

APNEA OSTRUTTIVA DEL SONNO (OSA) UN DISTURBO CHE TOGLIE IL FIATO E NON SOLO...

"LIBRO BIANCO SULL'APNEA OSTRUTTIVA DEL SONNO"

OSA e impatto sulla salute e la qualità di vita. Approcci diagnostico-terapeutici.

Rivolto ai medici di medicina generale, disponibile su <http://Community.medikey.it/cont/librobiancoosa>.

Luigi Ferini Strambi

Direttore del Centro per i disturbi del sonno dell'Istituto Scientifico San Raffaele di Milano e
Presidente della WASM-World Association of Sleep Medicine

Giuseppe Insalaco

Primo Ricercatore Responsabile modulo: "Tecnologie Innovative per lo Studio dei Disturbi Respiratori nel Sonno"
Istituto di Biomedicina e Immunologia Molecolare Consiglio Nazionale delle Ricerche, Palermo

L'apnea ostruttiva del sonno (OSA) è una patologia sottovalutata che, se trascurata, favorisce l'insorgenza di obesità e diabete di tipo 2, espone a un rischio maggiore di sviluppare malattie di tipo immunitario, e influenzando la pressione arteriosa, ha riflessi negativi sull'apparato cardiocircolatorio con conseguenze quali l'ipertensione arteriosa, la fibrillazione atriale, l'insufficienza cardiaca cronica, l'aterosclerosi, la coronaropatia, l'ictus.

Numerosi sono i sintomi, molti però sono ingannevoli e difficilmente riconducibili all'OSA, una malattia che compromette anche le relazioni interpersonali, il benessere psico-fisico con deficit a carico dell'attenzione, della memoria e delle funzioni esecutive.

Numerosi studi prospettivi e retrospettivi, hanno inoltre dimostrato che l'OSA si accompagna ad un rischio da 2 a 7 volte maggiore di incorrere in un incidente automobilistico.

Porre una tempestiva diagnosi e un'idonea terapia risulta quindi sempre più importante.

Luigi Ferini Strambi - Giuseppe Insalaco

EPIDEMIOLOGIA

L'apnea ostruttiva del sonno è una patologia che si può identificare in età pediatrica, giovanile e ancor più nelle fasce di età più avanzata.

24%	uomini
9%	donne

Nella popolazione adulta 1 soggetto su 4 soffre di apnea ostruttiva del sonno con una maggiore frequenza nella forma lieve e un andamento decrescente di frequenza nelle forme a gravità crescente.

Negli adulti, un AHI (un indice di apnea-ipopnea ≥ 5 utilizzato nei principali studi epidemiologici) di almeno 5, associato ad eccessiva sonnolenza diurna, è presente nel 3-7% degli uomini e nel 2-5% delle donne. **La prevalenza dei disturbi respiratori nel sonno non diagnosticati è alta tra gli uomini ed è molto più alta di quanto precedentemente sospettato tra le donne⁽¹⁾.**

Il rischio di sviluppare la malattia nelle donne aumenta dopo la menopausa⁽¹⁾.

SINTOMI TRANELLO: E' IMPORTANTE RICONOScerLI

SINTOMI NOTTURNI	SINTOMI DIURNI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Russamento ▪ Pause respiratorie ▪ Sonno frammentato con frequenti risvegli o movimenti del corpo ▪ Risvegli con sensazione di soffocamento ▪ Risvegli con sensazione di bocca asciutta ▪ Nicturia ▪ Sudorazione 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficit attentivi, mnesici e difficoltà di concentrazione ▪ Eccessiva sonnolenza diurna ▪ Fatica ▪ Cefalea al risveglio ▪ Disfunzioni sessuali (riduzione della libido e deficit erettile) ▪ Disturbi dell'umore ▪ Irrascibilità ▪ Ridotta abilità nell'esecuzione di attività manuali

PROBLEMI DI CONCENTRAZIONE E MEMORIA E ALTERAZIONI NELLA CAPACITÀ DI COMPIERE ATTIVITÀ QUOTIDIANE LAVORATIVE E DOMESTICHE

In un paziente con OSA, possono evidenziarsi deficit a carico dell'attenzione, della memoria verbale e dell'abilità visiva e costruttiva e deficit delle funzioni esecutive. Questi deficit cognitivi si accompagnano anche a modificazioni strutturali della sostanza grigia cerebrale⁽²⁾. L'OSA, come l'insonnia, ha anche un impatto negativo sulla produttività ed aumenta il tasso di assenteismo.

Nelle donne anziane con un normale profilo cognitivo è stato dimostrato come l'OSA può aumentare il rischio di Mild Cognitive Impairment e di demenza⁽³⁾.

L'OSA provoca limitazioni nella vita lavorativa dei pazienti e conduce ad una maggiore incidenza di assenze per malattia e a una minore produttività. Nella popolazione più giovane e attiva l'OSA, come l'insonnia, ha un impatto negativo sulla produttività ed aumenta il tasso di assenteismo.

