

Dire

Revue des cycles supérieurs
de l'Université de Montréal
Volume 9, numéro 3, été 2000

L'utilisation d'appareils dentaires dans le traitement du ronflement et des apnées du sommeil représente une nouvelle alternative pour les patients, peu coûteuse, réversible et non invasive. Mais attention, si le ronflement est une condition bénigne et surtout inconfortable pour les proches, l'apnée obstructive du sommeil quant à elle est une maladie mortelle, dont les personnes atteintes ignorent le plus souvent l'existence. Les conséquences majeures de ce syndrome sont une asphyxie progressive du patient et une fragmentation du sommeil, associées, le jour, à une hypersomnolence et des problèmes cardiaques graves.

Ronflement et apnées du sommeil

VOTRE DENTISTE PEUT VOUS AIDER

Florence Morisson, Orthodontiste, M.Sc. (PhD), Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal

Centre d'étude du sommeil, Hôpital du Sacré-Cœur, Laboratoire du sommeil, CHUM, pavillon Hôtel Dieu.

Le ronflement, causé par une vibration du palais mou et des structures adjacentes, représente une obstruction partielle des voies aériennes supérieures. Ce phénomène relativement commun affecte plus de 20 % de la population dont 60 % des hommes de plus de 40 ans¹. Les hommes ronflent plus que les femmes (25 % d'hommes contre 15 % de femmes). Dans la population obèse, 69 % des personnes entre 30 et 60 ans sont des ronfleurs, contre 34 % des personnes dans la population non obèse.

L'apnée du sommeil, quant à elle, se caractérise par un ronflement intense ponctué d'arrêts respiratoires complets (apnées) ou partiels (hypopnées) dus à l'obstruction intermittente des voies aériennes supérieures. Ces arrêts respiratoires entraînent une baisse du taux d'oxygène dans le sang et provoquent des micro-éveils, c'est-à-dire des éveils brefs dont le patient n'est pas conscient. Ces micro-éveils rétablissent le tonus musculaire des voies aériennes supérieures et restaurent la perméabilité des voies aériennes. Cependant, le sommeil ainsi fragmenté sera non réparateur, ce qui entraînera d'importantes répercussions diurnes. Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) affecte 2 millions d'adultes aux États-Unis. Les hommes gagnent là encore les honneurs puisqu'ils sont 5 à 10 fois plus atteints que les femmes². De plus, l'incidence du SAS augmente avec l'âge atteignant 30 % des personnes de plus de 60 ans.



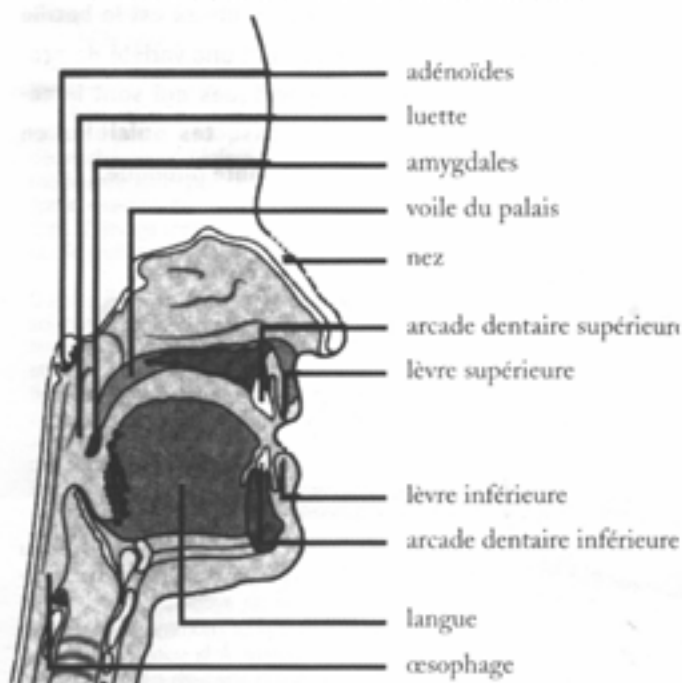
Le SAS est une maladie sournoise et progressive, entraînant de l'hypersomnolence diurne, de l'irritabilité, des troubles de la concentration et de la mémoire et de l'impuissance, compromettant ainsi sérieusement la vie sociale et professionnelle du patient. Il s'agit également d'un facteur de risque indépendant d'hypertension artérielle, d'infarctus du myocarde et d'accident cérébro-vasculaire³.

