

## LE DOSSIER

### Apnées du sommeil

# Le traitement médical du SAOS

**RÉSUMÉ:** Le traitement médical du SAOS repose dans la majorité des cas sur l'utilisation de la pression positive continue (PPC) ou en cas d'échec sur l'orthèse d'avancée mandibulaire (OMA), toujours associées à des mesures hygiéno-diététiques et à la prise en charge des comorbidités.



→ P. ESCOURROU  
Centre de Médecine du Sommeil,  
Hôpital Bécclère, CLAMART.

### Les mesures générales et hygiéno-diététiques

Elles comportent :

>>> La promotion de l'activité physique, d'un régime diététique en cas de surpoids et d'une bonne hygiène de sommeil avec coucher et lever à heures régulières. Une perte de poids de 10 % est associée à une diminution de 26 % de l'index apnée-hypopnée [1] et sera suffisante pour guérir cette maladie chez certains patients.

>>> L'amélioration de la qualité et la quantité de sommeil, car le manque de sommeil est un facteur de risque d'obésité, de diabète et d'hypertension artérielle.

>>> L'obstruction nasale et la rhino-sinusite doivent être évaluées et traitées ; en effet, la respiration buccale persistante a un impact négatif sur la tolérance de la pression positive.

>>> Une position de sommeil en décubitus latéral, pour les patients ayant une majoration des apnées en décubitus à l'aide d'une ceinture positionnelle.

>>> La réduction de la consommation d'alcool et de la prise de benzodiazépines et de dépresseurs du système respiratoire.

>>> L'éducation thérapeutique est un volet fondamental de la prise en charge

pour convaincre le patient d'accepter un traitement complexe et chronique.

### Le traitement par pression positive continue (PPC)

C'est un traitement dont l'efficacité sur les symptômes de la maladie a été démontrée [2] et qui constitue le premier choix pour le SAHOS sévère. Le principe est de maintenir l'ouverture des voies aériennes supérieures par une surpression de quelques centimètres d'eau obtenue par l'insufflation continue par un masque nasal d'un débit d'air produit par une turbine (*fig. 1*).

La prescription d'un traitement par PPC nécessite de déterminer la pression efficace requise. Plus qu'un ajustement manuel effectué au cours d'une polysomnographie, ce niveau est habituellement obtenu par le rapport des machines de PPC autopilotées qui utilisent un algorithme permettant de délivrer la pression nécessaire à lever l'obstruction



FIG. 1 : Appareil de pression positive continue.

## LE DOSSIER

# Apnées du sommeil

dont l'intensité varie avec la position et le stade du sommeil [3].

Les effets secondaires de la pression positive continue sont fréquents au début du traitement et doivent être prévenus par le prestataire en charge du traitement. Ils sont habituellement transitoires et mineurs : liés au confort du masque (fuites, blessures, rougeurs, douleurs, insomnie), à la pression positive (aérophagie), ou à la sécheresse nasale voire buccale en cas de fuite par la bouche. Les contre-indications sont rares : antécédent de pneumothorax fistule nasale de liquide céphalo-rachidien. L'auto-PPC ne doit pas être utilisée en présence d'apnées centrales du sommeil ou de comorbidité respiratoire importante (BPCO, hypoventilation sévère, maladie neuromusculaire associée) en raison d'une inadaptation des algorithmes de réponse de ces machines à ces pathologies.

Il faut savoir que les résultats peuvent varier d'un appareil à l'autre, ce qui peut contribuer à une réponse clinique sous-optimale. Les données téléchargées de l'appareil de PPC doivent être revues, mais elles ne sont pas suffisantes pour conclure à l'efficacité du traitement, car elles ne sont pas toujours fiables et ne remplacent pas la surveillance clinique qui doit guider le médecin vers une évaluation plus approfondie en cas de persistance de symptômes inexplicables.

La pression positive continue est indiquée pour le SAHOS sévère suivant la LPP [4] : somnolence et symptômes cliniques associés à un index d'apnées-hypopnées IAH > 30/h ou à plus de 10 micro-éveils d'origine respiratoire mesurés en polysomnographie (PSG).

### Mise en place et suivi du traitement

La PPC est un traitement qui est soumis à une demande d'entente préalable

	Surveillance technique	Surveillance clinique
1 <sup>re</sup> semaine	Problème d'utilisation, masque.	Prévention et traitement des effets secondaires.
1 <sup>er</sup> mois	Observance. Relevé des pressions, fuites.	PR, oxymétrie, consultation.
4 <sup>e</sup> mois	Observance. Relevé des pressions, fuites.	Consultation.
12 mois	Observance, masque.	Questionnaire, consultation, renouvellement.
Puis tous les ans	Contrôle machine 2 fois. Changement de masque 2 fois.	Questionnaire, consultation.

TABLEAU I : Suivi du traitement par la PPC (recommandations de la SFRMS [www.sfrms.org]).

(DEP) et qui nécessite une ordonnance médicale (type de machine et niveau de pression en général réglé dans le mode par défaut de la machine, soit 4 cm d'eau pour la pression minimale et 20 cm d'eau pour la pression maximale) et le suivi d'un médecin formé à la pathologie.

Le patient doit être éduqué à la maladie et à son traitement par le médecin et le prestataire, surtout dans les 3 premiers mois du traitement pour éviter le risque d'abandon du traitement – majeur dans cette période qui conditionne l'utilisation à long terme.

