

Apnee morfeiche ostruttive con sintomi confondenti

Leonardo Trentadue
Medico di medicina generale
Ferrandina (MT)

Un assistito trentanovenne, impiegato nel settore militare, celibe, normotipo (altezza m 1.76, peso 75 kg), fumatore, raramente ha richiesto una visita e solo per malanni di ordinaria amministrazione. Questa volta però viene in ambulatorio per un disagio importante. Il collega che dorme con lui gli ha riferito che di notte russa con continue interruzioni, durante le quali si blocca anche il respiro.

Visita ambulatoriale

■ **Anamnesi:** molto limitata, con un'infezione onico-micotica ai piedi nel 2001, una proctite aspecifica nel 2004 e nel febbraio dell'anno scorso una bronchite acuta.

■ **Esame obiettivo:** il paziente non è in sovrappeso e l'esame del cavo orale è nella norma, con palato duro, molle e velopendolo senza alcuna alterazione; lingua di normali dimensioni. È invece evidente un lieve retrognatismo, che si instaura soprattutto se il paziente assume la posizione supina, con la mandibola che arretra di poco rispetto al piano frontale. La valutazione broncopneumologica è negativa e l'apparato cardiovascolare - valutato con un ECG eseguito di recente, che il paziente ha portato in visione e con la misurazione della pressione arteriosa - risulta nella norma. La conformazione del torace è normostrutturata, con ritmo inspiratorio-espiratorio nei limiti della norma.

Il caso necessita di un approfondimento specialistico e così prescrivo prima una visita otorinolaringoiatrica per escludere ogni altra possibile causa.

Indagini diagnostiche

Il controllo otorinolaringoiatrico risulta nella norma.

A questo punto prescrivo una visita neurologica.

Il paziente, poiché lavora in un'altra Regione, si reca in una clinica neurologica universitaria, dove gli viene proposta l'esecuzione di una polisomnografia.

Il referto evidenzia un sonno abbastanza stabile, con pochi cambiamenti

di postura. Viene registrato uno sporadico russamento lieve o modesto e soprattutto la presenza di apnee e ipopnee in numero e durata globali patologiche in misura grave, insieme ad anomale desaturazioni ematiche di ossigeno, di frequenza ed entità gravi, correlate agli eventi respiratori patologici e con incostante tendenza a tornare ai valori basali di saturimetria. La frequenza cardiaca presenta frequenti variazioni da arousal vegetativi secondarie a disturbo respiratorio, in un range ampio, indicativo di scarso compenso delle anomalie respiratorie da parte del sistema vegetativo. Evidenti anche movimenti degli arti inferiori molto frequenti e in buona parte organizzati in sequenze periodiche e spesso coincidenti con gli eventi patologici respiratori, suggestivi di mioclono notturno secondario alla sindrome delle apnee morfeiche ostruttive.

Il dato numerico importante che si estrae dall'esame polisomnografico è il tempo in apnea, che risulta di ben 27 secondi al minuto, un dato inquietante.

Diagnosi e terapia

L'esame è indicativo per una diagnosi di sindrome delle apnee ostruttive morfeiche di grado grave e disturbo da movimenti periodici degli arti inferiori in russatore abituale.

La clinica neurologica dimette il paziente, consigliandogli di dormire sdraiato sul fianco e con la schiena sollevata, di evitare l'uso di sedativi serali, soprattutto se a lunga durata d'azione, evitare di assumere alcolici specialmente di sera e ridurre il fumo. Viene indicata l'applicazione in sonno

di CPAP (Continuous Positive Airway Pressure - pompa a pressione positiva continua con maschera nasale), con taratura in monitoraggio polisomnografico e controllo dopo sei mesi di terapia ventilatoria.

Attualmente il paziente sta ancora eseguendo la terapia ventilatoria mediante tale dispositivo.

