10- Appel AJ et coll. "Dietary approaches to prevent and treat hypertension : a scientific statement from the American heart association" *Hypertension* 2006 ; **47** : 296-308.
11- Elmer PJ et coll. "Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control : 18-month results of a randomised trial" *Ann Intern Med* 2006 ; **144** : 485-495.
12- Prescrire Rédaction "Prévenir ou retarder le diabète de type 2 - Diététique et activité physique pour certaines personnes" *Rev Prescrire* 2006 ; **26** (276) : 676-684.
13- Norris SL et coll. "Long term non pharmacological weight loss interventions for adults with prediabetes" (Cochrane Review) (dernière révision : 2005). In : The Cochrane Library, John Wiley and Sons, 2006, Chichester, issue 3 : 80 pages.
14- Norris SL et coll. "Long term non-pharmacological weight loss interventions for adults with type 2 diabetes" (Cochrane Review) (dernière révision : 2005). In : "The Cochrane Library", John Wiley and Sons, 2006, Chichester, issue 3 : 65 pages.
15- Poulain M et coll. "The effect of obesity on chronic respiratory diseases : pathophysiology and therapeutic strategies" *CMAJ* 2006 ; **174** (9) : 1293-1299.
16- Stenius-Aarniala B et coll. "Immediate and long-term effects of weight reduction in obese people with asthma : randomised controlled study" *BMJ* 2000 ; **320** : 827-832.
17- Shneerson J et Wright J "Lifestyle modification for obstructive sleep apnea (Cochrane review) (dernière révision : 2001). In : "The Cochrane Library" John Wiley and Sons, Chichester 2005 ; issue 4 : 7 pages.
18- Hensley M et Ray C "Sleep apnea" search date May 2005. In : "Clinical Evidence" BMJ Publishing Group, London. Site internet http://www.clinicalevidence.com consulté le 5 septembre 2006 : 17 pages.
19- Maciejewski ML et coll. "A structural review of randomized controlled trials of weight loss showed little improvement in health-related quality of life" *J Clin Epidemiol* 2005 ; **58** : 568-578.
20- Christensen R et coll. "Weight loss : the treatment of choice for knee osteoarthritis ? A randomized trial" *Osteoarthr Cartil* 2005 ; **13** (1) : 20-27.
21- Messier SP et coll. "Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis" *Arthritis Rheum* 2004 ; **50** (5) : 1501-1510.
22- Lissner L et coll. "Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population" *N Engl J Med* 1991 ; **324** : 1839-1844.
23- Strychar I "Diet in the management of weight loss" *CMAJ* 2006 ; **174** (1) : 56-63.
24- Wilkinson DL et McCargar L "Is there an optimal macronutriment mix for weight loss and weight maintenance ?" *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004 ; **18** (6) : 1031-1047.
25- Wadden TA et coll. "Dieting and the development of eating disorders in obese women : results of a randomized controlled trial" *Am J Clin Nutr* 2004 ; **80** : 560-568.
26- Prescrire Rédaction "Prévention cardiovasculaire. Promouvoir les activités physiques de loisirs chez certains sujets à risque cardiovasculaire" *Rev Prescrire* 1999 ; **19** (200) : 767-774.
27- Ornish D "Was Dr. Atkins right ?" *J Am Diet Assoc* 2004 ; **104** (4) : 537-542.
28- Stevens A et coll. "Sudden cardiac death of an adolescent during dieting" *South Med J* 2002 ; **95** : 1047-1049.
29- Chen TY et coll. "A life-threatening complication of Atkins diet" *Lancet* 2006 ; **367** : 958.

SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

Attention à la somnolence diurne

Résumé

● **Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil est généralement défini par l'existence d'une somnolence diurne en rapport avec la survenue d'apnées supérieures à 10 secondes ou d'hypopnées obstructives fréquentes fragmentant le sommeil. Ces apnées sont mises en évidence et dénombrées par un enregistrement polysomnographique.**

● **La prévalence la plus souvent avancée est d'environ 2 % à 4 % de la population adulte dans les pays occidentaux, mais en réalité elle est mal connue. La fréquence semble plus grande en cas d'obésité et d'anomalies anatomiques conduisant à réduire le diamètre des voies aériennes supérieures.**

● **Les symptômes cliniques sont peu spécifiques. Somnolence diurne gênante et bronchopneumopathie chronique obstructive sont évocatrices. Le diagnostic repose sur l'enregistrement polysomnographique d'une nuit complète.**

