2] abgesichert.

Literatur

1. Brouillette RT, Manoukian J, Ducharme FM et al (2001) Efficacy of fluticasone nasal spray for pediatric obstructive sleep apnea. *J Pediatr* 138(6):838–844
2. Kheirandish-Gozal L, Gozal D (2008) Intranasal budesonide treatment for children with mild obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 122(1):e149–155
3. Marino A, Malagnino I, Ranieri R et al (2009) Craniofacial morphology in preschool children with obstructive sleep apnoea syndrome. *Eur J Paediatr Dent* 10(4):181–184
4. Ozdemir H, Altin R, Söğüt A et al (2004) Craniofacial differences according to AHI scores of children with obstructive sleep apnoea syndrome: cephalometric study in 39 patients. *Pediatr Radiol* 34(5):393–399
5. Schmidt R, Herzog A, Cook S et al (2007) Complications of tonsillectomy – a comparison of techniques. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 133(9):925–928

Dieser Kommentar bezieht sich auf den Beitrag: Arbeitsgruppe für pädiatrische Schlafmedizin und Schlafforschung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) (2011) Schnarchen und obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS). *Monatsschr Kinderheilkd* 159: 667–670