

Le syndrome d'apnées du sommeil

Dr Sylvaine BŒUF-GIBOT
Chef de Clinique Universitaire
JUMGA 2015



DÉPARTEMENT de
MÉDECINE
GÉNÉRALE
CLERMONT-FERRAND

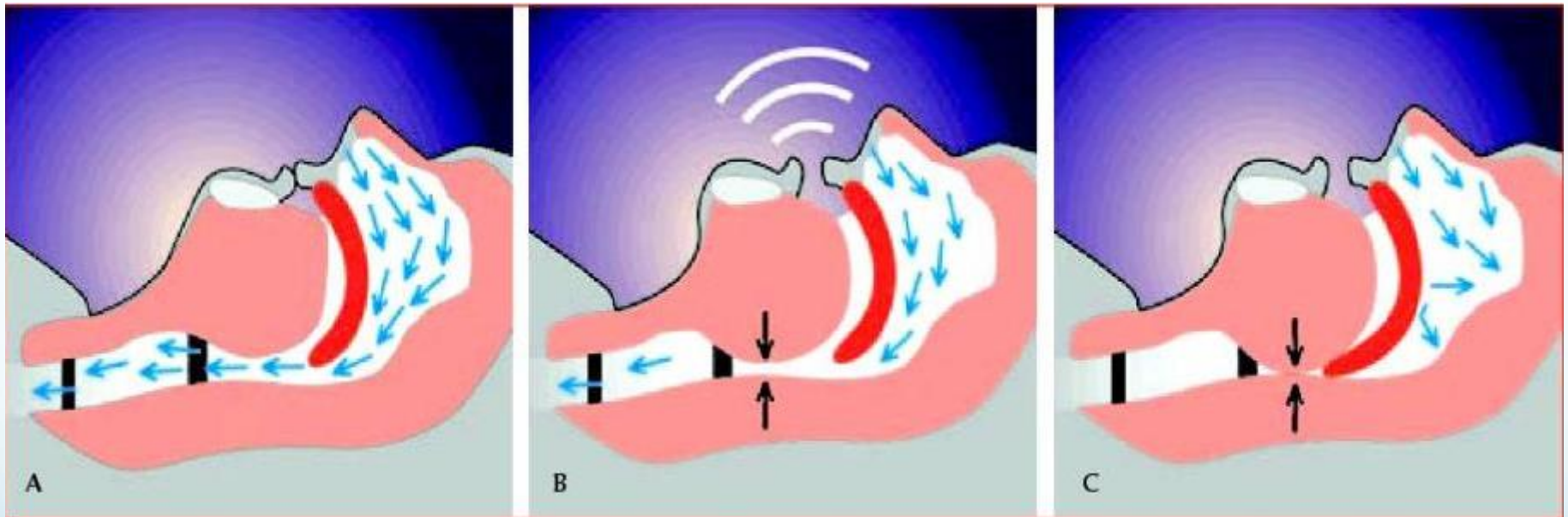
Définition

- **Obstructif** : syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil
- Central / dyspnée de Cheyne-Stokes
- Interruptions répétées et incontrôlées de la respiration pendant le sommeil
- Micro-réveils incessants dont le patient n'a pas conscience

Physiopathologie

- Fermeture répétée du conduit aérien au niveau du pharynx
- Relâchement des muscles des parois du pharynx
- Passage difficile de l'air : vibrations -> ronflement
- Effondrement total : apnée -> micro-réveils

Physiopathologie



Quand y penser ?

- Fréquent : 30,5% des plus de 65 ans
- Hommes
- Parfois asymptomatique
- Les signes d'appel
- Les facteurs de risque

Les signes d'appel

- **Fatigue chronique / somnolence diurne**
- Troubles de la concentration
- Troubles de l'attention
- Troubles de la mémoire
- Irritabilité
- Baisse de la libido
- Ronflements, nycturie



Les facteurs de risque

- Âge
- Surpoids/obésité
- Syndrome métabolique
- Diabète
- Prédisposition familiale



Outils

- **Échelle de somnolence d'Epworth**
- Somnolence : propension irrésistible à s'endormir en l'absence de stimulation
- Différent de la sensation de fatigue qui oblige à se reposer
- Évaluation de la somnolence subjective, corrélation avec les résultats objectifs recueillis par les enregistrements du sommeil

Outils

- **Questionnaire de Berlin**
- Évaluation du risque d'avoir un syndrome d'apnées du sommeil
- Évaluation du ronflement, de la somnolence et des facteurs de risques

Conséquences

- Hypertension artérielle
- Troubles du rythme / fibrillation atriale
- Infarctus du myocarde
- Accidents vasculaires cérébraux
- Accidents de la route
- Accidents domestiques

Diagnostic

- **Polygraphie respiratoire ambulatoire**
- **Polysomnographie** : enregistrement précis du sommeil (EEG, ECG, saturation...)
- Détermination de la sévérité du SAS



Traitement

- **Règles hygiéno-diététiques** (BZD, alcool, décubitus dorsal...)
- **Perte de poids**
- **Ventilation en pression positive continue**
- **Orthèse buccale d'avancée mandibulaire** SAS
peu importants / deuxième intention
- **Prise en charge chirurgicales** en cas d'anomalies anatomiques majeures (très grosses amygdales, petite mâchoire...)

Traitement



Conclusion

- Risque de décès prématuré
- Penser au SAS devant les facteurs de risque même si patient asymptomatique
- Importance de l'adhérence au traitement
- Améliorer la morbi-mortalité
- Améliorer la qualité de vie des patients

Références

- Daniel Ritscher , Diagnostic et traitement de l'apnée du sommeil : Du bruit dans le lit conjugal, Primarycare – Le journal suisse des médecins de premiers recours 2015;15(3):44–46
- Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Cark K, Strohl KP. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. Ann Intern Med 1999;131:485-91
- Sean M. Hayes, Suzanne Murray, Richard J. Castriotta, Christopher P. Landrigan, Atul Malhotra. (Mis) Perceptions and Interactions of Sleep Specialists and Generalists: Obstacles to Referrals to Sleep Specialists and the Multidisciplinary Team Management of Sleep Disorders, JCSM 2012, 8(6) : 633-642
- A. Leszek A. Perrier S. Carballo, Fibrillation auriculaire et syndrome d'apnées du sommeil: une association fortuite ?, Rev Med Suisse 2014; 10: 1913-7
- www.inserm.fr
- www.reseau-morphee.fr
- www.syndrome-apnee-sommeil.fr

Merci de votre attention

