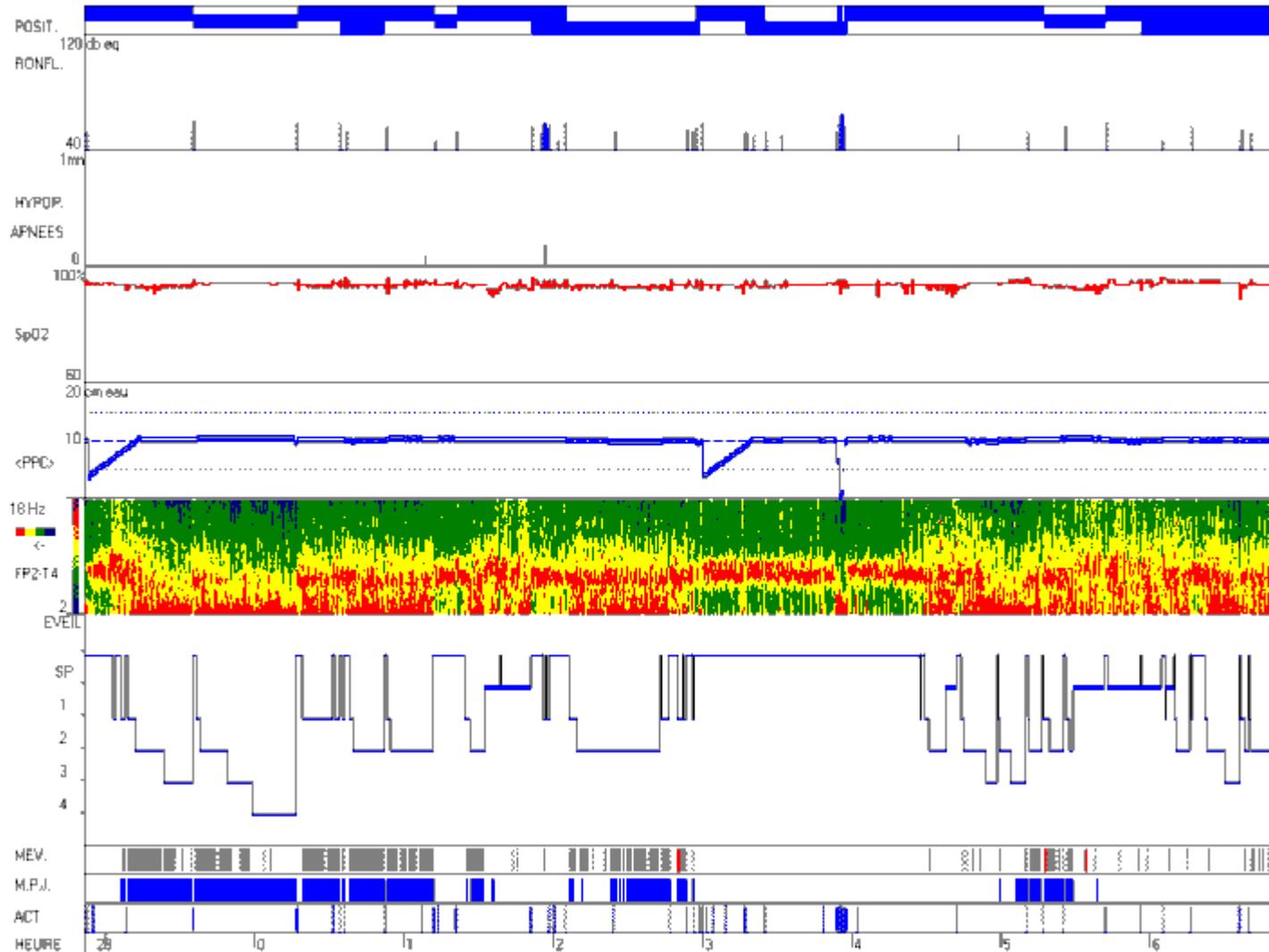


# Mr G

## Mis sous PPC 10 cmH2O et contrôle PSG



IAH = 0

IME = 58

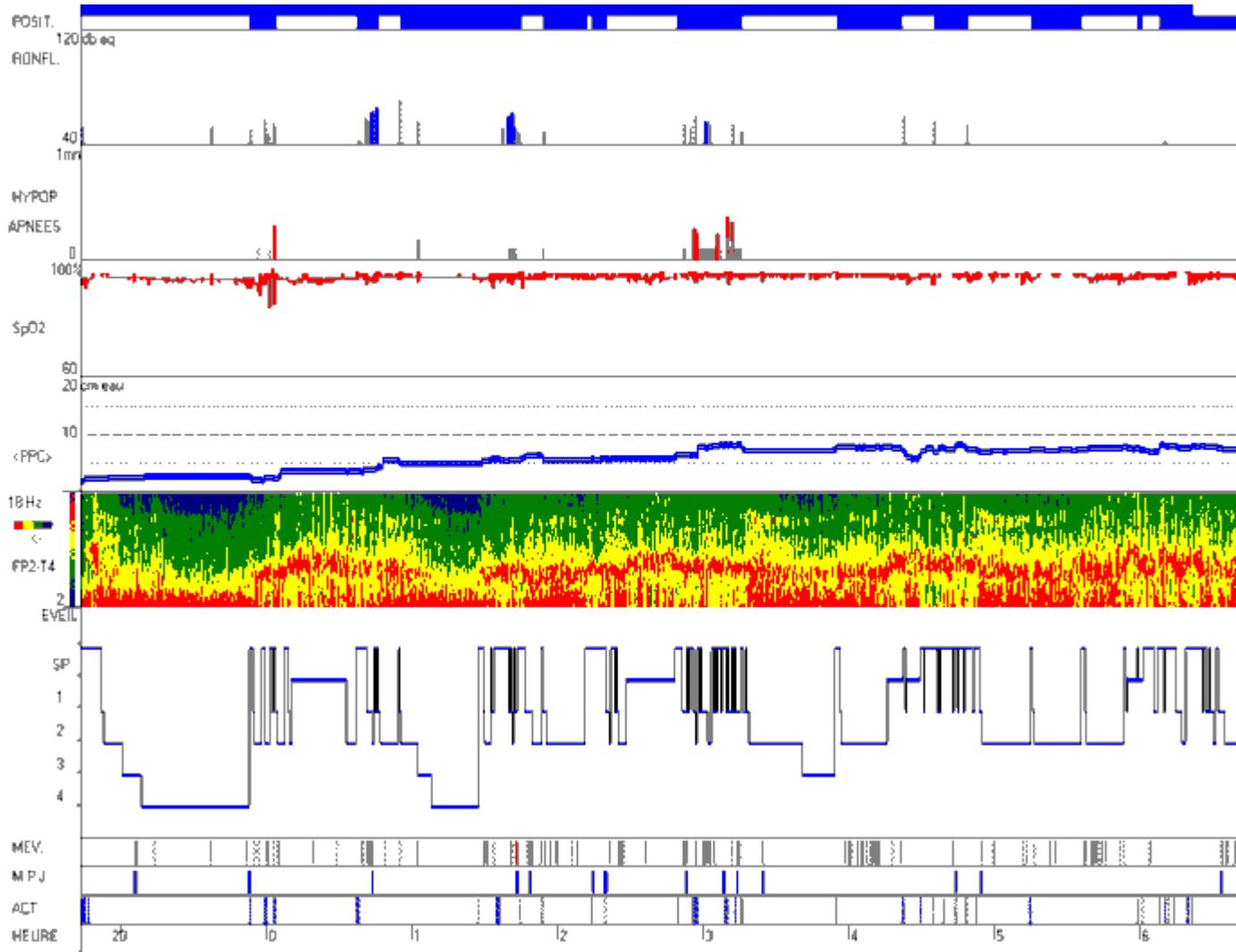
IMPJ = 103

Epworth = 10

Impatiences ++

# Mr G

## PSG sous PPC + agoniste dopaminergique



IAH = 6

IME = 16

IMPJ = 2

Epworth = 6

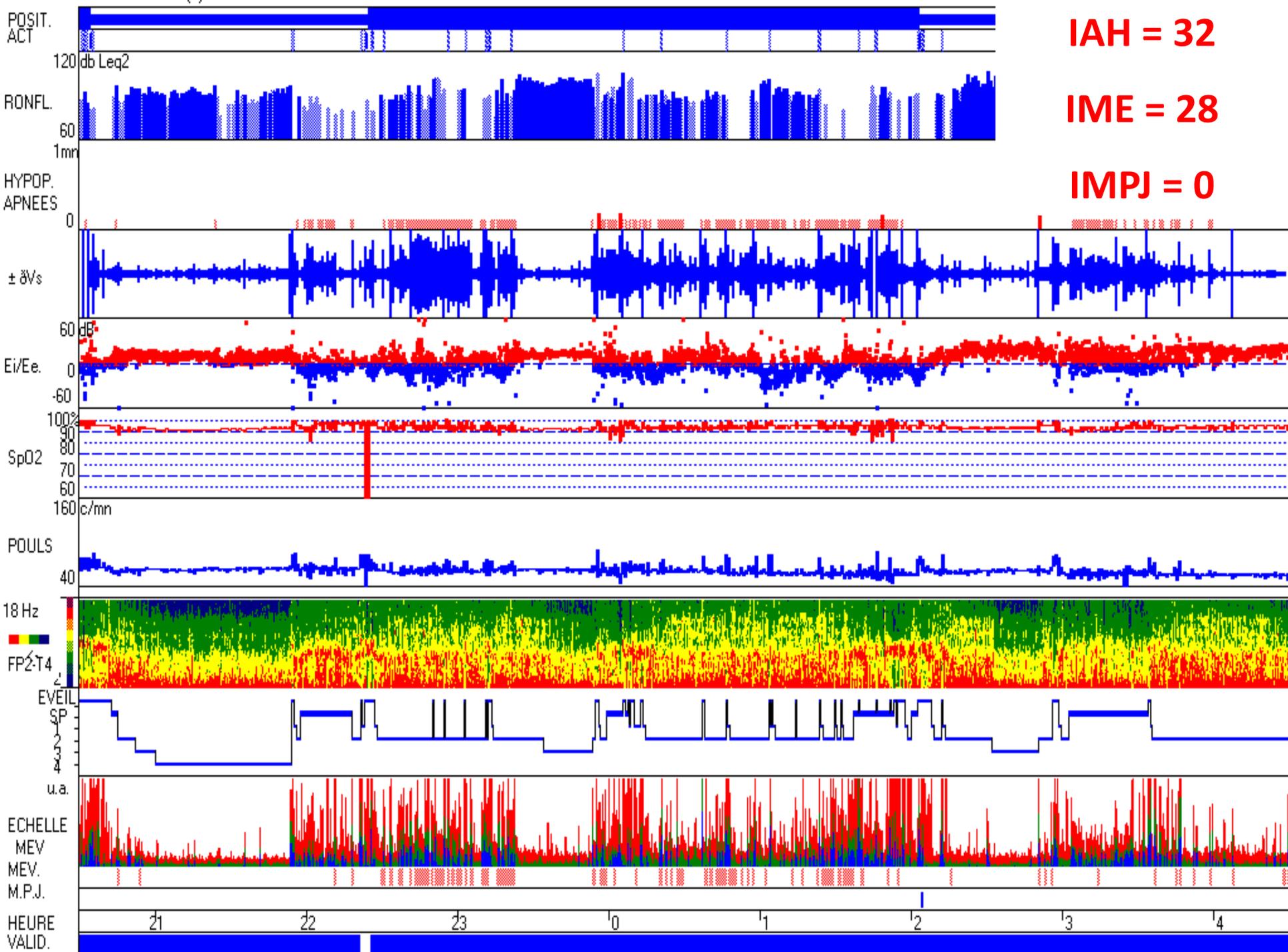
∅ Impatiences

# Plan

- Le suivi classique du malade sous PPC
  - Les RPC 2010
  - La LPPR forfait 9
- **Les situations particulières**
  - Indications de la polygraphie sous PPC
  - **SDE résiduelle sous PPC**
  - Situations à risque professionnel
  - SAS traité par OAM

# Mr T

- Homme de 40 ans
- Surcharge pondérale: 92 kg pour 177 cm
- Aucun ATCD
- Ronflement gênant, apnées décrites
- Somnolence diurne +++ ESE 18
- Très irritable, problèmes conjugaux ++