Note & approfondimenti

L'Osas (Obstructive sleep apnea syndrome - sindrome delle apnee morfeiche ostruttive) è una patologia a eziologia multifattoriale caratterizzata, secondo l'American Sleep Disorders Association, da "sonnolenza diurna e/o alterazioni delle performance diurne e russamento notturno" e da "ripetuti episodi di ostruzione delle prime vie aeree durante il sonno, associati a riduzione della saturazione di ossigeno dell'emoglobina arteriosa".

La patologia, nella sua forma classica, è detta anche "sindrome di Pickwick", dal personaggio del romanzo "Il circolo Pickwick" di Charles Dickens, Joe, un giovane obeso, dalla faccia rubiconda, che si addormenta frequentemente durante gli atti quotidiani della vita. Fu William Osler, medico altrettanto celebre, o, secondo altri, Sidney Burwell, a coniarne l'eponimo.

Gli uomini sono colpiti nel 4% dei casi e le donne nel 2%, raggiungendo in Italia il numero ragguardevole di circa 2 milioni di soggetti affetti da Osas, senza contare i casi che non raggiungono la visibilità diagnostica.

L'età più colpita oscilla tra i 35 e i 55 anni; le cause principali comprendono obesità, macroglossia, ipertrofia ade-

noidea e tonsillare e retrognatismo. Casi severi di mononucleosi possono scatenare un'Osas, così come casi di etilismo acuto. I portatori di sindrome di Down sono predisposti alle apnee morfeiche ostruttive, a causa di conformazioni fisio-anatomiche particolari come la macroglossia, il rinofaringe stretto e il tono muscolare basso.

Per quanto riguarda i sintomi, l'intensità sonora del russamento non corrisponde alla severità dell'ostruzione, piuttosto è l'arresto improvviso del respiro russante che continua a intermittenza a costituire la caratteristica sintomatologica più significativa.

L'altro sintomo importante, che però può anche non essere presente come nel caso descritto, è l'eccessiva sonnolenza diurna, spiegabile in base ai frequenti risvegli infraipnici che si verificano alla fine dei periodi apneici. Si va dai casi di addormentamento al cinema, al sonno durante la guida, fino a casi di addormentamento durante la prolusione di un discorso da parte del paziente. Le alterazioni respiratorie e cardiocircolatorie che avvengono du-

rante l'Osas possono predisporre al cuore polmonare, ictus cerebrale, aritmie cardiache, infarto del miocardio e ipertensione arteriosa.

La diagnosi di certezza si fa attraverso l'esame polisonnografico, che utilizza vari parametri per analizzare respiro, sistema cardiocircolatorio e sistema nervoso.

La terapia dell'Osas varia a seconda della causa, della severità dell'ostruzione apneica e della individualità del caso. In primo luogo si somministrano consigli dietetici e profilattici (perdita di peso, evitare alcol, fumo e farmaci miorilassanti e sedativi).

L'intervento terapeutico più usato è costituito dalla terapia ventilatoria con CPAP, un apparecchio che, attraverso una maschera nasale, immette aria compressa a pressione costante e diversa da individuo a individuo, mantenendo aperte le vie aeree tra i muscoli rilasciati.

In caso di fallimento della terapia ventilatoria, si può ricorrere a una protesi per spingere in avanti la mandibola o, nei casi molto gravi, la terapia è chi-

rurgica e può contemplare vari interventi, dall'avanzamento del muscolo genioglosso allo spostamento davanti alla laringe dell'osso ioide.

■ Conclusioni

Nel caso clinico descritto si rilevano due dati inusuali: la mancanza di sovrappeso od obesità e l'inesistenza di sonnolenza diurna. Essi rappresentano due fattori confondenti in sede sintomatologica prediagnostica, essendo caratteristici e predittivi dell'Osas.

D'altronde il lieve retrognatismo non può, di per sé, essere un dato semiotico di importante sospetto diagnostico, per cui, nel caso specifico, è stata fondamentale la segnalazione del collega del paziente sul russamento e gli arresti di respiro.

Infine non sarebbe peregrino per il medico di famiglia, nei soggetti con ipertensione arteriosa già in atto in sede anamnestica, scandagliare anche la qualità del sonno, in cerca di latenti o incipienti Osas.