Assenze per malattia superiori di 30 giorni	16,6% vs 7%
Produttività più bassa	63,8% vs 83,2%
Tassi di infortuni non significativi ma superiori	OSA moderata

La terapia con CPAP (pressione positiva continua) ha effetti positivi anche nella risoluzione di queste conseguenze⁽⁴⁾.

LA MALATTIA PREOCCUPA ANCHE IL PARTNER E COMPROMETTE LA VITA QUOTIDIANA

Studi recenti hanno rilevato le preoccupazioni per i partner di pazienti con OSA non in terapia. Per affrontare la malattia del coniuge e l'impatto che questa comporta sulla vita, non solo di notte ma anche di giorno, i partner di pazienti con OSA non in terapia fanno leva su "sacrificio", "controllo", "cambiamento", "comprensione".⁽⁵⁾

Il ruolo del partner, è fondamentale non solo per la diagnosi (segnalando al medico variazioni del tono dell'umore e modificazioni del carattere), ma anche e soprattutto per la messa in atto di una terapia. La scarsa adesione alla terapia CPAP comporta un aumento della morbilità e della mortalità.

LA MALATTIA ESPONE A UN MAGGIOR RISCHIO DI INCIDENTI AUTOMOBILISTICI

L'OSA comporta un rischio di incorrere in un incidente automobilistico da 2 a 7 volte maggiore.

È stato dimostrato che, anche in assenza di sonnolenza documentata, nei pazienti con OSA si riscontra un allungamento dei tempi di reazione, con conseguente aumentato rischio di impatto contro un ostacolo.

A 130 km/h - velocità massima consentita sulle autostrade italiane – i pazienti con OSA necessitano di 22 metri in più prima di iniziare a frenare rispetto a chi non soffre di apnee⁽⁶⁾.

RACCOMANDAZIONI PER LA DIAGNOSI PRECOCE DI OSA

Il russamento e la sonnolenza diurna sono i due sintomi che più frequentemente portano il paziente a consultare il Medico di Medicina Generale ed in seguito lo specialista.

Le donne riportano con minore frequenza i classici sintomi del respiro ostruito durante il sonno e della sonnolenza diurna ma più spesso possono riferire altri sintomi come insonnia, cardiopalmo ed edemi declivi.

Al russamento va posta particolare attenzione se viene riferito come russamento abituale (tutte le notti) e persistente (da almeno 6 mesi) con pause respiratorie nel sonno riferite dal partner.

Un altro sintomo su cui porre grande attenzione è l'eccessiva sonnolenza diurna, dovuta in parte, dalla frammentazione del sonno causata dai frequenti arousal.

Frequente è la nicturia dovuta al rilascio del peptide natriuretico atriale da parte del miocardio.

Un altro sintomo spesso sottovalutato o non riferito dal paziente è la disfunzione erettile e la riduzione della libido⁽⁷⁾.

Il peso corporeo è uno dei principali fattori predisponenti per l'OSA.

Studi clinici hanno dimostrato la correlazione tra prevalenza dell'OSA e peso corporeo, ed è sempre più evidente come i soggetti affetti da OSA siano in maggioranza non obesi.

Il peso corporeo è comunque uno dei principali fattori predisponenti per l'OSA e il rischio di malattia aumenta con l'incremento ponderale da parte del soggetto⁽⁷⁾.

Esiste inoltre un rapporto tra cefalea e sonno: soggetti con OSA possono lamentare un tipo particolare di mal di testa, caratterizzato da cefalea al risveglio mattutino e risoluzione entro 2-4 ore, senza assunzione di alcuna terapia farmacologica.

La presenza di ipertensione arteriosa sistemica, e ancor più quando farmaco resistente, dovrebbe aumentare il sospetto clinico di OSA, soprattutto in presenza di altri fattori di rischio⁽⁸⁾.

Per porre diagnosi di OSA è necessario eseguire un esame polisonnografico o una poligrafia notturna che documenti la presenza di almeno 15 eventi respiratori prevalentemente ostruttivi (apnee ostruttive e miste, ipopnee, o sforzi respiratori crescenti associati ad arousal) per ora di sonno o registrazione o almeno 5 eventi respiratori prevalentemente ostruttivi (apnee ostruttive e miste, ipopnee, o sforzi respiratori crescenti associati ad arousal) per ora di sonno o registrazione con presenza di eccessiva sonnolenza diurna e/o stanchezza, e/o insonnia, e/o disturbi dell'umore e/o disfunzioni neuro cognitive e/o patologie cardiovascolari dall'ipertensione arteriosa, alla coronaropatia, alla fibrillazione atriale, all'ictus e/o diabete mellito⁽⁶⁾.

