

Hinweise zur Narkoseführung beim Schlafapnoe-Syndrom

Privatdozent Dr. med. M. Günnicker von der Ruhrlandklinik, (Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie, Tüchener Weg 40, 45239 Essen), die zum Universitätsklinikum Essen gehört, hat nachstehende Hinweise zur Narkoseführung beim Schlaf-Apnoe-Syndrom ausgearbeitet (Ergänzt durch Dr. W. Randelshofer).

Weil das Narkoserisiko bei einem Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom nicht zu unterschätzen ist, sollten folgende Punkte beachtet werden:

1. Praemedikation

Sedativa und Opiate 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 CO₂-Gehalt) und Atemwegsverlegung,
- c) eine Dämpfung der ventilatorischen Antwort auf Hypoxaemie und Hypokapnie. Sie können somit das Auftreten apnoischer Phasen induzieren.

Deshalb sollten Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom grundsätzlich erst im Operationssaal praemediziert werden, falls dieses überhaupt notwendig ist. Nach erfolgter Praemedikation sollte eine Kontrolle der respiratorischen Situation mit Hilfe eines Pulsoximeters erfolgen.

2. Durchführung der Narkose

Grundsätzlich gilt bei Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom ebenso wie bei allen anderen, dass der verantwortliche Anästhesist das Narkoseverfahren anwendet, das er am besten beherrscht. Wegen der unter anderem durch Sedativa, Opiode 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. Gemeint sind damit Plexusanästhesien, Spinal- und Periduralanästhesien. Eine zusätzliche Sedierung des Patienten sollte bei vorhandener Analgesie vorsichtig und 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 bei der normalen oralen oder auch nasalen endotrachealen Intubation gerechnet werden. Die Bereitstellung eines Fiberbronchoskopes als Intubationshilfe bei Versagen der laryngoskopischen Intubationsmethoden 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 Schlafapnoe-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 ist der Patient bei auftretenden Apnoen gefährdet durch die Induktion hypertensiver Krisen, Rhythmusstörungen oder gar eines Myokardinfarktes. Es sollte daher 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 Induktion 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 nasale CPAP-Masken-Therapie wieder beginnen können.

Das betreuende Pflegepersonal und der postoperativ verantwortliche Arzt sollten auf jeden Fall rechtzeitig vor der Narkose vom Patienten erklärt bekommen, wie das nCPAP-Gerät eingeschaltet und die Maske aufgesetzt wird.

Wir empfehlen bei der Betreuung unmittelbar postoperativ auf einer Normalstation den Einsatz von Sitzwächtern für die ersten 24 postoperativen Stunden.