

Docteur, mon mari ronfle et arrête de respirer la nuit

1

Rebecca Langlais

Carole s'inquiète, car son mari, Martin, souffre d'hypertension asymptomatique et ronfle beaucoup. Il arrête même de respirer par moments pendant plusieurs secondes. Martin a un poids santé, il dort bien et n'est pas somnolent. La circonférence de son cou est de 37 centimètres. La recherche d'apnée du sommeil est-elle indiquée chez ce patient ?

Q U'EST-CE QUE L'APNÉE OBSTRUCTIVE du sommeil ? Il s'agit d'un phénomène caractérisé par l'arrêt périodique de la respiration durant le sommeil, partiel (hypopnée) ou complet (apnée) en raison d'une obstruction des voies respiratoires supérieures. Elle se définit à la polysomnographie par un indice d'apnées-hypopnées (IAH) plus grand ou égal à cinq événements à l'heure. Tous ces arrêts respiratoires perturbent la qualité du sommeil, car ils provoquent de multiples microéveils, c'est-à-dire de petites périodes d'éveil dont le patient n'a pas conscience. Dans la majorité des cas, la durée des pauses respiratoires varie de dix à quarante secondes. Dans de rares cas, des arrêts de plus d'une minute ont été enregistrés.

L'apnée du sommeil est une maladie très fréquente. En effet, les femmes en sont atteintes dans une proportion de 9 % et les hommes, de 24 %¹. Toutefois, le syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS), caractérisé par un indice d'apnées-hypopnées supérieur ou égal à cinq événements à l'heure en plus de la présence de symptômes, touche environ 2 % des femmes et 4 % des hommes¹. Cette maladie sous-diagnostiquée est souvent confondue avec la dépression.

La D^{re} Rebecca Langlais, pneumologue, exerce à la Cité de la Santé de Laval.

Comment repérer un patient apnéique au premier coup d'œil ?

Le diagnostic commence dans votre salle d'attente. Le patient que vous réveillez en l'appelant mérite une anamnèse ciblée sur le SAOS. S'endormir dans la salle d'attente n'est pas normal, même lorsqu'on a accumulé beaucoup de retard ! Par ailleurs, l'embonpoint du patient est un autre indice repérable au premier coup d'œil. L'obésité est le principal facteur de risque du SAOS. Toutefois, c'est surtout la circonférence du cou, beaucoup plus que l'IMC, qui prédispose à l'apnée. On utilise cette mesure afin de prédire la probabilité d'apnée obstructive du sommeil². Cette dernière est élevée lorsque la circonférence du cou dépasse 48 cm et faible lorsque la valeur est inférieure à 37 cm.

Si on y réfléchit, le raisonnement est logique. L'apnée obstructive du sommeil se caractérise par un blocage des voies respiratoires supérieures durant le sommeil. Un excès de tissu adipeux au niveau du cou et de la gorge rend le passage de l'air plus difficile lorsque les muscles du cou se relâchent durant le sommeil. Le même phénomène peut se produire chez les gens présentant une macroglossie ou encore une hypertrophie des amygdales ou de la luette.

Le diagnostic commence dans votre salle d'attente. Le patient que vous réveillez en l'appelant mérite une anamnèse ciblée sur le SAOS. S'endormir dans la salle d'attente n'est pas normal, même lorsqu'on a accumulé beaucoup de retard ! Par ailleurs, l'embonpoint du patient est un autre indice repérable au premier coup d'œil.

Repère

Figure 1

Classification de Mallampati



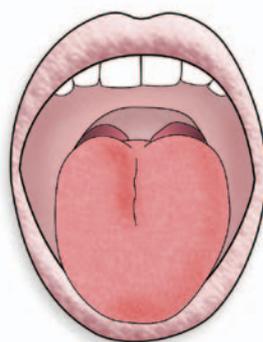
Classe 1

Le palais mou, la luette ainsi que les loges et les piliers amygdaliens sont visibles.



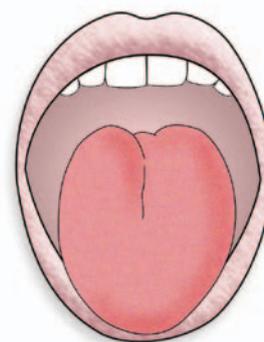
Classe 2

Le palais mou, la luette et les loges amygdaliennes sont visibles.



