

intervista al prof. Stefano Di Girolamo

l'Unione europea “dichiara guerra” alla Osas

*La sindrome delle apnee ostruttive notturne,
un “nemico” subdolo e poco conosciuto*

di GIAMPIERO MAZZA



Il prof. Stefano Di Girolamo lancia l'allarme sulla pericolosità che possono avere le apnee notturne, causate spesso dal sovrappeso, dall'utilizzo di alcolici e dal tabacco.

È una patologia di cui si è finora parlato poco e che colpisce circa 2 milioni di italiani, con conseguenze anche fatali: è la “Osas” o la sindrome delle apnee ostruttive notturne. Il 2 luglio scorso l'Unione europea ha emanato una direttiva (ogni Stato dell'Unione sarà obbligato a recepirla) che impone a circa 500 milioni di cittadini europei una serie di test ed esami, volti a scongiurare la presenza di questa malattia, per ottenere il rinnovo o conseguire il permesso di condurre moto o autoveicoli. Infatti, oltre a danni cardiologici a lungo termine, la Osas, provocando un cattivo riposo notturno e quindi uno stato di sonnolenza diurna, si rivela un nemico mortale per chi si mette alla guida sulle strade: secondo l'Ac, il 22% degli incidenti è direttamente connesso a patologie respiratorie non diagnosticate (in Italia soltanto il 3% dei casi di Osas viene individuato).

Per conoscere meglio questa malattia e misurare il suo impatto sociale, abbiamo incontrato Stefano Di Girolamo, professore associato di otorinolaringoiatria dell'Università di “Tor Vergata” e responsabile dell'Unità Operativa di audiologia e foniatria del Policlinico della stessa Università romana.

Professore, lo scorso luglio la Unione europea ha imposto nuove regole e nuovi esami medici, in sede di rilascio e di rinnovo della patente, per il controllo della Osas, una patologia sconosciuta ai più. Ce ne vuole parlare?

La Osas, o sindrome delle apnee ostruttive notturne, è una malattia, spesso non diagnosticata ed evidentemente sottovalutata, che colpisce più della metà dei soggetti russatori.

Molte volte sono solo i partner ad accorgersene e sono loro che fanno scattare il campanello d'allarme. Le persone affette da questa sindrome non riescono ad avere un sonno ristoratore perché questo è costantemente interrotto da micro risvegli incoscienti dovuti proprio alle apnee che si susseguono durante la notte.

Alla Osas è spesso associata la sonnolenza diurna che, a sua volta, purtroppo è molte volte causa di incidenti stradali.

È vero, e questo accade perché, di fatto, questa patologia non permette un sonno ristoratore. Il soggetto affetto non è in grado di riposarsi durante la notte. Vi è una riduzione delle fasi del sonno più profonde e specifiche del riposo, è come se il soggetto facesse solo dei piccoli sonnellini e non un vero e proprio sonno.

Facile comprendere come una notte “insonne” porti a un aumento della sonnolenza durante il giorno. Capita a tutti, dopo aver dormito male, di essere affaticati il giorno seguente, di desiderare di riposare e di avere un calo dell'attenzione. Le persone affette da Osas hanno costantemente questa sensazione e, attività come guidare autoveicoli, studiare o fare lavori di precisione, possono risentirne notevolmente. Per tutto ciò, sono completamente d'accordo con la decisione appena presa dall'Unione europea di imporre esami su questa patologia per chi vuole ottenere la patente o rinnovarla.

Oltre ai danni che il soggetto affetto da Osas può causare a sé o agli altri guidando, a quali altri rischi è esposto chi è soggetto a questa sindrome?

