



LEXIQUE

- **SAS** : syndrome d'apnées du sommeil
- **SAHOS ou SAOS** : syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil
- **PSG** : polysomnographie
- **PV** : polygraphie ventilatoire
- **OAM** : orthèse d'avancée mandibulaire
- **PPC** : pression positive continue
- **CPAP** : pression positive continue
- **APAP** : pression positive automatique
- **EEG** : électro encéphalogramme

LEXIQUE

	
0 4	0 2
	
0 3	0 4



CAS CLINIQUE 1

Arnaud (IMC=33kg/m²) présente une HTA mal équilibrée sous 3 molécules dont un diurétique , et se plaint d'une asthénie diurne avec endormissements faciles la journée.

Il dort 8 heures toutes les nuits au minimum et fait, surtout depuis qu'il est à la retraite, une sieste quotidienne d'1H30.

TSH normale

1/8

Question - CAS CLINIQUE 1

Quelle première question lui posez-vous ?

1/8

RÉPONSE

Quelle première question lui posez-vous ?

Ronflez-vous ?

En effet, 95% des apnéiques ronflent régulièrement.
(40% dans la population générale)

Réponses - CAS CLINIQUE 1

CAS CLINIQUE 1

Quelles autres questions lui posez-vous ?

- Votre entourage a-t-il remarqué des pauses respiratoires ?
- Vous sentez vous somnolent ? vous êtes vous déjà endormi au volant ? profession ? (contexte médico légal si chauffeur poids lourds, contexte d'urgence selon la profession)
- Vous êtes vous déjà réveillé avec le sentiment de manquer d'air ? de suffoquer ? avec la sensation que votre sommeil n'était pas réparateur » ?
- Ressentez vous des céphalées au réveil, qui bien souvent s'estompent spontanément après quelques dizaines de minutes d'éveil ?
- Vous levez vous la nuit pour uriner ?
- Ressentez-vous des impatiences (syndrome des jambes sans repos) ?
- Ressentez vous des troubles de l'humeur, de la concentration, de la libido , un état de ralentissemnt global ?

2/8

Question CAS CLINIQUE 1

Quels sont les principaux points de votre examen clinique ?

- Prise de Tension artérielle
- Poids, IMC
- Tour de cou
- Tour de taille
- Examen endobuccal

2/8

RÉPONSE

Quels sont les principaux points de votre examen clinique ?

- Prise de Tension artérielle
- Poids, IMC
- Tour de cou
- Tour de taille
- Examen endobuccal (Rétrognathie ? stigmates de bruxisme ? rétrécissement pharyngé ?
grosse base de langue ? voile du palais flasque ? piliers du voile du palais bas inséré ?)

3/8

Question CAS CLINIQUE 1

De quels questionnaires disposez-vous pour vous aider ?

- Epworth
- Chopi
- Venise
- STOP ou STOP BANG
- Beck

3/8

RÉPONSE

De quels questionnaires disposez-vous pour vous aider ?

- Epworth
- Chopi, Pichot : échelle de fatigue
- Venise, Berlin : questionnaire de dépistage du SAS
- STOP ou STOP BANG
- Beck

CAS CLINIQUE 1

Echelle d'anxiété de BECK

Inventory of Beck pour l'anxiété

Prénom : _____ Date : _____

Indiquez le degré de correspondance avec votre état d'esprit. Indiquez les degrés correspondants en indiquant un chiffre de 0 à 3 qui apparaît à côté de chaque item. Ne cochez pas une case si elle n'est pas applicable à votre cas. Ne laissez pas de cases vides.