● **Les complications cliniques du syndrome sont mal cernées. À court terme, il semble altérer les performances cognitives et augmenter le risque d'accidents liés à la somnolence. L'association avec un risque accru d'hypertension artérielle n'est pas clairement établie. À long terme, on ne sait pas si le syndrome d'apnées obstructives du sommeil est à l'origine d'une surmortalité ; un lien avec les maladies cardiovasculaires est controversé.**

● **Les patients ayant à la fois une bronchopneumopathie chronique obstructive sévère et un syndrome d'apnées du sommeil ont, semble-t-il, un risque plus élevé d'insuffisance respiratoire diurne et d'hypertension artérielle pulmonaire.**

● **Il est cohérent d'améliorer l'hygiène de vie (tabac, alcool, réduction pondérale, etc.), mais on ne sait pas si ces mesures améliorent le syndrome d'apnées du sommeil.**

● **Les appareils délivrant de l'air sous une pression positive continue au** ►►

Téléchargé sur prescrire.org le 27/11/2018 par YVES LEQUEUX
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

travers d'un masque porté par le patient durant la nuit sont contraignants, mais tout de même acceptés chez 50 % à 85 % des patients. Ils améliorent la somnolence diurne et certaines fonctions cognitives. Les principaux effets indésirables sont des sensations de nez bouché, de suffocation, de sécheresse des voies aériennes supérieures.

- **Les dispositifs buccaux maintenant la langue ou repositionnant la mandibule semblent diminuer la somnolence diurne. Ils sont moins contraignants que les appareils délivrant de l'air sous pression positive, mais ont des effets indésirables dentaires.**

- **L'évaluation des interventions chirurgicales est non probante pour l'efficacité et elles exposent à des effets indésirables graves.**

- **Parmi les médicaments, seul le *modafinil* a fait l'objet d'une évaluation suffisante chez les patients ayant une somnolence diurne excessive malgré un traitement par pression positive continue efficace. Son efficacité sur la somnolence ne concerne qu'une minorité de patients.**

- **En pratique, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil mérite d'être recherché chez une minorité de patients très gênés par une somnolence diurne excessive inexpliquée, ou ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive grave, malgré les inconnues quant aux effets du traitement dans cette situation.**

Rev Prescrire 2007 ; 27 (281) : 201-206.

Bien que les troubles respiratoires nocturnes soient connus depuis longtemps, l'emploi du terme "apnées obstructives du sommeil" date des années 1960 (1). Depuis, le développement des techniques d'enregistrement du sommeil a conduit à de nombreux travaux et à une riche littérature.

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil est défini par certains signes cliniques, dont la somnolence diurne est le plus fréquent, associés à la survenue d'un certain nombre d'apnées ou d'hypopnées obstructives par heure de sommeil (2à6).

Chez les adultes, la survenue de quelques épisodes d'apnées ou d'hypopnées au cours du sommeil est physiologique, même si la définition de ces épisodes n'est pas univoque. Le seuil pour considérer le nombre d'épisodes comme pathologique est arbitraire. En général, il est fixé à 10 apnées d'une durée supérieure à 10 secondes par heure de sommeil.

Chez les enfants, ce syndrome a aussi été décrit, et il pose des problèmes spécifiques de diagnostic et de prise en charge que nous n'abordons pas ici (7).

Quand évoquer chez les adultes, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil ? Comment faire le diagnostic ? Quelle est l'évolution naturelle et quelles sont les complications ? Quels sont les divers traitements médicamenteux et non médicamenteux, pour quels bénéfices tangibles, au prix de quels effets indésirables ?

Une prévalence mal connue

La plupart des études de la fréquence des apnées du sommeil ont été réalisées dans les pays occidentaux (8). De nombreux facteurs sont susceptibles d'expliquer les larges divergences observées entre ces études : définitions différentes des termes hypopnées et apnées, seuil retenu pour le diagnostic, prise en compte ou non des symptômes cliniques, etc. (9).

Par exemple, une étude très fréquemment citée est un suivi de cohorte nord-américain qui a inclus 602 personnes, âgées de 30 ans à 60 ans (10). 24 % des hommes et 9 % des femmes présentaient plus de 5 épisodes d'apnées ou hypopnées par heure de sommeil, mais si on associe la présence de ces 5 épisodes avec la présence d'une somnolence diurne excessive, la prévalence n'est plus que de 4 % chez les hommes et 2 % chez les femmes (8,9,11,12).

Pour autant ce seuil du nombre d'épisodes est inférieur à celui retenu actuellement. En 2004, certains auteurs considéraient qu'aucune prévalence solidement étayée ne pouvait être avancée (9).

