

# Prise en charge du Syndrome d'Apnée du Sommeil

---

Le Syndrome d'Apnée du Sommeil (ou syndrome de Pickwick) est une pathologie souvent méconnue et pourtant fréquente. Il convient de traiter cette pathologie pour le danger qu'il fait courir au patient sur le plan cardio-respiratoire et par ses répercussions neuropsychiatriques. Les patients LIS du fait de leur lésion neurologique sont plus enclins à souffrir de ce syndrome dont les conséquences sont importantes tant au niveau vital que pour le confort de vie. La trachéotomie masque la possible existence du SAS et il convient donc de le diagnostiquer avant la décanulation. Son diagnostic par polysomnographie et son traitement par ventilation positive continue nocturne (masque sur le visage) peuvent tous deux se concevoir en ambulatoire à domicile sans besoin d'hospitalisation. Le SAS se caractérise par des arrêts respiratoires involontaires pendant le sommeil de quelques secondes (arrêts de durée  $>$  ou  $=$  à 10 secondes) associés à une désaturation de l'hémoglobine en oxygène égale ou supérieure à 4%. C'est la désaturation qui peut être dangereuse : la personne coupe sa respiration et la reprise respiratoire coïncide habituellement avec un éveil très bref, souvent inconscient, il existe ensuite un allègement du sommeil. Les signes fonctionnels laissant présager un tel trouble sont le ronflement sonore et l' hypersomnie diurne excessive soit des endormissements intempestifs au cours de la journée associé à une sensation de fatigue très pénible. Ces troubles sont souvent associés à une baisse des capacités mnésiques et une possible anxiété et irritabilité. Un examen clinique avec exploration soigneuse de la sphère ORL, une radiographie des poumons, un ECG (hypertension artérielle – HTA –, insuffisance cardiaque droite, troubles du rythme) peuvent orienter le diagnostic. Seule la polysomnographie permet d'établir l'existence d'un SAS, la forme des apnées ainsi que leurs répercussions sur la structure du sommeil.

Les signes fonctionnels sont souvent tolérés longtemps :

- Le ronflement très sonore, gênant l'entourage beaucoup plus que l'intéressé, constitue le signe clinique principal. Il est favorisé par la fatigue, la prise vespérale d'alcool ou de benzodiazépines qui abaissent le tonus musculaire, ainsi que par le décubitus dorsal, l'obstruction nasale chronique et l'hypertrophie amygdalienne.
- Les endormissements diurnes (journée) excessifs et intempestifs, non réparateurs, très évocateurs du SAS, particulièrement fréquents après les repas.
- Une sensation de fatigue (soit permanente, soit surtout matin au réveil). Elle est attribuée à la fragmentation du sommeil par de nombreux micro-éveils, le plus souvent non ressentis, suivi de réveils matinaux difficiles. Ainsi les patients ont l'impression de bien dormir alors que les polysomnographies

montrent que le sommeil est profondément perturbé. Il en résulte une privation chronique de sommeil, qui est la cause de somnolence diurne.

- Les patients se plaignent aussi de céphalées, de bouche sèche au réveil.
- Les modifications du caractère avec anxiété, dépression, irritabilité, troubles de la mémoire et une baisse des capacités intégratives risquent de laisser errer le diagnostic d'autant qu'elles sont classées « psychasthénie chronique ». L'association possible à une impuissance ou des troubles sexuels contribue à fragiliser l'état psychologique.

La surmortalité de 11 % à 5 ans du SAS est admise.

Sur le plan polysomnographique, le SAS se définit par un index d'apnées supérieur à 5 (nombre d'apnées / heure de sommeil) ou un index d'apnées + hypopnées > à 10 (total apnées + hypopnées par heure de sommeil). Au-delà de l'index d'apnées, la sévérité du syndrome est appréciée par la connaissance simultanée de la désaturation en oxygène qu'elles entraînent et du tableau clinique complet (hyper somnolence, troubles neuropsychiques, HTA, coronaropathie). Des index d'apnées-hypopnées > à 50 ne sont pas exceptionnels. En général on propose un traitement par ventilation non-invasive (cf. ci-dessous « traitements ») quand l'index apnées-hypopnées dépasse 30, en cas de menace du pronostic vital (HTA, troubles du rythme cardiaque) ou si cela entraîne une gêne majeure dans la vie quotidienne.

