



LETTRE EDITORIALE

Prise en charge des patients atteints du syndrome d'apnées obstructives du sommeil au Viet Nam

Management of patients with obstructive sleep apnea syndrome in Viet Nam

H. Nguyen Xuan Bich

Service de Pneumologie. Hôpital Cho Ray. Ho Chi Minh Ville - Viet Nam

Le ronflement a été longtemps considéré comme une banale nuisance « familiale ou sociale ». Mais depuis ces vingt dernières années, il est devenu un des symptômes principaux d'une nouvelle pathologie : le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Le SAOS est caractérisé par un ronflement, des arrêts respiratoires intermittents pendant le sommeil suivis par de brefs éveils (permettant au patient de reprendre sa respiration). Le sommeil du malade est ainsi totalement fragmenté, non réparateur, induisant une hypersomnolence et un trouble de la vigilance pendant la journée. Un SAOS non diagnostiqué et de là non traité pourrait augmenter le risque de maladies cardiovasculaires, ainsi que d'autres complications comme les accidents du travail ou de la route.

Le SAOS est une pathologie grave atteignant 2%-4% de la population caucasienne mais il est encore sous diagnostiqué dans de nombreux pays asiatiques, y compris le Vietnam, faute de moyens diagnostiques. Depuis 2007, avec le MEDATEC qui est un polysomnographe et CIDELEC, un polygraphe, tous deux donnés par l'AFVP, ainsi que les CPAP (dons de l'ADEP Assistance), nous avons pu diagnostiquer et traiter le SAOS.

Dans une étude réalisée à l'hôpital Cho Rẫy (Ho Chi Minh ville) sur 263 participants venant consulter pour ronflements et sensation d'asphyxie pendant le sommeil, la prévalence du SAOS est de 87,1 % sans différence selon le sexe (hommes: 86,4% et femmes: 80,4%). Ce résultat est différent de celui des études faites sur les Caucasiens mais une étude conduite chez une population caucasienne limitée aux sujets avec un IMC < 30 Kg/m² donne des résultats semblables [1].

Plus de 50% sont des cas graves (IAH>30/h) et presque 40% des malades ont une pathologie cardiovasculaire associée (hypertension artérielle, arythmie, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde...) ce qui nous fait penser que nos malades sont diagnostiqués à un stade avancé du SAOS. 65% des malades ne sont pas obèses, ce qui est différent des patients caucasiens. Ce résultat est semblable à ceux trouvés dans les études effectuées en Inde, Chine et Singapour [2-4]. Ce fait suggère qu'il existe peut être d'autres facteurs de risque comme une structure crânio-faciale dysmorphique (rétrognathie, voies aériennes postérieures plus étroites, menton plus petit) ou une voie aérienne supérieure comblée (hypertrophie du voile du palais, de la luvette ou de la langue) [5, 6].

La triade des symptômes du SAOS (ronflements, apnée pendant le sommeil rapportée par l'entourage, somnolence diurne) est présente chez 53,1% des sujets atteints de SAOS. D'après la cohorte de la « Sleep Heart Health Study » qui comporte plus de 5 000 personnes, les sujets rapportant la triade de symptômes précédente ont 3 à 4 fois plus de risque d'avoir un index d'apnées/hypopnées (IAH) supérieur à 15 que ceux qui ne la présentent pas [7]. En ce qui concerne le traitement, seulement 30% de nos patients reçoivent un traitement par ventilation nocturne à pression positive continue (PPC), ou chirurgie de la sphère ORL, ou orthèse d'avancée mandibulaire. Pour les autres patients (SAOS léger ou patients refusant le traitement), nous avons suggéré un traitement symptomatique du ronflement (solution anti-ronflements, coussins anti-ronflements, exercices des muscles pharyngés) qui ne semble pas efficace.

