

Resumos Clínicos - Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono

Introdução

A síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) é um distúrbio respiratório relacionado ao sono. Estima-se que a prevalência seja de 4% entre homens e 2% entre as mulheres, com ocorrência mais frequente entre 40 e 60 anos. É caracterizada por episódios recorrentes de obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores durante o sono, com redução ou cessação completa do fluxo aéreo, dessaturação e despertares. Como resultado, a pessoa manifesta sonolência diurna com prejuízo funcional nas atividades diárias e maior risco de acidentes de trânsito. Além disso, o paciente apresenta mais morbidades como: doenças cardiovasculares (hipertensão, doença arterial coronariana, arritmias, acidente vascular cerebral), síndrome metabólica e diabetes.

Fatores de Risco

Existe relação direta entre a prevalência de SAHOS e o índice de massa corporal. Além da obesidade, a circunferência cervical maior que 40 cm também tem relação direta com a prevalência da doença. Apesar da frequente relação entre obesidade e SAHOS, nem todo paciente com a doença é obeso.

Fatores adicionais implicados incluem retro/micrognatia, macroglossia, hipertrofia adenoamigdaliana, obstrução nasal, tabagismo, hipotireoidismo e fatores hereditários. A doença é agravada por medicamentos sedativos e ingestão de álcool.

Diagnóstico de SAHOS

O diagnóstico é sugerido pela presença de dois ou mais dos seguintes sintomas:

- roncos noturnos;
- sonolência diurna excessiva;
- pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa.

Outros sintomas frequentemente associados incluem ainda noctúria, disfunção erétil, cefaleia matinal, pirose/dispepsia, boca seca, sudorese noturna.

Achados do exame clínico que reforçam a hipótese de SAHOS são obesidade, aumento da circunferência cervical (maior que 40 cm) e hipertensão arterial.

Polissonografia

A polissonografia é o exame complementar que confirma o diagnóstico e avalia objetivamente a gravidade da SAHOS na forma de eventos por hora.

O critério diagnóstico em pacientes sintomáticos é de cinco ou mais eventos de apneia/hipopneia por hora. Classifica-se o distúrbio como leve na observação de cinco a 14 eventos/hora; moderado se 15 a 30 eventos/hora e grave se mais de 30 eventos/hora.

A escala de Epworth pode ser utilizada para avaliar objetivamente a sonolência diurna, tanto para rastrear sonolência excessiva, quanto para avaliar o seguimento do paciente após determinada intervenção.

Quadro 1 – Escala de Sonolência de Epworth

Assinalar as respostas que mais se enquadram no seu caso:				
	Nunca dormiria	Pouca possibilidade de dormir	É possível que dormisse	Grande possibilidade de dormir
Sentado lendo.	0	1	2	3
Assistindo TV.	0	1	2	3
Sentado em lugar público (teatro, reunião, sala de espera).	0	1	2	3
Como passageiro de carro ou ônibus andando 1 hora sem parar.	0	1	2	3
Descansando deitado à tarde, quando as circunstâncias permitem.	0	1	2	3
Sentado conversando com alguém.	0	1	2	3
Sentado tranquilamente após o almoço (sem ter ingerido álcool).	0	1	2	3
Dirigindo veículo, quando para momentaneamente no trânsito.	0	1	2	3
Uma pontuação ≥ 12 indica a presença de sonolência diurna excessiva.				

Fonte: ZANCANELLA (2014).

Complicações

SAHOS é conhecida causa de hipertensão arterial sistêmica secundária, muitas vezes resistente ao tratamento. Associado a isso, com frequência as pessoas com o diagnóstico manifestam perfil metabólico desfavorável e apresentam diabetes e dislipidemia. Esta conjunção

de fatores produz significativo aumento do risco cardiovascular e maior ocorrência de cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e morte precoce.

O desempenho cognitivo e o humor podem ser afetados pela SAHOS. A pessoa pode manifestar problemas de concentração, aprendizagem e memória. Irritabilidade, sintomas depressivos e ansiedade também são descritos.

Por fim, é notória a relação da SAHOS não tratada com acidentes de veículos automotores. Todo paciente deve ser notificado do risco aumentado para acidentes quando não tratados. Aquelas pessoas que trabalham em profissões de risco, como motoristas profissionais, pilotos, trabalhadores em altura, são de altíssima prioridade para avaliação e tratamento.

