

## LA SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO

La **Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS)** è una patologia molto frequente, caratterizzata da un'ostruzione, parziale o completa, delle alte vie aeree (la gola) durante il sonno, spesso non diagnosticata, che aumenta il rischio di infarto, ictus, ipertensione arteriosa e diabete

L'OSAS interessa una larghissima percentuale della popolazione e può presentarsi in ogni fascia di età.

Nell'adulto si stima che l'OSAS di gravità medio-grave sia presente nel 49,7% degli uomini e nel 23,4% delle donne\*.

I maggiori **fattori predisponenti** sono l'eccesso di peso e la presenza di talune caratteristiche cranio-facciali predisponenti.

Il consumo di alcool, il fumo e l'uso di farmaci sedativi e miorilassanti aumentano la probabilità di sviluppare apnee durante il sonno.

\*Heinzer, R., et al., Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLausstudy. *Lancet Respir Med*, 2015. 3(4): p. 310-8

### OSAS: I SINTOMI PIÙ COMUNI

Il **russamento notturno abituale** è il sintomo più frequente di OSAS, spesso associato ad altri segni:

- la sensazione di soffocamento al risveglio
- la bocca secca al mattino
- i frequenti risvegli notturni dovuti alla necessità di andare in bagno ad urinare o alla necessità di riprendere a respirare
- la sensazione di sonno non riposante
- la stanchezza e/o la sonnolenza diurna oppure l'insonnia
- la difficoltà di memoria e di concentrazione



**Spesso i pazienti non si rendono conto di soffrire di questo disturbo**, ma riferiscono di svegliarsi frequentemente nel cuore della notte senza riuscire ad identificarne il motivo, altre volte è l'eccessiva sonnolenza diurna che porta il paziente a rivolgersi al medico, altre volte ancora è il partner che nota l'interruzione del respiro del compagno o non ne sopporta il russamento. Altri disturbi spesso associati all'OSAS sono i **frequenti risvegli notturni per andare in bagno, il reflusso gastro-esofageo, l'ipertensione, il diabete, la depressione che non risponde alla terapia.**

## EFFETTI DELL'OSAS SULLA SALUTE GENERALE

Le apnee determinano una riduzione dell'ossigenazione del sangue e, se numerose, producono **effetti negativi sul sistema cardio- e cerebro-vascolare e sul metabolismo.**

La ripresa del respiro al termine di ogni episodio di apnea è determinata da un micro-risveglio, solitamente non avvertito dal paziente, che determina la riapertura delle vie respiratorie. **Il succedersi di micro-risvegli produce un sonno disturbato.**

La cronica deprivazione di sonno che ne deriva può manifestarsi con sonnolenza, disturbi dell'umore, difficoltà di concentrazione e di apprendimento e calo della memoria e della libido. La sonnolenza può fortemente **influire sulla qualità della vita e incrementare notevolmente il rischio di incidenti stradali e sul lavoro.**

L'OSAS aumenta il rischio di **gravi patologie disabilitanti**, associate ad una riduzione dell'aspettativa di vita:

- Ipertensione
- Cardiopatia ischemica
- Ictus
- Aritmie cardiache
- Diabete di tipo II
- Sindrome metabolica

## PATOGENESI DELL'OSAS

Il tratto faringeo delle vie aeree superiori ha pareti muscolari e manca di un sostegno rigido. **La pervietà della faringe è garantita soltanto dalla tensione dei suoi muscoli dilatatori.**

