



EDN

en **fiches** et en **schémas**

Collection dirigée par **Jean Lemoine**

PNEUMOLOGIE

- **Le programme en fiches synthétiques**
- **Une fiche par item**
- **Avec schémas, iconographies et tableaux**



Chiara Tormena

110 – Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Contenu multimédia	Exemple typique d'une hypertrophie amygdalienne
A	Définition	Connaître l'architecture du sommeil normal
A	Définition	Identifier un trouble du sommeil
A	Définition	Définir un syndrome d'apnée du sommeil (SAS)
B	Diagnostic positif	Savoir évaluer une hyper somnolence
B	Diagnostic positif	Signes cliniques du syndrome des jambes sans repos et des mouvements périodiques du sommeil
B	Diagnostic positif	Diagnostic différentiel de l'insomnie chronique
A	Diagnostic positif	Signes cliniques : <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) • Hypertrophie obstructive des végétations adénoïdes de l'enfant
A	Étiologies	Étiologie des troubles du sommeil
A	Étiologies	Connaître les facteurs de risque de SAS
A	Examen complémentaire	Connaître le bilan devant une insomnie et un SAS
B	Épidémiologie	Connaître l'épidémiologie du SAS
B	Prise en charge	Connaître les principes de la prise en charge d'un trouble du sommeil et du SAS
A	Définition	Conseil d'hygiène du sommeil
A	Prise en charge	Connaître la prévention des troubles du sommeil
B	Prise en charge	Connaître les conséquences du SAS dans l'activité professionnelle

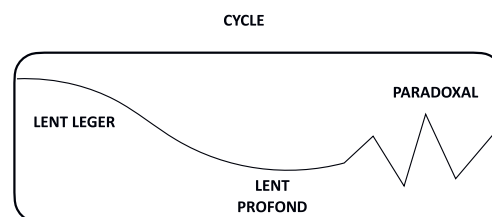
Définitions

A

Architecture du sommeil

Répétition de cycles avec sommeil lent léger et profond et sommeil paradoxal. En moyenne 4 à 6 cycles de 100 min, soit un sommeil compris entre 6 et 10 h chez l'adulte.

Le nombre d'heure de sommeil est plus important chez l'enfant, répartis à plusieurs moments de la journée.



L'architecture des cycles évolue au cours du sommeil : prédominance de sommeil lent, puis prédominance du sommeil paradoxal en fin de nuit.

A

Pathologies du sommeil

Réduction de la durée du sommeil lent profond ou paradoxal et fragmentation du sommeil chez l'adulte.

A

On distingue 2 grands types de troubles respiratoires au cours du sommeil :

- Le syndrome d'apnées hypopnées du sommeil : répétition d'apnées et/ou d'hypopnées au cours du sommeil.
- L'hypoventilation alvéolaire nocturne : baisse de la ventilation au cours du sommeil chez des patients présentant un trouble obstructif ou restrictif.

Dans le SAS les deux événements sont définis par les épreuves polygraphiques nocturnes comme :

- **Apnée** : arrêt du débit aérien nano-buccal pendant au moins 10 secondes
- **Hypopnée** : diminution de la ventilation de plus de 30% pendant au moins 10 secondes associée à une désaturation d'au moins 3% ou un micro-éveil.

On distingue deux mécanismes à l'origine de ces événements :

Soit un mécanisme périphérique avec occlusion des voies aériennes supérieures par insuffisance de contraction des muscles dilateurs du pharynx. Il s'agit du SAHOS (syndrome d'apnées hypopnées obstructives). C'est le plus fréquent.

Soit un mécanisme central avec abolition répétée de la commande ventilatoire. Il s'agit du SAHCS (syndrome d'apnées hypopnées centrales).

B

Épidémiologie

CHIFFRES CLÉS

Pathologie fréquente.

Prévalence du SAHOS modéré à sévère de 14% chez l'homme, 6% chez la femme.

1.5 million de patients traités en France.

