

**L'APNÉE
OBSTRUCTIVE DU
SOMMEIL**



**la Société canadienne du
sommeil**

2003

Qu'est-ce que l'apnée obstructive du sommeil?

L'apnée obstructive du sommeil (AOS) consiste en des arrêts périodiques de la respiration (apnée) durant le sommeil, ce qui altère la qualité du sommeil. Il peut en résulter de la somnolence diurne et de la fatigue. Dans les cas sévères, l'AOS peut augmenter le risque de maladies cardiaques. En bref, le sommeil induit une relaxation musculaire, qui à son tour permet aux structures du pharynx de vibrer (ronflements). Lorsque ceci est poussé à l'extrême, le passage d'air se bloque par succion, un peu comme si l'on aspirait très fort dans une paille de papier. La respiration s'arrête (apnée); toutefois, le cerveau détecte un problème et déclenche un éveil. Ces éveils perturbent la qualité du sommeil, mais rétablissent le tonus musculaire, ce qui ouvre le passage d'air et la respiration reprend. Bien qu'une personne puisse ne pas être au courant qu'elle éprouve des apnées fréquentes, elle peut ne pas se sentir reposée au réveil.

Quelle est la prévalence de l'apnée obstructive du sommeil?

L'apnée obstructive du sommeil est extrêmement fréquente. Il a été estimé que 24% des hommes d'âge moyen et 9% des femmes d'âge moyen ont de l'apnée obstructive du sommeil. Cependant, tout comme le ronflement, toute personne avec de l'AOS n'a pas nécessairement besoin de traitement. L'AOS symptomatique est présente chez environ 4% des hommes et 2% des femmes et est généralement caractérisée par une perturbation du sommeil et/ou une somnolence diurne.

Ai-je besoin d'être traité(e) pour l'apnée du sommeil?

Le traitement est envisagé s'il y a : (a) qualité de vie détériorée ou (b) risque pour la santé. En général, le risque pour la santé causé par l'apnée du sommeil est seulement présent chez les patients avec une apnée du sommeil sévère. La plupart des gens qui recherchent un traitement pour l'AOS le font pour des raisons de qualité de vie. La détérioration de la

qualité de vie consiste généralement en une piètre qualité du sommeil, de la fatigue diurne ou de la somnolence. La somnolence excessive augmente le risque de s'endormir en conduisant. Plusieurs conditions médicales et psychiatriques, ainsi que d'autres troubles du sommeil, peuvent engendrer de la fatigue diurne, il est alors important de s'assurer que ces possibilités aient été éliminées lors du diagnostic. Aussi, un temps de sommeil insuffisant ou l'insomnie (une incapacité à s'endormir ou à rester endormi) peut causer de la fatigue diurne également.

Comment puis-je savoir si j'ai de l'apnée du sommeil?

Les symptômes les plus courants sont le ronflement, des apnées observées (quelqu'un vous voit arrêter de respirer pendant votre sommeil), des épisodes d'étouffement / halètement pendant le sommeil et de la somnolence diurne (malgré un temps de sommeil adéquat en apparence). L'obésité et une pression sanguine élevée sont fréquemment observées chez les personnes avec de l'apnée du sommeil, quoique ce ne soit pas toujours le cas. Si vous avez des symptômes suggérant l'AOS, il serait souhaitable de procéder à un examen plus approfondi de votre sommeil. Tout dépendant de l'endroit où vous êtes domicilié au Canada, cet examen peut se faire à la maison à l'aide d'un moniteur portable (examen maison) ou d'une visite à une clinique du sommeil pour l'examen de votre sommeil à l'aide de la polysomnographie (PSG). Ces deux tests mesurent votre respiration et votre niveau d'oxygène sanguin. La PSG est un test plus sophistiqué qui enregistre l'activité des ondes cérébrales (EEG), le mouvement oculaire (EOG), l'activité des muscles (EMG) et la respiration. Il peut aussi être utilisé pour diagnostiquer des troubles du sommeil autres que l'apnée du sommeil, et peut s'avérer utile pour guider le cours d'une thérapie. L'utilisation de ce type d'examen (PSG) est préférable pour les patients chez qui l'on soupçonne une apnée du sommeil sévère, ou un problème cardiaque ou pulmonaire sous-jacent.

Comment l'apnée du sommeil est-elle traitée?

L'apnée du sommeil peut être traitée de différentes façons. Le type de traitement est généralement déterminé en évaluant la sévérité des symptômes et la désirabilité du traitement. Un traitement moins invasif est préférable pour la personne ayant des symptômes moins sévères.

- (1) Modification du comportement et du style de vie : La perte de poids est un facteur important. Des patients ont vu leurs symptômes d'apnée du sommeil se résorber suite à la perte de poids. L'exercice régulier, arrêter de fumer, éviter l'alcool ou les sédatifs avant le coucher et dormir sur le côté sont d'autres stratégies pouvant entraîner une amélioration des symptômes.
- (2) Chirurgie : La chirurgie « ouvre » le fond de la gorge. Bien que la chirurgie s'avère efficace pour le traitement du ronflement, le taux de succès pour le traitement de l'apnée du sommeil symptomatique est bas. Pour cette raison, la chirurgie n'est pas considérée comme un traitement de première ligne pour l'apnée du sommeil. Il y a deux types de procédures: l'uvulopalatopharyngoplastie (UP3) ou l'uvulopalatopharyngoplastie assistée au laser (UPAL). L'UP3 est une procédure chirurgicale conventionnelle qui requiert une visite à l'hôpital. L'UPAL peut être pratiquée en bureau médical, mais requiert souvent des traitements répétés pour être efficace.
- (3) Pression Positive Continue (CPAP) : Le CPAP consiste en un appareil portatif soufflant de l'air pressurisé à travers un masque porté sur le nez. L'air pressurisé garde ouvert le passage d'air, prévenant ainsi les apnées. Le CPAP est très efficace, mais puisqu'il peut être un peu encombrant, la décision d'utiliser le CPAP dépendra souvent de la sévérité des symptômes. En raison de son efficacité, le CPAP représente le traitement le plus courant pour l'apnée du sommeil symptomatique.
- (4) Dispositif oral : Un appareil buccal avance la mâchoire inférieure, ouvrant ainsi l'espace au fond de la gorge. Il est porté durant le sommeil et retiré au réveil. Le dispositif oral est moins efficace que le CPAP, mais certains patients le trouvent plus facile à tolérer.

Willis H. Tsai, MD, FRCPC, DABSM

***Clinical Assistant Professor,
University of Calgary***