Da diverso tempo, ormai, questa patologia è stata ricono-

sciolta essere un fattore di rischio per eventi cardiovascolari, parliamo di infarti o ictus. A livello cardiaco, durante le apnee vi è una attivazione del sistema ortosimpatico con conseguente tachicardia, vasocostrizione e quindi aumento della fatica che il cuore deve sostenere per garantire la normale circolazione. L'ipossigenazione dei tessuti fa sì che vengano rilasciati radicali liberi e trasmettitori dell'infiammazione. Non vanno poi dimenticate le conseguenze neurop-sicologiche, lavorative e sociali, associate a una frammentazione del son-no REM e quindi del riposo.

Come si può diagnosticare questa patologia?

Il paziente deve essere indirizzato presso un medico specialista che sappia riconoscere i sintomi e guidare lo stesso paziente attraverso un adeguato iter terapeutico che gli permetta di ottenere una diagnosi e quindi una giusta terapia. In genere un'accurata anamnesi, una valutazione dell'indice di massa corporea e una successiva visita otorinolaringoiatrica accurata e completa di fibrolaringoscopia, possono orientare verso questa patologia e verso le cause della stessa.

Quali sono i sintomi principali?

Sono diversi e il paziente deve essere aiutato a riconoscerli. Questi possono variare dal semplice e fastidioso russamento alla sonnolenza dopo i pasti o al risveglio. Ci può essere agitazione, disturbi della concentrazione, disturbi della

memoria e così via.

La visita dallo specialista può essere completata dalla cosiddetta “*sleep endoscopy*”, una tecnica che consente di valutare ciò che avviene in effetti durante il sonno quando si russa o si interrompe il respiro. Consiste in un semplice esame endoscopico che si esegue durante il sonno indotto dall'anestesia mediante un idoneo farmaco sedativo e consente di valutare con certezza il sito ostruttivo responsabile dei rumori del russamento e delle apnee del sonno.

Fondamentali poi nel completamento della diagnosi sono: la pulsossimetria, per il monitoraggio della saturazione ematica di ossigeno e la frequenza cardiaca durante le ore di sonno, la polisomnografia, per la valutazione dell'ipossia, identificare la presenza di apnee o ipoapnee, il tipo, la durata e il numero delle apnee, la presenza e il grado di russamento, l'attività cardiaca correlata agli eventi pneumatici, la posizione del corpo, la presenza o meno di movimenti respiratori toracici e addominali. Spesso è utile, se non fondamentale, anche una visita collegiale con colleghi cardiologi, pneumologi, neurologi, endocrinologi. Tutto questo ci fa capire quanto complicata, pericolosa e insidiosa sia questa patologia.

Come la si può curare?

Dipende da dove si colloca il problema. Le terapie sono diverse, e vanno dalla conosciuta *c-pap*, un piccolo dispositivo che si attiva durante la notte e che permette di introdurre aria a pressione positiva nelle vie aeree scongiurando l'ostruzione, all'intervento chirurgico volto alla correzione del difetto che causa la patologia. Anche qualora ci sia indicazione a rivolgersi alla chirurgia questa deve essere pensata e studiata sul singolo paziente, sulla sua età, sulla gravità della patologia, su eventuali patologie correlate.

In genere, però, la terapia medica rimane il primo approccio terapeutico. Questo deve essere mirato ad un corretto utilizzo di regole igienico-sanitarie volte a ridurre i fattori che favoriscono la roncopenia. È importante una diminuzione di peso per ridurre i depositi di tessuto adiposo nelle strutture della gola. Gli unici rimedi farmacologici che mantengono una sia pur limitata efficacia sono quelli tesi a migliorare la ventilazione nasale.

Esistono soggetti predisposti oppure questa sindrome può colpire chiunque di noi?

Sicuramente esistono soggetti predisposti. I maschi al di sopra dei trent'anni sono statisticamente più a rischio. Le persone sovrappeso, quelle che fanno una vita particolarmente sedentaria, l'utilizzo di alcolici, sonniferi, tabacco; se poi a questo sono associati “difetti anatomici”, la probabilità di sviluppare questa sindrome aumenta. Ovviamente, la medicina non è una scienza esatta e la Osas potrebbe colpire anche soggetti “insospettabili”.

