

L'APNÉE DU SOMMEIL

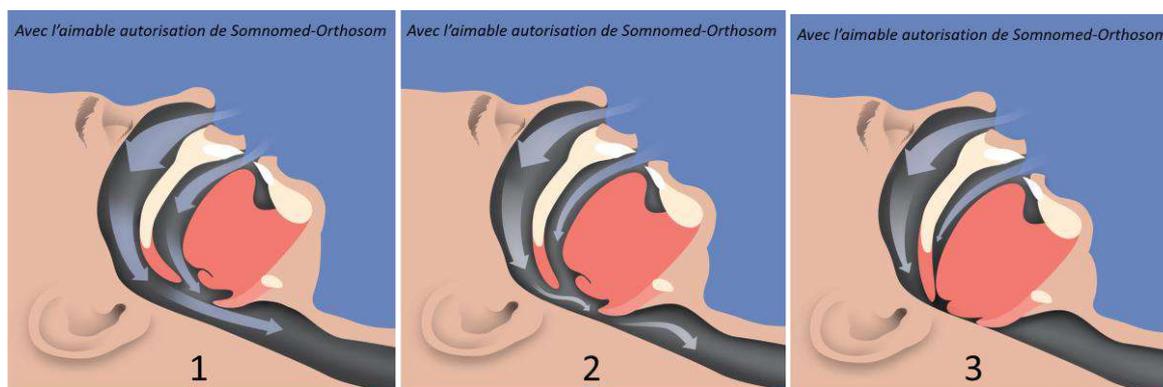
DEFINITION ET MECANISMES

L'apnée du sommeil ou plus précisément le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est une maladie chronique fréquente qui touche environ **5% des personnes en France**. Elle se caractérise par des pauses respiratoires ou une respiration superficielle (on retient son souffle de manière inconsciente et involontaire) pendant le sommeil.

Le syndrome d'apnées du sommeil se définit scientifiquement par un arrêt de la respiration au cours du sommeil d'au moins 10 secondes, répété au moins 5 fois par heure.

Normalement, l'air inspiré, que de soit par le nez ou par la bouche, passe librement vers les voies aériennes inférieures (schéma n° 1).

Dans le syndrome d'apnées et d'hypopnées obstructives du sommeil SAHOS), on observe un relâchement des muscles du pharynx et le blocage total ou partiel de la trachée provoquant des interruptions (apnées) (schéma n°3) ou des réductions (hypopnées) (schéma n°2) de la respiration, souvent liées à des ronflements. L'oxygène contenu dans l'air inspiré ne peut alors pas rejoindre les poumons. Le sang est donc moins oxygéné.



LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est d'abord évoqué par l'interrogatoire du médecin et par un examen clinique. Si votre médecin suspecte que vous souffrez d'apnées du sommeil, il vous orientera vers un spécialiste pour effectuer un enregistrement de votre sommeil afin de confirmer le diagnostic.

Les signes de l'apnée du sommeil

Sentiment de fatigue au réveil, difficultés de concentration, irritabilité, somnolence dans la journée, augmentation de la somnolence au volant sont autant de signes qui doivent faire penser à l'apnée du sommeil. Non traité, ce trouble **influe considérablement sur la qualité de vie** des personnes qui en souffrent et peut être fortement gênant dans la vie sociale (au travail, en couple etc.).

Il est donc très important, en plus de l'altération de la qualité vie (sociale, conjugale, professionnelle), de souligner cette augmentation du risque d'accidents de la circulation (somnolence voire endormissement au volant) et d'accidents du travail.

Les enregistrements du sommeil (2 manières possibles)

La polysomnographie en laboratoire (avec une nuit passée à l'hôpital ou en clinique) est l'examen de référence. Il permet d'enregistrer simultanément les variables permettant de définir le sommeil (électroencéphalogramme, électrooculogramme, électromyogramme mentonnier) et la respiration (flux naso-buccal, mouvements thoraciques et abdominaux, oxymétrie, position corporelle, électrocardiogramme, mouvements des jambes).

La polygraphie ventilatoire est un examen simplifié où seuls les paramètres cardio respiratoires sont enregistrés : flux naso-buccal, mouvements thoraciques et abdominaux, oxymétrie, position corporelle, électrocardiogramme. Cette simplification permet une réalisation à domicile. Ceci permet de diminuer l'effet « première nuit » (le sommeil à l'hôpital risque d'être perturbé) mais la réalisation à domicile a comme inconvénient un taux d'échec plus important en raison de l'absence de surveillance de l'enregistrement par des personnes qualifiées.

LES TRAITEMENTS

Le traitement de l'apnée du sommeil s'effectue grâce à un dispositif médical. Cela peut être une machine à pression positive continue (PPC) ou une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM). Le choix du dispositif varie en fonction des symptômes et de la sévérité des apnées. Découvrez aussi les apports de traitements complémentaires et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

La machine à pression positive continue (PPC)

La pression positive continue (PPC) est le **dispositif de référence pour le traitement des apnées obstructives du sommeil modérées à sévères**. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la PPC est recommandée :

- - en première intention lorsque l'IAH est supérieur à 30,
- - et lorsque l'IAH est compris entre 15 et 30, en présence d'un sommeil de mauvaise qualité ou d'une maladie cardiovasculaire grave associée.

Il s'agit d'un dispositif de ventilation nasale qui permet aux voies aériennes de rester dégagées pendant le sommeil. La mise à disposition de ce dispositif est réalisée par un prestataire de service au domicile du patient. On estime que près de 530 000 patients ont bénéficié d'une PPC en 2013 en France en environ 600 000 en 2014.

