

Généralités

Il faut encourager tous les patients qui ont de l'obésité et sont atteints d'apnée obstructive du sommeil à perdre du poids, mais les efforts d'amaigrissement ne doivent pas retarder l'initiation d'un traitement supplémentaire si indiqué.

Il faut indiquer aux patients que l'alcool et les sédatifs peuvent aggraver l'apnée obstructive du sommeil et l'hypoventilation du sommeil.

Le soulagement de l'obstruction nasale ne constitue pas un traitement efficace de l'apnée obstructive du sommeil.

Pour traiter la respiration de Cheyne-Stokes chez les patients qui ont une insuffisance cardiaque, il faut commencer par optimiser le traitement médical.

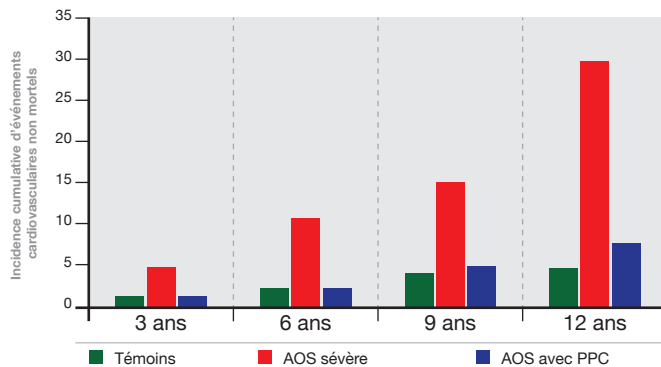
PPC

La pression positive continue (PPC) appliquée dans les voies aériennes à une pression fixe constitue le traitement de première intention pour les patients atteints d'apnée obstructive du sommeil.

La PPC automatique peut être considérée comme un substitut de la PPC à pression fixe pour traiter l'apnée obstructive du sommeil s'il n'y a pas de comorbidité.

Si le patient utilise toujours peu la PPC (moins de quatre heures par nuit) sur une période de 2 mois après des efforts visant à améliorer son observance au traitement, il faut revoir le traitement.

Événements cardiovasculaires non mortels chez les patients témoins, ceux qui ont une AOS sévère et ceux qui ont une AOS traitée par PPC



Adapté de : Marin, J, Carrizo, S.J., Vicente, E., Agustí, A. Long-term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study. *The Lancet*, 2005; 365 (9464), pp 1046–1053.

Appareils buccaux

Les appareils buccaux constituent un traitement de première intention approprié pour les patients atteints d'apnée obstructive du sommeil légère ou modérée et dont les symptômes diurnes sont minimales.

Les appareils buccaux constituent un traitement alternatif approprié pour les patients qui ne peuvent tolérer la PPC.

Les appareils buccaux doivent être ajustés par des dentistes qualifiés qui ont suivi une formation spéciale sur l'apnée du sommeil.

Les patients doivent se soumettre à une étude du sommeil de suivi avec l'appareil buccal afin que l'on vérifie l'efficacité du traitement une fois que le dentiste a optimisé l'ajustement de l'appareil.

Chirurgie des voies aériennes supérieures

La présence d'une hypertrophie amygdalienne chez un patient atteint d'apnée obstructive du sommeil justifie une consultation avec un otorhinolaryngologiste en vue d'une amygdalectomie éventuelle.

Il faut exclure l'apnée obstructive du sommeil chez les patients avant d'envisager une chirurgie des voies aériennes supérieures dans le traitement du ronflement.

Il faut informer les patients à qui l'on offre une chirurgie du palais contre le ronflement des taux d'échec et de réussite de l'intervention et du fait qu'ils risquent d'avoir de la difficulté à utiliser la PPC par la suite s'ils sont atteints un jour d'apnée obstructive du sommeil.

L'uvulopalatoplastie au laser n'est pas recommandée pour traiter l'apnée obstructive du sommeil.

Anesthésie

Les médicaments administrés pendant l'anesthésie et la période postopératoire peuvent augmenter la gravité de l'apnée obstructive du sommeil après l'intervention.

