

LA RHONCOPATHIE ET LES APNEES DU SOMMEIL

Un sujet d 'actualité

Le ronflement dans la littérature

Essentiellement vu sous l'angle comique

- *"il ronflait avec un bruit de tuyau d'orgues, des renaclements prolongés, des ébranlements comiques"*

MAUPASSANT - Une aventure parisienne

- *"Nanon ronflait à ébranler les planchers"*

BALZAC - Eugénie Grandet

Le ronflement dans la littérature

Rarement comme un bruit angoissant

- *"Il s'endormait avant elle. Comment attendre le sommeil auprès de ce grand corps dont les ronflements tournaient à l'angoisse ?"*

François MAURIAC - Thérèse Duqueyroux

Dans la BD



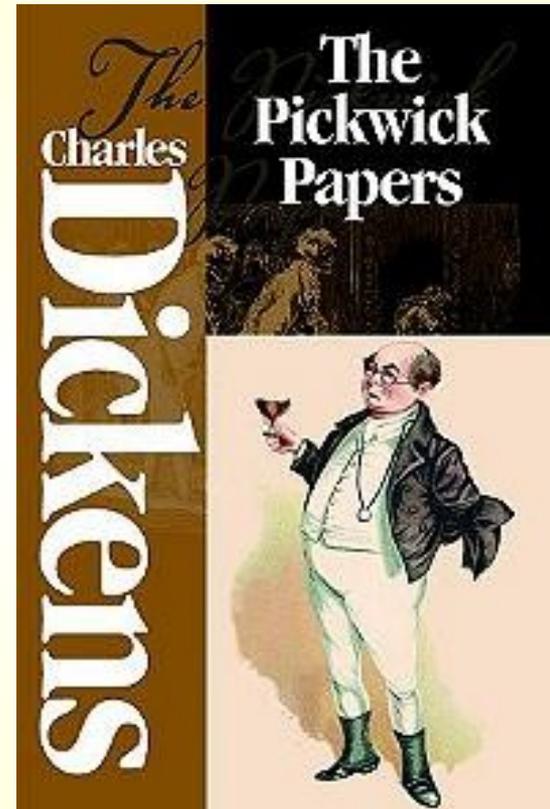
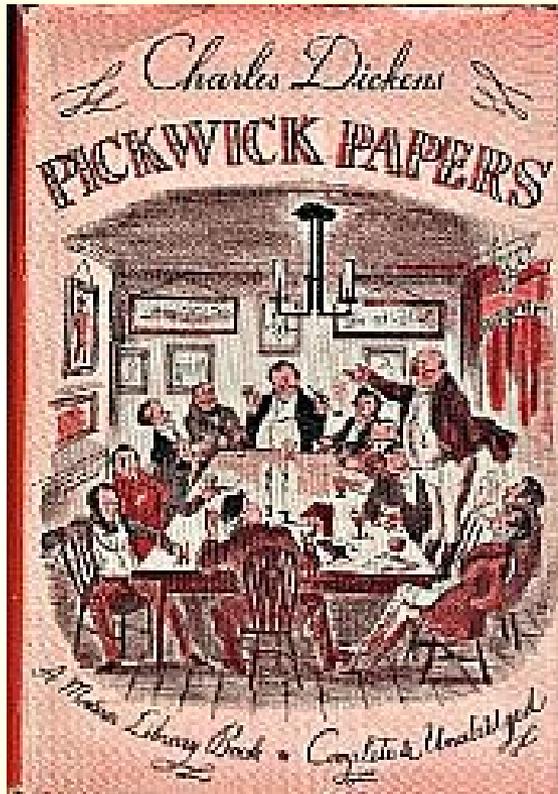
Une représentation classique du sommeil

L 'apnée du sommeil dans la littérature

Première description antiquité

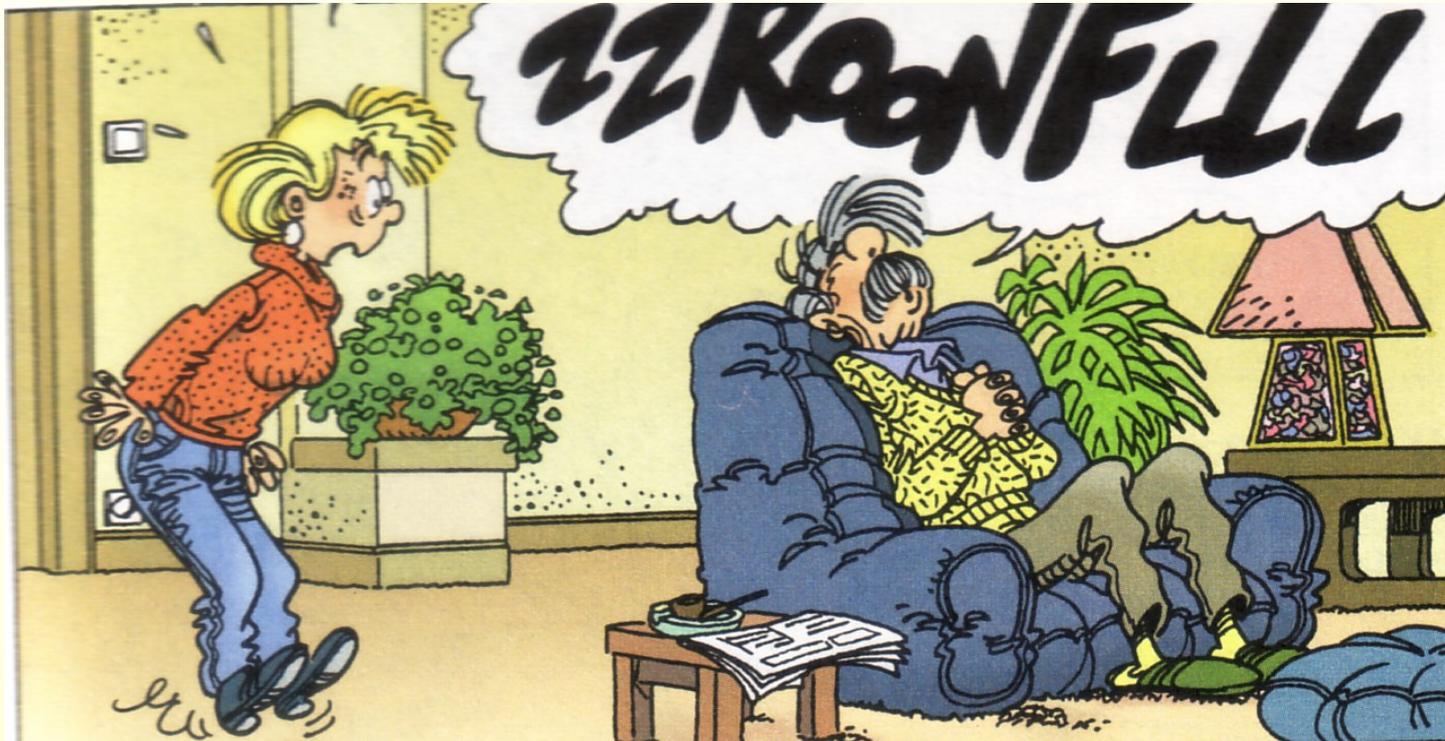
- *pour réveiller Dionysios, (période d'Alexandre le Grand), il fallait enfoncer de longues aiguilles qui devaient traverser la graisse jusqu'à atteindre le muscle*