L'orthèse d'avancée mandibulaire (cf chapitre TRAITEMENT DENTAIRE page 3)

Il faut également évoquer la possibilité de traitement chirurgical

Le traitement chirurgical peut être indiqué lorsque la cause majeure du syndrome d'apnées est une petite taille d'une ou des deux mâchoires. Dans ce contexte, la langue manque d'espace dans la bouche et la bascule en arrière de sa base pendant le sommeil est fortement favorisée.

L'indication est alors une chirurgie maxillo-faciale qui consiste à avancer et/ou agrandir une mâchoire ou les deux selon les cas.

En général, un test d'efficacité de l'avancée de mâchoire est réalisé au préalable avec une orthèse d'avancée mandibulaire.

Il faut enfin évoquer les troubles de la respiration nasale

L'obstruction fréquente ou chronique du nez n'est pas la cause de l'apnée du sommeil ni même des ronflements mais les favorise en obligeant à respirer par la bouche. De plus, le nez bouché rend plus difficile l'adaptation à la PPC. Un bilan ORL est donc toujours souhaitable en parallèle.

Le bilan ORL et allergologique est particulièrement important chez les enfants apnéiques mais aussi chez les non apnéiques qui présentent un nez bouché fréquent ou permanent car la respiration par la bouche est un élément favorisant la survenue d'un syndrome d'apnées.

Les traitements complémentaires

-> La rééducation des muscles de la langue

Les apnées du sommeil correspondent à une fermeture des voies aériennes supérieures (nez et/ou gorge). Une des causes possibles de ce blocage de l'air est la langue. La langue est **composée de 17 muscles** et quand elle n'a pas sa bonne position de repos dans la journée et qu'elle ne fonctionne pas comme il faut, on observe un manque de tonus de certains groupes musculaires. Lors du repos global du corps la nuit, ce manque de tonus peut amener la base de la langue à basculer en arrière venant obstruer les voies aériennes.

L'objectif de la rééducation linguale est de redonner à la langue son bon tonus et son bon fonctionnement la journée afin de garder ces acquis la nuit (période au cours de laquelle on n'a pas d'action consciente de correction). Cela va permettre de libérer le passage de l'air pendant le sommeil et ainsi d'améliorer les symptômes. Ce travail peut se faire avec un **kinésithérapeute** ou un **orthophoniste**.

-> La gestion des émotions

A l'annonce du diagnostic et à l'arrivée d'un traitement parfois jugé « envahissant », il est normal de faire face à des émotions (colère, crainte, angoisses, incompréhension, etc...). Différentes techniques existent pour apprendre à les gérer au mieux (la sophrologie par exemple).

-> L'ETP

Un lieu de rencontres et d'échanges qui favorise l'acceptation d'un trouble quel qu'il soit.

LE TRAITEMENT DENTAIRE

Traitement dentaire des ronflements et du syndrome d'apnées du sommeil signifie que l'on prend appui sur les dents et les mâchoires pour dégager le passage de l'air inspiré.

Le dispositif réalisé sur mesure permettant cette action s'appelle **orthèse d'avancée mandibulaire (OAM)**.

Mode d'action de l'OAM

Une OAM est constituée de deux gouttières, une pour la mâchoire inférieure (la mandibule), l'autre pour la mâchoire supérieure (le maxillaire).

Les deux gouttières sont conçues et réglées de telle manière que, comme son nom l'indique, l'OAM maintienne la mandibule en avant pendant le sommeil.

Le principe d'action est donc le suivant : en maintenant avancé le contenant (la mandibule), l'OAM contribue à maintenir également avancé le contenu (la base de la langue) afin de diminuer voire supprimer son effet obstructif et libérer ainsi le passage de l'air au niveau du pharynx (cf schémas ci-dessous : **1** flux inspiratoire normal du patient éveillé ; **2** obstruction due à la bascule arrière de la base de langue du patient endormi ; **3** rétablissement du flux ventilatoire grâce à l'avancée mandibulaire produite par l'orthèse).

Mode d'action de l'OAM



Avec l'aimable autorisation de Bluesom

Indications de l'OAM

L'OAM est recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) :

- - en première intention lorsque l'IAH (indice d'apnées et d'hypopnées) est compris entre 15 et 30 (par heure de sommeil) et en l'absence de maladie cardiovasculaire grave associée.
- En deuxième intention lorsque la PPC n'est pas tolérée.

Réalisation de l'OAM

L'OAM est prescrite par le médecin spécialiste des troubles du sommeil puis réalisée par un praticien dentaire (dentiste ou orthodontiste).

Le praticien dentaire effectue les actes suivants :

- 1° examen bucco-dentaire du patient et observation des examens complémentaires (radiographies) afin de s'assurer qu'il n'existe pas de contre-indication à l'OAM.
En cas de contre-indication(s), la mise en œuvre de l'OAM est différée le temps des soins adaptés.
- 2° s'il n'existe pas de contre-indications ou après traitement de celles qui peuvent l'être, le praticien dentaire réalise les empreintes dentaires et les mesures nécessaires à la confection de l'OAM.
- 3° ce travail est transmis à un laboratoire de prothèse qui confectionne l'OAM selon les indications et directives du praticien dentaire.
- 4° le praticien dentaire confie l'OAM au patient après essayage et réglage initial (l'avancée initiale de la mandibule est réglée modérément).
- 5° l'avancée mandibulaire est ensuite augmentée progressivement, jusqu'à la limite prescrite par le praticien dentaire : ce processus est appelé **titration de l'orthèse**.
- 6° A la fin de la titration, le praticien dentaire adresse un courrier de liaison au praticien sommeil qui jugera de l'opportunité de réaliser un nouvel enregistrement du sommeil avec orthèse pour objectiver son efficacité.
- 7° A partir de la fin de la titration, le patient doit revoir le praticien dentaire tous les six mois pour contrôler son orthèse.