

Distúrbios do sono: o que os pneumologistas têm a ver com isto?

LUIZ EDUARDO NERY¹

Os fisiologistas respiratórios tiveram interesse na investigação de pacientes obesos e sonolentos a partir da década de 50⁽¹⁾ e, embora as alterações respiratórias noturnas tenham sido referidas, não foram valorizadas. Acreditava-se que a obesidade levava a aumento da carga mecânica ventilatória com depressão do centro respiratório e conseqüente hipoventilação alveolar. A sonolência dos pacientes era explicada pela hipercapnia.

Na década de 60, com a introdução da investigação polissonográfica desses pacientes na Europa^(2,3) (como descrito no artigo de Rodrigues e col., neste número)⁽⁴⁾, novas evidências surgiram, quais sejam: centenas de pausas respiratórias por obstrução das vias aéreas superiores (apnéias obstrutivas) foram detectadas, levando a hipoxemia, arritmias cardíacas e despertares com acentuada fragmentação do sono normal.

O impacto desses achados foi uma mudança na interpretação fisiopatológica da hipersonolência diurna desses pacientes, sendo esta mais relacionada a fragmentação do sono pelos inúmeros despertares vinculados às apnéias (mesmo sem percepção pelo paciente) do que a anormalidades dos gases sanguíneos. Hoje sabemos que a grande maioria dos pacientes com apnéia do sono são normocápnicos e somente uma pequena percentagem apresenta quadro de hipoventilação diurna associada às apnéias (síndrome de hipoventilação-obesidade ou síndrome de Pickwick).

Traqueostomia realizada nestes pacientes a partir de 1970, levando a um curto-circuito aéreo e eliminando o sítio de obstrução, mostrou dramática resolução dos sintomas⁽⁵⁾. Estes resultados levaram ao desenvolvimento de métodos não tão agressivos e mais aceitos pelos pacientes que visassem impedir o fechamento faríngeo. No início da década de 80, o Dr. Sullivan, na Austrália⁽⁶⁾, empregou pela primeira vez o CPAP nasal (pressão positiva contínua nas vias aéreas superiores), com resultados imediatos brilhantes; sendo até os dias de hoje considerado o procedimento terapêutico mais utilizado no tratamento da síndrome da apnéia do sono obstrutiva (SASO).

A partir desses acontecimentos, com a “redescoberta” da apnéia do sono e suas variantes: hipopnéia e síndrome da resistência das vias aéreas superiores^(7,8), mudou-se radicalmente o enfoque dado à medicina do sono, com os médicos pneumologistas cada vez mais se dedicando a esta “nova” especialidade.

Uma publicação recente da *American Sleep Disorders Association*⁽⁹⁾ comprova essas mudanças, mostrando que a participação dos pneumologistas entre os requerentes a especialista em sono (*Board-certified*) nos Estados Unidos vem crescendo, perfazendo, em 1997, 66% do total, seguido pelos neurologistas, com um percentual de 18%.

Embora tenham sido referidas na “Classificação Internacional de Distúrbios do Sono”⁽¹⁰⁾ mais de 80 doenças, por que então a abordagem dos distúrbios respiratórios do sono modificou o interesse e o perfil dos especialistas?

Em primeiro lugar, citaremos a alta prevalência da SASO em todas as casuísticas. Mais especificamente, o *Wiscotin sleep cohort study*⁽¹¹⁾ mostrou que 2% das mulheres e 4% dos homens entre 30 e 60 anos preenchiam critérios clínicos e polissonográficos da síndrome. Também no nosso meio, pesquisa realizada pelo Instituto do Sono do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP-EPM mostrou a elevada ocorrência de ronco, numa amostra aleatória de 1.000 indivíduos da cidade de São Paulo. Assim, referência a ronco foi obtida em 26,5% dos homens e 8,9% das mulheres entre 20 e 40 anos e em 36,0% dos homens e 24,5% das mulheres após os 40 anos⁽¹²⁾.

Em segundo lugar, maior mortalidade e morbidade tem sido relatada nesses pacientes com SASO. Sonolência diurna excessiva está associada a maior ocorrência de acidentes de trabalho e de trânsito e menor rendimento escolar e desempenho no trabalho⁽¹³⁾. Anormalidades cardiovasculares, quais sejam, hipertensão arterial e maior risco de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, têm sido implicadas no aumento da mortalidade nesses pacientes^(14,15).

O terceiro motivo do interesse é que a apnéia obstrutiva do sono é potencialmente “curável”, utilizando-se medidas como higiene do sono e perda de peso (infelizmente, esta última, raramente mantida por períodos longos)⁽¹⁶⁾, técnicas cirúrgicas⁽¹⁷⁾ que visam evitar a oclusão faríngea noturna (das quais, excluindo-se a traqueostomia, ainda são de sucesso relativo); e finalmente os métodos mecânicos de abertura da faringe, tais como os aparelhos intrabucais⁽¹⁸⁾, que têm pro-

1. Professor Adjunto Doutor, Disciplina de Pneumologia Unifesp/EPM; Instituto do Sono Unifesp/EPM; Presidente da Comissão de Distúrbios Respiratórios do Sono da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

porcionado bons resultados em roncadores e pacientes com apnéia leve a moderada, e o CPAP nasal, que como já referido ainda é o padrão ouro de tratamento, levando a sucesso terapêutico satisfatório na maioria dos pacientes orientados e que se propõem a usar o aparelho^(19,20).

