

Avertissement: Notes prises au vol...Erreurs possibles...Prudence...

Mardi 25 juin 2013

Hôpital cantonal de Genève

Faut-il un pneumologue pour traiter les apnées du sommeil?

Dr D. Adler

Le flash c'est sur «Primary care vs specialist sleep center management of obstructive sleep apnea and daytime sleepiness and quality of life: a randomized trial. de [Chai-Coetzer CL](#) & al (JAMA. 2013 Mar 13;309(10):997-1004.)

Le syndrome des apnées du sommeil (SAS) touche au minimum 2-4% de la population, mais probablement beaucoup plus que ça.

Il entraîne des complications cardiovasculaires, hypertensives, neurocognitives avec en plus des accidents de la route ...

Le traitement est codifié et efficace avec l'administration de pression positive continue grâce à un masque pendant la nuit (CPAP).

Le gold standard du diagnostic c'est la polysomnographie (PSG) dans un laboratoire de sommeil.

Pour terminer on dira que 80% des SAS s'ignorent...

Le but du présent travail est de comparer une prise en charge «1^{er} recours» à une prise en charge «spécialisée».

C'est une étude randomisée contrôlée australienne de non infériorité qui recrute des patients venu à une consultation de médecine générale pour un autre problème que celui des SAS. 155 patients sont randomisés pour être suivis dans des centres de santé ruraux primaire à Adelaïde (81) ou bien dans le «university hospital sleep medicine center in Adelaïde»



Le dépistage des SAS s'est fait avec les 4 questions/mesures suivantes.

1. tour de taille (>102 cm chez les hommes, > 88cm chez les femmes)
2. ronflements nocturnes (présents)
3. Oxymétrie nocturne (> 16 désaturations / heures)
4. Age (> 50 ans)

Dans le groupe «Primary care» les patients se voyaient prescrire un CPAP autopiloté ne nécessitant pas de réglages, ainsi qu'un suivi par une infirmière spécialisée, plus de multiples consultations téléphoniques. Dans un 2e temps, en cas d'échec, ils se voyaient prescrire une orthèse d'avancement mandibulaire (OAM).

Le score d'endormissement d'Epworth (<http://www.stanford.edu/~dement/epworth.html>) est passé de 12 à 5 dans les 2 groupes, et l'on ne remarque pas de différences entre les deux.

La différence se situe dans le coût de la prise en charge qui coûte 1'000 US\$ de moins dans le 1^{er} groupe (Primary care).

Les patients dépistés dans cette étude ont un «gros»SAS ...N'oublions pas qu'il en reste encore un paquet qui ont des symptômes/signes moins caricaturaux qui nécessitent parfois des investigations plus subtiles.

On nous rappelle que l'oxymétrie nocturne ne mesure que la désaturation, que la polygraphie nocturne ambulatoire mesure les ronflements, les mouvements de la cage thoracique et les désaturations et que finalement la polysomnographie en laboratoire de sommeil est nécessaire si on veut analyser en plus de ce qui se mesure dans la polysomnographie ambulatoire, l'état de veille ou de sommeil avec des électrodes d'EEG, ainsi que les mouvements des jambes pour les restless legs (RLLS).

Si le diagnostic de SAS est clair comme chez les patients de l'étude, une prise en charge de 1^{er} recours est possible (bien que je ne sois pas sûr qu'en Suisse on puisse prescrire une CPAP sans passer par un pneumologue), sinon mieux vaut faire appel aux spécialistes.

