La Fondation pour l'éducation médicale continue
Apprentissage basé sur la pratique pour les médecins de famille

Apnée du sommeil d'origine obstructive chez l'adulte

Vol. 31 (14), novembre 2023

INTRODUCTION

L'apnée du sommeil d'origine obstructive (ASO) est un trouble du sommeil courant qui a d'importantes répercussions physiques, psychologiques et sociales. Il existe un large éventail de traitements possibles, mais le choix du plus indiqué reste difficile dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. En soins primaires, le rôle des cliniciens est de reconnaître les personnes présentant un risque d'ASO, de confirmer le diagnostic et de déterminer la démarche thérapeutique la plus adaptée à chaque patient. Il s'agit notamment d'évaluer les facteurs de risque, de prendre en charge les troubles concomitants, d'orienter le patient en vue d'un examen du sommeil indiqué et d'instaurer un traitement par ventilation en pression positive continue (VPPC) avec l'aide d'un spécialiste, suivant l'état des ressources dans la collectivité. En plus d'assurer leur prise en charge médicale, il est essentiel d'aider les patients à appliquer eux-mêmes les différentes modalités thérapeutiques à long terme et d'effectuer un suivi.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de systématiquement faire passer aux patients à risque des tests de dépistage de l'ASO et de diagnostiquer l'ASO au moyen de l'examen du sommeil pertinent;
- d'instaurer un plan de prise en charge et de conseiller les patients quant aux avantages des différentes méthodes de traitement de l'ASO;
- de surveiller le traitement au fil du temps afin de favoriser l'observance du patient, ce qui comprend l'instauration et le maintien d'un traitement par VPPC et la prestation de conseils en prévision des difficultés courantes.

Encadré 1. Portée

Ce module ne porte que sur l'ASO chez l'adulte. Veuillez consulter les modules suivants du PABP apparentés à ce sujet, disponibles au www.members.fmpe.org:

- Œdème des jambes (novembre 2023)
- Fibrillation auriculaire : mise à jour (août 2022)

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Elio, 45 ans

C'est sa femme qui a demandé à Elio de prendre rendez-vous avec vous aujourd'hui. Elle ne supporte plus ses ronflements et aimerait qu'il consulte un spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Vous n'avez pas vu Elio depuis quelques années et il était jusque-là en bonne santé. Son seul antécédent médical récent est une lacération causée par une machine de boulangerie commerciale qui a nécessité une visite à l'urgence. Il pense qu'il ronfle depuis des années, mais que le problème s'est peut-être aggravé récemment depuis qu'il a pris une dizaine de kilos. Après un examen des systèmes, vous constatez qu'Elio est fatigué, ce qu'il attribue à un manque de sommeil; il se demande si vous pourriez lui prescrire des somnifères. Il a pris le lorazépam que lui a donné un ami, ce qui semble l'avoir aidé à s'endormir. Il ne prend pas de médicaments sur une base régulière.

Quels autres renseignements souhaiteriez-vous obtenir?

Deuxième partie

Elio déclare qu'il se sent souvent fatigué. Il dort en moyenne six ou sept heures par nuit et, le plus souvent, il a du mal à s'endormir. Il se couche généralement à 20 heures, évite les écrans et essaie de se réveiller systématiquement à 3 heures du matin compte tenu de son horaire de travail. Il se réveille fréquemment pendant la nuit et a parfois du mal à se rendormir. Son score à l'échelle de somnolence d'Epworth est de 11/24. Sa femme signale qu'en plus de

Renseignements généraux	Commentaires des histoires de cas	Collaborateurs et déclarations	Références bibliographiques	Annexes
3	15	19	20	23

ronfler, il lui arrive de haleter pendant son sommeil, mais il ne présente pas de mouvements anormaux des jambes.

Interrogé plus avant, Elio fait état de légers symptômes de mal-être survenus au cours des deux dernières années, notamment une baisse de la libido, des maux de tête matinaux et une irritabilité accrue. Il s'est occasionnellement senti somnolent au volant, mais n'a pas fait d'accident ou n'en a pas évité de justesse. L'incident survenu au travail s'est produit après une mauvaise nuit de sommeil, mais il n'y a pas eu d'autres accidents de ce type. Ses horaires de travail sont réguliers : les journées commencent à 4 heures du matin et se terminent à midi tous les jours.

Elio ne fume pas et ne boit qu'un verre de vin dans les occasions spéciales. Il ne consomme pas de marijuana ni de substances illicites et n'a essayé qu'une seule fois les somnifères de son ami; il a compris qu'il ne doit pas prendre les médicaments d'un ami après que vous lui en avez expliqué les raisons. Il n'a pas fait d'activité physique sur une base régulière au cours des dix dernières années. Le père d'Elio est décédé d'un infarctus du myocarde à l'âge de 60 ans. Son frère aîné a reçu un diagnostic d'ASO il y a quelques années; il utilise désormais un appareil de VPPC.

À l'examen d'aujourd'hui, son IMC est de 32, sa tension artérielle de 145/72; sa fréquence cardiaque est de 74 et régulière. La circonférence de son cou est de 42 cm; son score de Mallampati est de classe 3. Ses autres examens de la tête et du cou, du cœur, de l'appareil respiratoire et du système neurologique sont normaux.

Ses réponses au questionnaire STOP-Bang reflètent un risque élevé d'ASO.

Quelles sont vos prochaines étapes et que suggéreriez-vous à Elio pour améliorer son sommeil à ce stade-ci?

Troisième partie – Deux mois plus tard

Elio revient vous consulter, car ses symptômes n'ont pas beaucoup changé et qu'il n'a pas eu de nouveaux incidents liés à sa fatigue au travail. Sa tension artérielle est toujours légèrement élevée (147/83); son poids n'a pas changé. Ses analyses de sang font état d'une formule sanguine complète (FSC) normale, notamment un taux d'hémoglobine de 135. Sa TSH est de 2,34 et son taux d'HbA1c de 5,8 %, ce qui est dans les limites normales; il en est de même de ses taux de créatinine, de ferritine et d'enzymes hépatiques (demandés pour le dépistage de la stéatose hépatique non alcoolique). Son risque cardiovasculaire est estimé à 9,5 % d'après les résultats de sa lipémie. Les résultats de son test d'apnée du sommeil à domicile, également appelé « test de niveau 3 », montrent qu'il remplit les critères diagnostiques d'une ASO sévère avec hypoxémie nocturne, son indice d'apnée-hypopnée (IAH) étant de 36 épisodes/heure.

Au vu des résultats de l'examen du sommeil et du diagnostic d'ASO sévère, vous discutez des options thérapeutiques et décidez ensemble de faire l'essai d'un traitement par VPPC.

Comment panifieriez-vous le traitement par VPPC à votre cabinet et quels conseils donneriez-vous à Elio lorsqu'il entamera celui-ci?

Cas numéro 2 : Janie, 52 ans

Vous voyez Janie aujourd'hui dans le cadre d'un rendez-vous de suivi périodique. Elle a reçu un diagnostic d'ASO sévère il y a deux ans de la part du spécialiste du sommeil de votre région, à la suite d'examens motivés par une fatigue persistante et une nycturie; les résultats des autres examens effectués à cette époque étaient normaux. Elle est également suivie pour son obésité (IMC de 41), sa MPOC, de l'hypertension et un trouble d'anxiété généralisée (TAG). Elle prend de l'escitalopram à 20 mg par jour, du bromure de tiotropium (Respimat) à 2,5 mcg par jour et de la chlorthalidone à 25 mg une fois par jour.

Janie a arrêté de fumer il y a 5 ans. Son travail d'adjointe de bureau est sédentaire; elle travaille à domicile trois jours par semaine et va au bureau en voiture les deux autres jours. Durant la consultation d'aujourd'hui, elle admet qu'elle n'a utilisé son appareil de VPPC que par intermittence ces six derniers mois et qu'elle n'est pas sûre de vouloir continuer à le faire.

Quels autres renseignements souhaiteriez-vous obtenir?

Deuxième partie

Le poids de Janie est resté stable depuis son dernier examen du sommeil réalisé il y a deux ans. Elle continue de ressentir une fatigue diurne significative. Son score d'Epworth est estimé à 15/24 aujourd'hui. Sa tension artérielle est de 140/75. Elle ne fait pas d'activité physique, ne boit pas d'alcool et ne prend pas de sédatifs en vente libre. Heureusement, elle ne signale aucun accident de la route, bien qu'elle en ait évité quelques-uns de justesse et qu'elle se soit endormie une fois en conduisant, ce qu'elle a trouvé très troublant.

Comme elle vit seule, Janie n'est pas en mesure de confirmer si elle ronfle la nuit ou si elle présente d'autres difficultés respiratoires. Janie signale qu'au cours des derniers mois, elle a dormi au moins six à huit heures par nuit et que son anxiété est bien maîtrisée, sauf lorsqu'elle essaie d'utiliser son appareil de VPPC, qui la rend « claustrophobe ». Elle ajoute qu'après avoir utilisé son appareil de VPPC, elle se réveille toujours avec les yeux et le nez secs, ce qui la dérange. Bien qu'elle n'ait jamais subi d'accident cardiovasculaire, elle s'inquiète à l'idée de faire une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral si elle cesse d'utiliser son appareil de VPPC.

Comment expliqueriez-vous à Janie les avantages qu'il y a à continuer d'utiliser son appareil de VPPC et comment l'aideriez-vous à surmonter les difficultés qu'elle rencontre?

Troisième partie – six semaines plus tard

Bien qu'elle ait bénéficié des services de consultation recommandés, Janie vous annonce au rendez-vous suivant qu'elle ne veut plus continuer d'utiliser son appareil de VPPC Malgré des entretiens approfondis avec son thérapeute, l'appareil continue de la rendre anxieuse. Elle indique qu'elle a cessé de conduire. Janie demande quelles sont les autres options possibles pour le traitement de son ASO.

Que répondriez-vous à Janie?

Cas numéro 3 : Ravinder, 75 ans

Ravinder a pris rendez-vous aujourd'hui après avoir constaté une somnolence accrue pendant la journée au cours de la dernière année, et ce, bien qu'il utilise son appareil de VPPC au moins cinq heures chaque nuit depuis les sept dernières années. Sa femme n'a pas remarqué qu'il respirait, qu'il ronflait ou qu'il bougeait anormalement pendant son sommeil. Il se porte bien par ailleurs, ressent une certaine fatigue mais n'a pas eu d'accident de la route, et n'a pas changé récemment de médicaments.

Il souffre d'une arthrose grave de la hanche droite, mais affirme que la douleur ne l'empêche pas de dormir. Ravinder est actuellement en attente d'une arthroplastie de la hanche (la date n'a pas encore été fixée). En outre, il fait de l'hypertension et prend 10 mg de ramipril par jour.

Aujourd'hui, vous constatez que son IMC est passé de 30 (il y a un an) à 35, et que sa tension artérielle est de 150/89, ce qui est plus élevé que lors de sa précédente visite. Il semble fatigué, mais pour le reste, l'examen physique ne révèle rien d'anormal. Interrogé plus avant, Ravinder déclare qu'il boit au moins deux grands verres de vin par jour, qu'il ne fume pas et qu'il ne prend pas de sédatifs en vente libre. Il déclare que son humeur, sa mémoire et son fonctionnement sont normaux.

Comment procéderiez-vous avec Ravinder?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

CONTEXTE

1. Les troubles respiratoires liés au sommeil englobent une série de problèmes respiratoires survenant pendant le sommeil, tels que l'apnée du sommeil d'origine nerveuse centrale (qui comprend la respiration de Cheyne-Stokes), l'hypoventilation liée au sommeil et le trouble le plus courant, l'apnée du sommeil d'origine obstructive (ASO)[1]. L'ASO se caractérise par des épisodes répétés d'arrêt respiratoire (apnée) ou de réduction du débit d'air (hypopnée) pendant le sommeil, consécutifs à un rétrécissement des voies respiratoires supérieures[1,2].

2. D'après les estimations issues d'études basées sur une population, la prévalence des troubles respiratoires du sommeil modérés à graves se situe entre 3 et 50 %, selon la population étudiée (groupe d'âge et sexe) et la définition de l'ASO utilisée[2,3].
   a) L'ASO est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, et son incidence augmente avec l'âge; toutefois, l'écart de prévalence entre les hommes et les femmes se réduit après la ménopause[4].
   b) Il se peut que la prévalence estimée de l'ASO soit plus élevée que celle qui est déclarée compte tenu du taux croissant d'obésité[4,5].

