

Διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα για το ροχαλητό και την άπνοια - Η ΩΡΛ άποψη



Από τον

Δρ. Αντώνη Γ. Παπαβασιλείου,

Χειρουργό Ωτορινολαρυγγολόγο,

Διευθυντή ΩΡΛ/ΚΟΥ Κέντρου

Ροχαλητού Ιατρικού Ψυχικού,

Πρόεδρο της Ένωσης Ελλήνων ΩΡΛ/γων, Ελ.Επ.

Ο ύπνος είναι ένας από τους από τους πιο σημαντικούς βιορυθμούς ή Κιρκαρδικούς ρυθμούς του ανθρώπου και είναι αναζωογονητικός για τον ανθρώπινο οργανισμό, προϋπόθεση καλής υγείας, αντίστασης στις ασθένειες και απαραίτητος για μια καλή ποιότητα ζωής. Οτιδήποτε επομένως μέσα στον άνθρωπο ή από το περιβάλλον του διαταράσσει το ρυθμό αυτό μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού στο σύνολό του.

Στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να θεωρηθεί και να αντιμετωπισθεί το έντονο και συνεχές ροχαλητό και η, στην ακραία εκδήλωσή του, άπνοια.

Το **ροχαλητό** είναι μια διαταραχή του ύπνου που μέχρι πριν μερικά χρόνια το θεωρούσαμε «αθώο» και γενικά σαν κάτι που δεν χρειάζεται ιατρική φροντίδα. Αποτελούσε μόνο αφορμή για περιπαικτικά σχόλια και αστειεύσεις. Ο μύθος αυτός βέβαια της αθωότητας ήταν αποτέλεσμα της άγνοιας της ιατρικής κοινότητας, για τα αίτια και τους

ακριβείς μηχανισμούς δημιουργίας του, με λογική συνέπεια την αδυναμία της να το αξιολογήσει και να το αντιμετωπίσει αποτελεσματικά.

Σήμερα, μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι το ροχαλητό, πέραν του να είναι μια ενόχληση για το σύντροφο στον ύπνο, είναι πλέον μια παγκόσμια αναγνωρισμένη **νόσος**, που εκδηλώνεται με μια ποικιλία κλινικών μορφών: του απλού, **αθώου** περιστασιακού και ακίνδυνου **ροχαλητού**, με το οποίο δεν ασχολούμεθα, του **επίμονου έντονου συνεχούς ροχαλητού**, περισσότερο από 3-4 βράδια την εβδομάδα, που απαιτεί ιατρική φροντίδα, μέχρι την επικίνδυνη για τη ζωή κατάσταση του **σύνδρομου της υπνικής άπνοιας**.

Το **ροχαλητό** είναι ο ήχος, ο θόρυβος που παράγεται στη διάρκεια του ύπνου, από τις δονήσεις των τοιχωμάτων της μύτης, του φάρυγγα και κυρίως της μαλακής υπερώας, στο πίσω μέρος της οροφής του στόματος. Η δόνηση αυτή δημιουργείται από τη δύσκολη

δίοδο, το δύσκολο πέρασμα του αέρα της αναπνοής μέσα από ένα στενωμένο φάρυγγα. Η στένωση οφείλεται συνήθως σε παράγοντες που έχουν σχέση κυρίως με την ανατομική κατασκευή της περιοχής, το βαθμό μυϊκής χαλάρωσης την ώρα του ύπνου και τις προσωπικές συνήθειες και συνθήκες ύπνου του ροχαλαπτή.

Υπνική άπνοια είναι η κατάσταση κατά την οποία, στη διάρκεια του ύπνου υπάρχει έντονο συνεχές ροχαλιτό μαζί με επαναλαμβανόμενα επεισόδια **πλήρους απόφραξης** της αναπνευστικής οδού και σύντομες **διακοπές της αναπνοής**. Διακρίνεται σε **αποφρακτικού τύπου**, στη πλειονότητα των περιστατικών, 95% περίπου και σε **κεντρικού** στο υπόλοιπο 5%. Η ενασκόληση των ΩΡΛ/γων με το ροχαλιτό και την άπνοια αφορά αποκλειστικά και μόνο τα αποφρακτικής αιτιολογίας περιστατικά.

