

Le Dr Raphaël Heinzer, privat-docent, CHUV, Lausanne

La CPAP est le traitement de choix du SAOS

BÂLE – La fatigue chronique et la limitation des performances sont le lot quotidien des patients souffrant de syndrome des apnées obstructives du sommeil, symptômes qui réduisent sensiblement la qualité de vie. Cette affection est en outre associée à un risque augmenté d'hypertension artérielle et d'AVC. Actuellement, le traitement de référence est la ventilation en pression positive continue. Dans un entretien accordé à Tribune Médicale, le Dr Raphaël Heinzer, responsable du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil (CIRS), CHUV, Lausanne, en explique le fonctionnement, les autres options thérapeutiques disponibles et la démarche vers le bon diagnostic.

Quelle est la prévalence du syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS) en Suisse ? Combien d'hommes et de femmes en sont touchés ?

On estime qu'en Suisse environ 4 % des hommes et 2 % des femmes entre 30 et 60 ans sont touchés par ce syndrome, soit deux hommes pour une femme. Au-delà de la ménopause, la prévalence chez les femmes augmente et tend à rejoindre celle des hommes.

Quels sont les facteurs de risque de développer un SAOS ?

Les facteurs de risque sont principalement l'âge, la prise de poids et l'obésité et ce tant chez les hommes que chez les femmes, bien que l'obésité masculine, de type plutôt tronculaire y soit plus fréquemment associée que l'obésité dite gynoïde, qui touche surtout la graisse sur le bas du corps. On sait qu'un tour de cou large (soit de plus de 43 cm) favorise l'apparition d'apnées obstructives du sommeil, et ce pour des raisons mécaniques. Il en va de même pour la forme du visage: les personnes dont la mandibule est déplacée vers l'arrière (rétrognathie) tendent également à avoir des apnées en raison d'une obstruction des voies respiratoires derrière la langue au niveau du pharynx. La consommation d'alcool le soir ainsi que la prise de somnifères ou de myorelaxants contribuent également à un relâchement des muscles du pharynx et à un rétrécissement des voies aériennes, ce qui entraîne aussi des apnées. Chez les femmes, il existe par ailleurs deux facteurs de risque spécifiques: la grossesse et la ménopause. Lors de la grossesse, surtout au troisième trimestre, la prise de poids au niveau de l'abdomen repousse le diaphragme vers le haut, diminuant ainsi le volume respiratoire et de ce fait la tension sur les tissus du



Le Dr Raphaël Heinzer
Co-directeur du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil, CHUV, Lausanne

RH

pharynx, qui ont ainsi tendance coller plus facilement. De plus, la rétention d'eau chez la femme enceinte se manifeste également au niveau des voies respiratoires supérieures, où l'œdème tissulaire contribue aussi à l'obstruction mécanique du pharynx. Lors de la ménopause, la diminution du taux d'hormones féminines a deux effets délétères: d'une part la répartition des graisses tend, comme chez les hommes, à se centraliser au niveau de l'abdomen, et, d'autre part, les tissus se relâchent, également au niveau du pharynx, qui tend à s'affaisser plus facilement.

Les symptômes diffèrent-ils entre les hommes et les femmes ?

Les hommes présentent en règle générale une symptomatologie plus classique avec des ronflements nocturnes, une hypersomnie diurne, resp. une fatigue chronique et une tendance accrue à s'endormir durant la journée. Les femmes se plaignent plus facilement d'insomnie et de troubles de l'humeur (dépressions, nervosité, etc.).

Comment identifier les patients qui souffrent d'un SAOS ? Quels tests de dépistage recommandez-vous ?