Les mesures hygiéno-diététiques doivent être toujours à l'esprit :

- Eviter les fatigues excessives, l'alcool et surtout les benzodiazépines.
- Une réduction de poids est recommandée aux patients obèses : elle diminue le nombre des apnées sans toutefois les faire disparaître totalement.
- Dormir sur le côté, surtout dans les apnées position dépendantes, mais attendre 45' la fin des dleep surtout pour le décubitus latéral G (favorise plus le reflux gastro-oesophagien que le latéral D)

Le traitement de référence reste la ventilation par Pression Positive Continue qui consiste à appliquer une pression d'air continue sur les voies aériennes supérieures afin de les maintenir ouvertes durant le sommeil : elle empêche le collapsus pharyngé. L'appareil insuffle une pression variable selon la prescription du médecin (de 3 à 20 cm H<sub>2</sub>O) via un masque nasal ou facial. La respiration redevient normale, l'oxygène circule correctement, cela permet la disparition des apnées et des ronflements et le sommeil s'améliore. L'arrêt de ce traitement entraîne la réapparition des apnées. On considère que le traitement doit être proposé :

1. Dans les cas « graves fonctionnellement » :

- Vie quotidienne perturbée (hyper somnolence, ronflement) ;

- En association à au moins 3 des symptômes cliniques suivants : HTA, nycturie (fuite d'urine pendant le sommeil), tr libido, vigilance réduite, céphalées, ronflements
  - Si l'index apnées-hypopnées est supérieur à 30, ou bien si quand cet indice est « un peu inférieur à 30 » (usage de 15-25 ) et qu'on enregistre > 10 micro-éveils / heure
2. Dans les cas « graves médicalement » :
- HTA sévère, troubles du rythme cardiaque, épisodes d'arrêts respiratoires et/ou cardiaques inexpliqués
  - Même si l'index apnées-hypopnées n'est pas supérieur à 30 : quand cet indice est « un peu inférieur à 30 » (usage de 15-25 ) et qu'on enregistre >10 micro-éveils / h
  - Même si l'on n'observe pas au moins 3 des autres signes cardinaux souvent masqués ou difficilement « objectivables (ronflements, nycturie, tr libido) chez le LIS ; toutefois la présence de vigilance réduite, céphalées, d'endormissements brusques, et chez les décanulés de ronflements doit orienter le diagnostic.

**LIS et SAS** : quand il y a lésion des centres respiratoires du tronc cérébral (pont et bulbaires), soit par engagement (processus expansifs hémisphériques, traumatisés crâniens graves), soit par lésion "per se" du tronc cérébral (AVC, trauma, tumeur) il y a souvent des pauses respiratoires. Si celles-ci sont trop nombreuses ou prolongées (critères SAS), l'hypoxémie induite par le SAS va provoquer des bas débits cardiaques (bradycardies/pauses), donc des bas débit cérébraux, ce qui entraîne des souffrances neuronales d'où lésions secondaires des centres respiratoires...mais aussi d'autres zones cérébrales, en particulier celles qui sont en « hypométabolisme » c'est à dire celles qui ont « récupéré » partiellement de la lésion. Une souffrance supplémentaire d'origine respiratoire peut donc conduire à une aggravation des performances neurologiques de manière générale ou tout du moins une absence de progrès !

**Trachéo et Insuffisance Respiratoire Chronique** : pour les LIS qui ont un passé d'insuffisant respiratoire chronique (connu, ou pire méconnu) et qui jusque là n'avaient pas besoin d'O<sub>2</sub> à domicile et encore moins de respirateur, la survenue d'une cérébro-lésion avec souffrance du tronc cérébral, entraîne dans un premier temps inévitablement une aggravation de leur insuffisance respiratoire (par paralysie respiratoire accessoire, encombrement bronchique, inhalations et troubles de la déglutitions surajoutés)...mais on ne s'en rend pas compte, car « masqué » par la trachéo qui permet au patient de « bien » ventiler spontanément (en dehors des problèmes de déglutition et d'encombrement). Une décanulation trop précoce, même en cas de récupération d'une bonne déglutition, d'une "bonne gestion de la salive", peut s'avérer catastrophique : décompensation en quelques heures d'une

insuffisance respiratoire aiguë méconnue. Chez ces patients (antécédents d'IRC ou de simple BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive) il convient donc de décanuler en réanimation ou en unité de MPR "post-réanimation" (unité d'éveil) sous surveillance.

**Trachéo et SASSi** : le patient est en phase finale du sevrage de la canule de trachéotomie, il faut rester quelques heures à 1-2 jours canule "bouchée" (ballonnet dégonflé, sans chemise interne, ch. ext. fenêtrée). L'idéal est de faire coïncider cette phase (une nuit suffit) avec un enregistrement polysomnographique, canule bouchée. On s'affranchit ainsi de la trachéo et l'on démasque l'éventuel SAS sans trachéo. L'appareil ayant un saturomètre a incorporé une alarme en cas de problème.