

Quelles alternatives thérapeutiques à la CPAP ?

S. Maâlej.

Service de Pneumologie D. Hôpital Abderrahmen Mami Ariana - Tunisie

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère (SAOS) est caractérisé par un collapsus inspiratoire répété du pharynx au cours du sommeil. Affection coûteuse pour la collectivité, elle est associée à une morbidité importante nécessitant une prise en charge précoce et adaptée.

Les objectifs thérapeutiques du syndrome d'apnées du sommeil sont la suppression des troubles respiratoires au cours du sommeil et de leurs conséquences. La ventilation nocturne par pression positive continue (CPAP) constitue le traitement standard du SAOS.

Toutefois, malgré l'amélioration des techniques de ventilation et de la qualité des masques, l'observance thérapeutique, définie par une utilisation de la PPC plus de 4 heures par nuit, n'est observée que chez 50 % des malades. L'abandon de la CPAP est plus élevé chez les patients porteurs de SAOS léger à modéré et chez les sujets jeunes en activité.

Ainsi, il est indispensable de développer des propositions thérapeutiques alternatives en s'appuyant sur la physiologie des voies aériennes supérieures (VAS) et sur les différents mécanismes à l'origine du SAOS. Ces alternatives sont actuellement bien individualisées grâce aux résultats de nombreux travaux récents.

Les alternatives thérapeutiques sont :

L'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) le principe mécanique de l'OAM est d'élargir l'espace aérien rétro lingual. Elle nécessite un parfait état dentaire et un suivi orthodontique régulier pour éviter des répercussions dommageables sur l'articulation temporo-mandibulaire et la dentition. Grâce à la mise au point de dispositifs sur mesure de plus en plus sophistiquée, l'OAM représente actuellement une alternative thérapeutique de choix pour le SAOS léger à modéré (évidence A), chez des malades sélectionnés, présentant un collapsus rétro lingual prédominant et un état dentaire adéquat. Son efficacité est identique à celle de la PPC en termes d'amélioration des symptômes et de bénéfice sur les co-morbidités notamment cardio-vasculaires avec une tolérance et une observance supérieure à celle obtenue avec la PPC.

Mais, son efficacité sur l'index d'apnées-hypopnées (IAH), bien que significative reste inférieure à celle de la PPC.

Chez les patients porteurs d'un SAOS sévère, l'OAM est indiquée en seconde intention en cas de refus ou de mauvaise tolérance à la PPC. Toutefois, le coût élevé constitue un obstacle réel pour la mise en place de ces orthèses.

Les effets indésirables rapportés sont: xérostomie, hypersalivation, sécheresse buccale et douleur des articulations temporo-mandibulaires... Le risque de déplacement des dents impose un suivi au long cours par un dentiste.

La neuro stimulation de l'hypoglosse : il s'agit d'une stimulation nerveuse (nerf hypoglosse) du muscle génioglosse, principale muscle dilatateur du pharynx, via la mise en place chirurgicalement sous anesthésie générale d'un neurostimulateur implantable synchronisé sur l'inspiration du patient. La contraction du génioglosse par la stimulation de son nerf hypoglosse s'accompagne d'une ouverture des VAS par un effet de protrusion de la langue. L'intensité de la stimulation nerveuse est déterminée par une titration manuelle au cours d'une nuit de polysomnographie.

Les résultats portant sur les 3 derniers appareils testés (Apnex medical, Inspire medical system, inthera medical) sont prometteurs avec une réduction significative de l'IAH et une amélioration de la qualité du sommeil associée à une réduction du nombre des microéveils. La commercialisation des premiers appareils disponibles pourrait avoir lieu dans un délai de 2 à 3 ans.

Pression négative appliquée sur la langue : c'est un système d'application d'une pression négative sur la cavité buccale au cours du sommeil. Celle-ci entraîne une augmentation de tous les diamètres des VAS rétro palatines s'accompagnant d'un avancement de la langue et du palais mou. Les résultats sont satisfaisants mais méritent d'être confirmés sur une population plus importante et à plus long terme.

Médicaments il n'existe aucun traitement médicamenteux spécifique du SAOS. Un effet sur la diminution de l'IAH a été noté avec quelques médicaments : phosphocholinamine, mirtazapine, acétazolamide, protryptilline. Toutefois, cet effet est modéré à court terme et sur des petits échantillons.

La chirurgie Le concept du traitement chirurgical du SAOS repose sur la possibilité d'obstacles anatomiques à l'origine de ce syndrome. Ces rétrécissements peuvent être à des étages différents d'où le concept de la chirurgie à plusieurs niveaux et la nécessité d'un examen ORL clinique et radiologique minutieux. Le but de la chirurgie est de restaurer une perméabilité normale des VAS.

Les principales options chirurgicales sont les suivantes :

a/ L'uvulopalato pharyngoplastie : réduction volumétrique du voile du palais et de la luette, associée à une ablation des amygdales et une remise en tension des parois latérales du pharynx. Les résultats sont estimées à 40 – 50% en terme de réduction d'IAH chez une population sélectionnée non obèse (IMC < 30 kg/m²) et ayant un SAOS léger à modéré (IAH < 30/h)

b/ La pharyngoplastie par laser n'est pas efficace sur le SAOS. Elle est utilisée dans le traitement du ronflement.

c/ La radiofréquence vélaire : elle consiste à une réduction du voile du palais par l'effet d'un courant électrique. Plusieurs séances sont souvent nécessaires sous anesthésie locale. Ce traitement peut être utilisé chez les patients non obèses dont le SAOS est léger.

d/ La chirurgie linguale pour les obstacles rétro basi-linguaux. Elle est très rarement pratiquée.

e/ La chirurgie osseuse ou hyoïdienne est une chirurgie d'avancée maxillo mandibulaire, lourde. Son efficacité sur l'IAH à court et à long terme est observée dans 65 à 100% des cas. Elle constitue donc une alternative à considérer chez les patients non obèses, jeunes, sans co-morbidités importantes dont le SAOS est léger à modéré.

Conclusion

Dans l'état actuel des connaissances, les alternatives

thérapeutiques à la CPAP sont intéressantes. Elles peuvent être utilisées seules, en association ou en alternance avec la CPAP. Elles doivent être connues par le spécialiste en sommeil et intégrées dans la stratégie de PEC adaptée des patients porteurs d'un SAOS, et après une sélection soigneuse de ces patients. Ainsi, les sujets doivent être pris en charge par une équipe multidisciplinaire, et informée de toutes les options thérapeutiques en respectant leurs souhaits dans le choix de leur traitement.

Références

1. WJ Randerath, J. Verbraecken, S. Andreas et al. Non – CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J* 2011 ; 37 :1000-28
2. V. Bironneau, M. Gilbert, P. Lorente, JC. Meurice. Troubles respiratoires au cours du sommeil. *Rev Mal Respir* 2013 ; 5 : 63-73
3. JC. Meurice. Alternatives thérapeutiques modernes à la CPAP dans le traitement du syndrome d'apnées obstructives du sommeil. *Rev Mal Respir* 2012 ; 4 :399-404
4. F. Gagnadoux. L'orthèse d'avancée mandibulaire : une véritable alternative thérapeutique. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23 :7S51-7S54
5. S. Besnad. Contrôle neurologique des voies aériennes supérieures : nouvelles pistes thérapeutiques ?. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23 : 7S87-7S89
6. S. Simon, N. Collop. Latest