Facteurs de risque et affections concomitantes

3. Les mécanismes physiopathologiques qui prédisposent à l'ASO sont complexes et se recoupent; ni les antécédents cliniques ni les résultats de l'examen physique ne sont assez précis pour permettre d'écarter le diagnostic d'ASO, bien que certaines caractéristiques augmentent sa probabilité prétest[2]. L'encadré 2 décrit les facteurs de risque connus, les affections prédisposantes et les affections concomitantes associés à l'ASO.

4. Les données probantes relatives à d'autres facteurs de risque d'ASO, tels que les antécédents

Encadré 2. Facteurs de risque, affections et affections concomitantes liés à un risque élevé d'ASO[2,5,6].

Facteurs de risque :	
• Obésité	• Appartenance au sexe masculin
• Âge avancé	• Ménopause
Affections favorisant l'ASO :	
• Hypothyroïdie	• Anomalies craniofaciales et des voies respiratoires supérieures (p. ex., associées à la trisomie, à l'acromégalie)
• Syndrome de Cushing	• Maladie sino-nasale
• Grossesse	• Épilepsie
• Syndrome des ovaires polykystiques	• Déficit en testostérone
Affections concomitantes à l'ASO :	
• Hypertension (hypertension résistante)	• Insulinorésistance, diabète de type 2
• Coronaropathie	• Stéatose hépatique non alcoolique
• Insuffisance cardiaque congestive	• Dyslipidémie
• * Fibrillation auriculaire, arythmies	• Néphropathie chronique
• Anévrisme/dissection de l'aorte	• * Œdème aux deux jambes
• Maladie thromboembolique	

*Voir les modules du PABP sur la fibrillation auriculaire (août 2022) et l'œdème des jambes (novembre 2023). Voir l'encadré 1.

familiaux de ronflement ou d'ASO, le tabagisme et la consommation d'alcool ou de sédatifs, sont rares ou contradictoires[4].

5. Les facteurs de risque d'ASO ont été déterminés par une étude longitudinale réalisée en 2022 auprès de 27 200 adultes canadiens (nombre égal d'hommes et de femmes, âgés de 45 à 85 ans) provenant d'une cohorte issue de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV)[7]. Les réponses au questionnaire STOP, ainsi que le pourcentage d'adiposité corporelle, ont servi de mesures objectives de l'obésité visant à évaluer le risque d'ASO. Le sexe et l'âge ont également été rapportés en fonction des affections concomitantes des patients, du statut ménopausique et de l'inflammation générale évaluée à l'aide du dosage de la protéine C-réactive de haute sensibilité (hs-CRP) (tableau 1)[7]. La prévalence globale du risque élevé d'ASO a été estimée à 17,5 % (IC à 95 % : 17-18 %), soit près de 1 adulte sur 5 âgés de plus de 45 ans.

   Remarques :
   - Le questionnaire STOP a permis le dépistage de 4 signes/symptômes de l'ASO (ronflement, fatigue diurne, apnée observée et tension artérielle élevée). La circonférence du cou n'a pas été incluse car elle n'avait pas été mesurée dans la cohorte de l'ÉLCV.
   - Étant donné que 90 % des participants à l'ÉLCV se sont identifiés comme de race blanche, il se peut que les résultats ne soient pas représentatifs de la population canadienne.
   - La cohorte de l'étude en cours sera suivie tous les 3 ans pendant les 20 prochaines années.

Sous-diagnostic et sous-traitement

6. L'ASO est peu reconnue puisque seulement 4 % des Canadiens rapportent un diagnostic d'ASO dans le cadre de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (2016-2017), alors que 30 % d'entre eux ont une probabilité modérée à élevée d'ASO d'après le score STOP-Bang[8].

7. L'ASO non traitée expose de nombreuses personnes à un risque d'affections concomitantes apparentées, à une mauvaise qualité de vie et au recours accru aux soins de santé. La somnolence diurne excessive est associée à l'absentéisme, à la baisse de la productivité, aux accidents et aux blessures au travail, ainsi qu'aux accidents de la route[1,2,9,10].

Tableau 1. ÉLCV : prévalence des facteurs de risque d'ASO chez les adultes canadiens[7]

Facteur	Prévalence du risque d'ASO
Sexe	• Hommes : 21,9 % • Femmes (ménopausées) : 13,1 %
Dosage de la protéine C-réactive à haute sensibilité (hs-CRP)	• Un taux élevé (> 10 mg/L) était associé à un risque d'ASO. • Risque de 1,3-2,3 fois plus élevé chez les femmes
Remarque : Un risque accru d'ASO a été associé aux caractéristiques suivantes : âge > 55 ans; le fait d'être un homme, ou une femme ménopausée; le surpoids ou l'obésité associés à des maladies cardiovasculaires, au diabète, à des symptômes d'anxiété/de dépression, à l'asthme, à l'arthrite et à des taux élevés d'hs-CRP.	

8. Les données étayant les conséquences néfastes de l'ASO légère sur la santé sont limitées, mais des associations entre l'ASO modérée ou sévère non traitée et les complications qui en découlent ont été démontrées par plusieurs vastes études de population[2] :
   - L'ASO sévère est associée à un risque 2,6 fois plus élevé d'infarctus du myocarde, de revascularisation coronarienne, d'insuffisance cardiaque congestive ou de décès d'origine cardiovasculaire (après prise en compte des facteurs confusionnels tels que l'IMC).
   - Le risque d'accident ischémique cérébral augmente chez les patients atteints d'ASO non traitée, en particulier les hommes dont l'indice d'apnée-hypopnée (IAH) est > 19 épisodes par heure ou chez les femmes dont l'IAH est > 25 épisodes par heure.
   - La concomitance de l'ASO et de la MPOC augmente le risque d'exacerbation sévère de la MPOC et, par conséquent, d'hospitalisation et de mortalité.
   - Les personnes atteintes d'ASO présentent un risque de complications cardiopulmonaires postopératoires (des suites d'interventions chirurgicales nécessitant une anesthésie générale) de 2 à 3 fois plus élevé que celui des personnes non atteintes d'ASO (p. ex., événements cardiaques postopératoires, insuffisance respiratoire aiguë, désaturation et réintubation)[2,11].
   - L'ASO est associée à un risque deux fois plus élevé d'accident de la route.

9. Parmi les obstacles connus à l'établissement du diagnostic de l'ASO, citons le fait que les patients ne reconnaissent pas et ne signalent pas ses symptômes, en plus de l'absence d'évaluation clinique adaptée des personnes à risque[2,7]. Pour les patients, l'un des principaux obstacles au traitement est l'intolérance de la ventilation en pression positive continue (VPPC) (Renseignements généraux, points 38 et 39)[10].

10. Au Canada, l'insuffisance du financement public et le manque d'options thérapeutiques économiques constituent un obstacle supplémentaire à l'examen du sommeil à visée diagnostique et au traitement par VPPC (et autres modalités thérapeutiques telles que les orthèses buccales). À l'heure actuelle, dans plusieurs provinces et territoires, le traitement de l'ASO repose en grande partie sur le financement privé, ce qui se traduit par des inégalités sur le plan de l'accès aux soins liées aux moyens financiers et au lieu de résidence des patients (annexe 1)[12].

Encadré 3. Point de pratique : accessibilité et financement du traitement par VPPC

Faites le point sur les services déjà offerts dans votre région d'exercice, lesquels visent à faciliter l'accès des patients au traitement par VPPC et à les aider à en assumer le coût (annexe 1).

ÉVALUATION

11. L'évaluation de l'ASO concerne notamment les patients symptomatiques.
    a) En 2022, une équipe de travail chargée des services de prévention aux États-Unis (US Preventive Services Task Force) a procédé à une revue systématique portant sur le dépistage de l'ASO. Celle-ci n'a pas permis de dégager des données précises et de qualité justifiant les tests de dépistage de l'ASO dans la population générale auprès des cas asymptomatiques présentant un faible risque d'ASO ou des adultes présentant des symptômes non relevés à l'aide de questionnaires de dépistage validés [preuves de faible qualité][13].
    b) Malgré l'absence de données probantes justifiant les tests de dépistage, l'American Academy of Sleep Medicine estime qu'il est raisonnable de poser des questions sur les problèmes de sommeil dans le cadre d'un examen des systèmes, notamment chez les populations à haut risque (encadré 2) [opinion d'experts][14]. Les personnes présentant des symptômes de troubles du sommeil doivent donc faire l'objet d'un dépistage de l'ASO à l'aide d'une anamnèse clinique plus poussée (Renseignements généraux, point 13) ou de questionnaires validés (Renseignements généraux, point 15)[5,14].

12. On estime que 25 % des personnes atteintes d'ASO rapportent une somnolence diurne, en plus d'un sommeil non réparateur et de la fatigue[2]. D'autres symptômes sont décrits à l'encadré 4. La corrélation entre les symptômes et la gravité du trouble est faible, ce qui signifie que les cliniciens doivent être attentifs aux symptômes plus légers[2].

Anamnèse

13. Le diagnostic différentiel de l'ASO est vaste. Lorsque les patients consultent à cause de symptômes de somnolence diurne ou de fatigue et de ronflements, il est important de procéder à un examen complet des antécédents médicaux et des antécédents de sommeil, pour le dépistage non seulement de l'ASO mais aussi d'autres troubles du sommeil concomitants[1].
    a) Les habitudes de sommeil doivent être prises en compte dans le cadre de l'examen des systèmes[5]. Il s'agit de savoir si les patients ont des difficultés

Encadré 4. Symptômes associés à l'ASO[2]

Symptômes typiques	
• Somnolence diurne • Fatigue au réveil (sommeil non réparateur) • Céphalées matinales • Réveils nocturnes fréquents dus à une sensation de suffocation ou d'étouffement (bien qu'ils puissent être dus au reflux)	• Ronflement (ronflements signalés par le ou la partenaire ou apnée en présence d'une autre personne) • Difficulté à se concentrer • Irritabilité • Nycturie • Dysfonction érectile
Symptômes atypiques (plus fréquemment rapportés par les femmes)[15]	
• Insomnie • Troubles de la mémoire • Troubles de l'humeur	• Reflux • Énurésie nocturne

à s'endormir ou à garder le sommeil, de connaître le nombre approximatif d'heures de sommeil, les horaires de sommeil et d'éveil (y compris les siestes diurnes), la routine du coucher, les conditions de sommeil et ce qu'il en est de l'utilisation de substances, du comportement nocturne et des dysfonctionnements diurnes[16,17].

b) Plusieurs facteurs et affections se manifestent par une somnolence ou une fatigue diurne, notamment : sommeil de durée insuffisante; prise de sédatifs; insomnie; syndrome des jambes sans repos; apnée du sommeil d'origine nerveuse centrale; affections médicales concomitantes (p. ex., hypothyroïdie, anémie) ou celles susceptibles de provoquer des réveils brusques ou des bruits ou sensations anormaux pendant le sommeil (p. ex., ronflement primaire, reflux gastro-œsophagien)[1].

c) Les personnes atteintes d'ASO peuvent également présenter d'autres troubles du sommeil liés ou non à l'ASO[1]. L'insomnie concomitante est une affection fréquente chez les personnes atteintes d'ASO (Renseignements généraux, point 33)[1].

Examen physique

14. L'examen physique, axé sur les voies respiratoires supérieures, comprend un examen respiratoire et cardiovasculaire. L'examen neurologique est utile si l'on pense qu'une maladie neuromusculaire est concomitante au trouble respiratoire lié au sommeil[1,14]. L'encadré 5 décrit les principales caractéristiques de l'ASO durant un examen physique, lesquelles augmentent la probabilité prétest d'ASO.

Encadré 5. Caractéristiques de l'ASO durant un examen physique[2,5]

- Obésité centrale (tour de taille important) et circonférence du cou > 40 cm[18].
- Déviation de la cloison nasale ou hypertrophie des cornets nasaux.
- Encombrement de la région postérieure de l'oropharynx : peut être estimé à l'aide du score de Mallampati – rétrécissement des voies respiratoires de classe 3 et 4, parfois causé par l'hypertrophie des amygdales, l'allongement du palais mou, une macroglossie ou des changements de l'occlusion dentaire. Reportez-vous à la classification de Mallampati modifiée MD+Calc en ligne : https://www.mdcalc.com/calc/3989/modified-mallampati-classification.
- Rétrognathie (menton en arrière de son profil normal).

Outils d'évaluation

15. Divers outils de prévision clinique permettent de reconnaître les patients présentant une forte probabilité prétest d'ASO, mais ils ne doivent pas servir à poser le diagnostic sans une polysomnographie ou un test d'apnée du sommeil à domicile[1,2].

a) Le questionnaire STOP-Bang a été validé auprès de populations parmi lesquelles la prévalence de l'ASO est élevée et dans divers contextes, ce qu'il est important de prendre en compte en vue de son utilisation en pratique clinique (encadré 6)[2,18].