Classe 3

Seuls le palais mou et la base de la luette sont visibles.



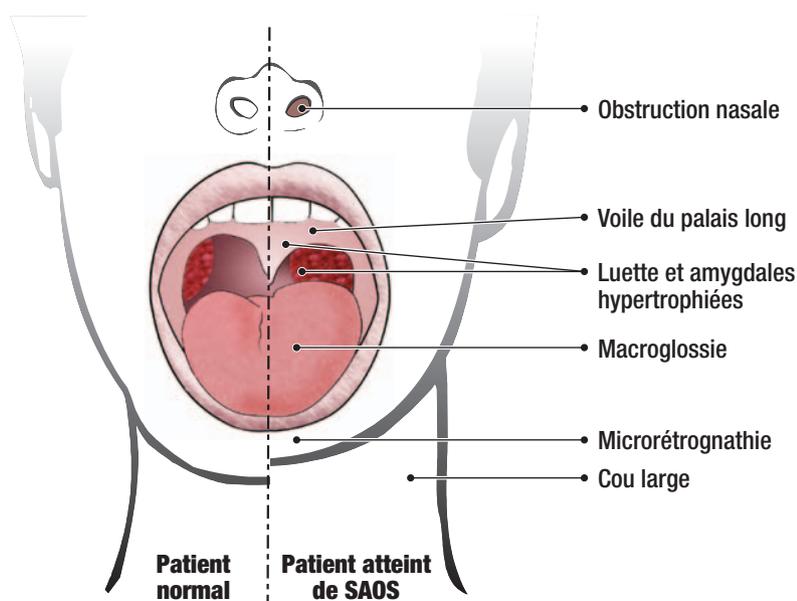
Classe 4

Seul le palais dur est visible.

D'après : Walls RM, rédacteur. *Manual of Emergency Airway Management*. 2^e éd. Lippincott Williams & Wilkins : 2004 ; figure 6-4, p. 78. Reproduction autorisée.

Figure 2

Caractéristiques cliniques contribuant à l'apnée obstructive du sommeil

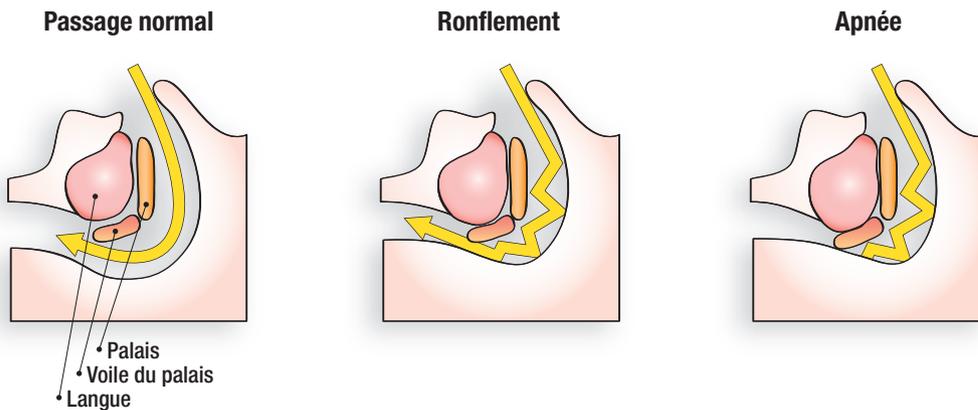


rant le sommeil. Par ailleurs, un patient chez qui l'examen de la bouche ne permet de voir que la langue et le palais est aussi à risque (*figure 1*, particulièrement pour les classes 3 et 4)³. Enfin, un patient hypertendu, surtout s'il est obèse et que sa pression artérielle est difficile à maîtriser, est probablement atteint d'apnée du sommeil. En effet, le SAOS est une cause non négligeable d'hypertension artérielle. On le retrouve chez plus de 80 % des patients atteints d'hypertension réfractaire, c'est-à-dire nécessitant trois anti-hypertenseurs ou plus⁴. La *figure 2* vous présente les caractéristiques physiques à rechercher au niveau de la sphère ORL lorsque vous soupçonnez la présence d'apnée du sommeil.

Ronflement et somnolence, mais encore ?

