Allenstein Gondim, Lys Maria; Matshie Matumoto, Luciana; de Melo Júnior, Marco Antônio Cezário; Bittencourt, Sérgio; Ribeiro, Ulisses José

Estudo comparativo da história clínica e da polissonografia na síndrome da apnésia/hipopnésia obstrutiva do sono

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 73, núm. 6, noviembre-diciembre, 2007, pp. 733-737
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
São Paulo, Brasil

Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=392437837003
Estudo comparativo da história clínica e da polissonografia na síndrome da apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono

Lys Maria Allenstein Gondim ¹, Luciana Matsbie Matumoto ², Marco Antônio Cezário de Melo Júnior ³, Sérgio Bittencourt 4, Ulisses José Ribeiro ⁵

Resumo

O reconhecimento dos distúrbios respiratórios do sono tem aumentado a cada ano. Manifestações, como o ronco, consideradas meros inconvenientes vêm adquirindo importância no que diz respeito à qualidade de vida e seu impacto social. **Objetivo:** Comparar a história clínica com os resultados da polissonografia (PSG), na Síndrome da Apnéia/Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS), é o principal objetivo deste trabalho. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo, com 125 pacientes, através da análise de questionários específicos, IMC e Escala de Epworth. **Resultados:** Dentre os pacientes, 75 eram do sexo masculino e 50 do feminino. O principal sintoma foi a roncopatia. 46% apresentaram PSG normais, 30% SAHOS leve, 15% moderada e 9% severa, não se evidenciando correlação estatística entre a clínica e a PSG. **Conclusão:** A história clínica, por si só, não é suficiente para a definição do diagnóstico ou do grau de severidade dos casos de SAHOS.

Comparative study between clinical history and polysomnogram in the obstructive sleep apnea / hypopnea syndrome

Recognizing sleep-disordered breathing is on the rise every year. Manifestations, such as snoring, that were earlier considered mere inconveniences are now acquiring greater importance concerning life quality and social impact. **Aim** of the study: To compare the clinical history to polysomnogram (PSG) results in the Obstructive Sleep Apnea/Hypopnea Syndrome (OSAHS). **Materials and Methods:** 125 patients were analyzed, in a retrospective study. Specific questionnaires, evaluations of Body Mass Index and Epworth Scale were carried out. **Results:** Among the patients, 75 were males and 50 were females. The main symptom was snoring. 46% had normal PSG, 30% had light OSAHS, 15% moderate and 9% severe OSAHS and it was not observed a correlation between clinical data and PSG results. Concerning clinical symptoms, only insomnia has shown relevance when univariately analyzed in normal and light OSAHS patients (p<0.05) compared to patients with moderate and severe OSAHS, losing its importance when analyzed together with other factors. **Conclusion:** the clinical history, per se, is not sufficient to define OSAHS’ diagnosis or it’s severity.

Palavras-chave: apnéia, epworth, polissonografia, ronco.
Keywords: apnea, epworth, polysomnogram, snoring.

1 Médica Otorrinolaringologista, Ex-residente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Nossa Senhora de Lourdes - SP; Professora e Médica Otorrinolaringologista da Universidade do Vale do Itajai, UNIVALI & Hospital Universitário Infantil Pequeno Anjo, HUPA.
2 Médica, ex-residente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Nossa Senhora de Lourdes.
3 Médico, residente do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Nossa Senhora de Lourdes.
4 Médico Otorrinolaringologista, Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Nossa Senhora de Lourdes.
5 Médico Otorrinolaringologista, Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Nossa Senhora de Lourdes.

Endereço para correspondência: Centro de Estudos/ Otorrinolaringologia Rua das Perobas 344 4o. andar Jabaquara São Paulo SP 04321-120.
Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 15 de março de 2005. cod. 163.
Artigo aceito em 3 de maio de 2007.
INTRODUÇÃO

A Apnéia Obstrutiva do Sono é uma condição caracterizada pela obstrução repetitiva da via aérea superior, por período igual ou maior que 10 segundos, resultando, frequentemente, na dessaturação de oxigênio e distúrbios do sono. A manifestação clássica é a sonolência diurna, mas outros sintomas como ronco, sono agitado, baixa concentração e fadiga são comumente relatados1.

