

Énoncé de position, présenté par des professionnels canadiens de la santé spécialisés dans la médecine dentaire du sommeil, sur le rôle des professionnels de la santé dans le traitement de l'apnée obstructive du sommeil (AOS) et du ronflement à l'aide d'appareils dentaires

Luc Gauthier DMD MSc^{1,2}, Fernanda Almeida DDS PhD³, Patrick Arcache DMD², Catherine Ashton-McGregor DDS⁴, David Côté DMD⁵, Helen Driver PhD⁶, Kathleen Ferguson MD⁷, Gilles Lavigne DMD PhD², Philippe Martin DMD⁸, Jean-François Masse DMD MSc⁹, Florence Morisson DMD PhD¹⁰, Jeffrey Pancer DDS¹¹, Charles Samuels MD¹², Maurice Schachter DMD¹³, Frédéric Sériès MD⁹, Glendon Sullivan MD¹⁴

Énoncé de position, présenté par des professionnels canadiens de la santé spécialisés dans la médecine dentaire du sommeil, sur le rôle des professionnels de la santé dans le traitement de l'apnée obstructive du sommeil (AOS) et du ronflement à l'aide d'appareils dentaires

Le présent énoncé de position canadien énonce des recommandations relatives au traitement des troubles respiratoires du sommeil chez l'adulte par des dentistes à l'aide d'appareils dentaires, qui constitue une option de traitement pour le ronflement et l'apnée obstructive du sommeil (AOS). Ces recommandations sont fondées sur une revue de littérature et le consensus d'un comité de spécialistes. Les appareils dentaires offrent une option de traitement de première ligne efficace pour les patients souffrant d'AOS légère à modérée qui préfèrent un appareil dentaire à la ventilation à pression positive continue (PPC), pour les patients atteints d'AOS sévère qui ne tolèrent pas la thérapie par PPC, ainsi que ceux pour lesquels cette thérapie n'est pas recommandée ou pour lesquels elle a échoué. Cet énoncé vise à guider le travail d'une équipe interdisciplinaire composée de médecins et de dentistes spécialisés dans les troubles du sommeil afin de clarifier le rôle de chaque professionnel dans le traitement à l'aide d'appareils dentaires. Le diagnostic de l'AOS doit toujours être établi par un médecin formé en sommeil et les appareils dentaires doivent être mis en bouche par un dentiste qualifié et expérimenté en médecine du sommeil. Le médecin traitant doit exercer un suivi et une polysomnographie ou d'autres examens liés au sommeil afin de s'assurer de l'efficacité du traitement. Le présent document prône la nécessité d'une approche par équipe pour la thérapie par appareil dentaire et fournit des directives aux dentistes formés en médecine du sommeil sur ce type de traitement. Un bon nombre des dentistes et des médecins qui ont contribué à la préparation de cet énoncé de position sont membres de la Société Canadienne du Sommeil (SCS) et leurs recommandations sont fondées sur un consensus basé sur la littérature scientifique actuelle.

Mots clés: Apnée obstructive du sommeil; Appareils dentaires; Bruxisme; Énoncé de position; Médecine dentaire du sommeil; Ronflement; Troubles respiratoires du sommeil

Les appareils dentaires pour les troubles respiratoires du sommeil (TRS) sont des appareils qui maintiennent la langue ou la mâchoire dans une position qui permet d'éliminer ou de réduire les

L Gauthier, F Almeida, P Arcache, et al. Position paper by Canadian dental sleep medicine professionals regarding the role of different health care professionals in managing obstructive sleep apnea and snoring with oral appliances. *Can Respir J* 2013;19(5):307-309.

The present Canadian position paper contains recommendations for the management by dentists of sleep-disordered breathing in adults with the use of oral appliances (OAs) as a treatment option for snoring and obstructive sleep apnea (OSA). The recommendations are based on literature reviews and expert panel consensus. OAs offer an effective, first-line treatment option for patients with mild to moderate OSA who prefer an OA to continuous positive airway pressure (CPAP) therapy, or for severe OSA patients who cannot tolerate CPAP, are inappropriate candidates for CPAP or who have failed CPAP treatment attempts. The purpose of the present position paper is to guide interdisciplinary teamwork (sleep physicians and sleep dentists) and to clarify the role of each professional in the management of OA therapy. The diagnosis of OSA should always be made by a physician, and OAs should be fitted by a qualified dentist who is trained and experienced in dental sleep medicine. Follow-up assessment by the referring physician and polysomnography or sleep studies are required to verify treatment efficacy. The present article emphasizes the need for a team approach to OA therapy and provides treatment guidelines for dentists trained in dental sleep medicine. Many of the dentists and sleep physicians who contributed to the preparation of the present article are members of the Canadian Sleep Society and the authors reached a consensus based on the current literature.