L'apnée du sommeil dans la littérature

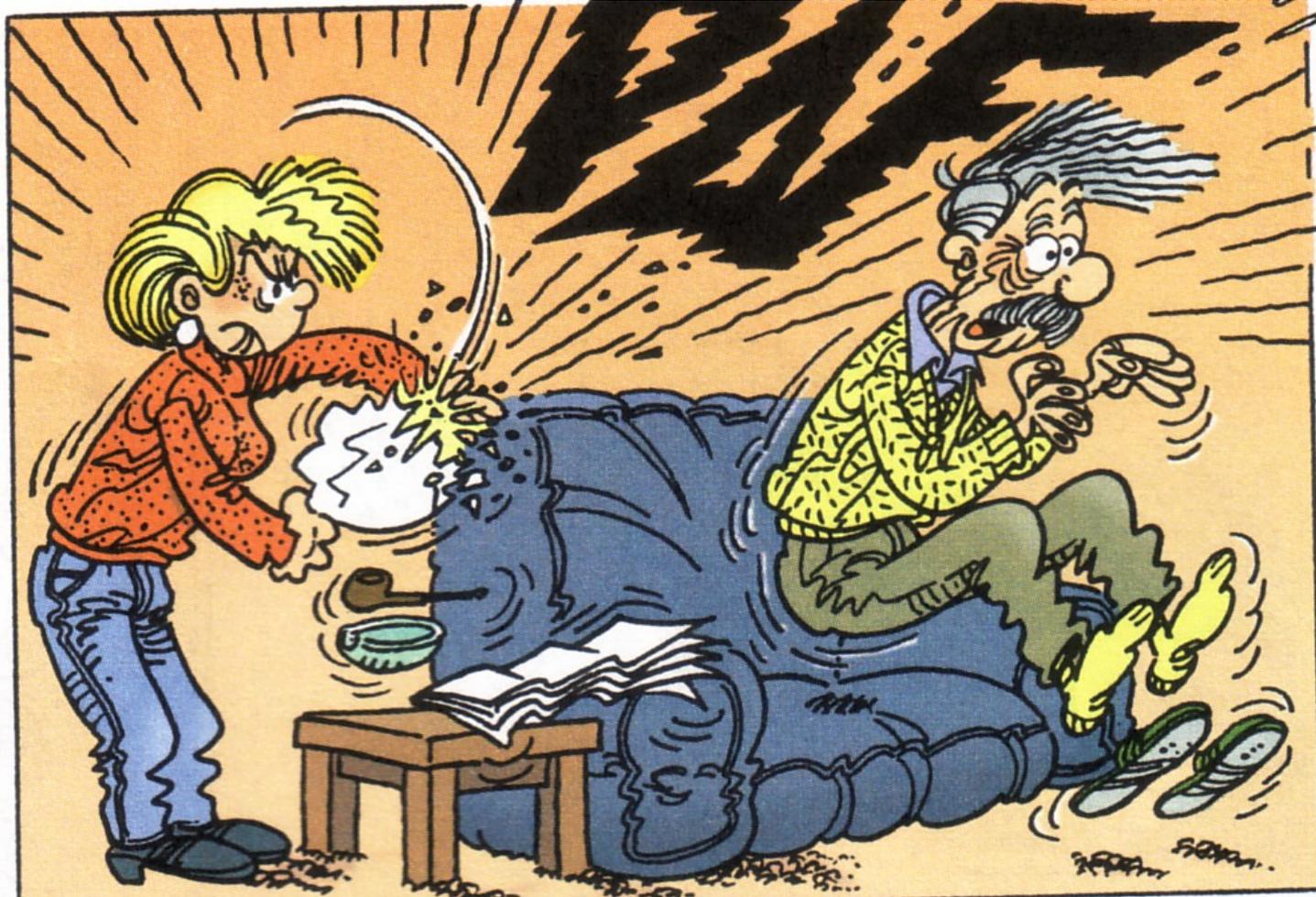


Le syndrome de Pickwick

Le Rhonchopathe



Un agresseur qu'il faut empêcher de nuire ?

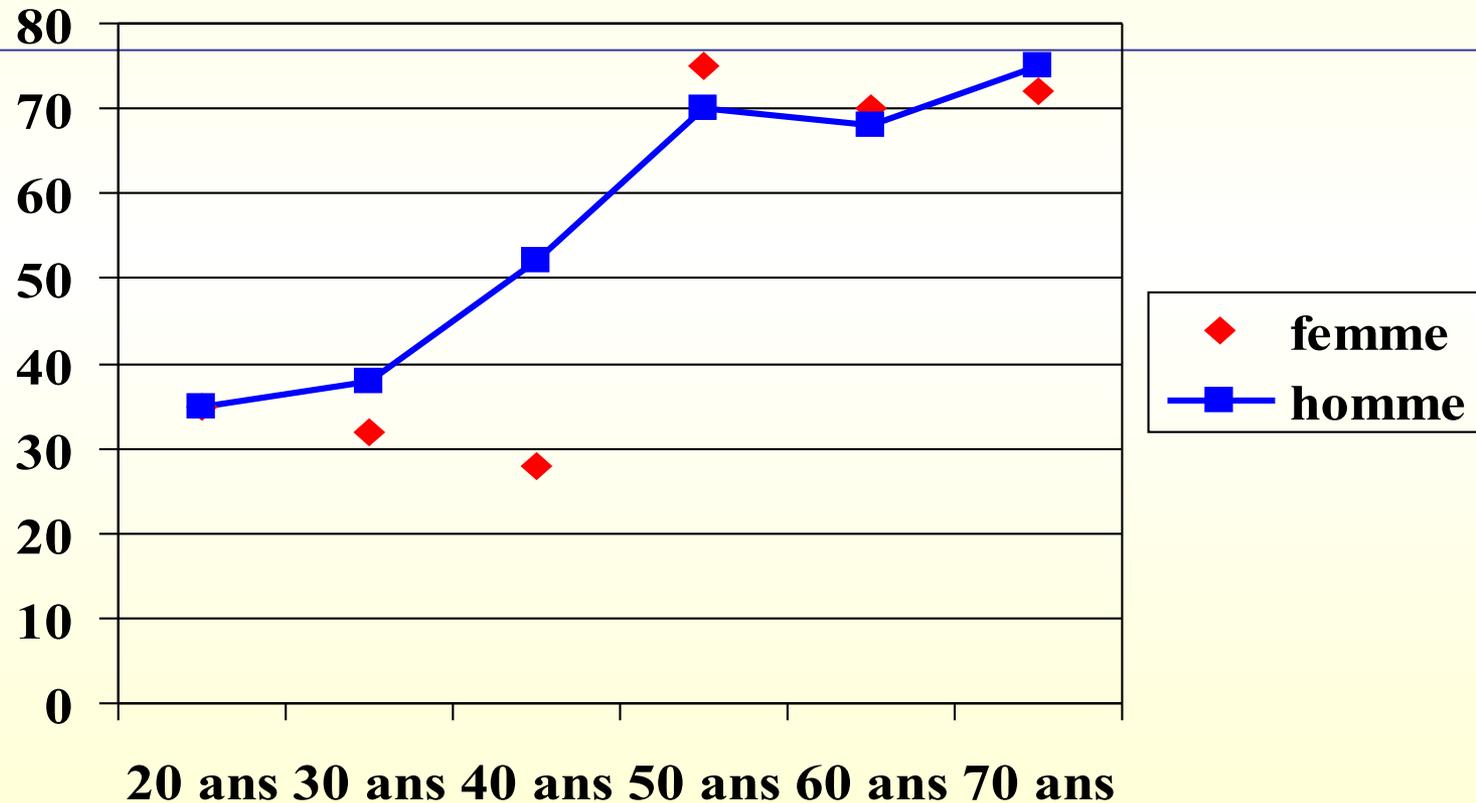


Quelques définitions

- Ronflement, rhonchopathie (1986 Pr Chouard)
 - bruit inspiratoire
 - chronique
- Apnée = arrêt > 10 seconde
 - obstructive
 - centrale
 - mixte
- hypopnée : réduction flux de 50%

