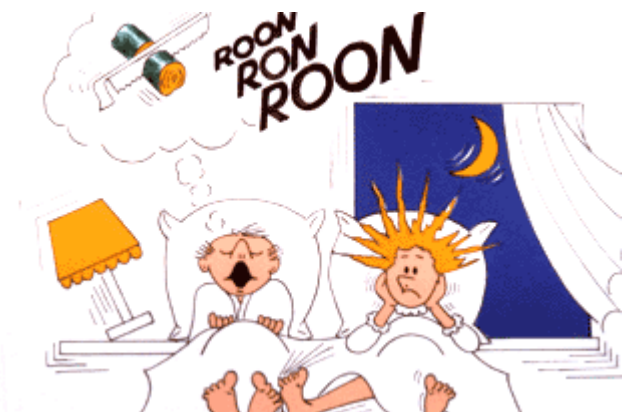


RUSSARE



Circa il 30% della popolazione adulta dei paesi industrializzati russa con un'incidenza doppia negli uomini rispetto alle donne. La percentuale sale al 60% tra i maschi in età superiore ai 60 anni. Russare è comunemente considerato sinonimo di sonno profondo ed è spesso oggetto di benevoli commenti da parte degli amici. A volte è fonte di conflitti familiari per il disturbo che provoca al sonno di chi è costretto a dividere il letto con il russatore. Nei casi più gravi possono essere disturbati anche i vicini di casa per la facilità con la quale questo rumore, costituito prevalentemente da onde a bassa frequenza, attraversa le pareti. Se si trattasse solo del "rumore", non sarebbe giustificato l'attuale grande interesse medico e potrebbero essere sufficienti dei semplici tappi per le orecchie regalati dal russatore a tutti quelli che hanno la "fortuna" di vivere vicino a lui.



Il russamento, soprattutto se abituale, è stato recentemente riconosciuto come patologia e come fattore di rischio per malattie gravi.

Il russatore durante il sonno ha un arresto della respirazione per periodi prolungati (maggiori di 10 sec) che a volte possono arrivare anche sino a 2-3 minuti. Nei casi meno gravi questi episodi si ripetono alcune volte l'ora, ma nei casi più gravi il disturbo si verifica anche decine di volte ogni ora.

Questa condizione è nota con il termine di apnea ostruttiva da sonno (OSAS), e comporta gravi alterazioni del sonno e quindi della vita diurna con difficoltà di di attenzione, irritabilità, disturbi della memoria, con aumento degli incidenti in auto e sul lavoro, difficoltà nei rapporti familiari ed è associata in modo significativo all'ipertensione arteriosa ed alle patologie cardiache e cerebrovascolari .

Cause

Le cause sono da attribuire ad un restringimento a vari livelli delle vie aeree superiori che possono essere accentuate dalla posizione supina :

- a) deformità setto e piramide nasale, riniti allergiche e non allergiche(Fosse nasali)
- b) ipertrofia adenoidea nei bambini(Rinofaringe)



- c) ipertrofia tonsillare (prevalentemente nei bambini), palato molle allungato ed ispessito (Orofaringe)
- d) ipertrofia della lingua e della tonsilla linguale, perdita di tono durante il sonno dei muscoli faringei e linguali con conseguente collasso delle pareti, epiglottide larga e flessibile (Ipofaringe).
- e) mandibola di dimensioni più piccole rispetto al normale (micrognazia) o in posizione più arretrata (retrognazia) , retrodisposizione del complesso ioideo.

f) obesità, in cui l'accumolo di grasso contribuisce alla riduzione dello spazio respiratorio specialmente in ipofaringe. Un metodo semplice per valutare l'eccesso di peso è determinare il Body Mass Index (**BMI**) che è considerato normale fino ad un valore di 24.9. $BMI = \text{peso(Kg)} : \text{altezza(m)}^2$

g) l'uso di sostanze che diminuiscono il tono e aumentano il rilassamento della fibra muscolare (alcool, anti-istaminici, sedativi, ipnotici). Queste sostanze tendono ad agevolare da una parte il collasso delle pareti del canale faringeo, favorendo quindi l'apnea, dall'altra ritardano la reazione di risveglio per ipo-ossigenazione .