Key Words: Bruxism; Dental sleep medicine; Obstructive sleep apnea; Oral appliances; Position paper; Sleep-disordered breathing; Snoring

troubles respiratoires du sommeil et le ronflement. Ces appareils sont aussi appelés orthèses dentaires (OD) ou buccales (OB), orthèses d'avancement de la langue (OAL), orthèses d'avancement mandibu-

¹Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, Saguenay; ²Faculté de Médecine dentaire, Université de Montréal, Montréal, Québec;

³Faculty of Dentistry, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia; ⁴TMJ and Sleep Therapy Centre of Eastern Ontario, Lyndhurst, Ontario; ⁵Private practice, Gatineau, Québec; ⁶Department of Medicine, Queen's University, Kingston; ⁷Schulich School of Medicine, University of Western Ontario, London, Ontario; ⁸Unité de médecine familiale, Université Laval, Laval; ⁹Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Sainte Foy; ¹⁰Private practice, St-Hubert, Québec; ¹¹Private practice, Toronto, Ontario; ¹²Calgary Institute of Population and Public Health, Centre For Sleep And Human Performance, Calgary, Alberta; ¹³Private practice, Maple, Ontario; ¹⁴Atlantic Sleep Centre Horizon, Health Network, Saint John, New Brunswick

Correspondence: Dr Luc Gauthier, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, 305 Rue St-Vallier, Chicoutimi, Quebec G7H 5H6. Telephone 418-541-1234 ext 2374, fax 418-541-1186, e-mail luc.gauthier.chs@ssss.gouv.qc.ca, drlgaut@bell.net

laire (OAM) ou orthèses de repositionnement mandibulaire (ORM).

Au Canada, il n'y a actuellement aucune directive ni aucun protocole établi pour guider les dentistes dans le traitement des troubles respiratoires du sommeil. Réglementer le rôle du dentiste et des autres professionnels de la santé dans le traitement de l'apnée obstructive du sommeil et du ronflement à l'aide d'appareils dentaires constitue un nouveau défi. Nous constatons que le manque de documents officiels (préparés et reconnus par nos homologues dans tout le pays) publiés par des autorités provinciales ou nationales est inhabituel et que cet énoncé de position pourrait être le fondement de futurs documents.

Cet énoncé fondé sur des preuves a été préparé par un comité d'experts composé de membres de la Société Canadienne du Sommeil et de l'Académie canadienne médico-dentaire du sommeil (Canadian Academy of Dental Sleep Medicine). Les directives contenues dans cet énoncé sont fondées sur un examen approfondi de la documentation [1-3] ainsi que sur de nombreux énoncés de position sur les pratiques en matière de médecine dentaire du sommeil publiés aux États-Unis et en Allemagne. Le présent document est conforme aux directives de l'American Academy of Sleep Medicine et aux recommandations de l'American Academy of Dental Sleep Medicine en ce qui a trait à l'utilisation des appareils dentaires dans le traitement de l'apnée obstructive du sommeil et du ronflement. La version finale de cet énoncé de position est approuvée et sanctionnée par la Société Canadienne du Sommeil (SCS).

Selon les directives de la Société canadienne de thoracologie (SCT) et de l'American Academy of Sleep Medicine, les appareils dentaires sont recommandés comme traitement de première ligne pour les patients souffrant d'apnée obstructive du sommeil (AOS) légère à modérée, du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil ou de ronflement simple sans apnée [4-7]. Ils fournissent aussi une solution de remplacement pour les patients souffrant d'AOS sévère qui ne tolèrent pas la ventilation à pression positive continue (PPC). Le traitement des troubles du sommeil à l'aide d'un appareil dentaire doit être exécuté par un dentiste formé dans ce domaine. De plus, le rôle principal du dentiste dans le traitement des troubles respiratoires du sommeil consiste à dépister les cas de TRS et à offrir une thérapie, mais non pas à poser un diagnostic.