L'obésité est le facteur de risque le plus connu. Cependant, plus que l'obésité généralisée, c'est l'accumulation de graisse au niveau du cou, reflétée par la circonférence du cou, qui a le plus d'importance. On retrouve aussi des anomalies de la sphère otorhino-laryngologique (ORL), comme un voile du palais trop long ou des amygdales trop grosses. Les patients ayant une petite mâchoire déplacée vers l'arrière (rétrognathie) ont également un plus grand risque de présenter de l'apnée du sommeil. Cette anomalie est la cause la plus fréquente du SAS chez les personnes minces. Le tabagisme ainsi que la prise d'alcool et d'hypnotique sont également des facteurs de risque d'apnée.

Manifestations cliniques

Dans le SAS, le ronflement n'est que la pointe de l'iceberg ; c'est la partie visible et bien souvent risible de cette affection. Cependant, le conjoint aura fréquemment noté la présence d'arrêts respiratoires ponctuant le ronflement.

L'anatomie du ronflement



La principale manifestation diurne du SAS est la somnolence excessive survenant principalement lorsque le patient est inactif, notamment au volant. Les apnéiques sont impliqués dans sept fois plus d'accidents de la route que la population générale. De plus, ces accidents associés à la somnolence sont le plus souvent mortels¹. Parmi les autres conditions associées au SAS on retrouve surtout une diminution du rendement intellectuel, des changements du caractère, une baisse de la libido. Toutes ces manifestations résultent de la fragmentation du sommeil et de l'hypoxie intermittente.

Diagnostic

Le diagnostic formel et l'établissement de la sévérité d'un SAS reposent sur l'évaluation clinique et sur la polysomnographie. Cet examen consiste en une nuit d'enregistrement continu des paramètres suivants : le sommeil (par électroencéphalogramme), la respiration, le ronflement, le rythme cardiaque, l'activité musculaire du menton, la position du patient et la saturation en oxygène. Ces enregistrements se font à l'hôpital ou à la maison grâce à des appareils portatifs.

On définit arbitrairement 3 degrés de sévérité dans le SAS. On parle ainsi d'apnée légère (entre 5 à 15 apnées par heure de sommeil), d'apnée modérée (entre 15 à 30 apnées par heure de sommeil) et d'apnée sévère (plus de 30 apnées par heure de sommeil).

Le diagnostic médical représente une part importante dans le choix du traitement des patients apnéiques et requiert la participation de toute une équipe de spécialistes.

Traitement

Le choix du traitement est fonction de la sévérité de la maladie, de la présence ou non d'obésité ou d'anomalies ORL ou de rétrognathie, de l'urgence à instituer un traitement ainsi que des préférences du patient.

Il existe trois modalités thérapeutiques : 1- médicale, 2- chirurgicale et 3- mécanique.

Modalités médicales

Elles comprennent toutes les recommandations spécifiques que l'on doit faire au patient atteint du SAS soit : éviter la prise d'alcool, suivre une diète stricte afin de perdre du poids et cesser de fumer.

Chirurgicales

L'uvulopalatopharyngoplastie (UPPP), proposée par Ikematsu en 1964, permet d'éliminer un tissu hypertrophique au niveau des murs pharyngiens et du palais mou. Beaucoup de ces chirurgies se font actuellement à l'aide de laser ne permettant pas une élimination de tissus suffisante dans la plupart des cas. Lors d'une étude récente, on chiffrait à 40,7 % le taux de succès global de l'UPPP². Il est clair cependant que chez les sujets non obèses présentant un SAS léger, un voile du palais long, de grosses amygdales et pas de rétrognathie, le taux de succès augmente jusqu'à 75 %. Suite à la chirurgie il y a des douleurs post-opératoires durant 7 à 10 jours. Il peut y avoir des changements de la voix et du reflux nasal.

