

La roncopatia

(il problema di russare)



Dott. Dario lucano
Specialista in
Otorinolaringoiatria
e
Patologia cervicofacciale

La roncopatia

(il problema di russare)

INTRODUZIONE

Quasi la metà delle persone dai cinquant'anni in su russa e ciò può essere la spia di malattie importanti o può favorire o indurre diverse patologie.

Il russare durante il sonno prende il nome di roncopatia, ovvero patologia dovuta al russare, in quanto non solo influisce sulla qualità del sonno, ma può indurre o aggravare diverse patologie come l'ipertensione arteriosa, l'obesità e l'infarto cardiaco. Infatti la roncopatia, oltre che un fastidio per il partner, può essere sintomo di una patologia a carico delle vie aeree legato a ragioni anatomiche, come una deviazione del setto nasale, un polipo, una errata occlusione mandibolare, oppure neurologiche e/o metaboliche”.

CAUSE

Russare è un disturbo comune: è un rumore che segnala generalmente una importante difficoltà di respirazione notturna.

L'aria inspirata trova difficoltà a passare nelle vie aeree superiori (naso e gola) parzialmente chiuse e crea un flusso turbolento che a sua volta mette in vibrazione i tessuti molli della gola : palato molle, ugola, i pilastri palatini , le tonsille palatine e la base della lingua.

Le cause di restringimento delle vie aeree superiori si identificano in ostruzione nasale da deviazioni del setto, ipertrofia dei turbinati, polipi, stenosi della valvola nasale e in ostruzione della faringe (gola) per ipertrofia ed eccessiva lunghezza del palato molle e dell'ugola, per ipertrofia delle tonsille palatine e della base della lingua.

Dalla vibrazione di queste strutture si genera il rumore russatorio che è un segnale di allarme di una situazione patologica.

Il russamento, almeno nelle fasi iniziali, è nettamente più frequente in posizione supina, quando lo spazio respiratorio a disposizione è ancora più ridotto a causa della "caduta" all'indietro della base della lingua.

A ciò si deve aggiungere che la più frequente causa di ostruzione nasale è certamente rappresentata dalla congestione dei turbinati inferiori, che aumenta fisiologicamente in posizione sdraiata.

I fattori predisponenti il russamento sono :

1) **il sesso maschile**: il russamento è presente più frequentemente negli uomini. La percentuale di donne russatrici tende ad aumentare sensibilmente dopo la menopausa, ma non raggiunge i valori maschili.

2) **l'obesità**. Le persone obese hanno un collo più grande (maggior circonferenza) per il deposito di tessuto adiposo (grasso) soprattutto lungo le pareti posteriori e laterali della faringe, con conseguente restringimento dello spazio respiratorio della gola e quindi sviluppo di russamento e apnee del sonno. Si considerano a rischio i soggetti con camicia di taglia del collo superiore a 42. Per valutare l'eventuale sovrappeso o obesità si utilizza l'indice di massa corporea che si calcola

dividendo il peso in Kg per l'altezza in metri elevata al quadrato. Un valore da 25 a 39 è indice di sovrappeso, oltre si sfocia nell'obesità.



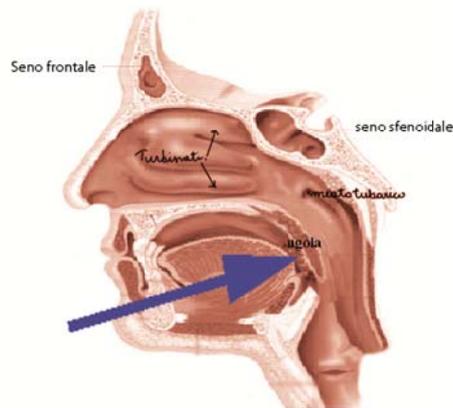
Ritratto di Alessandro dal Borro
Andrea Sacchi (Nettuno (RM), 30 novembre 1599 – Roma, 21 giugno 1661)

- 3) Il **tabagismo**, che causa irritazione ed edema (gonfiore) della mucosa delle vie aeree superiori, con restringimento dello spazio respiratorio.
- 4)



- 5)
- 6) l'**alcool**, che diminuisce il tono dei muscoli dilatatori delle vie aeree superiori e predispone i tessuti molli della gola ad una maggiore vibrazione (perciò maggiore russamento) e ad un più facile collasso (che predispone all'apnea). L'assunzione di alcool nei pazienti affetti da apnee ostruttive del sonno ritarda la reazione di "microrisveglio" che interrompe l'apnea.
- 7) come l'alcool si comportano i **farmaci anti-istaminici, i sedativi e gli ipnotici**.
- 8) l'**ostruzione nasale** è la causa più frequente

