

SÍNDROME DA APNEIA E HIPOPNEIA OBSTRUTIVA DO SONO – SAHOS OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME - OSAS

Hélio Brasileiro*

RESUMO

A Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é caracterizada por episódios repetitivos de apneia e hipopneia durante o sono. Em artigos recentes, SAHOS severa (quando o número de apneia e hipopneia por hora de sono é maior que 30) é citada como fator de risco para doenças cardiovasculares e morte. Além disso, SAHOS é muito prevalente em pacientes com obesidade, diabetes e hipertensão arterial sistêmica, que também são fatores de risco para doença cardiovascular. A leptina e a grelina, dois hormônios reguladores do apetite, estão aumentadas em pacientes com SAHOS, segundo alguns artigos. Contudo, SAHOS é ainda uma doença subdiagnosticada.

Descritores: síndromes da apneia do sono, apneia do sono tipo obstrutiva.

ABSTRACT

Obstructive Sleep Apnea (OSA) is characterized by repeated episodes of apnea and hypopnea during sleep. From the recent reports, severe OSA (number of apnea and hypopnea episodes per hour slept: AHI > 30) is a risk factor for cardiovascular diseases and death. In addition, OSA is widely prevalent in patients with obesity, diabetes, and hypertension which are risk factors for cardiovascular disease. It has been reported that leptin and ghrelin, which were the two key hormones in appetite, are elevated in OSA patients. Therefore, OSA is still an underdiagnosed disease.

Key-words: sleep apnea syndromes, obstructive sleep apnea.

INTRODUÇÃO

Dormimos, em média, um terço da nossa vida. Iniciamos a vida dormindo dezesseis horas, e na sociedade ocidental, no indivíduo adulto, a quantidade de sono nas vinte e quatro horas diárias varia em média de sete a oito horas. Para se entender a sintomatologia envolvida em qualquer distúrbio do sono, é necessário antes de tudo se entender a fisiologia do sono.

O sono apresenta várias funções:¹

- 1- Restaurativa: trazer o organismo de volta à condição em que se iniciou o dia após a jornada de obrigações que se tem no decorrer dele. É como se a reserva de substâncias químicas que regulam o funcionamento do organismo fosse restaurada durante o sono.
- 2- Termorregulação: o controle da temperatura corporal está intimamente relacionado ao sono, marcadamente notamos as alterações que ocorrem no sono quando se está com febre, por exemplo. Hoje se sabe que a privação do sono reduz a capacidade de se regular a temperatura corporal.
- 3- Consolidação da memória e aprendizado: toda informação que recebemos no decorrer do dia, seja estudando, trabalhando ou na vida social é consolidada no decorrer do sono. Sabe-se que na privação voluntária do sono, como, por exemplo, passar a noite estudando para fazer uma prova, há

uma grande chance de não se conseguir lembrar bem do que foi estudado ao tentar resgatar o novo conhecimento obtido. Isso se deve ao fato da memória não ter sido consolidada adequadamente.

4- Repouso para o organismo: durante o sono normal ocorre redução da pressão arterial, diminuição da frequência cardíaca, relaxamento muscular, redução da produção de urina, ou seja, os vários sistemas reduzem suas funções durante o sono. Além disso, alguns hormônios são fortemente influenciados pelo sono. São eles: insulina, classicamente envolvida no controle da glicemia, leptina e grelina, que juntos controlam o apetite; hormônios da tireóide; cortisol; hormônio do crescimento; prolactina, dentre muitos outros, explicando porque quem não dorme bem tem mais tendência à obesidade, dislipidemia, intolerância à glicose, distúrbios do crescimento, dificuldades na amamentação, hipertensão arterial sistêmica, doenças cardíacas e vasculares, destacando-se acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, impotência sexual, dentre outros problemas.

A Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono, SAHOS, é uma doença comum, porém, ainda subdiagnosticada no dia-a-dia médico. Ela acomete cerca de 24% da população masculina e 9% da população feminina, quando se considera um índice de apneia e hipopneia (IAH) maior ou igual a 5 e a faixa etária de 30 a 60 anos.

