

## SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO

A cura del Dott. Renato Testi - Redazione Pneumonet  
Revisione Scientifica Comitato scientifico AIPO

Dal sospetto alla diagnosi



Per navigare l'educazionale, clicca su ciascuna pecora!

**Desideri chiedere un consulto on line  
sulle OSAS o le altre patologie sonnocollegate?  
Scrivi al Medico in linea!**

**Consulta le risposte alle domande più frequenti  
sui disturbi respiratori nel sonno**



Dal sospetto alla diagnosi

### SOSPETTO

Il sintomo principale della OSAS è l'eccessiva sonnolenza diurna, condizione che peraltro molte persone hanno difficoltà a percepire o comunque quantificare, spesso perché la confondono con la stanchezza o fatica. In genere però le persone vengono alla visita medica spinte soprattutto dal partner che dorme vicino a loro e che sono infastiditi dal gran russare e, nello stesso tempo, preoccupati per gli episodi di mancanza di respiro.



Tenere gli occhi aperti diventa un'impresa non da poco: chi è affetto da questa sindrome si addormenta ovunque: non solo seduto davanti al televisore o al cinema ma nei casi più gravi anche in sala d'aspetto in attesa di essere visitato. Vi è un calo drastico di attenzione nelle normali occupazioni quotidiane con rischio di incidenti come già detto.

Gli altri sintomi che possono far sospettare l'OSAS, presenti con diversa frequenza sono:

- russamento importante ed abituale,
- cefalee e secchezza delle fauci al risveglio,
- alterazioni dell'umore,
- ridotta capacità di concentrazione,
- incontinenza urinaria.

L'OSAS è anche un fattore di rischio indipendente per malattie cardiovascolari, cioè è una componente che aumenta la possibilità nel soggetto di incorrere in simili patologie. Ad esempio le apnee notturne provocano un aumento della pressione arteriosa, perché lo stress conseguente all'alterazione del sonno comporta il rilascio di sostanze (catecolamine) responsabile dell'aumento pressorio. La riprova sta nel fatto che un'adeguata terapia delle OSAS comporta una riduzione della pressione arteriosa.

### CAUSE

Le cause principali (nell'85% dei casi) sono il sovrappeso e l'obesità, soprattutto con un eccesso di grasso a livello dell'addome e della zona perifarinea, tipico degli uomini.

Quando giunge il sonno il tono dilatatore delle prime vie respiratorie viene meno naturalmente, quindi se c'è una riduzione del lume per deposizione di grasso attorno alla zona del faringe questo si sommerà al fenomeno fisiologico determinando episodi di chiusura parziale o addirittura completa del lume con pericolose apnee o cessazione completa del respiro. Lo sforzo necessario per contrastare questi episodi comporta dei microisvegli che interrompono il sonno profondo, quello che consente il riposo e determinano la tipica sonnolenza diurna.



Ma vi possono essere anche cause di natura anatomica. L'OSAS è molto frequente in soggetti che hanno la mandibola piccola e retroposta (microretrognazia); l'abbassamento dell'osso ioide rispetto al piano mandibolare, una lingua grossa che durante il sonno, per gravità, tende a cadere, l'ipertrofia delle tonsille, l'aumento del volume del palato molle. Tutte insomma quelle cause di tipo anatomico che possono in qualche modo ostruire le prime vie respiratorie.

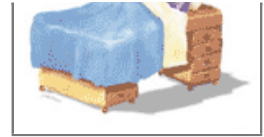
Il fumo di sigaretta, l'uso di sedativi e sonniferi, l'alcool sono fattori che aggravano una OSAS già esistente.

### DIAGNOSI

L'esame migliore (gold standard) per la diagnosi della Sindrome delle apnee ostruttive



notturne è rappresentato dalla polisonnografia. Si tratta della registrazione continua durante il sonno, per tutta la notte, di diversi parametri: quali i movimenti toracici e addominali, il flusso aereo al naso e alla bocca, la saturimetria, la frequenza cardiaca e il russare. Possono essere aggiunti anche l'elettroencefalogramma, la rilevazione dei movimenti oculari e degli arti. L'esame si svolge prevalentemente a casa del paziente, dove i risultati sono più fedeli alle normali condizioni di riposo notturno del soggetto. Al paziente, nell'ambulatorio del sonno, vengono installati i diversi dispositivi che si attivano automaticamente ad un'ora prefissata della sera, generalmente verso le 23, e si fermano alle ore 7 del mattino seguente. L'apparecchio viene restituito e i dati registrati vengono letti per produrre il referto finale. Per i casi più gravi, quando è necessario l'osservazione diretta del paziente o la registrazione di particolari parametri il paziente viene ricoverato per la notte durante l'indagine.



Un modo per classificare la gravità della sindrome è l'indice di apnea-ipoapnea come riportato sotto:

**Grado lieve:** indice di apnea-ipoapnea fra 5 e 14, saturazione di ossigeno di almeno l'86% e disabilità mattutina minimale. Sonnolenza di grado modesto può manifestarsi mentre si guarda la televisione o si legge un libro in una stanza tranquilla, oppure si è in un veicolo in movimento come passeggero. Una sonnolenza di questo tipo può non presentarsi ogni giorno.

**Grado moderato:** indice di apnea-ipoapnea fra 15 e 30, saturazione di ossigeno tra l'80 e l'85%. Episodi di sonnolenza si manifestano ogni giorno, di norma nel corso di attività molto leggere che richiedono un moderato grado di attenzione, quali concerti, film, eventi teatrali, lavori di gruppo e alla guida di un veicolo. I sintomi di moderata sonnolenza sono in grado di provocare disfunzione sociale o lavorativa conseguente a stanchezza o a perdita di concentrazione.

**Grado grave:** indice di apnea-ipoapnea superiore a 30 e saturazione di ossigeno del 79% o meno. Gli episodi di sonnolenza si presentano ogni giorno, insorgendo nel corso di attività fisiche che richiedono attenzioni di grado limitato o moderato. I sintomi di una sonnolenza grave possono manifestarsi durante un pranzo, una conversazione, una guida, una passeggiata, attività fisiche di vario genere, e possono essere all'origine di gravi handicap sociali ed occupazionali.



Copyright © 2008 - QBGROUP spa