Item	0	1	2	3
1. Sentiments d'angoisse ou de peur	0	1	2	3
2. Sentiments de tristesse	0	1	2	3
3. Sentiments de culpabilité, de honte, de culpabilité	0	1	2	3
4. Sentiments de culpabilité à l'égard d'autrui	0	1	2	3
5. Craintes que l'on se sentira seul	0	1	2	3
6. Sentiments de culpabilité à l'égard de soi-même	0	1	2	3
7. Sentiments de culpabilité à l'égard de la mort	0	1	2	3
8. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
9. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
10. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
11. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
12. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
13. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
14. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
15. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
16. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
17. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
18. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
19. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
20. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
21. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
22. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
23. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
24. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
25. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
26. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
27. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
28. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
29. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
30. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
31. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
32. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
33. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
34. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
35. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
36. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
37. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
38. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
39. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
40. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
41. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
42. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
43. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
44. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
45. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
46. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
47. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
48. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
49. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
50. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
51. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
52. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
53. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
54. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
55. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
56. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
57. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
58. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
59. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
60. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
61. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
62. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
63. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
64. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
65. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
66. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
67. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
68. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
69. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
70. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
71. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
72. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
73. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
74. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
75. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
76. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
77. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
78. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
79. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
80. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
81. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
82. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
83. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
84. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
85. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
86. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
87. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
88. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
89. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
90. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
91. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
92. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
93. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
94. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
95. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3
96. Sentiments de culpabilité à l'égard de la sexualité	0	1	2	3
97. Sentiments de culpabilité à l'égard de la famille	0	1	2	3
98. Sentiments de culpabilité à l'égard de la vieillesse	0	1	2	3
99. Sentiments de culpabilité à l'égard de la santé	0	1	2	3
100. Sentiments de culpabilité à l'égard de la religion	0	1	2	3

CAS CLINIQUE 1

Arnaud présente donc un SAS typique

Vous adressez le patient au médecin spécialiste réalisant des enregistrements du sommeil de chez vous.

Il réalise une polygraphie ventilatoire et vous répond :

« Index d'apnées hypopnées à 16/h et 28 mn passées sous les 90% de SpO2 sur 5h 32mn de sommeil validé. »



CAS CLINIQUE 1

Savez-vous à quoi correspond une « apnée » et une « hypopnée »?

- Apnée : arrêt de plus de 10 secondes du flux aérien naso-buccal avec persistance d'efforts ventilatoires
- Hypopnée : événement d'au moins 10 secondes + diminution du flux aérien > 50 % ou diminution du flux aérien < 50 % et baisse de 3 % ou plus de la saturation oxyhémoglobinée artérielle comparée à l'état de veille ou aux minutes précédant (2 minutes) l'évènement, et/ou un micro-éveil

Question CAS CLINIQUE 1

4/8

Le patient a-t-il une indication à une ventilation nocturne ?

4/8

Réponse CAS CLINIQUE 1

RÉPONSE

Le patient a-t-il une indication à une ventilation nocturne ?

NON

Il n'y a pas d'indication à une ventilation nocturne pour le moment. Une PPC est indiquée en cas de SAS avec IAH supérieur ou égal à 30/h. Toutefois, sous certaines conditions, on peut appareiller certains patients si leur IAH est supérieur ou égal à 15/h.

4/8

Postulat CAS CLINIQUE 1

Indications à la ventilation nocturne :

Symptômes cliniques <i>Au moins trois des symptômes suivants</i>	Indice d'apnées-hypopnées (IAH)
Somnolence diurne	- IAH supérieur à 30 événements de type apnée/hypopnée par heure d'enregistrement
Ronflements sévères et quotidiens	ou - IAH entre 15 et 30 événements de type apnée/hypopnée par heure de sommeil à l'analyse polysomnographique, avec au moins 10 micro-éveils par heure de sommeil et en rapport avec une augmentation documentée de l'effort respiratoire
Sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil	ou - IAH entre 15 et 30 événements de type apnée/hypopnée par heure d'enregistrement à l'analyse polygraphique ou par heure de sommeil à l'analyse polysomnographique, chez un patient avec comorbidité cardiovasculaire grave associée (hypertension artérielle réfractaire, fibrillation auriculaire récurrente, insuffisance ventriculaire gauche sévère ou maladie coronarienne mal contrôlée, antécédents d'IMC)
Fatigue diurne	
Nycturie	
Céphalées matinales	

5/8

Question CAS CLINIQUE 1

Le patient doit-il perdre du poids ?