Συχνότητα.

Το 50%, περίπου, των ενηλίκων, άνω των 40 ετών, ροχαλίζουν και το 20% από αυτούς πάσχει από υπνική άπνοια. Στα παιδιά το ροχαλιτό είναι επίσης αρκετά συχνό. Υπολογίζεται, ότι το 11-12% των παιδιών ηλικίας 5-9 ετών ροχαλίζουν και το 2% των ηλικιών αυτών πάσχουν από άπνοια.

Αιτιολογικοί και προδιαθετικοί παράγοντες.

Υπάρχουν συνήθως περισσότεροι από ένας παράγοντες:

- **Παθήσεις** (φλεγμονές, αλλεργίες,

όγκοι κ.ά) και ανατομικές ανωμαλίες μύτης, στόματος, υπερώας, γλώσσας, φάρυγγα, γνάθου και αμυγδαλών. Ο εκ γενετής κοντός λαιμός και ο στενός αυλός του φάρυγγα.

- Η **παχυσαρκία** είναι παράγοντας υψηλού κινδύνου. Το 40% των παχύσαρκων πάσχουν από άπνοια και το 70% των σπνοϊκών ασθενών είναι παχύσαρκοι.
- **Φύλο και Ηλικία**. Συχνότερο στους άνδρες και σε ενήλικες άνω των 40 ετών, όταν οι ιστοί χάνουν ελαστικότητα τα μυϊκό τόνο τους.
- Η κατανάλωση **οιονοπνεύματος** και η **λήψη πρεμιστικών πριν τον ύπνο**, λόγω της χαλάρωσης που προκαλούν στους μύες της αναπνευστικής οδού, όπως και το **κάπνισμα**, επιδεινώνουν το ροχαλιτό.
- **Διατροφικές** συνήθειες και συνθήκες ύπνου.
- **Νευρολογικές**, μυϊκές παθήσεις, υποθυρεοειδισμός, κληρονομικότητα και γενετικοί παράγοντες, μπορεί να παίξουν επίσης κάποιο ρόλο.
- Στα **παιδιά**, κύριοι παράγοντες είναι οι **υπερτροφικές αμυγδαλές και αδενοειδείς** εκβλαστήσεις και πολύ λιγότερο άλλες ανωμαλίες, όπως το σύνδρομο Down, ατραψία χοανών, νευρομυϊκές παθήσεις κλπ.

Διαγνωστικό Πρωτόκολλο για το Ροχαλιτό & την Άπνοια.

Από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας και την εμπειρία από τη συνεργασία μιας μεγάλης ομάδας

Ελλήνων ΩΡΛ/γων στα πλαίσια της Ένωσης Ελλήνων ΩΡΛ/γων Ελ.Επ, για τη διάγνωση για το ροχαλιτό και την άπνοια θεωρούνται απαραίτητα:

1. **Ιστορικό** από τον ασθενή και το περιβάλλον του, σύζυγος ,σύντροφος στον ύπνο, μέλη οικογένειας που είναι μάρτυρες του προβλήματος.
2. **Απαντήσεις** σ' ένα από τα βασικά ερωτηματολόγια για το ροχαλιτό.
3. **Βασικές μετρήσεις:** BMI (Δείκτης μάζας σώματος), περίμετρος λαιμού και κοιιλιάς.
4. Πλήρης **ΩΡΛ/κή** εξέταση με **ενδοσκόπηση** μύτης, στόματος, φάρυγγα και λάρυγγα και εκτέλεση δοκιμασίας Mueller για να διαγνωσθεί το επίπεδο απόφραξης.
5. **Μελέτη ύπνου** με πολυσωματοκαταγραφική τεχνική ή με φορητή συσκευή: για να διαπιστωθεί η βαρύτητα του ροχαλιτού και της άπνοιας (**Δείκτης AHI**) ή για να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας που εφαρμόστηκε.
6. **Αξονική σπληχνικού κρανίου & τραχήλου** με δοκιμασία Mueller για να διαπιστωθεί το/τα επίπεδο/α της απόφραξης. Κατά περίπτωση.
7. Βασικός **αιματολογικός και βιοχημικός** έλεγχος και ότι προκύπτει ως αναγκαίο από το ιστορικό. Ορμονικός έλεγχος για τις γυναίκες.
8. Εξέταση από άλλες **ειδικότητες** εφόσον υπάρχουν ενδείξεις από το ιστορικό (Νευρολόγος, Καρδιολόγος, Πνευμονολόγος, Ενδοκρινολόγος κλπ).





9. Ρινομανομετρία: Για τεκμηρίωση της υπάρχουσας απόφραξης και έλεγχο αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής που εφαρμόστηκε. Κατά περίπτωση.

10. Κεφαλομετρία όταν υπάρχουν ενδείξεις.

11. Ακρόαση & Μίμηση (Mimicking) του ροχαλητού. Δεν είναι πάντα απαραίτητη.

Η χρησιμοποίηση των διαγνωστικών μέσων που περιγράφονται στο πρωτόκολλο αυτό δεν είναι υποχρεωτική στο σύνολό της, γιατί ο κάθε ασθενής παρουσιάζει ατομικές και περιβαλλοντολογικές ιδιομορφίες. Πρέπει όμως, οπωσδήποτε, να δίνονται απαντήσεις στα ακόλουθα βασικά ερωτήματα:

1. Είναι το ροχαλητό επίμονο, έντονο, περισσότερο από 3-4 βράδια την εβδομάδα και όχι κάτι περιστασιακό, όπως μετά από σωματική κόπωση ή κατανάλωση οινοπνεύματος;
2. Ποιο είναι το αίτιο ή τα αίτια της απόφραξης;
3. Που εντοπίζεται το/τα επίπεδο/α της απόφραξης;
4. Ποια είναι η βαρύτητα των συμπτωμάτων του ασθενούς; (Δείκτης A/Y ή AHI).
5. Συνυπάρχοντες επιβαρυντικοί παράγοντες: υπέρταση, διαβήτης, αρρυθμίες, ψυχολογία κ.ά.
6. Ποιες είναι οι επιπτώσεις στη καθημερινή ζωή του ασθενούς;

Οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά είναι σημαντικές καθώς θα καθορίσουν και το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοσθεί.

Γνωστές επιπλοκές & παράπλευρες απώλειες του ροχαλητού και της άπνοιας:

Έχει διαπιστωθεί ότι πέραν των οικογενειακών προβλημάτων και των διαταραχών συμπεριφοράς, το επίμονο ροχαλητό και η άπνοια αυξάνουν τους κινδύνους εκδήλωσης:

- Υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου και καρδιακών επεισοδίων
- Σύγχυσης, εγκεφαλικών επεισοδίων, κατάθλιψης και απώλειας μνήμης.
- Στυτικής δυσλειτουργίας και ανικανότητας.
- Στα παιδιά ιδιαίτερα, οι μαθησιακές δυσκολίες, η ευερεθιστότητα, η επιθετικότητα και η νυκτερινή ενοούρηση μπορεί να είναι σημάδια ανώμαλου ύπνου.
- Τέλος, δεν πρέπει να παραγνωρίζονται οι οικονομικές επιπτώσεις στη κοινωνία από τις απώλειες ωρών εργασίας, τα τροχαία ατυχήματα και τις επιπτώσεις στη ποιότητα ζωής των κοινωνιών γενικά, οι οποίες είναι ανυπολόγιστες μέχρι στιγμής.

Αντιμετώπιση Ροχαλητού & Υπνικής Άπνοιας.

