

## Diagnostic et traitement de l'apnée du sommeil

## Du bruit dans le lit conjugal

Daniel Ritscher

Il n'existe pas de distinction nette entre le simple ronflement perturbant le calme de la chambre à coucher et l'apnée du sommeil nécessitant un traitement. Même sans définition universelle du ronflement, il est admis que près de 30% des femmes et 44% des hommes émettent, durant leur sommeil, des bruits dus aux vibrations des parties molles des voies respiratoires supérieures, susceptibles d'entraver la qualité de vie de leur partenaire.

## Contexte

En tant que trouble de la santé le plus fréquent durant le sommeil, l'apnée obstructive du sommeil (AOS) a une prévalence de 2-4% au sein de la population, entraîne une morbidité considérable et représente un facteur de risque cardiovasculaire. Outre le fort ronflement entrecoupé de pauses, le symptôme principal de l'apnée du sommeil est la fatigue diurne s'exprimant par une hypersomnie. Le fait de s'endormir dans des situations inappropriées, notamment en conduisant ou au travail, est lié à un risque considérable d'accident, comme le montrent les enquêtes médico-légales en particulier chez les chauffeurs professionnels.

Au cabinet de médecine familiale, la fatigue est un symptôme très fréquent, dont la classification pathogénique nécessite l'ensemble du diagnostic différentiel de médecine de premier recours. Lors de l'analyse de patients fatigués, il convient de prendre en compte un simple manque de sommeil dû à un changement de comportement, un abus de substances, ainsi que diverses causes métaboliques. Parmi les patients qui ronflent et se plaignent de fatigue, lesquels doivent être soumis à un examen d'apnée du sommeil et comment réaliser celui-ci de manière optimale?

## Diagnostic

L'anamnèse détaillée, soutenue par de simples questionnaires et incluant le comportement de sommeil, aide à distinguer la *fatigue*, terme aux multiples emplois, de la véritable *somnolence diurne*.

Il convient de mentionner à cet effet l'échelle éprouvée de somnolence d'Epworth (ESS) (fig. 1) [1, 2] et le questionnaire STOP-BANG développé pour la chirurgie bariatrique [3]. Ce dernier considère également le poids corporel, la circonférence du cou et la pression artérielle comme comorbidités significatives. Tous les questionnaires disponibles sont sensibles mais peu spécifiques pour l'AOS et servent donc principalement à réduire la probabilité pré-test.

Concernant l'état clinique, il vaut la peine d'examiner les voies respiratoires supérieures. Le traitement médicamenteux ou chirurgical d'une éventuelle obstruction nasale (par ex. polypes, sévère déformation osseuse du squelette nasal, etc.) peut rendre inutile un examen complémentaire en vue du diagnostic d'une apnée du sommeil ou améliorer le traitement par surpression nasale. Chez les enfants et adolescents atteints d'AOS, l'ablation des végétations adé-

## Echelle de somnolence d'Epworth

La question suivante concerne votre vie quotidienne normale durant ces derniers temps:

**Selon vous, quelle est la probabilité que vous vous assoupissiez ou endormiez (au-delà de la simple fatigue) dans l'une des situations suivantes?**

Même si vous n'avez pas vécu récemment certaines de ces situations, essayez malgré tout de vous imaginer quels effets ces situations auraient exercé sur vous.

Veillez utiliser l'échelle suivante pour procéder à une évaluation la plus précise possible et cochez le nombre correspondant:

- 0 = Je ne m'assoupirais en *aucun cas*
- 1 = La probabilité que je m'assoupisse est *faible*
- 2 = La probabilité que je m'assoupisse est *moyenne*
- 3 = La probabilité que je m'assoupisse est *élevée*

Situation	Probabilité d'assoupissement			
	0	1	2	3
Lire en position assise	0	1	2	3
En regardant la télé	0	1	2	3
Lorsque vous êtes assis en tant qu'auditeur passif dans un lieu public (par ex. au théâtre ou durant une conférence)	0	1	2	3
En tant que passager en voiture durant un trajet d'une heure sans pause	0	1	2	3
Lorsque vous vous êtes allongé l'après-midi pour vous reposer	0	1	2	3
Lorsque vous êtes assis et que vous conversez avec quelqu'un	0	1	2	3
Lorsque vous êtes tranquillement assis après le déjeuner (sans alcool)	0	1	2	3
Lorsqu'en conduisant, vous devez vous arrêter quelques minutes à cause de la circulation	0	1	2	3