Il faut initier le traitement par PPC chez les patients qui ont une apnée obstructive du sommeil avant l'intervention chirurgicale et le continuer après l'intervention.

Bibliographie

- Fleetham, JA, *et al.* Directives de la Société canadienne de thoracologie : Diagnostic et traitement des troubles respiratoires du sommeil de l'adulte. *Can Respir J* 2006; 13; 1–7
- Fleetham, JA, *et al.* Directives de la Société canadienne de thoracologie : Diagnostic et traitement des troubles respiratoires du sommeil de l'adulte : Mise à jour de 2011. *Can Respir J* 2011; 18(1)

© Société canadienne de thoracologie. Tous droits réservés.



Lignes directrices
canadiennes en santé respiratoire

RECOMMANDATIONS SUR
LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE

l'apnée du sommeil

Mise à jour de 2011



Qu'est-ce que l'apnée du sommeil?

L'apnée du sommeil atteint au moins un adulte sur 20 et elle est aussi courante que le diabète et l'hypertension.

Il y a quatre types différents d'anomalies respiratoires du sommeil : l'apnée obstructive du sommeil (AOS), l'apnée du sommeil centrale (ASC), l'apnée du sommeil complexe et l'hypoventilation du sommeil.

Il importe d'établir une distinction entre les différents types d'apnée du sommeil, car le traitement diffère dans chaque cas.

L'apnée du sommeil cause toutes sortes de symptômes, y compris les éveils nocturnes à répétition, un sommeil non réparateur et la somnolence diurne.

Les partenaires de lit des patients atteints d'apnée obstructive du sommeil signalent souvent des ronflements sonores, des arrêts respiratoires nocturnes et des épisodes d'étouffement chez leur partenaire.

L'apnée obstructive du sommeil est plus courante chez les patients qui ont de l'embonpoint, mais elle peut atteindre des patients qui ont un poids normal.

L'apnée du sommeil centrale de type respiration de Cheyne-Stokes est plus fréquemment observée chez les patients qui ont une insuffisance cardiaque et une maladie cérébrovasculaire.

Les patients atteints de l'apnée obstructive du sommeil sont plus susceptibles d'avoir des accidents de la circulation parce qu'ils sont anormalement somnolents et parce qu'ils s'endorment au volant.

Les médecins traitant des patients atteints d'apnée obstructive du sommeil doivent connaître les lois de la province concernant le signalement des conducteurs dont l'apnée du sommeil n'est pas traitée.

Les patients dont l'apnée obstructive du sommeil n'est pas traitée sont plus exposés aux maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires.

On trouve de l'information sur l'apnée du sommeil à www.poumon.ca/santé-pulmonaire/maladies-pulmonaires/apnée-du-sommeil. Les patients dont l'apnée du sommeil vient d'être diagnostiquée peuvent obtenir un guide de l'association pulmonaire de leur province.

Référence

Tous les patients chez qui on soupçonne la présence d'apnée du sommeil doivent remplir une évaluation de la somnolence diurne comme l'échelle de somnolence d'Epworth.

Le triage des patients référés pour une évaluation médicale ou une étude du sommeil doit reposer sur l'identification de comorbidité, d'un travail mettant en jeu leur sécurité ou celle des autres ou de dangers liés à un accident de la circulation.

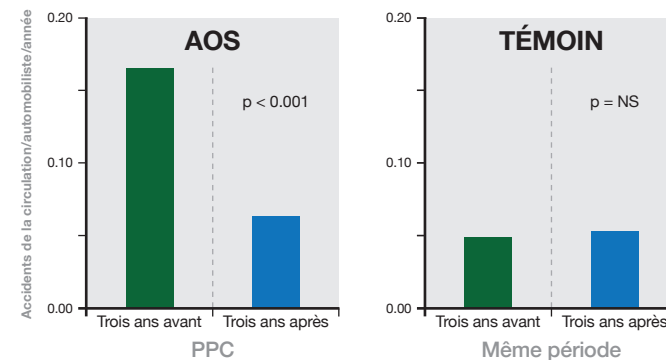
Situations comorbides : cardiopathie ischémique, maladie cérébrovasculaire, insuffisance cardiaque globale, hypertension systémique réfractaire, maladie pulmonaire obstructive ou restrictive, hypertension pulmonaire, insuffisance respiratoire hypercapnique, grossesse.