Mécanique

Les appareils de ventilation spontanée en pression positive (CPAP) génèrent une pression positive d'air permettant de lutter contre la fermeture des voies aériennes supérieures. Ils sont recommandés pour les patients SAS sévères. Le CPAP est un traitement très efficace et non agressif, mais hélas un certain nombre de patients ont du mal à le tolérer étant donné les effets secondaires soit : la sécheresse nasale, l'inconfort, et le bruit généré par la machine.

L'utilisation des appareils dentaires dans le traitement du SAS s'impose depuis quelques années comme le premier traitement de remplacement du CPAP et comme le traitement de première ligne chez les ronfleurs et les apnéiques légers à modérés. Ces appareils sont réservés à des patients non obèses, présentant une rétrognathie mandibulaire et suffisamment de dents afin de prendre appui sur celles-ci pour faire tenir la prothèse. Ces appareils, en avançant la langue ou la mâchoire inférieure, permettent d'ouvrir les voies aériennes. Ils sont faits sur mesure par un dentiste ou un orthodontiste. En plus d'offrir une alternative au CPAP, les appareils dentaires sont peu coûteux, non invasifs, facile à fabriquer, réversibles et mieux tolérés que les autres traitements. Plusieurs études ont montré un taux d'efficacité variant entre 60 et 75 %, selon l'appareil utilisé³. L'appareil dentaire peut provoquer une salivation abondante au début du traitement et de la sensibilité aux dents. Ces effets tendent à disparaître par la suite. Parmi les patients ayant expérimentés avec succès à la fois le CPAP et la prothèse dentaire, 80 % préfèrent la prothèse⁴.

L'efficacité des appareils dentaires dans le traitement du ronflement et du SAS est une réalité. L'entretien d'une collaboration étroite entre les laboratoires spécialisés, les médecins, amenés à diagnostiquer la maladie, et les dentistes amenés à traiter ces patients devraient permettre de répondre à la demande croissante dans ce domaine. ■

- 1 E. Lugaresi, F. Grignotti, P. Montagna, E. Storza, «Snoring: pathogenic, clinical and therapeutic aspects», in Kryger, Roth, Dement, second edition, Principles and practice of sleep medicine, 1994, chap 61: 620-640.
- 2 J. Montplaisir, R. Godbout, «Troubles du sommeil et de la vigilance», in : P. Lalonde & I. Crunberg, Psychiatrie clinique : approche biopsychosociale, Gaetan Morin, 1988, 544-575.
- 3 K.P. Strohl, S. Redline, Recognition of obstructive sleep apnea: State of the art, Am. J. Resp. Crit. Care Med, 1996, 154: 279.
- 4 L.J. Finley, M.E. Unverzagt, P.M. Suszt, Automobile accidents involving patients with obstructive sleep apnea, Am. Rev. Resp. Dis., 1990, 142: 14.
- 5 A.E. Sher, K.B. Schechtman, J.F. Piccinio, The efficacy of surgical modifications of the upper airway in adults with obstructive sleep apnea syndrome, Sleep, 1996, 19(2): 156; R.W. Riley, N.B. Powell, C. Guilleminault: Maxillary mandibular and hyoid advancement for treatment of obstructive sleep apnea, J. Oral Maxillofacial Surg., 1990, 48: 20-26.
- 6 W. Schmitt-Nowara, A.A. Lowe, L. Wiegand, Oral appliance for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea. A review, Sleep, 1995, 18: S01.
- 7 K.A. Fegasson, T. Ono, A.A. Lowe, A randomized crossover study of an oral appliance versus CPAP in the treatment of mild-moderate obstructive sleep apnea, Chest, 1996, 109: 1269.