

# Practisdental

Conférence du Jeudi 21 sept 2017

par le Dr F. GORMAND

## «SYNDROME D'APNÉE-HYPOPNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL»



### Résumé :

Le syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil (SAOS) se définit par la survenue de plus de 5 événements respiratoires obstructifs (obstruction pharyngo-laryngée) par heure de sommeil (index d'apnée-hypopnée ou IAH,  $< 5$ ). Les apnées et hypopnées (baisse de 50% de la respiration) constituent ces événements respiratoires. Au moins 4 % des hommes et 2 % des femmes adultes sont atteints de cette maladie, surtout vers l'âge de la

cinquante.

Ces perturbations respiratoires ont deux types de conséquences : *en premier lieu*, elles déstructurent le sommeil en le fractionnant par des microéveils, responsables d'une somnolence diurne; la baisse de vigilance en résultant augmente le risque d'accident de la circulation et du travail. *En deuxième lieu*, elles sont à la source d'HTA, HTAP, ischémie myocardique, troubles du rythme, myocardiopathie et AVC par le biais de l'hypoxémie et de l'activation du système autonome qu'elles engendrent. Le SAOS sévère s'accompagne d'une augmentation de la mortalité par maladies cardiovasculaires.

La symptomatologie est variée et concerne presque l'ensemble des spécialités : somnolence diurne (du matin et alors évocatrice, en réunion ou devant la TV),

asthénie dès le réveil (impression de ne pas avoir dormi), étouffements nocturnes constatés le plus souvent par le partenaire, céphalées matinales, agitation nocturne (fréquente), nycturie, dépression, hypersudation, troubles de la libido, HTA. Ces

symptômes, rarement tous présents, sont d'autant plus évocateurs lorsqu'ils surviennent chez des ronfleurs, obèses (ces deux dernières caractéristiques n'étant pas constantes dans le SAOS). **Il faut en fait y penser et savoir rechercher les autres symptômes lorsqu'un seul d'entre eux est rapporté.**

Le diagnostic est établi par l'enregistrement du sommeil dont il existe deux variantes, chacune pouvant maintenant être réalisée au domicile ou en structure hospitalière:

*La polygraphie*, la plus simple, détectera les anomalies respiratoires et les hypoxémies; elle est assez facile d'interprétation et peut être proposée devant un tableau clinique typique de SAOS ou à l'opposé en situation de dépistage chez un sujet peu ou pas symptomatique (en tout cas non somnolent). Elle sera alors suffisante lorsqu'elle diagnostiquera un SAOS sévère ou quand elle n'identifiera pas de SAOS même léger dans une situation de dépistage. Dans tous les autres cas, **il ne faudra pas s'en contenter et avoir alors recours à une polysomnographie.** *La polysomnographie* détecte non seulement les événements respiratoires et les hypoxémies mais étudie précisément la qualité et la quantité du sommeil, identifiant microéveils et myoclonies; **c'est l'examen de référence.**

Le traitement évolue ces dernières années avec une montée en puissance des orthèses d'avancée mandibulaire. Avant cela, Il faut insister sur les règles hygiéno-diététiques (amaigrissement ++, abstinence d'alcool, de somnifères ou sédatifs...) pour tous les SAOS.

*Le SAOS sévère* (Index d'Apnée-Hypopnée >30) relève avant tout de la ventilation nocturne en pression positive (traitement de référence) ou PPC, d'orthèse d'avancée mandibulaire en cas d'échec de la PPC, de chirurgie d'avancement maxillo-mandibulaire dans les cas de rétrognathisme du patient de moins de 60 ans.

*Les SAOS légers et modérés* (Index < 30) bénéficieront en 1<sup>ère</sup> intention des orthèses d'avancée mandibulaire ou de la ventilation nocturne, de la chirurgie ORL parfois (UVPP), du traitement positionnel, de la chirurgie d'avancement maxillo-mandibulaire beaucoup plus rarement.

Les indications thérapeutiques et l'orthèse d'avancée mandibulaire seront plus particulièrement développées.