Aux fins de cet énoncé de position, un dentiste est un docteur en médecine dentaire qui détient un permis ou une licence (D.M.D. ou D.D.S.) pour pratiquer la dentisterie au Canada. Un médecin spécialisé en sommeil est un docteur en médecine (M.D.) avec une spécialisation en pneumologie, en neurologie, en psychiatrie, en médecine interne ou en oto-rhino-laryngologie ayant une formation en médecine du sommeil et qui détient un permis pour pratiquer la médecine au Canada. Des médecins de famille peuvent appartenir à ce groupe s'ils ont une certification de spécialiste en médecine du sommeil ou l'équivalent. Tous les médecins mentionnés ci-dessus sont responsables de leurs actes selon leur juridiction provinciale et nationale. Aucune de ces personnes ne doit tirer d'avantages financiers d'une société liée au traitement des troubles du sommeil (entreprise fournissant des appareils pour la thérapie par PPC, des appareils dentaires, des services pour les troubles du sommeil, ou des services d'un tiers payeur) qui pourraient influencer le processus décisionnel en matière de diagnostic, de recommandations ou de traitement thérapeutique aux patients. En outre, les autorités provinciales sont responsables de s'assurer que les directives formulées dans cet énoncé de position sont respectées.

PARTAGE D'EXPERTISE DANS LA RECONNAISSANCE DES TROUBLES RESPIRATOIRES DU SOMMEIL (TRS)

Lorsque le patient se plaint de ronflement simple sans somnolence, le dentiste doit, avant de fournir une thérapie par appareil dentaire, diriger le patient vers un médecin du sommeil ou un médecin de famille afin qu'il puisse examiner ses antécédents médicaux et exclure la présence d'AOS.

Le dentiste doit référer le patient qui éprouve de la somnolence diurne et pour lequel il soupçonne une apnée du sommeil à un médecin du sommeil, qui aura la responsabilité d'évaluer la sévérité de l'apnée

du sommeil et les risques qui en découlent. Si un médecin du sommeil n'est pas disponible, le patient peut être référé à un médecin de famille qui le dirigera vers le spécialiste approprié.

Le bruxisme pendant le sommeil et la douleur oro-faciale (incluant les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire) sont des états pour lesquels le dentiste a l'expertise nécessaire pour poser un diagnostic et suggérer un traitement. Cependant, si le bruxisme et la douleur oro-faciale sont accompagnés de somnolence diurne, de ronflement ou d'apnée/hypopnée du sommeil, il incombe au médecin de poser un diagnostic et de conseiller au patient de consulter un professionnel spécialisé dans le traitement de la douleur oro-faciale ou des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (ORL, neurologue, spécialiste en médecine buccale ou dentiste).

RÔLE DU DENTISTE

Le dentiste qui détient une formation et des compétences appropriées en matière de médecine du sommeil a un certain nombre de rôles et de responsabilités, notamment :

1. Reconnaître les signes et les symptômes liés aux troubles respiratoires du sommeil.
2. Référer le patient à un médecin détenant une formation en médecine du sommeil, lorsque nécessaire.
3. Évaluer la santé bucco-dentaire et les conséquences des perturbations du sommeil liées au bruxisme (serrement ou grincement de dents), au reflux gastro-œsophagial pathologique (RGOP), à la douleur oro-faciale et aux céphalées temporales.
4. Traiter, à l'intérieur de son cadre de compétences, les TRS, le bruxisme et les conséquences du reflux gastrique et de la douleur oro-faciale sur la santé dentaire en utilisant les moyens suivants:
 - 4.1. Hygiène du sommeil, contrôle du poids et programme d'exercices, approches cognitives et comportementales en collaboration avec un psychologue ou un médecin, au besoin.
 - 4.2. Orthodontie, chirurgie buccale et maxillo-faciale ou ORL, au besoin.
5. Proposer divers appareils dentaires au patient selon son état de santé buccale et sa morphologie crano-faciale (attelle occlusale, orthèse d'avancement mandibulaire ou d'avancement de la langue ou l'équivalent), la thérapie par neurostimulation (comme le biofeedback) ainsi que d'autres thérapies appropriées.
6. Exercer un suivi sur les changements relatifs aux troubles du sommeil ainsi que sur la santé mentale et physique du patient, conjointement avec un médecin du sommeil.
7. Évaluer l'efficacité et la sécurité du traitement effectué par chirurgie, orthodontie ou avec des appareils dentaires en utilisant des outils adéquats que le dentiste peut interpréter avec précision. Il est important de souligner que les dispositifs de surveillance portatifs de niveau III et IV ["Type III: Appareil portable modifié pour test d'apnée du sommeil, minimum de 4 canaux évalués, incluant la ventilation ou le débit d'air (au moins 2 canaux de mouvement respiratoire ou de mouvement respiratoire et de débit d'air), fréquence cardiaque ou électrocardiogramme et saturation en oxygène; type IV: bioparamètres continus simples ou doubles, un ou 2 canaux, incluant généralement la saturation en oxygène ou le débit d'air."] [8] devraient être interprétés par des médecins selon leur expertise diagnostique. Un dentiste utilisant des dispositifs portatifs de type III ou IV devrait être en mesure d'évaluer les résultats avec précision, ce qui signifie qu'il pourra observer principalement des changements dans les paramètres respiratoires du sommeil en lien avec le traitement appliqué, mais qu'il ne devra pas s'en servir pour établir un diagnostic menant à un rapport de suivi final.
8. Traiter les effets secondaires de la thérapie avec les appareils dentaires, au besoin.

