Monatsschr Kinderheilkd 2013 · 161:842–842
 DOI 10.1007/s00112-013-2977-5
 Online publiziert: 8. August 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

W. Sauseng¹ · N. Hofer¹ · M. Hausegger¹ · H. Kenzian² · S. Weiss³ · R. Rath-Wacenovsky⁴ · R. Kerbl⁵

¹ Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Graz

² Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, LKH Villach

³ Preyer'sches Kinderspital, Wien

⁴ Kinder- und Jugendabteilung, Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Baden

⁵ Abteilung für Kinder und Jugendliche, LKH Leoben

Zum Konsensuspapier „Medikamentöse Behandlung von Atmungsstörungen bei adenotonsillärer Hyperplasie“

Kommentar der Arbeitsgruppe Schlafmedizin
 und Schlafforschung der Österreichischen
 Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Die Arbeitsgruppe Schlafmedizin und Schlafforschung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) begrüßt die in dieser Ausgabe der *Monatsschrift Kinderheilkunde* veröffentlichte Stellungnahme „Medikamentöse Behandlung von Atmungsstörungen bei adenotonsillärer Hyperplasie“ der Kollegen Urschitz et al. aus Deutschland. Vorausschickend möchten wir darauf hinweisen, dass eine sichere Unterscheidung zwischen habituellem Schnarchen, „upper airway resistance syndrome“ (UARS) und obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) nur durch eine polysomnographische Nachtmessung in einem spezialisierten Kinderschlaflabor getroffen werden kann [1].

Die Kollegen aus Deutschland empfehlen in ihrem Konsensuspapier die Behandlung von habituellem Schnarchen und UARS im Rahmen eines individuellen Heilversuchs. Dem können wir uns, was das UARS angeht, anschließen. Zusätzlich empfehlen wir bei fehlender Besserung die Vorstellung beim Hals-Nasen-Ohren(HNO)-Facharzt und eine etwaige HNO-chirurgische Sanierung.

Bezüglich des habituellen Schnarchens ist aus unserer Sicht die Datenlage nicht ausreichend, um eine generelle Therapieempfehlung abzugeben [1].

Was OSAS angeht, folgen wir der Empfehlung der American Academy of Pediatrics, die die HNO-chirurgische Therapie als primäre Therapie bei OSAS und adenotonsillärer Hyperplasie empfiehlt [2]. Da sowohl durch intranasal-verabreichte Steroide [3, 4] als auch für den Leukotrienantagonisten Montelukast [5] eine signifikante Verbesserung der OSAS-Symptomatik nachgewiesen wurde, ohne dass es zum vollständigen Sistieren der Beschwerden kam, können diese Medikamente im „off label use“ als Überbrückung der Zeit zwischen Erstvorstellung, Diagnostik und primär empfohlener Therapie eingesetzt werden.

Ziel muss jedoch aus unserer Sicht – auch zur Vermeidung von Sekundärveränderungen – immer die Herstellung einer physiologischen unbeeinträchtigten Atemsituation sein. Die konservative Therapie sollte nicht Anlass dazu geben, eine notwendige chirurgische Intervention unnötig lange zu verzögern.

Korrespondenzadresse

Dr. W. Sauseng

Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde,
 Medizinische Universität Graz
 Auenbruggerplatz 34/2, 8036 Graz
 Österreich
 we.sauseng@medunigraz.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. W. Sauseng, N. Hofer, J. Pansy, M. Hausegger, H. Kenzian, S. Weiss, R. Rath-Wacenovsky, R. Kerbl geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Das vorliegende Manuskript enthält keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Kenzian H, Weiss S, Zotter H et al (2011) Schnarchen und obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS). *Monatsschr Kinderheilkd* 159:667–670
2. Marcus CL, Brooks LJ, Ward SD et al (2012) Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 130:e714–755
3. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA et al (2008) Intranasal corticosteroids for nasal airway obstruction in children with moderate to severe adenoidal hypertrophy. *Cochrane Database Syst Rev*:CD006286
4. Kuhle S, Urschitz MS (2011) Anti-inflammatory medications for obstructive sleep apnea in children. *Cochrane Database Syst Rev*:CD007074
5. Goldbart AD, Greenberg-Dotan S, Tal A (2012) Montelukast for children with obstructive sleep apnea: a double-blind, placebo-controlled study. *Pediatrics* 130:e575–580