

“La qualità del sonno nella salute degli occhi e del corpo”

Enrico Mantovani

Il sonno

Definizione: *stato di riposo contrapposto alla veglia*. Non completamente vera. Come la veglia, infatti, il sonno è un processo fisiologico attivo che coinvolge l'interazione di componenti multiple del sistema nervoso centrale ed autonomo

Nonostante l'apparente stato di quiete, durante il sonno avvengono complessi cambiamenti a livello cerebrale che non possono essere spiegati solo come un semplice stato di riposo fisico e psichico

Ci sono alcune cellule cerebrali che in alcune fasi del sonno hanno una attività 5-10 volte maggiore rispetto alla veglia

Il sonno è una funzione biologica basilare, come alimentarsi e respirare; esiste in tutti gli esseri viventi in forma più o meno evoluta; senza sonno si morirebbe

Passiamo circa un terzo della nostra vita dormendo. A Napoleone e Margaret Thatcher bastavano circa quattro ore per notte. Thomas Edison dichiarava che era una perdita di tempo. Molti di noi vorrebbero dormire meno possibile. Ma il sonno è un tempo essenziale di riposo e ringiovanimento cellulare, di cui ne beneficiano la nostra mente ed il corpo in molti modi. Un adeguato e qualitativamente valido sonno è biologicamente imperativo ed appare necessario per sostenere la vita. Se non offriamo al nostro corpo un tempo adeguato ed un'adeguata qualità di sonno, cominceremo a pagarne le conseguenze in termini di:

- qualità della vita
- qualità del nostro corpo

Teorie sul sonno

Esistono 2 principali teorie sulla funzione del sonno

- circadiana (sostiene che seguiamo il ritmo luce-buio, e durante la notte “possiamo rilassarci”. I nostri antenati avevano maggiori probabilità di sopravvivenza se riparati durante la notte)

- ristorativa (sostiene che dormiamo per “recuperare le forze” mentali e fisiche (attività): una sorta di riparatore. È quindi legato alle attività eseguite durante la veglia. In realtà l'energia risparmiata con il sonno anche in 8 ore di sonno è minuscola - circa 50 kCal, un pezzo di toast)

Dobbiamo, piuttosto, dormire perché è essenziale nel mantenere livelli normali di capacità cognitive (parlare, memoria, pensare innovativo e flessibile, ecc.). In altre parole, il sonno gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo cerebrale

Architettura del Sonno

Tutto quello che oggi si conosce sul sonno è stato scoperto grazie a particolari esami:

- elettroencefalogramma che registra l'attività elettrica del cervello
- elettrooculografia che registra i movimenti oculari
- elettromiografia che rileva i movimenti muscolari
- polisonnografia che verifica le respirazioni e la saturazione di O²

Stadio 1

L'attività celebrale rallenta e le onde alfa dell'elettroencefalogramma, che sono tipiche dello stato di veglia in rilassamento ad occhi chiusi, vengono sostituite da ondulazioni abbastanza regolari

Stadio 2 - "sonno leggero"

In questo stadio prevalgono le onde con brevi esplosioni di attività celebrale, "fusi del sonno"

Stadio 3 - "sonno profondo"

Le onde cerebrali diventano lente e grandi. E' il primo sonno vero e dura circa la metà del tempo totale del sonno

Stadio 4 - "sonno profondo effettivo"

E' quello del sonno più profondo, quando il nostro organismo si rigenera. Le onde corrispondenti all'attività cerebrale di questo momento sono piuttosto lente

Sonno non-REM (sonno ortodosso)

Il sonno non-REM costituisce circa il 75% del tempo totale di sonno

Sulla base dell'EEG è suddiviso in 4 fasi:

- stadio I - riduzione delle onde a valori inferiori al 50% rispetto alla veglia, presenza di onde t
- stadio II - onde t e d
- stadi III e IV - onde 'lente'

Sonno REM * (sonno paradoss)