**Figure 1:** Interprétation: Valeur moyenne des sujets de test sains  $5.7 \pm 3.0$  (SD); valeur moyenne des patients atteints d'AOS  $13.0 \pm 5.1$  (SD). Valeur limite de probabilité pré-test intermédiaire  $>10$ .

noïdes ou l'amygdalectomie constituent la méthode de choix. L'examen spécifique à l'obésité et l'objectif d'une perte de poids demeurent un domaine central de la médecine familiale, qui est d'une grande pertinence en cas d'apnée du sommeil.

## Appareil d'examen diagnostic

### Polysomnographie

Méthode standard de diagnostic, la polysomnographie (PSG) surveillée par un personnel qualifié au laboratoire du sommeil est un «*overkill*» diagnostic pour la détection d'apnée du sommeil et engendre des coûts excessifs au vu de la forte prévalence. L'avantage de la PSG réside dans la différenciation par rapport aux pathologies non respiratoires ou troubles du sommeil concomitants [4, 5].

### Dépistage par pulsoxymétrie

En cas de soupçon d'AOS, les instruments de dépistage par pulsoxymétrie simple ou combinée à différents signaux respiratoires automatiquement enregistrés ne sont pas recommandés. En raison de leur haute sensibilité, ils entraînent un diagnostic excessif. Une spécificité suffisante n'est atteinte qu'en cas de probabilité anamnestique pré-test d'AOS très élevée; en cas de doute, une exclusion du diagnostic est impossible [4, 5].

### Polygraphie respiratoire – examen ambulatoire

En cas de probabilité pré-test d'apnée du sommeil au moins moyenne, la polygraphie respiratoire est la méthode diagnostique de choix [4, 5]. En règle générale, elle peut être réalisée sans problème en ambulatoire et montre, en intégrant plusieurs variables respiratoires, notamment les mouvements respiratoires thoraco-abdominaux, la part d'obstruction des voies respiratoires supérieures, ainsi que d'éventuels troubles d'origine

centrale de la régulation respiratoire. En cas d'apnée du sommeil complexe, ceux-ci se chevauchent et sont importants pour le choix de la modalité de technique ventilatoire.

De plus en plus souvent, l'examen ambulatoire (*out-of-center sleep testing = OCST*) de l'apnée obstructive du sommeil s'impose également dans des régions disposant de nombreux laboratoires du sommeil. Multiples et très hétérogènes dans leur mode de fonctionnement, les systèmes portables de surveillance destinés à l'examen ambulatoire peuvent être systématiquement catégorisés selon la nature et le nombre des paramètres de mesure enregistrés. Les examens ambulatoires du sommeil en cas de suspicion d'AOS doivent avoir lieu en prenant en considération les résultats anamnestiques et cliniques décrits plus haut, de préférence par des praticiens expérimentés, spécialisés en médecine du sommeil. L'OCST peut être utilisé comme alternative à une polysomnographie lorsque la probabilité pré-test d'AOS est estimée intermédiaire à élevée. Afin d'atteindre une spécificité suffisante, les systèmes portables de surveillance doivent permettre d'enregistrer au moins les paramètres suivants et de les évaluer sous forme de données brutes: pulsoxymétrie, fréquence cardiaque et signaux respiratoires (idéalement, écoulement d'air, excursions respiratoires thoraciques et abdominales et leur relation de phase).