CODE DE PRATIQUE

Les dentistes qui offrent des services liés aux troubles du sommeil doivent pouvoir démontrer une compétence suffisante dans ce domaine [7, 9]. La connaissance et l'utilisation préalable de diverses orthèses sont grandement recommandées. De plus, les dentistes doivent continuellement mettre à jour leurs connaissances en participant à diverses réunions et conférences ou en suivant des cours de formation continue sur les troubles du sommeil et l'apnée du sommeil. Idéalement, les dentistes devraient remplir les exigences de certification pour la médecine dentaire du sommeil, tel que stipulé par l'American Academy of Dental Sleep Medicine, ou l'équivalent, en suivant une formation continue ou des cours de formation pour diplômés dans le domaine de la médecine du sommeil, ou obtenir un diplôme lié à la médecine du sommeil (M.Sc. minimum) d'une université reconnue.

Les dentistes qui offrent un traitement pour les troubles respiratoires du sommeil doivent maintenir à jour un dossier contenant les antécédents médicaux détaillés du patient, y compris l'âge, le poids et la grandeur ainsi que la circonférence du cou ou de la taille, au besoin, la présence d'amygdales, la taille de la langue, la largeur et la profondeur du palais, la classification de la malocclusion (incluant les mesures de surplomb horizontale et verticale), la présence d'érosion ou d'usure des dents ainsi que la présence de douleur ou de sensibilité à la mâchoire ou à l'articulation temporomandibulaire.

Le cas échéant, l'évaluation de l'état dépressif, de l'humeur et de la somnolence (par exemple, l'échelle de somnolence Epworth) devrait être notée au dossier avant le traitement et à intervalles réguliers pendant le traitement, tel qu'exigé par les autorités provinciales.

Les radiographies panoramiques ou céphalométriques ou l'équivalent prises avant le traitement devrait être incluses au dossier. Les pièces et modèles dentaires devraient être conservés, tel qu'exigé par les autorités provinciales. Ces informations de prétraitement servent à établir l'occlusion de base et à réduire au minimum la prise de radiographies inutiles.

Les dentistes doivent initialement fournir des explications et des informations sur la thérapie comportementale du sommeil aux patients, y compris sur l'hygiène liée au sommeil, la position pendant le sommeil et le contrôle du poids, ainsi que le type d'orthèse envisagé et toutes les solutions de rechange (par exemple, la ventilation à pression positive continue, la chirurgie ou la thérapie par le positionnement).

Les patients qui sont traités avec un appareil dentaire doivent être suivis pour s'assurer d'une bonne hygiène bucco-dentaire lors du port de l'appareil et pour s'assurer de l'utilisation correcte et régulière de l'appareil de même que pour déceler les problèmes d'adaptation et les effets secondaires. Ce type de traitement exige une étroite collaboration entre le dentiste et le médecin du sommeil. En effet, alors que le dentiste peut faire le dépistage, le diagnostic doit être posé par le médecin du sommeil.