Além disso, cabe ao pneumologista também avaliar as alterações cardiorrespiratórias durante o sono, de doenças crônicas como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, fibroses pulmonares e doenças neuromusculares, entre outras; sendo também desejável que tenham conhecimento mínimo dos distúrbios não-respiratórios do sono, para que o diagnóstico diferencial seja estabelecido e o encaminhamento a outros especialistas efetuado.

Outro aspecto bastante discutido e polêmico na Europa, Estados Unidos e Canadá é a complexidade da confirmação diagnóstica pela polissonografia tradicional.

Poucos centros são disponíveis para um número estimado muito elevado de pacientes com doenças do sono. Ainda, o custo elevado de um exame com a complexidade descrita torna-o inviável, mesmo nos centros mais avançados, para

avaliar somente o potencial de pacientes com distúrbios respiratórios do sono. No nosso meio, com a conscientização crescente dos médicos a respeito das doenças do sono, já vivemos problema semelhante. Embora ainda não recomendado em consensos no exterior⁽²¹⁻²³⁾, com o avanço tecnológico, sem dúvida nos próximos anos ocorrerá fatalmente uma simplificação substancial da avaliação polissonográfica. Esta certamente deverá ser feita na residência do paciente com aparelhos portáteis, com confiabilidade boa na maior parte dos pacientes, reservando-se os estudos polissonográficos laboratoriais apenas para casos complexos ou não resolvidos na avaliação mais simplificada.

Como reflexão final, acreditamos que a introdução do estudo do sono e seus distúrbios no *currículo* médico, assim como divulgação entre as sociedades médicas e especialidades afins, são medidas urgentes formadoras de massa crítica entre clínicos e vários especialistas (incluindo o especialista em doenças do sono), para que pacientes com distúrbios orgânicos graves sejam adequadamente diagnosticados e tratados.

REFERÊNCIAS

- Burwell CS, Robin ED, Whaley RD, Bickelmann AG. Extreme obesity associated with alveolar hypoventilation – A Pickwickian syndrome. *Am J Med* 1956;21:811-818.
- Gastaut H, Tassinari CA, Duron B. Etude polygraphique des manifestations episodiques (hypnique et respiratoires), diurne et nocturne, du syndrome de Pickwick. *Rev Neurol* 1965;112:568-579.
- Jung R, Kuhl W. Neurophysiological study of abnormal night sleep and the Pickwickian syndrome. *Prog Brain Res* 1965;18:140-160.
- Rodrigues RN, Guiot M, Tavares P. Sobre um caso de síndrome da apnéia do sono obstrutiva simulando narcolepsia. *J Pneumol* 1997;23:264-266.
- Guilleminault C, Tilkian A, Dement WC. The sleep apnea syndromes. *Ann Rev Med* 1976;27:465-484.
- Sullivan CE, Berthon-Jones M, Issa FG, Eves L. Reversal of obstructive sleep apnea by continuous positive airway pressure. *Lancet* 1981;1:862-865.
- Guilleminault C, Stoohs R, Clerk A, Cetel M, Maistros P. A cause of excessive daytime sleepiness – the upper airway resistance syndrome. *Chest* 1993;104:781-787.
- Gould GA, Whyte KF, Rhind GB, Airlie MA, Catterall JR, Shapiro CM, Douglas NJ. The sleep hypopnea syndrome. *Am Rev Resp Dis* 1988;137:895-898.
- Phillips B. The changing landscape of board certification in sleep. *ASDA News* 1997;4:13-16.
- American Sleep Disorders Association. International Classification of Sleep Disorders. Lawrence, Kansas: Allen Press, 1990.
- Yong T, Palta M, Dempsey L, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep, disordered breathing among middle aged adults. *N Engl J Med* 1993;328:1230-1235.
- Bagnato MC, Moura SMT, Bittencourt LR, Tufik S, Nery LE. Occurrence and relationship between snoring and daytime sleepiness in São Paulo, Brasil. *J Sleep Res* 1996;5(Suppl):11.
- Findley LJ, Levinson MP, Bonnie RJ. Driving performance and automobile accidents in patients with sleep apnea. *Clin Chest Med* 1992;13:427-435.
- He J, Kryger MH, Zorick FJ, Conway W, Roth T. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea. Experience in 385 male patients. *Chest* 1988;94:9-14.
- Shepard JW. Hypertension, cardiac arrhythmias, myocardial infarction and stroke in relation to obstructive sleep apnea. *Clin Chest Med* 1992;13:437-458.
- Pack AI. Obstructive sleep apnea. *Adv Int Med* 1994;39:517-567.
- Sher AE, Schechtman KB, Piccirillo JF. The efficacy of surgical modifications of the upper airway in adults with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep* 1996;19:156-177.
- Schmitt-Nowara W, Lowe A, Wiegand L, Cartwright R. Oral appliances for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea: a review. *Sleep* 1995;18:501-510.
- Berthon-Jones M, Lawrence S, Sullivan CE, Grunstein R. Nasal continuous positive airway pressure treatment: current realities and future. *Sleep* 1996;19:131-135.
- Engleman HM, Martin SE, Deary IJ, Douglas NJ. Effect of CPAP therapy on daytime function in patients with the sleep apnea/hypopnea syndrome. *Thorax* 1997;52:114-119.
- Indications and standards for cardiopulmonary sleep studies. American Thoracic Society, Medical section of American Lung Association. *Am Rev Resp Dis* 1989;139:559-568.
- Stradling JR. Sleep studies for sleep-related breathing disorders – Consensus Report. *J Sleep Res* 1992;1:265-273.
- Standards for polysomnography in Canada. Canadian Thoracic Society. *Can Med Assoc J* 1996;155:1673-1678.