Le rôle du prestataire de santé à domicile est codifié par la LPP [4] pour lequel il reçoit une prestation actuellement d'environ 20 euros par semaine dans le cadre du forfait 9 remboursé par la sécurité sociale et les mutuelles. L'essai du masque a lieu le plus souvent à domicile, et le calendrier de suivi coordonné par le prestataire et le médecin a été formalisé par la SFRMS (*tableau I*). Le prestataire est chargé de relever les paramètres de fonctionnement des PPC et de les transmettre au médecin prescripteur : durée d'observance, fuites, index d'apnée-hypopnée résiduel et pression efficace. Au premier mois, le réglage de la PPC peut être fixé par le médecin à la valeur de pression efficace (P90 ou P95 représentant la pression au-dessous de laquelle est passé 90 ou 95 % du temps de traitement), ou bien laissé dans un intervalle autopiloté ouvert. La pres-

cription doit être renouvelée au 5<sup>e</sup> mois et ensuite tous les ans. Le prestataire doit assurer une disponibilité et une réponse rapide en cas de difficultés signalées par le patient. Ces interventions doivent être assurées en collaboration avec le médecin.

L'efficacité clinique de cette thérapie augmente avec les heures d'utilisation, et des gains progressifs sont alors notés dans les diverses sphères (vigilance, énergie, fatigue, qualité de vie, humeur et fonctions neurocognitives). Un effet favorable est obtenu sur l'hypertension quand l'utilisation dépasse 4 h/nuit mais il est souvent modeste [5]. L'observance thérapeutique à long terme est d'environ 65 % à 80 %. Elle est fonction de l'IAH, de la somnolence et de l'utilisation durant le premier mois [6].

### Orthèses d'avancée mandibulaires (OAM)

L'OAM couvre la dentition supérieure et inférieure et maintient la mandibule en position avancée (*fig. 2*) [7]. Elle requiert des dents saines et des articulations temporo-mandibulaires normales. Les candidats doivent avoir obtenu au préalable une évaluation par un dentiste formé à cette pathologie avec examen d'un panoramique dentaire.

Cette approche peut convenir en cas de refus ou d'intolérance au traitement par



Fig 2 : Orthèse d'avancée mandibulaire.

PPC avec un SAHOS sévère IAH > 30/h ou un IAH entre 5 et 30/h avec une somnolence diurne sévère. Il est soumis également à une DEP [8]. Cet appareil doit être ajusté par un dentiste ou orthodontiste formé à la pathologie du sommeil, sur ordonnance médicale, avec un suivi conjoint dentiste-médecin pour évaluer les effets indésirables (douleurs et dommage de l'articulation temporo-mandibulaire, déplacements dentaires) ainsi que l'efficacité subjective et objective. Elle devrait être envisagée dans un sous-groupe de patients avec SAHOS qui ont de meilleures chances de succès : minces, rétrognathes et avec une composante positionnelle.

L'adhésion à long terme est d'environ 75 %. L'efficacité de cet appareil doit être démontrée par une PSG ou une PV après une période d'ajustement (environ 3 mois). L'efficacité de l'orthèse est moindre que celle de la pression positive (correction de 50 % des anomalies respiratoires en moyenne); mais cet inconvénient peut être compensé par une meilleure utilisation. L'effet sur la

pression artérielle paraît identique à celui de la PPC [9].

### Autres traitements

Il n'existe pas de traitement pharmacologique pour le SAHOS. Parfois, l'emploi d'un corticostéroïde nasal peut aider la respiration et faciliter le traitement par pression positive continue.

### Conclusion

Le traitement de référence du SAHOS est la PPC. Mais ce traitement palliatif chronique exige que le patient soit encouragé à prendre une part active dans son traitement en visant une certaine autonomie et l'adoption d'habitudes de vie saine.

Des projets de télémédecine transmettant les données des machines peuvent faciliter les échanges entre professionnels en charge du patient et participer à l'éducation thérapeutique en ligne (<http://www.respiradom.fr>)

### Bibliographie

1. PEPPARD PE, YOUNG T, PALTA M *et al.* Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. *JAMA*, 2000;284:3015-3021.
2. SMITH I, LASSERSON TJ. Pressure modification for improving usage of continuous positive airway pressure machines in adults with obstructive sleep apnoea.

*Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Issue 4. Art. No.: CD003531.

3. Morgenthaler TI, Aurora RN, Brown T *et al.* Practice parameters for the use of autotitrating continuous positive airway pressure devices for titrating pressures and treating adult patients with obstructive sleep apnea syndrome: an update for 2007. *Ann American Academy of Sleep Medicine report. Sleep*, 2008;31:141-147.
4. AMELI: Liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale. Paragraphe 4: Dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées. [http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p\\_code\\_tips=1188684&p\\_date\\_jo\\_arrete=%25&p\\_menu=FICHE&p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1188684&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI)
5. BARBÉ F *et al.* Effect of Continuous Positive Airway Pressure on the Incidence of Hypertension and Cardiovascular Events in Nonsleepy Patients With Obstructive Sleep Apnea. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 2012;307:2161-2168.
6. MCARDLE N, DEVEREUX G, HEIDARNEJAD H *et al.* Long-term Use of CPAP Therapy for Sleep Apnea/Hypopnea Syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*, 1999;159:1108-1111.
7. LIM J, LASSERSON TJ, FLEETHAM J *et al.* Oral appliances for obstructive sleep apnoea. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. No.: CD004435.
8. AMELI: Liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale. Section 6: F. – Orthèse d'avancée mandibulaire: [http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p\\_code\\_tips=2455325&p\\_date\\_jo\\_arrete=%25&p\\_menu=FICHE&p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=2455325&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI)
9. DAL-FABBRO C, GARBUJO S, D'ALMEIDA V *et al.* Mandibular advancement device and CPAP upon cardiovascular parameters in OSA. *Sleep Breath*. 2014 Jan 26. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 24463982.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.