5/8

Réponse CAS CLINIQUE 1

RÉPONSE

Le patient doit-il perdre du poids ?

OUI

Le patient doit perdre du poids, ce qui fera diminuer son IAH

6/8

Question CAS CLINIQUE 1

Peut-on renouveler l'examen dans 6 mois ?

6/8

RÉPONSE

Peut-on renouveler l'examen dans 6 mois ?

OUI

L'examen peut être renouvelé, surtout si le patient a réussi à perdre du poids, pour connaître son IAH après cette perte de poids

Réponse CAS CLINIQUE 1

CAS CLINIQUE 1

Mais surtout ...

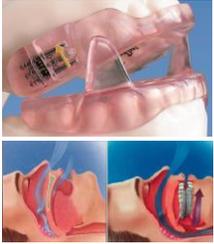
Il faut savoir si il existe une composante positionnelle (le patient ne fait-il pas d'apnées et hypopnées uniquement dans une position. La suppression de cette position grâce à un dispositif anti positionnel permettrait alors de corriger le trouble)



CAS CLINIQUE 1

Il existe à ce stade une indication à une orthèse d'avancée mandibulaire car l'IAH est supérieur à 15/h. Il faut aussi au minimum que le patient présente trois symptômes principaux du SAHOS (sommolence diurne, ronflements sévères et quotidiens, sensations d'étouffement ou de suffocation durant le sommeil, fatigue diurne, nycturie, céphalées matinales).

Le remboursement des orthèses d'avancée mandibulaire (réalisation et soins liés à la pose) par le régime général est entrée en vigueur fin 2016. Auparavant, seule la réalisation de l'orthèse était prise en charge.



CAS CLINIQUE 1

Il faut réaliser une polysomnographie devant une polygraphie ventilatoire avec un résultat intermédiaire. La polysomnographie est le gold standard pour le diagnostic de la pathologie.

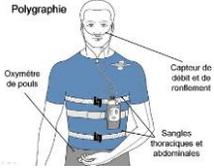
La polygraphie est cependant indiquée en PREMIERE INTENTION en cas de forte suspicion clinique de SAHOS avec un sommeil continu (HAS 2013)



CAS CLINIQUE 1

Polygraphie ventilatoire VS polysomnographie

Polygraphie




- Paramètres ventilatoires
- Paramètres neurologiques
- Paramètres musculaires

CAS CLINIQUE 1

Les résultats sont les suivants :

- Index d'apnées hypopnées à 25 à prédominance d'évènements obstructifs.
- Index de micro-éveils respiratoires à 12,4/H. 25 minutes sous les 90% de SaO2.
- Perte de poids et indication d'appareillage par PPC.

→ Il est appareillé.

Quels critères ont permis la prise en charge de cet appareillage ?

CAS CLINIQUE 1

Arnaud bénéficie donc d'une polysomnographie

Les résultats sont les suivants :

- Index d'apnées hypopnées à 25/h, à prédominance d'évènements obstructifs.
- Index de micro-éveils respiratoires à 12,4/H. 25 minutes sous les 90% de SaO2.
- Perte de poids et indication d'appareillage par PPC.

Il est appareillé.

Il vous rappelle 20 Js après. Il ne se sent plus fatigué la journée. Il vous dit que sa vie est changée. Vous le revoyez en consultation quelques mois plus tard. Il est toujours très satisfait. Il ne prend plus que deux molécules pour son HTA. Son poids n'a pas évolué.

7/8

Question CAS CLINIQUE 1

Pensez-vous que l'hypoxie tissulaire nocturne du patient, notamment responsable des complications cardio-vasculaires de la pathologie, ait été totalement corrigée par sa ventilation nocturne ?

7/8

Réponse CAS CLINIQUE 1

RÉPONSE

Pensez-vous que l'hypoxie tissulaire nocturne du patient, notamment responsable des complications cardio-vasculaires de la pathologie, ait été totalement corrigée par sa ventilation nocturne ?