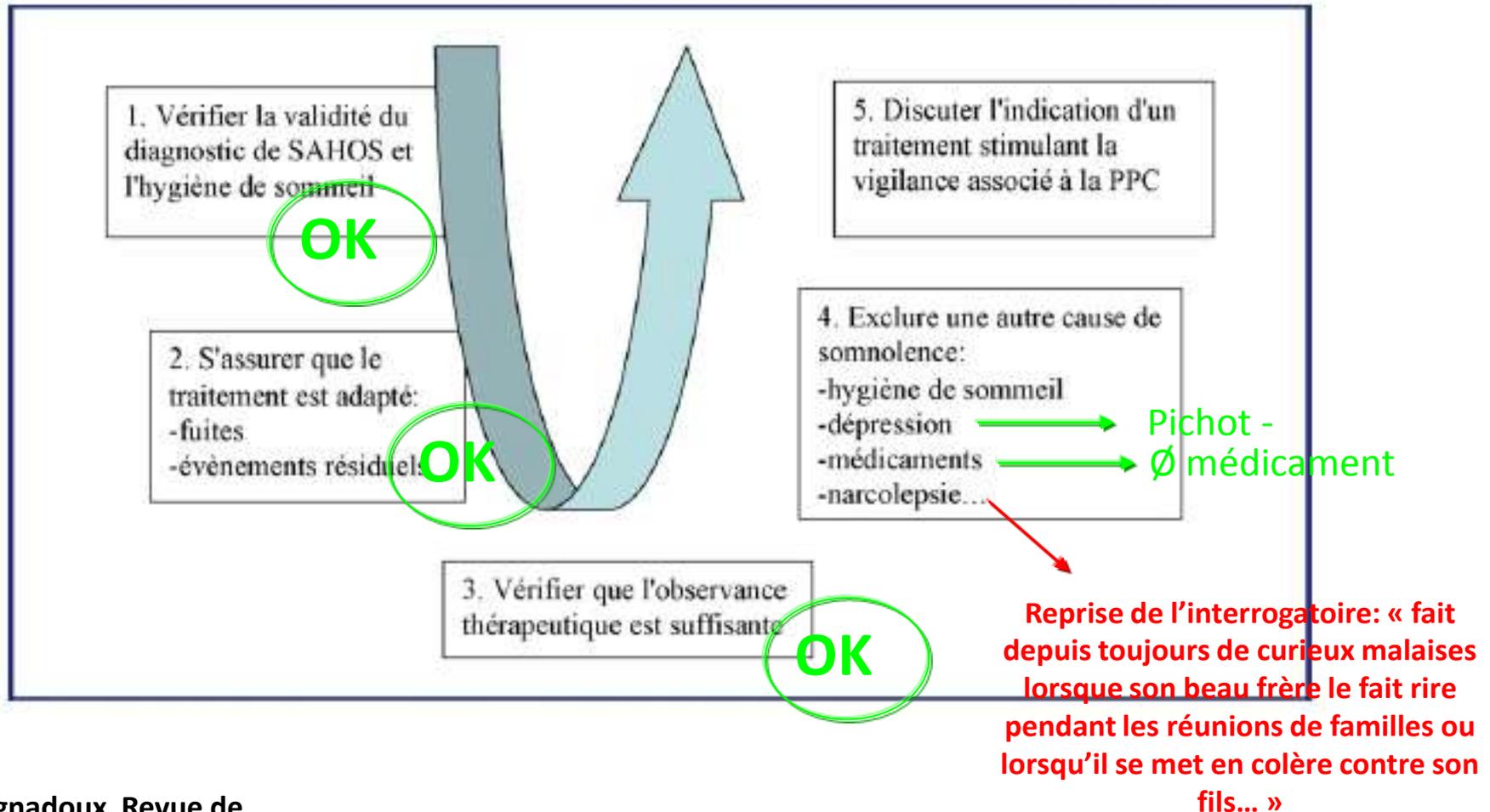


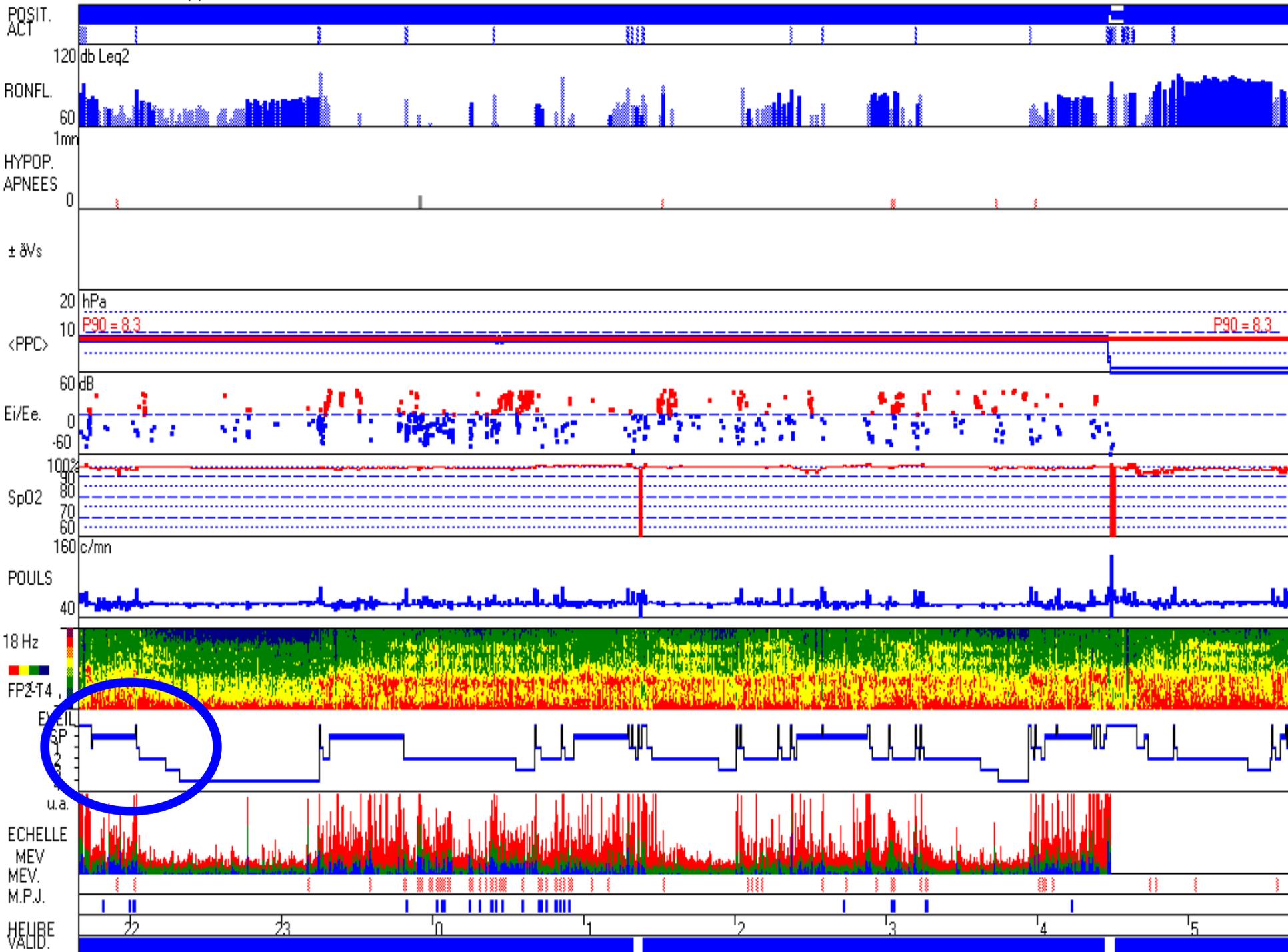
# Mr T

- Mise en place d'un traitement par PPC 9 cmH<sub>2</sub>O
- Réévaluation clinique à M3
- Observance 05h48 par nuit
- Epworth 19/24

⇒ CAT ?

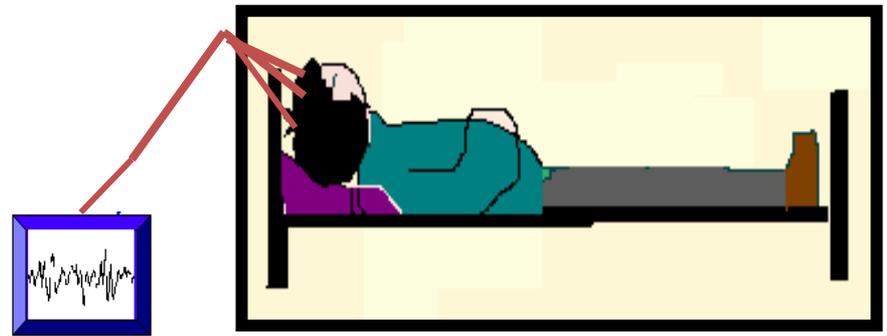
# CAT devant une SDE sous PPC





# TESTS ITERATIFS DE LATENCE D'ENDORMISSEMENT

- 4 tests à 9h, 11h, 13h, 15h  
Dans un lit, dans l'obscurité  
**Consigne : se laisser aller**  
Réveil après 20 min de sommeil
- < 8 min: somnolent; entre 8 et 10: limite



Mr T...: latence moyenne = 5 minutes + 2 endormissements en REM

⇒ SAHOS + narcolepsie cataplexie

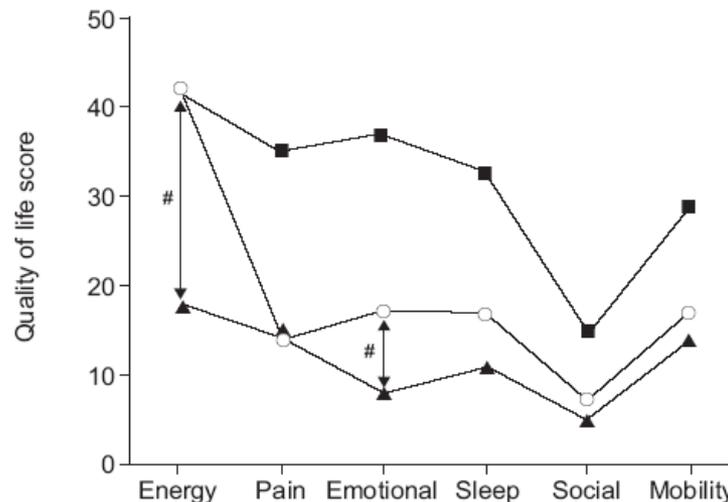
⇒ Poursuite de PPC + modiodal puis ritaline

