

TRIAGEM DOS DISTÚRBIOS OBSTRUTIVOS DO SONO: CONTRIBUIÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO DA ÁREA DE MOTRICIDADE OROFACIAL

Camila de Castro Corrêa^{1,2}, Maria Pia Villa³, Melania Evangelisti³, Silke Anna Theresa Weber

¹Universidade de Brasília / ²Centro Universitário Planalto do Distrito Federal / ³Sapienza Università di Roma / ⁴Faculdade de Medicina de Botucatu

INTRODUÇÃO

A amigdalectomia é, frequentemente, o tratamento da apneia obstrutiva do sono (AOS) pediátrica, embora nem sempre apresente bons resultados. Portanto, é importante considerar os fatores de risco que contribuem para a AOS em crianças.

OBJETIVO

Descrever o protocolo para triagem Miofuncional Orofacial (*Short Evaluation of Orofacial Myofunctional Protocol* - *ShOM*) em crianças com AOS realizado pelo fonoaudiólogo e analisar se os aspectos miofuncionais orofaciais influenciam a sensibilidade e especificidade do *Sleep Clinical Record* (SCR).

MÉTODOS

A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Foram incluídas crianças do Brasil e da Itália avaliadas por: polissonografia, SCR e ShOM. As crianças foram divididas em grupos/percentil pelo Índice de Apneia e Hipopneia (IAH): Grupo 1 $\geq 25\%$ (IAH $\leq 1,9$); $25\% < \text{Grupo 2} \leq 75\%$ ($1,9 < \text{AHI} \leq 7,9$); Grupo 3 75% (IAH $> 7,9$). O ShOM foi estruturado considerando os seguintes aspectos de lábios, língua, respiração e deglutição. No total, 10 itens foram pontuados de 0 (normal) a 1 (alteração); uma soma de 10 significou o maior número de alterações miofuncionais orofaciais possíveis dentro deste protocolo.

RESULTADOS

Desta forma, participaram 86 (47 meninas, 4-11 anos de idade, 34 obesos e 20 com sobrepeso), com média do IAH de $5,64 \pm 4,77$; 6 crianças tinham AOS (7%), 39 com AOS leve (45%), 24 com AOS (28%) e 17 com AOS (20%), mostrando a relação entre a gravidade da AOS e a obesidade ($p=0,04$). O Grupo 1 apresentou mais obstrução nasal e palato arqueado e apresentou o escore da escala SAOS/Brouillette no SCR e mais alterações no modo respiratório, no tipo respiratório ($p=0,01$) e na competência labial em ShOM. Hipertrofia tonsilar, alteração do posicionamento da língua de Friedman ($p < 0,001$), má oclusão e sobrepeso/obesidade (SCR) foram mais frequentes, assim como mais alterações na posição de repouso da língua, posição de deglutição da língua e má oclusão (ShOM) no Grupo 3. Em geral, observou-se associação entre o SCR e o ShOM ($p=0,002$), mostrando a importância da atuação fonoaudiológica para contribuição do diagnóstico dos distúrbios obstrutivos do sono.

CONCLUSÃO

A alteração da posição da língua em repouso e deglutição foram observadas em crianças com o maior IAH, apresentando associação com o SCR. A associação de SCR e ShOM melhora a sensibilidade e especificidade.

REFERÊNCIAS

- Villa MP, Paolino MC, Castaldo R, Vanacore N, Rizzoli A, Miano S, et al. Sleep clinical record: an aid to rapid and accurate diagnosis of paediatric sleep disordered breathing. *Eur Respir J*. 2013; 41:1355-61.
- Alsufyani N, Isaac A, Witmans M, Major P, El-Hakim H. Predictors of failure of DISE-directed adenotonsillectomy in children with sleep disordered breathing. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017 May 5;46(1):37.