Selon cette explication, les personnes présentant une microrétrognathie (reconnaissables à leur petit menton en retrait) sont prédisposées au SAOS, car leurs voies respiratoires supérieures, déjà plus étroites que la moyenne, se rétrécissent encore davantage du-

Plusieurs symptômes autres que le ronflement et la somnolence peuvent nous mettre sur la piste d'un SAOS. Toutefois, traitons d'abord de ces deux symptômes, en commençant par le premier. La majorité des patients atteints d'apnée du sommeil ronflent.

Figure 3**Passage de l'air dans les voies respiratoires**

Ce schéma illustre le passage de l'air dans une gorge normalement ouverte (à gauche), le passage plus difficile de l'air avec vibrations dans un pharynx rétréci (au centre) et enfin le passage impossible dans un pharynx obstrué (à droite).

Le phénomène apparaît lorsque les voies respiratoires commencent à s'obstruer (figure 3). Certains patients ont un ronflement simple, c'est-à-dire sans limitation considérable du débit respiratoire, tandis que d'autres montrent une aggravation progressive de l'obstruction qui aboutit à des hypopnées et des apnées. Toutefois, questionner le patient sur le ronflement peut être trompeur, car plusieurs patients ne savent pas qu'ils sont aux prises avec ce problème tandis que d'autres croient à tort ne pas l'être.

Qu'est-ce que la somnolence ? C'est une propension à s'endormir durant la période d'éveil. Elle peut être normale à la suite d'un repas ou en présence d'un manque de sommeil.

Le score d'Epworth est un outil clinique nous permettant de quantifier le degré de somnolence du patient (tableau I)⁵. Un résultat de plus de 18 correspond à une hypersomnolence grave tandis qu'une valeur inférieure à 9 est normale. Toutefois, le degré de somnolence n'est pas directement lié à la gravité de l'apnée du sommeil établie par la polysomnographie. En effet, certains patients atteints d'apnée du sommeil grave

(IAH ≥ 30) ne souffrent pas de somnolence diurne tandis que d'autres ayant un syndrome des apnées du sommeil léger (IAH entre 5 et 15) peuvent présenter de l'hypersomnolence diurne grave. Cela dit, si un patient n'est pas somnolent et prétend ne pas ronfler ou presque, l'apnée n'est pas exclue pour autant, surtout si la circonférence de son cou fait, au premier coup d'œil, plus de 48 centimètres !

La présence du conjoint est très importante lorsque vous interrogez un patient chez qui vous soupçonnez la présence d'apnée du sommeil. En effet, les conjoints fournissent des informations plus fiables sur le ronflement et peuvent surtout dire s'ils ont observé des pauses respiratoires durant le sommeil. Le patient subit parfois des étouffements nocturnes ou se réveille en sursaut. Un sommeil agité est aussi une plainte fréquente, de même que la nycturie. Il faut cependant noter que plusieurs patients dorment très bien malgré tout. N'oubliez pas de demander au patient s'il a la bouche sèche et une céphalée au réveil. Ces deux éléments peuvent vous mettre sur la piste d'un SAOS.

Le degré de somnolence n'est pas directement lié à la gravité de l'apnée du sommeil établie par la polysomnographie. En effet, certains patients atteints d'apnée du sommeil grave (IAH ≥ 30) ne souffrent pas de somnolence diurne tandis que d'autres ayant un syndrome des apnées du sommeil léger (IAH entre 5 et 15) peuvent présenter de l'hypersomnolence diurne grave.

Repère

Tableau I

Échelle de somnolence d'Epworth

Instructions

- Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir – et pas seulement de vous sentir fatigué – dans les situations suivantes ?
- Cette question porte sur la situation actuelle, dans des conditions normales et habituelles.
- Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une des situations suivantes, essayez d'imaginer comment vous auriez réagi.
- Choisissez, dans l'échelle suivante, le nombre qui convient le mieux à chaque situation :
0 Aucun risque de m'endormir
1 Faible risque de m'endormir
2 Risque modéré de m'endormir
3 Risque élevé de m'endormir

Situations	0	1	2	3
1 Lire en position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Être assis ou inactif dans un endroit public (au théâtre, en réunion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Être passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Être allongé l'après-midi pour se reposer quand les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Être assis en train de parler à quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Être assis calmement après un repas sans alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Être assis dans une auto immobilisée quelques minutes dans un bouchon ou à un feu de circulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Résultat

> 18 : hypersomnolence grave De 12 à 18 : hypersomnolence modérée De 10 à 11 : hypersomnolence légère ≤ 9 : somnolence normale
(Intervalles variables selon la référence)

Source : Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991 ; 14 (6) : 540-5. Reproduction autorisée.