⇒ Normalisation de la vigilance et moins de cataplexie

# Prevalence of residual excessive sleepiness in CPAP-treated sleep apnoea patients: the French multicentre study

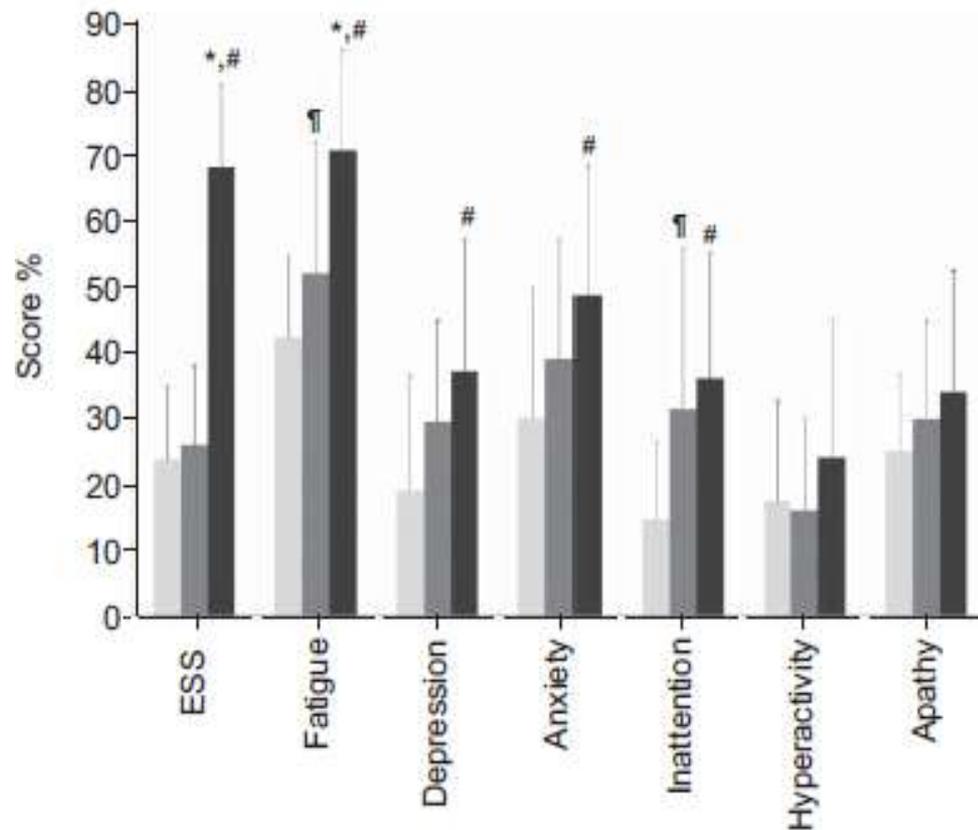
J-L. Pépin<sup>\*,#</sup>, V. Viot-Blanc<sup>†,††</sup>, P. Escourrou<sup>§</sup>, J-L. Racineux<sup>∫</sup>, M. Sapene<sup>\*\*</sup>, P. Lévy<sup>\*,#</sup>,  
B. Dervaux<sup>###</sup>, X. Lenne<sup>##</sup> and A. Mallart<sup>†††</sup>

- 502 patients de 37 centres français
- SDE résiduelle si ESE $\geq$ 11 malgré observance PPC $>$ 3h à 1 an:
  - 12% (ESE = 14,3 $\pm$ 2,5)
  - 6% après exclusion SJSR, dépression majeure et narcolepsie
  - Facteurs prédictifs: jeune age, sévérité initiale de la SDE
  - Perturbations associées de la qualité de vie



# Residual sleepiness in obstructive sleep apnoea: phenotype and related symptoms

C. Vernet\*, S. Redolfi\*<sup>#</sup>, V. Attali\*<sup>#</sup>, E. Konofal\*, A. Brion\*, E. Frija-Orvoen\*, M. Pottier\*, T. Similowski<sup>#</sup> and I. Arnulf\*<sup>#</sup>



# Indications du Modiodal®

*Traitement de la somnolence diurne excessive résiduelle associée au syndrome d'apnées*

*/hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) :*

✓ malgré l'application techniquement correcte pendant le sommeil d'un traitement mécanique bien suivi (Pression Positive Continue [PPC] par voie nasale ou nasobuccale) corrigeant les événements respiratoires éveillants

✓ dans de très rares cas, malgré le recours à une orthèse d'avancement mandibulaire ou une chirurgie d'avancement bi-maxillaire.

Ce diagnostic devra être confirmé par un enregistrement polygraphique au cours du sommeil afin de vérifier la bonne correction des événements respiratoires et l'absence de fragmentation résiduelle du sommeil permettant d'éliminer une autre cause de somnolence diurne excessive.

# Plan

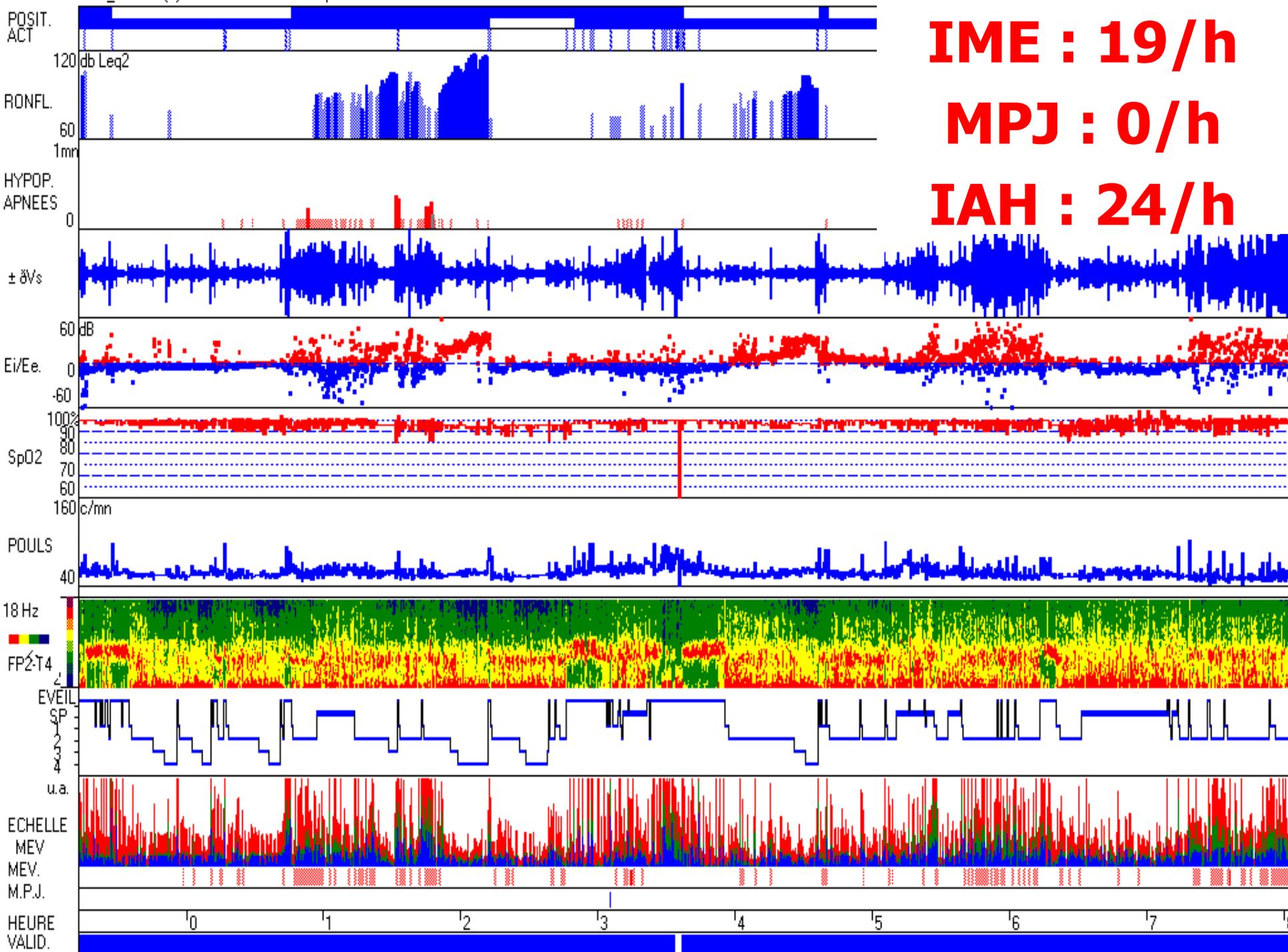
- Le suivi classique du malade sous PPC
  - Les RPC 2010
  - La LPPR forfait 9
- **Les situations particulières**
  - Indications de la polygraphie sous PPC
  - SDE résiduelle sous PPC
  - **Situations à risque professionnel**
  - SAS traité par OAM