TERAPIE ED EFFETTI ANCHE SULLE COMPLICANZE

1 italiano su 4 soffre di apnee ostruttive del sonno. Gli italiani convivono con i disturbi del sonno, ma pochi sono coloro che si curano: solo il 4,8% dei russatori e il 4% di coloro che soffrono di apnea ostruttiva notturna⁽⁹⁾.

<p>CPAP somministrazione di aria a pressione positiva continua generata da un piccolo compressore, attraverso maschera nasale o naso buccale</p>	<p>Terapia più efficace e raccomandata ad oltre l'80% dei pazienti. Nella maggior parte degli studi su pazienti con OSA trattati con CPAP, è stato registrato un miglioramento dell'attenzione/vigilanza, un miglioramento della funzionalità globale, delle funzioni esecutive e della memoria. La terapia CPAP nel trattamento della malattia in paziente con preesistente malattia cardiovascolare si associa con una diminuzione di nuovi eventi cardiovascolari.</p>
<p>Maxillo osteotomia mandibolare</p>	<p>Efficace nei pazienti che rifiutano il trattamento conservativo.</p>
<p>Distrazione osteogenetica</p>	<p>Utile applicazione nei casi di micrognatia congenita o ipoplasia medio-facciale.</p>
<p>Chirurgia nasale, riduzione tramite radiofrequenza delle tonsille, chirurgia della base della lingua, lembo uvulopalatale, glossectomia della linea mediana tramite laser, tecnica di sospensione della lingua e avanzamento del genioglosso</p>	<p>Non possono essere raccomandati come singoli interventi.</p>
<p>Uvulopalatofaringoplastica, impianti pilastro e sospensioni ioide</p>	<p>Da considerare solo in pazienti selezionati e i potenziali benefici devono essere valutati in considerazione del rischio di effetti collaterali a lungo termine.</p>

LE TERAPIE ALTERNATIVE

Nel trattamento del paziente OSA occorre considerare tutte le alternative alla CPAP, quando il paziente rifiuta il trattamento ventilatorio o il suo utilizzo è molto parziale.

- **Terapia posizionale**, può essere indicata quando il paziente presenta apnee solo o prevalentemente in posizione supina.
- **Apparecchi di avanzamento mandibolare**, possono essere di vario tipo e vanno comunque personalizzati, possono essere indicati nelle forme di OSA di grado lieve-moderato.
- **Perdita di peso**, ottenuta con approccio chirurgico oppure medico-comportamentale, determina un miglioramento significativo dell'OSA.
- **Intervento chirurgico otorinolaringoiatrico o maxillo-facciale**, può essere eseguito in pazienti selezionati, dopo avere studiato in maniera specifica il sito di ostruzione a livello delle prime vie aeree.

1. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med.* 1993; 328(17): 1230-5.
2. Ferini-Strambi L, Marelli S, Galbiati A, Castronovo C. Effects of continuous positive airway pressure on cognition and neuroimaging data in sleep apnea. *Int J Psychophysiol.* 2013;89(2):203-12.
3. Yaffe K1, Laffan AM, Harrison SL, Redline S, Spira AP, Ensrud KE, Ancoli-Israel S, Stone KL. Sleep-disordered breathing, hypoxia, and risk of mild cognitive impairment and dementia in older women. *JAMA.* 2011 Aug 10;306(6):613-9. doi: 10.1001/jama.2011.1115.
4. Jurado-Gómez B1, Guglielmi O2, Gude F3, Buela-Casal G4. Workplace Accidents, Absenteeism and Productivity in Patients with Sleep Apnea. *Arch Bronconeumol.* 2015;51(5):213-218. doi: 10.1016/j.arbres.2014.07.003. Epub 2014 Aug 13.
5. Ståhlkrantz A, Broström A, Wiberg J, Svanborg E, Malm D. Everyday life for the spouses of patients with untreated OSA syndrome. *Scand J Caring Sci.* 2012 Jun;26(2):324-32. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00937.x. Epub 2011 Nov 14.
6. Ferini Strambi L., Insalaco G. Libro Bianco sull'Apnea Ostruttiva del Sonno (OSA) e impatto sulla salute e la qualità di vita. Approcci diagnostico-terapeutici" – <http://Community.medikey.it/cont/librobiancoosa>
7. . Peppard PE, Young T, Barnet JH, Palta M, Hagen EW, Hla KM. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *Am J Epidemiol.* 2013;177(9):1006-14.
8. Pedrosa RP, Drager LF, Gonzaga CC, Sousa MG, de Paula LK, Amaro AC, Amodeo C, Bortolotto LA, Krieger EM, Bradley TD, Lorenzi-Filho G. Obstructive sleep apnea: the most common secondary cause of hypertension associated with resistant hypertension. *Hypertension.* 2011;58(5):811-7.
9. Indagine ASTRA Ricerche: Gli Italiani tardo-adulti e i disturbi del sonno - Gennaio 2015