Epidémiologie

- Ronfleur : Evolution avec l'âge +++



Epidemiologie

- Le syndrome d 'apnée du sommeil
 - 4% de la population masculine
 - 2% de la population féminine
 - 10% des ronfleurs
 - 30% des hypertendus...
 - la fréquence augmente avec l 'âge

Régions anatomiques impliquées

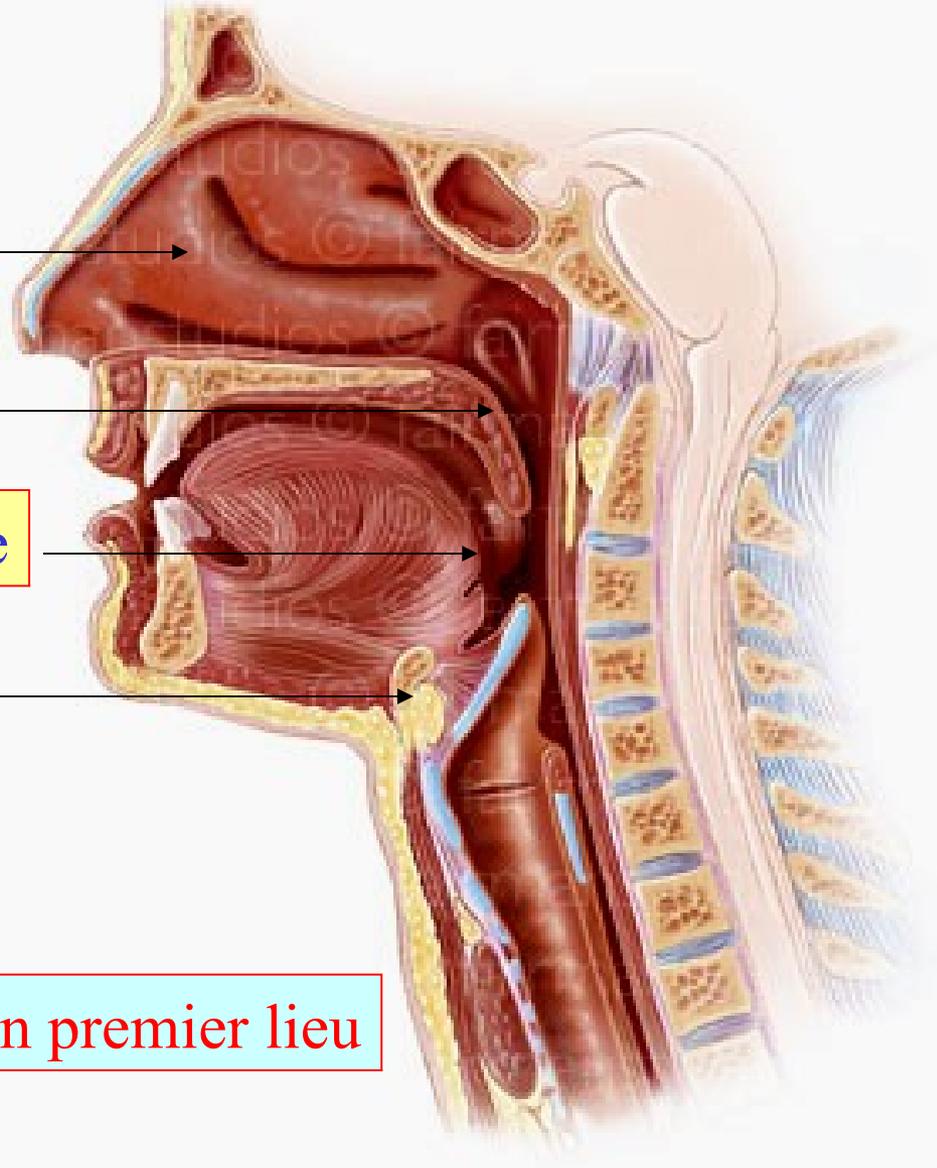
Le Nez

Le voile

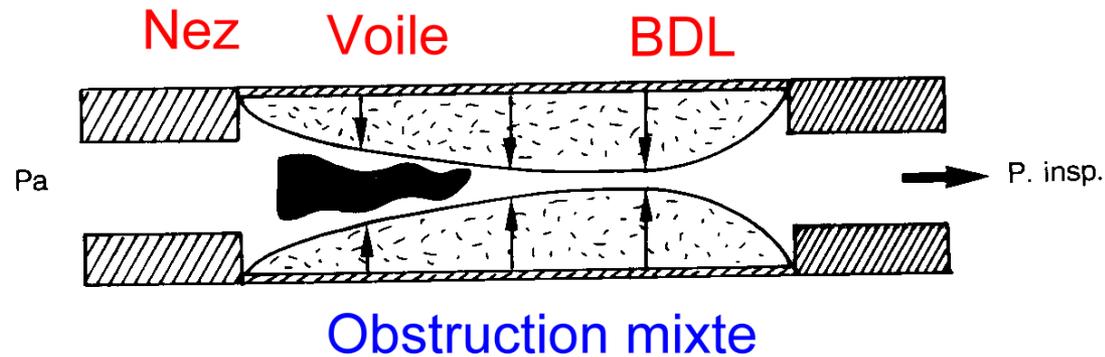
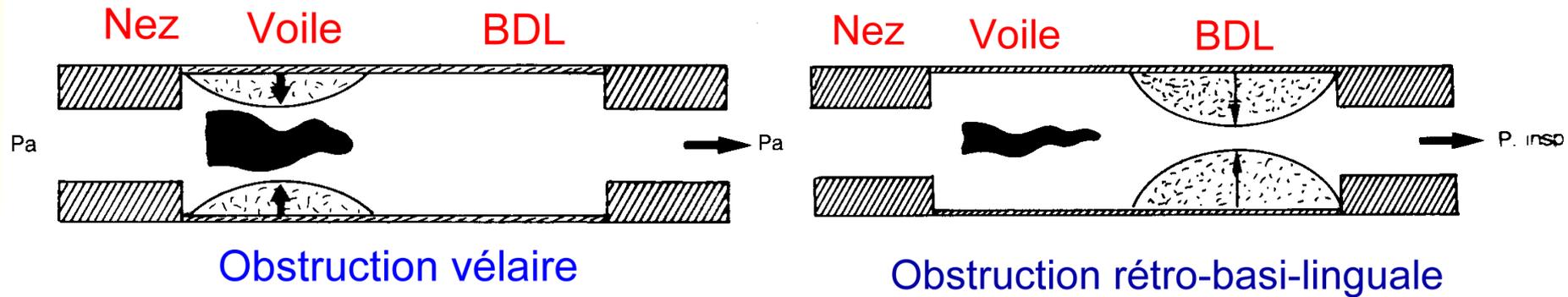
La région rétro-basilinguale