# Mr P

- H 42 ans
- Routier international
- Aucun ATCD
- Ronflement ancien
- Sommeil non récupérateur, fatigué le matin et somnolent la journée, irritable
- Fréquents « coups de barre » au volant
- ESE 16

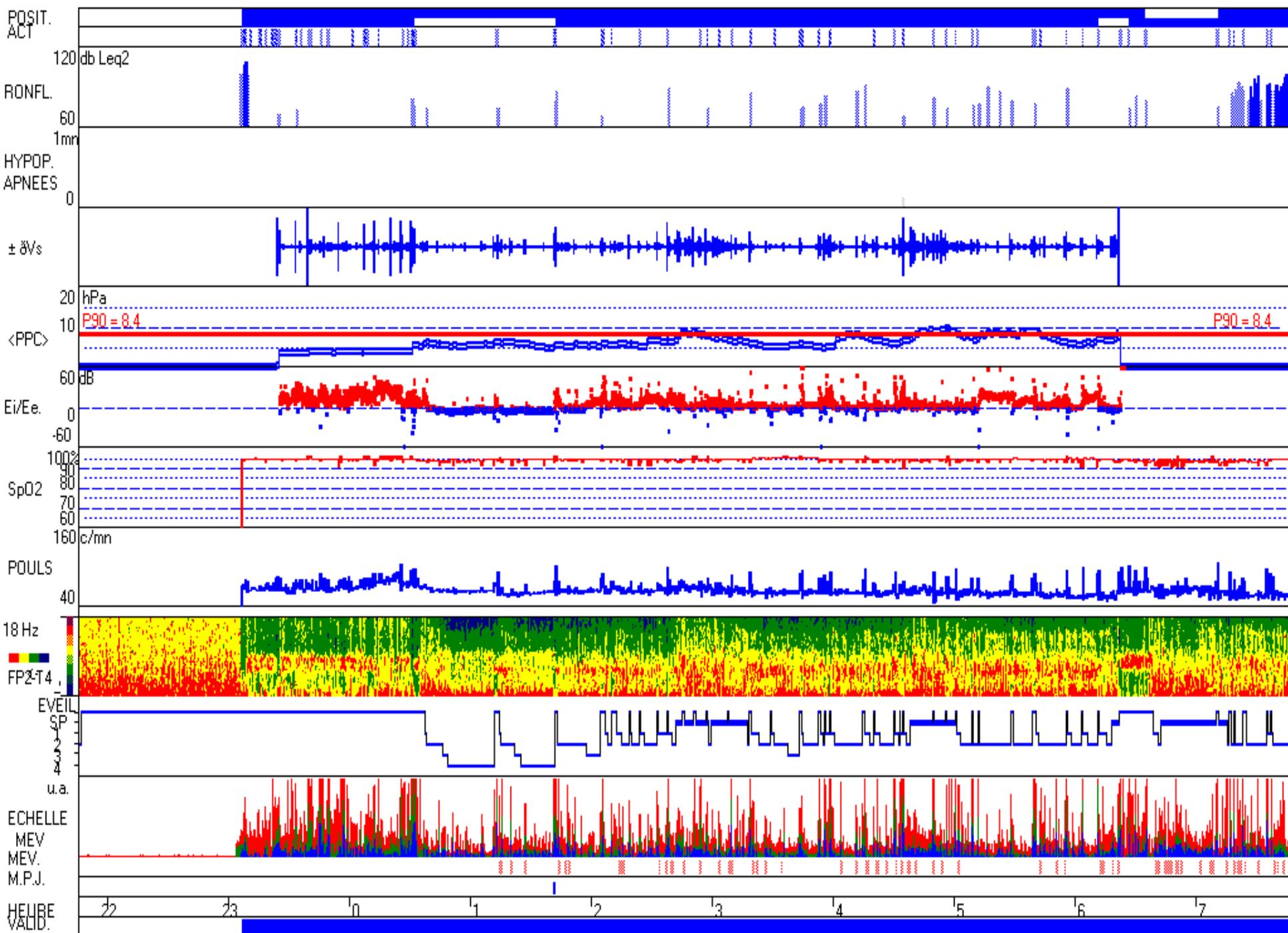


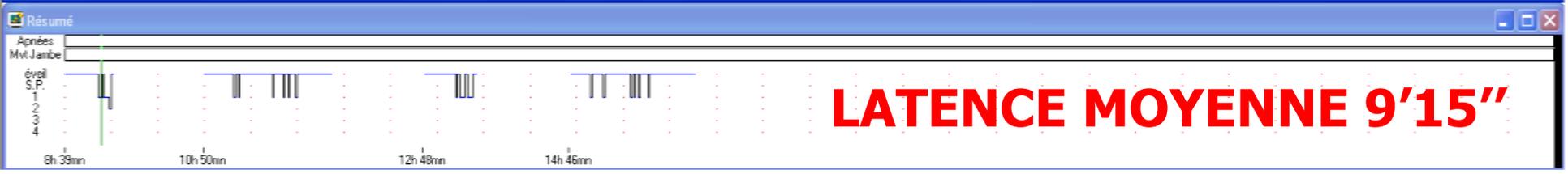
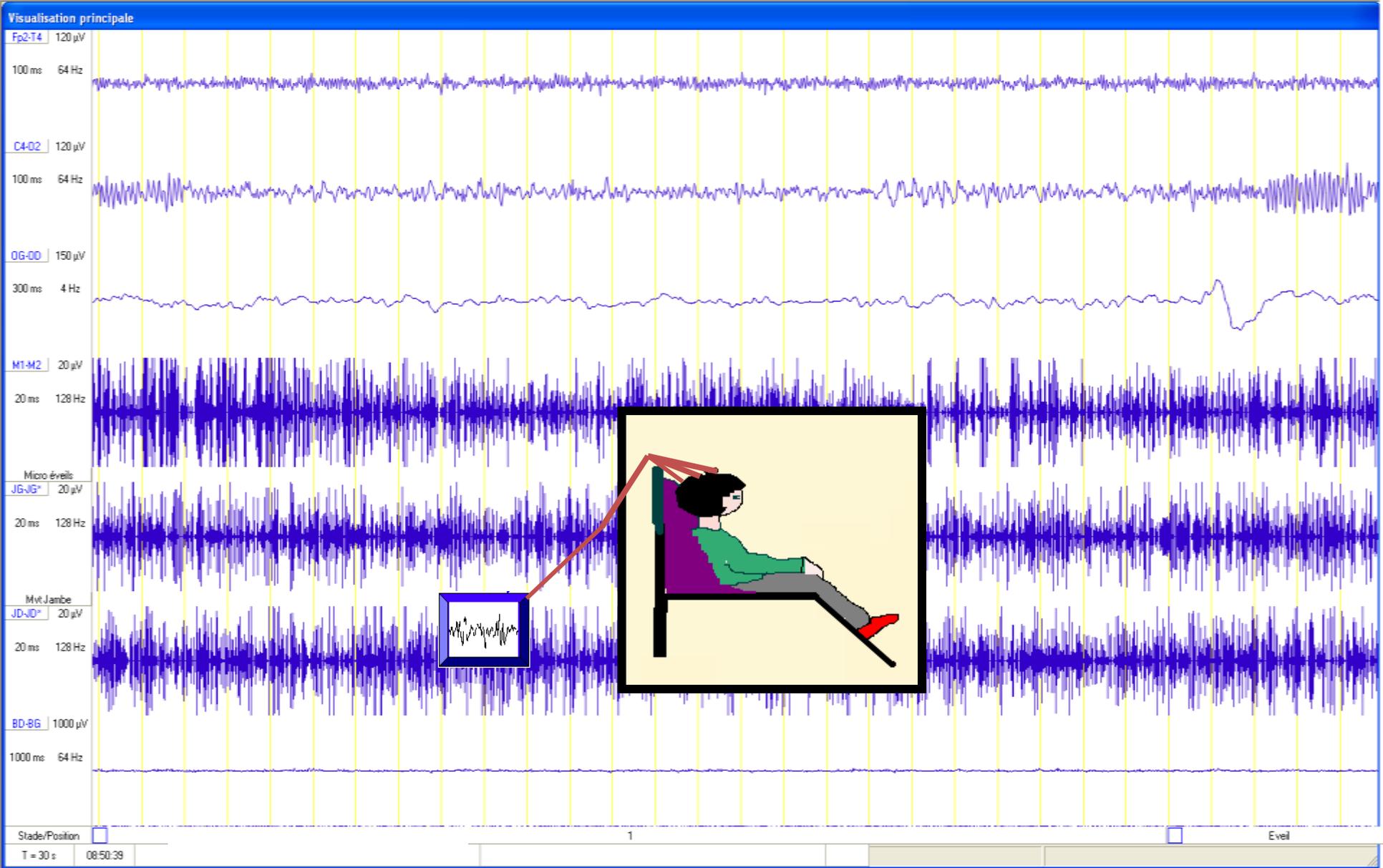
⇒ **ARRÊT DE TRAVAIL ET PSG RAPIDEMENT**