Plus fréquent dans certaines situations. Une autre source de divergence entre les études épidémiologiques tient à la prévalence de l'obésité dans les populations étudiées. Ainsi on a pu estimer, à partir d'études épidémiologiques, qu'une prise de poids de 10 % est associée à une augmentation relative de 32 % du risque de syndrome d'apnées du sommeil, alors qu'une perte de poids de 10 % est associée à une diminution de 26 % du nombre d'apnées par heure (12).

Deux essais comparatifs ont également mis en évidence une corrélation positive entre diminution du poids corporel et diminution du nombre horaire d'apnées durant le sommeil (12).

Le tabac est souvent mentionné comme un facteur de risques, mais cette association a été peu étudiée (12). Les données concernant le rôle de l'alcool sont contradictoires.

Les autres situations dans lesquelles la fréquence augmente sont les anomalies anatomiques réduisant le diamètre des voies aériennes supérieures : rétrognathisme, hyperplasie des amygdales, anomalies des cordes vocales, etc. (3).

Des symptômes peu spécifiques

Les symptômes amenant à consulter et à évoquer le diagnostic d'apnées obstructives du sommeil sont peu spécifiques (3). Les symptômes diurnes les plus évocateurs sont avant tout une tendance à la somnolence, mais aussi une asthénie, des céphalées matinales, des troubles mnésiques, des difficultés de concentration, des troubles de l'humeur avec survenue d'une irritabilité, une diminution de la libido et des troubles de l'érection.

Les symptômes nocturnes souvent rapportés par le conjoint sont des ronflements, des pauses respiratoires durant le sommeil, une fragmentation du sommeil, etc.

Un diagnostic nécessitant un enregistrement du sommeil

Une synthèse méthodique de la littérature, publiée en mai 2005, a identifié 37 guides de pratique clinique pour le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil en laboratoire (13).

Enregistrement polysomnographique : l'examen de référence. La référence pour le diagnostic est l'enregistrement polysomnographique, effectué sur une nuit complète passée en laboratoire de sommeil. De multiples variables sont évaluées : le

Téléchargé sur prescrire.org le 27/11/2018 par YVES LEQUEUX
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

déroulement du sommeil, la ventilation, le flux aérien, les efforts respiratoires, la saturation artérielle en oxygène, l'électrocardiogramme (2).

La polysomnographie étant un examen complexe, contraignant et coûteux, plusieurs techniques simplifiées ont été proposées pour le dépistage ou le diagnostic du syndrome d'apnées obstructives du sommeil : scores cliniques, oxymétrie nocturne, enregistrement polysomnographique simplifié, etc. (4). Une synthèse méthodique a identifié 249 études de ces techniques publiées entre 1980 et 1997 (14). Selon la méta-analyse de 4 études sur un total de 1 139 patients, la sensibilité de l'impression clinique globale est d'environ 50 % et sa spécificité est d'environ 60 %. En considérant une prévalence de la maladie d'environ 3 %, on peut calculer une valeur prédictive positive d'environ 8 % et une valeur prédictive négative d'environ 92 %.

En d'autres termes, les données de l'examen clinique permettent d'écarter le diagnostic avec peu d'erreur (moins de 10 %) en l'absence de symptômes évocateurs, mais elles ne permettent pas d'affirmer le diagnostic en cas de symptômes.

Une démarche diagnostique non consensuelle. La démarche diagnostique n'est pas consensuelle.

Le fait le mieux établi est que l'examen clinique doit comporter un dépistage de la somnolence diurne, par exemple à l'aide du score sur l'échelle d'Epworth (lire en encadré ci-contre) (4).

Cependant, d'autres causes sont à envisager à l'origine d'une somnolence diurne : sommeil insuffisant, prise médicamenteuse, etc.

Le guide de pratique clinique du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) nous a paru le plus opérationnel (4). Selon ce guide, les patients ayant une suspicion clinique de syndrome d'apnées obstructives du sommeil et une bronchopneumopathie chronique obstructive ont intérêt à subir des examens complémentaires spécialisés, car l'association de ces deux pathologies semble exposer à un risque de défaillance respiratoire (voir plus loin). De même, selon ce guide, la présence des symptômes suggèrant un syndrome d'apnées obstructives du sommeil chez des patients, qui par ailleurs, ont des accès de somnolence en conduisant, ou en travaillant sur des machines ou dans des conditions dangereuses, justifie des examens complémentaires spécialisés.

Des complications cliniques mal évaluées par les études épidémiologiques

L'analyse des complications du syndrome d'apnées obstructives du sommeil est rendue difficile par les traitements institués et de multiples biais ou facteurs de confusion doivent être pris en compte (tabagisme, consommation d'alcool, facteurs de risques cardiovasculaires associés, etc.).