Το ροχαλητό και η άπνοια είναι νοσήματα πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, γεγονός που συνεπάγεται και την ύπαρξη πολλών τρόπων ή συνδυασμού τρόπων αντιμετώπισής τους.

Η οποιαδήποτε θεραπεία όμως που θα προταθεί και εφαρμοσθεί, πρέπει να είναι απόλυτα εξατομικευμένη και να λαμβάνει υπόψη της τρία σημαντικά στοιχεία:

- τη **βαρύτητα** της πάθησης (AHI= ο αριθμός των αποπνοϊκών και υποαπνοϊκών επεισοδίων

- ανά ώρα ύπνου),
- την **ηλικία** του ασθενούς και
- άλλους **επιβαρυντικούς** παράγοντες που πιθανώς συνυπάρχουν.

Θεραπευτικά Πρωτόκολλα: Οι δυνατότητες που υπάρχουν.

1. Κανόνες υγιεινής ζωής και συνήθειες ύπνου:

Σωματική άσκηση, διατροφικές συνήθειες (ώρες, ποσότητες, είδη τροφών), απώλεια βάρους στους παχύσαρκους (BMI πάνω από 30), ασκήσεις αναπνευστικές και γλώσσας, οδηγίες για το χώρο και τις συνήθειες ύπνου (ώρες, θέση σώματος, ποιότητα κρεβατιού, μαξιλάρια, ύγραση ατμόσφαιρας), περιορισμός λήψης

Υπάρχουν πολλές απλές, φθηνές, εύκολες ανεκτές και μη αιματηρές λύσεις για το ροχαλητό και την άπνοια, πριν φθάσει κανείς στο χειρουργείο ή στη συσκευή CPAP.

πρεμιστικών φαρμάκων και οινοπνεύματος προ του ύπνου, απαγόρευση καπνίσματος, κ.ά.

2. Συντηρητική αγωγή:

- Φαρμακευτική αγωγή, αντιβιοτικά, αντιαλλεργικά, για φλεγμονές και αλλεργίες της περιοχής, άλλα φάρμακα για συνυπάρχουσες παθήσεις, κατά περίπτωση.
- Χρήση λιπαντικών σπρέι, διαστολέων και ταινιών της μύτης, γναθοστοματικές προθέσεις, νάρθηκες στήριξης γνάθων κ.ά.
- Εναλλακτική ιατρική: Μουσικά, όργανα, Υπνωτισμός, τραγούδι κ.ά.

3. Χειρουργική αντιμετώπιση: Α. Πότε είναι αναγκαία:



- Μόνον όταν δεν αποδώσουν οι προηγούμενοι απλούστεροι τρόποι αντιμετώπισης.
- Όταν υπάρχει σαφώς διαγνωσμένη ανατομική απόφραξη ή αποφράξεις στα επίπεδα μύτης, στόματος, υπερώας, γλώσσας και υποφάρυγγα. Υπόψη, ότι στο 60% των ασθενών με παθολογικό ροχαλητό και υπνική άπνοια υπάρχει συμμετοχή της **υπερώας**.
- Όταν ο ασθενής, μετά από σωστή ενημέρωση, επιθυμεί ο ίδιος χειρουργική αντιμετώπιση.

B. Χειρουργικές τεχνικές:

Κλασικές και μοντέρνες τεχνικές πλαστικής υπερώας και σταφυλής, ευθυσασμού ρινικού διαφράγματος, κοχχοτομής, αμυγδαλεκτομής, γλωσσοεκτομής και άλλες πιο εξειδικευμένες. Με τα σύγχρονα εργαλεία που έχουμε στα χέρια μας, laser, ραδιοσυχνότητες, υπέρηχοι, εμφυτεύματα υπερώας κλπ, οι επεμβάσεις είναι απλές στη εφαρμογή τους, πολύ λίγο ή καθόλου αιματηρές και οι πιο πολλές εκτελούνται στο εξωτερικό ιατρείο με τοπική αναισθησία. Η οποιαδήποτε όμως χειρουργική επέμβαση και τεχνική ή συνδυασμός επεμβάσεων, πρέπει να είναι εξατομικευμένα και σχεδιασμένα στο να δίνουν λύσεις στα προβλήματα του συγκεκριμένου ασθενούς.