L 'os hyoide

Concerne donc l 'ORL en premier lieu



Physiopathologie



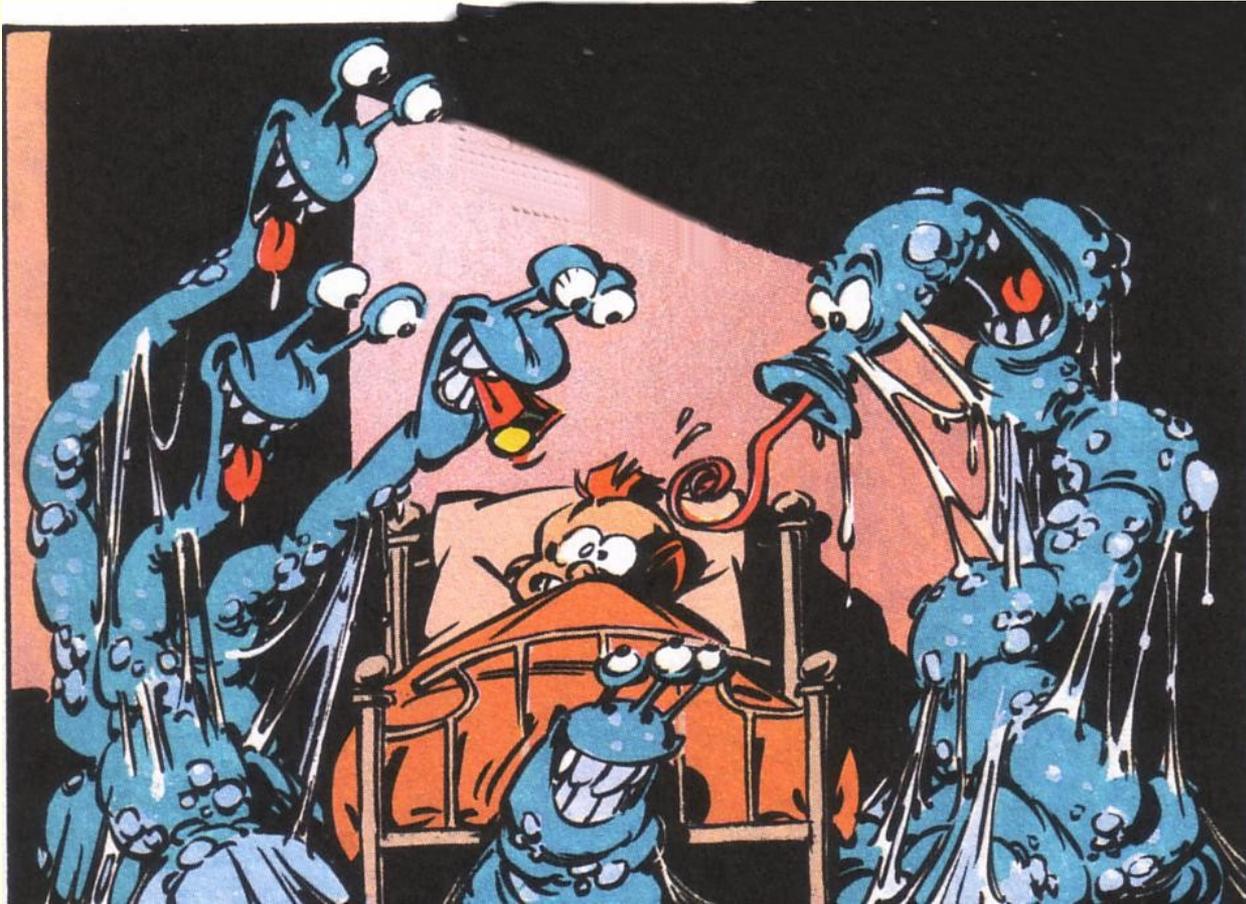
Clinique

- La rhonchopathie chronique : LE BRUIT



- Parfois 70 à 80 dB!!
- Souvent ce sont les dires du conjoints (fiable?)
- gêne parfois aussi le patient
 - micro réveils
 - vie sociale

La nuit de l'apnéique



Cauchemars chez l'enfant

la journée de l'apnéique

Somnolence diurne



Dépression



Perte de mémoire



Troubles du caractère,
irritabilité



Asthénie, fatigabilité, perte
libido



Echelle Epworth

SITUATION	Chance de somnoler
Assis en train de lire	0 1 2 3
regarder la télévision	0 1 2 3
assis inactif dans un endroit public	0 1 2 3
passager d'une voiture roulant plus d'1 heure	0 1 2 3
allongé l'après midi	0 1 2 3
assis en train de parler	0 1 2 3
assis après un repas sans alcool	0 1 2 3
dans un bouchon en voiture	0 1 2 3

Pathologie : score > 11/24

Examen Clinique

- Index de masse corporelle (poids/taille²) :>30 = Obésité
- habitus (Alcool - tabac)
- HTA, troubles cardiovasculaires



Bilan complémentaire

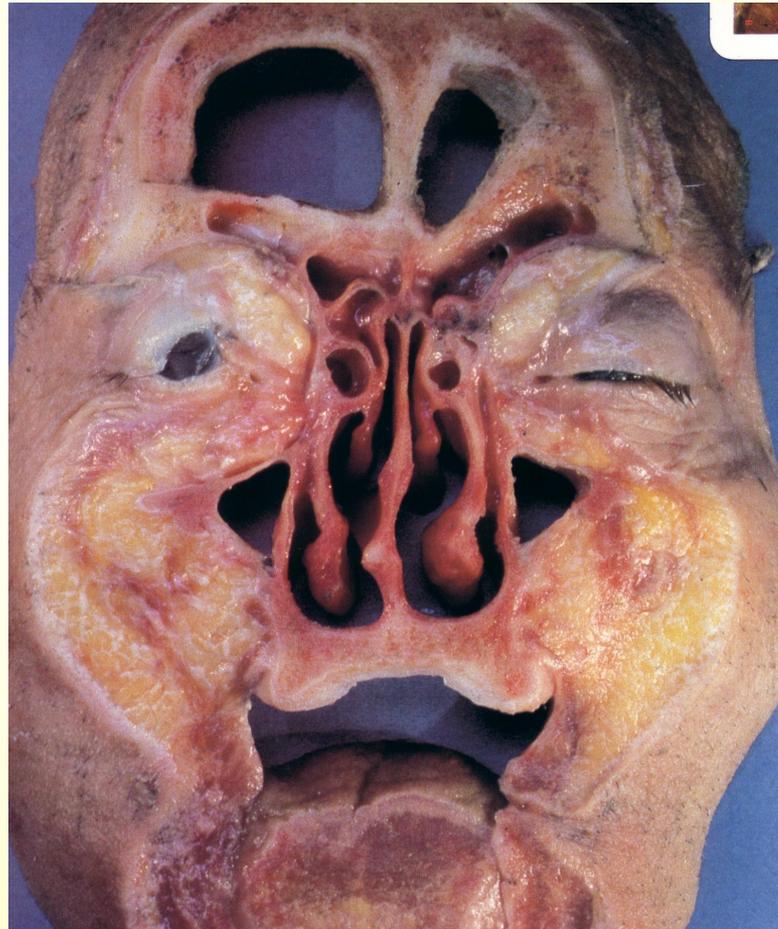
- Biologique : troubles métaboliques
- Enregistrement du sommeil
- radiologique

Examen ORL

Indispensable si on soupçonne un SAOS

- Obstruction nasale (30 à 50% des cas)
- Anomalies du voile (30% des cas)
- Anomalies de la luette (52% des cas)

Septum et cornets inférieurs



Voile et luette



Fosses nasales et pharyngo-larynx

- Naso-fibroskopie +++
 - confirme la cause de l'obstruction nasale
 - analyse la région rétro-basilinguale
 - permet la manœuvre de Muller