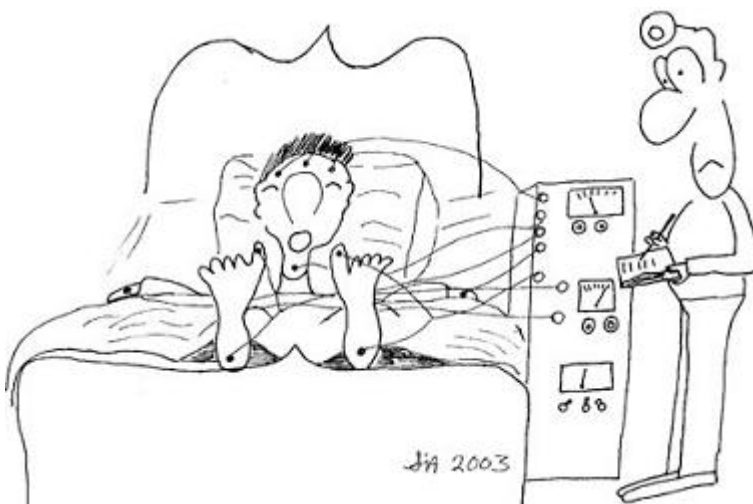
La diagnosi viene effettuata dall'otorinolaringoiatra attraverso:

1) La rinofibrolaringoscopia che permette di evidenziare tutte le cause di riduzione degli spazi respiratori nel naso, in rinofaringe, orofaringe ed ipofaringe in condizioni di base e durante la respirazione (manovra di Muller)

2) La rinomanometria che permette di quantificare il flusso di area e le resistenze delle singole fosse nasali.

3) La teleradiografia latero-laterale del cranio ed eventualmente la TC dinamica che permettono di misurare le distanze nei punti critici di ostruzione (fosse nasali, rinofaringe , palato molle , base lingua)

4) La polisonnografia che è applicata al paziente per 24 ore sia di giorno che di notte anche a domicilio e permette di determinare : numero delle apnee, le escursioni toraciche, le variazioni di saturazione dell'ossigeno nel sangue, l'entità del russamento , le modificazioni elettroencefalografiche ed elettrocardiografiche durante l'apnea .



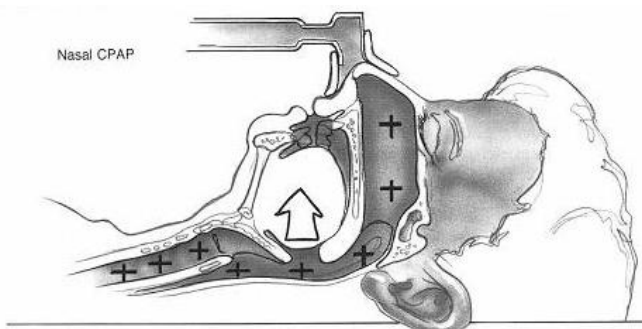
Terapia

Il trattamento deve essere finalizzato ai risultati che il medico ed il paziente in accordo si prefiggono utilizzando la terapia più efficace e che comporta i minori disagi .

I trattamenti possibili anche in combinazione tra loro sono:

1)riduzione del sovrappeso, dei pasti abbondanti la sera, dell'uso eccessivo di alcoolici e sedativi.

2)l'applicazione nei casi gravi non operabili o in attesa dell'intervento, di un dispositivo che somministra aria a pressione positiva nelle vie aeree tramite una maschera CPAP (Nasal o Oral Continuous Positive Airway Pressure)



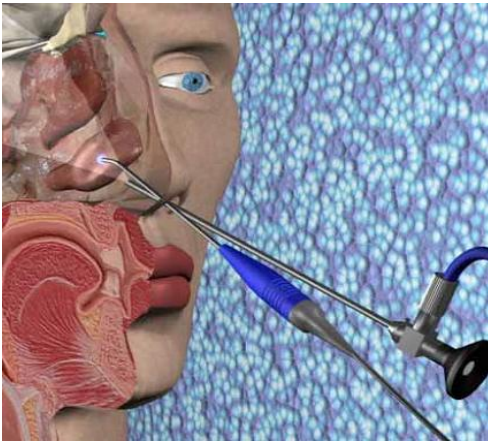
3)il trattamento delle allergie delle mucose delle prime vie aeree