- Dans ses lignes directrices de 2017, l'American Academy of Sleep Medicine a examiné la validité du questionnaire STOP-Bang (10 études; les participants étaient d'âge moyen, de sexe masculin et obèses). Dans l'ensemble, le questionnaire présentait une sensibilité élevée mais une faible spécificité pour ce qui était du dépistage de l'ASO; par ailleurs, ces résultats s'accentuaient si l'on retenait des seuils plus élevés par catégorie d'ASO[1].

b) L'échelle de somnolence d'Epworth ne permet pas de dépister l'ASO mais elle peut être utile pour évaluer la somnolence subjective et la réponse aux traitements (score total de 0 à 24; un score > 15 reflète une somnolence diurne sévère). Voir l'encadré 6[1,2].

Diagnostic

16. Dans la classification internationale des troubles du sommeil, l'ASO est définie par la présence de symptômes ou de certaines affections concomitantes associée au nombre d'événements respiratoires d'origine obstructive par heure, chez des patients asymptomatiques [opinion d'experts][1,19]. L'encadré 7 décrit les critères utilisés pour le diagnostic, les résultats des tests d'apnée du sommeil et la classification de l'ASO selon sa sévérité.

Évaluation par l'examen du sommeil

17. La norme de référence pour le diagnostic de l'ASO est la polysomnographie assistée, également appelée étude de niveau 1[2]. La polysomnographie utilise au moins 7 canaux de données pour recueillir des données (tableau 2)[2,21].

18. En raison de la forte prévalence de l'ASO, il est très coûteux de recourir à la polysomnographie pour évaluer tous les patients soupçonnés de présenter une ASO; par ailleurs, cet examen est peu accessible dans certaines régions de pratique[1]. Le test d'apnée du sommeil à domicile est une autre méthode de

Encadré 6. Outils cliniques pour le dépistage de l'ASO

Questionnaire STOP-Bang

Version en ligne : http://www.stopbang.ca/osa/screening.php

Version à imprimer : http://www.stopbang.ca/translation/pdf/caeng.pdf (comprend sa traduction en plusieurs langues)

Source : Adaptation, Réseau universitaire de santé de l'Ontario, Toronto

Échelle de somnolence d'Epworth

Calculateur en ligne de l'échelle de somnolence d'Epworth QxMD : https://qxmd.com/calculate/calculator_85/epworth-sleepiness-scale

Encadré 7. Critères diagnostiques de l'ASO[2]

Remarque : Les critères permettant de diagnostiquer l'ASO sont les suivants : A et B, OU C[19].

A. Présence de > 1 des situations suivantes :
- Le patient signale des symptômes de somnolence, de sommeil non réparateur, de fatigue ou d'insomnie.
- Le patient se réveille en haletant ou en suffoquant.
- La personne partageant son lit ou un autre témoin rapporte des ronflements constants, des interruptions de la respiration ou les deux.
- Diagnostic d'hypertension, de trouble de l'humeur, de dysfonctionnement cognitif, de coronaropathie, d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'insuffisance cardiaque congestive, de fibrillation auriculaire ou de diabète de type 2.

Voici les résultats des tests polysomnographiques ou des tests d'apnée du sommeil à domicile :

B. Au moins 5 épisodes respiratoires d'origine principalement obstructive par heure de sommeil pendant un examen polysomnographique ou par heure de monitorage pendant un test d'apnée du sommeil à domicile.

C. Au moins 15 épisodes respiratoires d'origine principalement obstructive par heure de sommeil pendant un examen polysomnographique ou par heure de monitorage pendant un test d'apnée du sommeil à domicile.

Sévérité de l'ASO[1]

Légère : IAH ≥ 5 épisodes/heure **Modérée :** IAH > 15 épisodes/heure **Sévère :** IAH ≥ 30 épisodes/heure

Types d'événements utilisés pour quantifier l'ASO[20]
- Indice d'apnée-hypopnée (IAH) : nombre d'épisodes d'apnée et d'hypopnée par heure pendant la durée totale du sommeil.
- Indice d'événements respiratoires (IER) : nombre d'épisodes d'apnée et d'hypopnée par heure pendant la durée totale d'enregistrement sur des appareils de monitorage de l'apnée du sommeil à domicile.

diagnostic de l'ASO chez les adultes présentant une probabilité prétest modérée à élevée selon les outils de prévision clinique. Cette méthode peut être moins coûteuse et plus efficace chez certaines populations (p. ex., les personnes ayant des problèmes de mobilité ou atteintes d'une maladie), bien qu'elle ait aussi ses lacunes (tableau 2).

19. Les tests d'apnée du sommeil à domicile (étude de niveau 3) permettent d'enregistrer au moins trois canaux de données pendant que le patient dort chez lui (tableau 2). Il en existe plusieurs types et la technologie ne cesse de progresser[2].
    a) Les études sur l'apnée du sommeil à domicile permettent de surveiller le débit d'air, le ronflement, l'excursion respiratoire, la position du corps, la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène. Certains appareils validés effectuent des mesures substitutives de ces variables (p. ex., la tonométrie pour mesurer la pression intraoculaire ou l'actigraphie mesurant les cycles de mouvement-repos)[22].
    b) Les études de niveau 3 n'effectuent pas d'enregistrement du sommeil et ne sont révélatrices que lorsqu'une ASO est détectée. La sévérité de l'ASO est estimée à l'aide de l'indice d'événements respiratoires (nombre d'épisodes d'apnée et d'hypopnée par heure pendant la durée totale d'enregistrement)[2]. L'indice d'événements respiratoires sous-évalue l'IAH car il mesure le temps pendant lequel le patient ne dort pas réellement, et ne prend pas en compte les phases d'éveil durant le sommeil[2].
    c) Compte tenu des taux de faux-négatifs (jusqu'à 17 %) et de défaillances techniques (jusqu'à 18 %) rapportés, il est fortement recommandé

Tableau 2. Comparaison des différents types de tests diagnostiques du sommeil utilisés en soins primaires[2,23]

Caractéristiques des tests du sommeil	Indications :	Caractéristiques du fonctionnement de la modalité d'examen du sommeil*[1]	
		IAH ≥ 5 épisodes/heure	IAH ≥ 15 épisodes/heure
Polysomnographie En laboratoire (étude de niveau 1) • Électrodes servant à la surveillance des ondes cérébrales, de la fréquence cardiaque, de l'activité musculaire, de la saturation en O_2 et des mouvements des membres. • Ceinture thoracique détectant les mouvements respiratoires • Sonde nasale • Appareil de VPPC (uniquement pour les réglages)	• Toute probabilité d'ASO • Si le résultat du test d'apnée du sommeil à domicile ou d'oxymétrie n'est pas concluant pour le diagnostic, et si les soupçons cliniques d'ASO persistent • Soupçon de troubles du sommeil autres que l'ASO • Soupçon d'apnée du sommeil d'origine nerveuse centrale ou d'hypoventilation	Norme de référence	Norme de référence
Tests d'apnée du sommeil à domicile (étude de niveau 3) • Oxymétrie pulsée ou dispositif similaire servant à mesurer la fréquence cardiaque et la saturation en O_2 • Ceinture thoracique et capteur • Sonde nasale	• Patients symptomatiques dont la probabilité d'ASO est modérée à élevée, exempts d'affection concomitante cardio-pulmonaire significative Utile dans les cas suivants[1] : • Impossibilité d'effectuer une polysomnographie (p. ex., patients présentant des problèmes de mobilité, certaines maladies) • Nécessaire pour confirmer l'efficacité du traitement	Sensibilité : 0,90-1,00. Spécificité : 0,30-0,67.	Sensibilité : 0,66-0,88. Spécificité : 0,62-1,00.

Remarque : *Les données relatives aux caractéristiques de fonctionnement de ces méthodes de test, comparativement à celles de la polysomnographie, concernent des populations parmi lesquelles la prévalence de l'ASO est élevée (prévalence estimée à 87 %)[24].

de demander une polysomnographie lorsque les résultats du test d'apnée du sommeil à domicile sont négatifs chez un patient qui présente un indice de présomption d'ASO élevé ou un autre trouble du sommeil[1,2].

TRAITEMENT

Ventilation avec pression positive expiratoire (VPPE)

20. Des études prospectives de haute qualité font état des avantages clairs de la ventilation avec pression positive expiratoire (VPPE) comme traitement de première intention chez les patients atteints d'ASO sévère quant à l'amélioration de la qualité de vie (résolution de la fatigue, de la somnolence, du ronflement) et à la réduction de l'IAH à < 10[2,25]. La VPPC est reconnue comme le traitement le plus efficace quant à la majorité des paramètres de l'ASO, à condition d'être administrée sans interruption. Des recherches sont en cours pour déterminer les effets positifs du traitement de l'ASO sur ses affections concomitantes[2].

Risque de MCV

21. Bien que l'ASO soit associée à un risque accru de MCV et de mortalité, aucune étude comparative randomisée prospective à long terme n'a encore spécifiquement montré que le traitement de l'ASO par VPPC diminue le risque d'événements cardiovasculaires chez les personnes exemptes de maladie cardiovasculaire préexistante[2,26].
    - Il a été montré que le traitement par VPPC était associé à une réduction significative de la tension artérielle chez les personnes atteintes d'hypertension et d'ASO. Cet effet est maximal chez les personnes atteintes d'hypertension réfractaire et lorsque l'observance de la VPPC est supérieure[27]. Une réduction moyenne de l'ordre de 2,5/2 mm Hg de la tension systolique/diastolique (respectivement) a été notée chez les personnes atteintes d'hypertension préexistante[27,28].

22. Les personnes atteintes d'une coronaropathie ou d'une maladie vasculaire cérébrale avérée, en mesure d'adhérer à la VPPC pendant au moins 4 heures par jour, pourraient en tirer certains effets bénéfiques.
    - Une méta-analyse de 2023 (3 études comparatives randomisées) a permis de comparer la VPPC pendant une durée médiane de 37 mois et l'absence de VPPC (n = 4186; 82 % d'hommes; âge > 60 ans, ASO modérée à sévère d'après les tests d'apnée du sommeil à domicile)[29]. La réduction du risque de récurrence des événements cardiovasculaires ou vasculaires cérébraux majeurs (y compris la mortalité d'origine cardiovasculaire) n'a été constatée que chez les personnes portant l'appareil en moyenne pendant ≥ 4 heures par jour, ce qui n'a été le cas que de 38,5 % des personnes sous VPPC (rapport des risques instantanés : 0,69; IC à 95 % : 0,52-0,92)[29].

23. Les autres bienfaits du traitement de l'ASO par VPPC pour la santé sont moins clairs, notamment en ce qui a trait à la maîtrise de la glycémie chez les patients diabétiques (données probantes contradictoires) et à la prévention de certaines complications fœtales et maternelles associées à l'ASO pendant la grossesse (p. ex., la prééclampsie)[2].

Accident de véhicule et risque professionnel

24. D'après certaines méta-analyses, la VPPC réduit le risque d'accident de véhicule chez les patients atteints d'ASO modérée à sévère[2,30]. Divers organismes et groupes d'orientation recommandent que tous les patients atteints d'ASO reçoivent des conseils en matière de sécurité au volant[31]. Les critères de déclaration des cas d'ASO aux ministères des transports provinciaux et territoriaux varient et reposent généralement sur l'évaluation du risque par le clinicien[2].
    a) Le Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé publie les normes médicales applicables aux conducteurs présentant une ASO et prévoit les conditions suivantes d'admissibilité à la conduite[32] :
        - Les personnes présentant une ASO sans somnolence excessive et un IAH < 20 épisodes par heure peuvent être titulaires d'un permis de conduire sans suivre de traitement de l'ASO.
        - Les personnes présentant une ASO sévère (IAH > 30) n'ont pas le droit de conduire, à moins qu'elles n'aient suivi un traitement efficace ou qu'elles n'aient été évaluées par un spécialiste du sommeil qui a estimé que le risque d'accident lié au sommeil était faible.
        - Tout conducteur présentant une ASO (quelle qu'en soit la sévérité) et qui, au cours des cinq dernières années, a été impliqué dans un accident lié à l'endormissement ou à la somnolence au volant, doit fournir la preuve que l'ASO a été traitée efficacement.