## Traitement

En principe, l'indication thérapeutique du ronflement perturbateur doit être considérée *séparément* par rapport à l'apnée du sommeil nuisible à la santé. Toutefois, les deux cercles problématiques se chevauchent souvent très nettement. La recherche d'une obstruction nasale et son traitement, par ex. au moyen de corticostéroïdes topiques en cas de polypes nasaux, peuvent souvent améliorer nettement la pression douloureuse. De même, de bonnes mesures de protection auditive destinées au partenaire fournissent une aide simple souvent négligée. Par ailleurs, le nombre colossal de méthodes anti-ronflement disponibles témoigne de leur inefficacité. De manière anecdotique, certains dispositifs paraissant abstrus sont lancés sur le marché: divers supports de positionnement pour éviter le décubitus dorsal pendant le sommeil, ainsi que de nombreux outils destinés à écarter, éclipser ou stabiliser les voies respiratoires supérieures et même des appareils à électrochocs ou encore des leçons de didgeridoo (instrument à vent australien) sont mis en vente sur le vaste marché destiné aux individus tourmentés par le ronflement. Il convient ici de souligner à nouveau l'importance capitale de la perte de poids en vue de la réduction des

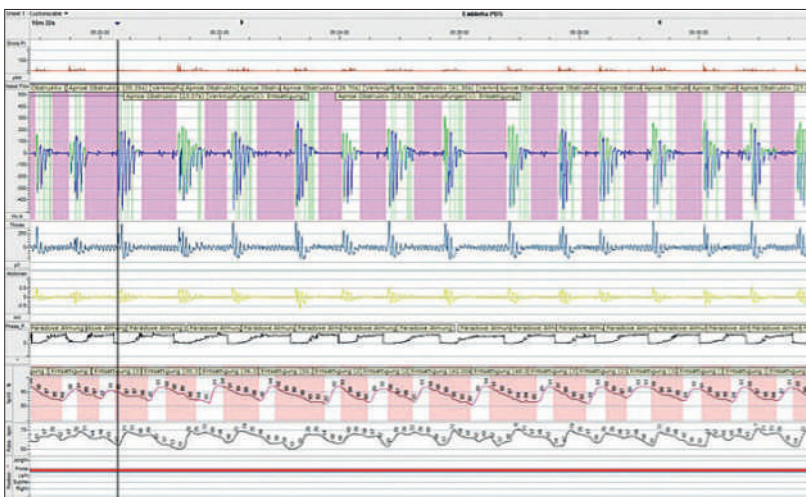
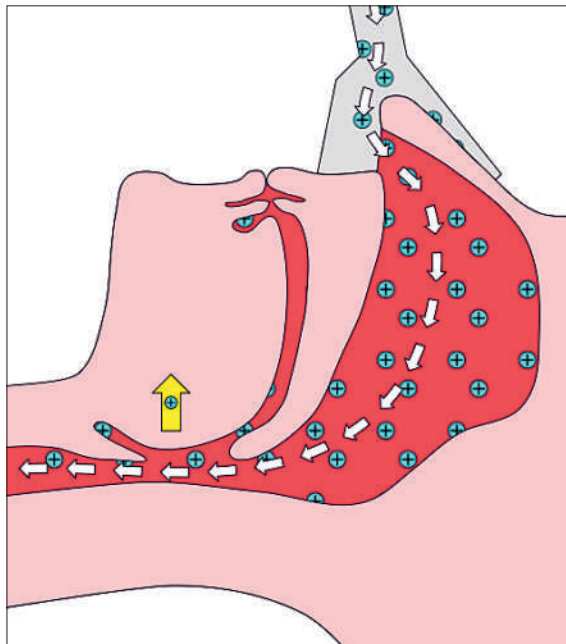


Figure 2: Pléthysmographie respiratoire par inductance.