NON

Le Surpoids, et à fortiori l'obésité, sont responsables, au même titre que les événements respiratoires obstructifs, de l'hypoxie tissulaire.

8/8

Question CAS CLINIQUE 1

Vous le revoyez trois mois après pour son renouvellement régulier. Tout allait bien mais depuis 10 jours, il ne met plus sa machine car elle fait un bruit inhabituel et gênant. Il se sent à nouveau très fatigué.

Que faire ?

8/8

Réponse CAS CLINIQUE 1

RÉPONSE

Vous le revoyez trois mois après pour son renouvellement régulier. Tout allait bien mais depuis 10 jours, il ne met plus sa machine car elle fait un bruit inhabituel et gênant. Il se sent à nouveau très fatigué. **Que faire ?**

- Appeler son prestataire au moindre problème avec la machine.
- Ces sociétés sont bien souvent les mêmes que celles qui distribuent l'oxygène à domicile.
- Elles doivent assurer le suivi des machines des patients et être disponibles si besoin.
- Il y a toujours un technicien d'astreinte par société.
- La demande d'entente préalable (équivalent d'une prescription) est annuelle après une prescription initiale de 5 mois.
- Le renouvellement est possible sous réserve d'une efficacité clinique et d'une utilisation minimale de 3h par nuit en moyenne.



CAS CLINIQUE 2

Yann (IMC à 24 kg/m²), ATCD d'atopie, rétrognathe et respirateur buccale depuis l'enfance, vient vous voir pour renouveler son STILNOX 10 mg.

Il se sent fatigué la journée. Il craint de s'endormir au volant et s'inquiète d'une baisse de libido. Il dort mal « depuis toujours ». Il se réveille souvent la nuit et urine au minimum deux fois par nuit. Il prend du Stilnox depuis une hospitalisation il y a deux ans ou il avait fait part à son anesthésiste de ses insomnies.

Il est plutôt anxieux.

Il dort selon lui 4 heures par nuit, avec de nombreux éveils nocturnes. Il s'endort rapidement sous Stilnox.

1/4

Question CAS CLINIQUE 2

Que pensez-vous de cette prescription de STILNOX ?

1/4

RÉPONSE

Que pensez-vous de cette prescription de STILNOX ?

Elle est longue pour un patient qui présente manifestement des symptômes cliniques évocateurs de SAS. Le délai maximal de prescription est en théorie de 28 jours.

La molécule provoque un rebond d'insomnie et un réveil bien souvent après 4 à 6 heures de sommeil.

La qualité du sommeil est affectée par la molécule de par la diminution du sommeil récupérateur (lent profond, aussi appelé N3).

Il est donc important d'en envisager le sevrage progressif dès la première prescription.

Réponse CAS CLINIQUE 2

2/4

Question CAS CLINIQUE 2

Quelles questions posez-vous au patient ?

2/4

RÉPONSE

Quelles questions posez-vous au patient ?

1 - Ronflez-vous ?
Ainsi que tout le cortège de l'interrogatoire lié au SAHOS (cf Cas Clinique n° 1)

2 - Consommez-vous des excitants ou toxiques ?

Réponse CAS CLINIQUE 2

CAS CLINIQUE 2

Et ne pas oublier :

Compte tenu de son âge jeune, il est important de lui demander s'il présente des symptômes évocateurs de narcolepsie, bien que la présentation clinique soit atypique effectivement.

- *Donc existe-t-il des cataplexies (chute de tonus musculaire) ?
- *Des hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques (hallucinations respectivement à l'endormissement ou au réveil) ?
- *Des paralysies du sommeil (impossibilité de bouger un membre au réveil, pouvant durer jusqu'à dix minutes) ?

CAS CLINIQUE 2

SAS atypique

Devant les difficultés ressenties par le patient ainsi que résistance aux traitements médicamenteux (Il a pris de l'euphytose, de la mélatonine, des tisanes ...), vous l'adressez à un spécialiste qui réalise une polygraphie ventilatoire :

IAH= 13/h.
Temps de sommeil validé de 9h .
Qu'en pensez-vous ?