A

Facteurs de risque :

- Obésité
- Sexe masculin
- Âge
- Anomalies des voies aériennes supérieures : rétrognathie, micromandibulie, hypertrophie amygdalienne, macroglossie

A

Diagnostic

Clinique

À l'interrogatoire, on recherche :

- Les facteurs de risques (cf. épidémiologie)
- Des symptômes nocturnes, rapportés par le patient et/ou son ou sa conjointe : ronflements, pauses respiratoires, sensation d'étouffement, agitation, nycturie.
- Des symptômes diurnes, dont principalement la somnolence que l'on évalue par le questionnaire d'Epworth (un score > 11/24 signe une somnolence excessive). Il y a aussi l'asthénie (peu spécifique), les troubles de concentration ou de mémoire, trouble de la libido et les céphalées matinales.

Critères diagnostic

Pour faire le diagnostic, il faut une association de signes cliniques (critères A ou B) et d'une quantité anormalement élevée d'apnée et/ou hypopnée durant le sommeil (critère C).

A	Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs. <i>Test d'Epworth.</i>
B	Deux critères parmi : <ul style="list-style-type: none"> • Ronflement sévère et quotidien • Sensation d'étouffement pendant le sommeil • Éveils répétés et sommeil non réparateur • Fatigue la journée • Difficulté de concentration • Miction la nuit (nycturie)
C	Indice d'apnée/hypopnée (IAH) supérieur ou égal à 5

B

Examens complémentaires

- Enregistrement nocturne

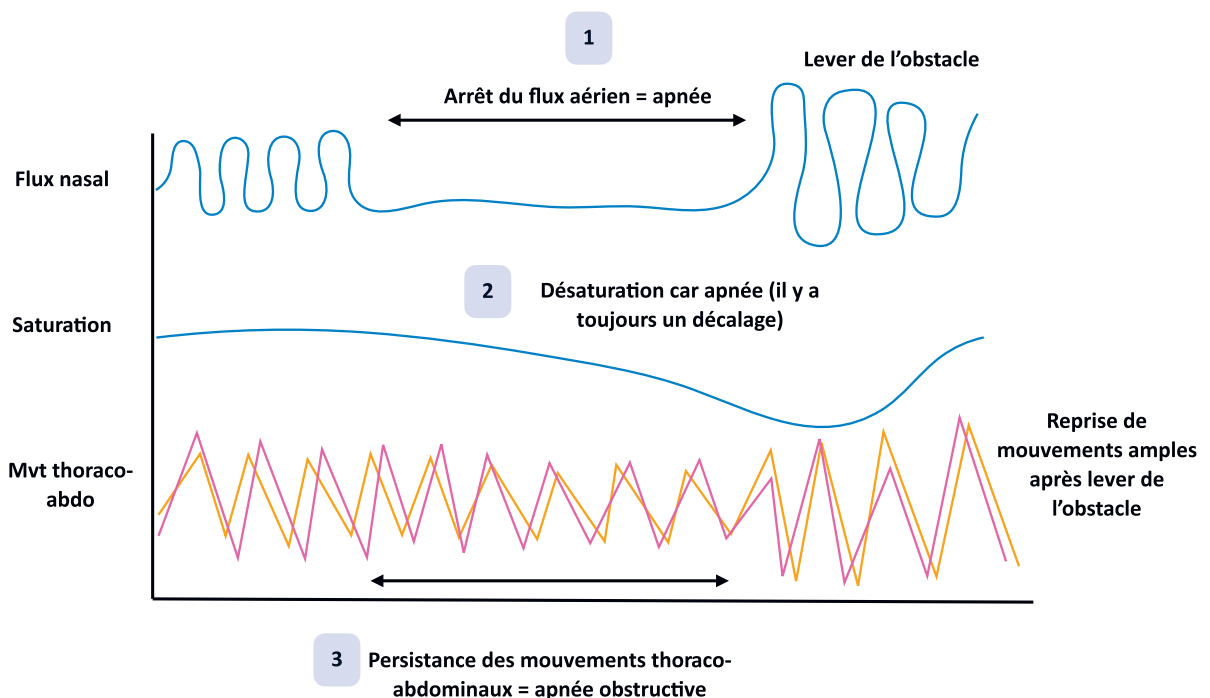
Permet de confirmer le diagnostic en déterminant l'index d'apnée hypopnée par heure pendant le sommeil.