Da síndrome, o sinal clínico “ronco” é a reclamação mais comum por parte do paciente ou do seu cônjuge. Estima-se que acima dos 40 anos de idade, 36% dos homens e 24,5% das mulheres apresentem ronco.²

Por elevar os riscos de acidentes domésticos, no trabalho e no trânsito (devido à sonolência excessiva diurna imposta pela doença), além do maior risco de doenças cardiovasculares, em especial a hipertensão arterial sistêmica e suas consequências, a SAHOS é considerada um problema de saúde pública.

DEFINIÇÃO

A SAHOS é caracterizada pela ocorrência repetitiva de obstrução total (apneia) ou parcial (hipopneia) da via aérea superior (VAS) durante o sono. A diminuição da oferta de oxigênio leva à dessaturação da oxihemoglobina. Para o paciente se manter vivo tem que acordar para voltar a respirar, levando à fragmentação do sono pelos repetitivos despertares, tanto breves (que duram até quinze segundos) quanto prolongados, e como consequência final a sonolência excessiva diurna.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 11, n. 1, p. 1-3, 2009

* Médico otorrinolaringologista, professor mestre em Medicina - Hospital Heliópolis/São Paulo -, com certificação em Medicina do Sono pela Associação Brasileira de Sono e responsável pelo Hospital do Sono de Sorocaba - www.hospitaldosono.com.br
Recebido em 16/1/2009. Aceito para publicação em 16/2/2009.
Contato: heliobrasileiro@hospitaldosono.com.br

FISIOPATOGENIA

A faringe é o sítio do problema. Trata-se de um tubo que precisa contrair-se durante a deglutição, porém, necessita ficar bem aberto durante a respiração. A abertura da via aérea superior é determinada pelo balanço entre a atividade dos músculos dilatadores da faringe e a pressão inspiratória sub-atmosférica intraluminal. Ocorre uma competição entre as forças que tendem a colabar e as que tendem a dilatar a faringe, a saber:

Forças que tendem a colabar a VAS:

- aumento da pressão extraluminal por maior quantidade de tecido adiposo,
 - forças adesivas da mucosa,
 - tônus vasomotor,
 - flexão do pescoço,
 - abertura e deslocamento inferior da mandíbula,
 - força da gravidade,
 - aumento da resistência nasal,
 - efeito de Bernoulli,*
 - aumento da complacência dinâmica,
- ### Forças que tendem a dilatar a faringe:
- ação dos músculos dilatadores da faringe,
 - tração caudal torácica durante a inspiração,
 - extensão do pescoço.

*O aumento da velocidade do fluxo aéreo, proporcionado pelo estreitamento da via aérea superior, leva à diminuição da pressão intraluminal.

QUADRO CLÍNICO

O paciente com SAHOS geralmente procura o médico com queixa de ronco. Muitas vezes, o cônjuge é quem incentiva a consulta médica. Outras vezes, porém, o paciente não fala sobre a SAHOS, mas sim de sequelas já instaladas, é o caso do hipertenso, do obeso, do diabético, dentre outros que poderiam ter seu quadro bem atenuando, muitas vezes, só com o controle da síndrome.

Dessa forma, é importante o médico ter em mente como direcionar a consulta diante de um caso desses e uma forma simples é interrogar sobre os sinais e sintomas que podem ser assim apresentados:

- Durante a noite: ronco alto (o ronco é o barulho produzido pela vibração dos tecidos das vias respiratórias estreitadas, que pode chegar a provocar perda auditiva em si e no cônjuge), paradas respiratórias durante o sono, engasgos, sufocação, agitação (debater-se na cama), vários despertares não lembrados no dia seguinte (levando à sonolência excessiva diurna), aumento da vontade de urinar (em homens com doença na próstata isso aumenta a necessidade de se levantar, tornando o sono mais conturbado ainda), suor em maior quantidade que o normal durante a noite e insônia.

