

R. Heinzer

Dr Raphael Heinzer
Centre d'investigation et de
recherche sur le sommeil et
Service de pneumologie
CHUV, 1011 Lausanne
raphael.heinzer@chuv.ch

Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 1020-1

PRÉSENTATION CLINIQUE

Un homme de 35 ans consulte pour une somnolence importante apparue progressivement sur les trois dernières années. Il éprouve de plus en plus de difficultés à se concentrer dans son travail et se décrit comme irritable. Il dort environ sept à huit heures par nuit, s'endort facilement vers 23h30 et ne rapporte aucun réveil pendant la nuit. Le matin, il se lève vers 7 heures avec l'impression de ne pas être reposé. Son amie lui dit qu'il ronfle mais n'a pas remarqué de pause respiratoire pendant son sommeil.

Status: Taille: 182 cm. Poids: 73 kg. IMC (indice de masse corporelle): 22 kg/m². Pas d'adénopathies palpables. Fond de gorge étroit, palais haut et étroit. Présence d'un léger rétrognathisme.

Le laboratoire ne détecte aucune cause biologique permettant d'expliquer sa somnolence et l'oxymétrie nocturne se révèle normale.

Comment mettre en évidence la cause de la somnolence?

COMMENTAIRE

On imagine habituellement que ce sont essentiellement des hommes obèses d'âge moyen ou avancé qui souffrent d'apnées du sommeil. On sait maintenant que des personnes plus jeunes peuvent aussi souffrir d'un trouble respiratoire nocturne plus subtil appelé «syndrome de hautes résistances des voies aériennes supérieures» ou SHRVAS.¹⁻³ Ces patients non obèses présentent un rétrécissement des voies aériennes supérieures dû à une anatomie pharyngée particulière, avec un palais haut et étroit, un visage allongé et/ou un rétrognathisme (figure 1). Grâce à leurs muscles dilatateurs du pharynx très actifs, ces patients parviennent à prévenir un collapsus complet de leur pharynx et à garder un certain flux inspiratoire durant le sommeil. On n'observera

Syndrome d'apnée de sommeil: présentations atypiques

donc pas de franches apnées et l'oxymétrie nocturne restera normale. Par contre, l'augmentation des efforts inspiratoires nécessaires pour vaincre les résistances pharyngées provoquera des microréveils répétés

pendant la nuit, une altération de la qualité du sommeil et une somnolence diurne (figure 2).^{4,5}

Dans ces cas, une polysomnographie devrait être organisée. Contrairement à l'oxymé-



Figure 1. Exemples de patients présentant un rétrognathisme pouvant engendrer un syndrome de hautes résistances des voies aériennes supérieures (SHRVAS)

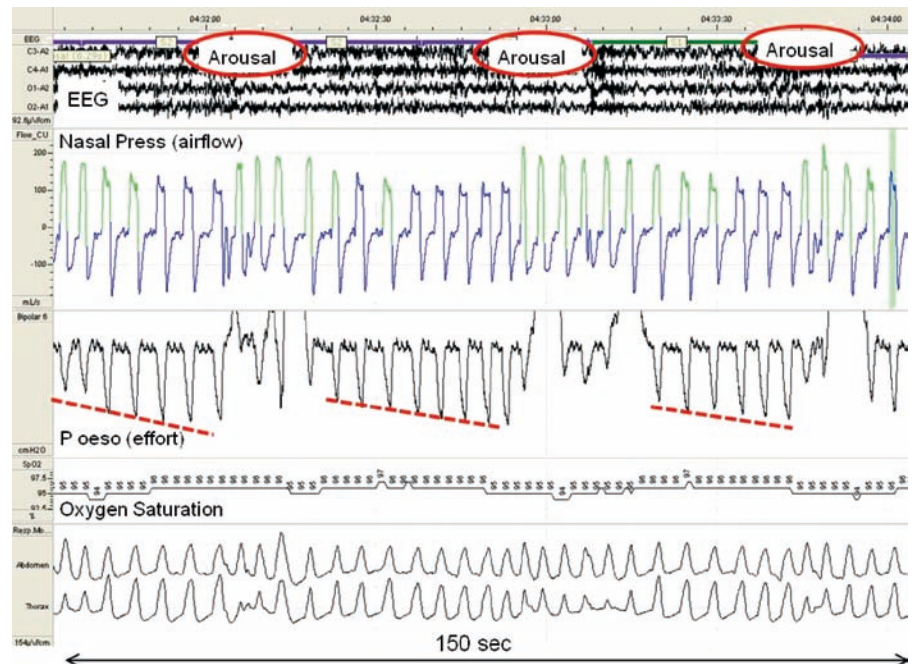


Figure 2. Enregistrement polysomnographique avec sonde œsophagienne (P oeso) chez un patient souffrant de syndrome de hautes résistances des voies aériennes supérieures (SHRVAS)

Malgré l'absence de désaturation ou de baisse significative du flux d'air nasal (airflow), le patient est réveillé de manière répétée par une augmentation des efforts respiratoires (P oeso plus négative) nécessaires pour compenser la résistance des voies aériennes supérieures et maintenir un flux inspiratoire.

trie et à la polygraphie respiratoire effectuées à domicile, la polysomnographie se déroule dans un laboratoire du sommeil et permet, grâce à l'EEG, la détection des multiples microréveils que présentent ces patients pendant la nuit.

Le SHRVAS peut se traiter par pression positive continue (CPAP) mais l'observance à ce traitement semble moins bonne que chez les apnéiques «classiques» étant donné le plus jeune âge de ces patients. En cas de rétrognathisme et/ou d'obstruction au niveau de l'oropharynx, un traitement par prothèse d'avancement mandibulaire peut être efficace. Une chirurgie d'avancement mandibulaire ou maxillo-mandibulaire peut être envisagée chez les patients présentant un rétrognathisme important ou une malformation faciale. ■

Implications pratiques

- ▶ Etant donné sa faible sensibilité, une oxymétrie nocturne négative ne permet pas d'exclure un trouble respiratoire du sommeil
- ▶ Les troubles respiratoires du sommeil peuvent s'observer chez des patients jeunes et non obèses sous forme d'un «syndrome de hautes résistances des voies aériennes supérieures» ou SHRVAS
- ▶ La polysomnographie permet de détecter les perturbations du sommeil secondaires à l'augmentation des résistances pharyngées et de poser le diagnostic
- ▶ En fonction de l'anatomie du patient souffrant de SHRVAS, un traitement spécifique pourra lui être proposé avec un effet généralement favorable sur la somnolence diurne

Bibliographie

- 1 Guilleminault C, Black JE, Palombini L. High (or abnormal) upper airway resistance. *Revue des maladies respiratoires*. Research Support, Non-U.S. Gov't 1999; 16:173-80.
- 2 Cracowski C, Pepin JL, Wuyam B, Levy P. Characterization of obstructive nonapneic respiratory events in moderate sleep apnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164:944-8.
- 3 Kristo DA, Lettieri CJ, Andrada T, Taylor Y, Eliasson AH. Silent upper airway resistance syndrome: Prevalence in a mixed military population. *Chest* 2005;127:1654-7.
- 4 Stoohs RA, Philip P, Andries D, Finlayson EV, Guilleminault C. Reaction time performance in upper airway resistance syndrome versus obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep Med* 2009;10:1000-4.
- 5 Guilleminault C, Stoohs R, Shiomi T, Kushida C, Schnittger I. Upper airway resistance syndrome, nocturnal blood pressure monitoring, and borderline hypertension. *Chest* 1996;109:901-8.