Fosses nasales et pharyngo-larynx



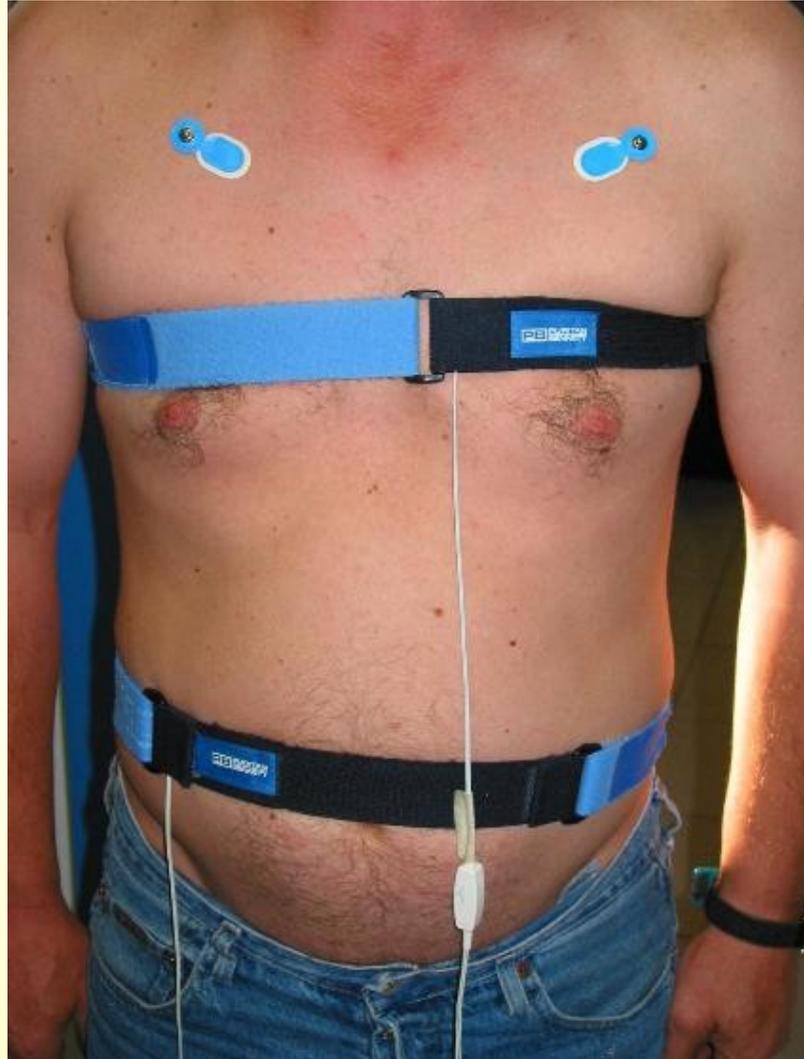
Enregistrement du sommeil élément clé du diagnostic

- Enregistrement polygraphique ambulatoire
 - oxymétrie de pouls
 - flux nasal (parfois)
 - mouvements nocturnes
 - (phonogramme)

Appareil ambulatoire



Appareil ambulatoire



Compte rendu enregistrement

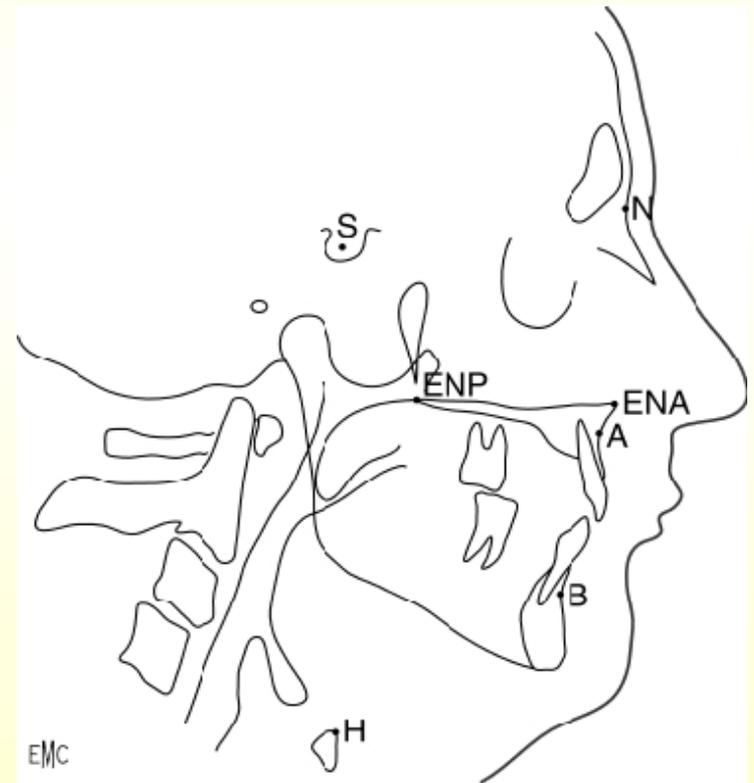
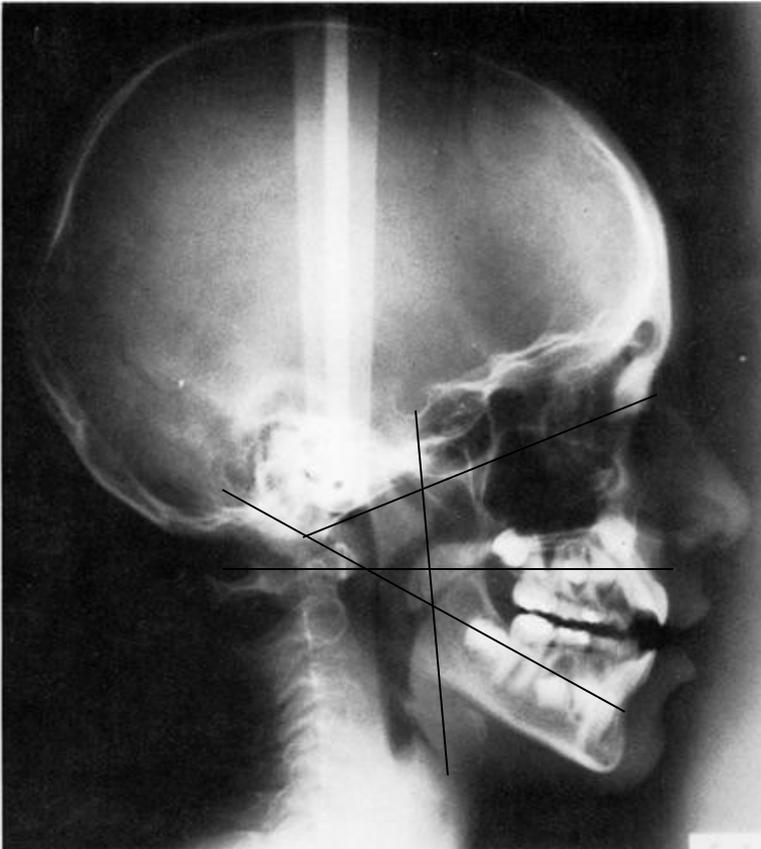
- durée d'enregistrement
- nb d'apnées hypopnées par heure
- % événements centraux et mixtes
- nb d'épisodes de désaturations et le temps au dessous de 90%

Enregistrement polysomnographique

- nécessite une hospitalisation (coût)
- EEG
- Electro-oculogramme
- Electro-myogramme
- mesure pression oesophagienne
- réalisé en cas de doute sur polygraphie