CAS CLINIQUE 2

Polygraphie ventilatoire VS polysomnographie

Le seul examen complémentaires validés pour rechercher l'étiologie d'une insomnie chronique est la polysomnographie. Par ailleurs, même si la suspicion clinique de SAHOS est avérée chez ce patient, il faut réaliser une polysomnographie car vous savez que son sommeil est habituellement fractionné.

D'ailleurs, quand vous le revoquez, il est surpris des 9 heures de sommeil validées car il est quasiment certain de ne pas avoir dormi plus de 3 heures, gêné par l'appareil. En admettant que le patient ait fait 90 apnées et/ou hypopnées sur l'ensemble de la nuit, son IAH est à 10/h si il a dormi 9h, mais de 30/h si il en a dormi 3 !)

CAS CLINIQUE 2

Vous demandez donc une polysomnographie

La réponse est :

« IAH = 32/h. 4h12 de sommeil sans diminution de la latence du sommeil paradoxal. »

Question CAS CLINIQUE 2

3/4

Pourquoi l'information sur la latence du sommeil paradoxal est importante ?

Réponse CAS CLINIQUE 2

3/4

RÉPONSE

Pourquoi l'information sur la latence du sommeil paradoxal est importante ?

Car c'est un signe EEG sur la polysomnographie évocateur de narcolepsie. On considère la latence du sommeil paradoxal raccourcie si elle est inférieure à 45 minutes. D'autres causes peuvent expliquer une diminution de la latence du sommeil paradoxal (notamment iatrogénique).

CAS CLINIQUE 2

- Il est appareillé par Pression Positive Continue (PPC). Il dort mieux et ne se réveille plus du tout la nuit, même pour aller uriner. Il ne craint plus de s'endormir au volant et a retrouvé une libido qui le satisfait. Il est ravi.
- Après deux ans d'appareillage, il ne veut plus mettre sa machine. Il vous explique que c'est un « tue l'amour et qu'il ne trouve pas de compagne qui accepte de dormir à côté de « Dark Vador ». Il a aussi remarqué que sa libido était en chute libre depuis qu'il ne portait plus sa machine.
- Sa décision est arrêtée. Il refuse la PPC !!!

4/4

Question - CAS CLINIQUE 2

Que lui proposer ?

(Pour mémoire, le patient ne présente pas de surpoids et aucune composante positionnelle n'était retrouvée sur aucun des deux enregistrements.)

4/4

RÉPONSE

Que lui proposer ?

Lui proposer une orthèse d'avancée mandibulaire



Réponse - CAS CLINIQUE 2

4/4

Postulat - CAS CLINIQUE 2

- Il faut toujours rappeler à un patient qu'à partir d'un IAH de 15/h, il est démontré qu'un certain nombre de pathologies, notamment cardiovasculaires sont plus à risque : Accident vasculaire cérébral, Trouble du rythme cardiaque, Infarctus du myocarde, Insuffisance cardiaque, HTA, Diabète de type 2, Troubles lipidiques, Somnolence au volant et au travail (Chauffeur poids lourd+), Surmortalité dans la période péri opératoire en cas d'anesthésie générale.
- Son OAM (orthèse d'avancée mandibulaire) sera remboursée car son IAH est supérieur à 15/h et qu'il présente une intolérance à la PPC ainsi que des symptômes de la pathologie (au moins 3)



CAS CLINIQUE 3

Valérie, sans ATCD ni traitement quotidien, vous signale en consultation qu'elle présente des troubles de l'endormissement depuis deux ans.

A partir de 21h, dans son canapé, elle ressent des fourmis et des crampes dans les deux mollets qui l'empêchent ensuite de s'endormir.

Une fois allongée dans son lit, elle se sent obligée de se lever pour les soulager.

Elle apprécie marcher sur un carrelage froid ou passer ses mollets sous une douche froide.

1/3

Question CAS CLINIQUE 3

Quel est votre diagnostic ?

1/3

RÉPONSE

Quel est votre diagnostic ?