9) *l'eccessiva lunghezza e l'ipertrofia del palato molle e dell'ugola*

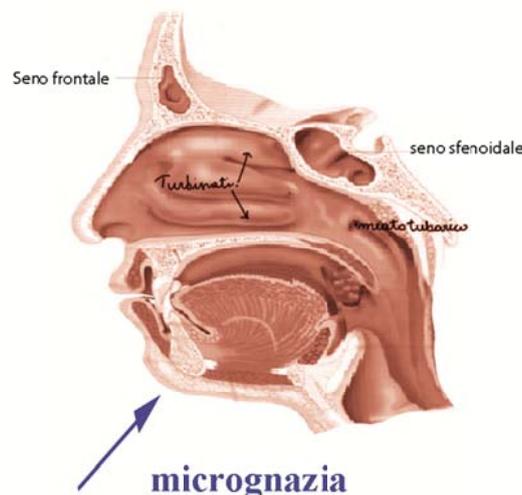


10) *eccessiva dimensione della lingua*, evidente soprattutto nelle persone obese

11) la *posizione più bassa e più posteriore dell'osso ioide*, che determina ostruzione dell'ipofaringe (parte più bassa della gola)

12) *diminuito tono dei muscoli dilatatori della faringe*

13) La *mandibola di dimensioni più piccole rispetto al normale* (micrognazia) *o in posizione più arretrata* (retrognazia) : entrambe le situazioni concorrono a ridurre lo spazio aereo faringeo.



14) il *reflusso gastroesofageo*, che può essere legato a problemi gastritici, ernie jatali, o anche solamente funzionali. È facilmente diagnosticabile con la fibrolaringoscopia, effettuabile di routine nell'ambulatorio otorinolaringoiatrico.

Bisogna quindi non sottovalutare il russamento in quanto può essere sintomo dell' OSAS, acronimo inglese per "Obstructive Sleep Apnea Sindrome" (Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno), che è necessario prevenire e curare quando presente.

Infatti le apnee notturne, specie se accompagnate da risvegli improvvisi per la sensazione di soffocamento, causano sonnolenza diurna, scarsa concentrazione disturbi comportamentali, possibili problemi della sfera sessuale.

Ciò accade in quanto l'OSAS crea importanti problemi di ossigenazione che costituiscono un vero e proprio stress notturno a carico di cuore, polmoni e cervello: infatti, durante le frequenti crisi di apnea notturna, l'ossigeno arriva in minori quantità o addirittura non raggiunge questi organi essenziali per la vita.

La sonnolenza diurna che ne deriva è causa di un aumentato rischio di incidenti sul lavoro e automobilistici, tanto che in diversi paesi la roncopia grave può essere causa, se non trattata, di ritiro della patente. Infatti è stato calcolato che i "colpi di sonno" alla guida aumentano di oltre sette volte nei roncopatici rispetto ai soggetti che dormono normalmente.

Inoltre i pazienti con OSAS presentano un rischio più che raddoppiato di patologie cerebrovascolari come ictus, aritmie maligne, e un aumento pari a circa 30 volte di infarto del miocardio.

DIAGNOSI

Prima di tutto deve essere rilevata un'accurata anamnesi, per la quale è necessario che il paziente sia accompagnato da chi, durante la notte, può meglio avvertire il russamento.

Frequentemente è il partner che lamenta il disturbo notturno a causa del quale non può dormire in modo normale.

Durante la visita è necessario valutare prima di tutto la situazione respiratoria nasale mediante un accurato esame otorinolaringoiatrico eseguito con l'ausilio della fibroscopia, eseguita con fibroscopi rigidi o flessibili.

Deve seguire un'accurata indagine della situazione del cavo orale, valutando la situazione del palato e dell'ugola (tonicità, caduta del palato, lunghezza dell'ugola ecc.), seguita da un'accurata laringoscopia con fibre ottiche per valutare se esista o meno un'edema delle aritenoidi causata da reflusso gastroesofageo, e per valutare con maggior precisione la pervietà nasale.

In alcuni casi è consigliata la rinomanometria (esame che permette di misurare la pressione e il flusso dell'aria inspirata e espirata per via nasale) da effettuare prima in posizione eretta, quindi in decubito supino e laterale, prima su un fianco poi sull'altro, per valutare se esistano differenze della respirazione nasale nelle diverse posizioni in clinostatismo.

Una volta studiate le condizioni anatomiche naso-faringo-laringee, nella maggioranza dei casi è opportuna la polisonnografia, che consiste nella registrazione continua durante il sonno di diversi parametri, quali il flusso respiratorio nasale, il livello di saturazione di ossigeno del sangue, l'ECG, i movimenti respiratori toracici e addominali e l'intensità dei suoni emessi ecc. si tratta di un esame assolutamente non invasivo che può essere eseguito anche a domicilio del paziente.

Generalmente le indagini cliniche indicate sono sufficienti per una diagnosi corretta.

Da qualche anno è stata introdotta una nuova metodica diagnostica, la "sleep endoscopy", letteralmente endoscopia durante il sonno, che dovrebbe rilevare le ostruzioni respiratorie e le vibrazioni (ad esempio del palato) che possono verificarsi solo nel sonno.

