

Efeitos da Terapia Miofuncional Orofacial em Pacientes com Ronco Primário e Apneia Obstrutiva do Sono na Anatomia e Função da Via Aérea

FABIANE KAYAMORI

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Lorenzi Filho
Programa de Pneumologia

RESUMO

Kayamori F. Efeitos da terapia miofuncional orofacial em pacientes com ronco primário, apneia obstrutiva do sono na anatomia e função da via aérea [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

Introdução: A apneia obstrutiva do sono (AOS) é um problema de saúde pública, com grande prevalência e graves consequências. O tratamento considerado padrão-ouro para AOS grave é a aplicação do aparelho de pressão positiva aérea contínua (CPAP) durante o sono. Porém a adesão ao CPAP é baixa, em especial nos pacientes com ronco primário e AOS leve. Estudo prévio do nosso laboratório demonstrou que a terapia miofuncional orofacial (TMO) é efetiva em pacientes com AOS moderada (Guimaraes et. al, AJRCCM 2009:(179);962-966). No entanto, no trabalho inicial o número de pacientes foi relativamente pequeno (n=31), avaliou-se apenas pacientes com AOS moderada. Adicionalmente, a quantidade de exercícios orofaríngeos realizados foi relativamente grande (n=10) dificultando a adesão ao tratamento e os potenciais mecanismos de ação da terapia não foram elucidados. **Objetivo:** O objetivo primário do trabalho é avaliar a efetividade na redução da gravidade da AOS de um programa com um número reduzido de exercícios de TMO (6 exercícios) em pacientes com ronco primário, AOS leve, moderada e grave. Os objetivos secundários foram avaliar o impacto da TMO no índice de apneia hipopneia (IAH) em pacientes estratificados pelo IAH basal, a anatomia da via aérea superior (VAS) por meio da ressonância magnética (RM), a fisiologia da VAS por meio da força e fadiga da língua e a pressão crítica de fechamento (Pcrit).

Metodologia: Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade entre 20 e 65 anos, recentemente diagnosticados com ronco primário, AOS leve, moderada ou pacientes com AOS grave que se recusaram a utilizar o CPAP. Foram excluídos pacientes com índice de massa corpórea (IMC) ≥ 35 kg/m², malformações craniofaciais, desdentados, uso regular de medicação hipnótica, doença obstrutiva nasal grave, pacientes já submetidos a outros tipos de tratamentos e pacientes com indisponibilidade de comparecimento semanal durante o estudo. Os pacientes foram avaliados no início e final do estudo por questionário de sonolência (Epworth, variando de 0 a 24 pontos), qualidade de sono (Pittsburgh, variando de 0 a 21 pontos), avaliação fonoaudiológica específica para AOS (variando de 0 a 20 pontos), RM da via aérea superior, força e fadiga de língua, Pcrit e polissonografia. Os pacientes foram sorteados para 3 meses de TMO (6 exercícios) ou controle (dilatador nasal durante o sono e exercícios respiratórios inespecíficos). Todos os pacientes foram acompanhados semanalmente por uma fonoaudióloga e orientados a realizar os exercícios três vezes por dia. Foi realizada ANOVA de dois caminhos para medidas repetidas para avaliar a eficácia dos tratamentos nos diferentes desfechos. Secundariamente também avaliamos o efeito dos tratamentos por meio do teste t pareado.

Resultados: Inicialmente 251 pacientes foram avaliados, e após avaliação dos critérios de inclusão e exclusão, 60 pacientes entraram no estudo, sendo que 30 foram randomizados para TMO e 30 para o grupo Controle. Os dois grupos foram semelhantes para todos os parâmetros na entrada. Finalizaram o estudo 58 pacientes (58,6% do sexo masculino, idade média $45,9 \pm 12,2$ anos, IMC $28,8 \pm 4,3$ kg/m², IAH = $18,4 \pm 12,6$ eventos/h e saturação mínima de oxigênio $84,6 \pm 6,4\%$). O grupo Controle não teve modificações em nenhuma das variáveis ao longo do estudo. O grupo TMO não modificou o IMC e não apresentou mudança significativa nos questionários Epworth e Pittsburgh. Em relação ao início do estudo, o grupo TMO apresentou uma redução significativa na circunferência cervical ($38,8 \pm 3,3$ vs $38,4 \pm 4$ cm), índice de despertar ($21,3 \pm 10,9$ vs $16,9 \pm 7,9$ despertares/h), IAH ($19,5 \pm 14,2$ vs $15 \pm 10,2$ eventos/h) e avaliação fonoaudiológica específica para AOS ($9,3 \pm 2,9$ vs $3,6 \pm 2,4$). O efeito da TMO sobre o IAH foi significativo somente nos pacientes que apresentavam na entrada AOS moderada ($23,8 \pm 5,2$ vs $17,7 \pm 5,2$) e grave ($43,9 \pm 19,5$ vs

24,7±21,4). Não foram observadas modificações significativas quando avaliado por meio do teste de ANOVA de duas vias para medidas repetidas na RM da via aérea superior em 24 pacientes (10 Controle e 14 TMO) e fisiologia avaliados por força e fadiga de língua em 38 pacientes (19 Controle e 19 TMO) e Pcrit em 17 pacientes (7 Controle e 10 TMO). No entanto, observamos uma redução significativa (teste t pareado) com diminuição do volume da língua ($p=0.031$), quantidade de gordura da língua ($p=0.008$) e aumento significativo da força da língua ($p=0,046$) no grupo TMO. **Conclusão:** Um programa reduzido de TMO é efetivo e capaz de reduzir a gravidade da apneia do sono em pacientes com AOS moderada e grave. A tendência ao aumento da força de língua e redução da gordura de língua podem auxiliar a explicar os efeitos benéficos da TMO em pacientes com AOS.

Descritores: 1.Terapia Miofuncional, 2.Apneia do Sono Tipo Obstrutiva, 3. Resultado do Tratamento, 4.Ensaio Clínico Controlado, 5.Imagem por Ressonância Magnética, 6. Língua, 7.Força Muscular, 8.Fadiga, 9.Faringe/fisiologia