ÉTAPES DU TRAITEMENT DES TROUBLES RESPIRATOIRES DU SOMMEIL (TRS) [4-7]

1. Obtenir une copie du rapport de sommeil ou de l'analyse polysomnographique et du diagnostic d'apnée du sommeil du médecin traitant ainsi que les recommandations du médecin et

BIBLIOGRAPHIE

1. Randerath WJ, Verbraecken J, Andreas S, et al. Non-CPAP therapies in obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J* 2011;37:1000-28.
2. Chan AS, Cistulli PA. Oral appliance treatment of obstructive sleep apnea: an update. *Curr Opin Pulm Med* 2009;15:591-6.
3. Fleetham JA, Almeida FR. Oral appliances. In: McNicholas WT, Bonsignore MR, eds. *European Respiratory Monograph*. Plymouth: 2010;267-85.
4. Kushida CA, Morgenthaler TI, Littner MR, et al. Practice parameters for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea with oral appliances: An update for 2005. *Sleep* 2006;29:240-3.
5. Ferguson KA, Ono T, Lowe AA, al-Majed S, Love LL, Fleetham JA. A short-term controlled trial of an adjustable oral appliance for the treatment of mild to moderate obstructive sleep apnoea. *Thorax* 1997;52:362-8.

l'évaluation des conditions concomitantes (comme le bruxisme, l'hypertension ou les mouvements périodiques des membres).

2. Procéder à un examen clinique du patient, y compris la santé générale et buccale et le pronostic relatif aux tissus mous et durs qui pourraient être affectés par l'utilisation de l'appareil dentaire. Il est aussi important d'inclure les radiographies pertinentes récentes comme partie intégrale de cet examen.
3. Obtenir le consentement éclairé signé du patient avant la mise en bouche de l'appareil dentaire. Le formulaire de consentement devrait clairement indiquer les risques potentiels et possibles liés à l'utilisation de l'appareil dentaire (par exemple, l'hypersalivation, le mouvement des dents, la douleur ou le bris d'appareil). Le formulaire de consentement doit être signé tant par le patient que par le dentiste.
4. Maintenir une communication écrite avec le médecin traitant du patient et d'autres professionnels de la santé concernant le plan de traitement, les progrès et le suivi relatif au traitement.
5. Recueillir de l'information sur l'état des symptômes du patient après avoir commencé la thérapie afin de déterminer la titration optimale de l'appareil dentaire. Si le dentiste peut obtenir des données objectives, par exemple avec un appareil portatif (type III ou IV), cette information doit être utilisée uniquement à des fins de titration et non pas pour des vérifications de suivi ou de diagnostic.
6. Évaluer la diminution des symptômes dès le début du traitement, après une période de titration et un suivi effectué par le médecin traitant ou le médecin du sommeil afin d'évaluer l'efficacité du traitement. Le dentiste doit obtenir du médecin du sommeil référant un rapport de suivi sur l'efficacité du traitement. Dans le cas où les résultats sont insatisfaisants, le dentiste peut prolonger l'étude de titration ou examiner à nouveau le plan de traitement avec le patient. Un patient diagnostiqué qui souffre seulement de ronflement simple (sans apnée) ne nécessite pas d'évaluation objective de suivi.
7. Établir un protocole de suivi après l'évaluation de suivi formelle. Un suivi annuel est important afin d'évaluer si le traitement est toujours efficace et approprié ainsi que pour évaluer les effets secondaires et vérifier l'intégrité des structures buccales suite au port de l'appareil. L'appareil dentaire peut devoir être remplacé, selon les mesures d'hygiène du patient et l'utilisation qui a été faite de l'appareil.
8. S'assurer que le patient effectue régulièrement des visites de contrôle et que les communications entre le médecin traitant et le dentiste sont conservées au dossier. Dans le cas où des études de titration supplémentaires sont nécessaires, l'équipe médicale doit être consultée.

DÉCLARATION DE L'ÉDITEUR: Cette information a été publiée à l'origine en anglais dans le *Canadian Respiratory Journal* 2012;19(5):307-309. L'éditeur de ce journal n'assume aucune responsabilité d'erreurs ou de contradictions qui ont pu survenir lors de la traduction. Le texte original anglais prévaut.

6. Loubé DI, Andrada T, Shanmagum N, Singer MT. Successful treatment of upper airway resistance syndrome with an oral appliance. *Sleep Breath* 1997;2:98-101.
7. Fleetham J, Ayas N, Bradley D, et al. Practice Guidelines of the Canadian Thoracic Society on the diagnosis and treatment of sleep respiratory problems of adults. *Can Respir J* 2007;14:31-6.
8. Chesson AL Jr, Berry RB, Pack A. Practice parameters for the use of portable monitoring devices in the investigation of suspected obstructive sleep apnea in adults. *Sleep* 2003;26:907-13.
9. Schwarting S, Huebers U, Heise M, Schlieper J, Hauschild A. Position paper on the use of mandibular advancement devices in adults with sleep-related breathing disorders. A position paper of the German Society of Dental Sleep Medicine (Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin, DGZS). *Sleep Breath* 2007;11:125-6.