Syndrome des Jambes Sans Repos (SJSR)
anciennement appelé maladie de Willis-Ekbom

Réponse CAS CLINIQUE 3

1/3

Postulât - CAS CLINIQUE 3

Le diagnostic se fait à l'interrogatoire.

4 critères positifs pour poser le diagnostic (Conférence Consensus SFRMS 2016) :

1. Besoin impérieux de bouger les jambes, généralement associé à des sensations désagréables (fourmillements, picotements, brûlures, décharges électriques, démangeaisons etc.)
2. Symptômes qui débutent ou s'aggravent pendant une période de repos ou d'inactivité.
3. Symptômes survenant exclusivement ou s'aggravant le soir ou la nuit.
4. Soulagement partiel ou complet par un mouvement.

*Il faut éliminer un diagnostic différentiel (Canal lombaire étroit, Insuffisance veineuse, AOMI, Diabète).

*Par ailleurs, il faut l'interroger sur d'éventuels autres pathologies du sommeil (apnées ? syndrome de mouvements périodiques des membres inférieurs : le conjoint a-t-il remarqué des mouvements de jambes stéréotypés durant la nuit, et très réguliers ?)

Que pouvez-vous faire pour cette patiente dès cette première consultation ?

- **Recherche étiologique** : dosage de ferritinémie (pas besoin d'être à jeun). Imputabilité probable si la ferritinémie est inférieure à 50 ng/mL (70 pour certains auteurs). Une supplémentation martiale peut venir corriger le trouble dans cette situation.
- **Traitement symptomatique** : Pallier 2 ; Codéine surtout. Sous réserve d'éventuels effets indésirables
- **Le traitement de référence** dans la forme primaire de la pathologie repose sur les agonistes dopaminergiques (Sifrol, Adartrel) qui nécessitent une prescription spécialisée
- Sa ferritinémie revient à 35 ng/mL.
- La supplémentation martiale est efficace cliniquement après 20 jours.
- Un contrôle de ferritinémie revient à 80 ng/mL après deux mois de traitement.

CAS CLINIQUE 3

Vous revoyez la patiente 10 ans après.

Elle a pris 30 Kg.

Elle a fait une dépression pour laquelle elle a pris du Prozac durant 3 ans.

Jusqu'à sa dépression, elle prenait du Tardyferon quand ses symptômes de SJSR revenaient et cela marchait plutôt bien. Mais depuis, la supplémentation martiale n'y fait rien.

Un contrôle de sa ferritinémie est normal à 105 ng/mL.

CAS CLINIQUE 3

2/3

Question - CAS CLINIQUE 3

Qu'en pensez-vous ?

2/3

RÉPONSE

Qu'en pensez-vous ?

Le Prozac est connu pour donner un syndrome des jambes sans repos, même plusieurs années après l'arrêt du traitement.

RÉPONSE
CAS CLINIQUE 3

- Devant sa prise de poids, vous pensez à lui demander si elle ronfle.
- Elle vous raconte qu'elle est même obligée de faire chambre à part avec son mari à cause de ses ronflements depuis cette prise de poids.
- Elle dort de manière continue, hormis 3 réveils rapides par nuit pour aller uriner (moins de 5 minutes chacun), et se sent fatiguée le matin. (TSH normale au dernier bilan).

CAS CLINIQUE 3

Vous lui programmez une polysomnographie



CAS CLINIQUE 3

3/3

Son IAH est à 33/h à prédominance d'évènements obstructifs.
L'appareillage par PPC corrige sa nycturie, sa somnolence diurne, et elle redort avec son mari.
Elle vous signale aussi ne plus souffrir de ses jambes.

Comment l'expliquer ?

Question
CAS CLINIQUE 3

3/3

Réponse CAS CLINIQUE 3

RÉPONSE

Son IAH est à 33/h à prédominance d'évènements obstructifs. L'appareillage par PPC corrige sa nycturie, sa somnolence diurne, et elle redort avec son mari. Elle vous signale aussi ne plus souffrir de ses jambes.

Comment l'expliquer ?

