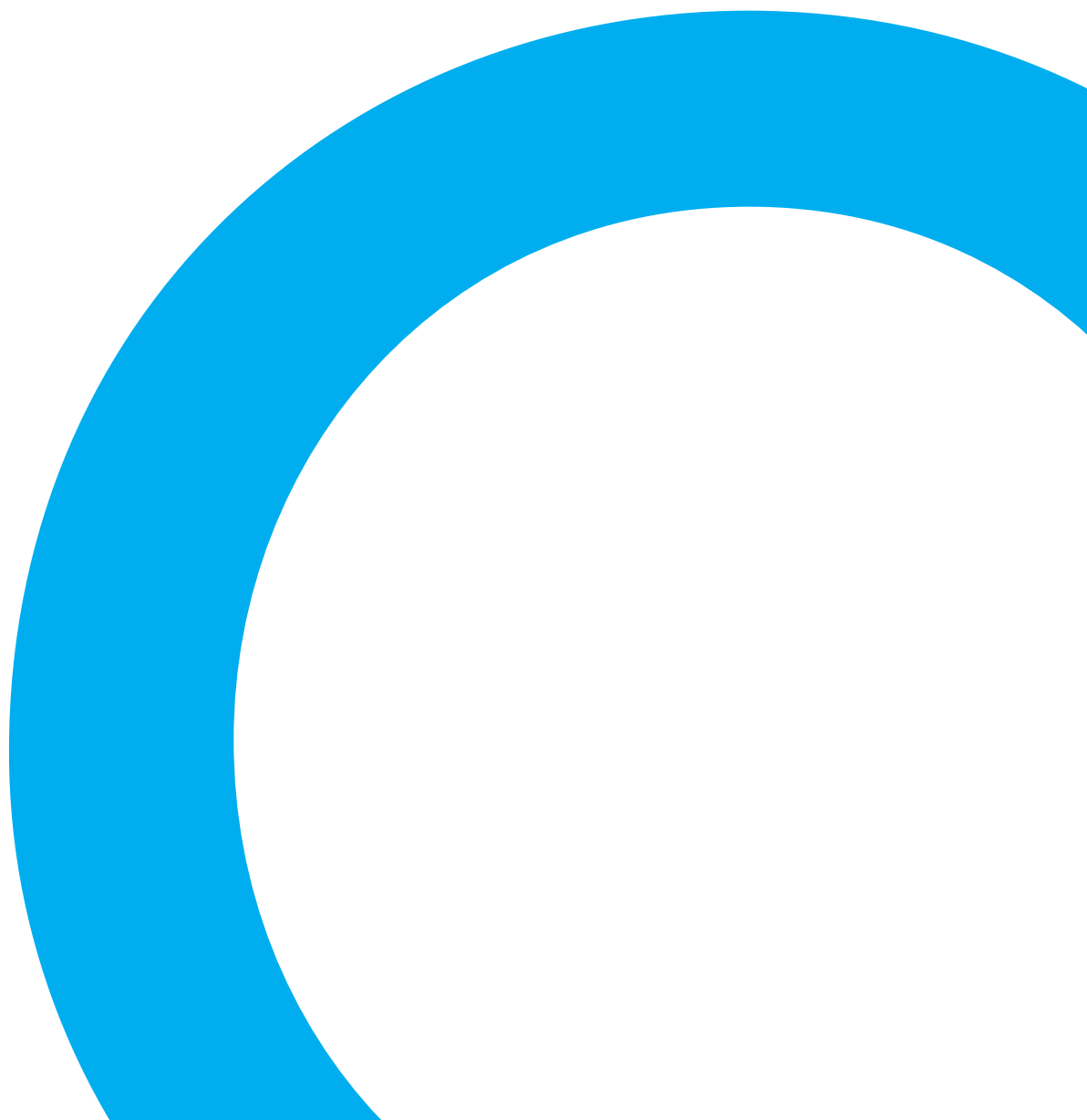


iOVIE

Assistance respiratoire à domicile

LE SYNDROME D'APNÉE DU SOMMEIL : DES SYMPTÔMES AUX TRAITEMENTS



- A Généralités sur le sommeil et ses troubles**
- B L'apnée du sommeil**
 - Le syndrome d'apnée obstructive**
 - Le syndrome d'apnée centrale**
- C Les apnées ont de nombreuses conséquences sur la santé**
- D Quels symptômes ?**
- E La confirmation du diagnostic :
toujours un enregistrement du sommeil**
- F Les solutions:**
 - Mesures hygiéno-diététiques**
 - Le traitement positionnel**
 - L'orthèse d'avancée mandibulaire**
 - La Pression Positive Continue (PPC)**
 - Le traitement chirurgical**
- G Les orientations en fonction de la sévérité du SAOS**
- H Suivi du traitement**
- I Les effets indésirables de la PPC**
- J Le rôle de votre prestataire IOVIE**
- K Les questions que je me pose**

A GÉNÉRALITÉS SUR LE SOMMEIL ET SES TROUBLES

Le tiers du temps de notre vie est passé à dormir. Le sommeil doit être de qualité et de quantité suffisante pour une bonne santé. Pourtant les troubles du sommeil sont très fréquents dans la population générale. C'est un des symptômes dont les personnes se plaignent de façon récurrente auprès des médecins et pharmaciens. Environ une personne sur 5 qui entre dans une pharmacie souhaite avoir un sommeil de meilleure qualité. On ne règle pas un problème de mauvais sommeil en quelques minutes. Savoir demander une consultation spécifique pour son sommeil est déjà un premier pas vers une bonne prise en charge.

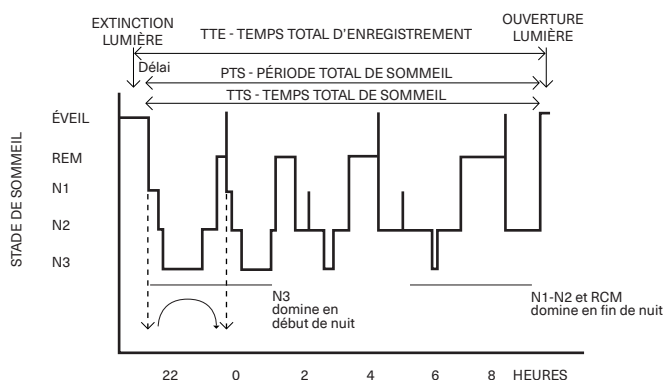


SCHÉMA D'UN HYPNOGRAMME

Le sommeil est constitué d'une succession de cycles d'environ 1h30 qui se répètent au cours de la nuit.

Les premiers cycles comprennent beaucoup de sommeil profond (Stade N3 de sommeil) et les derniers beaucoup de sommeil léger (Stade N1 et N2 de sommeil). Chaque cycle se termine par du sommeil paradoxal qui est une phase de rêve intense. Le sommeil paradoxal est plus abondant en fin de nuit.

ON DISTINGUE DEUX GRANDES VARIÉTÉS DE TROUBLES DU SOMMEIL :

1• L'INSOMNIE.