          Remarque : La réévaluation est laissée à la discrétion de l'autorité de réglementation de la conduite de véhicules non commerciaux; les conducteurs de véhicules commerciaux atteints d'ASO doivent passer un examen médical annuel.

b) Le guide du conducteur de l'Association médicale canadienne (AMC) comporte également des recommandations concernant la conduite chez les personnes atteintes d'ASO, et des critères de déclaration obligatoire dans le cas des patients exerçant des professions mettant en jeu la sécurité (p. ex., les conducteurs de véhicules commerciaux, les personnes assurant des fonctions importantes dans le secteur de la navigation aérienne)[2,33]. Consultez le guide du conducteur de l'Association médicale canadienne (AMC) au https://joulecma.ca/publications/drivers-guide (en anglais).

Encadré 8. Point de pratique : ASO et information des patients

Il est important d'informer les patients des répercussions d'un diagnostic d'ASO sur leurs facultés de conduite et l'exercice de leur profession avant de leur faire passer un examen du sommeil, dans le cadre du consentement éclairé à l'examen.

L'ASO et les interventions chirurgicales non urgentes

25. Une évaluation préopératoire par un praticien en médecine générale interne ou un anesthésiste peut s'avérer suffisante aux fins de la réduction des risques et de la prestation de conseils utiles. Avant toute intervention, les anesthésistes doivent être informés de la présence d'une ASO, diagnostiquée ou soupçonnée, des résultats de toute étude du sommeil, de l'état de son traitement (p. ex., VPPC, orthèses buccales) et des médicaments sur ordonnance du patient. Il faut inciter les patients à apporter leurs appareils de traitement à l'hôpital en vue d'une utilisation avant et après l'opération, le cas échéant[34].

Instauration de la VPPC

26. Au début du traitement par VPPC, le réglage se fait soit sous observation dans le laboratoire du sommeil dans le cadre d'une polysomnographie, soit en faisant l'essai d'un appareil de ventilation en pression positive automatique (VPPA) à domicile[2].
    a) Après plusieurs semaines d'utilisation à domicile, on peut passer de la VPPA à la VPPC en réglant la pression au 90e ou au 95e percentile (d'après le relevé de données de l'appareil) de la pression nécessaire pour ramener l'IAH à moins de 10. Le fournisseur de l'appareil de VPPA peut transmettre cette information au clinicien[2].
    b) L'utilisation prolongée de la VPPA ne présente pas d'avantage manifeste par rapport à celle de la VPPC, bien que certains patients puissent trouver cette méthode plus commode[2].
    c) Pour les premiers essais de VPPC/VPPA, il est préférable d'utiliser des masques nasaux (par opposition aux masques buccaux, bucco-nasaux ou faciaux, bien que le masque optimal est celui que le patient accepte de porter), car des valeurs de pression inférieures de la VPPC sont nécessaires pour traiter l'ASO et pourraient favoriser la tolérance[2,35].

Encadré 9. Point de pratique : prescription de la VPPC

La prescription et l'instauration du traitement par VPPC dépendent des pratiques en vigueur dans la région d'exercice du clinicien et de la disponibilité des experts du sommeil.

- Au Canada, certains médecins de famille orientent leurs patients vers le spécialiste du sommeil de leur région pour qu'il leur prescrive un traitement par VPPC.
- Dans d'autres cas, si cela correspond à la pratique et à l'état des ressources locales, on peut prescrire un essai de traitement par VPPC (p. ex, VPPA à 6-16 cm d'H_2O avec humidité chauffée) en soins primaires.
- Pour un exemple d'ordonnance de VPPC, reportez-vous au document de l'Alberta Health Services Primary Care Pathway : Uncomplicated Obstructive Sleep Apnea guideline (2018) (page 11) : https://www.albertahealthservices.ca/assets/programs/ps-1771-sleep-osa-guidelines.pdf.

27. Les recommandations de suivi consistent notamment à vérifier *chaque année* le relevé de données de l'appareil de VPPC, l'objectif étant de déterminer le nombre d'événements respiratoires résiduels (en visant un total inférieur à 10 par heure) et à réévaluer l'ajustement du masque et l'observance du traitement (l'objectif étant d'utiliser la VPPC au moins quatre heures par jour, sept jours sur dix)[2]. Bien qu'il s'agisse du nombre d'heures minimal nécessaire pour en tirer profit, l'idéal serait que le patient utilise son appareil de VPPC toute la nuit durant, et toutes les nuits. Le fournisseur du dispositif de VPPC doit vérifier le fonctionnement de l'appareil, du masque et des tubulures à intervalles réguliers.
    a) L'intolérance et la non-observance sont les limites reconnues du traitement par VPPC (Renseignements généraux, point 39; encadré 11).
    b) La faible utilisation (moins de quatre heures par nuit) de l'appareil de VPPC étalée sur deux mois, malgré des efforts visant à améliorer l'observance, doit mener à une réévaluation du traitement[2].
    c) Les appareils de VPPC permettent au patient de connaître le nombre d'« épisodes par heure ». Il ne s'agit pas d'un véritable IAH puisque cette donnée

ne se base pas sur le monitorage du sommeil, mais il s'agit d'une indication quotidienne utile de l'efficacité du traitement[11].

Commentaire de la rédaction : S'il est nécessaire d'obtenir un IAH précis (p. ex., en vue d'une déclaration au ministère des Transports), celui-ci doit provenir d'un rapport d'examen du sommeil, car les résultats des tests d'apnée du sommeil effectués à domicile tendent à sous-évaluer l'IAH.

Orthèses buccales

28. Les orthèses buccales telles que les orthèses d'avancée mandibulaire, les dispositifs de retenue de la langue ou les protège-dents, sont recommandés pour les patients atteints d'ASO légère à modérée qui ne tolèrent pas la VPPC ou préfèrent ne pas l'utiliser[2,36,37]. Ces dispositifs permettent de déplacer la mâchoire et la langue vers l'avant et d'élargir les voies respiratoires[2]. Après l'ajustement personnalisé et l'optimisation de la protrusion de la mâchoire, une étude du sommeil doit être réalisée pour évaluer l'efficacité du traitement[2]. Les avantages et les risques des appareils bucco-dentaires sont les suivants[2,23] :
    a) Diminution de la somnolence. Bien qu'une revue systématique ait permis de constater que ces dispositifs faisaient diminuer l'IAH dans une moindre mesure que la VPPC, d'autres études sont nécessaires pour déterminer s'ils contribuent à l'amélioration de la qualité de vie et s'ils ont une incidence sur les événements cardiovasculaires[25].
    b) Il est établi que l'observance de cette forme de traitement est supérieure à celle de la VPPC chez les personnes atteintes d'ASO légère à modérée (80 à 90 % vs 50 à 70 %). L'observance de ces dispositifs augmente si le ronflement diminue[2,38].
    c) Légère diminution de la tension artérielle[25].
    d) Parmi leurs effets indésirables significatifs, notons : l'aggravation du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, le déplacement de dents, la douleur, les troubles gingivaux, la salivation excessive ou la sécheresse buccale[2,37,39]. Un suivi dentaire régulier s'impose.

29. D'après les recommandations issues des lignes directrices, pour obtenir un effet optimal, les orthèses buccales doivent être faites sur mesure par un dentiste spécialisé en médecine dentaire du sommeil[2,37,39]. Il convient de commander un examen du sommeil pour évaluer l'efficacité du traitement une fois que l'orthèse a été adaptée et que la protrusion de la mâchoire a été optimisée[39]. À l'instar de la VPPC, le coût et le niveau de remboursement des orthèses buccales peuvent constituer un obstacle pour de nombreux patients (annexe 1).

Modifications comportementales saines

30. D'après une méta-analyse des effets de l'entraînement physique[40], et des études de cohorte prospectives longitudinales sur la perte de poids[41,42], l'activité physique d'intensité modérée et la perte pondérale (10 % du poids initial chez les patients en surpoids ou obèses) entraînent de légères réductions de l'IAH[2].

31. Les effets du tabagisme et des dépresseurs du système nerveux central tels que l'alcool et les sédatifs ne sont pas concluants en raison du manque d'études à long terme de grande envergure et bien conçues concernant les personnes ayant reçu un diagnostic d'ASO.
    a) Il a été montré que la consommation d'alcool est associée à l'aggravation de la sévérité du ronflement, à l'altération du sommeil et de l'IAH, ainsi qu'à une faible saturation en oxygène chez les patients susceptibles de ronfler et d'être atteints d'ASO, notamment en cas de consommation aiguë d'alcool[43,44].
        - Une revue Cochrane de 2015 (10 petites études, 293 participants) a visé à déterminer si l'administration de médicaments sédatifs et hypnotiques exacerbait la sévérité de l'ASO légère à modérée. L'examen de données actuelles concernant les opiacés/opioïdes, les sédatifs et les hypnotiques n'a montré aucun effet nocif sur la sévérité de l'ASO, mais la portée de ces résultats est significativement limitée (très petites tailles des échantillons, effets résiduels possibles de la VPPC dans certaines études, une seule étude sur les effets des opioïdes).
        - Compte tenu des limites des données probantes existantes, la prudence est de mise avant de prescrire ces médicaments à des patients atteints d'ASO avérée[45].
    b) Les effets du tabagisme et du renoncement au tabac sur l'ASO diagnostiquée sont controversés et encore mal établis du fait de la rareté des données[46].

Positionnement

32. La position pendant le sommeil ou l'utilisation de certains appareils peuvent contribuer à réduire l'IAH d'au plus 10 épisodes par heure chez les personnes atteintes d'ASO lorsque couchées sur le dos principalement, mais le recours à ces méthodes peut être limité par une faible observance et poser des problèmes d'ordre pratique[2,47]. Par ailleurs, les données ne font pas état d'une amélioration nette de la somnolence, de la durée totale du sommeil ou des paramètres fonctionnels du sommeil, notamment à long terme[2].

a) Dormir autrement qu'en position couchée sur le dos (dormir sur le côté) peut contribuer à corriger ou à atténuer l'ASO positionnelle. On peut encourager le patient à adopter cette position même s'il n'utilise pas une autre méthode thérapeutique (p. ex., VPPE ou orthèse buccale), mais il vaut mieux ne pas y recourir à titre de seul et unique traitement [opinion d'experts].
b) Les interventions recommandées pour éviter de dormir sur le dos, comme placer une balle de tennis dans une chaussette et la fixer verticalement au milieu du dos d'une chemise de nuit, n'ont pas fait leurs preuves[48]. D'autres solutions sur le marché, telles que les dispositifs de positionnement et les alarmes de position, sont sans doute plus efficaces.

L'ASO et le traitement de l'insomnie

33. L'ASO et l'insomnie sont souvent concomitantes, leur prévalence étant estimée entre 18 et 24 %[49]. Sachant que l'observance de la VPPC est sous-optimale et que l'insomnie concomitante est associée à une observance médiocre de la VPPC, il est intéressant de noter que la thérapie cognitivo-comportementale ciblant l'insomnie (TCC-I) contribue à atténuer les symptômes de l'insomnie dans le cadre du traitement concomitant de ces deux troubles du sommeil. L'encadré 10 présente des ressources et de plus amples renseignements sur la TCC-I.
    - Une étude comparative randomisée a été menée en 2020 auprès de 21 adultes : âge moyen de 50 ans, hommes et femmes atteints d'ASO légère (43 %) ou modérée à sévère (57 %) et d'insomnie concomitante. Elle visait à comparer le traitement par VPPC seule et le traitement par VPPC associée à la TCC-I en quatre séances individuelles[50]. L'observance de la VPPC, la qualité du sommeil et la sévérité de l'insomnie ont été mesurées sur une période de 30 jours. L'intégration de la TCC à la VPPC s'est avérée supérieure à la VPPC seule quant à l'atténuation des symptômes de l'insomnie, mais elle n'a pas amélioré l'adhésion à la VPPC.

