

Sindrome da apnea ostruttiva e gravidanza

Franco Carnesalli

Medico di medicina generale
Milano
Dipartimento di Pneumologia
AIMEF

Una giovane donna di 26 anni, alla sua seconda gravidanza e alla decima settimana di gestazione, si è presentata in studio lamentando un periodo di stanchezza eccessiva. Il marito, che l'accompagna un po' ansioso, ha notato periodi di forte russamento da quando la moglie è incinta, e anche qualche momento in cui sembra non respirare per alcuni secondi durante la notte. Pur dormendo per 7-8 ore per notte, si sveglia per urinare 4-5 volte. Ovviamente il giorno dopo lamenta spossatezza e sonnolenza frequente.

Visita ambulatoriale

■ **Anamnesi:** in passato la paziente ha presentato una forma di lieve depressione (per cui ha assunto sertralina) e cefalea di tipo emicranico. In occasione della precedente gravidanza ha presentato pre-eclampsia e ipertensione secondaria. È una ex fumatrice (15-20 sigarette al dì) fino all'età di 24 anni.

■ **Esame obiettivo:** pressione arteriosa 130/80 mmHg, FC 72 battiti/minuto, 15 respiri al minuto. Pesa 79 kg, per 162 cm di altezza, quindi con un BMI di 30.1 kg/m². Presenta iperemia ed edema faringeo. Gli esami di laboratorio eseguiti per i periodici controlli per la gravidanza risultano nella norma.

Sospettando un problema di apnea notturna legato al sovrappeso e alla gravidanza, richiedo un esame polisonnografico.

Iter diagnostico e decorso clinico

■ **Esame polisonnografico:** indice AHI (Apnea-Ipopnea Index) 25, con lungo russamento e con un indice di apnea di 0.2, un episodio di apnea e 150 episodi di ipopnea e una saturazione minima di 92%, una frequenza cardiaca massima di 92 battiti/min.

Pur non essendo una condizione di particolare gravità è stato proposto un trattamento CPAP, che la paziente rifiuta.

Si è sviluppata pre-eclampsia alla 37^a settimana di gestazione, per cui è stato consigliato riposo a letto e indicata una dieta blandamente ipocalorica e iposodica per controllare il peso. Viste le condizioni precarie, è stato indotto il parto con la nascita di una neonata di 3.9 kg.

La madre ha perso molti chilogrammi dopo il parto, con miglioramento delle condizioni respiratorie e dei disturbi notturni; in seguito ha continuato il controllo alimentare per ridurre ulteriormente il peso.

Approfondimento

La sindrome da apnea-ipopnea ostruttiva è caratterizzata da episodi ricorrenti di restringimento parziale delle vie aeree superiori e dall'ostruzione durante il sonno, frequentemente accompagnati da ricorrenti desaturazioni di O₂ e disturbi del ritmo del sonno.

L'incidenza dell'apnea ostruttiva varia dal 2% al 5% nella popolazione generale femminile, mentre l'incidenza nelle donne incinte è tuttora sconosciuta, anche se i cambiamenti fisiologici durante la gravidanza (aumento progressivo del peso e innalzamento del diaframma) predispongono le donne all'apnea ostruttiva (OSA).

Gli estrogeni inducono iperemia ed edema della mucosa nasofaringea, con aumentata resistenza al flusso d'aria. Il progesterone invece ha un effetto protettivo, aumentando la spinta respiratoria e la ventilazione. Lo spostamento ascendente del diaframma diminuisce la capacità funzionale residua, oltre al declino normale durante il sonno. Per questo motivo la trazione caudale sulla trachea e la faringe che è esercitata dalla diminuzione di inflazione del polmone, accentua la collassabilità faringeale.

Gli episodi di apnea e di ipopnea si sommano alle aumentate esigenze di O₂ durante la gravidanza e aumenta il rischio di ipossiemia e di apporto dalla madre al feto.

I sintomi di OSA includono perciò

proprio il russamento, le apnee riferite, la dispnea e sensazioni di soffocare durante il sonno e durante il giorno, i pazienti accusano la stanchezza e la sonnolenza, la cefalea, la diminuzione della concentrazione e le alterazioni dell'umore.

Alcuni studi osservazionali hanno suggerito che i disturbi del sonno sono più frequenti in gravidanza, con conseguenze come l'ipertensione indotta dalla gravidanza, l'aumento di pre-eclampsia e ritardo fetale, anche se sono associazioni non significative. I risultati preliminari di uno studio hanno mostrato che l'apnea ostruttiva potrebbe essere un fattore di rischio per il diabete gestazionale e può causare l'ischemia della placenta, con attivazioni ossidative ed endoteliali, entrando nella genesi anche dell'ipertensione. Quindi nelle donne in gravidanza con sonnolenza diurna eccessiva, il russamento e le apnee dovrebbero essere valutate per OSA con la polisonnografia, soprattutto in caso di eccessi ponderali.

La CPAP è la terapia di prima linea. Nei casi con eccesso ponderale è necessario un controllo alimentare prima, durante e dopo la gravidanza.

Commento

Spesso cessando il fumo di sigaretta avviene un aumento di peso più o meno marcato, anche per una liberalizzazione alimentare, per sostituire la nicotina. Nella mia paziente ciò è avvenuto in un periodo temporale prossimo alla nuova gravidanza e l'ulteriore aumento di peso ha aggravato la situazione, tanto da causare problemi respiratori e ostetrici. Solo il calo di peso può migliorare la condizione.