L'anamnèse est bien sûr la première étape pour identifier ce type de patients. Il faut être attentif aux symptômes typiques que constituent les ronflements nocturnes et à une somnolence accrue pendant la jour-

née avec des tendances à s'endormir au volant, devant la télévision ou lors de conférences. Il existe aussi des questionnaires spécifiques comme celui d'Epworth ou le test de risque d'apnées du sommeil de la Ligue pulmonaire suisse (n.d.l.r.: www.ligue-pulmonaire.ch/test-apnees). Si on suspecte un SAOS, la prochaine étape est une polygraphie nocturne. Ce test se fait en ambulatoire chez un pneumologue ou dans un laboratoire d'étude du sommeil. Le patient y est équipé de capteurs au niveau du nez (pour mesurer le flux d'air), du thorax et de l'abdomen (pour mesurer les mouvements respiratoires) ainsi que d'un saturimètre au niveau du doigt (qui mesure la saturation du sang en oxygène) et renvoyé à la maison pour y dormir. Le lendemain on peut, au moyen des enregistrements réalisés pendant la nuit, détecter la présence d'apnées, resp. de désaturations et ainsi poser le diagnostic de SAOS. En cas de doute, ou si l'on souhaite en savoir plus sur les conséquences des apnées sur la structure, resp. la qualité du sommeil ou investiguer d'autres troubles du sommeil, on peut avoir recours à une polysomnographie. Ce test se fait dans un laboratoire d'étude du sommeil, où le patient passe la nuit et où l'on enregistre également un EEG et d'autres paramètres.

Quel est actuellement le traitement standard du SAOS ?

En premier lieu, il convient de réduire les facteurs de risque (obésité, consommation d'alcool, prise de somnifères, etc.) Le traitement standard du SAOS est aujourd'hui le CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) qui consiste à appliquer une pression positive continue grâce à un petit compresseur d'air relié à un masque que le patient porte la nuit. Cet appareil assure une pression d'air positive dans les voies respiratoires supérieures et empêche ainsi une obstruction au niveau du pharynx. Son efficacité a été bien documentée par différentes études, avec une réduction significative des apnées de sommeil et des symptômes de la maladie ainsi que de la mortalité cardiovasculaire


qui y est associée. C'est donc le traitement de premier choix, qui n'est malheureusement pas toujours bien toléré mais qui a l'avantage de permettre un suivi de l'observance thérapeutique et de son efficacité grâce à sa mémoire électronique.

Qu'en est-il des orthèses mandibulaires ?

Les orthèses d'avancement mandibulaire viennent en 2^e ligne. Portées la nuit, elles avancent la mandibule du patient et l'obligent ainsi à dormir avec la mâchoire en avant, ce qui libère le pharynx et diminue le risque d'obstruction nocturne. Pour les patients qui ne présentent des apnées que lorsqu'ils sont couchés sur le dos, il existe des alternatives sous formes de dispositifs spécifiques qui – de façon analogue à « la balle de tennis dans le dos » – empêchent le patient de dormir en décubitus dorsal en le forçant à se tourner sur le côté. Ces modalités de traitement peuvent être efficaces chez des patients sélectionnés, mais sont mal documentées quant à leur efficacité à long terme. Malheureusement, il n'existe aucune option médicamenteuse pour traiter efficacement le SAOS. En dernière ligne intervient la chirurgie. Les interventions au niveau des tissus mous du fond de gorge se sont avérées relativement peu efficaces. Dans certains cas de malformation de la mandibule (rétro- ou micrognathie), la chirurgie maxillo-faciale peut corriger, resp. avancer la mandibule avec un effet très favorable sur les apnées, mais il s'agit là d'interventions lourdes réservées à des cas spécifiques.

Quels sont les risques associés au SAOS ?