Encadré 10. Point de pratique : ressources sur la TCC-I

La TCC-I est accessible par les moyens suivants :
- Des psychologues et des conseillers formés, individuellement ou en groupe
- Applications, livres et ressources en ligne concernant la TCC-I, recommandés sur le site mysleepwell de Dalhousie University : https://mysleepwell.ca/cbti/

Intervention chirurgicale

34. D'après la ligne directrice de 2021 du groupe de travail de l'American Academy of Sleep Medicine, les patients dont l'IMC est supérieur à 35 peuvent être orientés en vue d'une chirurgie bariatrique, comme méthode de perte pondérale, s'ils ne tolèrent pas ou n'acceptent pas la VPPC; il convient de présenter cette mesure dans le cadre d'une discussion axée sur le patient concernant les autres traitements envisageables pour cette population [forte recommandation][51].
    Remarque : Les critères d'orientation en vue d'une chirurgie bariatrique peuvent varier d'une région à l'autre.
    a) La recommandation est fondée sur des données probantes de qualité modérée (2 études comparatives randomisées, 28 études observationnelles) ayant montré des améliorations cliniquement significatives de plusieurs paramètres critiques de l'ASO (IAH, tension artérielle, désaturation en oxygène, somnolence excessive, IMC, ronflement, niveau optimal de ventilation par pression positive et augmentation de la saturation minimale en oxygène pendant le sommeil). Selon l'opinion d'experts, les avantages d'une discussion éclairée sur le traitement chirurgical l'emportent sur les effets nuisibles de l'absence de traitement[10,51].
    b) Une méta-analyse de 2023 (n = 2310 patients, 32 études, IMC moyen : 43) concernant l'effet de la chirurgie bariatrique sur l'ASO a montré que la chirurgie était associée à une réduction significative de l'IMC et de l'IAH, bien que le taux de rémission rapporté après l'intervention chirurgicale ait été de 65 %[52].
    c) Chez des patients obèses ayant bénéficié d'une perte pondérale durable, des tests de sommeil pourraient être indiqués pour vérifier si l'ASO persiste[2].
    Remarque : D'autres options thérapeutiques chirurgicales servent actuellement de traitement de secours/adjuvant lorsque les autres traitements ne sont pas tolérés ou sont inefficaces dans les cas d'ASO sévère (Renseignements généraux, point 36)[51].

35. Des patients pourraient s'enquérir d'autres options thérapeutiques pour l'ASO, en particulier ceux qui ne tolèrent pas ou refusent la VPPC[2,51].
    a) Pour ceux qui tolèrent difficilement la VPPC en raison d'anomalies anatomiques, des interventions nasales telles que la septoplastie nasale ou la réduction des cornets nasaux pourraient accroître la tolérabilité de ce traitement; dans ce cas, l'orientation en oto-rhino-laryngologie en vue d'une intervention

chirurgicale serait indiquée[5].

b) L'amygdalectomie et l'adénoïdectomie peuvent être utiles lorsque l'hypertrophie amygdalienne empiète sur les voies respiratoires supérieures, notamment chez les jeunes patients[2].

36. La décision de recourir à un traitement chirurgical de l'ASO nécessite de pondérer le rapport risques-avantages en tenant compte des valeurs, des préférences personnelles, de l'anatomie et des antécédents médicaux de chaque personne[51]. La chirurgie des voies respiratoires supérieures aurait un effet modéré sur la diminution de la pression positive expiratoire thérapeutique et l'augmentation de l'observance de la VPPC, mais cette hypothèse repose sur un faible nombre d'études observationnelles non comparatives[51].
    a) Les interventions chirurgicales effractives telles que l'avancée maxillo-mandibulaire (avec ou sans avancée des tubercules géniens consistant à faire avancer la base de la langue) seraient une option pour certains patients répondant à des critères très précis, qui ne tolèrent pas les autres traitements. Toutefois, ces interventions ne sont pas recommandées comme traitement de première intention car les données sur la récurrence de la maladie sont limitées et les complications rapportées ne sont pas rares (13,9 %)[2,25,53].
    b) L'uvuloplastie ou l'uvulopalatopharyngoplastie assistée par laser ne sont pas recommandées ou ne se sont pas avérées fiables quant à la réduction de l'IAH ou à l'amélioration des résultats pour les patients[2,54].

Autres traitements

37. Certaines données probantes limitées sont en faveur de traitements tels que les valves nasales expiratoires à pression positive, les exercices visant à renforcer les muscles oropharyngés (rééducation myofonctionnelle) et l'élévation de la tête de lit[2]. Compte tenu des restrictions, on y recourt généralement au cas par cas si les autres traitements ne sont pas tolérés ou acceptés. La stimulation du nerf hypoglosse est appuyée par des données probantes de bonne qualité pour une population de patients répondant à des critères très précis, atteints d'ASO; toutefois, cette méthode n'est pas approuvée au Canada à l'heure actuelle[2].

SOUTIEN AUX PATIENTS

Observance de la VPPC

38. De nombreuses personnes n'utilisent pas leur appareil de VPPC aussi fréquemment qu'il est recommandé. L'instauration et le maintien d'un traitement par VPPC nécessitent une assistance technique et un suivi[2].
    a) Le taux d'observance du traitement par VPPC est compris entre 20 et 40 %, mais peut atteindre 85 %, probablement pour des raisons liées à la qualité et à la durée des études[2,55].
    b) L'observance du traitement au cours des premiers jours/semaines est un facteur prédictif important de son utilisation à long terme[2]; l'utilisation pendant moins de deux heures par nuit est associée à un abandon ou à une utilisation sporadique[23].
    c) Les difficultés en matière d'observance peuvent également être liées au fait que le traitement par VPPC implique un changement de comportement profond et durable, auxquelles s'ajoutent les taux élevés de symptômes dépressifs et anxieux concomitants observés chez les personnes atteintes d'ASO[55].

39. Les motifs fréquents de refus de la VPPC sont le désagrément général, la congestion nasale, le ballonnement abdominal, les problèmes d'étanchéité du masque, la sensation de claustrophobie et l'incommodité liée à l'utilisation continuelle du dispositif[55].
    a) Les difficultés fréquemment rencontrées par les patients qui utilisent la VPPC et les solutions recommandées sont présentées à l'encadré 11.
    b) Le feuillet destiné aux patients peut servir à passer en revue les solutions à ces problèmes courants de la VPPC, les conseils sur l'entretien de l'appareil et les ressources en ligne.

40. Les résultats d'une revue Cochrane réalisée en 2020 indiquent que les interventions axées sur l'apprentissage, le soutien et le comportement, seules ou combinées, permettent de favoriser l'utilisation de la VPPC chez les personnes atteintes d'ASO (41 études et 9000 participants dont la majorité n'avait jamais utilisé la VPPC). Dans l'ensemble, ces interventions ont permis d'augmenter le recours à la VPPC à des degrés de certitude variables[55].
    - Toute intervention axée sur l'apprentissage, le soutien ou le comportement (au-delà des soins courants) est susceptible de favoriser l'utilisation de la VPPC.
    - Des données de haute qualité indiquent que les interventions comportementales (stratégies actives, motivationnelles, cognitives et comportementales telles que la TCC-I) ont entraîné une augmentation cliniquement significative de l'utilisation de l'appareil, estimée à 70 minutes par nuit, par rapport aux soins courants.
    - Les données probantes à l'appui d'autres types d'interventions (information, soutien) n'étaient pas d'aussi bonne qualité.

Encadré 11. Utilisation de la VPPC : Préoccupations courantes des patients et solutions recommandées[2,11,23]

Problèmes courants	Solutions possibles
Congestion nasale	• Pour la rhinosinusite chronique : soluté physiologique par voie nasale ou stéroïdes en vaporisateur nasal ou en solution de rinçage; chirurgie nasale • Pour la rhinite non allergique : ipratropium en vaporisateur nasal • Ajuster l'humidité de l'appareil de VPPC; humidité réchauffée • Envisager un masque intégral
Sécheresse de la bouche, du nez ou des yeux	• Réduire les fuites d'air • Essayer un autre masque ou utiliser une mentonnière en cas de fuite par la bouche • Augmenter l'humidité de l'appareil de VPPC; réchauffer l'humidité • En cas de sécheresse oculaire : essayer les larmes artificielles ou un gel/onguent oculaire
Irritation de la peau	• Écarter la possibilité d'une dermatite de contact allergique • Nettoyer régulièrement le visage et le masque • Envisager l'utilisation de coussinets pour prévenir les ampoules
Claustrophobie	• Traitement d'acclimatation : le patient porte un masque pendant des périodes plus courtes au cours de la journée en restant debout ou en se tenant droit et en utilisant une faible pression d'air avant d'augmenter celle-ci jusqu'au niveau nécessaire • Utiliser le masque le plus léger et le moins intrusif possible
Fuite d'air importante	• Essayer une mentonnière, puis passer au masque intégral • Nettoyer régulièrement le masque et vérifier qu'il ne s'est pas détérioré ou usé • Raser les poils du visage
Humidité excessive dans la tubulure	• Placer l'appareil de VPPC sous le niveau du lit • Réduire le taux d'humidité • Réchauffer les tubulures ou augmenter la température de la pièce
La tubulure gêne le patient lorsqu'il change de position au lit	• Accrocher la tubulure à la tête de lit à l'aide d'un système de suspension • Recouvrir la tubulure d'une housse en tissu doux
Bruit de la machine	• Machines à bruit blanc

SUIVI

41. Tous les patients atteints d'ASO doivent faire l'objet d'un suivi régulier : à court terme, afin de s'assurer de l'observance et de la réponse au traitement, et à long terme afin d'en vérifier l'efficacité[11].
    a) Ceux qui utilisent le traitement par VPPC doivent être évalués fréquemment, en particulier au cours de la première ou des deux premières semaines de traitement[14]. Il s'agit notamment de réévaluer les symptômes, de surveiller l'observance du traitement et d'évaluer les effets secondaires. Le suivi de plus longue durée doit également permettre de détecter toute nouvelle complication médicale liée à l'ASO (Renseignements généraux, point 8).
    b) Lorsque l'ASO s'est résorbée, ce que doivent confirmer des mesures diagnostiques objectives du sommeil (p. ex., après une perte pondérale ou une intervention chirurgicale), il faut continuer de surveiller les facteurs de risque et vérifier si les symptômes réapparaissent[14].

42. Une somnolence diurne résiduelle peut survenir malgré un traitement efficace de l'ASO. Environ 6 à 18 % des patients présentent une somnolence diurne excessive malgré une prise en charge optimale de l'ASO[56]. Dans ces cas, il convient de réexaminer l'anamnèse liée au sommeil (Renseignements généraux, point 13). Les causes pourraient être un manque chronique du sommeil, le diagnostic d'un autre trouble du sommeil, des affections médicales ou psychiatriques chroniques (p. ex., dépression) ou des effets indésirables dus à la prise de certains médicaments (p. ex., sédatifs, antihistaminiques, bêtabloquants). Il peut être indiqué d'orienter le patient vers un spécialiste du sommeil pour qu'il procède à une évaluation en règle des autres troubles du sommeil[2,57].

POINTS CLÉS

- L'ASO est probablement sous-diagnostiquée et sous-traitée en soins primaires.
- Dans le cas des personnes présentant un état de fatigue ou de somnolence diurne, il est essentiel de procéder à une analyse approfondie des habitudes de sommeil et à une évaluation des facteurs de risque associés à l'ASO, puis d'orienter les patients en vue d'un examen du sommeil visant à confirmer le diagnostic présumé d'ASO.
- La polysomnographie reste l'examen de référence pour le diagnostic de l'ASO. Toutefois, le test d'apnée du sommeil à domicile peut s'avérer plus efficace et plus rentable : sa sensibilité est acceptable chez les patients symptomatiques présentant une forte probabilité prétest d'ASO et ne présentant pas de maladie cardiopulmonaire concomitante grave.
- Le choix du traitement doit tenir compte de la gravité des symptômes de l'ASO et des maladies concomitantes, de l'incidence sur les facultés de conduite et la sécurité au travail, et des causes et séquelles éventuelles de l'ASO.
- Il est établi que le traitement par VPPC permet de réduire la somnolence, le risque d'accidents de la route et la tension artérielle. Chez les personnes présentant une ASO modérée à sévère et une maladie cardiovasculaire avérée, il peut être avantageux d'utiliser la VPPC au moins quatre heures par jour sur le plan des récidives d'événements cardiovasculaires et de la mortalité.
- Tous les patients atteints d'ASO doivent faire l'objet d'un suivi régulier à court terme visant à favoriser l'observance et à évaluer la réponse au traitement, et d'un suivi à plus long terme afin d'en vérifier l'efficacité et de dépister les maladies concomitantes.

ACTIVITÉ D'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE :

Ce module s'accompagne d'une activité d'amélioration de la pratique. Copiez le lien members.fmpe.org et cliquez sur « Activités d'amélioration de la pratique » dans le menu principal pour la consulter, et envisagez de la réaliser pour perfectionner votre changement de pratique dans ce domaine.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

CAS NUMÉRO 1 : Ello, 45 ans

Quels autres renseignements souhaiteriez-vous obtenir?

Il conviendrait de passer en revue l'anamnèse d'Elio, y compris l'anamnèse détaillée de son sommeil (Renseignements généraux, point 13; encadré 4) et tout facteur de risque d'ASO (Renseignements généraux, point 3; encadré 2; tableau 1). Le questionnaire STOP-Bang et l'échelle de somnolence d'Epworth permettraient de recueillir des éléments d'information essentiels en vue de déterminer le risque d'ASO et d'évaluer le niveau de fatigue et de somnolence diurne d'Elio (Renseignements généraux, point 15; encadré 6).

