

APNEEA ÎN SOMN

Sleep apnea

Dr. Irina-Cristina Ștefănescu
medica rezident, medicină de familie

REZUMAT

Apneea obstructivă în somn este o boală frecvent întâlnită, ușor de diagnosticat și, de obicei, tratabilă. Deseori coexistă, fără a fi diagnosticată, la pacienți cu boli cardiovasculare sau diabet.

Simptomele sunt uneori prezente cu mulți ani înaintea punerii diagnosticului, cum ar fi episoade de oprire a respirației în timpul somnului, sforăit puternic, care este observat mai mult în apneea obstructivă în somn, stare de somnolență excesivă în timpul zilei și dificultăți de concentrare, iritabilitate și/sau depresie. Testele necesare pentru a detecta apneea în somn includ polisomnografia nocturnă.

Tratamentul apneei obstructive în somn presupune: schimbarea stilului de viață (scăderea în greutate, program regulat de somn, evitarea alcoolului sau a sedativelor înainte de culcare, renunțarea la fumat), tratarea problemelor medicale asociate, suplimentare cu oxigen, ventilația cu presiune pozitivă continuă (CPAP) (cea mai eficientă metodă terapeutică) și intervenție chirurgicală cum ar fi uvulo-palato-faringoplastia (UPPP).

Tratamentul urmărește ameliorarea simptomelor și prevenirea unor complicații ulterioare cum ar fi problemele cardiovasculare.

Cuvinte cheie: apnee obstructivă în somn, polisomnografie nocturnă, uvulo-palato-faringoplastie (UPPP).

ABSTRACT

Obstructive sleep apnea is a frequent illness, easy to diagnose and usually, treatable. It often coexists, without being diagnosed, in patients with cardiovascular disease, diabetes.

Symptoms are sometimes present for years before the diagnosis, such as observed episodes of breathing cessation during sleep, loud snoring, which is usually more prominent in obstructive sleep apnea, excessive daytime sleepiness and difficulty concentrating, irritability and/or depression.

Tests to detect sleep apnea may include nocturnal polysomnography.

Treatment for obstructive sleep apnea may include: a change in lifestyle (weight loss, strict sleeping schedule, avoid alcohol or sedative drugs before bedtime, quit smoking), treatment for associated medical problems, supplemental oxygen, continuous positive airway pressure (the most effective therapeutic method) and surgery such as Uvulo-palato-pharyngoplasty (UPPP).

The treatment's purpose is to ameliorate the symptoms and to prevent further complications such as cardiovascular problems.

Key words: Obstructive sleep apnea, nocturnal polysomnography, Uvulo-palato-pharyngoplasty (UPPP)

Apneea în somn este o tulburare caracterizată prin pauze ale respirației în timpul somnului. Definiția standard include orice eveniment apneic cu durata de minimum 10 secunde între respirații, însoțit fie de o excitație neurologică (schimbarea ritmului EEG timp de 3 secunde sau mai mult, măsurat în C3, C4, O1 sau O2), fie de desaturarea sângelui în oxigen cu 3-4%, fie de amândouă. Clinic, semnificative sunt 5 sau mai multe astfel de evenimente în decurs de o oră de somn (determinate cu ajutorul polisomnografului).

Există 3 forme de apnee în somn: centrală, obstructivă și mixtă. În apneea *centrală* (*respirația Cheyne-Stokes*), respirația este întreruptă de lipsa efortului respirator, în cea *obstructivă*, respirația este întreruptă de prezența unui obstacol în calea fluxului aerian, în ciuda efortului respirator, iar în cea *mixtă*, există o tranziție de la apneea centrală la cea obstructivă în timpul evenimentului propriu-zis.

