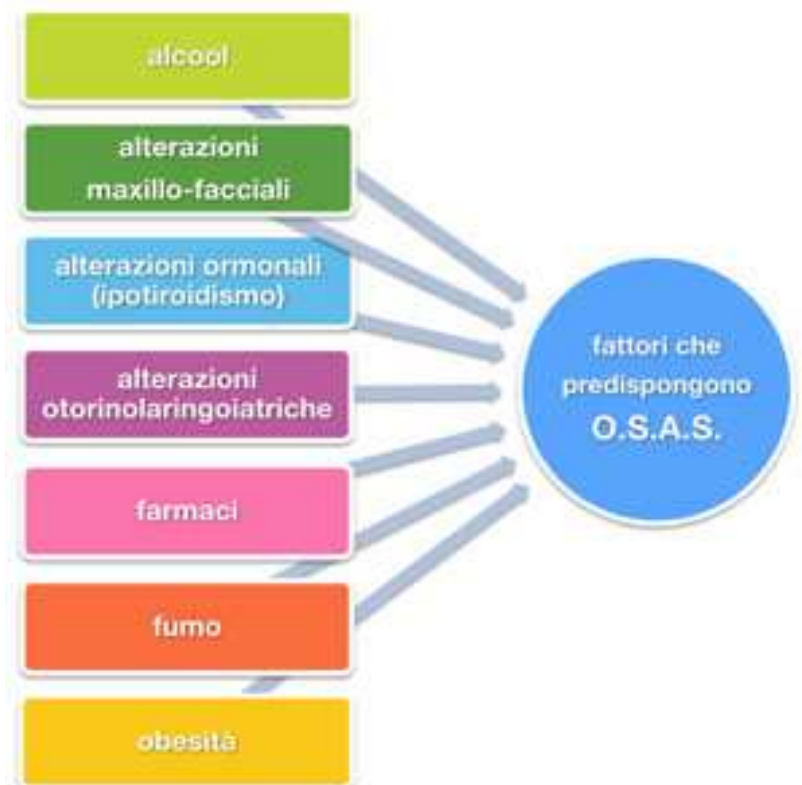
	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	MO_AzOsp	
OPUSCOLO INFORMATIVO PER PAZIENTI CON SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO (OSAS)			

Che cos' è la Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno – OSAS ? e qual è la causa ?

- La *Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS)*, presente nel 4% dei maschi e nel 2% delle donne in Europa (ma con percentuali salgono al 20% per le forme lievi), rappresenta il più comune disturbo *organico* del sonno e la più comune causa *organica* di eccessiva sonnolenza diurna (si calcola che in Italia ne siano affetti poco meno di 2 milioni di adulti).
- Si caratterizza per *ripetute “pause” respiratorie nel sonno*, in soggetti russatori, dovute a transitoria chiusura o collasso, parziale o completo, delle vie aeree superiori. *Il mantenimento dello sforzo respiratorio le distingue dalle apnee “centrali”*
Il **sonno**, con la lassità della muscolatura delle vie aeree superiori che lo caratterizza e che interessa anche le pareti delle vie aeree superiori, **può, infatti, precipitare la loro chiusura, specialmente (anche se non sempre) quando sussistono condizioni favorevoli** o (patologie ostruttive dell'ipofaringe, obesità, aumento delle dimensioni del collo, anomala conformazione scheletrica facciale, fattori ormonali, consumo di alcoolici stili di vita scorretti).



Perché l'apnea possa cessare (e il paziente sopravvivere!) è necessario che il cervello riceva un segnale di risveglio (*riflesso di risveglio*), spesso neppure avvertito dal paziente (sono i cosiddetti *micro risvegli*), consentendo la riapertura delle vie aeree superiori ed il passaggio dell'aria. In un'intera notte il numero di apnee può superare le 40-50 / ora.

Va detto che l'OSAS è una patologia complessa alla quale possono concorrere diversi fattori causali (anche genetici!) che interferiscono con il *funzionamento delle vie aeree superiori nel sonno* non sempre identificabili ad un esame delle vie aeree superiori (ad es. ad una visita otorino specifica) o anche con esami per immagini (TAC, RM).