Sur le plan médical c'est une plainte associée à un fonctionnement altéré dans la journée (par exemple maux de tête, troubles digestifs, troubles de la mémoire, déprime, difficultés de concentration...). Elle peut être légère (environ 20% de la population), modérée (10%) ou sévère (8%). Environ 10% des syndromes d'apnée du sommeil se découvre lors d'une plainte d'insomnie.

2• LA SOMNOLENCE EXCESSIVE DANS LA JOURNÉE.

Symptôme fréquent (30% de la population), elle est souvent liée à une quantité insuffisante de sommeil ou une désorganisation des horaires de sommeil. La personne parle spontanément de sa somnolence, et cette plainte est souvent négligée alors que la somnolence est pourtant très dangereuse au regard du risque très augmenté d'accident de voiture ou d'accident du travail. Des épisodes répétés de somnolence dans la journée sont anormaux.

Une somnolence diurne excessive peut être liée à certaines maladies rares (narcolepsie ; hypersomnie idiopathique) mais c'est le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) qui est la pathologie la plus souvent en cause.

Le SAS est une maladie fréquente qui touche environ 15% des personnes de 50 ans. Toute personne qui ronfle et qui somnole dans la journée est susceptible de faire un syndrome d'apnée du sommeil d'autant plus qu'elle aura d'autres signes associés (surpoids, hypertension artérielle, diabète, antécédents d'accident vasculaire cérébral, pathologies cardiaques et vasculaires)

EVALUEZ VOTRE SOMNOLENCE À L'AIDE DE L'ÉCHELLE D'EPWORTH. REPLISSEZ LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS RAPIDEMENT ET SANS AIDE CAR C'EST VOUS QUI RESSENTEZ LA SOMNOLENCE.

Notez le risque de vous assoupir ou de somnoler dans une des situations ci-dessous de la vie courante. Si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations essayez d'imaginer le risque de vous assoupir ou de somnoler.

- 0 : si vous n'avez aucune chance de somnoler ou de vous assoupir
- 1 : s'il y a un petit risque de somnoler ou de vous assoupir
- 2 : si vous avez une chance moyenne de somnoler ou de vous assoupir
- 3 : si vous avez une forte chance de somnoler ou de vous assoupir

- 1 Pendant que vous êtes occupé à lire un document
- 2 Devant la télévision ou au cinéma
- 3 Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...)
- 4 Passager, depuis au moins une heure sans interruption, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...)
- 5 Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent
- 6 En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche
- 7 Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool
- 8 Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage

UNE VALEUR DE PLUS DE 11/24 TRADUIT UNE SOMNOLENCE DIURNE EXCESSIVE. PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN. CE QUESTIONNAIRE EST UNE AUTO-ESTIMATION DE VOTRE SOMNOLENCE, IL N'ÉTABLIT PAS UN DIAGNOSTIC.

RÉFÉRENCE : JOHNS MW (SLEEP 1991; 14:540-5) «A NEW METHOD FOR MEASURING DAY TIME SLEEPINESS :

B L'APNÉE DU SOMMEIL

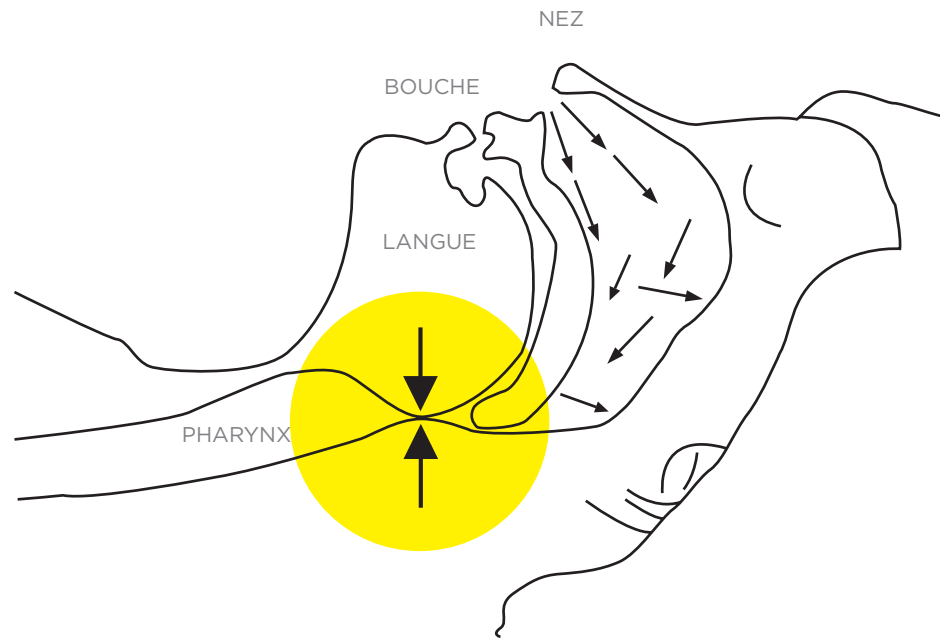


Schéma d'une apnée obstructive

LE SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL (SAOS). CE SONT LES PLUS FRÉQUENTS. LES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES FERMÉES, IL Y A UNE OBSTRUCTION COMPLÈTE.

Une apnée est un arrêt du flux respiratoire au cours du sommeil pendant au moins 10 secondes mais elle peut durer jusqu'à plus de deux minutes dans certains cas sévères. L'arrêt respiratoire est dû à une obstruction de l'arrière-gorge par la langue qui vient s'appuyer en arrière sur la paroi du pharynx. L'arrière-gorge est ainsi fermée et l'air ne peut plus passer. Cependant les mouvements respiratoires persistent et s'amplifient progressivement pour lutter contre cette obstruction néfaste. Le manque d'air entraîne une baisse rapide du taux d'oxygène dans le sang. Le seul moyen pour sortir de cette impasse respiratoire est de s'éveiller. Le cerveau provoque donc un bref éveil ou «micro-éveil» qui dure entre 3 et 15 secondes et restera totalement inconscient. La présence de ces micro-éveils empêche le passage en

sommeil profond (N3), le sommeil le plus réparateur. Si les apnées sont trop fréquentes il y aura une réduction de la quantité de sommeil profond d'où une fatigue matinale et une somnolence dans la journée. Parfois l'obstruction des voies aériennes est incomplète, on parle d'hypopnée, l'air passe avec difficulté. La respiration est moins efficace avec baisse du taux d'oxygène dans le sang. Les hypopnées obstructives ont les mêmes conséquences que les apnées. Lorsque ces hypopnées sont elles-mêmes minimales mais que des efforts respiratoires persistent sans baisse du taux d'oxygène on parle d'une respiration avec « limitations de débit », c'est le cas au cours du syndrome de résistance des voies aériennes supérieures (SRVAS) qui est une variante du SAOS. Fatigue et somnolence sont présentes également.