4. Συσκευές θετικής πίεσης (CPAP).

Είναι **σημαντικό και πολύτιμο** εργαλείο στη αντιμετώπιση της άπνοιας και του έντονου ροχαλητού. Η χρήση της επιβάλλεται μόνο όταν όλοι οι άλλοι τρόποι θεραπείας αποδειχθούν αναποτελεσματικοί ή δεν είναι δυνατόν, για διαφόρους λόγους, να εφαρμοσθούν.

5. Ένας συνδυασμός των προηγούμενων θεραπευτικών μεθόδων.

Θεραπευτικά πρωτόκολλα ανάλογα με τη βαρύτητα:

Η Υπνική Άπνοια ταξινομείται, αδρά, ανάλογα με τη βαρύτητά της και το δείκτη AHI σε: 0-5 ήπια, 6-15 μέτρια, ≥ 15 σοβαρή.

ΔΕΙΚΤΗΣ 0-5 ήπια:

- 1. Κανόνες υγιεινής ζωής και ύπνου:**
Απώλεια βάρους, συνήθειες και χώρος ύπνου, γεύματα, ύγραση ατμόσφαιρας, φάρμακα, οινόπνευμα, άσκηση, κάπνισμα κλπ.
- 2. Συντηρητική αντιμετώπιση:**
Λιπαντικά, ασκήσεις μύων γλώσσας και φάρυγγα, ρινικοί διαστολείς, ρινικές ταινίες, γναθοστοματικές προθέσεις κλπ.
- 3. Χειρουργική αντιμετώπιση:**
Μόνο όταν υπάρχει εκδηλη παθολογία απόφραξης στις περιοχές δημιουργίας του ροχαλητού, υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις στη ποιότητα ζωής του ασθενούς, ο ίδιος επιθυμεί τη

χειρουργική αποκατάσταση και εφόσον τα προηγούμενα μέτρα αποδειχθούν αναποτελεσματικά.

ΔΕΙΚΤΗΣ 6-15 μέτρια (Χωρίς ημερήσιες δυσλειτουργίες):

Όπως ανωτέρω και επανεκτίμηση.

ΔΕΙΚΤΗΣ 6-15 μέτρια (Με ημερήσιες δυσλειτουργίες, υπνηλία, υπέρταση κλπ.):

- Όπως ανωτέρω και χειρουργική προσέγγιση.
- Παραπομπή για C-PAP, μόνο όταν όλες οι άλλες θεραπευτικές δυνατότητες αποτύχουν ή είναι αδύνατο για διαφόρους λόγους να εφαρμοσθούν.

ΔΕΙΚΤΗΣ ≥ 15 σοβαρή:

Όπως ανωτέρω αρχικά και πιθανή πολλαπλή χειρουργική αντιμετώπιση. Παραπομπή για C-PAP.

Σημείωση: Η επικρατούσα άποψη, **Άπνοια = Μόνο CPAP**, είναι απόλυτα αντιεπιστημονική και δυνητικά επικίνδυνη για τον ασθενή, όπως επίσης επικίνδυνη μπορεί να είναι και η θέση **Ροχαλητό & Άπνοια = Μόνο Χειρουργεί**. Η αλήθεια βρίσκεται στη σωστή εκτίμηση και αντιμετώπιση κάθε περιστατικού ξεχωριστά. Υπάρχουν πολλές απλές, φθηνές, εύκολες ανεκτές και μη αιματηρές λύσεις για το ροχαλητό και την άπνοια, πριν φθάσει κανείς στο χειρουργείο ή στη συσκευή CPAP. ♦