Indiferent de tipul de apnee, pacientul este rareori conștient de existența unei probleme, diagnosticul fiind pus cu ajutorul familiei acestuia sau prin intermediul sechelelor asupra organismului pe care le produce. Simptomele sunt prezente uneori mulți ani până la diagnostic, în acest timp pacientul acuzând somnolență accentuată în timpul zilei, scăderea capacității de concentrare și a performanței diurne. Pe termen lung, desaturările repetate dăunează grav organelor vitale. Apneea în somn netratată duce la complicații ca tensiune arterială, afecțiuni cardiace sau atac cerebral.

APNEEA OBSTRUCTIVĂ ÎN SOMN (AOS)

Apneea obstructivă în somn este cea mai comună formă de apnee manifestată în timpul somnului. În AOS, fluxul de aer încetează în ciuda impulsurilor respiratorii, din cauza obstrucției sau îngustării căilor

respiratorii superioare, de obicei la nivel nasofaringian. În timpul somnului mușchii faringelui și ai limbii se relaxează și produc obstrucția parțială a căilor respiratorii. Dacă reducerea fluxului respirator în timpul somnului duce la scăderea concentrației de oxigen din sânge sau dacă efortul respirator este prea mare, mecanisme neurologice declanșează o excitație care poate sau nu să ducă chiar până la trezirea completă. Aceste „microtreziri” au un efect negativ semnificativ asupra calității somnului, iar dacă apar în stadiile mai profunde ale somnului, pot interfera cu creșterea și dezvoltarea normală a individului și calitatea răspunsului imun.

La majoritatea pacienților cu ASO, configurația căilor respiratorii este afectată **structural**, ceea ce predispune la obstrucție, sau sunt prezente defecte anatomice evidente la nivelul nasului, gurii sau gâtului, ca de exemplu **hipertrofia tonsilară** (amigdaliană). În poziție culcată, în timpul somnului, amigdalele hipertrofiate contribuie la îngustarea căilor aeriene declanșând apneea de somn. În timpul zilei, în perioada de veghe și în poziție ortostatică, aceste modificări fiziopatologice nu se produc.

Mulți oameni experimentează efectele apneei în somn doar pentru o perioadă scurtă de timp. Aceasta poate fi rezultatul unei **infecții de tract respirator superior**. Spre exemplu, **virusul Epstein-Barr** este cunoscut pentru capacitatea sa de a crește dramatic dimensiunea țesutului limfoid în timpul episodului acut, apneea în somn asociindu-se adesea cu mononucleoza infecțioasă.

Alți factori care pot contribui la colapsul căilor respiratorii în timpul somnului pot fi: **consumul de alcool** (determină depresia mușchilor respiratori), **obezitatea** (excesul de grăsime la nivelul gâtului exercită o compresie externă asupra căilor respiratorii, ducând la îngustarea acestora).

FACTORI DE RISC

Factori care nu pot fi modificați:

- **Vârsta** (AOS apare mai frecvent după vârsta de 30 de ani);
- **Sexul masculin** (AOS este de 2-3 ori mai frecventă la bărbați);
- **Antecedentele familiale** cresc riscul apariției acestei afecțiuni;
- **Deformările coloanei vertebrale** (scolioza determină alterarea dinamicii respiratorii și favorizează apariția apneei de somn);
- Afecțiuni care determină **anomalii cranio-faciale** (sindromul Marfan și sindromul Down);

- **Menopauza** (înainte de menopauză, AOS predomină la bărbați, după menopauză riscul de a face boala se egalează pentru cele două sexe).

Factori care pot fi controlați

- **Obezitatea** (70% dintre pacienții cu AOS sunt obezi);
- **Surplusul tisular la nivelul cavității nazale, gurii sau faringelui** care poate bloca sau diminua circumferința căilor respiratorii;
- **Anomalii ale oaselor craniului** la nivelul cavității bucale, nazale sau a faringelui;
- **Consumul de alcool sau medicamente** (hipnotice sau sedative) înainte de culcare crește riscul apariției AOS;
- **Fumatul**: nicotina este un relaxant al musculaturii care menține deschise căile aeriene, astfel se produce colapsul căilor respiratorii;
- **Dezechilibrul hormonal** precum hipotirodismul sau acromegalia.