**Mr P**

**⇒ MISE SOUS PPC AUTO ET REEVALUATION  
A 1 MOIS: Observance, efficacité, PSG,  
TME**





# Mr P

- Reprise de la conduite impossible malgré une bonne observance à la PPC + plusieurs essais de traitements adjuvants par Modiodal, Ritaline puis Teronac
- En recherche d'emploi...

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES TRANSPORTS, DE L'ÉQUIPEMENT, DU TOURISME ET DE LA MER

Arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée

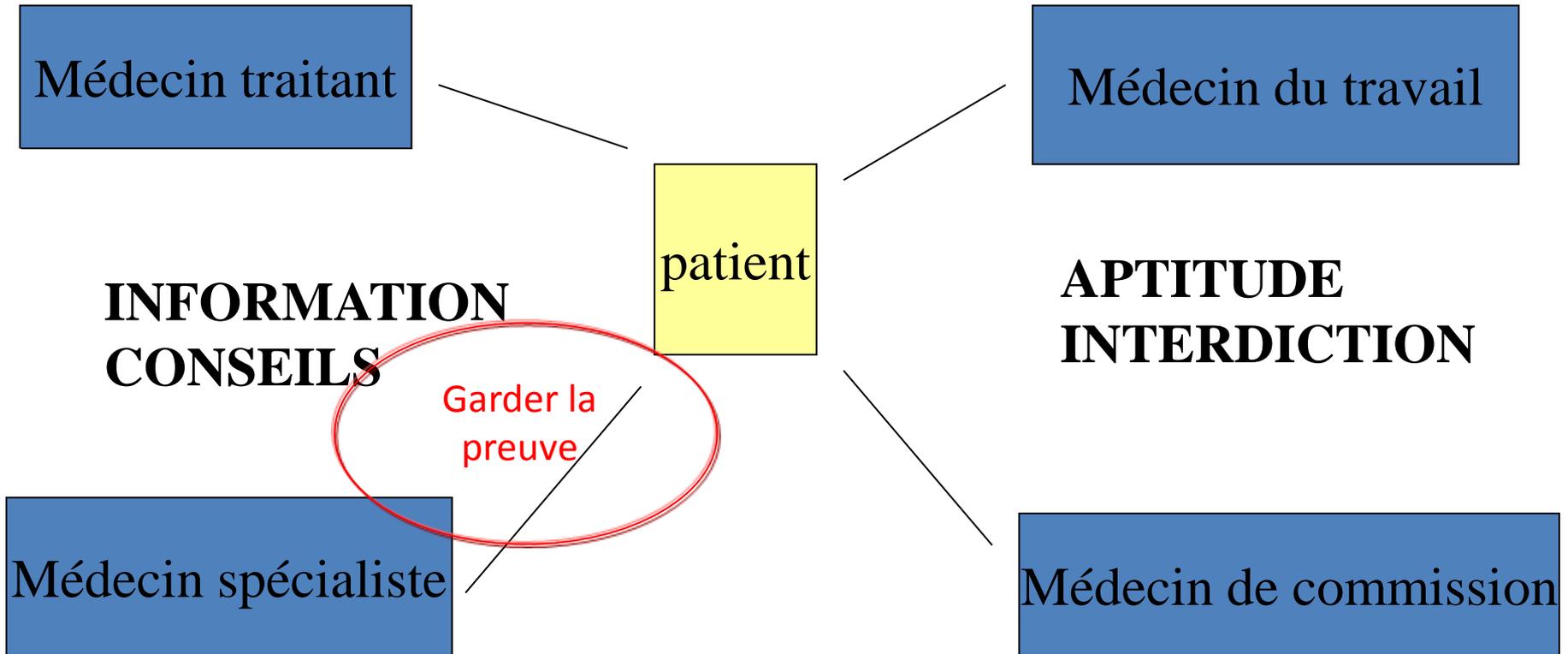
## GRUPE LOURD



4.3.1. Somnolence excessive d'origine comportementale, organique, psychiatrique ou iatrogène.

La reprise de la conduite peut avoir lieu un mois après l'évaluation de l'efficacité thérapeutique (pression positive continue, chirurgie, prothèses, drogues éveillantes, etc.). Cette reprise sera proposée à l'issue d'un bilan clinique spécialisé et test électro-encéphalographique de maintien de l'éveil (voir préambule).

# Les acteurs



# Comment dépister les sujets à risque?

- Epworth non corrélée au risque accidentel.
- La somnolence au volant est associée au risque accidentel chez les apnéiques (Massa et al, 2001).
- Les TME (et pas les TILE) prédisent efficacement les performances de conduite chez les sujets apnéiques, narcoleptiques, hypersomniaques (P. Philip et al, 2010). Plus les sujets sont somnolents aux TME (latence <19 ou entre 20-33), plus ils font d'erreurs aux tests de conduite sur simulateur
- **Les questions à poser:**
  - Etes-vous somnolent au volant?
  - Avez-vous déjà eu des accidents ou des « presque accidents » du fait de la somnolence au volant?

# Plan

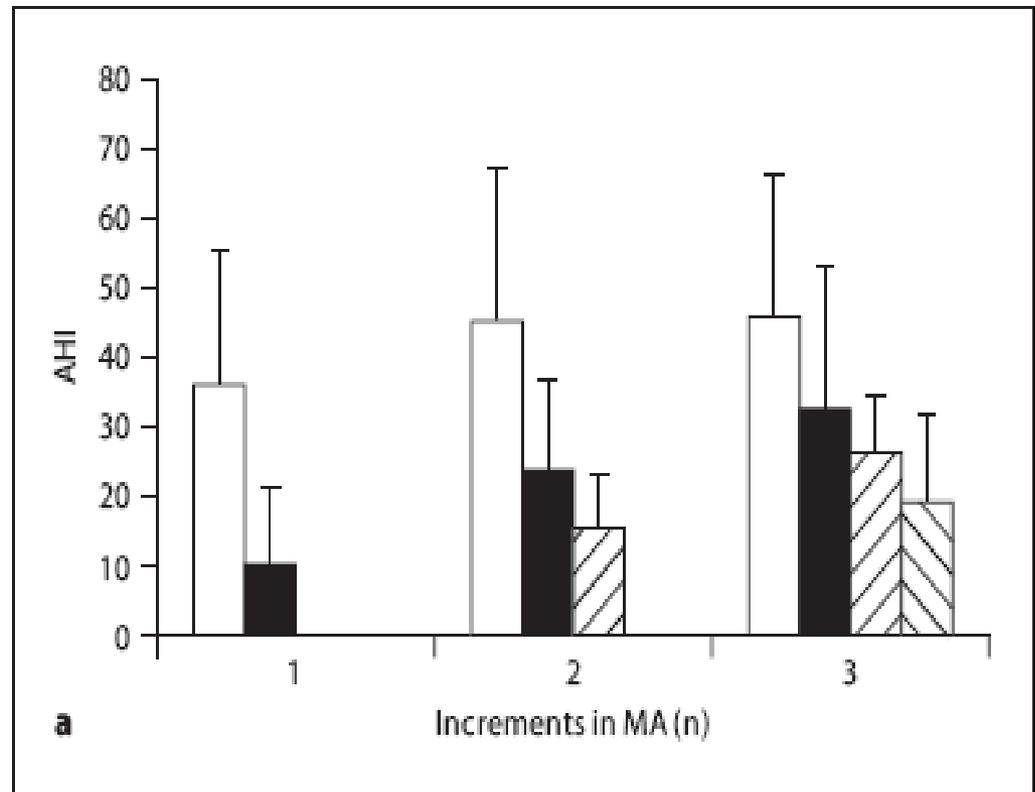
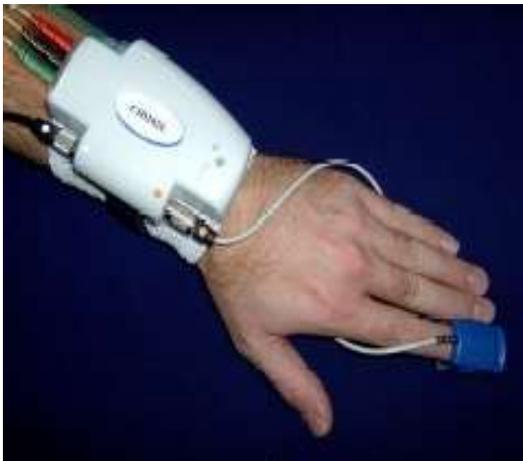
- Le suivi classique du malade sous PPC
  - Les RPC 2010
  - La LPPR forfait 9
- **Les situations particulières**
  - Indications de la polygraphie sous PPC
  - SDE résiduelle sous PPC
  - Situations à risque professionnel
  - SAS traité par OAM



## RECOMMANDATION 60

Il est recommandé de rechercher l'avancée mandibulaire efficace par une avancée progressive (grade B).

⇒ Nécessité  
d'enregistrements  
simplifiés en cours de  
titration



## RECOMMANDATION 61

Il est recommandé de contrôler l'efficacité du traitement par OAM au moyen d'une polygraphie ventilatoire ou d'une polysomnographie (accord professionnel).

- Possible dissociation clinique / polygraphie
- Possible « SAS complexe sous OAM »

# Mr N...

- H 64 ans
- 86 kg pour 169 cm
- HTA dyslipidémie
- Ronflement gênant, apnées constatées, ESE 12/24
- SAHOS sévère (IAH 37)
- Essai de PPC non concluant  $\Rightarrow$  proposition OAM après bilan stomato
- Avancée progressive jusqu'à 8mm (PMA 6mm)

# Mr N...

- Bilan à 2 mois:
  - Très satisfait
  - Orthèse portée 7j/7, 8h/nuit
  - Tolérance Ok
  - ESE 3/24
  - Bénéfice ressenti+++

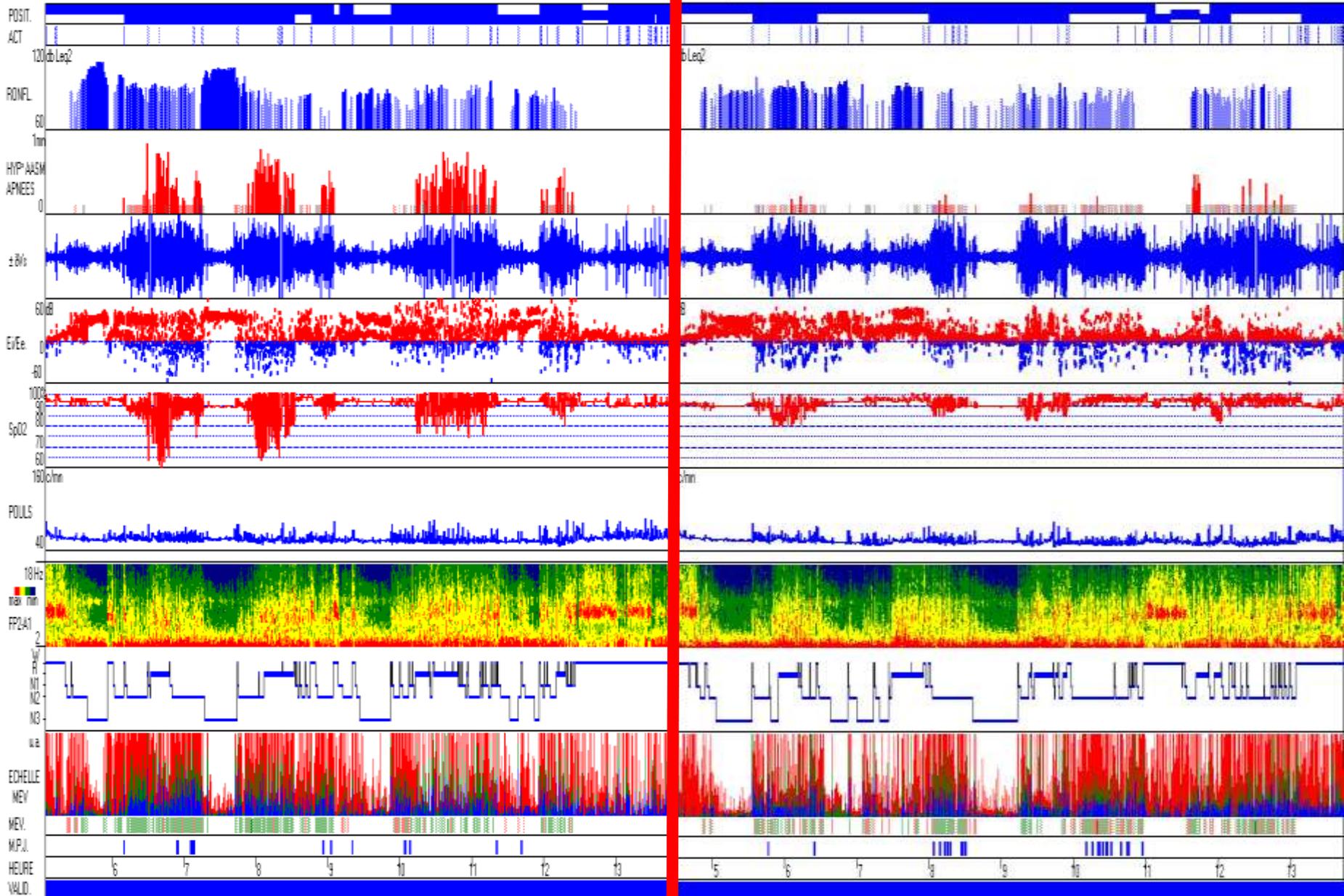
## Efficacité perçue

Pour chacun des symptômes suivants, entourez le chiffre qui décrit le mieux les modifications que vous avez constatées depuis le début de votre traitement par OAM

	Très diminué	Diminué	Inchangé	Augmenté	Non concerné
Ronflements	1	2	3	4	0
Fatigue	1	2	3	4	0
Somnolence	1	2	3	4	0
Irritabilité	1	2	3	4	0

- Diagnostic

- OAM 8mm



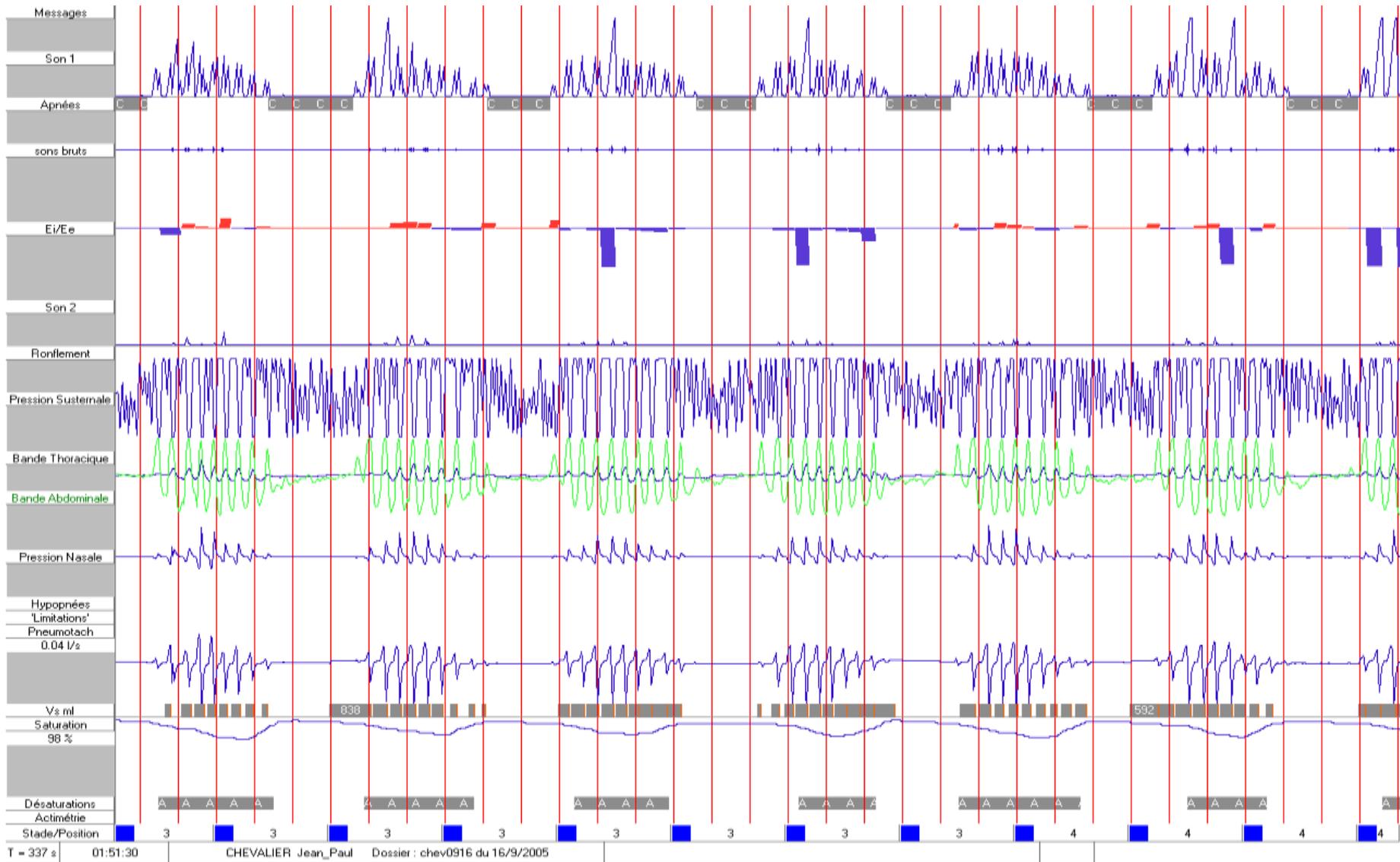
# Le SAS complexe existe aussi sous OAM

- H 50 ans
- AC/FA, hypothyroïdie
- BMI 28 kg/m<sup>2</sup>
- ESE 12/24
- SAHOS modéré
- Intolérance à la PPC
- Proposition OAM
- Avancée progressive

	PSG Diagnostique	PSG sous OAM 6 mm	PSG sous OAM 9 mm
TTS (min)	459	437	403
Stades I-II (%TTS)	52	50	57
Stades III-IV (%TTS)	21	22	12
SP (%TTS)	27	28	31
Index de réveils	18	17	24
réveils respiratoires	14	12	20
réveils non respiratoires	4	5	4
Index de MPJ	12	4	7
Décubitus dorsal (%TTS)	58	62	88
Index de ronflement	270	45	7
Index d'apnées-hypopnées	27	19	52
Décubitus dorsal	42	27	53
Autres positions	7	7	49
Index d'apnées	1	5	36
Index d'hypopnées	26	14	16
Index d'apnées centrales	0	2	34
Décubitus dorsal	0	4	29
Autres positions	0	0	27

**Apnées centrales induites sous traitement  
par orthèse d'avancée mandibulaire**

Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 477-80



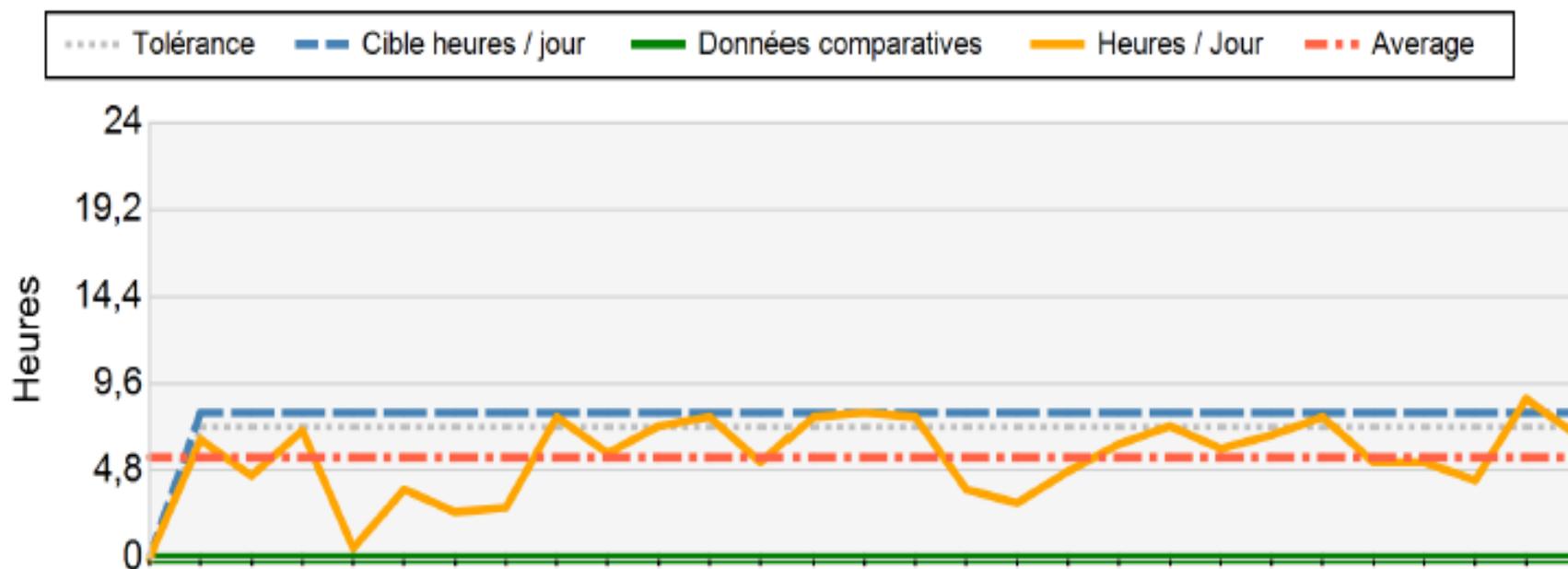
## Apnées centrales induites sous traitement par orthèse d'avancée mandibulaire

Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 477-80

## Vers une mesure objective de l'observance de l'OAM



Unité de lecture  
(« Reader »)  
pour relever  
périodiquement  
les données  
  
(Liaison avec le PC  
par un câble USB)



La moyenne de porter par jour: 5,53 heure(s)