Tableau II

Symptômes d'apnée du sommeil⁸

Symptômes diurnes

- Somnolence
- Troubles de concentration
- Troubles de mémoire
- Céphalée matinale
- Baisse de la libido
- Irritabilité
- État dépressif

Symptômes nocturnes

- Ronflement
- Étouffements nocturnes
- Éveils en sursaut
- Insomnie ou éveils fréquents
- Nycturie
- Agitation nocturne
- Reflux gastro-œsophagien
- Sudation nocturne
- Angine nocturne

tion et de concentration de même que l'irritabilité sont fréquents. Certains patients souffrent même d'un état dépressif. Des pertes de mémoire peuvent se manifester ainsi qu'une diminution ou la perte de la libido. Le *tableau II* dresse un résumé des différents symptômes d'apnée du sommeil.

Quel ronfleur devrait vous inquiéter ?

La circonférence du cou ajustée (CCA) est un outil qui peut vous aider à déterminer si votre patient présente un risque élevé d'apnée du sommeil (*tableau III*)^{6,7}. Il faut faire un calcul simple utilisant la circonférence du cou en centimètres, à laquelle on ajoute 4 cm en présence d'hypertension artérielle, 3 cm s'il y a un ronflement et 3 autres cm en cas d'apnées confirmées. Lorsque le total dépasse 48 cm, le risque de SAOS

À part la somnolence, plusieurs autres symptômes diurnes peuvent être présents. Les troubles d'atten-

Tableau III**Circonférence du cou ajustée en cm⁷**

- ⊕ + 4 cm en cas d'hypertension artérielle
- ⊕ + 3 cm en cas de ronflement
- ⊕ + 3 cm en cas de pauses respiratoires confirmées
- ⊖ < 43 cm = risque faible de SAOS
- ⊖ De 43 cm à 48 cm = risque modéré de SAOS
- ⊖ > 48 cm = risque élevé de SAOS

est très élevé tandis que sous 43 cm, il est faible. Entre les deux, le risque est modéré. Tout ronfleur dont la CCA est égale ou supérieure à 43 cm devrait faire l'objet d'une évaluation. De plus, les patients dont l'hypertension est difficile à maîtriser devraient subir un bilan à la recherche d'apnée du sommeil. Également, tout ronfleur ayant des antécédents de maladie vasculaire cérébrale ou cardiovasculaire mérite un examen plus approfondi⁹. En effet, le SAOS est un facteur de risque de maladie vasculaire et de troubles du rythme¹⁰. Normalement, il se produit un ralentissement de la fréquence cardiaque pendant l'apnée, suivi d'une tachycardie lors de la reprise respiratoire. On peut observer des bradycardies importantes lorsque l'apnée est longue et la désaturation est grave. Des troubles du rythme, tels que des asystolies, des blocs auriculoventriculaires et de la tachycardie auriculaire, voire ventriculaire, ont été décrits. Ils peuvent mener dans de rares cas à une mort subite. Vous comprendrez donc qu'un patient atteint du SAOS et ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire peut être en danger même lorsqu'il dort confortablement dans son lit.

Il ne faut pas oublier le ronfleur diabétique, étant donné son risque déjà élevé de maladie vasculaire, d'autant plus qu'il est souvent obèse (tableau IV). Enfin, tout ronfleur vivant des crises d'hypersomnolence diurne doit subir une évaluation plus poussée, surtout s'il est camionneur ou s'il a déjà causé des accidents. Pour conclure, le tableau V contient six

Tableau IV**Évaluation recommandée pour le SAOS****Ronfleur présentant les caractéristiques suivantes :**

- ⊕ Circonférence du cou ajustée supérieure ou égale à 43 cm
- ⊕ Hypertension artérielle
- ⊕ Antécédents de maladie cardiovasculaire ou vasculaire cérébrale
- ⊕ Diabète
- ⊕ Hypersomnolence diurne

Tableau V**Six indices d'apnée du sommeil**

- ⊕ Ronflement
- ⊕ Pauses respiratoires ou étouffements nocturnes
- ⊕ Indice de masse corporelle élevé
- ⊕ Hypertension artérielle
- ⊕ Circonférence du cou importante
- ⊕ Hypersomnolence diurne

indices d'apnée du sommeil qui devraient vous mettre la puce à l'oreille.