4) la correzione chirurgica dei difetti a livello del naso e rinofarange,

a)Rinosettoplastica funzionale(correzione delle deviazioni e deformità del setto nasale e delle ossa nasali)



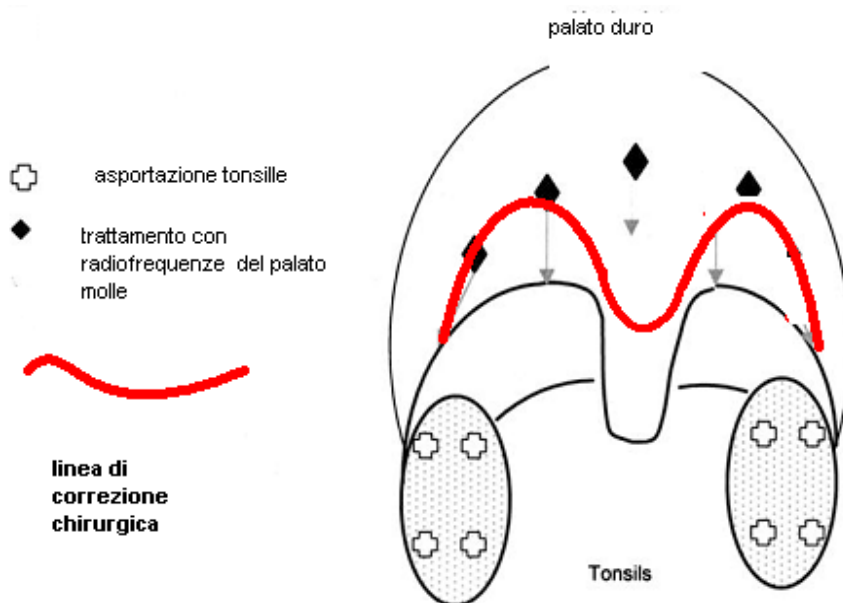
b) Riduzione del volume dei turbinati con radiofrequenze o resezione.



c) Adenotomia (asportazione delle vegetazioni adenoidee)

5) la correzione chirurgica dei difetti a livello del palato molle

a) Uvulopalatofaringoplastica (riduzione e modellamento dell'uvula, del palato e del tessuto faringeo esuberante)

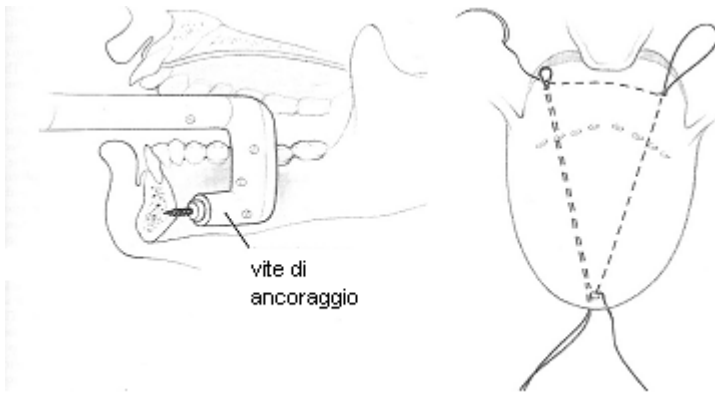


6) correzione chirurgica dei difetti a livello della base della lingua e della mandibola:

a) sospensione linguale (ancoraggio della lingua al mento),

b) avanzamento

mandibolare (spostamento di tutto il mascellare in avanti per aumentare lo spazio faringeo posteriore)



PROF Walter Di Nardo

Istituto di clinica Orl Università Cattolica di Roma

E mail DINARDOW@ILIBERO.IT