Tratamento

Os pacientes com SAHOS e obesidade devem ser orientados e apoiados para perda de peso e evitar o uso de sedativos e bebidas alcoólicas. O paciente deve ser aconselhado a evitar a posição supina ao dormir. Pessoas em uso de próteses dentárias totais devem ser aconselhadas a dormir com as próteses. Fatores respiratórios agravantes como rinite e alterações maxilares, mandibulares ou nasais devem ser avaliadas e receber tratamento específico, inclusive com cirurgia, quando indicado.

Além das medidas anteriores, pacientes com SAHOS classificada como moderada ou grave são candidatos ao tratamento com pressão aérea positiva contínua (CPAP).

Aparelhos intra-orais são utilizados como alternativa nos pacientes que recusam ou não toleram CPAP.

Quando Encaminhar

Devem ser encaminhados para avaliação e manejo especializado todos os pacientes com SAHOS moderada a grave (índice de apneia-hipopneia ≥ 15 eventos/hora), pacientes com distúrbio leve (índice de apneia-hipopneia cinco a 14 eventos/hora) muitos sintomáticos e que não melhoram com medidas gerais (perda de peso, evitar sedativos/álcool, dormir em posição não supina) e pessoas com profissões de risco (motoristas profissionais, pilotos, trabalhadores em altura).

Referências

BERTOLAZI, A. N. et al. Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 9, p. 877-883, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000900009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Maio 2015.

DYNAMED . **Obstructive sleep apnea (OSA)** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2015.

FREEDMAN, N. Treatment of obstructive sleep apnea syndrome. **Clinics in Chest Medicine**, Philadelphia, v. 31, n. 2, p. 187–201, 2010.

HADDAD, F.; BITTENCOURT, L. **Recomendações para o diagnóstico e tratamento da síndrome da apneia obstrutiva do sono no adulto**. São Paulo: Estação Brasil, 2013.

JACOBOWITZ, O. **Apneia obstrutiva do sono em adultos** [Internet]. Best Practice. Londres: BMJ Publishing Group, 2015. [atualizada em 18 Dez. 2014; acesso em 11 Maio 2015].

JAFARI, B.; MOHSENIN, V. Polysomnography. **Clinics in Chest Medicine**, Philadelphia, v. 31, n. 2, p. 287-297, 2010.

JONES, S. F.; CHEBBO, A. Weight loss in the management of obstructive sleep apnea. **Sleep Medicine Clinics**, New York, v. 8, n. 4, p. 517–525, 2013. Disponível em: <<http://www.sleep.theclinics.com/article/S1556-407X%2813%2900060-X/pdf>>. Acesso em: 11 Maio 2015.

MEHRA, R. Sleep apnea ABCs: airway, breathing, circulation. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, Cleveland, v. 81, n. 8, p. 479-89, Aug. 2014.

MOKHLESI, B.; KRYGER, M. H.; GRUNSTEIN, R. R. Assessment and management of patients with obesity hypoventilation syndrome. **Annals of the American Thoracic Society**, New York, v. 5, n. 2, p. 218–225, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645254/>>. Acesso em: 4 Mar. 2015.

QASEEM, A. et al. Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 161, v. 3, p. 210-20, 2014.

QASEEM, A. et al. Management of obstructive sleep apnea in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 159, n. 4, Sep. 2013. Disponível em: <<http://annals.org/article.aspx?articleid=1742606>>. Acesso em: 6 Mar. 2015.

SCHWALM, F., ROMAN, R. Doenças pulmonares não infecciosas. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVEIRA, L. E. et al. Alterações do sono. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Distúrbios respiratórios do sono. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 36, supl. 2, s1-s-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1806-371320100014&script=sci_issuetoc. Acesso em: 28 Abr. 2015.

YAGGI, H. K.; STROHL, K. P. Adult obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome: definitions, risk factors, and pathogenesis. **Clinics in Chest Medicine**, Philadelphia, v. 31, n. 2, p. 179–186, 2010.

ZANCANELLA, E. et al. Apneia obstrutiva do sono e ronco primário: diagnóstico. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 80, n. 1, supl. 1, p. s1-s16, Fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942014000800001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Maio 2015.