L'associazione con un complesso di sintomi notturni (sonno disturbato, scatti, risvegli con "senso di soffocamento") e diurni (primo fra tutti la sonnolenza, la stanchezza, la perdita di concentrazione, i disturbi di memoria) configurano le apnee nel sonno come una vera e propria Sindrome.

- L'importanza della patologia, tuttora fortemente sottostimata (soltanto il 3-4% dei soggetti affetti completano un percorso diagnostico-terapeutico corretto), risiede, oltre che nel "disagio sociale" legato al russamento, in **conseguenze e complicanze a breve e lungo termine:**

- . la cattiva qualità del sonno, caratterizzato da russamento intermittente e frequenti risvegli, comporta, infatti, una serie di problematiche con ricadute in ambito socio-sanitario ed economico imputabili a:

- . **deficit attentivo/eccessiva sonnolenza diurna, con** Aumentato rischio di incidenti alla guida (sino a 7 Volte rispetto ai non affetti dalla patologia) e di Infortuni alla guida e sul lavoro, con percentuali che sfiorano il 50% delle cause di incidenti negli autotrasportatori, con costi, diretti ed indiretti molto elevati ([link normativa patente](#))

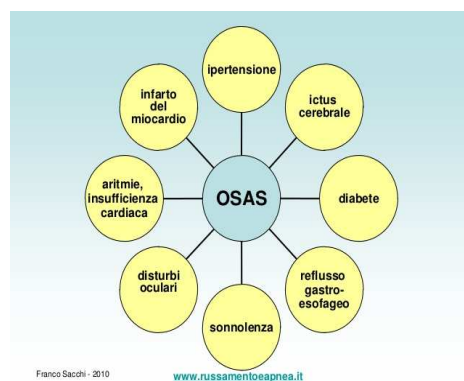
- . L' OSAS (specialmente se medio-severo) costituisce inoltre un **comprovato fattore di rischio di Ipertensione (specialmente le forme resistenti alla terapia) e M. cardiovascolari** e si associa con elevata frequenza ad **obesità (oltre il 70% degli obesi è affetto da OSAS)**



- . E' accertato che l'**OSAS rappresenta un ben definito fattore di rischio operatorio** per l'aumentata tendenza al collasso delle prime vie aeree dovuta alle procedure anestesologiche.

Tale rischio è accresciuto dall'elevata sottodiagnosi della patologia nella gran parte dei soggetti candidati ad una procedura chirurgica. Durante la valutazione anestesologica il medico anestesista somministrerà al paziente un questionario ad hoc per riscontro di OSAS non diagnosticata.

Farà seguito o il rinvio dell'intervento (se praticabile) o **l'adozione di procedure perioperatorie atte a ridurre il rischio.**



Franco Sacchi - 2010

www.russamentoeapnea.it

Come viene diagnosticata?

- Per la diagnosi di OSAS debbono essere soddisfatti i seguenti requisiti :

Almeno uno dei seguenti sintomi:

- Sonnolenza diurna, stanchezza, sonno non riposante o insonnia
- Risvegli con sensazione di respiro bloccato, tosse o fame d'aria
- Forte russamento e/o pause respiratorie nel sonno riferite dal partner

Riscontro polisonnografico* di:

. AHI (apnee + ipopnee / ora sonno) = > 5

. **Disturbo respiratorio nel Sonno, non altrimenti spiegato da altre patologie del Sonno, patologie mediche o neurologiche, farmaci.**

(criteri diagnostici A.A.S.M. 2007)

