

Quelle apnee nel sonno

Un disturbo respiratorio caratterizzato da episodi di parziale o completa ostruzione
Impariamo a conoscere le manifestazioni cliniche che colpiscono i bambini

il problema

La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSA) è un disturbo respiratorio che si verifica nel sonno ed è caratterizzato da episodi prolungati di parziale ostruzione (russamento e ipopnea ostruttiva) e/o di ostruzione completa intermittente (apnea ostruttiva) delle alte vie che disturbano la ventilazione notturna.

Le manifestazioni cliniche del bambino sono rappresentate in accordo con quanto definito dalle linee guida dell'American Thoracic Society e dell'American Academy of Pediatrics da: russamento notturno abituale, apnea testimoniata dai genitori, disturbi neurocognitivi e comportamentali diurna. La prevalenza del disturbo respiratorio nel sonno, sia dal punto di vista clinico-anamnestico attraverso i questionari che strumentale attraverso il monitoraggio cardio-respiratorio e/o la polisomnografia notturna, è elevata nei primi anni di vita. L'OSAS interessa bambini di tutte le età. In letteratura risultano disponibili pochi lavori epidemiologici nei quali, la prevalenza del disturbo respiratorio nel sonno, sia dal punto di vista clinico-anamnestico attraverso i questionari che strumentale attraverso il monitoraggio cardio-respiratorio e/o la polisomnografia notturna, in età prescolare e scolare, varia ampia-

mente, dal 3,2% al 12,1% per il russamento abituale e dall'1,1% al 2,9% per l'OSAS.

to risulta molto differenziale tanto da rendere le definizioni ed i criteri utilizzati per fare diagno-

ga la causa più frequente dell'OSA in età pediatrica, anche se sono da considerare anche le a-

stante russamento, oltre che avere un indicazione chiara all'intervento di adenotonsillectomia, rappresentano un possibile fattore di rischio post-intervento e quindi necessitano di un monitoraggio cardio-respiratorio notturno post-operatorio dopo l'intervento. Recentemente il gruppo di studio multidisciplinare sulle malattie del sonno della Società Italiana di Pediatria in collaborazione con l'Associazione Italiana di Medicina del Sonno e Collegio dei Docenti di Odontoiatria ha elaborato dalle linee guida italiane per la diagnosi di OSAS nel bambino secondo le quali, in base alle evidenze scientifiche internazionali, la gravità della polisomnografia, in base agli indici riportati in precedenza, dovrebbe essere così suddivisa: OSAS minima una polisomnografia con AHI tra 1 e 3 e/o la presenza di russamento continuo per almeno il 50% del sonno associata a desaturazioni di O₂ superiori al 4% e SaO₂ media >97%; OSAS lieve una polisomnografia con AHI tra 3 e 5 e SaO₂ media >97%; OSAS moderata una polisomnografia con AHI tra 5-10 e SaO₂ media >95%; OSAS severa una polisomnografia con AHI >10 o con SaO₂ media <95%.

Mario Zaccaro
Centro di Medicina del Sonno, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, IRCCS H San Raffaele Turro, Milano



SINTOMI MAGGIORI SONO CONSIDERATI:

- Russamento abituale (in maggior parte delle notti) e persistente (da almeno 2 mesi).
- Pause respiratorie riviste dai genitori abituali e persistenti.
- Difficoltà nel respiro (spesso ansimato, accesso sforzo respiratorio) notturno abituale e persistente.

SINTOMI MINORI SONO CONSIDERATI:

- Russamento occasionale (alcune notti a settimana) ed intermittente (Es. alcuni mesi dell'anno, in occasioni di episodi influenzali).
- Pause respiratorie riviste dai genitori occasionali ed intermittenti.
- Difficoltà nel respiro (spesso ansimato, accesso sforzo respiratorio) notturno occasionale ed intermittente.
- Deficit dell'attenzione, scarso rendimento scolastico.
- Iperattività diurna.
- Eccessiva sonnolenza diurna.

Le complicanze possono includere ritardo della crescita, disturbi neurologici, e nei casi più severi ipertrofia ventricolare destra ed ipertensione polmonare oggi meno frequenti grazie a una diagnosi precoce e ad un efficace trattamento.

E' unanimemente riconosciuto a livello nazionale ed internazionale che la patologia pur presentando alcune analogie con quella dell'adulto

di Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno (OSAS) nell'adulto non applicabili in età pediatrica. In tal senso già un indice di apnea nel bambino di 1 evento/ora è da considerarsi patologico anche se la rilevanza clinica non è ancora chiara e documentata. Indici di apnea >10 eventi per ora di sonno sono da considerarsi significativi, anche dal punto di vista clinico. L'ipertrofia adenotonsillare è di gran lun-

nomale osseo facciali e le sindromi dismorfiche che rappresentano un substrato predisponente, quando non sono la causa diretta dell'ostruzione delle prime vie aeree nel sonno. Inoltre, anche l'obesità, così come nell'adulto, è un'altra causa frequente di OSA. Il riscontro, attraverso il monitoraggio notturno della respirazione di un elevato numero di apnee o ipopnee durante il sonno, insieme al forte e co-

SEGÙ Studio di Odontoiatria e Ortodonzia

Odontoiatria nella Medicina del Sonno LA SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO NEL BAMBINO

La Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS)

è un disturbo caratterizzato da episodi prolungati di parziale ostruzione e/o di ostruzione completa intermittente (apnea ostruttiva) delle alte vie che disturbano la ventilazione notturna.



Nel bambino le manifestazioni cliniche sono: russamento abituale, respirazione prevalentemente orale, enuresi notturna, sonnolenza diurna, iperattività, deficit di attenzione, problemi di rendimento scolastico, ritardo della crescita e sequele cardiovascolari.



I più comuni fattori che predispongono all'OSAS sono:

- Ipertrofia adenotonsillare
- Rinite perenne o stagionale
- Dimorfismi craniofacciali
- Obesità.



I disturbi respiratori nel sonno in età pediatrica trovano il loro gold standard diagnostico nella polisomnografia,

che è la registrazione contemporanea e in continuo durante la notte di parametri funzionali atti a definire gli eventi cardiorespiratori, in relazione alle varie fasi del sonno.



Esempio di mandibola piccola e retrusa.

I bambini con OSAS e ipertrofia tonsillare necessitano di una

VALUTAZIONE ORTODONTICA per valutare eventuali anomalie occlusali o cranio-facciali, quali un'arcata superiore contratta con palato stretto e ogivale, una mandibola piccola e/o retrusa, una tendenza di crescita in post-rotazione, una divergenza scheletrica aumentata, una Classe II scheletrica.

L'adenotonsillectomia è l'intervento di scelta nei bambini con OSAS da ipertrofia tonsillare.

L'ortodontista partecipa alle opzioni di trattamento con la possibilità di applicare apparecchi per l'espansione rapida del palato e/o propulsori mandibolari.



Via Battù, 79 - Vigevano (Pv) - Tel. 0381-312317- Fax 0381-328259

E-mail: segu.ortodonzia@libero.it - Visita il nostro sito www.studiosegu.it