

**Avertissement:** Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 14 août 2012  
Hôpital cantonal de Genève  
[Apnées du sommeil](#)  
Dr P.O. Bridevaux

Vignette clinique:

Un homme de 48 ans ronfle depuis 20 ans (dixit son épouse épuisée); depuis 1-2 ans il devient irritable, a de la difficulté à se concentrer et oublie de plus en plus. Il s'endort à tout moment. Son BMI est aux alentours de 30 et sa TAH à 140/95 mmHg.

Le test d'Epworth renforce la suspicion de SAS (syndrome d'apnées du sommeil).

La polygraphie respiratoire confirme un index d'apnées/ hypopnées (IAH) de 60/hre et un index de désaturation de 48/hre et le patient est équipé d'un CPAP (Continuous Positive Airway Pressure).

Maintenant ce que l'on sait...

Le SAS ou SAOS (ou le O est pour Obstructives) est l'association entre un syndrome neuropsychologique et une perturbation du sommeil sous la forme d'une interruption intermittente du flux de la respiration (apnée) ou d'une réduction de ce même flux (hypopnée) entraînant des microréveils et à la fin du compte un sommeil non-réparateur.

Les SAS c'est fréquent...et si l'on met le «cut-off» à 15 IAH, on l'observe chez 10-12% des hommes et 4-6% des femmes.

Si l'on met le «cut-off» à 5, évidemment on va en trouver plus, soit 25% des hommes et des femmes...

Les troubles du sommeil genre «SAS» sont < à 5% chez les < de 20ans, ils augmentent avec l'âge et pourraient concerner 20-30% des gens entre 60 et 80 ans.

Dans une clinique du sommeil la gravité des apnées était corrélées avec un âge avancé, un BMI >30, un tour de cou > 40 cm, et la présence d'une HTA ....et l'augmentation des paramètres ci dessus entraînait une augmentation linéaire de la gravité des apnées.

Les apnées ne sont pas bonnes pour la santé et les événements cardiovasculaires augmentent nettement chez les patients parallèlement à la gravité du SAS. Il faut noter cependant que lorsque les patients sont appareillés par CPAP la fréquence des événements se (re)normalise.

Ne pas confondre apnées nocturnes et SAS....

Des chercheurs de St Etienne ont montré que les troubles du sommeil aux alentours de 68 ans étaient fréquents avec un IAH anormal chez 20% des sujets, des désaturations anormales chez 10% et des microréveils trop fréquents chez 15%. Mais les symptômes neuropsych ne sont pas toujours présents...

Il s'agit donc toujours d'intégrer les symptômes neuropsychiques avec les troubles du sommeil, et de ne pas traiter que les troubles du sommeil .

Pour résumer, le SAS est 2 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; il augmente avec l'âge, l'HTA et le BMI ; si l'on tient compte de l'IAH > 5 on le retrouve chez 10-25% de la population mais si l'on compte seulement l'IAH>5 associé à une somnolence diurne c'est moins fréquent et retrouvé chez 2-4% de la population.

Il faut penser au SAS lors de ronflements, de pauses respiratoires nocturnes, de somnolence diurne, d'accidents de la route, des troubles de la concentration ou de la mémoire, lors de sommeil non réparateur...plus rarement, lors de réveil en sursaut, de cauchemars, de céphalées matinales, de sudations nocturnes, de dysfonction érectile...

Il existe plusieurs tests à disposition pour valider votre suspicion...

Le STOP BANG score qui recherche:

- Snoring
- Tiredness
- Observed apnea
- Pressure (pour high blood Pressure)
- BMI
- Age (>50)
- Neck circumference (>40cm)
- Gender Male

Le Berlin score qui comporte 5 questions sur le ronflement, 3 sur la somnolence et 1 sur l'HTA.

Et finalement le score d'Epworth (dont on a parlé au début) et qui consiste à quantifier la somnolence de 0 à 3 ( 0= exclu, 1=pas impossible, 2=probable, 3=systématique) lors de diverses activités comme: lire, regarder la télé, être dans une salle d'attente, être passager d'une voiture, ou allongé pour la sieste; un score > 10 laisse suspecter fortement un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) ([http://www.sommeil-mg.net/spip/questionnaires/Echelle\\_D'Epworth.pdf](http://www.sommeil-mg.net/spip/questionnaires/Echelle_D'Epworth.pdf)).

Pour info le score moyen des Suisse est de 7....

Ces scores ont une très bonne valeur prédictive négative (VPN) c'à d. que s'ils sont négatifs ils permettent d'exclure avec une bonne fiabilité la présence d'un SAS.

Pour aller plus loin il faut soit effectuer une oxymétrie nocturne qui ne fait que mesurer les désaturations au cours de la nuit. (peu sensible chez le jeune, et peu spécifique chez l'âgé); soit effectuer une polygraphie respiratoire nocturne qui consiste à dormir avec une espèce de «walkman» à la ceinture auquel sont connectés:

- une sonde nasale (pour mesurer le flux)
- un enregistreur sonore qui mesure les ronflements
- une ceinture thoracique qui mesure les mouvements thoraciques

- une ceinture abdominale qui mesure les mouvements abdominaux
- un pulse/oxymètre au bout du doigt qui mesure la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène.

On peut voir sur l'enregistrement le ronflement, puis l'apnée, identifiée par l'interruption du flux nasal; la persistance des mouvements respiratoires qui lutte contre l'obstacle; la chute de la saturation en O<sub>2</sub>; l'accélération de la fréquence cardiaque et le microéveil du patient.

En réalité, pour vraiment parler d'éveil il faut faire un EEG simultanément et c'est ce que propose la polysomnographie qui elle doit être effectuée dans un laboratoire d'étude du sommeil.

L'oxymétrie coûte 150 frs, la polygraphie nocturne 450 frs et la polysomnographie 1500 frs.

La plupart du temps on aura recours à la polygraphie nocturne effectuée par un pneumologue et ne nécessitant pas que la patient aille dormir dans un laboratoire particulier...Il prend l'appareil chez lui et le ramène le matin suivant.

Le principe du traitement est d'avoir une «attelle pneumatique» empêchant le collapsus des voies respiratoires supérieures, sous la forme d'un CPAP comportant un masque nasal, une machine de la taille d'un gros bouquin et d'un tuyau les reliant.



© Healthwise, Incorporated

La machine permet une meilleure qualité de vie, de meilleures performances neuropsychiques, une meilleure fonction endothéliale, une meilleure sensibilité à l'insuline et un meilleur contrôle de l'HTA.

Le propulseur (qui ressemble au «protège dent» que se mettent les boxeurs avant le combat) sert à avancer la mâchoire et à diminuer le ronflement. Il faut savoir qu'il

