

Conduite à tenir - Réseau Morphée

Devant un patient traité par PPC

Définition

La pression positive continue (PPC) est indiquée chez les patients ayant des apnées/hypopnées obstructives du sommeil, dont l'indice d'apnées-hypopnées (IAH) est supérieur à 30 / heure, en présence de 3 symptômes inexpliqués par une autre cause, parmi ceux-ci (arrêté du 13dec2017):

- somnolence diurne,
- ronflements sévères et quotidiens,
- sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil,
- fatigue diurne,
- nycturie,
- céphalées matinales.



On peut décider de traiter un patient avec un IAH compris entre 15 et 30 :

- En cas de somnolence diurne sévère associée et/ou de risque accidentel pouvant entraîner un dommage corporel direct ou indirect,
- En cas de comorbidité cardiovasculaire ou respiratoire grave associée (hypertension artérielle résistante, fibrillation auriculaire récidivante, insuffisance cardiaque symptomatique, maladie coronaire à haut risque, antécédent d'accident vasculaire cérébral, BPCO sévère ou asthme mal contrôlé)

En première intention, le prescripteur doit, avant d'effectuer toute prescription d'une prestation de PPC, examiner l'alternative pour le patient d'une prescription d'orthèse d'avancée mandibulaire.

Le traitement par pression positive consiste à utiliser de l'air mis sous pression par une turbine pour maintenir les voies aériennes ouvertes pendant le sommeil.

La ventilation du patient est respectée.

La pression peut-être fixe ou « autopilotée », c'est-à-dire varier entre deux niveaux de pression (dites minimale et maximale), suivant les besoins de désobstruction. Les niveaux de pression pourront être réajustés suivant les besoins, objectivés par les rapports de machine.

Prévalence

Le syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil touche environ 4 % de la population adulte.

La prévalence est beaucoup plus élevée en cas d'obésité associée, et peut s'élever à 30% lorsque l'IMC est supérieur à 30kg/m².

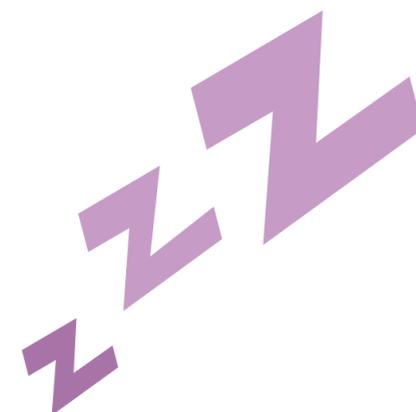


Tableau clinique: modalité d'expression des symptômes, facteurs déclenchant, signes d'accompagnement et contexte, variantes cliniques

Un patient bien traité par PPC doit pouvoir dormir confortablement avec son masque.

Cela doit conduire à une disparition des symptômes liés au SAS (ronflements, suffocations, nycturie, céphalées matinales...) et à une amélioration de la vigilance dans la journée (disparition de la plainte de somnolence, voire des siestes, meilleure concentration), amélioration de la continuité et de la qualité du sommeil (avec comme corollaires : amélioration de la forme au réveil et dans la journée, amélioration de l'humeur, disparition des difficultés de mémoire éventuelles ...)



Evaluation/ examens complémentaires

Le suivi d'un traitement par PPC à domicile nécessite de vérifier la **tolérance** du patient et l'**efficacité** de la PPC, grâce à l'enregistrement des paramètres machine suivants :

-fuites indésirables. Attention, elles compromettent l'interprétation des autres données...Il existe un niveau de fuites acceptable, seuil mentionné sur les rapports, qui correspond aux fuites intentionnelles du masque, qu'il faut respecter (permet l'évacuation du CO₂ expiré). La lecture des courbes détaillées nuit par nuit des fuites permet de faire la part entre un masque inadapté (pics isolés au-dessus du seuil) ou des ouvertures de bouche (courbes en créneaux au-dessus du seuil.)

-indice d'apnées-hypopnées résiduel sous machine, objectif : IAH <5/heure.

-pression au 90ème ou au 95ème percentile en fonction du modèle de PPC, pression médiane ou moyenne efficace. Des plateaux de la courbe de pression avec une P90 ou P95 proche de la pression maximale fixée peuvent faire suspecter une pression maximale insuffisante.