Vous devriez également l'interroger sur les sujets suivants :

- tout antécédent de troubles du sommeil et de maladie cardiovasculaire, afin de déterminer le risque de maladie cardiovasculaire (encadré 2);
- les observations additionnelles de sa conjointe sur son comportement nocturne;
- son horaire de travail (p. ex., quarts) et plus de précisions sur l'incident qui a nécessité une visite à l'urgence, à savoir s'il était fatigué ou endormi lorsque celui-ci s'est produit; y a-t-il eu d'autres problèmes de sécurité sur le lieu de travail (Renseignements généraux, point 7)?
- le statut de son permis de conduire actuel, la classe de son permis de conduire, s'il se sent somnolent lorsqu'il conduit, et s'il a eu des accidents ou s'il en a évité de justesse récemment ou dans le passé (Renseignements généraux, point 24);
- son niveau d'activité quotidienne, de consommation de tabac et d'alcool (Renseignements généraux, points 30, 31); sa consommation en cours ou passée de substances, compte tenu du fait qu'il a pris le lorazépam que lui a donné son ami (Renseignements généraux, point 31).

L'examen physique consisterait à évaluer les voies respiratoires supérieures, en un examen général pulmonaire et cardiovasculaire, à mesurer la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la circonférence du cou, et à vérifier tout changement de son IMC. Il serait utile de déterminer son score de Mallampati (Renseignements généraux, point 14; encadré 5).

Deuxième partie

Quelles sont vos prochaines étapes et que suggéreriez-vous à Elio pour améliorer son sommeil à ce stade-ci?

Vous pourriez envisager des analyses de sang pour Elio (selon la date des dernières analyses) afin d'écarter d'autres causes de sa fatigue et d'évaluer son risque cardiovasculaire; ces analyses pourraient inclure la FSC, la TSH, le taux d'HbA1c et les taux de lipides (Renseignements généraux, point 13 b).

Compte tenu de ses antécédents cliniques, de son évaluation physique (circonférence du cou > 40 cm, score de Mallampati), de son score au questionnaire STOP-Bang et de son risque de MCV (étant donné ses antécédents familiaux et sa tension légèrement élevée),

il conviendrait de prescrire à Elio un test d'apnée du sommeil à domicile de niveau 3 (Renseignements généraux, points 18-19; tableau 2).

Si Elio est titulaire d'un permis professionnel ou exerce une profession dont la pratique peut être compromise par son ASO, il faudrait l'informer à l'avance que l'ASO non traitée fait augmenter le risque d'accident et qu'il serait peut-être tenu d'aviser le ministère des Transports si l'examen du sommeil permet de confirmer le diagnostic (Renseignements généraux, point 24; encadré 8). Les exigences en matière d'orientation et l'accessibilité de la polysomnographie ou des tests d'apnée du sommeil à domicile (en l'absence de MCV avérée) pourraient dépendre de la disponibilité des ressources dans votre région d'exercice (Renseignements généraux, point 10; annexe 1).

Il faudrait passer en revue avec Elio les stratégies et les comportements sains à adopter, tels que l'augmentation de son niveau d'activité, les bonnes habitudes alimentaires et la gestion du poids (Renseignements généraux, point 30). Vous pourriez insister sur l'importance d'éviter les dépresseurs du système nerveux central comme les somnifères qui ne lui ont pas été prescrits (Renseignements généraux, point 31).

Il faudrait lui expliquer qu'il doit dormir sur le côté afin de réduire les ronflements (Renseignements généraux, point 32).

Il faudrait se demander si Elio bénéficierait d'une thérapie cognitivo-comportementale axée sur l'insomnie (TCC-I) pour la prise en charge de ses troubles du sommeil (Renseignements généraux, point 33; encadré 10).

Troisième partie – Deux mois plus tard

Comment panifieriez-vous le traitement par VPPC à votre cabinet et quels conseils donneriez-vous à Elio lorsqu'il entamera celui-ci?

Il faudrait orienter Elio vers un fournisseur local d'appareils de VPPC en lui remettant une ordonnance en vue de l'essai d'un dispositif de VPPA. Après quelques semaines de traitement, l'appareil pourrait être converti en VPPC à pression fixe en réglant la pression au 90e ou au 95e percentile de la pression nécessaire pour réduire l'IAH à < 10, en se basant sur les relevés de données téléchargées de son appareil (Renseignements généraux, points 26-27).

Quel que soit le prescripteur (encadré 9), il serait important qu'Elio en apprenne davantage sur l'ASO et qu'il comprenne qu'il a intérêt à utiliser l'appareil de VPPC (Renseignements généraux, point 20) et qu'il lui faudra peut-être un peu de temps pour s'y habituer.

- Il faudrait insister sur la nécessité d'utiliser l'appareil toutes les nuits et le plus longtemps possible, idéalement au moins quatre heures par nuit, sept jours sur dix, l'objectif étant d'utiliser le système de VPPC toute la nuit, tous les jours (Renseignements généraux, point 27).
- Il faudrait l'informer qu'il est important qu'il continue à traiter son ASO s'il veut continuer à conduire, en particulier s'il est titulaire d'un permis de conduire de véhicules de classes commerciales (Renseignements généraux, point 24).
- Il faudrait passer en revue les problèmes courants liés à l'instauration d'un traitement par VPPC, notamment l'entretien de l'équipement, et proposer à Elio de l'aider s'il a des inquiétudes à ce sujet (Renseignements généraux, point 39; encadré 11; feuillet destiné aux patients).
- En fonction de l'accessibilité et du coût de l'équipement dans votre région, il faudrait aider Elio à déterminer s'il a droit à un remboursement et s'il peut obtenir un soutien financier en vue de son traitement par VPPC. Si le remboursement pose problème, il faudrait envisager les autres ressources dont il peut se prévaloir pour se procurer l'équipement dont il a besoin (Renseignements généraux, point 10; encadré 3; annexe 1).

Étant donné qu'un suivi rapide après le début du traitement par VPPC favorise l'observance, il faudrait demander à Elio de prendre rendez-vous pour évaluer sa tolérance au traitement, passer en revue les problèmes qu'il aura pu rencontrer et évaluer sa réaction au traitement une fois que son appareil aura été réglé et qu'il en aura fait l'essai (Renseignements généraux, points 38, 41).

Encadré 12. Conseil pour la pratique : Instauration de la VPPC et évaluation de son efficacité initiale

- Avant d'investir dans un appareil de VPPC, il serait important de vérifier si la VPPC améliore l'oxygénation et réduit l'IAH à moins de 10 épisodes/heure. Il serait possible de faire ces vérifications à l'aide du relevé de données téléchargées de son appareil et d'une oxymétrie de nuit ou d'un test d'apnée du sommeil à domicile en cours de traitement, après quelques semaines de VPPC. L'accessibilité de ces examens peut varier d'une région à l'autre.
- Les appareils de VPPC à pression fixe peuvent être plus abordables que les appareils de ventilation en pression positive automatique (VPPA), en plus d'être très efficaces.

Cas numéro 2 : Janie, 52 ans

Quels autres renseignements souhaiteriez-vous obtenir?

Vous devriez interroger Janie sur les difficultés précises

que lui pose l'utilisation de son appareil de VPPC et sur les raisons pour lesquelles elle envisage d'arrêter de l'utiliser (Renseignements généraux, point 27 b).

Vous passeriez en revue ses symptômes liés à la fatigue diurne et à la nycturie, vous referiez une anamnèse détaillée de son sommeil (Renseignements généraux, point 13) et envisageriez d'utiliser l'échelle de somnolence d'Epworth pour recueillir de l'information sur la qualité de son sommeil et l'impact de son sommeil sur sa qualité de vie (Renseignements généraux, point 15; encadré 6). Il serait utile de vérifier son dossier de conduite et son rendement au bureau pour savoir si elle a déjà eu des problèmes de somnolence au volant ou au travail et si des accidents ou des quasi-accidents ont eu lieu (Renseignements généraux, points 7, 24).

Il faudrait lui demander si elle boit de l'alcool, si elle fume et si elle a pris de nouveaux médicaments sur ordonnance ou en vente libre (en particulier des sédatifs) ou consommé d'autres substances (Renseignements généraux, point 31). Vous réévalueriez son TAG, sa MPOC et ses antécédents cardiovasculaires.

L'évaluation physique serait axée sur des examens des voies respiratoires supérieures et de l'appareil cardiovasculaire, y compris une mesure de sa tension artérielle (Renseignements généraux point 14; encadré 5). Vous détermineriez si le poids ou l'IMC de Janie a changé depuis sa dernière consultation. Vous devriez vérifier la date de son dernier examen du sommeil et la date du dernier relevé de données de son appareil de VPPC (Renseignements généraux, point 27).

Deuxième partie

Comment expliqueriez-vous à Janie les avantages qu'il y a à continuer d'utiliser son appareil de VPPC et comment l'aideriez-vous à surmonter les difficultés qu'elle rencontre?

Étant donné qu'elle n'est pas atteinte d'une maladie cardiovasculaire préexistante, le traitement par VPPC ne réduirait pas son risque d'infarctus du myocarde ou d'AVC d'après les données probantes actuelles. Cependant, certaines données montrent que la VPPC contribuerait à améliorer son sommeil et sa qualité de vie (Renseignements généraux, points 20-21).

Janie pourrait avoir besoin d'une nouvelle ordonnance de traitement par VPPC si le relevé des données de l'appareil indique un IAH élevé, auquel cas il faudrait envisager une consultation de suivi avec son spécialiste du sommeil.

Étant donné que Janie a des antécédents de somnolence au volant et de quasi-accidents de la route, il faudrait vérifier les normes provinciales concernant les patients qui ont reçu un diagnostic d'ASO et qui suivent un traitement par VPPC mais n'utilisent pas systématiquement leur appareil, et se demander si le cas doit être signalé au ministère des Transports de la région (Renseignements généraux, point 24). À tout le moins, il faudrait expliquer à Janie qu'elle ne doit pas conduire pendant la période de réglage de son appareil de VPPC.

Se faire expliquer les problèmes courants liés à l'utilisation de la VPPC et les stratégies à adopter pour y remédier pourrait motiver Janie à continuer de s'en servir. Il s'agit notamment des points suivants :

- Il faudrait vérifier si son masque et son harnais sont bien ajustés, si elle utilise une méthode d'humidification pour atténuer la sécheresse des yeux, du nez et de la bouche, et si elle adopte une démarche d'acclimatation au port du masque pour diminuer sa sensation de claustrophobie (Renseignements généraux, points 8-39; encadré 11; feuillet destiné aux patients).
- Il faudrait se demander si l'appareil de VPPC ne déclenche pas son anxiété, et envisager d'orienter Janie vers des services de soutien psychologique, si ce n'est déjà fait (Renseignements généraux, points 38c, 40).
- Vous pourriez revoir sa pharmacothérapie actuelle contre le TAG et sa dose, et déterminer si elles pourraient contribuer à sa sécheresse buccale.

Il conviendrait de lui proposer un rendez-vous pour une réévaluation dans 4 à 6 semaines, notamment en raison de l'effet possible sur ses facultés de conduite (Renseignements généraux, point 41).

Troisième partie – six semaines plus tard

Que répondriez-vous à Janie?

Parmi les autres traitements possibles, on pourrait citer les orthèses buccales, qui sont souvent mieux acceptées par les patients. Toutefois, ces appareils ne sont recommandés que pour les personnes présentant une ASO légère à modérée, alors que Janie présente une forme sévère d'ASO (Renseignements généraux, points 28-29; encadré 7). De même, un traitement positionnel serait envisageable si l'ASO de Janie est plus grave lorsqu'elle est couchée sur le dos (Renseignements généraux, point 32).

Il conviendrait de passer à nouveau en revue les stratégies de gestion du poids, qui peuvent s'avérer efficaces à long terme pour certains patients (Renseignements généraux, point 30). La chirurgie bariatrique serait envisagée pour les patients obèses (Renseignements généraux, point 34).

Les interventions chirurgicales aux voies respiratoires

supérieures ne sont pas recommandées comme traitement de première intention de l'ASO, mais elles pourraient être une option pour certaines personnes intolérantes au traitement par VPPC ou lorsque les autres traitements ont été inefficaces (Renseignements généraux, points 35-36). Il faudrait savoir si Janie remplit les critères d'une intervention chirurgicale en tenant compte de son ASO, de ses affections concomitantes (hypertension, MPOC, obésité) et des risques et avantages de l'intervention (Renseignements généraux, point 36).

Étant donné que son ASO n'est pas traitée, vous devriez informer Janie que, pour sa sécurité, elle ne doit pas conduire car elle est exposée à un risque accru d'accident. La nécessité d'une déclaration au ministère des Transports dépendrait des normes provinciales, le cas échéant (Renseignements généraux, point 24).