Bilan radiologique

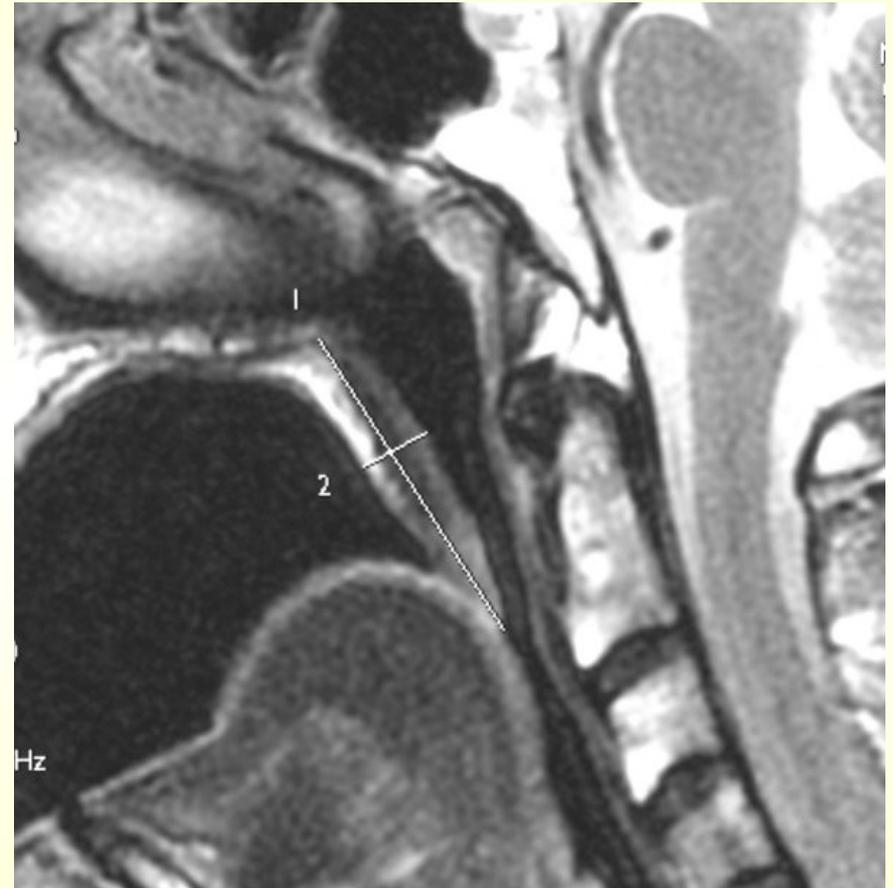
Céphalométrie



Bilan radiologique



TDM axial



IRM sagittale

Résultats

- clinique RAS
- Epworth < 11/24
- IAH < 5/h

Rhonchopathie simple

Prise en charge ORL

- clinique évocatrice
- Epworth > 11/24
- IAH > 10/h

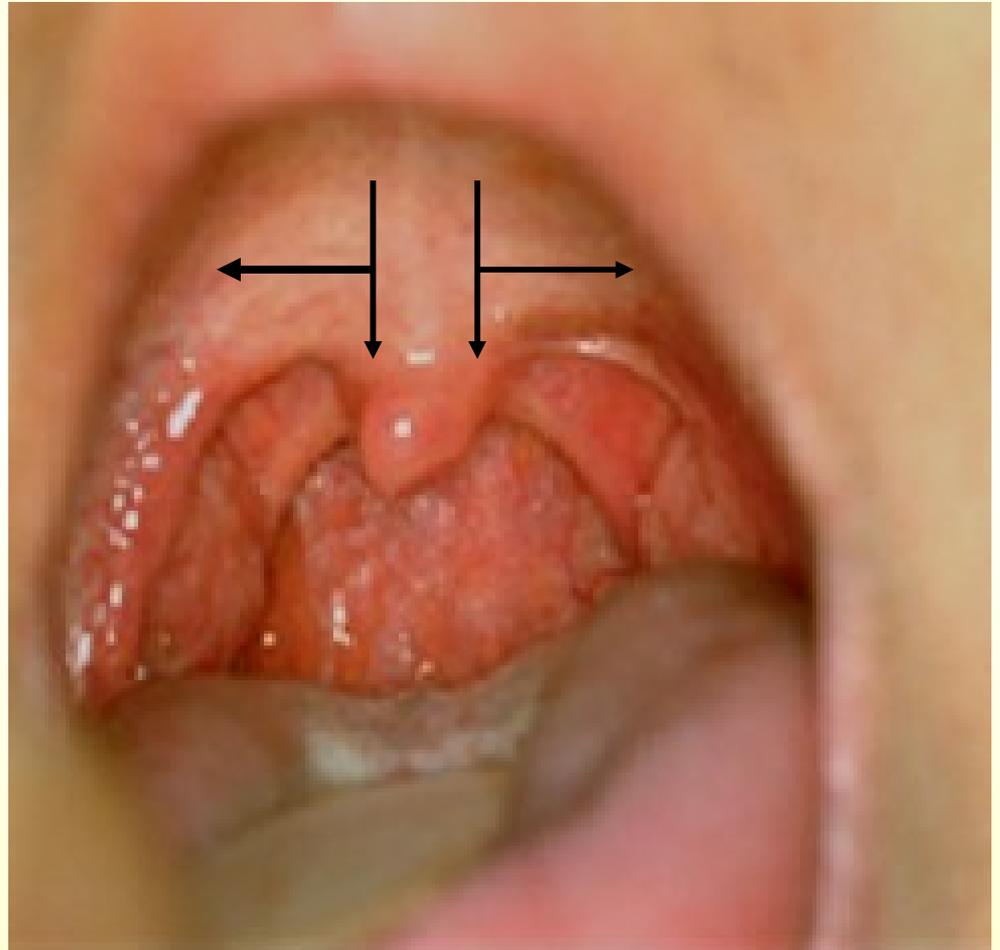
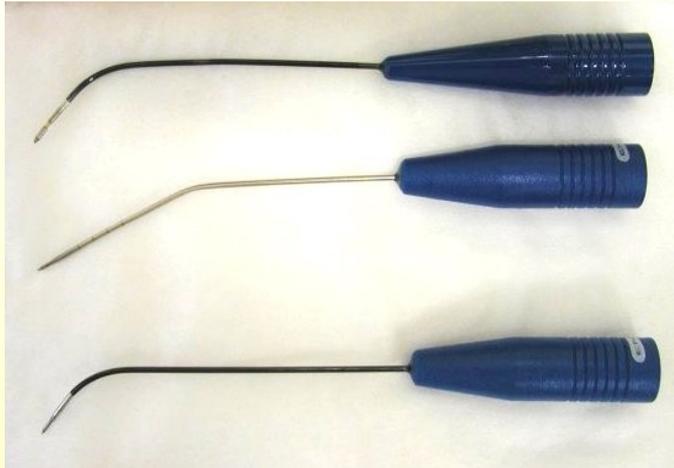
SAOS