LE SYNDROME D'APNÉE DU SOMMEIL PRÉSENTATION GÉNÉRALE

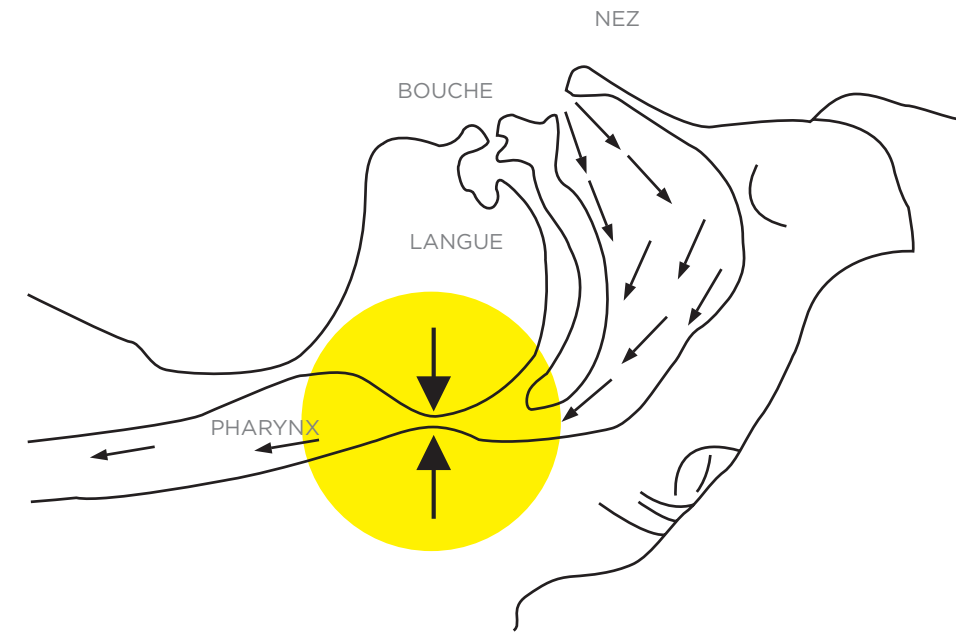


Schéma d'une hypopnée obstructive

LE SYNDROME D'APNÉE CENTRALE DU SOMMEIL (SACS). LES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES OUVERTES, IL N'Y A PAS D'OBSTRUCTION COMPLÈTE.

La respiration est réglée automatiquement par nos centres nerveux en fonction du taux d'oxygène (O₂) et de gaz carbonique (CO₂) dans le sang. Nous utilisons l'oxygène contenu dans l'air que nous inspirons et nous rejetons le CO₂, déchet gazeux, lors de notre expiration. C'est cette régulation respiratoire qui est altérée au cours des syndromes d'apnée centrale. Une apnée centrale est un arrêt du flux aérien pendant au moins 10 secondes par arrêt de la commande des mouvements respiratoires par les centres nerveux.

ON DISTINGUE 3 GRANDS TYPES DE SACS :

- SYNDROME D'APNÉE CENTRALE LIÉE À UNE INSUFFISANCE CARDIAQUE SÉVÈRE.
Dans ce cas la respiration peut prendre un aspect particulier dit respiration périodique de Cheyne Stokes. On observe une suite d'augmentations et de diminutions progressives de l'amplitude respiratoire séparées par une apnée centrale.
- SYNDROME D'APNÉE CENTRALE IDIOPATHIQUE.
Les apnées centrales ne prennent pas l'aspect périodique.
- SYNDROME D'APNÉE CENTRALE LIÉE À DES SUBSTANCES AGISSANT SUR LES CENTRES NERVEUX
(certains médicaments, drogues).

C

LES APNÉES ONT DE NOMBREUSES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ :

CONSÉQUENCES LIÉES AU MAUVAIS SOMMEIL

Le sommeil est fragmenté par les micro-éveils induits par les apnées et hypopnées. Ceci empêche le passage en sommeil profond. Le sommeil reste très léger. Paradoxalement les personnes ont l'impression de dormir beaucoup. Mais l'impression est souvent d'être en meilleure forme le soir que le matin au réveil, alors qu'une bonne qualité de sommeil nous assure un réveil matinal avec le sentiment d'être reposé.

LA SOMNOLENCE DIURNE EXCESSIVE

Risque d'endormissement au volant de la voiture. Le risque d'accident de voiture est multiplié par 7 en cas de SAOS non traité.

PRISE DE POIDS avec risque d'obésité.

TROUBLES DE LA RÉGULATION DU TAUX DE SUCRE DANS LE SANG (GLYCÉMIE) avec évolution possible vers un diabète de type 2.

TROUBLES DE LA MÉMOIRE ET DE LA CONCENTRATION

TROUBLES DE L'HUMEUR :

du petit sentiment de déprime à la dépression réelle.

DIFFICULTÉS RELATIONNELLES AVEC IRRITABILITÉ :

ce qui peut avoir des conséquences sociales et parfois conduire à un véritable isolement.

PERTE D'INTÉRÊT AUX CHOSES ET AUX ÉVÉNEMENTS

BAISSE DE LA LIBIDO

CONSÉQUENCES LIÉES AUX APNÉES ELLES-MÊMES

HYPERTENSION ARTÉRIELLE :

À la fin de chaque apnée la tension artérielle augmente brièvement de quelques points. Progressivement au cours des années, ceci va favoriser l'apparition d'une hypertension artérielle chronique.

TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE :

Le rythme cardiaque varie au cours d'une apnée avec un ralentissement initial puis une accélération à la reprise respiratoire. Avec le temps, des troubles persistants de la fréquence cardiaque peuvent être observés comme une fibrillation auriculaire (les oreillettes du coeur ne battent plus régulièrement)

RISQUE D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC) :

Parfois minime et méconnu, parfois très sévère avec hémiplégie, il survient souvent à l'occasion d'une augmentation de la pression artérielle.

RISQUE DE PATHOLOGIES CORONARIENNES :

C'est-à-dire des artères du coeur (Angine de poitrine, Infarctus du myocarde)

Facteurs favorisant les apnées au cours du sommeil :

- Le surpoids par dépôt de graisse dans l'arrière-gorge
- L'obstruction nasale plus ou moins permanente
- Un menton en retrait (rétrognathie)
- Les médicaments sédatifs comme les somnifères
- L'alcool
- Le manque de sommeil

— En raison de toutes ces conséquences le SAOS est dangereux, il faut le prendre très au sérieux et ne pas hésiter à consulter en cas de doute. Ainsi le ronflement est un signe d'appel à ne pas négliger, cependant tous les ronfleurs ne font pas des apnées. Mais un ronfleur sévère sera à surveiller surtout si une des complications ou une somnolence apparaît.

— Un traitement approprié du SAOS améliorera la qualité du sommeil et les conséquences pourront être limitées. En particulier la somnolence diurne doit disparaître. Cependant des complications installées comme l'hypertension ou le diabète resteront présentes mais leur prise en charge en sera améliorée.

Attention : avant de se faire traiter ou opérer pour un ronflement il est nécessaire de se faire faire un examen du sommeil pour éliminer un SAOS.

D QUELS SYMPTÔMES ?

— Les symptômes sont plus ou moins marqués, parfois très subtils et banaux ils passeront inaperçus, parfois sévères ils évoqueront fortement un SAOS. Mais dans tous les cas ils devront conduire à un examen du sommeil. En effet les enregistrements du sommeil sont les seuls actuellement à permettre un diagnostic de certitude.

L'ASSOCIATION PLUS OU MOINS COMPLÈTE DES SIGNES SUIVANTS EST ÉVOCATRICE :

- Ronflements sonores et fréquents (plusieurs nuits par semaine ou toutes les nuits) avec parfois des arrêts respiratoires constatés par l'entourage avec une reprise respiratoire bruyante.
- Somnolence diurne excessive ou sommeil non réparateur
- Fatigue, surtout matinale
- Insomnie
- Sensation de suffocation nocturne ou d'étouffement
- Se lever plusieurs fois la nuit pour uriner (nycturie)
- Trouble de la libido
- Trouble de l'humeur et de la mémoire
- Pathologies médicales sévères associées :
Hypertension artérielle
Diabète de type 2
Trouble du rythme cardiaque (fibrillation auriculaire)
Insuffisance cardiaque
Accident vasculaire cérébral

LE SYNDROME D'APNÉES DU SOMMEIL EXISTE À TOUS LES ÂGES.

Chez l'adulte il est plus fréquent autour de la cinquantaine et plus chez l'homme que chez la femme.

Chez l'enfant il est le plus souvent lié à des grosses amygdales et végétations qu'il faudra opérer après avoir fait le diagnostic par enregistrement du sommeil. Chez l'enfant il peut se traduire par une agitation excessive dans la journée au lieu d'une somnolence.

À SAVOIR

PRINCIPALES CAUSES DE SOMNOLENCE DIURNE EN DEHORS D'UN SAOS

- Insuffisance de sommeil : très fréquent
- Dépression (en fait plus souvent une plainte de « fatigue »). La dépression est fréquemment associée au SAOS
- Troubles du rythme veille-sommeil (avance de phase : fréquente chez les personnes âgées, ou retard de phase : fréquent chez les adolescents et jeunes adultes)
- Somnolence d'origine médicamenteuse : fréquent
- Somnolence par pathologie de l'éveil (Narcolepsie-Cataplexie)
- Somnolence par pathologie du sommeil (Hypersomnie idiopathique)

SOMNOLENCE ET CONDUITE D'UN VÉHICULE

La Somnolence Diurne Excessive (SDE) est une inaptitude à la conduite automobile quelle qu'en soit la cause, aussi bien pour les permis de véhicules groupe léger que groupe lourd. C'est la commission du permis de conduire qui prend la décision en s'appuyant sur l'avis du médecin qui prend en charge la somnolence.

Une personne traitée pour un SAOS peut conduire si la somnolence est efficacement traitée.

Groupe léger : Une compatibilité à la conduite automobile est donnée pour un an après avis clinique. La reprise de la conduite peut se faire 1 mois après l'évaluation de l'efficacité thérapeutique. Contrôle tous les ans.

Groupe Lourd : La disparition de la somnolence devra être validée par un bilan clinique et un test de maintien de l'éveil (test qui se fait sur une journée pleine en centre de sommeil). La reprise de la conduite peut se faire 1 mois après l'évaluation de l'efficacité thérapeutique. La compatibilité à la conduite est donnée pour 6 mois.

EVALUATION DE LA SOMNOLENCE DIURNE PAR LE TEST DE MAINTIEN DE L'ÉVEIL OU TME

Ce test est exécuté sur une journée. Il consiste à explorer la capacité qu'a une personne à rester éveillée dans une circonstance monotone. Il est le test principal pour apprécier l'efficacité d'un traitement sur l'amélioration de la somnolence. On demande au patient de rester assis sur un fauteuil sans rien faire et sans s'agiter pendant 40 minutes. Quatre à 5 tests sont exécutés dans la journée. Deux heures séparent chaque début de test. Entre les tests le patient est libre mais est surveillé car la consigne est de ne pas s'endormir entre chaque test et donc de résister au sommeil. Au total le patient ne doit pas dormir de toute la journée. Le résultat est le délai moyen d'endormissement au cours de 4 ou 5 tests. La valeur de 40 minutes traduit l'absence d'endormissement aux 4 ou 5 tests effectués. Les résultats seront toujours appréciés en association aux données cliniques.

E **LA CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC : TOUJOURS UN ENREGISTREMENT DU SOMMEIL**

— **Devant un problème de sommeil il faudra toujours demander une consultation à son médecin traitant. Une suspicion de syndrome d'apnée du sommeil devra conduire dans tous les cas à un enregistrement du sommeil. Mais les demandes sont nombreuses d'où des délais parfois assez longs de plusieurs semaines à plusieurs mois.**

— **Si la somnolence diurne est importante il peut s'agir d'un examen à faire rapidement car il y a un risque d'accident de la route ou du travail. C'est un examen médical fait sous la responsabilité d'un médecin formé au diagnostic et à la prise en charge des pathologies respiratoires du sommeil.**

**LA CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC :
TOUJOURS UN ENREGISTREMENT DU SOMMEIL**

IL EXISTE DEUX TYPES D'ENREGISTREMENT : LA POLYGRAPHIE ET LA POLYSOMNOGRAPHIE

LA POLYGRAPHIE RESPIRATOIRE OU VENTILATOIRE (PV) :

L'examen nécessite une nuit complète avec au moins 4 à 5 heures de sommeil pour être interprétable. Si le sommeil n'a pas été obtenu au cours de la nuit, il est nécessaire de bien le signaler au médecin car il faudra refaire l'examen. La PV est souvent faite en « ambulatoire » c'est-à-dire au domicile. Les capteurs mis en place sont destinés à enregistrer uniquement la respiration sans le sommeil lui-même. Les données enregistrées sont : le flux aérien au niveau du nez et de la bouche, les mouvements thoraciques et abdominaux par des ceintures élastiques, le taux d'oxygène dans le sang artériel à l'aide d'un capteur fixé au doigt, le rythme cardiaque. Ce matériel ne gêne pas ou peu le sommeil.

LA POLYSOMNOGRAPHIE (PSG) :

Cet examen, fait sur une nuit entière, est plus complet et enregistre la respiration et le sommeil. Il peut être fait dans un centre de sommeil ou à domicile. En plus des données respiratoires, des capteurs spécifiques destinés à analyser le sommeil sont mis en place sur le crâne, autour des yeux et au niveau du menton. Cet examen peut être demandé d'emblée ou bien en complément d'une polygraphie. La PSG est destinée à faire un diagnostic plus précis des troubles du sommeil en général et du syndrome d'apnée en particulier.

Il existe des examens dit de « dépistage » de moindre intérêt qui devront systématiquement être complétés par une PV ou PSG pour déterminer l'IAH. Ils ont tendance à retarder le diagnostic et ne sont pas remboursés.

L'INDEX D'APNÉES HYPOPNEÉS OU IAH

Les examens PV et PSG permettront de définir la prise en charge selon la sévérité du SAOS.

L'importance d'un SAOS est exprimée par l'index d'apnées hypopnées (IAH).

L'IAH est défini comme le nombre d'événements respiratoires (apnées ou hypopnées) par heure d'enregistrement (en PV) ou de sommeil (en PSG) :

- IAH < 5/h = normal : pas de SAOS. Si la personne ronfle fortement, il est prudent de surveiller.
- IAH >5 et < 15/h = SAS minime
- IAH > 15/h et < 30/h = SAS modéré
- IAH > 30/h = SAS sévère

REMBOURSEMENT DU TRAITEMENT PAR PPC ET IAH

Le remboursement du traitement de référence (la pression positive continue ou PPC) par l'assurance maladie tient compte de l'IAH donné par ces enregistrements.

- Au-dessus de 30/h la prise en charge est complète,
- Entre 15 et 30/h il est nécessaire d'avoir un index de micro-éveils (défini uniquement par une polysomnographie) supérieur à 10/h de sommeil ou une pathologie associée (Hypertension, diabète...), pour obtenir la prise en charge.

LES MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES PEUVENT PARFOIS SUFFIRE. ELLES SONT NÉCESSAIRES QUELLE QUE SOIT LA GRAVITÉ DU SAOS :

- Pour la perte de poids : Améliorer son comportement alimentaire,
- Supprimer l'alcool et le tabac,
- Revoir les traitements associés en particulier les sédatifs anxiolytiques et somnifères (Benzodiazépines).
- Faire de l'exercice physique le jour mais pas le soir après le dîner car cela entraîne un risque de retard d'endormissement.
- Prendre conscience de la nécessité d'une bonne gestion de son sommeil.

LE TRAITEMENT POSITIONNEL

La position dorsale au cours du sommeil est un facteur nettement aggravant de survenue des apnées et parfois la seule cause. Lorsque les apnées (ou hypopnées) ne surviennent qu'en position dorsale il est légitime de prescrire en première intention un traitement positionnel. Cette position prise la nuit est inconsciente et nécessite l'aide d'un matériel adapté pour rester en position latérale. Il existe différents systèmes sur le marché qui ne sont pas remboursés. Ils sont d'efficacité très variable. Certains sont parfaitement efficaces. Un contrôle de l'efficacité du dispositif par polygraphie devrait être fait après un délai de 3 à 4 semaines nécessaire au conditionnement du corps à ce nouveau matériel et cette nouvelle position au cours du sommeil.

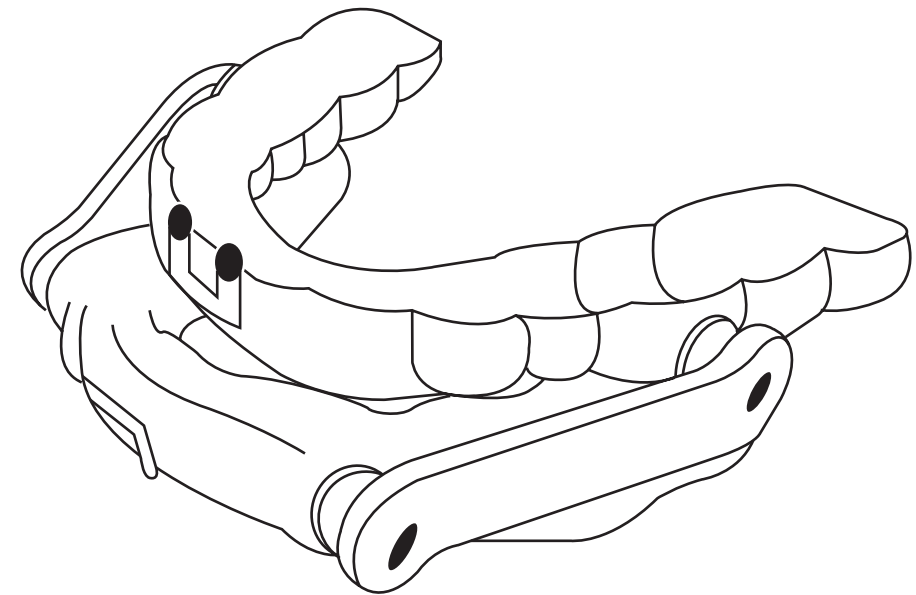
L'ORTHÈSE D'AVANCÉE MANDIBULAIRE (OAM) EST ENVISAGEABLE SI LES CONDITIONS CLINIQUES LE PERMETTENT (BON ÉTAT DENTAIRE EN PARTICULIER).

Il s'agit d'un système placé sur les arcades dentaires destiné à avancer la mâchoire en avant de quelques millimètres. Le niveau d'avancée doit s'adapter à chaque patient. Un contrôle par polygraphie respiratoire de l'efficacité de l'OAM doit être fait environ un mois après la mise en place car il peut persister des efforts respiratoires alors que les ronflements ont disparu. La mise en place d'une OAM se fera après un bilan dentaire et maxillo-facial spécialisé. Ceci nécessite plusieurs consultations. Certaines OAM sont remboursées.

Attention : La mise en place (ou « mise en bouche ») est aux frais du patient. Une entente préalable remplie par le médecin prescripteur est nécessaire, à la première prescription, et à chaque renouvellement (tous les deux ans). Le remboursement est assuré si l'efficacité est démontrée, c'est-à-dire une réduction d'au moins 50% des événements respiratoires, observée sur enregistrement polygraphique.

LES RÉGLES POUR UN MEILLEUR SOMMEIL AVEC OU SANS PPC

- Avoir des horaires de coucher et de lever réguliers
- Dormir suffisamment (en général environ 7h30 à 8H00)
- Ne pas faire du sport après dîner mais de l'exercice dans la journée
- Pas de repas copieux le soir
- Une chambre tempérée à 18°C
- Pas d'excitant (Café, Thé après 16H00)
- Ne pas ruminer ses soucis au lit
- Éviter les animaux au lit
- Éviter la télé et l'électronique dans la chambre
- Avoir une bonne occultation des fenêtres pour que l'obscurité dans la chambre soit optimale



Exemple d'Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM)

LA PPC

PRESSION POSITIVE CONTINUE

C'EST LE TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE DÉCOUVERT EN 1979. IL EST PARFAITEMENT EFFICACE. HISTORIQUEMENT SON EFFICACITÉ REMARQUABLE A ÉTÉ LE POINT DE DÉPART D'UNE VÉRITABLE PRISE DE CONSCIENCE, DANS LE MONDE MÉDICAL, DES PATHOLOGIES DU SOMMEIL EN GÉNÉRAL.

La « machine » à PPC est constituée d'une petite turbine qui en tournant envoie un courant d'air sous pression dans les voies aériennes par l'intermédiaire d'un masque. Ce masque peut être strictement nasal ou à la fois nasal et buccal (masque dit « facial »). La légère surpression dans les voies aériennes assure une ouverture permanente et la respiration se fait tout à fait normalement aussi bien à l'inspiration qu'à l'expiration. La personne retrouve alors une bonne qualité de sommeil et les anomalies associées disparaissent (augmentation de pression artérielle, irrégularités du rythme cardiaque, les micro-éveils). Les symptômes diurnes disparaissent et notamment la somnolence.

La durée d'adaptation au traitement par PPC varie entre une nuit et 2 mois environ. En général rapide (quelques jours), l'amélioration du ressenti clinique peut parfois n'apparaître qu'après un ou deux mois. L'efficacité sur la somnolence est assez rapide, pour les troubles de la mémoire et de la concentration cela peut être un peu plus long.

La PPC n'est pas un traitement à base d'oxygène. C'est l'air ambiant, de la chambre qui est soufflé. Une machine à PPC fonctionne à l'inverse d'un aspirateur.

Le niveau de surpression (ou pression positive) nécessaire dépend de chaque patient. Les valeurs de pression positive efficace se situent entre 4 et 20 cm d'eau (1 cm d'eau = 1 hectopascal = 1 millibar). Si la pression est « fixe » elle ne variera pas au cours de la nuit. Le patient peut, par exemple, être soumis à un niveau de pression constante de 9 cm d'eau toute la nuit y compris à l'éveil. Une habitude est donc nécessaire. Lorsque le niveau

CPAP

CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE

de pression est bien réglé tous les événements respiratoires y compris les ronflements disparaissent, et ce, quelle que soit la position de sommeil. La persistance de ronflements traduit un niveau de pression insuffisant. Cela peut arriver si les conditions changent. Ce peut être le cas lors d'un passage en position dorsale au cours d'une nuit ou à plus long terme à l'occasion d'une prise de poids.

Outre la PPC en mode fixe, il existe d'autres modes de PPC. Un des plus utilisés est la PPC à niveau de pression variable au cours de la nuit. Ces appareils détectent la présence ou non d'événements respiratoires et le niveau de pression s'adapte en permanence. Il s'agit d'une PPC dite « AutoPilotée ». Cette PPC AutoPilotée baisse le niveau de pression lorsque le patient se réveille. Ceci peut être ressenti comme plus agréable. En revanche les fluctuations de pression peuvent favoriser des éveils nocturnes et perturber plus facilement le sommeil. Les fabricants ont développé des logiciels différents et chaque machine a ses particularités.

C'est au médecin de prescrire la machine la plus adaptée avec le niveau de pression le plus efficace. Les PPC qu'elles soient en mode fixe ou autopiloté sont aussi efficaces l'une que l'autre. Actuellement la plupart des machines présentent les deux possibilités de réglage. D'autres variétés de PPC plus sophistiquées existent mais qui ne démontrent pas de supériorité franche par rapport à ces deux modes de ventilation. Le confort est parfois différent en fonction du patient et de la machine.

LA BIPAP (TERME ANGLAIS : BILEVEL POSITIVE AIRWAY PRESSURE)

Lorsque le SAOS est présent chez une personne atteinte d'insuffisance respiratoire chronique par BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive) un mode dit en double niveau de pression (VDNP= Ventilation en double niveau de pression) ou BIPAP, peut être prescrit. Dans ce cas le niveau de pression à l'inspiration est plus élevé qu'à l'expiration. Les réglages de ce mode de ventilation sont délicats et doivent être faits par un médecin pneumologue compétent dans la BPCO et le SAOS.

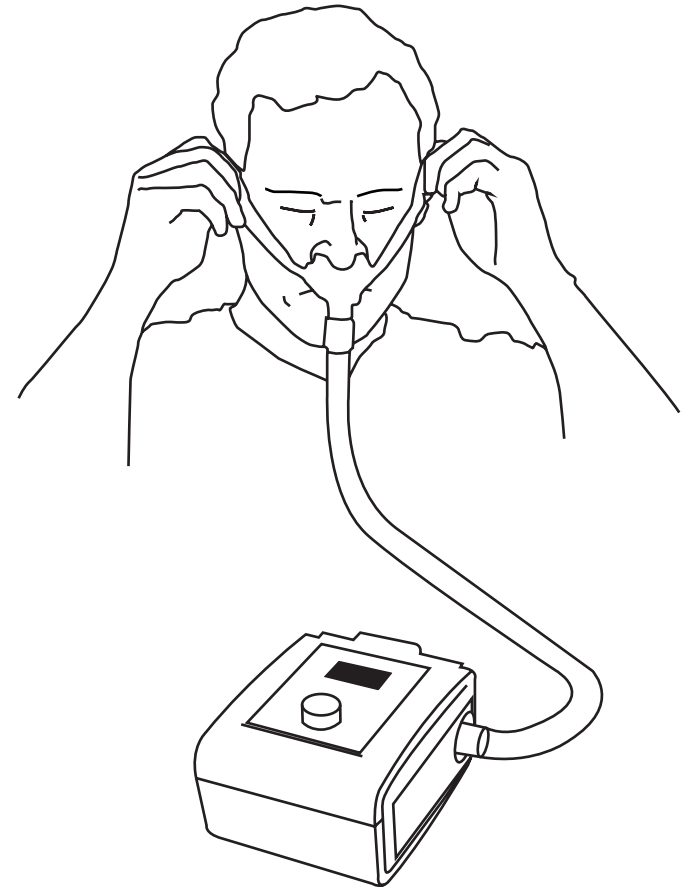
LA VENTILATION AUTO-ASSERVIE OU SERVO-PILOTÉE (ASV)

Les apnées centrales sont plus difficiles à traiter que les apnées obstructives et peuvent parfois apparaître lors du traitement par PPC fixe ou AutoPilotée.

Il existe des machines spécifiques pour les apnées centrales dites ASV. Le principe est de respirer à la place du patient lorsque sa respiration spontanée s'arrête au cours de la nuit. La machine ASV suit en permanence le rythme respiratoire du patient. Lorsque son amplitude diminue (hypopnée centrale) ou lorsque la respiration s'arrête (apnée centrale) elle prend la place en ventilant le patient. Le patient se retrouve en quelque sorte en mode de respiration « artificielle ». L'appareil délivre le même rythme respiratoire et la même quantité d'air que ceux du patient avant son arrêt respiratoire. Lorsque la reprise respiratoire spontanée survient la machine arrête sa ventilation mais continue à « surveiller » le rythme respiratoire du patient. Si une nouvelle apnée centrale apparaît elle recommence. Des travaux récents (Etude Resmed ServeHF, 2015) ont montré cependant que ces machines ASV étaient totalement contre-indiquées en cas de syndrome d'apnées centrales chez les patients ayant une insuffisance cardiaque sévère. C'est pourquoi le diagnostic par polygraphie ou polysomnographie doit être fait avec la plus grande qualité par des médecins formés qui sauront bien différencier les apnées-hypopnées obstructives et centrales. Les examens de « dépistage » ne permettent pas d'apprécier ces différences et ne sont donc pas recommandés.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical est peu utilisé et les indications sont limitées aux anomalies maxillo-faciales. Chez l'enfant en revanche la chirurgie des amygdales et des végétations est le premier traitement si elles sont la cause du SAOS, ce qui est le plus fréquent.



G LES ORIENTATIONS EN FONCTION DE LA SÉVÉRITÉ DU SAOS

Selon l'IAH et la clinique la prise en charge varie :

IAH < 5/h A priori pas de SAOS

S'il s'agissait d'un enregistrement polygraphique et que la somnolence est marquée, alors il faudra savoir refaire un second enregistrement, mais polysomnographique, pour ne pas méconnaître un syndrome d'apnée plus subtil dont le diagnostic nécessiterait l'analyse fine des micro-éveils au cours du sommeil. Si la seconde polysomnographie s'avérait normale et en l'absence de toute perturbation de l'hygiène de sommeil, il faudra rechercher d'autres pathologies du sommeil.

A noter qu'un agenda du sommeil est recommandé pour apprécier le rythme des horaires de coucher et de lever et la durée de sommeil. A la moindre suspicion d'un trouble du sommeil nous conseillons de remplir un agenda du sommeil.

IAH entre 5 et 15/h

Il s'agit d'un SAOS minime. La mise en oeuvre d'un traitement ou de mesures simples peut éviter l'apparition de complications. Les mesures hygiéno-diététiques et le traitement positionnel (si les événements sont positionnels uniquement) sont à privilégier. Une OAM pourra être prescrite mais ne sera pas remboursée et les indications resteront limitées.

IAH > à 15 /h

C'est un syndrome modéré (IAH entre 15 et 30/h) ou sévère (IAH supérieur à 30/h)

Dans tous les cas des règles hygiéno-diététiques seront proposées.

Un traitement par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) est envisageable si les conditions cliniques le permettent.

Pour un syndrome modéré une OAM peut constituer le traitement de première intention, ou bien en cas d'échec de la PPC ou de refus de traitement par la PPC. Le traitement par OAM est moins efficace que le traitement par PPC avec une diminution de 50% des événements respiratoires.

Le traitement par pression positive continue (PPC) est le traitement de référence. Il est donné en première intention.

Il fait disparaître les apnées, hypopnées et limitations de débit et l'IAH

• Une fois le diagnostic de SAOS fait, il faut le prendre en charge quelle que soit sa sévérité.

H LE SUIVI DU TRAITEMENT

Traitement par PPC

Un traitement par PPC présente certaines contraintes (certaines personnes peuvent même le vivre comme un handicap). C'est pourquoi il est primordial de bien comprendre les avantages cliniques, de connaître les inconvénients potentiels, de comprendre le fonctionnement du matériel et des accessoires. Tout ceci doit être bien expliqué avant la mise en place du traitement pour que la prise en charge se poursuive au mieux.

Le traitement par PPC est établi pour 4 mois. Un suivi rapproché, associant le prestataire IOVIE et le médecin prescripteur, est nécessaire dès la mise en place. Le médecin fera le point avec vous sur la durée d'utilisation ainsi que sur l'amélioration clinique ressentie.

L'objectif est de prendre le traitement (PPC ou OAM) toutes les nuits et toute la nuit. On parle d'observance. Une bonne qualité de prise en charge doit permettre une bonne tolérance physique et psychologique de la machine et une observance maximale.

Les bénéfices sur la santé seront directement liés à la durée du traitement la nuit. Un minimum de 5 heures par nuit est nécessaire mais une durée d'observance plus longue est préférable.

Votre prestataire de service IOVIE, qui vous a délivré la PPC, est là en complément indispensable de la prise en charge médicale pour vous aider pour le bon suivi du traitement. N'hésitez pas à prendre contact avec lui si vous rencontrez des problèmes.

Le traitement par PPC est habituellement entièrement remboursé par l'Assurance maladie associée à votre mutuelle. Le médecin prescripteur doit en faire la demande et établir une Demande d'Entente Préalable (DEP), lors de la première prescription et à chaque renouvellement. La demande de prise en charge doit être renouvelée chaque année.

Traitement par OAM

Il est nécessaire de porter régulièrement l'appareil toute la nuit et toutes les nuits.

Si des effets indésirables apparaissent en début de traitement parlez en tout de suite au médecin qui vous prend en charge pour le SAOS. Il envisagera avec vous les solutions. Parfois il faut légèrement insister dans le port de l'orthèse. Mais si les signes sont importants il faudra savoir passer une nuit sans l'OAM. Les plaintes concernent souvent des problèmes de sensibilité dentaire ou de douleurs articulaires.

Osez poser toutes les questions qui vous préoccupent et envisagez les problèmes, s'il y en a, avec votre médecin. Ecrivez vos questions sur un papier pour ne pas les oublier lors de la consultation qui se passe parfois assez rapidement et pendant laquelle vous êtes parfois plus ou moins perdu par les questions posées par le médecin.

Les ronflements doivent disparaître sous traitement par OAM, PPC ou dispositif positionnel. Une réapparition des ronflements sous traitement est le signe d'une efficacité diminuée du traitement.

I EFFETS INDÉSIRABLES DE LA PPC

Les effets indésirables de la PPC sont généralement liés au port du masque et à l'air qui peut fuir autour du masque.

Liés au masque

L'irritation oculaire en rapport avec une fuite d'air au masque : soit le masque est inadapté (trop grand, trop petit) ou bien le serrage du harnais qui maintient le masque est trop fort ou trop faible. En présence de fuites, on a tendance à serrer le masque; il faut parfois au contraire le desserrer, cela dépend du type de masque.

Douleurs et rougeurs aux points d'appui du masque : Ne serrez pas trop le masque ou changez de harnais ou de masque. N'insistez pas : Il faut savoir au début laisser passer une nuit pour que les points d'appuis puissent se reposer. Parfois il peut s'agir d'une réaction allergique.

Une marque des sangles de serrage du harnais apparaît le matin sur le visage : ces marques disparaissent rapidement après le réveil. Ne vous réveillez pas au dernier moment pour permettre à la peau du visage de reprendre son élasticité. Attention à ne pas trop serrer le masque.

• L'insuffisance cardiaque sévère est une contre-indication absolue à la PPC dans son mode auto-asservi (ASV) pour le traitement du syndrome d'apnée centrale.

Liés au flux d'air :

Sensation de nez bouché, d'être enrhumé, sécrétion nasale abondante : l'apport d'un humidificateur chauffant à l'appareil de PPC est souvent bénéfique.

Sensation de ballonnement abdominal : c'est un des inconvénients les moins faciles à gérer. Le niveau de pression est peut-être trop élevé.

Sécheresse buccale : le flux d'air nasal induit une ouverture buccale réflexe impossible à contrôler. Le maintien de la bouche pourra se faire à l'aide d'une mentonnière et une amélioration peut être également obtenue avec un humidificateur chauffant. Si possible mettre un masque facial.

Bruit excessif : l'appareil est trop bruyant. Il faut savoir en changer surtout s'il est ancien. Actuellement les appareils ne sont pas bruyants. Vérifiez que le masque est bien en place (fuite d'air bruyante au masque). Évitez les vibrations sur la table de nuit.

Claustrophobie avec anxiété liée au port du masque : Demandez une éducation thérapeutique et essayez le masque dans la journée.

N'hésitez pas à demander conseil à votre prestataire qui, si besoin, demandera un avis au médecin prescripteur.

J LE RÔLE DE VOTRE PRESTATAIRE IOVIE

Le rôle du prestataire IOVIE est majeur dans la mise en place initiale du traitement et son suivi. C'est un partenaire indispensable pour la bonne efficacité du traitement. Il sera proche de vous et à votre écoute pour :

La délivrance de la PPC le plus rapidement possible après la prescription médicale.

Le suivi dès les tous premiers jours de l'acceptabilité clinique de la PPC. En cas de difficultés il préviendra le médecin prescripteur pour lui signaler les problèmes (masque, niveau de pression, vos difficultés...).

Le contrôle d'observance (= nombre d'heures passées au cours de la nuit avec la PPC). Il adresse le contrôle d'observance au médecin régulièrement.

Le contrôle de l'IAH résiduel sous machine et sa variabilité. Il préviendra le médecin en cas d'augmentation inattendue et sur quelques jours de l'IAH.

L'adaptation des accessoires :

- Le type de masque : nasal, naso-buccal, narinaire.
- Le tuyau entre la PPC et le masque. La longueur et le diamètre du tuyau sont calibrés pour un appareil donné. Il ne faut pas changer de tuyau ni le couper.
- L'humidificateur (sur proposition du médecin). Il est nécessaire de bien le nettoyer régulièrement tous les jours et de changer l'eau, sinon des risques d'infection et de mauvaises odeurs peuvent survenir.

Les explications sur la manipulation :

- pour la mise en place le soir
- pour l'hygiène des accessoires : Respectez les consignes.
- pour l'entretien de la machine

Le réglage et l'adaptation des niveaux de pression (sur prescription médicale)

Réagir dans les 72 h en cas de panne de matériel et pour répondre à toutes vos questions.

K LES QUESTIONS QUE JE ME POSE

PUIS-JE PARTIR EN VOYAGE À L'ÉTRANGER ?

OUI : N'oubliez pas votre machine et tous ses accessoires, demandez un certificat de douane au prestataire, prévoyez différents types de prises et d'adaptateurs en accord avec les différents pays visités.

EST-CE POSSIBLE DE L'UTILISER EN DÉPLACEMENT DANS UN VÉHICULE ?

OUI : les appareils sont prévus pour être alimentés avec différents types de courant alternatif et continu. Le fonctionnement se fait avec la batterie du véhicule.

DOIS-JE EN PARLER À MON ENTOURAGE ?

Cela est fonction de chacun mais le syndrome d'apnée du sommeil est maintenant une pathologie connue et il n'est pas difficile d'en parler. De plus vous pourrez souvent aider un ou une de vos connaissances en évoquant le diagnostic et vous l'aidez à prendre conscience de sa pathologie éventuelle.

EST-CE UN TRAITEMENT À VIE ?

En général oui. Le traitement du SAOS par PPC ou OAM est symptomatique. Si le traitement est arrêté les apnées reviennent aussitôt. On peut observer parfois des guérisons après chirurgie (mais les indications sont rares) ou bien lorsque des amaigrissements importants sont observés. Mais il n'est pas possible de prévoir l'importance de l'efficacité de l'amaigrissement. Si le syndrome d'apnées persiste malgré l'amaigrissement il faudra continuer le traitement.

EST-CE QUE MON HYPERTENSION ARTÉRIELLE VA RÉGRESSER ?

Le traitement du SAOS va stabiliser l'évolution de l'hypertension. Le traitement antihypertenseur, lorsqu'il est conséquent, va pouvoir parfois être diminué. Pour les hypertensions artérielles réfractaires on retrouve dans 80% des cas une association à un SAOS. Le traitement du SAOS va faciliter la prise en charge.

PUIS-JE CONTINUER À PRENDRE MON SOMNIFÈRE ?

Il n'y a aucune raison de prendre un somnifère pour s'endormir le soir, que l'on soit ou non traité pour un syndrome d'apnées du sommeil. De plus les benzodiazépines (que sont les somnifères) accentuent les apnées et vont modifier le niveau de pression positive nécessaire. En cas d'insomnie il est préférable d'en parler à son médecin et de prendre une stratégie différente (bonne hygiène de sommeil, phytothérapie par exemple...). Les benzodiazépines sont contre indiquées dans le SAOS.

DOIS-JE METTRE MON APPAREIL POUR LA SIESTE ?

La sieste recommandée est une sieste courte de moins de 20 minutes pour ne pas « consommer » son sommeil pour la nuit suivante. Il est préférable de mettre son appareil car ces siestes courtes sont constituées de sommeil léger et les apnées du sommeil surviennent essentiellement en sommeil léger. Sans la PPC l'efficacité de la sieste risque d'être moindre.

JE RONFLE DE NOUVEAU

C'est un signe que le traitement est moins efficace. Le simple vieillissement naturel peut être en cause car les tissus du voile du palais (qui vibrent lorsque l'on ronfle) deviennent un peu plus souples et vibrent plus facilement en vieillissant. Il peut s'agir de reprise de poids ou d'autres causes. Il faut revoir son médecin pour réajuster le traitement.

POSEZ VOS QUESTIONS À VOTRE PRESTATAIRE IOVIE

NOM : _____
 PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 DATE DE DÉBUT de l'AGENDA : _____
 POIDS (kg) : _____ TAILLE (m) : _____

Sur la ligne "SOMMEIL"
 1) Faire une flèche vers le bas à l'heure d'extinction des lumières le soir pour dormir
 2) Faire une flèche vers le haut pour l'ouverture des lumières du matin au lever
 3) Colorer toutes les périodes de sommeil, volontaire ou involontaire, de la journée et de la nuit
 4) Inscrire des petits "e" par-dessus le sommeil en cas de petits éveils (quelques minutes) fréquents
 5) Laisser libre les périodes d'éveil de la journée et de la nuit
 6) Faire un petit rond pour des périodes de somnolence

Sur la ligne "TRAVAIL"
 1) Mettre un trait continu sur les périodes de travail de jour ou de nuit
 2) Ne rien mettre en dehors des périodes de travail

AGENDA DE VOTRE SOMMEIL

A compléter le matin en se souvenant des 24 heures passées (Par exemple : le lundi matin 12 décembre 8h00 on remplit du dimanche matin 11 décembre 8h au lundi matin 12 décembre 8h)

JOUR	date	Attention à 12h00 on passe au jour suivant en continuant sur la ligne située en dessous																								Donnez une note de : 1 (très mauvais) à 10 (très bon)		Prise d'un somnifère le soir ?					
		12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	Sommeil	Réveil		Journée				
LUN																																	
MAR																																	
MER																																	
JEU																																	
VEND																																	
SAM																																	
DIM																																	
LUN																																	
MAR																																	
MER																																	
JEU																																	
VEND																																	
SAM																																	
DIM																																	

JOUR	date	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h					
LUN																			e	e										