Revenons à Martin

À la suite d'un examen poussé, vous remarquez que Martin présente une rétrognathie significative. Bon ronfleur, pauses respiratoires confirmées par sa femme, HTA traitée par deux antihypertenseurs. Vous décidez donc de pousser votre évaluation plus loin, même si Martin n'a pas de symptômes de SAOS et que son poids est normal. D'ailleurs, sa CCA est de 47 cm, ce qui lui confère un risque modéré d'apnée du sommeil. Si un SAOS était confirmé par polysomnographie, le traitement de l'apnée du sommeil pourrait lui permettre de mieux maîtriser son HTA et, du même coup, de diminuer ses risques d'AVC et de maladie cardiovasculaire. ☞

Tout patient dont la circonférence du cou ajustée est égale ou supérieure à 43 cm devrait faire l'objet d'une évaluation.

Repère

Summary

Doctor, my husband snores and stops breathing when he sleeps!

Obstructive sleep apnea (OSA) is a common breathing disorder affecting 9% of women and 24% of men. Characterized by a blockage of the upper airways during sleep, it can be partial (hypopnea) or complete (apnea). Many physical traits are indicators of the likelihood of the OSA diagnosis and even though obesity is the main risk factor, neck girth is a more important apnea predictor than body mass index (BMI). Measuring the neck girth can help determine whether the patient is at low, moderate or high risk for OSA diagnosis. A large tongue, tonsils hypertrophy, nasal obstruction or microretrognathia are other apnea predispositions. Daytime sleepiness is the main symptom and it can be measured using the Epworth Sleepiness Scale. Hypertension is a consequence of OSA. Of course, snoring is prevalent; any snorer with a cardiovascular or cerebrovascular disease, who is diabetic or suffering from hypertension, especially if blood pressure is difficult to control, should be investigated for apnea.

Keywords: apnea, sleep, sleepiness, snoring

Date de réception : 16 décembre 2007

Date d'acceptation : 28 janvier 2008

Mots-clés : apnée, sommeil, somnolence, ronflement

La D^{re} Rebecca Langlais n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Young T, Palta M, Dempsey J et coll. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993 ; 328 (7) : 1230-5.
2. Flemons WW, Whitelaw WA, Brant R et coll. Likelihood ratios for a sleep apnea clinical prediction rule. *Am J Respir Crit Care Med* 1994 ; 150 : 1279-85.
3. Walls RM, rédacteur. *Manual of Emergency Airway Management*. 2^e éd. figure 6-4. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2004. p.78.
4. Logan AG, Perlikowski SM, Mente A et coll. High prevalence of unrecognized sleep apnea in drug-resistant hypertension. *J Hypertens* 2001 ; 19 (12) : 1-7.
5. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991 ; 14 (6) : 540-5.
6. Flemons WW, McNicholas WT. Clinical prediction of the sleep apnea syndrome. *Sleep Med Rev* 1997 ; 1 (1) : 19-32.
7. Flemons WW. Clinical Practice. Obstructive sleep apnea. *N Engl J Med* 2002 ; 347 (7) : 498-504.
8. Kryger MH, Roth T, Dement WC. *Principles and practice of sleep medicine*. 3^e éd. Philadelphie : WB Saunders ; 2000. 1336 p.
9. McNicholas WT, Phillipson EA. *Breathing disorders in sleep*. 1^{re} éd. Londres : WB Saunders ; 2002. 339 p.
10. Rodenstein DO. Syndrome d'apnées du sommeil : aspects épidémiologiques et physiopathologiques. *Louvain Médical* 2006 ; 125 (2) : S4-7. Faculté de médecine de l'UCL, Bruxelles. Site Internet : www.md.ucl.ac.be/loumed/V125,%202006/S04-07.pdf (Date de consultation : le 27 février 2008).