

Dépistage et conséquences du syndrome des apnées du sommeil*

Journaliste: STÉPHANY GARDIER

Rev Med Suisse 2018; 14: 156

Le syndrome des apnées du sommeil fait l'objet de questions de plus en plus fréquentes de la part des patients en consultation de premier recours. Le Dr Frédéric Lador, médecin adjoint du Service de pneumologie, HUG, revient sur le diagnostic et le traitement de cette pathologie sans doute sous-estimée. Longtemps, la prévalence de ces apnées du sommeil a été estimée à environ 5% de la population. Mais des travaux,¹ publiés en 2015, indiquaient que, dans la population suisse étudiée, près d'un homme sur deux et une femme sur quatre étaient concernés.

La physiopathologie de ce syndrome est bien connue. Elle est principalement liée à un relâchement des tissus oropharyngés, aggravé par des facteurs qui influencent le calibre des voies aériennes supérieures: surpoids, cou large, profil prognathe, voile du palais long, consommation de substances (alcool notamment), décubitus dorsal.

UTILISER LES SCORES

Le ronflement est le symptôme d'appel cardinal. Il constitue la porte d'entrée vers l'apnée, qui est définie par une interruption complète du flux respiratoire durant au moins 10 secondes. D'autres signes subjectifs peuvent évoquer des apnées du sommeil: une somnolence diurne, des sudations nocturnes, des troubles mnésiques mais aussi une nycturie ou encore des troubles de l'érection. Souvent, le patient consulte car des apnées sont rapportées par le ou la conjoint(e).

Plusieurs scores existent pour évaluer le risque d'apnées du sommeil, tels que les scores d'Epworth, STOP BANG ou NoSAS. Les deux derniers ayant de très bonnes valeurs prédictives négatives (figure 1). La circonférence du cou est également un très bon prédicteur du risque.

L'oxymétrie nocturne peut être utilisée mais elle est peu sensible et peu spécifique.

* Cet article est adapté de la présentation du Dr Frédéric Lador, disponible en intégralité sur le site de la RMS (www.revmed.ch/Colloques/RMS-Updates).

La polygraphie ambulatoire est une autre option mais elle n'enregistre pas le sommeil, il faut donc savoir quand le patient dort. Pour poser le diagnostic, le gold standard reste la polysomnographie. Cet examen associe un enregistrement EEG, le flux d'air nasal, les mouvements abdominaux et thoraciques, la saturation en oxygène ainsi que la fréquence cardiaque.

CONSÉQUENCES À NE PAS NÉGLIGER

L'ampleur des conséquences des apnées du sommeil est sujette à débat. Mais de nombreux travaux suggèrent ou montrent que ces pauses respiratoires, qui peuvent se produire plus de 30 fois par heure, ont des effets délétères neurologiques (somnolence, troubles cognitifs...), cardiovasculaires² (HTA, infarctus du myocarde, arythmies...) et métaboliques (diabète de type 2, résistance à l'insuline...). Les apnées du sommeil sont en réalité souvent un aspect d'une multimorbidité. Ces patients sont aussi plus à risque de complications postopératoires, et ont des durées d'hospitalisation augmentées. Des apnées sont également décrites chez la femme enceinte, avec de possibles conséquences pour le fœtus.³

Le traitement de choix des apnées du sommeil est la cPAP (pression positive continue). La turbine pressurise les voies

aériennes durant le sommeil pour éviter qu'elles ne s'affaissent. Ce système contraignant peut faire craindre un manque d'adhésion au traitement, mais celle-ci est dans les faits souvent corrélée au bénéfice que le patient retire de la cPAP. Et l'observance serait en fait identique à celle de tous les traitements prescrits pour des pathologies chroniques. La cPAP a montré des bénéfices pour de nombreux paramètres neuropsychiques: qualité de vie, somnolence, performances cognitives, de conduite et même symptômes dépressifs. Les orthèses d'avancement mandibulaire peuvent être une alternative efficace dans les cas d'apnées modérées seulement. Beaucoup d'interventions chirurgicales ont été tentées, mais leur efficacité est très dépendante du cas. Le traitement positionnel n'est que peu efficace et les médicaments topiques ne sont plus conseillés, certains sprays ayant été associés à des pneumopathies lipidiques.

1 Heizer R, Vat S, Marques-Vidal P, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med* 2015;3:310-8.

2 Drager LF, McEvoy RD, Barbe F, et al. Sleep apnea and cardiovascular disease: lessons from recent trials and need for team science. *Circulation* 2017;136:1840-50.

3 Rieder W, Heizer R, Baud D. Apnées du sommeil et grossesse. *Rev Med Suisse* 2016;12:1816-20.

FIG 1		Scores STOP BANG et NoSAS	
IAH: index apnées-hypopnées; VPN: valeur prédictive négative; VPP: valeur prédictive positive.			
Snoring		Neck circumference > 40 cm	4 pts
Tired		Obesity	
Observed apnea		- BMI ≥ 25 and < 30 kg/m ²	3 pts
Pressure (high blood pressure)		- BMI ≥ 30 kg/m ²	5 pts
BMI > 25 kg/m ²		Snoring	2 pts
Age > 50 ans		Age > 55 years	4 pts
Neck circumference > 43 cm		Sex (H)	2 pts
Gender (masculin)			
Risque élevé (IAH ≥ 20/h) si ≥ 3 points		Risque élevé (IAH ≥ 20/h) si ≥ 8 points	
VPN 0,95 VPP 0,35		VPN 0,90 VPP 0,47	