A avaliação clínica deve ser feita com o paciente e com os familiares2, obtendo-se uma história focalizada na queixa principal, auxiliada por questionários quantitativos, através de escalas de sonolência já bem estabelecidas, como a de Epworth3. O exame físico também é importante para predizer a síndrome da apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS)4. O Índice de Massa Corporal (IMC) é um dos dados a serem analisados.

Várias alterações vêm sendo associadas aos distúrbios do sono, entre elas as cardiovasculares, que já se mostram em íntima relação com a SAHOS, principalmente a hipertensão pulmonar e arterial sistêmica e casos de infarto agudo do miocárdio0,10, fatos estes que vêm a mostrar ainda mais a importância de estudos mais detalhados sobre esta doença.

Quanto aos métodos diagnósticos complementares, a Polissonografia (PSG) é considerada o “padrão-ouro” para definir as desordens do sono5. Durante o procedimento são registrados: estágio e continuidade do sono, esforço respiratório, saturação de oxigênio, posição do corpo, eletrocardiograma e movimentos corporais. Outros exames como a cefalometria, a nasofibroscopia com manobra de Müller, videofluoroscopia, tomografia computadorizada e ressonância magnética também podem auxiliar no diagnóstico.

Comparar os dados da história clínica com os resultados das polissonografias, nos casos de suspeita de SAHOS, é o principal objetivo deste trabalho.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo histórico, de coorte, transversal, com 125 pacientes submetidos ao exame polissonográfico no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Nossa Senhora de Lourdes, no período de novembro de 2003 a fevereiro de 2004, requisitados por polissonografia no Serviço de Otorrinolaringologia. Foram incluídos 75 (60%) pacientes do sexo masculino e 50 (40%) do sexo feminino. Os mesmos foram divididos em dois grupos: o primeiro incluindo indivíduos considerados normais e com SAHOS leve e o segundo com pacientes que apresentaram SAHOS moderada e severa à polissonografia.

RESULTADOS

Foram incluídos 75 (60%) pacientes do sexo masculino e 50 (40%) do sexo feminino. Os mesmos foram distribuídos com relação à faixa etária em 6 grupos: menores de 15 anos (6 pacientes), 15 a 24 anos (2 pacientes), 25 a 34 anos (16 pacientes) 35 a 44 anos (37 pacientes) 45 a 54 anos (34 pacientes) e maiores de 55 anos (30 pacientes).

Quanto aos resultados das polissonografias, 57 pacientes (46%) apresentaram índice de apnéia/hipopnéia (IAH) dentro da normalidade (< 5 por hora - roncadores não-apnéicos), 88 pacientes (30%) apresentaram SAHOS leve (IAH entre 5 e 15 por hora), 19 pacientes (15%) SAHOS moderada (IAH entre 15 e 30 por hora) e 11 pacientes (9%) SAHOS severa (IAH > 30 por hora) (Tabela 2).

Foram comparados os resultados da Escala de Epworth (Tabela 2) divididos em positivo para os valores maiores que 10, segundo Johns1,5,7, com os achados polissonográficos divididos em pacientes normais e com SAHOS leve, comparado com os pacientes com SAHOS moderada e severa, onde, entre eles, a escala mostrou-se positiva em 70% (Gráfico 1).
### Tabela 1. Escala de Epworth

| I. Sentado e lendo | Nenhuma chance de cochilar (0) | Pequena chance de cochilar (1) | Moderada chance de cochilar (2) | Alta chance de cochilar (3) |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| II. Vendo televisão |                                |                                |                               |                            |
| III. Sentado em local público |                          |                                |                               |                            |
| IV. Como passageiro de carro, ônibus ou trem em 1 hora |                          |                                |                               |                            |
| V. Deitado para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem |                          |                                |                               |                            |
| VI. Sentado e conversando com alguém |                          |                                |                               |                            |
| VII. Sentado calmamente após o almoço, sem tomar álcool |                          |                                |                               |                            |
| VIII. No carro, em trânsito intenso, com o carro parado |                          |                                |                               |                            |

### Tabela 2. Distribuição quanto à gravidade da SAHOS

| IAH | N=125 | % |
|-----|-------|---|
| 0 – 5 | 57 | 46% |
| 5 – 15 | 38 | 30% |
| 15 – 30 | 19 | 15% |
| > 30 | 11 | 9% |

TOTAL 125 100%

IAH: Índice de Apnéia e Hipopnéia por hora de sono
N: número de pacientes

### Tabela 3: Relação entre as queixas clínicas dos pacientes e os resultados da polissonografia

| Queixa clínica | N | % total | SAHOS Moderado e Severo | SAHOS Moderado e Severo | N SAHOS Leve e Normal | % SAHOS Leve e Normal | p |
|---------------|---|---------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| Roncos | 104 | 83,2 | 26 | 86,7 | 78 | 82,1 | 0,7802 |
| Apnéia | 45 | 36 | 11 | 36,7 | 34 | 35,8 | 1 |
| ESD | 66 | 52,8 | 18 | 60 | 48 | 50,5 | 0,4068 |
| Insônia | 36 | 28,8 | 03 | 10 | 33 | 34,7 | 0,0102 |
| Dispepsia | 53 | 42,4 | 15 | 50 | 38 | 40 | 0,3984 |
| Ansiedade | 75 | 60 | 15 | 50 | 60 | 63,2 | 0,2084 |
| Falta de concentração | 49 | 36,2 | 10 | 33,3 | 39 | 41 | 0,5235 |
| Sono agitado | 61 | 48,8 | 10 | 33,3 | 51 | 53,7 | 0,0612 |
| Parassonia | 27 | 21,6 | 06 | 20 | 21 | 22,1 | 1 |
| Cefaléia matinal | 18 | 14,4 | 04 | 13,3 | 14 | 14,7 | 1 |
| Outros | 06 | 4,8 | 03 | 10 | 03 | 3,2 | 0,1489 |

TOTAL de pacientes 125 30 95

N: número de pacientes
ESD: excesso de sono diurno
Quanto à relação entre o IMC e o IAH: no estudo aplicado aos 125 pacientes, 17 apresentavam IMC maior que 36, três deles apresentaram IAH menor que 5 (normal), correspondendo a 5,3% dos 57 pacientes avaliados considerados normais. Sete pacientes dos 17 apresentaram SAHOS leve na polissonografia, o que corresponde a 18,4% dos 38 pacientes com SAHOS leve do estudo. Dois pacientes apresentaram SAHOS moderada, referente a 10,5% dos 19 pacientes com SAHOS moderada e 5 pacientes dos 17 com IMC maior que 36 apresentaram SAHOS severa, correspondendo a 45,4% dos 11 pacientes com SAHOS severa do estudo (Gráfico 2).

Segundo análise estatística os resultados da correlação entre essas queixas e os achados clínicos apresentados com os resultados das polissonografias foram os seguintes: na Análise Univariada (Teste Exato de Fisher): ronco (p=0,78), apneia (p=1), ESD (p=0,40), insônia (p=0,01), dispépsia (p=0,39), ansiedade (p=0,20), falta de concentração e atenção (p=0,52), sono agitado (p=0,06), parassonia (p=1), cefaléia matinal (p=1), outros (p=0,14), IMC (p=0,26) e Escala de Epworth (p=0,06) elevados. Na Análise Multivariada (hipóteses testadas para cada um dos sinais e sintomas na presença dos demais): ronco (p=0,87), apneia (p=0,70), ESD (p=0,99), insônia (p=0,07), dispépsia (p=0,25), ansiedade (p=0,27) falta de concentração e atenção (p=0,87), sono agitado (p=0,10), parassonia (p=0,95), cefaléia matinal (p=0,90), outros (p=0,70), IMC (p=0,27) e Escala de Epworth (p=0,27).

As principais queixas clínicas dos pacientes, obtidas pela anamnese, foram divididas em dois grupos no que diz respeito aos resultados das PSGs: pacientes com IAH menor que 15 (normais ou SAHOS leve) e com IAH maior que 15 (SAHOS moderada ou severa). A maioria dos pacientes apresentava como queixas: ronco, apneia, excessiva sonolência diurna (ESD), insônia, dispépsia, ansiedade, falta de concentração e atenção, sono agitado, parassonia, cefaléia matinal, distribuídos de acordo com a Tabela 3.

**DISCUSSÃO**

A história clínica e o exame físico são fundamentais no diagnóstico da SAHOS. Ronco, sono agitado, episódios de apneia, diminuição da concentração, insônia, entre outros achados na história clínica, incluindo a aplicação da Escala de Epworth também são considerados importantes na anamnese do paciente com distúrbios respiratórios do sono. Quanto aos sinais físicos, um IMC elevado (indicando sobrepeso/obesidade), hipertrofia tonsilar, de palato e de língua também são considerados relevantes.

De acordo com Pastor et al., no entanto, a história clínica não se mostrou suficiente para a definição diagnóstica dos distúrbios do sono. Segundo o mesmo autor, a existência de doenças concomitantes associadas diminui o valor de vários métodos complementares de screening, sendo fundamental a realização da polissonografia para uma avaliação global do problema, não se pensando apenas na SAHOS.

No presente estudo, tanto as queixas clínicas quanto o IMC e a Escala de Epworth foram correlacionados com os resultados das polissonografias. Observou-se que não houve diferença estatística significante (p>0,05) entre os
sintomas de sonolência diurna, apnéia, falta de concentração e atenção, sono agitado, bem como entre os achados de IMC elevados e Escalas de Epworth positivas, todos dados comparativos, com os resultados das polissonografias classificadas como moderadas e severas, versus as normais e leves. Queixas como falta de concentração e sono agitado se mostraram mais prevalentes nos pacientes normais e com SAHOS leve, apesar de não apresentarem significância estatística (p>0,05). Outro achado importante foi o resultado da insônia, descrita como síntoma comum nos pacientes com SAHOS\(^1\,^2\). Em nossas estatísticas ela também se mostrou significante, mas nos pacientes normais e com SAHOS leve (p<0,05) e não nos pacientes com SAHOS severo e moderado, como preconizado na literatura, e somente quando analisada isoladamente, perdendo sua importância quando na presença dos outros sinais e sintomas avaliados (Gráfico 3).

CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou que a história e os achados clínicos avaliados não devem ser considerados isoladamente em se tratando do estudo das doenças respiratórias obstrutivas do sono, não podendo o médico se basear unicamente nos mesmos para tentar definir a presença e/ou grau de severidade dos casos suspeitos de SAHOS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flemons WW, Buysse D et al. The Report of American Academy of Sleep Medicine Task Force. Sleep Related Breathing Disorders in Adults: Recommendations for Syndrome Definition and Measurement Techniques in Clinical Research. Sleep 1999;22:667-89.
2. Fujita RR, Moysés MG, Vuono IM. Ronco e Apnéia do Sono. In: Tratado de Otorrinolaringologia da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia 2003;3:637-43.
3. Keenan S.A. Polysomnographic technique: an overview. In: Chokroverty S, Editors. Sleep disorders medicine: basic science, technical considerations and clinical aspects. Boston: Butterworth-Heinemann; 1999. p.151-74.
4. Mitler MM, Carskadon MA, Hirshkowitz M. Evaluating sleepiness. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, Editors. Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p.1251-7.
5. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1991;14:540-5.
6. Johns MW. Reliability and factor analysis of the Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1992;15:376-81.
7. Oleejniczak PW, Fisch BJ. Sleep disorders. Med Clin North Am 2003;87:903-33.
8. Zonato AI, Bittencourt LR, Martinho FL, Júnior JF, Gregório LC, Tufik KS. Association of systemic head and neck physical examination with severity of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. Laryngoscope 2003;113(6):873-80.
9. Cavallari FEM, Leite MGJ, Mestriner PRE, Couto LGF, Fomin DS, Oliveira JAA. Relação entre hipertensão arterial sistêmica e síndrome da apnéia obstrutiva do sono. In: Rev Bras Otorrinolaringol 2002;68(5):619-22.
10. Dart RA, Gregoire JR, Guttermann DD, Wooll SH. The Association of Hypertension and Secondary Cardiovascular Disease With Sleep-Disorder Breathing. Chest 2003;123(1):244-60.
11. Pastor J, Fernández-Lorente J, Ortega B, Galán JM. Análisis comparativo de la historia clínica y la polisomnografía en la patología del sueño. Relevancia diagnóstica de la polisomnografía. Rev Neurol Jan 2001;32(1):22-9.