Il existe deux risques majeurs: le premier est associé à la somnolence diurne et au danger lié à un endormissement inopportun, par exemple au travail ou au volant. On sait que le risque d'accident de la route augmente d'un facteur 6 à 8 en cas de SAOS non traité. La mauvaise qualité du sommeil, due aux réveils répétés au cours de la nuit qui troublent la structure du sommeil et entraînent une fatigue chronique, a



LIGUE PULMONAIRE

La Ligue pulmonaire, en étroite collaboration avec le médecin traitant, prend en charge des personnes atteintes dans toute la Suisse. Elle

- met à disposition des appareils CPAP, adapte les masques respiratoires et règle les appareils de manière professionnelle
- conseille et suit les personnes atteintes au cours du traitement
- contrôle et entretient à intervalles réguliers le masque respiratoire et l'appareil CPAP
- contrôle périodiquement le déroulement du traitement et rédige un rapport
- prend contact avec la caisse-maladie
- publie du matériel d'information et de prévention et accompagne des groupes d'échanges d'expériences

www.liguepulmonaire.ch/apnees
www.liguepulmonaire.ch/test-apnees

aussi des effets socio-professionnels et familiaux. Les personnes touchées ne sont plus performantes au travail et souffrent d'une mauvaise qualité de vie, car elles sont toujours fatiguées. Le stress associé aux étouffements nocturnes est également un facteur de risque de développer des maladies cardiovasculaires. Lors des réveils survenant à la fin des apnées, on observe effectivement une nette augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle en relation avec une activation du système nerveux sympathique. Des études ont démontré une corrélation entre le SAOS et le risque de développer une hypertension artérielle ou de subir une attaque cérébrale. Un traitement optimal par CPAP permettrait de diminuer ce risque.

Propos recueillis par le Dr Eric Xavier Jensen

Très grands prématurés

L'intérêt de la pression positive continue se confirme

SAN DIEGO – L'intérêt de la pression positive continue initiale comme alternative à l'intubation directe avec administration de surfactant chez les très grands prématurés a été confirmé par de nouvelles données issues de l'étude américaine SUPPORT publiée dans le *New England Journal of Medicine* (NEJM).

Traditionnellement, les très grands prématurés sont intubés et ventilés juste après la naissance, mais certains peuvent toutefois n'être assistés que d'un système de pression positive continue, moins invasif.

En 2010, le groupe d'étude SUPPORT avait constaté des taux de décès ou de dysplasie bron-

chopulmonaire qui n'étaient pas significativement différents, que les nouveau-nés soient pris en charge par pression positive continue ou par intubation + surfactant¹. Les auteurs présentent cette fois des données sur la mortalité et les troubles neuro-développementaux à plus long terme.

Le groupe d'étude SUPPORT a comparé la stratégie de prise en charge initiale par pression positive continue – suivie si besoin d'une stratégie de ventilation guidée – à une intubation avec administration de surfactant dans l'heure suivant la naissance. L'essai randomisé a inclus 1316 naissances entre 24 et 27 semaines. Les prématurés étaient également randomisés entre deux objectifs de saturation en oxygène.

Pour évaluer les effets de la pression positive continue à plus long terme, Le Dr Yvonne Vaucher, université de Californie, San Diego, et

ses collègues se sont intéressés au niveau de développement neurologique entre 18 et 22 mois (âgé corrigé) ainsi qu'au taux de mortalité avant cette période. L'évaluation neuro-développementale était faite sur des échelles de Bayley, en insu du traitement reçu.

La fréquence d'un critère composite intégrant le décès ou un trouble neuro-développemental n'était pas statistiquement différente dans les deux groupes: 28 % dans le groupe pression positive continue, contre 30 % dans le groupe surfactant. Cette fréquence restait également inchan-

gée (environ 30 %), que l'objectif de saturation en oxygène soit fixé entre 85 et 89 % ou entre 91 et 95 %.

Privilégier des objectifs de saturation en oxygène bas

En revanche, les auteurs ont constaté, avant l'évaluation réalisée entre 18 et 22 mois, une mortalité plus faible dans le groupe de prématurés recevant le moins d'oxygène. Les auteurs évoquent d'autres études en cours qui aideront à la prise de décision dans ce domaine. Ils estiment néanmoins que les objectifs de saturation