-observance (durées d'utilisation moyenne et médiane de la PPC) ; l'objectif est de dépasser les 4h par nuit d'utilisation moyenne, sans limite maximale.



Voici quelques **solutions** à envisager devant des difficultés couramment rencontrées :

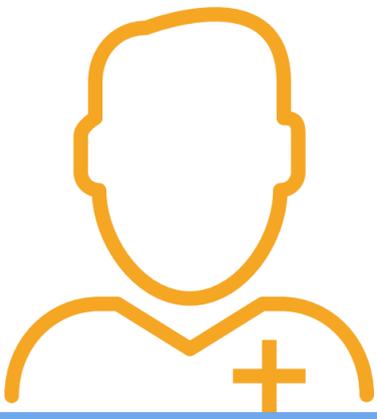
- Sensation de manque d'air ou retrait involontaire du masque pendant la nuit.

Le rapport détaillé peut mettre en évidence une pression maximale insuffisante avec des événements résiduels persistants (traduits par un IAH résiduel élevé). Un obstacle nasal doit être recherché par une consultation ORL.

- Sensation de sécheresse nasale ou buccale : mettre en place un humidificateur chauffant.

-Réveils du patient potentiellement liés aux montées en pression de la machine ; demander au prestataire de passer à un mode « confort » sur toute la nuit ou à une pression fixe (à régler à la P95 mentionnées sur le rapport).

-Fuites buccales = ouvertures de bouche, augmenter l'humidification, vérifier qu'il est chauffant. Si c'est insuffisant, tester un masque facial.



Conduite thérapeutique et modalités de suivi

Prescription initiale valable pour quatre mois, à réaliser par un médecin spécialiste du sommeil, après polygraphie ou polysomnographie diagnostiques. Renouvellement valable pour un an. A réaliser quatre mois après la prescription initiale puis chaque année.

Ces renouvellements doivent être l'occasion de vérifier l'observance, la tolérance et l'efficacité du traitement ainsi que les co-morbidités et l'évolution de la pression artérielle et du poids.

Un système de télé-suivi peut aujourd'hui permettre au spécialiste du sommeil prescripteur de suivre à distance l'amélioration des données.

La fiabilité des rapports machine a été validée et si l'amélioration clinique et les rapports de machine sont bons, aucune surveillance supplémentaire n'est indiquée.

Si la situation n'est pas satisfaisante, le patient doit être renvoyé à son spécialiste du sommeil. Une polysomnographie sous PPC pourra être réalisée pour mieux comprendre ce qui est en cause, complétée éventuellement par une capnographie nocturne pour rechercher des événements centraux et/ ou une hypoventilation alvéolaire associée. Un traitement par une machine plus perfectionnée type autoasservie ou ventilation non invasive pourra alors être proposé en deuxième intention.

Si malgré le bon fonctionnement de la ventilation sous pression positive, le patient se plaint de fragmentation du sommeil et de peu de bénéfices, il conviendra de réévaluer le diagnostic initial.

Y ' a-t-il une insomnie associée, a-t-elle été prise en charge ?

Faut-il envisager une alternative thérapeutique : avis ORL, orthèse d'avancée mandibulaire, myothérapie fonctionnelle spécifique, n'hésitez pas à renvoyer le patient à son spécialiste du sommeil dans ces cas difficiles.



A retenir

Le suivi d'un patient apnéïque sous PPC est faisable par son médecin généraliste, en vérifiant des paramètres simples sur l'observance délivrées par le prestataire :

- Fuites contrôlées.
- Index d'apnées-hypopnées résiduels sous PPC <5/heure.
- Pression au 90 ème percentile inférieure à la pression maximale de la machine.
- Durée d'utilisation moyenne >4h/ jour.

En cas de difficultés, il faut en faire part à son prestataire de santé et/ou à son spécialiste du sommeil.



Les ressources (cliquez) :

HAS : Comment prescrire les dispositifs médicaux de traitement du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil chez l'adulte

JORF n°0293 du 16 décembre 2017 texte n° 27

FORMULAIRE DE DAP

Pour vos patients : la brochure du Réseau Morphée