* Nella maggior parte dei casi è sufficiente una polisonnografia domiciliare

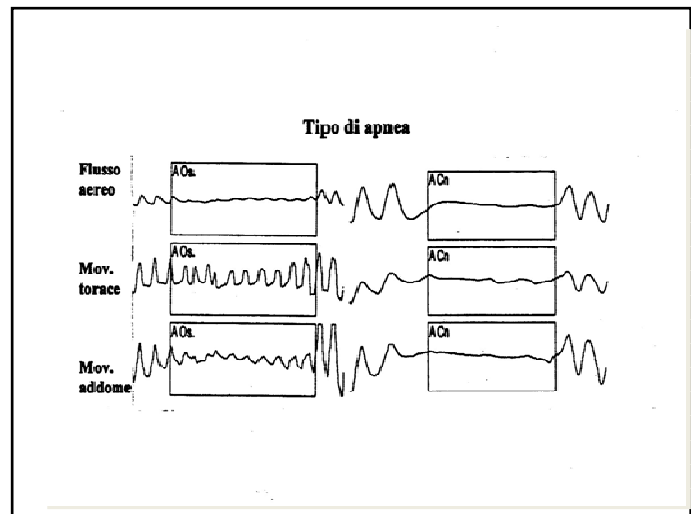


Apnea nel sonno: riduzione del *flusso* ventilatorio > 80 % del basale per almeno 10 sec.

Ipopnea nel sonno: riduzione del flusso > 30%

Apnea ostruttiva: mantenimento dello sforzo toracico

Apnea centrale: assenza di movimento toraco-addominale durante l'apnea



Qual è lo Specialista competente?

- Nonostante l'appartenenza ai Disordini del sonno, **l'OSAS è una classica patologia multidisciplinare**, la cui *diagnosi e trattamento* richiedono pertanto l'intervento di più figure specialistiche, tra queste:

- . **Neurologo/Neurofisiopatologo**, specialista del sonno, per la **diagnosi** e la **differenziazione** della sindrome da altri quadri sintomatologici caratterizzati eccessiva sonnolenza diurna)
- . **Otorinolaringoiatra**, per il rilievo di possibili anomalie ostruttive delle vie aeree superiori e l'eventuale indicazione chirurgica.
- . **Pneumologo/Medico del lavoro**, per il trattamento con ventilatore domiciliare (CPAP) e l'eventuale associazione OSAS - patologie respiratorie
- . **L'Endocrinologo-Nutrizionista** per la frequente associazione con sovrappeso/obesità
- . **Il Radiologo**, per individuare, mediante uno speciale radiogramma del cranio, possibili dimorfismi cranio – faciali responsabili di restrizione delle prime vie aeree, da sottoporre alla valutazione di un **chirurgo maxillo-faciale**.
- . **Il Neuropsicologo**, per la ricorrenza di disturbi della sfera cognitiva (mnesico-attentivi)
- . **Il Cardiologo**, per il trattamento dell'ipertensione e la diagnostica di possibili cardiopatie



Come si cura l'OSAS?

- Va subito chiarito che, salvo i casi di pertinenza chirurgica (non frequenti), **non esistono terapie risolutive** di una patologia così complessa e di cui non sono completamente chiarite cause e meccanismi (**la stessa CPAP è un trattamento essenzialmente sintomatico**, nel senso che elimina o riduce l'apnea senza intervenire sul meccanismo che la provoca).
- **Posta la diagnosi, il trattamento più appropriato** per il controllo delle apnee ostruttive durante il sonno, deve necessariamente **tener conto di diversi fattori** tra cui l'entità del disturbo respiratorio in sonno, la gravità dei sintomi associati, la coesistenza di altre condizioni morbose, l'aderenza del paziente alla terapia proposta.

.Molto utile può risultare, innanzitutto, seguire un **corretto stile di vita**: evitare, per esempio, l'assunzione di alcolici soprattutto se nelle ore serali, l'utilizzo di sedativi prima di andare a dormire, praticare un regolare esercizio fisico, smettere di fumare, trattare l'obesità, modificare la posizione nel sonno (cfr. MODULO REGOLE COMPORTAMENTALI DIRETTE AL PAZIENTE CON OSAS)

La terapia tuttora universalmente ritenuta più efficace e maggiormente utilizzata per l'OSAS è in ogni caso la *ventilazione meccanica a pressione positiva* nelle ore di sonno notturno. Tale metodica, chiamata **CPAP** dall'acronimo inglese *Continuous Positive Airways Pressure*, si realizza mediante un dispositivo che genera un flusso di aria continuo tale da impedire meccanicamente il collasso delle pareti delle vie aeree superiori, evitando dunque il prodursi di un evento apnoico.