Cas numéro 3 : Ravinder, 75 ans

Comment procéderiez-vous avec Ravinder?

La réévaluation d'aujourd'hui montre que l'IMC de Ravinder a significativement changé et que sa tension artérielle a augmenté; bien qu'il tolère sa VPPC, il ressent une somnolence diurne.

Compte tenu de son gain pondéral, il pourrait être nécessaire d'augmenter la pression de sa VPPC pour traiter son ASO. Il serait raisonnable d'obtenir un relevé des données de l'appareil pour vérifier le nombre d'heures d'utilisation et les événements respiratoires, et d'envisager une oxymétrie de nuit ou un test d'apnée du sommeil à domicile pour réévaluer son oxygénation (Renseignements généraux, point 27). Si ces évaluations et tout ajustement ultérieur ne sont pas utiles, il conviendrait de déterminer si un examen axé sur le réglage de la VPPC est nécessaire pour ajuster sa VPPC. Si un deuxième examen est nécessaire, il faudrait envisager de consulter un spécialiste du sommeil afin d'écarter d'autres troubles tels que l'apnée du sommeil d'origine nerveuse centrale (Renseignements généraux, point 42; tableau 2).

Il faudrait écarter les causes possibles (autres que l'ASO) susceptibles de contribuer à sa fatigue et à sa somnolence diurne (Renseignements généraux, point 13). Il faudrait expliquer à Ravinder que son indice de masse corporelle a augmenté, passer en revue les comportements sains à adopter, par exemple réduire sa consommation d'alcool, et lui demander s'il fait usage d'autres substances (Renseignements généraux, points 30-31). S'il est d'accord, il faudrait lui indiquer les avantages qu'il peut tirer d'une réduction de sa consommation d'alcool avant de procéder à l'examen du sommeil, et vérifier si ses symptômes s'atténuent.

L'ASO non traitée ou insuffisamment traitée étant un facteur de risque d'issues chirurgicales plus défavorables, il serait important de procéder aux réglages de sa VPPC avant la date prévue de son arthroplastie de la hanche (Renseignements généraux, point 8). Il faudrait envisager d'orienter Ravinder en médecine interne ou en anesthésiologie pour une évaluation peropératoire. Vous pourriez lui rappeler d'apporter son appareil de VPPC à l'hôpital, le jour de son intervention chirurgicale, pour qu'il puisse l'utiliser pendant la période peropératoire (Renseignements généraux, point 25).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback**.

Auteur :
Alexandre Motard, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Montréal, Québec

Réviseurs :
Ron Cridland, M.D., CCMF, FAASM (Fellow, American Academy of Sleep Medicine)
Médecin consultant en troubles du sommeil
Kelowna, Colombie-Britannique

Cheryl Laratta, M.D., FRCPC, DRCPSC (médecine des troubles du sommeil)
Pneumologue
Edmonton, Alb.

Rédacteurs en chef du contenu médical :
Melissa Vyvey, M.D., CCMF
Médecin de famille
Ottawa, Ontario

Elizabeth Shaw, M.D., CCMF (médecine des toxicomanies), FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules :
Wendy Leadbetter, inf. aut., B. Sc. inf.
Hamilton, Ontario

Réviseure :
Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Laura Jewell (Goose Bay, Newfoundland), Kris Martiniuk (Oakville, Ontario) et Sarah Fraser (Halifax, Nouvelle-Écosse) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes du PABP facilités par Andrea Mok (London, Ontario), Taj Gohar Nadeem (Nobleton, Ontario) et Valerie Hindle (Ottawa, Ontario), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Alexandre Motard, Melissa Vyvey, Elizabeth Shaw, Cheryl Laratta et Wendy Leadbetter n'en ont déclaré aucun.

Ron Cridland est propriétaire de Good Sleep Health, Inc.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni les programmes d'apprentissage basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en novembre 2023.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : https://members.fmpe.org/.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les données probantes provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas. • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des données probantes appuyant une question précise

est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé.

Sources :

1) Qualité des données probantes selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/

2) Définitions des grades selon le US Preventive Services Task Force. Mai 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, et al. Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med.* 2017;13:479-504. PMID 28162150
2. Laratta CR, Ayas NT, Povitz M, Pendharkar SR. Diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea in adults. *CMAJ.* 2017;189:E1481-E8. PMID 29203617
3. Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med.* 2015;3:310-8. PMID 25682233
4. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Screening for obstructive sleep apnea in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2017;317:407-14. PMID 28118461
5. Patel SR. Obstructive sleep apnea. *Ann Intern Med.* 2019;171:ITC81-ITC96. PMID 31791057
6. Chung SA, Jairam S, Hussain MR, Shapiro CM. How, what, and why of sleep apnea. Perspectives for primary care physicians. *Can Fam Physician.* 2002;48:1073-80. PMID 12113194
7. Thompson C, Legault J, Moullec G, et al. A portrait of obstructive sleep apnea risk factors in 27,210 middle-aged and older adults in the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Sci Rep.* 2022;12:5127. PMID 35332170
8. Stats Canada. *Sleep apnea in Canada (2016-2017)*. 2018; https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-625-x/2018001/article/54979-eng.pdf?st=r3f6X9yl.
9. Garbarino S, Guglielmi O, Sanna A, Mancardi GL, Magnavita N. Risk of Occupational accidents in workers with obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis. *Sleep.* 2016;39:1211-8. PMID 26951401
10. Kent D, Stanley J, Aurora RN, et al. Referral of adults with obstructive sleep apnea for surgical consultation: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *J Clin Sleep Med.* 2021;17:2507-31. PMID 34351849
11. BC Guidelines. *Obstructive sleep apnea: assessment and management in adults*. 2021; https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/sleep-apnea.
12. Pendharkar SR, Povitz M, Bansback N, et al. Testing and treatment for obstructive sleep apnea in Canada: funding models must change. *CMAJ.* 2017;189:E1524-E8. PMID 29229714
13. Mangione CM, Barry MJ, et al. Screening for obstructive sleep apnea in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2022;328:1945-50. PMID 36378202
14. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ, Jr., et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med.* 2009;5:263-76. PMID 19960649
15. Basoglu OK, Tasbakan MS. Gender differences in clinical and polysomnographic features of obstructive sleep apnea: a clinical study of 2827 patients. *Sleep Breath.* 2018;22:241-9. PMID 28197893
16. Krystal AD, Prather AA, Ashbrook LH. The assessment and management of insomnia: an update. *World Psychiatry.* 2019;18:337-52. PMID 31496087
17. Garg H. Sleep history taking and examination. *Int J Head Neck Surgery.* 2019;10:9-17.
18. Chung F, Subramanyam R, Liao P, Sasaki E, Shapiro C, Sun Y. High STOP-Bang score indicates a high probability of obstructive sleep apnoea. *Br J Anaesth.* 2012;108:768-75. PMID 22401881
19. American Academy of Sleep Medicine. *International classification of sleep disorders*. 3rd ed. Darien, IL2014.
20. Berry RB BR, Gamaldo CE, et al.; American Academy of Sleep Medicine. *The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications, version 2.3*. 2016; https://aasm.org/clinical-resources/scoring-manual/.
21. Fleetham J, Ayas N, Bradley D, et al. Canadian Thoracic Society 2011 guideline update: diagnosis and treatment of sleep disordered breathing. *Can Respir J.* 2011;18:25-47. PMID 21369547
22. El Shayeb M, Topfer LA, Stafinski T, Pawluk L, Menon D. Diagnostic accuracy of level 3 portable sleep tests versus level 1 polysomnography for sleep-disordered breathing: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2014;186:E25-51. PMID 24218531
23. Paidi G, Beesetty A, Jean M, et al. The management of obstructive sleep apnea in primary care. *Cureus.* 2022;14:e26805. PMID 35971363
24. Marin JM, Soriano JB, Carrizo SJ, Boldova A, Celli BR. Outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea: the overlap syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010;182:325-31. PMID 20378728

25. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). *Interventions for the treatment of obstructive sleep apnea in adults: a health technology assessment*. 2017; https://www.cadth.ca.

26. Labarca G, Dreyse J, Drake L, Jorquera J, Barbe F. Efficacy of continuous positive airway pressure (CPAP) in the prevention of cardiovascular events in patients with obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2020;52:101312. PMID 32248026

27. Hu X, Fan J, Chen S, Yin Y, Zrenner B. The role of continuous positive airway pressure in blood pressure control for patients with obstructive sleep apnea and hypertension: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2015;17:215-22. PMID 25582849

28. Bratton DJ, Gaisl T, Wons AM, Kohler M. CPAP vs mandibular advancement devices and blood pressure in patients with obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2015;314:2280-93. PMID 26624827

29. Sanchez-de-la-Torre M, Gracia-Lavedan E, Benitez ID, et al. Adherence to CPAP treatment and the risk of recurrent cardiovascular events: a meta-analysis. *JAMA.* 2023;330:1255-65. PMID 37787793

30. Tregear S, Reston J, Schoelles K, Phillips B. Continuous positive airway pressure reduces risk of motor vehicle crash among drivers with obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis. *Sleep.* 2010;33:1373-80. PMID 21061860

31. Ayas N, Skomro R, Blackman A, et al. Obstructive sleep apnea and driving: a Canadian Thoracic Society and Canadian Sleep Society position paper. *Can Respir J.* 2014;21:114-23. PMID 24724150

32. Canadian Council for Motor Transportation Administrators (CCMTA). *Standard 6: determining driver fitness in Canada. Part 2: CCMTA medical standards for drivers*. 2021; https://www.ccmta.ca/web/default/files/PDF/National%20Safety%20Code%20Standard%206%20-%20Determining%20Fitness%20to%20Drive%20in%20Canada%20-%20February%202021%20-%20Final.pdf.

33. Canadian Medical Association. *Driver's guide: determining medical fitness to operate motor vehicles*. 9th ed. 2017; https://joulecma.ca/publications/drivers-guide.

34. Chung F, Memtsoudis SG, Ramachandran SK, et al. Society of Anesthesia and Sleep Medicine guidelines on preoperative screening and assessment of adult patients with obstructive sleep apnea. *Anesth Analg.* 2016;123:452-73. PMID 27442772

35. BaHammam AS, Singh T, George S, Acosta KL, Barataman K, Gacuan DE. Choosing the right interface for positive airway pressure therapy in patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Breath.* 2017;21:569-75. PMID 28352990

36. Fleetham J, Ayas N, Bradley D, et al. Canadian Thoracic Society guidelines: diagnosis and treatment of sleep disordered breathing in adults. *Can Respir J.* 2006;13:387-92. PMID 17036094

37. Ramar K, Dort LC, Katz SG, et al. Clinical practice guideline for the treatment of obstructive sleep apnea and snoring with oral appliance therapy: an update for 2015. *J Clin Sleep Med.* 2015;11:773-827. PMID 26094920

38. Dieltjens M, Verbruggen AE, Braem MJ, et al. Determinants of objective compliance during oral appliance therapy in patients with sleep-disordered breathing: a prospective clinical trial. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;141:894-900. PMID 26402736

39. Gauthier L, Almeida F, Arcache JP, et al. Position paper by Canadian dental sleep medicine professionals on the role of different health care professionals in managing obstructive sleep apnea and snoring with oral appliances. *Can Respir J.* 2012;19:307-9. PMID 23061075

40. Iftikhar IH, Kline CE, Youngstedt SD. Effects of exercise training on sleep apnea: a meta-analysis. *Lung.* 2014;192:175-84. PMID 24077936

41. Peppard PE, Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. *JAMA.* 2000;284:3015-21. PMID 11122588

42. Georgoulis M, Yiannakouris N, Kechribari I, et al. Dose-response relationship between weight loss and improvements in obstructive sleep apnea severity after a diet/lifestyle interventions: secondary analyses of the "MIMOSA" randomized clinical trial. *J Clin Sleep Med.* 2022;18:1251-61. PMID 34915980

43. Burgos-Sanchez C, Jones NN, Avillion M, et al. Impact of alcohol consumption on snoring and sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;163:1078-86. PMID 32513091

44. Kolla BP, Foroughi M, Saeidifard F, Chakravorty S, Wang Z, Mansukhani MP. The impact of alcohol on breathing parameters during sleep: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018;42:59-67. PMID 30017492

45. Mason M, Cates CJ, Smith I. Effects of opioid, hypnotic and sedating medications on sleep-disordered breathing in adults with obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015:CD011090. PMID 26171909