- Durante o dia: sono em excesso que dificulta a realização de atividades corriqueiras, diminuição da memória, redução da concentração, déficit do aprendizado, tendência a nervosismo ou depressão, dor de cabeça, hiperatividade (em crianças), constrangimento social (em especial quando se tem que dormir fora de casa), problemas conjugais, impotência sexual. Além do descrito, quem tem a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono apresenta maior risco de ter hipertensão arterial sistêmica, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte súbita. É sabido que esses pacientes apresentam maior risco de acidentes domésticos, profissionais e de trânsito, daí a resolução Nº 267 do CONTRAN exigir a avaliação dos distúrbios do sono na renovação, adição e

mudança para as categorias de habilitação C, D e E.

O exame físico pode revelar fatores predisponentes à da doença, como, por exemplo, sexo masculino; antecedentes familiares de ronco e apneia do sono; comorbidades endocrinológicas (hipotireoidismo e acromegalia); etilismo; tabagismo; uso de benzodiazepínicos ou outros medicamentos que reduzam o tônus muscular; idade avançada; hábitos que favoreçam o cansaço físico excessivo; aumento do índice de massa corpórea; aumento da circunferência cervical; alterações craniofaciais (retrognatia, macroglossia); alongamento do palato mole; edema intenso da úvula; palato ogival; hipertrofia das tonsilas palatinas e/ou faríngeas (adenóide); índice de Mallampatti elevado; obstruções mecânicas nas fossas nasais, como as causadas por desvio do septo nasal, hipertrofia das conchas nasais, pólipos nasais, dentre outros.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) deve ser suscitado com base no quadro clínico, porém, a certeza diagnóstica é obtida com o estudo laboratorial do sono através do exame polissonográfico.^{1,2,3}

A polissonografia basicamente é dividida em polissonografia basal e polissonografia para titulação de CPAP, havendo ainda uma variável chamada estudo split-night ou noite bipartida.

Polissonografia basal

Trata-se de um exame não-invasivo utilizado para se diagnosticar diversos distúrbios do sono. O paciente dorme uma noite inteira com a monitorização de vários parâmetros: eletroencefalografia, eletroculografia, eletromiografia do mento e músculos tibiais anteriores, medida do fluxo aéreo nasal e oral, eletrocardiografia, medida do esforço muscular torácico e abdominal, oximetria de pulso, sensor de ronco, sensor de posição corpórea ao leito, dentre outros mais específicos que se façam necessários. Dessa forma, se pode saber quando o paciente está acordado ou dormindo, em que estágio de sono se encontra, como está a atividade elétrica do coração, se ocorre diminuição da respiração (hipopneia) ou mesmo parada da respiração (apneia) durante o sono, como está a saturação da oxihemoglobina durante o sono, dentre outras variáveis. O índice de apneia e hipopneia do sono (IAH) para adultos é classificado da seguinte forma: normal até cinco eventos (apneia ou hipopneia) por hora, leve até quinze eventos por hora, moderado até trinta eventos por hora e acentuado acima de trinta eventos por hora. Note-se, esse é um exame essencialmente com fim diagnóstico.

Polissonografia para titulação de CPAP

Semelhante à polissonografia basal, mas neste caso o paciente dorme com uma máscara facial ligada ao aparelho que gera pressão positiva nas vias respiratórias (CPAP ou BIPAP) e enquanto haja a ocorrência de eventos específicos (hipopneia, apneia, dessaturação da oxihemoglobina, despertares breves e ronco), vai-se aumentando a pressão oferecida até que eles sejam abolidos. Dessa forma, pode-se determinar o gerador de pressão ideal (CPAP, BIPAP, auto-CPAP, etc.) e a pressão indicada para cada paciente. Esse exame geralmente é solicitado após se ter feito uma polissonografia basal e se ter constatado a necessidade do uso de pressão aérea positiva como medida terapêutica para a SAHOS. Note-se, esse é um exame essencialmente com fim terapêutico.

Estudo de noite bipartida (split-night)

Foi uma forma de estudo idealizada para se tornar mais rápido e barato o diagnóstico e a terapia para a SAHOS. Na primeira metade da noite se registra a polissonografia basal e na segunda metade a polissonografia para titulação de CPAP. Suas desvantagens são: risco de se subdiagnosticar o índice de apneia e hipopneia por hora de sono, uma vez que o sono REM, em que há uma maior tendência aos eventos, predomina na segunda metade da noite e o paciente já estaria com o CPAP. Há maior risco de não se ter tempo para se alcançar a pressão terapêutica ideal na segunda metade da noite. Há risco de equívoco diagnóstico ou terapêutico caso o paciente não se posicione em decúbito dorsal (em que nitidamente aumentam os eventos) em uma das metades do exame. Por essas razões, esse exame tem que ser solicitado com cautela.