Il ventilatore (fornito dalla ASL di appartenenza) (cfr. **MODULO PROCEDURA ASSEGNAZIONE VENTILATORE PER CPAP**) è un dispositivo tecnologico di piccole dimensioni, dotato di mascherina (oro)-nasale, da utilizzare con alcune semplici manovre tutte le notti, al momento di addormentarsi, per il maggior n° possibile di ore, messo a punto in modo tale da non disturbare il sonno.

Le maggiori evidenze sull'efficacia della CPAP si hanno tuttavia nelle forme di **OSAS di entità medio-severa (AHI \geq 20/h) ovvero in quelle in co-morbidità con patologie cardiovascolari o in presenza di altri fattori di rischio per le stesse.**

Come si accede al trattamento?

Affinché la terapia con CPAP sia efficace, richiede che la pressione del flusso di aria erogato venga regolata su valori *tali da impedire le apnee o ridurle significativamente*.

Questa fase di messa punto o "titolazione", gestita nella nostra ASL dallo Specialista Pneumologo si realizza generalmente facendo trascorrere al paziente 1(-2) notti a domicilio con un ventilatore - CPAP sul quale sono stati impostati determinati parametri.

E' importante che le regolazioni di pressione del ventilatore vengano compiute da personale esperto e che l'aderenza del Paziente alla terapia e l'efficacia della stessa vengano verificate con regolari controlli clinici e polisonnografici (secondo le indicazioni del Prescrittore).

Comporta rischi? E' un trattamento fastidioso?

La terapia con CPAP, se vengono seguite corrette procedure di assegnazione e regolari controlli, è pressoché priva di rischi e ben tollerata da una larga fascia di pazienti.

I progressi tecnologici hanno effettivamente portato ad indubbi miglioramenti nel comfort delle mascherine nasali e nella silenziosità degli apparecchi di ventilazione. **L'accettazione della terapia** da parte del paziente o "*compliance*", cioè l'applicazione del ventilatore per almeno 4 ore notturne per almeno il 70% delle notti è molto variabile (oscilla

tra il 30 ed il 70% dei pazienti) e dipende da un insieme di accorgimenti che vanno da un'adeguata impostazione iniziale del dispositivo (pressione erogata, aumento graduale del flusso per consentire l'addormentamento), alla possibilità di scelta di vari tipi di maschere alla gestione di possibili effetti irritativi locali.



Qual è la durata del trattamento?

Si tratta di una terapia da considerare di **lungo termine nella maggior parte dei casi**, proprio perché :

- . **sostitutiva di correzione chirurgica**, nei casi in cui non sussista indicazione;
- . **concomitante ad interventi sull'obesità**, le cui ricadute sull'OSAS si manifestano nel medio-lungo termine

Le altre terapie

.Chirurgia delle vie aeree superiori (Roncochirurgia):

mentre l'approccio chirurgico è frequentemente di **prima valutazione nei soggetti di età pediatrica**, ove le apnee riconoscono molto spesso, come causa principale, la presenza di tonsille o adenoidi ipertrofiche, non è così nell'adulto:

occorre infatti precisare che allo stato attuale, **nessuna** delle varie metodiche proposte si è dimostrata essere costantemente efficace come procedura singola per un trattamento di successo dell'OSAS

Per tale motivo la chirurgia è da considerarsi un approccio terapeutico **indicato in un numero limitato e ben selezionato di pazienti** che dovranno essere opportunamente valutati da personale medico esperto, in un ambito di team multidisciplinare (nella nostra Struttura Complessa è da anni operativa una stretta interazione tra Centro del Sonno e sezione ronco chirurgica della Clinica ORL).

.Dispositivi orali:

si tratta di apparecchi che, inseriti nella cavità orale, aumentano la pervietà delle vie aeree superiori (ad es. mediante avanzamento della mandibola). Tali ausili hanno indicazione in **pazienti selezionati (OSAS di entità lieve- moderata, con**

componente posizionale), ed in coloro che risultano intolleranti alla terapia con CPAP.

L'incapacità di assicurare un risultato "a priori" e l'alto costo di commissione rappresentano a tutt'oggi un freno all'impiego su larga scala di queste protesi.

