

Syndrome d'apnée du sommeil

I-Introduction

Le syndrome d'apnée du sommeil est une pathologie fréquente mais souvent méconnue. Son incidence dans la population générale est mal connue, elle est estimée entre 0.3 et 5%. Parmi les hypertendus 22 à 47% seraient porteurs de SAOS.

II-Définition

Le SAS se définit par la survenue répétitive au cours du sommeil d'obstructions complètes ou partielles des voies aériennes supérieures responsables d'apnée et d'hypopnée.

Une apnée est caractérisée par un arrêt du flux aérien d'une durée supérieure ou égale à 10 secondes, la reprise respiratoire coïncidant habituellement avec un éveil très bref ou l'allègement du sommeil.

L'hypopnée se traduit par une diminution du flux respiratoire d'au moins 50 %, associée à une désaturation $\geq 4\%$.

Le **syndrome d'apnées centrales du sommeil** (SACS) et la ventilation périodique sont dus à une instabilité de la commande ventilatoire au cours du sommeil et qui s'observe particulièrement dans l'insuffisance cardiaque avancée

Facteurs de risque

- L'obésité, notamment de type abdominale
- Sexe/Âge: Il existe une prédominance masculine qui s'atténue avec l'âge. Sa prévalence chez la femme augmente après la ménopause
- SAOS augmente avec l'âge avec un maximum entre 50 et 70 ans
- Anomalies des VAS ;rétrognathie, micromandibulie
 - hypertrophie amygdalienne
 - macroglossie associée à l'acromégalie et l'hypothyroïdie

III-Tableau clinique

1-Symptômes nocturnes

- *Le ronflement très sonore, gênant l'entourage beaucoup plus que l'intéressé, entrecoupé de pauses avec reprise ventilatoire bruyante, 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
- *sensations d'étouffement ou de suffocation
- *pauses respiratoires au cours du sommeil
- *polyurie nocturne (nycturie)

2-Symptômes diurnes

- *L'hypersomnie diurne excessive.
- *Fatigue matinale au réveil.
- *Céphalées, sécheresse buccale, irritabilité.
- *troubles cognitifs à type de troubles mnésiques ou de la concentration

L'examen clinique est pauvre : obésité, HTA, insuffisance cardiaque droite.
L'examen systématique de la sphère ORL a pour but de rechercher les

modifications anatomiques pouvant contribuer à l'obstruction des voies aériennes supérieures: déviation de la cloison nasale, hypertrophie amygdalienne.

Complications

Mécanismes physiopathologiques

- Augmentation de la pression artérielle
- Augmentation de l'activité du système nerveux sympathique
- une insulino-résistance
- une dyslipidémie

Complications cardiovasculaires :HTA, maladie coronaire ,troubles du rythme ,AVC

Complications métaboliques: Diabète, Dyslipidémie

Mortalité .Le SAOS est associé à une augmentation de la mortalité par les accidents de la route et de la mortalité cardiovasculaire.

IV-Les examens complémentaires

L'enregistrement polygraphique du sommeil est l'examen clé du diagnostic, puisque lui seul permet d'affirmer et de quantifier les apnées et leur relation avec le sommeil. .Le diagnostic du SAOS est confirmé par la polygraphie ou la polysomnographie

La polygraphie de ventilation : permet de faire le diagnostic précis de SAOS par l'analyse simultanée de plusieurs signaux :

- Le flux aérien naso-buccal
- L'analyse des mouvements thoraco-abdominaux
- L'utilisation d'un capteur de son
- Un capteur digital pour recueil de la SpO2

L'enregistrement polysomnographique, représente l'examen de référence, il comporte

- l'électroencéphalogramme
- l'électromyogramme des muscles de la houppe du menton
- l'électro-oculogramme

Il est indiqué devant un SAOS associé à un trouble non respiratoire du sommeil,ou présence d'une discordance entre les résultats de la polygraphie ventilatoire et la symptomatologie

Autres examens

- EFR:Le SAOS ne s'accompagne d'aucune perturbation spirométrique, ni d'anomalie gazométrique
- Aucun examen d'imagerie n'est demandé de façon systématique

Diagnostic positif

A) Au moins cinq apnées ou hypopnées par heure de sommeil :AHI(indice d'apnée et hypopnée(Nombre d'apnées et d'hypopnees)≥5/H **et**

B) Une somnolence diurne **ou**

Au moins deux des symptômes suivants:

- Fatigue diurne
- Réveils nocturnes répétés

- Sensations d'étouffements nocturnes
- Sommeil non réparateur
- Troubles de la concentration

On distingue

IAH :5-15 : SAOS léger

IAH :15-30 : SAOS modéré

IAH \geq 30 : SAOS sévère

V-Le traitement

La **respiration nocturne spontanée en pression positive continue**, appliquée par masque nasal, décrite en 1981 constitue actuellement le traitement de choix des SAS à apnées obstructives. Appliquée au moyen d'un masque nasal, elle empêche le collapsus pharyngé et permet la disparition complète des apnées et des ronflements.

2-L'orthèse d'avancée mandibulaire : une alternative à la PPC