SEMNE ȘI SIMPTOME

Simptomele comune tuturor pacienților cu AOS sunt **somnolența diurnă excesivă și sforăitul**. Alte simptome includ: somn agitat, în timpul nopții pauze respiratorii însoțite de sufocare, gâfâială, transpirații și dureri toracice, deteriorarea capacităților intelectuale (pierderea memoriei), iritabilitate, oboseală și tulburări emoționale (modificarea personalității), cefalee după trezire, la aproximativ 50% dintre pacienți, arsuri la stomac sau gust acru în gură în timpul nopții, pacienții obezi prezintă edeme ale membrelor, treziri cauzate de urinările frecvente (nicturie).

Persoanele vârstnice prezintă în mod normal, opriri ale respirației în timpul somnului, îngreunând punerea diagnosticului de ASO, însă aceste scurte pauze respiratorii nu produc alterări profunde ale concentrației oxigenului arterial.

La copil, simptomele depind de vârsta acestuia:

- < 5 ani: sforăit, respirație de tip oral, transpirații, agitație și treziri frecvente;
- 5 ani: sforăit, enurezis nocturn, performanțe școlare scăzute și întârzierea creșterii și dezvoltării. Acești copii prezintă tulburări de comportament și deficit de atenție.

Deși sforăitul este un simptom constant la copiii cu AOS, somnolența diurnă, simptom diagnosticat la adulți, nu este prezent în aceeași măsură ca la adulți. La unii copii singurul simptom al apneei de somn poate fi reprezentat de **diminuarea ratei de creștere** comparativ cu cei din aceeași grupă de vârstă. Deși rară, AOS la copii determină întârziere în dezvoltare și instalarea **cordului pulmonar**

(hipertrofia ventriculară dreaptă din cauza afecțiunilor care alterează funcția și structura plămânului).

INVESTIGAȚII

Diagnosticul de AOS se face pe baza *anamnezei și examenului clinic*. Istoricul medical va pune în evidență stilul de viață, obiceiurile de somn, prezența sforăitului și a somnolenței diurne.

Suspiciunea de AOS va fi confirmată prin realizarea unor studii ale somnului, dintre care cel mai important este **polisomnografia** care cuprinde canale electroencefalografice, oculografice, electromiografice pentru mișcărilor membrelor inferioare, electrocardiografice (cu monitorizarea astfel a tulburărilor de ritm în timpul somnului), dar și înregistrarea fluxului oro-nazal, a mișcărilor respiratorii toracice și abdominale, a saturației O₂ periferice, a sforăitului, formând alături de înregistrarea video, inclusiv în infraroșu, un complex de achiziție de date, care este apoi prelucrat computerizat cu programe de somn performante. Există și posibilitatea înregistrării polisomnografice în ambulatoriu, dar cu mai puțini parametri, metodă folosită mai ales în condițiile unor pacienți cu simptome severe, care nu sunt deplasabili, sau în cazul urmăririi pacienților care au fost diagnosticați în prealabil într-un laborator de somn.

Alte investigații

- măsurarea nivelului **TSH** (hipotiroidiei) și **hemoleucograma**;
- **EKG** – depistarea apariției tulburărilor de ritm în timpul AOS;
- **Ecocardiograma** – depistarea complicațiilor cardio-pulmonare în cadrul AOS;
- **Teste funcționale respiratorii**;
- **Faringoscopia cu fibră optică** – depistarea gradului de obstrucție;
- **CT cerebral** – evidențierea macroglosiei sau localizarea porțiunilor îngustate ale căilor respiratorii superioare;
- **Investigații radiologice.**

TRATAMENTUL

Conduita terapeutică se stabilește în funcție de severitatea sindromului, antecedentele personale patologice ale pacientului (asocierea cu anomalii genetice, afecțiuni pulmonare, siclemie, anomalii ale extremității cefalice, sindrom Down, paralizie cerebrală sau malformații faciale, pulmonare sau cardiace severe) și cauza exactă a obstrucției.