Auteur correspondant: Dr Huyen Nguyen Xuan Bich. Service de Pneumologie - Hôpital Cho Ray. Ho Chi Minh Ville
E-mail: nx_bichhuyen@yahoo.com

La PPC, qui est le traitement de référence, est réellement très efficace, mais seulement 25% des patients ayant une forme sévère de SAOS peuvent y accéder en raison du coût très élevé, non remboursé au Viet Nam. Ce traitement est contraignant, car il est le plus souvent à vie, et doit être mis toutes les nuits. L'observance à la PPC observée a été > 70% pour les patients appareillés.

La chirurgie de la sphère ORL est le traitement le plus facilement accepté par nos patients car elle est remboursée totalement par l'assurance médicale. Au Viet Nam, les chirurgiens réalisent l'uvulopalatopharyngoplastie, mais pas les opérations visant à augmenter l'espace aérien, situé en arrière de la langue (avancer la mâchoire inférieure ou diminuer le volume de la partie postérieure de la langue). Dans notre étude, l'amélioration des symptômes n'est que de 45 % environ chez les patients sévères. La chirurgie peut éliminer les ronflements mais pas toutes les apnées [8].

L'orthèse d'avancée mandibulaire, visant à avancer la mandibule par rapport au maxillaire, est indiquée

dans les cas modérés et dans les cas sévères qui refusent la PPC. Cette orthèse est portée la nuit et à vie. Elle est fabriquée par un orthodontiste expérimenté et a un prix acceptable avec peu d'effets secondaires (hypersalivation dans la première semaine, rares douleurs articulaires des mâchoires). Elle a été efficace chez plus de 50% de nos patients, comme pour 35% à 75% des autres patients asiatiques [9].

La prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints de SAOS au Viet Nam reste encore difficile car les patients doivent payer eux-mêmes tous les frais. Dans la population générale, beaucoup de patients ne peuvent donc pas avoir de diagnostic précoce, ni être correctement traités, ce qui peut poser des problèmes de santé publique.

Nous espérons qu'à l'avenir les Hautes Autorités de l'Assurance Médicale du Vietnam réaliseront que le SAOS non traité est une pathologie potentiellement grave, un véritable enjeu public pouvant altérer la qualité de vie des patients, et accepteront de rembourser les frais engagés pour obtenir un diagnostic et une prise en charge thérapeutique adaptée.

CONFLIT D'INTERETS

Aucun.

REFERENCES

1. Netzer NC et al Prevalence of symptoms and risk of sleep apnea in primary care. *Chest* 2003; 124 (4):1406-14
2. Uwadia Zarir F Doshi Amita V, Lomkar Sharmila G, Chandrajeet Singh. Prevalence of sleep disordered breathing and sleep apnea in middle aged Urban Indian men. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 10: 1164.
3. Bing Lam Mary S., Lawrence Tang C.H, Lauder Ian J. Toi Yan Jp, MPhil, Wab kit Lam. A community study of sleep disordered breathing in middle-aged Chinese women in Hong Kong. *Chest* 2004; 125: 127-134.
4. Ng TP, Seow A, Tan W C . Prevalence of snoring and sleep breathing disordered related disorders in Chinese, Malay and Indian adults in Singapore. *Eur Respir J* 1998; 12: 198-203.
5. Lam B, Lam DCL. Obstructive sleep apnea in Asia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007; 11 (1): 2-11.
6. Goldstein R, Shipirer I, Stav D, Askenasty JM. A rank Order evaluation of complaints in patients suspected of sleep apnea symptoms. *The Internet Journal of Pulmonary Medicine* ISSN:1531-2984.
7. Young T , Shahar E, Niero HJ, Redline S., Newman AB, Gottlieb DJ, Walsleben JA, Finn L. Enright P. Samrt JM. Sleep Heart Health Study Research group Predictors of sleep disordered breathing in community - dwelling adults. *The Sleep Heart Health Study Arch Intern Med* 2002; 162:893-900.
8. Eveloff SE. Treatment of obstructive sleep apnea. *Chest* 2009; 121 (3), 674-677.
9. Gotsopoulos H, H, Chen, C, Qian, J, et al. Oral appliance therapy improves symptoms in obstructive sleep apnea: a randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:743-748