Mortalité spécifique ? Les données sur l'effet du syndrome d'apnées obstructives du sommeil sur la mortalité sont contradictoires, et on ne sait pas s'il existe ou non un risque de surmortalité liée à ce syndrome (1).

Un risque modéré d'hypertension artérielle ? Le risque d'hypertension artérielle chez les patients atteints de syndrome d'apnées obstructives du sommeil a été principalement évoqué lors de deux études de cohorte. Dans une cohorte nord-américaine, 709 patients atteints d'apnées obstructives du sommeil ont été suivis durant 4 ans et 189 patients durant 8 ans. Le risque d'hypertension artérielle a été environ 4 fois plus élevé que dans la population générale (15). Dans un autre suivi de cohorte de 6 132 patients aux États-Unis d'Amérique, le risque d'hypertension artérielle a été environ 1,4 fois plus élevé (16). Une synthèse méthodique des études publiées entre 1982 et 1995 a recensé 18 études évaluant les liens entre syndrome obstructif d'apnée du sommeil et hypertension artérielle. Selon certaines études, l'hypertension artérielle semble plus fréquente en cas de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (17).

Complications cardiovasculaires ? Un lien éventuel entre maladies cardiovasculaires et apnées obstructives du sommeil est encore l'objet de controverses. Le lien paraît probable, mais l'augmentation de risque due à la présence d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil semble, au plus, modérée (1,8,17,18). ►►

Échelle de somnolence d'Epworth

La somnolence diurne peut être évaluée de manière standardisée en utilisant, par exemple, l'échelle de somnolence d'Epworth, une échelle d'autoévaluation (1). En cas de sous-estimation manifeste de troubles par le patient, son évaluation peut être confrontée à celle d'un membre de son entourage.

Le patient est invité à attribuer à chacune des 8 situations suivantes un score de 0 à 3 :

0 - aucun risque de somnolence ;
1 - léger risque de somnolence ;
2 - risque modéré de somnolence ;
3 - risque élevé de somnolence.

Les situations d'évaluation sont :
– lire en position assise ;
– regarder la télévision ;
– assis, inactif, dans un espace public (par exemple au théâtre, à une réunion) ;
– passager lors d'un trajet en voiture de plus d'une heure sans pause ;
– rester étendu pour se reposer dans l'après-midi ;
– conversation assise avec un interlocuteur ;
– assis tranquillement après un déjeuner sans alcool ;
– en voiture, arrêté depuis quelques minutes dans la circulation.

Le score va de 0 à 24 (somnolence maximale).

On considère qu'un score inférieur à 11 correspond à la normalité ; la somnolence diurne est considérée comme légère de 11 à 14 ; modérée de 15 à 18 ; sévère pour un score supérieur à 18.

©LRP

1- Johns MW "A new method for measuring daytime sleepiness : the Epworth sleepiness scale" *Sleep* 1991 ; **14** : 540-545.

Téléchargé sur prescrire.org le 27/11/2018 par YVES LEQUEUX
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

▶ **Aggravation de l'atteinte respiratoire en cas de BPCO associée ?** Plusieurs études ont suggéré une augmentation de la prévalence de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez les patients ayant un syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Une étude publiée en 2005 chez 676 patients n'a pas montré d'association entre ces deux affections (19). Cependant, le pronostic des patients atteints de BPCO sévère semble aggravé s'ils ont en plus un syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Dans ce cas, l'hypoxémie nocturne est plus prononcée, aboutissant semble-t-il à un risque majoré d'insuffisance respiratoire diurne et d'hypertension pulmonaire (19,20,21).

Davantage d'accidents de la route ? Les conséquences du syndrome d'apnées obstructives du sommeil sur la vigilance diurne ont donné lieu à de nombreux travaux, là encore d'interprétation délicate en raison de biais potentiels dus à des facteurs de confusion et aux critères retenus.

Il paraît établi que l'existence de ce syndrome chez un conducteur expose à un risque accru d'accidents de la route (2,3,4,17). Ainsi, selon une cohorte de 913 personnes, âgées de 30 ans à 60 ans, atteintes de troubles de la respiration durant le sommeil, dont 25 % avaient un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, le risque d'accidents multiples, mesuré à partir de registres de police sur une période de 5 ans, a été multiplié par 7 environ chez ces patients par rapport aux personnes n'ayant pas d'apnées obstructives du sommeil (22).