Si tratta di una normale endoscopia, ma col paziente che "dorme" sotto influsso farmacologico e controllo anestesilogico. Questa tecnica inizialmente sembrava fornire risultati validi, ma nella pratica si è rilevato che i parametri del sonno artificiale differiscono anche in misura notevole da quelli del sonno normale e che l'indagine endoscopica così effettuata non fornisce elementi diagnostici utili.

Inoltre i costi sono piuttosto elevati e il rapporto costo/beneficio, in considerazione dell'aleatorietà dei risultati, è sfavorevole, senza considerare il rischio anestesilogico che, anche se minimale, è sempre presente e non è giustificato dalla scarsa risultanza dell'esame.

POSSIBILITA' DI TRATTAMENTO

È necessario eliminare, prima di ogni trattamento e quando sia possibile, i fattori predisponenti quali il tabagismo, l'obesità ecc.

Una volta che si stabilisca (e si tratta della maggioranza dei casi) che la roncopia sia da porre in relazione a problemi di respirazione nasale, bisogna provvedere alla loro correzione.

Se le condizioni anatomiche nasali non escludono a priori la possibilità di tentare un trattamento non invasivo, si può ricorrere all'uso di spray nasali decongestionanti e consigliare, nel caso in cui la respirazione nasale sia aggravata da una particolare posizione di decubito, di dormire cercando di evitarla, cosa peraltro piuttosto difficile e di scarsa efficacia.

Sono comunque da valutare i possibili effetti collaterali dei decongestionanti nasali un quanto si tratta sempre di vasocostrittori che possono influire, nel tempo, sia sulla mucosa nasale, sia sui parametri della circolazione arteriosa causando problemi ipertensivi e/o cardiaci.

Se la roncopia è da porre in relazione ad una patologia del setto nasale è opportuno valutare la necessità di un intervento chirurgico di settoplastica e riduzione chirurgica dei turbinati.

Bisogna tuttavia porre attenzione al fatto che si tratta di un intervento, anche se non complesso, delicato in quanto bisogna porre attenzione a non alterare la fisiologia della respirazione nasale che deve essere ripristinata in modo ottimale.

È purtroppo frequente che alla settoplastica, se non eseguita con le dovute precauzioni e con una tecnica corretta, non segua un risultato ottimale, causato da possibili perforazione del setto nasale o da una eccessiva apertura delle cavità nasali.

Il naso non è infatti costituito da due semplici aperture, ma si tratta di una struttura molto complessa che serve a regolarizzare il passaggio dell'aria inspirata dall'ambiente esterno: il naso depura l'aria e la porta ad una temperatura e ad un grado di umidità ottimali in modo che possa giungere ai polmoni favorendo la loro funzione di ossigenazione del sangue.

L'intervento, con le moderne tecniche chirurgiche, si può effettuare con un breve ricovero (non oltre 24 ore) e il paziente può tornare a casa senza i fastidiosi tamponi nasali da rimuovere dopo alcuni giorni.

Nel caso in cui, una volta risolto il problema respiratorio nasale, la roncopia non abbia ottenuto un sufficiente miglioramento in quanto esiste un problema a carico del palato molle (atonicità del velo palatino, eccessiva lunghezza dell'ugola ecc.) si può prendere in considerazione un intervento di Uvulo Palato plastica, in particolare se eseguito con tecnica laser, effettuabile anche ambulatorialmente in anestesia locale.

Da tener presente che tale intervento presuppone un decorso postoperatorio fastidioso e una copertura antibiotica abbastanza prolungata; può modificare il timbro della voce e causare per qualche tempo disturbi alla deglutizione.



In alcuni casi si consiglia l'uso di una maschera a pressione positiva o CPAP (Continuous Positive Air Pressure) che, usata nel sonno, consente l'insufflazione continua di aria a pressione positiva per via nasale durante la notte ed è attualmente il trattamento non chirurgico più efficace per far cessare gli episodi di apnea e, a pressioni leggermente superiori, anche la roncopia.

Si riporta, per chi volesse autodiagnosticarsi la roncopatia, la “scala di Epworth”, che indica la probabilità che il soggetto affetto da OSAS può avere di appisolarsi o di addormentarsi in alcune situazioni, indipendentemente dalla sensazione di stanchezza.

SCALA DI EPWORTH

Individuate le situazioni e sommate il punteggio: se il risultato è superiore a 10 è indicativo di una sonnolenza diurna eccessiva, con tutti i rischi che ne derivano

- O = non mi addormento mai
- 1 = ho qualche probabilità di addormentarmi
- 2 = ho una discreta probabilità di addormentarmi
- 3 = ho un'alta probabilità di addormentarmi

Situazioni	
a. Seduto mentre leggo	
b. Guardando la TV	
c. Seduto, inattivo in un luogo pubblico (a teatro, ad una conferenza)	
d. Passeggero in automobile, per un'ora senza sosta	
e. Sdraiato per riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione	
f. Seduto mentre parlo con qualcuno.	
g. Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza avere bevuto alcoolici	
h. In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico	
totale	