Un travail mettant en jeu leur sécurité ou celles des autres ou patients présentant un danger d'accident de la circulation : Les personnes qui travaillent avec des machines ou ont une profession dangereuse. Chauffeurs commerciaux, mécaniciens de chemin de fer, pilotes de ligne, contrôleurs de la circulation aérienne, mécaniciens d'avions, capitaines et pilotes de navires. Les automobilistes qui reconnaissent s'être endormis au volant depuis deux ans. (Il faut dire à tous les patients qui ont des activités dangereuses ou ont un risque d'accident de la circulation de mettre fin à leurs activités ou de cesser de conduire tant que leur évaluation médicale n'a pas été complétée ou qu'un traitement approprié n'a pas été mis en place).

Temps d'attente

Il faut organiser et compléter une évaluation médicale ou une étude du sommeil dans les quatre semaines dans le cas des patients chez qui on soupçonne une apnée obstructive du sommeil grave liée à une comorbidité et qui pratiquent des activités à risque. Pour tous les autres patients, le temps d'attente maximal est de six mois.

Accidents d'automobile/automobiliste/année chez les patients qui ont une AOS au cours des trois années précédant ou suivant le traitement par PPC et sujets témoins au cours de la même période.



Adapté de : George CFP Reduction in motor vehicle collisions following treatment of sleep apnea with nasal CPAP *Thorax*, 2001;56:508-512.

Diagnostic

Un enregistrement de niveau I (polysomnographie complète sous la surveillance d'un technologue de laboratoire) demeure la norme reconnue d'évaluation de l'apnée du sommeil et constitue le test de choix.

Les études de niveau II (polysomnographie complète ambulatoire), III (appareils d'enregistrement cardiorespiratoire à canaux multiples) et de niveau IV (oxymétrie) peuvent servir à confirmer le diagnostic d'apnée obstructive du sommeil et à établir le traitement approprié chez les patients qui présentent, avant le test, une probabilité modérée à élevée d'avoir cette maladie. Cette stratégie diagnostique doit être intégrée dans un protocole de soins qui inclut le niveau approprié d'expertise chez les médecins et les autres professionnels de la santé et la disponibilité d'une polysomnographie de niveau I en cas de besoin.

Il faut utiliser avec prudence les études de niveau II, III et IV chez les patients qui ont une comorbidité et pour diagnostiquer d'autres formes d'apnée du sommeil.

Même si l'oxymétrie seule peut jouer un rôle dans l'évaluation initiale de l'apnée du sommeil, il faut en connaître parfaitement les limites lorsqu'il s'agit de distinguer entre les différents types d'apnée du sommeil et avant de l'utiliser pour établir un diagnostic et pour prendre des décisions thérapeutiques.

Traitement

Quels patients faut-il traiter et comment faut-il les suivre?

On devrait offrir à tous les patients qui ont des symptômes diurnes et sont atteints d'apnée obstructive du sommeil d'essayer un traitement pour améliorer leurs symptômes.

Les indications relatives au traitement des patients avec anomalies respiratoires obstructives du sommeil qui n'ont pas de symptôme diurne sont moins claires. Chez ces patients, on peut envisager un traitement s'ils ont une comorbidité, pratiquent des activités à risque ou ont un indice d'apnée/hypopnée de >19 événements/heure.

Il faut évaluer le suivi du traitement dans les deux à quatre semaines suivant le début du traitement et les patients doivent se soumettre, dans les trois premiers mois, à un suivi qui vise à évaluer l'évolution de leurs symptômes sous traitement et comment ils ont suivi celui-ci.

Il faut organiser un suivi à long terme au moins une fois par année de la même façon que dans le cas d'autres maladies chroniques comme l'hypertension et le diabète.