Diminution des performances intellectuelles ? D'autres études sont en faveur d'un retentissement négatif du syndrome d'apnées du sommeil sur les performances diurnes : difficultés de concentration, d'apprentissage, etc. (2,4). Mais il s'agit en général d'études réalisées en laboratoire, et leur extrapolation aux troubles dans la vie quotidienne est délicate.

Pression positive continue : le traitement de choix

De nombreux traitements ont été proposés pour prendre en charge les patients atteints de syndrome d'apnées obstructives du sommeil ; on peut les classer en 5 groupes.

Nous n'avons pas recensé d'évaluation de l'effet d'un traitement du syndrome d'apnées du sommeil chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive.

Interventions comportementales : à évaluer. L'obésité est associée à une fréquence plus grande d'apnées obstructives du sommeil. Une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane n'a pas retenu d'essai comparatif évaluant l'influence d'une perte ou d'une prise de poids sur la gravité du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (23).

De même, divers conseils "raisonnables" sont généralement prodigués aux patients atteints d'apnées obstructives du sommeil, parfois inclus dans de véritables programmes d'éducation : éviter certaines positions durant le sommeil, arrêter le tabac, arrêter la consommation d'alcool, assurer une activité physique régulière pour favoriser le sommeil, etc. (3,4,24).

Une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane a conclu, en 2005, qu'aucun de ces programmes n'a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse et qu'on ne connaît pas leurs conséquences sur l'évolution du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (23).

En bref, ces conseils d'hygiène de vie sont vraisemblablement bienvenus, mais les bénéfices actuellement démontrés ne concernent pas le syndrome d'apnées du sommeil.

Pression positive continue : une certaine efficacité. Divers appareils visent à ce que le patient inhale de l'air sous pression, de façon à maintenir la perméabilité des voies aériennes supérieures. En pratique, le patient porte durant toute la nuit un masque, le plus souvent nasal, relié par un tuyau à un générateur d'air sous pression. On parle de traitement par pression positive continue.

Une synthèse méthodique, actualisée en 2006, a retenu 36 essais comparatifs versus placebo ou versus dispositifs buccaux (délivrance d'un air peu pressurisé par l'appareil, comprimé de placebo par voie orale, etc.), sur un total de 1 718 patients (25). Ces essais ont été le plus souvent non aveugles, de petite taille et de durée limitée à quelques semaines. La pression positive continue a amélioré mieux que le placebo et les dispositifs buccaux la somnolence diurne ressentie par les patients ou mesurée par des tests, ainsi que divers scores sur des échelles de qualité de vie et de dépression.

Une autre méta-analyse, publiée en 2003, a également conclu que la pression positive continue réduit davantage que le placebo et de manière statistiquement significative le score de somnolence à l'échelle d'Epworth (26).

Pression positive continue : des contraintes. Les principaux effets indésirables décrits sont une altération du sommeil, une sensation de nez bouché, une sensation de sécheresse des voies aériennes supérieures, une sensation de suffocation, une gêne due au bruit de l'appareil. Les synthèses méthodiques ne rapportent pas d'incidence fiable pour ces divers effets indésirables (25,26).

L'utilisation d'un appareil délivrant de l'air sous une pression positive continue est contraignante, mais diverses enquêtes épidémiologiques ont conclu que le nombre de patients acceptant ce traitement était compris entre 50 % et 85 % (27).

Divers procédés ont été testés pour améliorer le suivi du traitement. Une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane, publiée en 2005, a inclus 24 essais comparatifs de ces méthodes, sur 1 007 patients : 13 essais ont comparé la pression positive continue fixe versus un système d'autotitration (la pression varie au cours de la nuit de manière automatique), 3 essais ont comparé la pression positive continue fixe versus un système à deux niveaux de pression, un essai a comparé pression positive fixe versus un système réglable par le patient, un essai a évalué l'effet d'une humidification versus son absence et 6 essais l'effet d'un programme d'éducation versus son absence (27). Le programme d'éducation a paru la méthode la plus intéressante pour améliorer l'observance. Deux autres synthèses méthodiques ont aussi conclu que l'avantage des appareils avec autotitration n'était pas démontré (28,29).

Dispositifs buccaux : évaluation à poursuivre. Le but des dispositifs buccaux est de favoriser le passage de l'air dans les voies aériennes supé-

Téléchargé sur prescrire.org le 27/11/2018 par YVES LEQUEUX
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

rieures par des objets introduits dans la bouche. On en distingue deux grands types : les dispositifs pour maintenir la langue, les dispositifs repositionnant la mandibule.