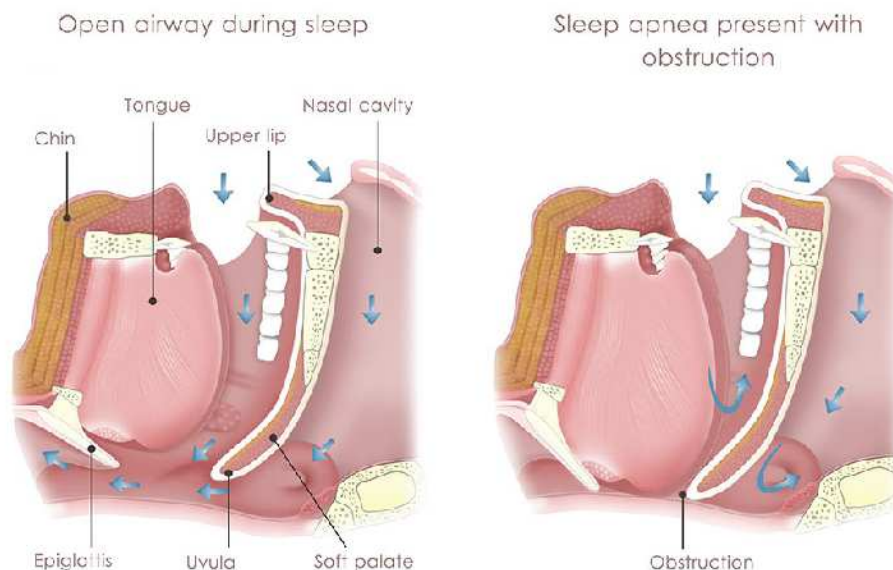
**Durante il sonno si verifica normalmente una riduzione del tono muscolare e, conseguentemente, anche del calibro della faringe.**

**In presenza di un'anatomia sfavorevole e/o a causa di una accentuata riduzione del tono delle sue pareti, la faringe tende a collassare con l'inspirazione, determinando un'ostruzione parziale o totale.**

Si possono quindi verificare **ipopnee**, ovvero riduzioni del flusso d'aria nelle vie aeree in grado di determinare una riduzione dell'ossigenazione e/o dei microrisvegli, o apnee, cioè chiusure complete delle vie aeree per un tempo superiore a 10 secondi.

**Le più comuni condizioni predisponenti all'OSAS sono:**

- sovrappeso e obesità, soprattutto quando il tessuto adiposo in eccesso è localizzato a livello del collo e dell'addome
- un'eccessiva riduzione del tono muscolare faringeo durante il sonno
- una lingua particolarmente grande rispetto alle vie respiratorie
- tonsille ipertrofiche che possono ostruire la faringe
- caratteristiche craniofacciali che riducono lo spazio per la lingua all'interno del cavo orale (palato stretto, mandibola piccola o arretrata)
- invecchiamento



## DIAGNOSI

**La diagnosi di OSAS è di pertinenza del medico del sonno.** Oltre ad una valutazione clinica, la diagnosi richiede necessariamente un'indagine non invasiva che si esegue durante il sonno, la **polisonnografia**, che consente di valutare il numero e la gravità delle apnee e che risulta un elemento indispensabile anche per stabilire l'iter terapeutico più appropriato, che deve comunque essere definito in un'ottica multidisciplinare.

## TERAPIA

La terapia dell'OSAS può consistere nell'utilizzo di ventilatori CPAP, di apparecchi odontoiatrici o di terapie chirurgiche, otorinolaringoiatriche o maxillo-facciali. La scelta del tipo di terapia, che dipende dalle caratteristiche del singolo soggetto e dal quadro clinico complessivo, può richiedere un **percorso multidisciplinare coordinato da un medico del sonno in possesso di specifica formazione e competenza.**

La **CPAP (ventilazione meccanica a pressione positiva)**, prescritta e monitorata da un medico esperto in disturbi del sonno, produce una pressione positiva all'interno delle vie aeree superiori, prevenendone il collasso durante il sonno.



La terapia odontoiatrica si avvale di **apparecchiature da indossare durante il sonno, i dispositivi di avanzamento mandibolare (Mandibular Advancing Device: MAD)**, che modificando la posizione della mandibola, aumentando la pervietà delle vie respiratorie e riducendone la resistenza al passaggio dell'aria. Le apparecchiature di avanzamento mandibolare (MAD) devono essere prescritte, progettate e gestite da un **odontoiatra esperto in disturbi respiratori nel sonno.**



La terapia chirurgica può essere di pertinenza otorinolaringoiatrica o maxillo-facciale. Nel primo caso è condotta selettivamente nelle sedi responsabili delle apnee, che devono essere adeguatamente individuate con indagini mirate, e consiste nell'aumento dello spazio respiratorio attraverso la disostruzione e/o la stabilizzazione delle vie aeree. La chirurgia maxillo-facciale, invece, agisce sui mascellari e mira ad aumentare il volume della scatola scheletrica che delimita il cavo orale, determinando una variazione sia dello spazio disponibile per la lingua che della tensione dei tessuti molli con una stabilizzazione della parete faringea.