



Rischi alla guida: la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno

Il Decreto del Ministero della Salute 3 febbraio 2016 stabilisce le indicazioni operative che i medici monocratici e le Commissioni Mediche Locali devono rispettare per il rilascio o il rinnovo della patente di guida in soggetti affetti da sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) o in caso di sospetto di questa patologia.

La sindrome delle apnee ostruttive, infatti, si associa spesso ad un'eccessiva sonnolenza diurna, che si manifesta non solo con il classico "colpo di sonno", ma anche con una riduzione della capacità di mantenere la concentrazione e di valutare il rischio e con un aumento dei tempi di risposta al pericolo, rappresentando un importante fattore di rischio di incidenti stradali per disattenzione alla guida ed errori comportamentali.

La sindrome delle apnee notturne è un disturbo abbastanza diffuso, che in molti casi non viene individuato dal medico di famiglia perché si manifesta durante il sonno, e gli stessi soggetti ammalati molto spesso non si rendono conto di esserne affetti.

Generalmente sono i conviventi a notare per primi i sintomi, a causa del forte russamento (roncopatia) generato dall'aria che attraversa l'ostruzione alla ripresa della respirazione.

In condizioni normali, durante la veglia, i muscoli del collo sostengono le vie respiratorie tenendole aperte, in modo che l'aria possa arrivare facilmente nei polmoni; nel sonno, i muscoli si rilassano, restringendo le vie respiratorie, ma non tanto da impedire il passaggio dell'aria.

Nei soggetti affetti da apnea notturna, invece, questo fenomeno provoca un'occlusione delle vie aeree tale che i polmoni non ricevono più una quantità sufficiente di aria; si verifica, così, un abbassamento improvviso del livello di ossigeno nel sangue, per cui il cervello disturba il sonno mandando impulsi nervosi per consentire la riapertura delle vie aeree, a spese di una riduzione delle fasi più profonde del riposo (fase 3 - sonno REM) determinata dai microrisvegli.

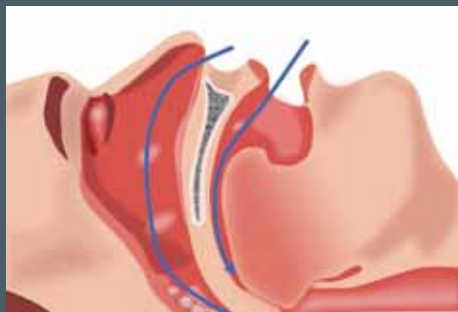
Il torace e l'addome si contraggono affannosamente e, quando la respirazione si riavvia, si avverte un profondo sospiro seguito dal russamento.

Gli episodi di interruzione del respiro durano da pochi secondi ad alcuni minuti e sono a volte anche più di trenta in un'ora.

La malattia è diffusa soprattutto tra i pazienti in sovrappeso, nei quali il tessuto adiposo in eccesso ispessisce le pareti della trachea, ma può colpire chiunque abbia un ostacolo anatomico alla respirazione, sia per processi di invecchiamento che limitano la capacità degli impulsi nervosi di mantenere il tono muscolare, sia per patologie delle cavità nasali (deviazione del setto, ipertrofia dei turbinati), del palato molle, del faringe, o anche perché lingua, tonsille e ugola sono troppo grandi rispetto all'ampiezza delle vie respiratorie.

I frequenti abbassamenti del livello di ossigeno nel sangue e la cattiva qualità del sonno provocano il rilascio degli ormoni dello stress, che fanno aumentare la frequenza cardiaca ed il rischio di ipertensione, infarto, ictus, aritmie ed insufficienza cardiaca; possono, inoltre, causare alterazioni del metabolismo, obesità e diabete.

Il sintomo più frequente dell'apnea ostruttiva del sonno è il russamento, che di solito è più forte quando si dorme in posizione supina. Altra manifestazione frequente è la sonnolenza diurna, soprattutto nei momenti di inattività della giornata, ma a volte anche sul posto di lavoro o quando si



è alla guida.

Si possono associare mal di testa al risveglio, problemi di memoria e di apprendimento ed incapacità di concentrarsi, irritabilità, depressione, sbalzi d'umore o alterazioni della personalità.

La diagnosi è basata sull'anamnesi, sui risultati della visita e dello studio del sonno tramite la polisonnografia, un esame che utilizza dei sensori applicati sul cuoio capelluto, sul volto, sul torace e sugli arti per registrare durante la notte diversi parametri tra i quali l'attività cerebrale, i movimenti oculari, la quantità di ossigeno nel sangue, i movimenti del torace ed il russamento, in modo da misurare la qualità del sonno e la risposta dell'organismo.

Per valutare la severità della malattia, si stabilisce un indice di correlazione in base al numero di eventi per ora, definito indice apnea-ipopnea (AHI).

Un AHI minore di 5 viene considerato normale, tra 5 e 15 molto lieve, tra 15 e 30 moderato, con più di 30 eventi severo.

L'apnea nel sonno può essere curata, in relazione alle cause, modificando lo stile di vita per ridurre l'obesità, attraverso l'utilizzo di apparecchi ortodontici, con interventi chirurgici che correggano eventuali difetti anatomici, con dispositivi per la respirazione.

La ventilazione a pressione positiva continua (CPAP) è la terapia più diffusa, in grado di creare una lieve pressione dell'aria per tenere aperte le vie respiratorie mentre il paziente dorme, soffiando delicatamente dell'aria attraverso una maschera che copre il naso e la bocca oppure solamente il naso.

***Medico Capo Polizia di Stato
Segreteria del Dipartimento della P.S. –
U.S.T.G. – 3° Settore Sanitario – Roma**



Tecnica CPAP