Une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane, publiée en 2005, a recensé 16 essais comparatifs de dispositifs buccaux très divers, chez au total 745 patients (30). Il s'agit d'essais de petite taille de qualité méthodologique médiocre : absence d'aveugle, suivis à court terme, évaluation surtout sur des critères intermédiaires. Selon 6 essais d'une durée de 6 semaines à 4 mois sur un total de 214 patients, certains dispositifs buccaux adaptés ont réduit la somnolence diurne par rapport à des dispositifs placebo. Lors de la méta-analyse de 9 essais versus ventilation à pression positive continue, il n'est pas apparu de différence clinique, mais la ventilation a davantage amélioré l'oxygénation nocturne et diminué le nombre de pauses. Dans 2 essais croisés chez des patients ayant une forme légère ou modérée, les patients ont préféré le dispositif buccal à la pression positive continue.

Dispositifs buccaux : effets indésirables locaux. Avec un dispositif buccal, selon une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane, les effets indésirables les plus fréquemment décrits sont une douleur au niveau des dents, une salivation excessive, des interruptions du sommeil et des altérations des dents ou des couronnes dentaires (25). Cette synthèse d'essais de petits effectifs ne permet pas de chiffrer valablement ces divers effets indésirables.

D'un point de vue pratique, l'appareil semble quitter assez souvent sa place durant le sommeil.

Interventions chirurgicales : évaluation non probante. De nombreuses interventions chirurgicales ont été proposées pour le traitement du syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

On peut les classer en 3 grands groupes : les interventions qui visent à agrandir l'oropharynx (uvulopalatopharyngoplastie (**a**) (conventionnelle, avec ou sans amygdalectomie), uvulopalatopharyngoplastie au laser, réduction du volume du palais par radiofréquence, réduction du volume de la base de la langue) ; les interventions qui visent à modifier le squelette des voies aériennes supérieures (chirurgie bimaxillaire, ostéotomie pour avancer la mandibule, etc.) ; les interventions qui portent sur les fosses nasales (2,31).

Ces diverses techniques ont surtout fait l'objet d'essais non comparatifs sur des critères d'évaluation polysomnographiques, de médiocre qualité méthodologique selon les auteurs d'une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane (31). Cette synthèse méthodique, publiée en 2005, a recensé 8 essais comparatifs (sur au total 412 patients) qu'il est impossible de regrouper valablement. Selon cette synthèse, l'intérêt des techniques les mieux évaluées n'est pas actuellement démontré (uvulopalatopharyngoplastie conventionnelle ou par laser) (31).

Les principales complications de la chirurgie sont des infections, des dysphagies, des reflux de liquide dans le nez, des saignements. Les incidences sont mal connues.

Au total, le recours à la chirurgie ne peut se concevoir que de manière limitée voire exceptionnelle.

Médicaments. De nombreux médicaments ont été proposés pour le traitement du syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane, actualisée en 2006, a inclus 26 essais comparatifs en simple ou double aveugle versus placebo sur un total de 394 patients ayant évalué des médicaments de classes très diverses : l'*acétazolamide* (un diurétique), la *protriptyline* (un antidépresseur imipraminique), la *paroxétine* (un antidépresseur inhibiteur dit sélectif de la recapture de la sérotonine), la *médroxyprogestérone* (un progestatif), la *buspirone* (un anxiolytique), la *théophylline* (un bronchodilatateur psychostimulant), etc. (32). Pour aucun d'entre eux un intérêt thérapeutique tangible n'a été démontré dans cette indication, pour les symptômes diurnes.

Seul le *modafinil*, un psychostimulant, a fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication en France. Des essais à court terme (1 mois et 3 mois) sont dispo- ►►

a- L'uvulopalatopharyngoplastie consiste à remodeler le palais et la glotte.

Les propositions de la revue Prescrire

SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

- Une recherche de syndrome d'apnées obstructives du sommeil en centre spécialisé est justifiée pour : les patients ayant une somnolence diurne excessive et par ailleurs une bronchopneumopathie chronique obstructive ; les patients pour lesquels une baisse de vigilance diurne représente un risque d'accidents graves ; les patients très handicapés par cette somnolence malgré une bonne hygiène de vie.

- Les traitements proposés améliorent la vigilance et les performances intellectuelles dans la journée.

- Un appareil qui délivre de l'air sous une pression positive continue dans les voies respiratoires durant la nuit est relativement contraignant. Cependant ce traitement semble le plus efficace à la fois sur les paramètres respiratoires et la somnolence.

- Les dispositifs buccaux sont une alternative pour les formes légères ou modérées, moins contraignante, mais avec des effets indésirables dentaires.

- Chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive, il est cohérent de traiter le syndrome d'apnées obstructives du sommeil, qui semble aggraver la maladie ; mais étant donné le peu d'évaluation dans cette situation, mieux vaut intervenir dans le cadre d'essais comparatifs.

- Chez les patients continuant à se plaindre d'une somnolence diurne excessive malgré l'utilisation régulière de la pression positive continue, le *modafinil* par voie orale peut constituer une aide supplémentaire pour une minorité de patients.

©LRP

Rev Prescrire 2007 ; 27 (281) : 201-206.

Téléchargé sur prescrire.org le 27/11/2018 par YVES LEQUEUX
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

nibles, réalisés chez des patients ayant une somnolence diurne résiduelle malgré un traitement par pression positive continue bien conduit. Une amélioration globale majeure a été observée chez environ 10 % de patients, mais un tiers des patients traités se sont plaints de céphalées. Les autres effets indésirables sont essentiellement neuropsychiques (nervosité, insomnies, anxiété) (lire dans ce numéro page 172).

Conclusion pratique

Chez les malades atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive sévère, le fait d'être atteint aussi de syndrome d'apnées du sommeil aggrave l'évolution naturelle. Dans ce cas, il est cohérent de vérifier le diagnostic en cas de doute clinique, puis de proposer un traitement de ce syndrome. Il est préférable que les patients soient inclus dans des essais cliniques, car on ne sait pas dans quelle mesure le traitement modifie l'évolution pulmonaire.

D'autre part, l'enquête diagnostique, et le cas échéant le traitement sont surtout justifiés en cas de somnolence diurne inexpliquée par ailleurs et vécue comme gênante voire dangereuse.

Le traitement par pression positive continue est alors le traitement de choix.

Synthèse élaborée collectivement par la Rédaction, sans aucun conflit d'intérêts
©La revue Prescrire

DCI	France	Belgique	Suisse
acétazolamide	DIAMOX°	DIAMOX°	DIAMOX° ou autre
buspirone	BUSPAR° ou autre	BUSPAR°	BUSPAR°
médroxyprogestérone	FARLUTAL°	FARLUTAL° ou autre	PRODAFEM°
modafinil	MODIODAL°	PROVIGIL°	MODASOMIL°
paroxétine	DEROXAT° ou autre	ARPAX°, SEROXAT° ou autre	DEROXAT° ou autre
protriptyline	—	—	—
théophylline	DILATRANE° ou autre	THEOLAIR° ou autre	EUPHYLLIN° ou autre

Recherche documentaire

Notre recherche documentaire a reposé sur le suivi prospectif et continu des sommaires des principales revues internationales, des Current Contents-Clinical Medicine et des bulletins de l'International Society of Drug Bulletins (ISDB) mis en œuvre au sein du centre de documentation Prescrire, ainsi que sur la consultation systématique d'ouvrages de base (Martindale The complete drug reference, etc.). Par ailleurs, nous avons interrogé les bases de données BML, Embase/Excerpta Medica Drugs and Pharmacology (1991, 4th quarter 2006), Infobanque AMC, Medline (1966-November week 3, 2006), Nelhgf, NGC, The Cochrane Library (CDSR, DARE, Central, HTA, Nhseed ; 2006, issue 4), ainsi que les sites internet des organismes suivants : AHRQ, Anaes, Cadth, Dipex, NICE, NIH, SIGN, Uspstf, pour la dernière fois le 27 décembre 2006.