Costituisce circa il 25% del tempo totale di sonno. Sulla base dell'EEG è suddiviso in 2 stadi

- tonico
- fasico

onde cerebrali molto forti, "agitate" rispetto a quelle del sonno profondo, accompagnate da brevi apparizioni di onde Alfa e Beta, tipiche dello stato di veglia. In contrasto con l'aumentare dell'attività dei muscoli involontari (cuore e polmoni), i muscoli volontari vengono letteralmente paralizzati

Il sonno è costituito da 4-6 cicli di sonni non-REM e REM della durata di 90-110 minuti

DEPRIVAZIONE DI SONNO

Primo esperimento: Patrick & Gilbert, 1896. 3 soggetti non dormono per 90 h:

- Sonnolenza vincibile solo con stimoli forti
- Illusione visive
- Tempi di reazione e memoria diminuiscono
- Forza muscolare diminuisce
- Acutezza visiva aumenta
- Presenza di microsogni
- Recupero rapido

Esperimento su topi: 1995. La deprivazione totale di sonno conduce alla morte in 10-12 giorni con significativa perdita di peso nonostante un grandemente aumentato consumo di cibo, suggerendo un'eccessiva perdita calorica. La morte interveniva più rapidamente che con la totale deprivazione di cibo ma sonno normale

Necessità tipiche medie di sonno

Le caratteristiche psicologiche personali sembra possano determinare l'esigenza nei confronti del sonno. Estroversi, energici, lavoratori accaniti, ambiziosi e sicuri di sé generalmente dormono poco. In realtà esistono soggetti che realmente necessitano di meno ore di sonno rispetto ad altri, ma che, pur dormendo soltanto 4 o 5 ore per notte, si sentono ben riposati come chi ne dorme nove. È una condizione estremamente soggettiva e sta a dimostrare quanto sia importante capire il personale ritmo naturale del sonno

Anche gli animali richiedono diversa durata del sonno. Dimensioni dell'animale = maggior determinante. Gli animali più grandi necessitano meno di dormire. Ciò appare correlato al fatto che i piccoli animali, rispetto ai più grandi, hanno:

- maggiori percentuali metaboliche
 - temperature più alte del corpo e del cervello
- con elevato rischio di generazione di radicali liberi

Funzioni del sonno

Quanto più bassi sono il tasso metabolico e la temperatura del cervello durante la fase non-REM del sonno, tanto più si offre al nostro corpo la possibilità di ricostituire i danni provocati durante la veglia. Es. gli enzimi sono in grado di riparare più efficientemente le cellule durante periodi di inattività relativa. Durante le fasi REM del sonno cessa il rilascio di alcuni neurotrasmettitori chiave - norepinefrina, serotonina ed istamina -, portando anche a disabilitare il movimento del corpo e riducendo la coscienza dell'ambiente. Lo stop durante il sonno consente il "recupero" dei neuroni e dei loro recettori, che altrimenti potrebbero essere desensibilizzati. Il recupero di sensibilità neurorecettoriale durante il sonno REM è cruciale per la regolazione dell'umore e delle funzioni biologiche del corpo durante la veglia. Non è "aiutando" i soggetti ad allungare il tempo di sonno con farmaci ipnoinducenti a lungo termine che si migliora la loro qualità di vita. Anzi, dato che riducono gli intervalli REM - nonREM, potrebbero ridurre la durata della vita*

Disturbi del sonno

Da tutto ciò si capisce come la mancanza di sonno (durata e qualità, adeguata alternanza di fasi REM e nonREM) non solo ha un impatto negativo sulle funzioni cognitive ma anche sulla salute emotiva e fisica. Ecco perché oggi si parla di **MEDICINA DEL SONNO**

Disturbi del sonno, che comportano anche una sonnolenza eccessiva durante il giorno sono stati ben collegati con:

- stress
- pressione arteriosa elevata
- disordini metabolici
- malattie in altri distretti (occhi, reni, cervello)

Alcuni casi di obesità appaiono correlati a perdita di sonno (agenti chimici ed ormoni che regolano l'appetito e la crescita di peso sono rilasciati durante il sonno).