Son syndrome des jambes sans repos était probablement secondaire au syndrome d'apnées du sommeil révélé par sa prise de poids, et non pas au traitement par Prozac.



CAS CLINIQUE 4

HTA sous Ramipril et Amlor, sous Levothyrox pour une hypothyroïdie, IMC = 32/m2, se voit confirmer un SAS que vous suspectiez. Son IAH est de 43/h, à prédominance d'évènements obstructifs. Un appareillage lui améliore significativement sa qualité de vie.

Mais après deux ans, elle ne ressent plus le bénéfice initial, et décide d'arrêter son traitement malgré vos rappels sur les risques cardio-vasculaires encourus.

6 mois après, elle fait un AVC ischémique sylvien gauche, avec une hémiparésie séquellaire légère.

Quelques mois après récupération, **son neurologue lui conseille de se faire ré-enregistrer pour l'apnée du sommeil.**

1/3

Question CAS CLINIQUE 4

Qu'en pensez-vous ?

1/3

Réponse CAS CLINIQUE 4

Réponse

RÉPONSE

Qu'en pensez-vous ?

OUI,

Il faut le faire car un AVC (qui peut avoir pour étiologie un syndrome d'apnée obstructif du sommeil) peut engendrer des apnées centrales de part l'infarctus éventuel des centres de commande ventilatoire au niveau central, qui peuvent ne pas être vus en imagerie. Par ailleurs, il faut savoir qu'en cas d'antécédent d'AVC, un appareillage est indiqué pour un IAH supérieur ou égal à 15/h (de même qu'en cas de HTA résistante, FA récidivante, maladie coronaire mal contrôlée cf HAS 2013)

CAS CLINIQUE 4

SAS central

- Sur ce nouvel enregistrement, son IAH est à 57/h, à prédominance d'évènements centraux.
- Elle reprend le traitement précédent par ventilation positive à l'identique avec réglages automatiques (la machine adapte la pression nécessaire pour corriger les apnées. En effet, en fonction du stade de sommeil ou de la position du patient notamment, une apnée peut être plus ou moins sévère et donc nécessiter plus ou moins de pression pour être levée).
- Pourtant, elle ne ressent pas d'amélioration malgré une ventilation très bonne. Son prestataire le confirme après passage au domicile et signale que la patiente continue à faire de nombreuses apnées malgré la ventilation prescrite.



2/3

Question CAS CLINIQUE 4

Pourquoi selon vous ?

2/3

Réponse CAS CLINIQUE 4

RÉPONSE

Pourquoi selon vous ?

Car pour traiter des apnées centrales, il faut souvent utiliser un autre mode ventilatoire, dit ASV (Ventilation à aide adaptative) (Adaptive Support Ventilation)

CAS CLINIQUE 4

Le changement de mode ventilatoire s'avère efficace

3 ans après, elle fait un SCA avec comme complication une insuffisance cardiaque chronique avec FEVG=35%.

Elle prend une dose importante de lasilix au quotidien

33

Question CAS CLINIQUE 4

Que pensez-vous de sa ventilation compte tenu de ce dernier évènement médical ?

3/3

RÉPONSE

Que pensez-vous de sa ventilation compte tenu de ce dernier évènement médical ?

Le mode ASV n'est pas indiqué en cas d'insuffisance cardiaque avec FEVG inférieure à 45%. Il faut qu'elle bénéficie d'une pression positive continue (et non automatique car contre-indiquée dans l'insuffisance cardiaque) (Résultats étude multicentrique SERVE-HF 2015)

Réponse CAS CLINIQUE 4





Situation clinique	Première intention	Deuxième intention
IAH supérieur à 30	PPC	OAM
IAH entre 15 et 30 avec au moins 10 micro-évéils	PPC	OAM
IAH entre 15 et 30 avec comorbidité cardio-vasculaire	PPC	OAM
IAH entre 15 et 30 sans signe de gravité associé (moins de 10 micro-évéils par heure, pas de comorbidité cardio-vasculaire)	OAM*	/