TRATAMENTO

O tratamento da Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono depende do quadro clínico individual do paciente e da intensidade da doença, em especial os índices de apneia e hipopneia por hora de sono, verificados na polissonografia basal. A investigação de duas doenças é mandatória antes de se iniciar o tratamento: hipotireoidismo e acromegalia.

De uma forma geral, o tratamento clínico engloba: mudanças de hábitos de vida, tais como perda de peso, evitar dormir em decúbito dorsal, evitar o uso de bebidas alcoólicas, evitar o tabagismo, realização de atividade física regular e medidas gerais de higiene do sono.

As cirurgias para a correção de obstruções mecânicas específicas (muito eficazes em crianças que apresentam aumento das tonsilas palatinas e faríngeas, adultos com desvio do septo nasal, hipertrofia das conchas nasais, palato longo e redundante, pólipos nasais, etc.) têm sido valioso método terapêutico em casos selecionados.

O uso de aparelhos intra-orais (indicados em casos de ronco primário, ou seja, ronco com índice de apneia e hipopneia normal e também nos pacientes com índices de apneia e hipopneia mais baixos) tem sido método eficaz em casos específicos.

O melhor tratamento para o adulto com quadro mais severo é o uso de aparelhos geradores de pressão aérea positiva, em especial o CPAP.¹² Atualmente, o CPAP é a modalidade terapêutica de escolha para o tratamento da doença, é o modelo de estabilização da via aérea superior e

dele se originaram outros equipamentos posteriormente desenvolvidos. Citam-se o CFLEX, que permite ligeira queda na pressão aérea no início da expiração; o BIPAP, que permite fixação de pressão inspiratória e expiratória; o auto-CPAP, que oscila a pressão aérea positiva conforme a necessidade instantânea do paciente. Esses últimos aparelhos são usados em casos particulares, que não são a rotina na clínica diária.

A aplicação da pressão positiva contínua nas vias respiratórias se dá por meio de uma máscara firme e confortavelmente acoplada ao nariz durante o sono, impedindo a obstrução da passagem aérea, dessa forma acabando com o ronco e a apneia do sono. A adesão do paciente ao uso de CPAP tem sido potencializada com o acompanhamento em uma clínica de CPAP em que um profissional da área de saúde - médico, fisioterapeuta, enfermeiro, fonoaudiólogo, dentre outros - presta assistência na adaptação ao aparelho.

Trabalhos científicos recentes em pacientes com a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono atribuem ao uso do CPAP: melhora da qualidade de vida, redução da sonolência excessiva diurna, melhor controle da hipertensão arterial, redução do peso, melhor controle do diabetes e dislipidemia. A mortalidade pela Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono é reduzida de forma eficaz com o uso do CPAP.

CONCLUSÃO

A Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono é uma doença antiga e frequente. Sua prevalência acompanha o comportamento atual da sociedade moderna que vem apresentando aumento de peso, uso de bebida alcoólica, sedentarismo, privação espontânea de sono, dentre outros hábitos. O médico generalista tem que estar atento para esse distúrbio que ainda tem sido subdiagnosticado, o que tem dificultado o controle de comorbidades associadas, em especial a hipertensão arterial e suas consequências.

REFERÊNCIAS

1. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; c2005.
2. Martinez D. Insônia na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2005.
3. Tufik S. Medicina e biologia do sono. São Paulo: Manole; 2008.



REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA

Agradecemos a colaboração da Associação dos Docentes do CCMB/PUC-SP

Diretoria

*Enio Marcio Maia Guerra
João Luiz Garcia Duarte
Celeste Gomes Sardinha Oshiro
José Eduardo Martinez
Dirce Setsuko Tacahashi
Nelson Boccato Jr.*