**Prise en charge
multidisciplinaire**

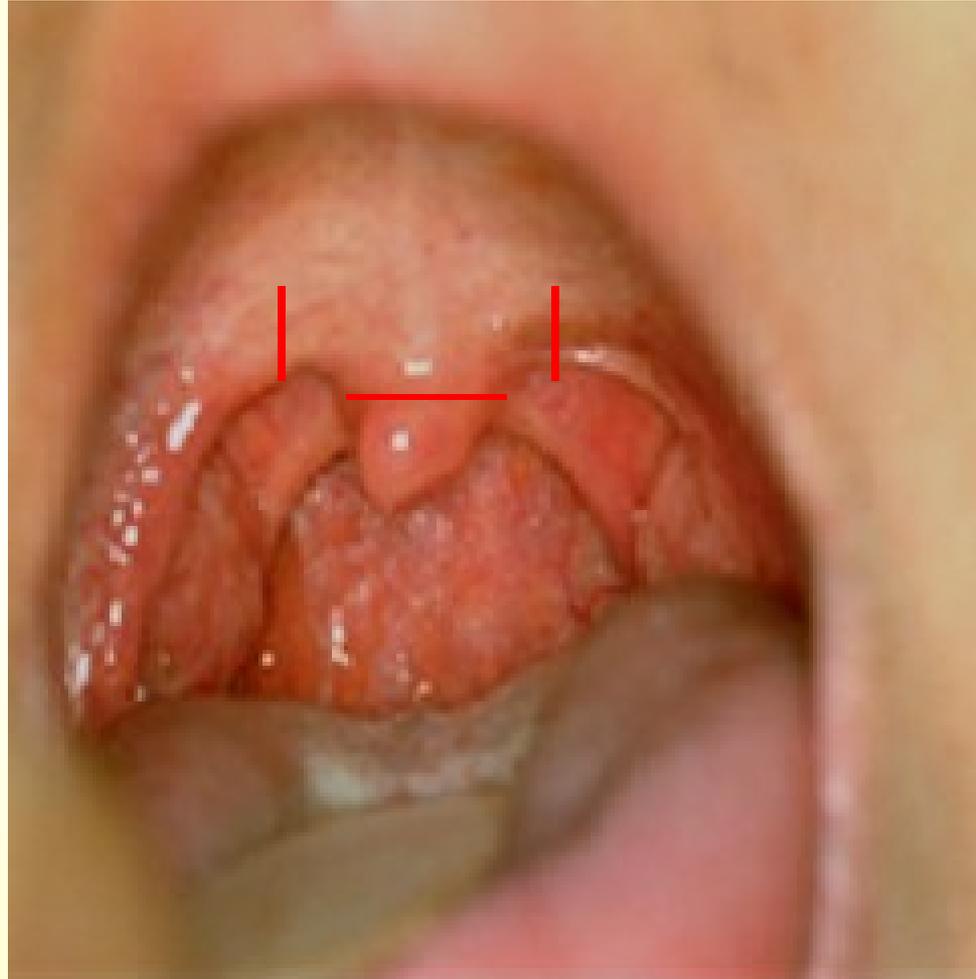
Moyens thérapeutiques

- Rhonchopathie simple
 - mesures hygiéno-diététiques
 - Mesures posturales
 - moyens physiques : radiofréquence
 - Chirurgie :
 - le laser,
 - 1 'UVPP (IAH < 20)
 - la septo-turbinectomie

La radiofréquence

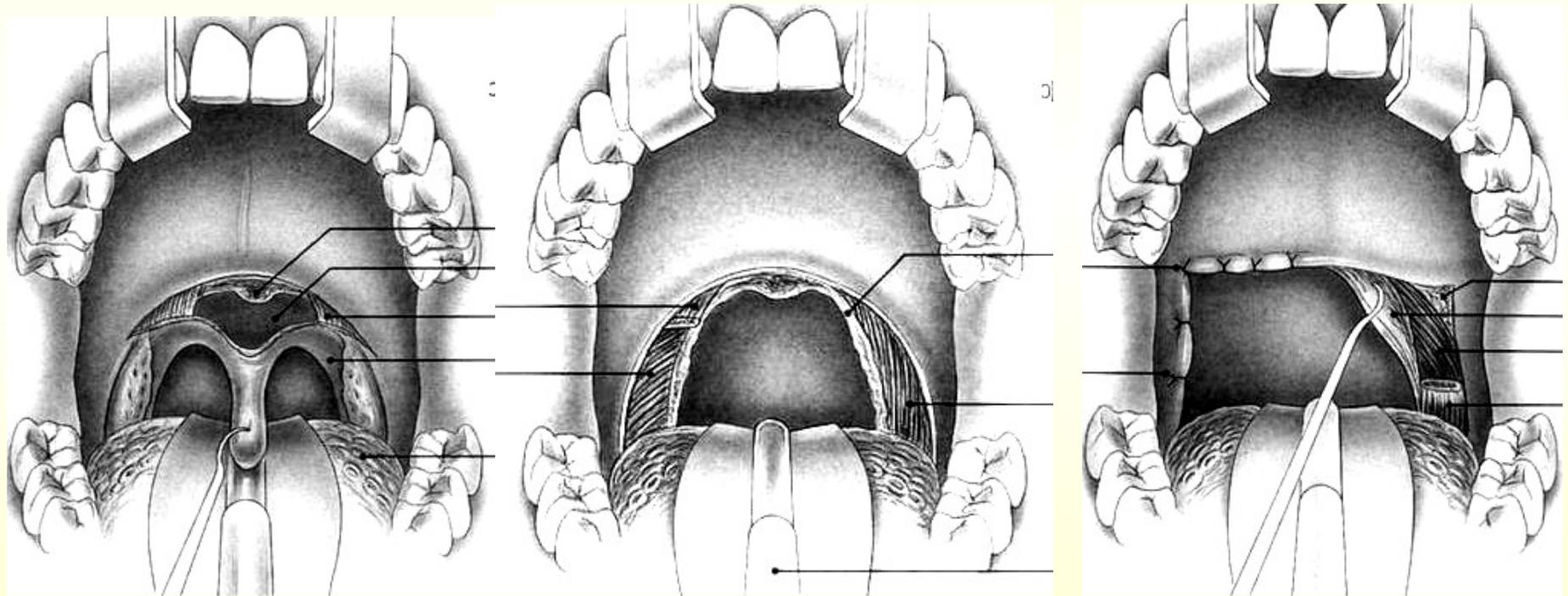


Le Laser



Uvulo-pharyngo-plastie

Principes : diminuer la hauteur du voile, élargir le pharynx



Suites opératoires

- Normales :
 - douleurs 10 jours environ
 - reflux nasal 1 mois
 - Ronflement ++ (œdème)
- Compliquées :
 - hémorragie (amygdales)
 - insuffisance vélaire
 - sténose (rare)

Avantages - Inconvénients

- Radiofréquence
 - simple, sans douleur, sous anesthésie locale
 - onéreuse pour le patient, résultats 25% à 40%
- Laser
 - simple, ambulatoire, anesthésie locale
 - matériel, résultats non validés entre 30 et 60%
- UVPP seule validée par l'ANAES
 - prise en charge SS, résultats entre 60 et 80%
 - AG, douleurs, risques opératoires, risques cicatriciels, CI en cas de SAOS

Pourquoi traiter le SAOS

- Augmentation morbidité prouvée dans toutes les études
 - HTA
 - HTP
 - Cardiopathie
 - Troubles métaboliques
 - accidentologie

Moyens

- Mesures hygièno-diététiques
- Assistance ventilatoire par PPC
- Orthèse avancée mandibulaire
- Chirurgie
 - UVPP
 - Septo-turbinectomie
 - Basiglossectomie, trachéotomie
 - Ostéotomie bimaxillaire

Perte de poids ?