**CPAP**

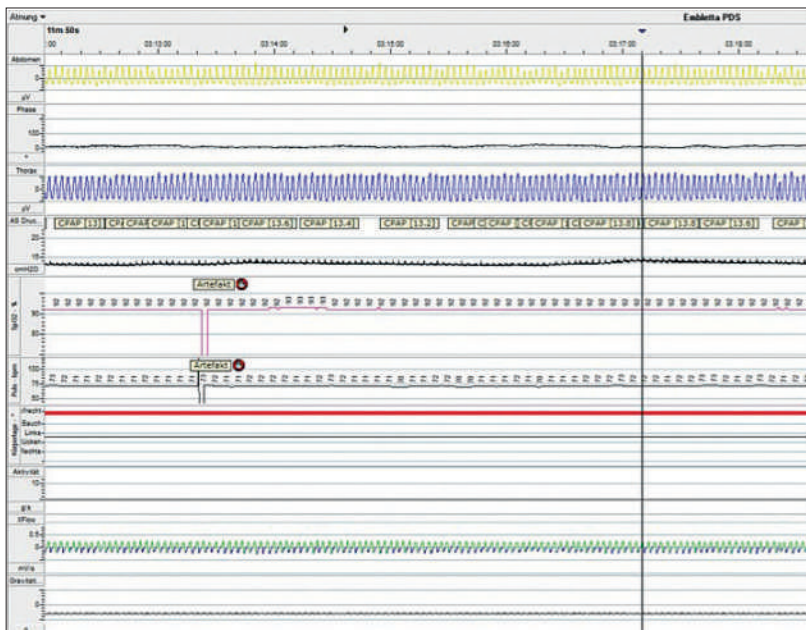
Un traitement efficace de l'apnée du sommeil à l'aide d'un appareil n'existe que depuis 1981. Sullivan avait alors décrit la surpression nasale CPAP (*continuous positive airway pressure*, ou ventilation en pression positive continue), qui peut depuis être qualifiée de traitement standard. L'efficacité objective de la CPAP dans l'apnée obstructive du sommeil n'a été jusqu'à présent avoisinée par aucune autre forme thérapeutique (fig. 3). Les avancées techniques ont permis de créer des ventilateurs CPAP très pratiques, silencieux et fiables, ainsi que de développer des systèmes de masque la plupart du temps bien tolérés. Outre le traitement purement via CPAP, qui est de nos jours généralement adapté automatiquement, une ventilation supplémentaire non invasive (par ex. ventilation servo-adaptée ou PAP à double niveau) peut améliorer davantage l'efficacité et la tolérance du traitement en cas de troubles respiratoires complexes (obstructifs et centraux) pendant le sommeil.

L'amélioration de la qualité de vie individuelle des personnes concernées, mais aussi de leurs partenaires, grâce à l'efficacité symptomatique représente un effet thérapeutique extrêmement impressionnant sur le plan clinique dans ma pratique quotidienne en tant que pneumologue établi. La réduction du risque d'accidents de la circulation y est étroitement liée. L'indication cardiovasculaire d'un traitement CPAP, principalement chez les patients non somnolents, par ex. en cas de respiration de Cheyne-Stokes dans le cadre d'une insuffisance cardiaque, est plus difficile en pratique.

L'observance thérapeutique en partie insuffisante fait toujours l'objet de critiques dans la littérature. Elle peut être documentée très précisément au moyen de l'électronique intégrée dans les ventilateurs, comme c'est le cas pour peu de formes de traitement médical. En l'absence de fatigue diurne évidente («AOS non somnolente»), la tolérance du traitement CPAP est souvent moins bonne. Des neurostimulateurs implantables actuellement en développement pourraient à l'avenir aider à améliorer ce dilemme thérapeutique.

**Références**

- 1 Murray WJ. A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-545.
- 2 Bloch K. German Version of Epworth Sleepiness Scale. *Respiration*. 1999;66:440-447.
- 3 www.stopbang.ca/
- 4 www.pneumo.ch/de/informationen-fuer-fachpersonen/sgp-richtlinien/osas-obstruktives-schlafapnoe-syndrom.html
- 5 Collop NA, et al. Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apnea in adult patients. Portable Monitoring Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*. 2007;3(7):737.



**Figure 3:** Principe du traitement CPAP et résultat d'une polygraphie sous CPAP.

pauses respiratoires d'origine obstructive ou centrale durant le sommeil. Par ailleurs, une diminution des substances entraînant une dépression respiratoire (principalement éthyle, benzodiazépine et opiacés) améliore elle aussi, souvent de manière essentielle, la respiration pendant le sommeil.

**Dispositifs oraux**

Les appareils orthodontiques constituent une alternative thérapeutique pour le traitement de patients atteints d'AOS qui ne tolèrent pas le traitement standard CPAP, et conviennent principalement aux formes légères à moyennes d'AOS.

Correspondance:  
 Dr Daniel Ritscher, Albis-  
 strasse 53, 8038 Zürich  
 www.lungenpraxis.ch  
 daniel.ritscher[at]hin.ch