I disturbi del sonno sono frequenti e comuni. Persone di tutte le età accusano spesso di:

- non dormire a sufficienza
- non riposare bene
- non riuscire ad addormentarsi

Immediati e visibili sono gli effetti di una carenza di sonno:

- borse sotto gli occhi
- pelle poco luminosa
- palpebre appesantite e afflosciate
- ansia
- irritabilità
- nervosismo
- stanchezza

Disturbi del sonno si suddividono in

Parasonnie insieme di fenomeni non desiderati prevalentemente legati ai sogni, maggiormente nell'infanzia e nell'adolescenza

Dissonnie interferiscono con l'inizio o con la continuazione del sonno e ne provocano quindi un'alterazione della quantità, della qualità o del ritmo

Parasonnie

Usualmente si tratta di manifestazioni di attivazione del sistema nervoso centrale, caratterizzate da attività motoria o autonoma. Alcune sono correlate con certi stadi del sonno

Dissonnie

Le principali sono:

- insonnia
- ipersonnia
- narcolessia
- disturbo del ritmo circadiano del sonno
- disturbo del sonno correlato alla respirazione

Insonnia: difficoltà ad addormentarsi, la sensazione di non essere capaci di dormire o l'impossibilità di rimanere addormentati per tempi sufficientemente lunghi per potersi riposare

- solo casi in cui la scarsità di sonno causa reali problemi fisici o mentali alla persona
- è un disturbo, un sintomo che dimostra la presenza di un'alterazione o di un altro problema nell'organismo, con cause molteplici come diversi sono i tipi di insonnia

a) insonnia transitoria

- insorge di conseguenza ad un evento eccitante o disturbi fisici o eventi esterni particolari
- l'ansia che deriva dal fattore esterno crea un'eccitazione tale a livello del sistema nervoso che il cervello rimane come desto e in uno stato di veglia permanente

b) insonnia a breve termine

- dura per un periodo di tempo limitato, generalmente non più di due o tre settimane consecutive
- cause spesso di origine emotiva e di conseguenza ad eventi importanti, difficili, tragici della vita
- lo stress che queste situazioni determinano influisce sulla mente e sul corpo a tal punto che diventa difficile riuscire a dormire bene, oppure non è possibile addormentarsi, se non dopo essersi girati per ore nel letto, poiché si è incapaci di non pensare al grave problema
- tende a diminuire e a risolversi, ma in alcuni casi particolarmente gravi può persistere a lungo.

c) insonnia cronica

- abituale e persistente nel tempo
- fattori vari e diversificati: problemi psicologici, fisiologici, ambientali o eventi drammatici
- può risolversi in tempi relativamente brevi e sopportabili, ma può anche assumere il carattere cronico e diventare un disturbo importante

Ipersonnia: ha come caratteristica il bisogno di dormire un numero di ore superiore alla media (a volte anche di molto)

- difficoltà a svegliarsi la mattina, sente il bisogno di stare a letto, di dormire, anche durante il giorno con "sonnellini" che durano un'ora circa ma che in realtà non hanno effetti riposanti
- non ha alcuna difficoltà ad addormentarsi la sera, ma al risveglio è a volte nervosa e confusa
- non è assolutamente indice di pigrizia

Narcolessia: disturbo del sonno caratterizzato da eccessiva sonnolenza durante il giorno che viene avvertita nonostante la persona abbia dormito sufficientemente la notte

- veri attacchi improvvisi, al termine dei quali ci si sente riposati (fino al ritorno di un nuovo attacco di sonno)
- caratteristiche del disturbo narcolettico sono:

- cataplessia: la persona, in seguito ad un'emozione forte può perdere il tono muscolare, accasciarsi a terra senza riuscire a muoversi, mantenendo la coscienza di ciò che sta avvenendo.
- allucinazioni ipnagogiche: specie di allucinazioni o sogni angoscianti che la persona vive mentre si sta addormentando (ipnagogiche) o mentre si sta svegliando (ipnopompiche), rendendosi perfettamente conto di ciò che avviene, senza tuttavia riuscire a svegliarsi

Disturbo del ritmo circadiano del sonno

- disturbo persistente o ricorrente
- interruzione del sonno che porta ad una eccessiva sonnolenza o insonnia dovuta ad uno squilibrio tra il ciclo sonno-veglia richiesto dall'ambiente in cui vive la persona e il suo particolare ritmo circadiano sonno-veglia
- causa disagio clinicamente significativo o la menomazione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti
- Jet-lag syndrome
- Sindrome dei turnisti

Disturbo del sonno correlato alla respirazione

- caratterizzato da un sonno interrotto, implicante eccessiva sonnolenza o insonnia, che si ritiene dovuto ad una patologia della respirazione correlata al sonno
- es. sindrome da apnea del sonno ostruttiva (OSAS)

Russamento

- problema che colpisce buona parte della popolazione
- riesce a disturbare il sonno di chi ne soffre e della persona che dorme vicino
- all'origine del russamento c'è:
 - ostruzione delle alte vie respiratorie
 - tendenza a non chiudere sufficientemente la bocca (respirazione orale)
- I muscoli della parte superiore e interna della gola si rilassano durante il sonno e si determina un rilasciamento dei tessuti del palato molle e della lingua nella parte posteriore della gola che, di conseguenza a ciò, vibrano a ogni respiro e al passaggio dell'aria
- invecchiamento (rilassamento fisiologico dei muscoli)
- obesità (il grasso influisce negativamente sul normale funzionamento muscolare)
- raffreddore, allergia, polipi nasali, l'ingrossamento delle tonsille o delle adenoidi ostruendo le vie nasali → forma transitoria
- etilismo, fumo, sonniferi e abitudine a dormire in posizione supina sono condizioni che facilitano l'insorgenza
- 30% adulti > 30 anni;
- Rapporto Maschi/Femmine = 2:1
- Aumenta età > 60 anni
- Calo nei pazienti più anziani

• Apnea notturna

- problema serio
- caratterizzato da un russare in modo molto rumoroso con attacchi di soffocamento
- ci si sveglia di soprassalto, ansimando e boccheggiando per la mancanza di aria
- fenomeno che dura pochi secondi
- può ripetersi anche fino a 1000 volte per notte

- in gran parte risolvibile se diagnosticato
- si bloccano, per un tempo limitato, le vie aeree: il palato molle viene risucchiato durante l'inspirazione, si provoca l'interruzione del flusso d'aria, interrompendo la normale respirazione e creando nel soggetto addormentato la sensazione di soffocare
- 2-5% adulti > 30 anni
- Rapporto Maschi/Femmine = 4:1
- Aumenta età > 50 anni,
- Calo nei pazienti più anziani
- Forti russatori, da anni
- Spesso recente aumento di peso corporeo
- Russamento intermittente (specie in posizione supina)
- Inspirazioni profonde e rumorose alternate a silenzio respiratorio di 10-60" (apnea)
- Ripresa della respirazione esplosiva, associata a gemiti, vocalizzi, movimenti

Meccanismi fisiopatologici delle apnee ostruttive

•Il FARINGE è l'unica porzione delle vie aeree superiori priva di strutture che ne impediscano il collasso. Si divide in:

Nasofaringe Orofaringe Ipofaringe

•I fattori che favoriscono l'oclusione del faringe sono:

•ANOMALIE STRUTTURALI (riduzione della pervietà delle vie aeree per cause anatomiche presenti già durante la veglia)

1. Micrognazia / retrognazia
2. Macroglossia (es. in Ipotiroidismo e Sindrome di Down)
3. Ipertrofia tonsillare e/o adenoidea
4. Acromegalia
5. Tumori

6. Edema delle mucose e deposizione di grasso

7. Anomalie strutturali delle fibre nervose che innervano i muscoli che controllano la pervietà del faringe (ad es. il genioglosso).

•ANOMALIE FUNZIONALI (presenti durante il sonno)

1. Aumentata compliance del faringe
2. Anomalo controllo neurogeno dei muscoli dilatatori (genioglosso, tensore del velo palatino, pterigoideo mediale) e non dilatatori (massetere)
3. Riduzione del volume delle vie aeree faringee per riduzione del volume polmonare

•Il sito primario dell'ostruzione è variabile:

–Nasofaringe – 80% dei casi

–Orofaringe – 40% dei casi

–Ipofaringe – 20% dei casi

L'ipoventilazione durante il sonno è la causa principale dell'ipossiemia (mancanza di ossigenazione del sangue). **L'ipossiemia può essere imponente...**

Fattori di rischio di OSAS

- Anomalie congenite specifiche (Sindrome di Down, Sindrome di Prader Willi, Sindrome di Nieman-Pick, Sindrome di Marfan, Sindrome di Pierre Robin)
- Razza: i neri sono più a rischio dei bianchi; gli ispanici hanno un rischio più elevato
- Ereditarietà familiare
- Sesso: rapporto maschi/femmine = 2-3:1 o 10:1

- Obesità: i parametri per valutare il rischio legato all'obesità sono i seguenti:
 - BMI (Body Mass Index): 2/3 dei pazienti hanno almeno un 20% di aumento del peso corporeo;
 - Circonferenza vita/fianchi e circonferenza collo: valore predittivo del peso corporeo 4 volte > dell'età e 2 volte > del sesso maschile
- Morfologia cranio-facciale

Apnea notturna

- Segni e sintomi
 - russamento rumoroso abituale e intermittente
 - sonnolenza diurna
 - sensazione di soffocamento o di mancanza di respiro durante la notte
 - sonno agitato
 - alterazione della personalità (irritabilità , ansia, depressione)
 - alterazione dello stato intellettivo (ridotta memoria, scarsa capacità di concentrazione, difficoltà nell'eseguire attività complesse)
 - nicturia
 - sonno del partner disturbato
 - stanchezza diurna
 - cefalea mattutina
 - enuresi
 - ridotta libido e impotenza secondaria
 - sudorazione notturna
 - palpitazioni e/o dolori toracici atipici
 - risvegli notturni frequenti fino all'insonnia
 - tosse notturna
 - difficoltà a deglutire
 - segni di reflusso gastroesofageo
 - allucinazioni ipnagogiche

Apnea notturna

- Indici**
 - Apnea: causata dal collasso del faringe durante l'inspirazione e consiste nell'interruzione del flusso oro-nasale per almeno 10 secondi
 - Ipopnea:
 - riduzione del flusso oro-nasale di almeno il 50% associato a riduzione del 3-4% della SaO₂ basale;
 - riduzione del flusso oro-nasale di almeno il 50%;
 - riduzione del flusso oro-nasale di almeno il 50% associato a "risveglio" elettroencefalografico.
 - Area index (AI): numero di apnee per ora di sonno
 - Respiratory disturbance index (RDI): numero delle apnee ed ipopnee per ora di sonno
 - Gravità dell'Apnea / Ipopnea Ostruttiva Notturna: basato sull'indice Apnea / Ipopnea

Mortalità

- La mortalità in pazienti con OSAS non trattati è in rapporto diretto con la gravità delle apnee notturne
- Tale relazione è maggiore in pazienti obesi e ipertesi.
- Nei pazienti con OSAS più anziani la correlazione è meno evidente o assente, probabilmente per la coesistenza di altri fattori di rischio
- In pazienti con OSAS, anche non diagnosticata, la mortalità per incidenti stradali è più alta

•In pazienti con OSAS, anche diagnosticata, la mortalità durante anestesia preoperatoria o durante il recupero postoperatorio è più alta

•Terapia

•Scopo

- Nel russamento semplice → alleviare il “rumore”
- Calo ponderale (quando necessario)
- Evitare alcolici, ipnotici, sedativi
- Modificare il decubito notturno
- Protesi orali (bite)
- Intervento chirurgico (raramente)

•Nell’OSAS grado lieve-moderato-grave → alleviare il “rumore, la sonnolenza diurna e le alterazioni ostruttive del respiro

- Stabilizzazione delle vie aeree
- Calo ponderale
- Evitare decubito supino *
- Protesi orali (bite)
- Intervento chirurgico delle alte vie aeree e/o maxillo-facciale
- CPAP nasale
- Evitare alcolici, ipnotici, sedativi

•Calo ponderale: spesso recidive o risultati parziali

Disturbi del sonno e corpo

Sappiamo che:

- Esistono e sono frequenti i disturbi del sonno
- Influenzano la qualità della vita diurna e notturna
- Influenzano negativamente lo stato e l’efficienza dei vari sistemi del nostro corpo
- Coesistono in molte patologie degenerative e possono determinarne una meno favorevole progressione (malattie cardiovascolari, cerbero vascolari, renali, obesità, diabete mellito)

Disturbi del sonno e corpo

Sappiamo che:

- É stata riscontrata una netta relazione tra RDI in pazienti con OSAS e malattie vascolari, insufficienza cardiaca ed infarto
- L’OSAS è stata identificata come una causa trattabile secondaria di ipertensione
- L’OSAS è stato fortemente associato a aritmie cardiache, ipertensione pomonare, insufficienza renale, diabete mellito ed altre cause di mortalità

Disturbi del sonno e occhio

Non é sorprendente che esistano anche associazioni tra disordini del sonno ed alterazioni oftalmologiche

- glaucoma
- otticopatía ischemica anteriore non arteritica
- lagofalmo notturno
- lassità palpebrale (Fes - Lax)
- papilledema

- cecità associata a disordini del ritmo circadiano
- complicazioni oculari associate e CPAP (continuous positive airway pressure)

Associazione tra OSAS e glaucoma a bassa tensione

-Numerosi pazienti affetti da OSAS vengono trattati per glaucoma ad angolo aperto (fino a 20%), che se non trattato danneggia il campo visivo in modo irreversibile e senza sintomi per danno al nervo ottico

-Numerosi pazienti affetti da glaucoma non riferiscono all'Oculista i disturbi del sonno di cui soffrono (ma spesso nessuno glielo chiede)

Riscontri in soggetti affetti da OSAS di:

- alta incidenza di deficit del campo visivo da moderato a grave
- riduzione degli strati di fibre nervose perineurali correlato alla gravità dell'OSAS
- tono oculare, modifiche del disco ottico glaucomatoso e la diagnosi di glaucoma si correlano con il RDI

Meccanismi fisiopatologici:

- ipossiemia notturna
- induzione di alterazioni del tessuto elastico del trabecolato filtrante o nella testa del nervo ottico
- anomala pressione della palpebra sul bulbo

Clinica:

- Campo visivo seriamente danneggiato da glaucoma
- Variazioni significative del campo visivo dopo terapia dell'OSAS
- Nuovo peggioramento del campo visivo dopo recidiva di OSAS

Appare ragionevole raccomandare che:

- tutti i pazienti con diagnosi di disturbo significativo del sonno siano sottoposti a visita oculistica per lo screening del glaucoma
- in soggetti affetti da glaucoma il Medico deve considerare la possibile presenza di OSAS
- se sintomi o altri rischi di OSAS siano presenti, il paziente deve essere inviato per una polisonnografia

Associazione tra OSAS e otticopatia ischemica anteriore (AION)

L'otticopatia ischemica anteriore è la causa più comune di neuropatia ottica acuta nei gruppi di età più avanzata (> 50 aa)

- non arteritica
- arteritica (associata all'arterite di Horton)

Caratterizzata da:

- perdita visiva in genere acuta e non dolorosa
- difetto pupillare afferente relativo od assoluto
- deficit del campo visivo importante
- edema del disco ottico in genere pallida

La perdita visiva è di solito permanente; non terapia possibile (prevenzione e cura dei fattori di rischio)

La forma non arteritica spesso associata con condizioni cardiovascolari rilevanti: ipertensione (46.9%), diabete (23.9%), infarto miocardico (11%)

Patogenesi non ben nota:

- occlusioni microvascolari
- ridotto flusso sanguigno nella microvascolatura periottica congesta
- Sindrome di compartimentazione del disco ottico
- Ipotensione notturna sistemica
- Ipossia notturna → associazione con OSAS

Associazione tra OSAS e papilledema (ipertensione endocranica)

Papilledema: “gonfiore” bilaterale del disco ottico conseguente ad un aumento della pressione liquorale endocranica (ICP) in associazione a:

- lesioni o masse intracraniche
- idrocefalo ostruttivo
- forme cosiddette idiopatiche (“pseudotumor cerebri”)

Si forma quando un’elevata ICP viene trasmessa all’occhio attraverso le guaine del nervo ottico

Con l’andare del tempo intervengono sintomi:

- Generali Cefalea, nausea, acufeni, vomito
- Visivi Offuscamento, perdita di campo visivo, danno visivo permanente

Papilledema nell’ipertensione endocranica idiopatica

Riscontro di aumentata ICP nel sonno correlata con:

- eventi apneici notturni
- durata dell’apnea
- riduzione della saturazione di O²

Nei pazienti con OSAS il papilledema è secondario all’ipercapnia transitoria ed al secondario transitorio aumento della ICP

Associazione tra OSAS e alterazioni palpebrali

Recenti acquisizioni concludono che la lassità palpebrale dipende da

- indice di massa corporea
- posizione nel sonno
- disordine nelle fibre elastiche
- interessamento dell’elastina di tarso e palato

Possibili patologie palpebrali correlate a OSAS

- Lagoftalmo
- Floppy Eyelid Syndrome
- Lax eyelid syndrome

Lagoftalmo

Incompleta chiusura delle palpebre; può essere fisiologico. In alcuni pazienti può causare sintomi significativi: occhio secco, sofferenza corneale, ulcere corneali

Può essere fattore limitante nella correzione chirurgica di alcune malattie palpebrali e orbitarie

Floppy Eyelid Syndrome

Palpebra superiore lassa con facile eversione all’elevazione della palpebra

- Tarso elastico facilmente pieghevole
- Congiuntivite macropapillare tarsale
- Uomini obesi
- Molti asiatici
- Frequente interessamento corneale

Lax eyelid syndrome

- Tutti i segni clinici associati alla iperlassità della palpebra superiore e quelli della F.E.S.
- La sofferenza corneale non è tanto legata all’eversione palpebrale notturna ma a una anomala distribuzione del film lacrimale e a una disfunzione delle ghiandole di Meibomio

–Stadiazione

gradi di visibilità della congiuntiva tarsale superiore nello sguardo in basso con una leggera retrazione manuale dell'esaminatore

In conclusione ...

È fondamentale ricordare come i disturbi del sonno influenzino anche la funzione extracerebrale e viceversa le situazioni cui il nostro corpo va incontro influenzano il sonno

Quando coesistano problemi, è fondamentale correggere gli stili di vita, la posizione corporea durante il sonno e rispettare quanto il nostro corpo indichi come necessità di adeguato recupero con il sonno

L'approccio ad ogni problema deve essere prima medico poi chirurgico e in molti casi interdisciplinare

Non aspettare ad inviare i pazienti più gravi a Centri che possano affrontare il problema in modo multidisciplinare