Efficacité certaine, mais 90% d'échec

Pression positive Continue



100% d'efficacité, 60 à 80% de tolérance

Place de la septo-turbinectomie

- Ronflement simple et obstruction nasale
 - soit 2 interventions distinctes en débutant par le nez
 - soit dans le même temps opératoire avec 1 'UVPP
- Dans le SAOS
 - pas d'étude montrant une efficacité seule
 - mais améliore +++ la compliance à la PPC

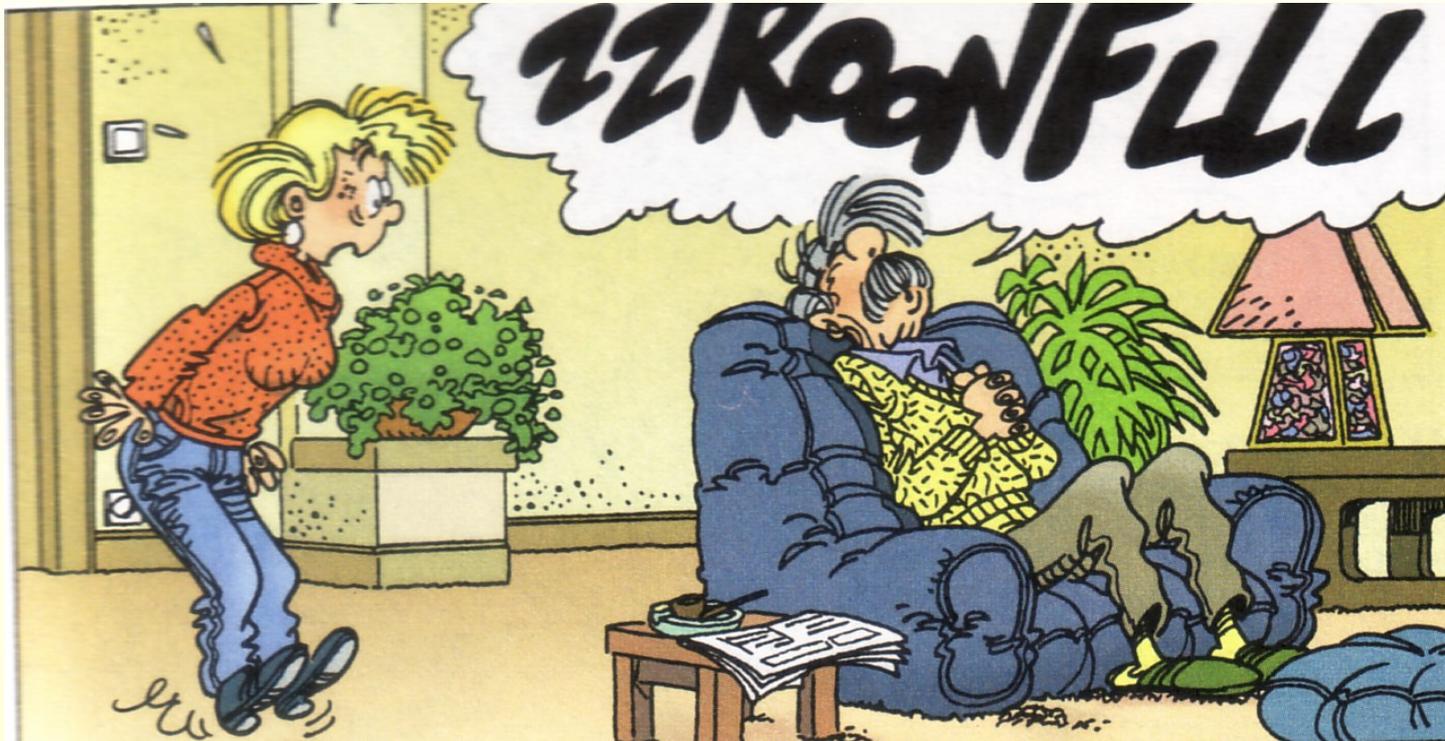
Les autres traitements

- Résultent d'un échec de l'Upp et/ou de la PPC
- Indication d'orthèse d'avancée mandibulaire
- Indication opératoire : SAOS >30/h
 - trachéotomie 100% mais
 - chirurgie bimaxillaire, basiglossectomie etc...

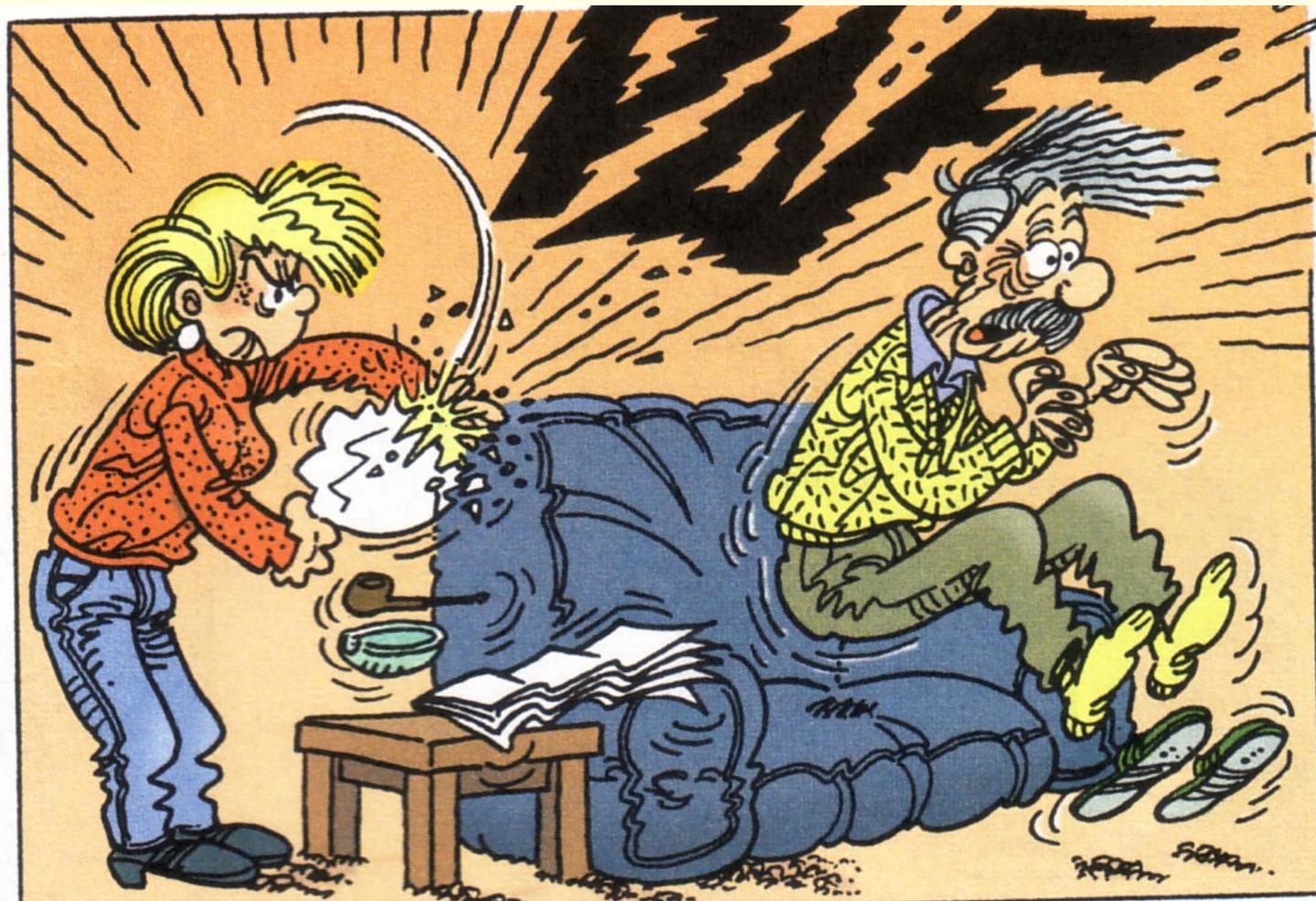
Conclusion

- Bilan = Rhonchopathe simple ou SAOS
- rhonchopathe simple
 - possibilités thérapeutiques
 - consentement éclairé car chirurgie « de confort »
- SAOS
 - traitement indispensable
 - confirmé par ANAES : anaes.fr/anaes/Publications.nsf

Le Rhonchopathe



N'est pas un agresseur qu'il faut empêcher de nuire



plutôt un malade à secourir

MARE-ROSE, QU'EST-CE
QUI TE PREND?
T'ES DEVENUE
FOLLE OU QUOI?

POTOPOM
POTOPOM
POTOPOM