1- Bounhoure JP et coll. "Syndromes d'apnées du sommeil et pathologie cardiovasculaire" *Bull Acad Natle Méd* 2005 ; **189** (3) : 445-464.
2- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé "Évaluation clinique et économique de la chirurgie dans le traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil" Février 1999 : 92 pages.
3- Laitinen LA et coll. "Sleep apnoea : Finnish national guideline for prevention and treatment 2002-2012" *Respir Med* 2003 ; **97** (4) : 337-365.
4- Scottish Intercollegiate Guidelines Network "Management of obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome in adults" June 2003 : 36 pages.
5- Krieger J "Du signal au diagnostic polysomnographique des principaux troubles respiratoires au cours du sommeil" *Rev Mal Respir* 2004 ; **21** (2 suppl.) : 26-34.
6- American Academy of Sleep Medicines task force "Sleep-related breathing disorders in adults : recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research" *Sleep* 1999 ; **22** (5) : 667-689.
7- Nixon GM et Brouillette RT "Sleep. 8 : paediatric obstructive sleep apnoea" *Thorax* 2005 ; **60** : 511-516.
8- Gibson GJ "Obstructive sleep apnoea syndrome : underestimated and undertreated" *Br Med Bull* 2004 ; **72** : 49-64.
9- Stradling JR et Davies RJO "Slepp. 1 : Obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome : definitions, epidemiology, and natural history" *Thorax* 2004 ; **59** : 73-78.
10- Young T et coll. "The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults" *N Engl J Med* 1993 ; **328** (17) : 1230-1235.
11- Haute autorité de santé - Commission de la transparence "Avis de la Commission - Modiodal" 6 juillet 2005 : 12 pages.
12- Young T et coll. "Epidemiology of obstructive sleep apnea : a population health perspective". In : McNicholas NT et Philipson EA "Breathing disorders in sleep" Saunders, London 2002 : 31-43.
13- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment "A review of guidelines for referral of patients to sleep laboratories" May 2005 : 144 pages.
14- Ross SD et coll. "Systematic review and meta-analysis of the literature regarding the diagnosis of sleep apnea" *Sleep* 2000 ; **23** (4) : 519-532.
15- Young T et coll. "Population-based study of sleep-disordered breathing as a risk factor for hypertension" *Arch Intern Med* 1997 ; **157** : 1746-1752.
16- Nieto FJ et coll. "Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study" *JAMA* 2000 ; **283** (14) : 1829-1836.
17- Wright J et coll. "Health effects of obstructive sleep apnoea and the effectiveness of continuous positive airways pressure : a systematic review of the research evidence" *BMJ* 1997 ; **314** (7084) : 851-860.
18- Laaban JP "Syndrome d'apnées obstructives du sommeil et syndromes coronaires" *STV* 2005 ; **17** (7) : 333-340.
19- Bednarek M et coll. "There is no relationship between chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea syndrome : a population study" *Respiration* 2005 ; **72** (2) : 142-149.
20- Chaouat A "Troubles respiratoires au cours du sommeil et bronchopneumopathie chronique obstructive" *Rev Mal Respir* 2004 ; **21** (2 suppl.) : 56-62.
21- Chaouat A et coll. "Association of chronic obstructive pulmonary disease and sleep apnea syndrome" *Am J Respir Crit Care Med* 1995 ; **151** : 82-86.
22- Young T et coll. "Sleep-disordered breathing and motor vehicle accidents in a population-based sample of employed adults" *Sleep* 1997 ; **20** (8) : 608-613.
23- Shneerson J et Wright J "Lifestyle modification for obstructive sleep apnoea" (Cochrane review). In : "The Cochrane Library" John Wiley and Sons, Chichester 2005 ; issue 4 : 7 pages.
24- Jacquemet S "Pourquoi un programme d'éducation thérapeutique pour les malades atteints de syndrome d'apnées du sommeil ?" *Rev Mal Respir* 2005 ; **22** : 387-391.
25- Giles TL et coll. "Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults" (Cochrane review) (dernière révision : avril 2006). In : "The Cochrane Library" John Wiley and Sons, Chichester 2006 ; issue 4 : 8 pages.
26- Patel SR et coll. "Continuous positive airway pressure therapy for treating sleepiness in a diverse population with obstructive sleep apnea" *Arch Intern Med* 2003 ; **163** (5) : 565-571.
27- Haniffa M et coll. "Interventions to improve compliance with continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoae" (Cochrane review) (dernière révision : août 2004). In : "The Cochrane Library" "John Wiley and Sons, Chichester 2005 ; issue 4 : 58 pages.
28- Ayas NT et coll. "Auto-titrating versus standard continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnea : results of a meta-analysis" *Sleep* 2004 ; **27** (2) : 249-253.
29- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment "Auto-titrating nasal continuous positive airway pressure systems in the management of obstructive sleep apnea" September 2003 : 42 pages.
30- Lim J et coll. "Oral appliances for obstructive sleep apnoea" (Cochrane review) (dernière révision : septembre 2005). In : "The Cochrane Library John Wiley and Sons, Chichester 2005 ; issue 4 : 44 pages.
31- Sundaram S et coll. "Surgery for obstructive sleep apnoea" (Cochrane review) (dernière révision : juillet 2005). In : "The Cochrane Library" John Wiley and Sons, Chichester 2006 ; issue 4 : 44 pages.
32- Smith I et coll. "Drug treatments for obstructive sleep apnoea" (Cochrane review) (dernière révision : février 2006). In : "The Cochrane Library" John Wiley and Sons, Chichester 2006 ; issue 4 : 55 pages.

Téléchargé sur prescrire.org le 27/11/2018 par YVES LEQUEUX
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement