

Max Kuhn

SAS – diagnostic à la mode ou réel problème?

D'après un bref exposé au congrès d'Arosa 2012

Epworth Sleepiness Scale

Un patient se présente à votre consultation en disant que sa partenaire se plaint de ses ronflements et s'inquiète de ses longues pauses respiratoires. 50% des consultations pour SAS sont demandées sur insistance des partenaires et 50% en raison d'une fatigue diurne subjectivement gênante. Utilisez l'échelle de somnolence d'Epworth [1, 2]. Si le score est de plus de 10 points, il y a une fatigue diurne anormale.

Quelle est la probabilité que vous vous endormiez?

Nulle = 0, faible = 1, forte = 2, permanente = 3

- En regardant la télévision
- En lisant
- Après le dîner
- Comme passager en voiture
- Au théâtre
- Pendant une séance
- Lors d'une discussion
- En voiture au feu rouge

Score total:

Normal ≤ 10

Léger 11–15

Modéré 16–20

Grave 21–24

Diagnostic

Pour un patient qui ronfle et fait des pauses respiratoires nocturnes qui inquiètent son entourage, souffrant en plus d'une fatigue diurne subjectivement gênante et ayant plus de 10 points sur l'échelle d'Epworth, il faut demander un examen du sommeil chez le pneumologue.

Le diagnostic définitif peut dans de nombreux cas être posé à domicile par examen avec des appareils transportables (poylgraphie respiratoire). Dans les situations difficiles un examen au laboratoire du sommeil est indispensable.

Le spécialiste n'utilise que rarement la seule oxymétrie pour son premier diagnostic. Exception: si le patient précise d'emblée qu'il n'acceptera jamais de respirer dans un masque. Auquel cas l'oxymétrie est indiquée. Si elle montre des désaturations massives à répétition, ce patient pourra la plupart du temps être motivé pour préciser encore plus son diagnostic et, si un SAS est confirmé, être éventuellement ventilé au masque.

Une maladie systémique

Le médecin de famille connaît le symptôme de la somnolence diurne et le risque d'assoupissement au volant. Mais sait-il aussi qu'un SAS peut avoir d'autres répercussions sur l'ensemble du système (fig. 1)? Y penser en présence d'une tension artérielle difficile à contrôler! A l'inverse une CPAP efficace abaisse la tension artérielle de jusqu'à 9 mmHg (plus le SAS est grave plus l'effet est marqué). Ce traitement diminue également l'incidence du syndrome coronarien aigu, de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de la mort subite.

Les désaturations nocturnes à répétition et surtout la fragmentation du sommeil par les réactions de réveil à la fin des pauses res-

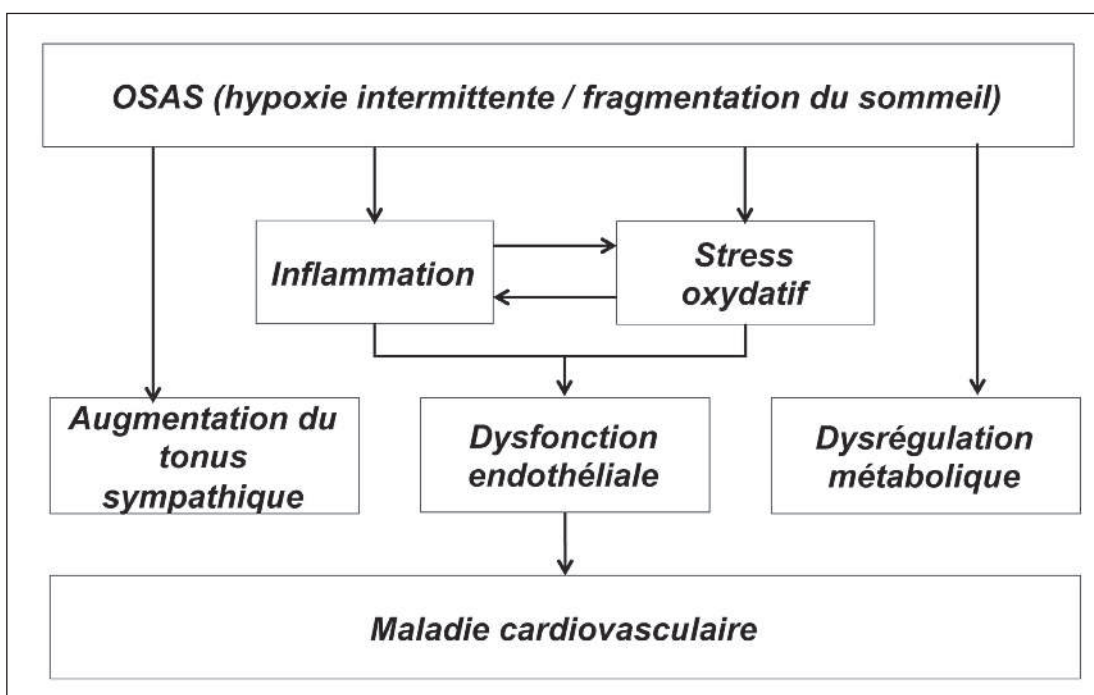


Figure 1
SAS = maladie systémique.
(D'après: Ryan S, Taylor CT, McNicholas WT. Systemic inflammation: a key factor in the pathogenesis of cardiovascular complications in obstructive sleep apnoea syndrome? Thorax. 2009;64[7]:631–6.)

piratoires augmentent le tonus sympathique. Le SAS déclenche en outre une inflammation systémique et un stress oxydatif avec dysfonction endothéliale et troubles de la coagulation. Tous ces mécanismes expliqueraient l'augmentation du risque cardiovasculaire (CI, AVC, mort subite). Les hypoxémies à répétition et les réactions de réveil ne permettent pas d'avoir un sommeil récupérateur et peuvent provoquer toute une série de symptômes diurnes: céphalée matinale, fatigue diurne avec tendance à l'assoupissement, difficultés de concentration et troubles mnésiques, baisse des performances et impuissance.

Conclusion

Pour les patients traités efficacement le SAS n'est pas un diagnostic à la mode et son traitement procure une véritable amélioration de la qualité de vie. Du fait que la présélection par les médecins de famille est très bonne dans le canton des Grisons la grande majorité des patients qui nous sont adressés ont effectivement un SAS plus ou moins sévère. D'après mon expérience le succès du traitement dépend presque exclusivement de la souffrance du patient. S'il souffre d'une fatigue diurne très gênante et/ou si sa/son partenaire se fait beaucoup de soucis, le patient est motivé à être ventilé au masque, ce qui n'est pas toujours très agréable au dé-

but. Dès qu'une amélioration est subjectivement perceptible la compliance est généralement bonne. Dans les Grisons (env. 190000 habitants) il n'y avait que quelques appareils CPAP disponibles en 1993, mais actuellement plus de 600 patients sont traités par ventilation au masque. Extrapolez ce nombre à votre canton!

Références

- 1 Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;4(6):540-5.
- 2 Bloch KE, Schoch OD, Zhang JN, Russi EW. German version of the Epworth Sleepiness Scale. *Respiration*. 1999;66(5):440-7.

Correspondance:

Dr. Max Kuhn
Leitender Arzt Pneumologie
Kantonsspital Graubünden
7000 Chur
Max.Kuhn[at]ksgr.ch