Tratamentul AOS cuprinde 3 faze: *schimbarea stilului de viață, administrarea oxigenului cu presiune continuă pozitivă* (CPAP, continuous positive airway pressure), care previne colabarea căilor respiratorii în timpul somnului și *tratamentul chirurgical*. Obiectivele tratamentului sunt de a ameliora simptomatologia: sforăitul și somnolența diurnă și de a preveni apariția altor complicații, precum hipertensiunea arterială. De asemenea, se vor trata și alte probleme de sănătate: **antibioterapia infecțiilor și tratamentul medicamentos al disfuncției tiroidiene**.

1. Schimbarea stilului de viață include:

- scăderea în greutate;
- respectarea orelor de somn, dormitul pe o parte;
- evitarea consumului de alcool sau a medicației sedative înainte de culcare;
- renunțarea la fumat.

Toate cazurile de apnee de somn beneficiază în urma schimbării stilului de viață, iar în formele moderate poate fi singura măsură terapeutică!

2. Cea mai eficientă metodă terapeutică este ventilația cu presiune pozitivă continuă (CPAP – Continuous Positive Airways Pressure).

CPAP este indicată în tratamentul formelor moderate și severe de AOS. În CPAP este utilizat un dispozitiv de ventilație care furnizează un flux aerian continuu cu presiune fixă prin intermediul unei măști care se aplică etanș la nivelul feței pacientului, astfel fiind împiedicată închiderea căilor aeriene superioare în timpul somnului. Aceasta presupune purtarea unei măști sau a unei piese nazale pe tot parcursul nopții.

Dispozitive mai nou apărute își reglează automat presiunea necesară furnizată de aparat sau utilizează presiune variabilă în funcție de timpul respirator (inspir sau expir).

CPAP se va administra continuu pe tot timpul nopții, în caz contrar simptomatologia va reapărea.

Prin tratarea apneei obstructive în somn la pacienții care suferă de epilepsie refractară, frecvența crizelor poate fi redusă într-un mod semnificativ, susține un nou studiu pilot. Conform rezultatelor studiului randomizat și controlat, prezentat la prima *Conferință Regională de Epilepsie din America de Nord*, la aproximativ o treime dintre participanții care au beneficiat de tratament cu presiune pozitivă continuă la nivelul căilor aeriene a fost înregistrată o scădere cu 50% a frecvenței crizelor, față de numai 15% în cazul subiecților care au primit doar CPAP placebo.

3. În cazul în care metodele de ventilație externă nu sunt eficiente, se va apela la tratamentul chirurgical:

- **Uvulo-palato-faringoplastia**, prin care se îndepărtează excesul de țesut de la nivelul căilor respiratorii; reprezintă cea mai frecventă intervenție chirurgicală utilizată în tratamentul AOS;
- **Tonsilectomia și/sau adenoidectomia**, prin care sunt îndepărtate chirurgical amigdalele hipertrofiate și vegetațiile adenoide gigante care obstruează căile aeriene în timpul somnului. Aceasta este intervenția de primă intenție în tratamentul AOS la copil. De asemenea, se vor efectua alte tipuri de intervenții chirurgicale în scopul refacerii anomaliilor congenitale care favorizează AOS

(corecția chirurgicală a deviației de sept, palatului moale, luelei „omușorului“ sau limbii).

CONCLUZII

Sindromul de apnee în somn de tip obstructiv este o afecțiune frecventă, ușor de diagnosticat și de regulă tratabilă. Ea coexistă adesea, fără a fi diagnosticată, la pacienții cu boli cardiovasculare, diabet zaharat putând juca un rol important în progresia acestora și rezistența bolilor la strategiile terapeutice convenționale.