46. Pataka A, Kotoulas S, Kalamaras G, et al. Does smoking affect OSA? What about smoking cessation? *J Clin Med.* 2022;11. PMID 36079094

47. Barnes H, Edwards BA, Joosten SA, Naughton MT, Hamilton GS, Dabscheck E. Positional modification techniques for supine obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2017;36:107-15. PMID 28012784

48. de Vries GE, Hoekema A, Doff MH, et al. Usage of positional therapy in adults with obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med.* 2015;11:131-7. PMID 25406271

49. Zhang Y, Ren R, Lei F, et al. Worldwide and regional prevalence rates of co-occurrence of insomnia and insomnia symptoms with obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2019;45:1-17. PMID 30844624

50. Ong JC, Crawford MR, Dawson SC, et al. A randomized controlled trial of CBT-I and PAP for obstructive sleep apnea and comorbid insomnia: main outcomes from the MATRICS study. *Sleep.* 2020;43. PMID 32170307

51. Kent D, Stanley J, Aurora RN, et al. Referral of adults with obstructive sleep apnea for surgical consultation: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med.* 2021;17:2499-505. PMID 34351848

52. Al Oweidat K, Toubasi AA, Tawileh RBA, Tawileh HBA, Hasuneh MM. Bariatric surgery and obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Breath.* 2023. PMID 37145243

53. Passeri LA, Choi JG, Kaban LB, Lahey ET, 3rd. Morbidity and Mortality rates after maxillomandibular advancement for treatment of obstructive sleep apnea. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016;74:2033-43. PMID 27181624

54. Camacho M, Nesbitt NB, Lambert E, et al. Laser-assisted uvulopalatoplasty for obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *Sleep.* 2017;40. PMID 28201808

55. Askland K, Wright L, Wozniak DR, Emmanuel T, Caston J, Smith I. Educational, supportive and behavioural interventions to improve usage of continuous positive airway pressure machines in adults with obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4:CD007736. PMID 32255210

56. Pitre T, Mah J, Roberts S, et al. Comparative efficacy and safety of wakefulness-promoting agents for excessive daytime sleepiness in patients with obstructive sleep apnea : a systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2023;176:676-84. PMID 37155992

57. Laratta CR, Ayas NT, Povitz M, Pendharkar SR. Addressing challenges with current therapies for obstructive sleep apnea. *CMAJ.* 2018;190:E573. PMID 29735537

ANNEXE 1. Apnée du sommeil d'origine obstructive : Financement et coût des examens du sommeil et des traitements au Canada

Financement des études du sommeil[1]		
• Dans la plupart des provinces et territoires canadiens, les examens du sommeil de niveau 1 sont pris en charge par le régime public lorsqu'ils sont effectués dans un établissement public ou dans un centre du sommeil agréé par la province ou le territoire. • Seule la province de l'Ontario ne semble pas rembourser les tests de niveau 3. Le coût est estimé entre 30 et 170 $ environ. • Les régimes de facturation diffèrent d'une province ou d'un territoire à l'autre.		
Financement et coût estimé du traitement de l'apnée du sommeil d'origine obstructive* (d'après des données de 2017; ne reflète pas forcément le financement/coût actuel)[2]		
Modèle de financement**	**Province/territoire**	**Fourchette approximative du coût du traitement initial**
Privé	Colombie-Britannique	VPPC : 1 800 $ – 2 500 $ OB : 400 $ – 2 800 $
	Alberta	VPPC : 1 500 $ – 2 800 $ OB : 300 $ – 3 000 $
	Québec	VPPC : 1 500 $ – 2 500 $ OB : 2 000 $ – 3 000 $
	Canada atlantique	VPPC : 1 500 $ – 2 500 $ OB : 900 $ – 2 500 $
Mixte, public et privé	Saskatchewan	VPPC : 1 800 $ – 2 500 $ (privé) OB : 500 $ – 600 $ (public) **Remarque :** Jusqu'en 2017, le SAIL (Saskatchewan Aids to Independent Living) fournissait gratuitement les appareils de VPPC, mais le patient devait payer les masques et tubulures (coûts indiqués ici). Vérifiez la politique actuelle visant les patients atteints d'apnée du sommeil d'origine obstructive modérée à sévère..
	Manitoba	VPPC : 1 200 $ (100 % public) OB : 1 200 $ – 3 000 $
	Ontario	VPPC : 1 000 $ – 1 200 $ OB : 1 200 $ – 3 000 $ **Remarque :** 645 $ (public), couvre 75 % du coût de la VPPC et le masque de base; les 25 % restants du coût de l'appareil et le coût des masques spécialisés doivent être pris en charge par le patient.
	Territoires	VPPC : 2 000 $ – 2 400 $ OB : 1 000 $ – 1 500 $

Remarques :
VPPC : ventilation en pression positive continue; OB : orthèse buccale.
*Les auteurs ont obtenu des données sur les coûts auprès des membres de l'Assemblée clinique sur les troubles respiratoires du sommeil, de la Société canadienne de thoracologie (Colombie-Britannique, Saskatchewan, Manitoba, Québec), ainsi qu'auprès de dentistes/fournisseurs privés (Alberta, Ontario, Canada atlantique, territoires)[2].
** Les descriptions des modèles de financement n'incluent pas les programmes de subventions gouvernementaux pour les patients à faible revenu ou les Autochtones[2].

Sources :

1) Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Polysomnography & sleep medicine. A jurisdictional scan*. 2019. Inside Out Policy Research. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/medical-services-plan/diagnostic-facilities/diagnostic-sleep-appendix-c.pdf;
2) Pendharkar SR, Povitz M, Bansback N, et al. Canadian Sleep and Circadian Network. Testing and treatment for OSA in Canada: funding modules must change (Table 1). *CMAJ*. 2017;189:E1524-8. https://www.cmaj.ca/content/cmaj/189/49/E1524.full.pdf.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2023

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS. N'hésitez pas à reproduire et à faire circuler ce feuillet.

Apnée du sommeil d'origine obstructive et ventilation en pression positive continue (VPPC)

Si vous présentez une apnée du sommeil d'origine obstructive, le traitement par VPPC peut vous aider à vous sentir plus alerte, à moins ronfler et, globalement, à améliorer votre bien-être. Prévoyez d'utiliser la VPPC chaque fois que vous dormez. Plus longtemps vous utiliserez un appareil de VPPC pendant votre sommeil, plus il vous sera bénéfique. Ce feuillet présente des conseils et des ressources concernant les problèmes courants liés à l'utilisation de la VPPC, l'entretien de votre appareil et les options de prise en charge des coûts. Vous pouvez toujours vous adresser à votre équipe soignante et à votre fournisseur d'appareils de VPPC pour discuter des problèmes que vous rencontrez.

CONSEILS CONCERNANT LES PROBLÈMES COURANTS LIÉS À L'UTILISATION DE LA VPPC

Que faire en cas de problème d'étanchéité du masque, de marques de pression ou d'irritation de la peau?

- Un masque non étanche signifie qu'il n'est pas bien ajusté et que vous n'obtenez peut-être pas la pression d'air dont vous avez besoin, ce qui peut aussi entraîner une irritation de la peau et rendre les yeux secs.
- Si l'intérieur du masque est humide lorsque vous dormez, essayez d'installer l'appareil de VPPC plus près du sol, c'est-à-dire plus bas que le niveau de votre lit.
- Il se peut que vous deviez ajuster votre harnais ou demander à votre fournisseur d'appareils de VPPC de vous proposer un masque d'une autre taille ou d'un autre type.

Que faire si j'ai le nez sec et bouché, la bouche et les yeux secs?

- Un humidificateur chauffant peut être raccordé à l'appareil de VPPC pour humidifier l'air avant qu'il ne pénètre dans votre masque.
- Si vous continuez d'avoir le nez bouché, votre médecin peut vérifier si cela est dû à une autre affection médicale.
- Vous pouvez également demander à votre pharmacien de vous indiquer les produits pouvant remédier à la sécheresse de la bouche et des yeux.

Que faire en cas de sensation de claustrophobie?

- Il faut parfois du temps et de la pratique pour s'habituer à porter le masque. Si vous vous sentez anxieux ou claustrophobe, vous pouvez faire des exercices de relaxation. Si cette sensation persiste, parlez-en à votre médecin ou à votre fournisseur d'appareils de VPPC.

Que faire si le masque tombe pendant le sommeil?

- Si vous bougez beaucoup pendant votre sommeil, vous pourriez avoir besoin d'un masque intégral.
- Si vous retirez le masque parce que vous vous sentez congestionné, vous devrez peut-être utiliser un humidificateur ou une mentonnière.
- Vous pouvez également régler une alarme pour vérifier si le masque est toujours en place pendant la nuit.

Et si l'appareil est trop bruyant et m'empêche de dormir?

- Assurez-vous que le filtre à air soit propre et désobstrué (voir la page 2 de ce feuillet). Votre fournisseur peut également vérifier que la machine fonctionne correctement.
- Vous pouvez aussi porter des bouchons d'oreille, utiliser un générateur de bruit blanc ou placer la machine plus loin de votre lit.

VOUS TROUVEREZ DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS ICI :

CPAP Machines: Tips for Avoiding 10 Common Problems

https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sleep-apnea/in-depth/cpap/art-20044164

ENTRETIEN DE VOTRE APPAREIL DE VPPC

Il est important de garder votre appareil de VPPC propre et en bon état. Pour savoir comment entretenir votre appareil de VPPC en particulier, lisez les instructions de son mode d'emploi. En cas de problème, vous pouvez demander de l'aide au fournisseur de l'appareil.

Nettoyez votre masque de VPPC tous les jours :

- Lavez-le avec du savon pur et de l'eau chaude. Évitez d'utiliser du savon contenant de l'eau de Javel, du chlore, de l'alcool, des crèmes hydratantes, des parfums ou des agents antibactériens.
- Rincez le masque à l'eau claire ou à l'eau mélangée à du simple vinaigre blanc. La présence de vinaigre dans l'eau de rinçage permet de lutter contre les odeurs et les microbes.
- Ne faites pas sécher le masque en plein soleil.

Nettoyez les tubulures et le harnais toutes les semaines :

- Lavez-les avec du savon pur et de l'eau chaude.
- Séchez-les délicatement avec une serviette, puis laissez-les sécher à l'air libre.
- Vérifiez si les tubulures et le harnais sont usés. Si c'est le cas, il faudra peut-être les remplacer.

Changez le filtre de l'appareil de VPPC :

- Remplacez le filtre de votre appareil de VPPC tous les deux mois, ou selon les besoins.

Entretien de l'humidificateur :

- Videz l'humidificateur avant de déplacer votre appareil de VPPC. Veillez à ce que l'eau ne se déverse pas dans l'appareil.
- Si vous utilisez un humidificateur chauffant :
  - utilisez de l'eau distillée et remplacez-la toutes les nuits;
  - suivez les instructions de nettoyage du mode d'emploi.

IL Y A PLUSIEURS FAÇONS DE PRENDRE EN CHARGE LE COÛT DE VOTRE APPAREIL DE VPPC :

- Votre assurance maladie provinciale/territoriale peut prendre en charge une partie du coût de votre traitement de VPPC, selon votre lieu de résidence.
- Les appareils de VPPC prescrits par un médecin spécialiste du sommeil sont souvent remboursés par les compagnies d'assurance. Votre compagnie d'assurance vous demandera une copie de votre ordonnance si vous faites une demande de remboursement.



RESSOURCES SUR L'APNÉE DU SOMMEIL ET LA VPPC



Association pulmonaire du Canada
https://www.poumon.ca/sant%C3%A9-pulmonaire/maladies-pulmonaires/apn%C3%A9e-du-sommeil

Traitement pour l'apnée du sommeil : https://www.poumon.ca/traitement-11

Vivre avec l'apnée du sommeil : https://www.poumon.ca/vivre-avec-lapn%C3%A9e-du-sommeil

Clinique Mayo.
https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sleep-apnea/symptoms-causes/syc-20377631

© La Fondation pour l'éducation médicale continue **www.fmpe.org**

Novembre 2023

Sources: 1) Association pulmonaire du Canada. Apnée du sommeil. 2023. https://www.poumon.ca/sant%C3%A9-pulmonaire/maladies-pulmonaires/apn%C3%A9e-du-sommeil; **2)** Clinique Mayo. CPAP machines: Tips for avoiding 10 common problems. 2021. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sleep-apnea/in-depth/cpap/art-20044164; **3)** American College of Physicians. Patel, SR. Obstructive sleep apnea. Ann Intern Med 2019;171(11):ITC81-96.

Ce feuillet a été conçu à partir d'images provenant de la banque Adobe Stock Images.

FÉMC La Fondation pour l'éducation médicale continue