Il existe deux types d'enregistrement :

- Polygraphe ventilatoire : en première intention en cas de suspicion de SAHOS. N'est pas indiquée lorsqu'on suspecte une autre pathologie du sommeil.
- Polysomnographie : examen de référence. Indiquée en première intention dans les situations complexes ou suspicion de plusieurs pathologies du sommeil, ou en seconde intention si échec de la polygraphie ventilatoire.

POLYGRAPHIE VENTILATOIRE	POLYSOMNOGRAPHIE
<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrement du flux aérien (canule nasale) • Sangles abdominales • Oxymètre de pouls pour observer désaturation 	<ul style="list-style-type: none"> • Polygraphe ventilatoire (canule nasale, sangles abdominales et oxymètre) • EEG • EOG • ENMG mentonnier +/- jambier

Exemple :



A

- Examen ORL : recherche d'un rétrognathisme, d'une macroglossie, d'une hypertrophie du palais mou, des amygdales (enfant ++), ou d'une obstruction nasale.
- Bilan stomatologique en cas de traitement par orthèse de mandibule.
- Bilan métabolique et surveillance tension elle en cas d'obésité.

A

Classification

On peut grader la sévérité du SAHOS en fonction :

- De l'IAH par nuit

CHEZ L'ADULTE	CHEZ L'ENFANT
Léger: 5-14 IAH	Léger: 1,5-5 IAH
Modéré: 15-29 IAH	Modéré: 5-10 IAH
Sévère: plus de 30 IAH	Sévère: plus de 10 IAH

- Du retentissement de la somnolence sur les activités quotidiennes (travail, conduite, loisirs...)

A

Diagnostics différentiels

- Dette chronique de sommeil (interrogatoire)
- Somnolence iatrogène : psychotropes et antalgiques
- Insomnie chronique (pendant plus de 3 mois) diagnostiqué via agenda du sommeil
- Troubles psychiatriques dont épisode dépressif caractérisé
- Hypersomnies centrales (narcolepsie et hypersomnie idiopathique)
- Syndrome des jambes sans repos (besoin de bouger les membres inférieurs lors des périodes de repos)

Conséquences

A

Les conséquences sont :

- Neuropsychologiques : asthénie, somnolence et ralentissement intellectuel.
- Cardio-vasculaires : les désaturations et les micro-éveils sont un facteur de risque d'HTA, de diabète, de coronaropathie, d'AVC, d'insuffisance cardiaque et de trouble du rythme.
- Socio-professionnelles : la somnolence diurne entrave les activités quotidiennes et est une contre-indication à la conduite automobile. La reprise de la conduite pour se faire après un mois de traitement et :
 - Examen clinique pour les permis véhicule léger
 - Test de maintien d'éveil pour les permis poids lourds.

B

Prise en charge

Mesures générales

A

- Hygiène de sommeil

HYGIÈNE DE SOMMEIL
Environnement calme, sans lumière, température fraîche
Éviction des excitants après 14 h (café, thé, boissons énergisantes)
Heure de coucher régulière, selon les besoins, en évitant les siestes longues tardives
Limiter l'activité physique en fin de journée, mais la favoriser le reste de la journée
Éviter les repas copieux le soir
Non exposition aux lumières directe et aux écrans dans l'heure précédant le coucher

- Éviction des médicaments et substances aggravants : psychotropes, antalgiques et prise d'alcool le soir.
- Prise en charge du surpoids et de l'obésité

B

Traitements spécifiques

- **Pression positive continue :**

Machine qui envoie de l'air pressurisé dans les voies aériennes supérieures et permet de lutter contre l'insuffisance de contraction des muscles pharyngés chez les patients présentant un SAHOS.

Indiquée en première intention dans les SAHOS

- Sévère (IAH > 30)
- Modéré (IAH > 15) avec somnolence sévère ou comorbidités cardiovasculaire ou respiratoire grave

Une demande d'entente préalable à la sécurité sociale doit être faite par des médecins spécialistes ou formée dans les pathologies du sommeil. Le renouvellement peut être fait par le médecin traitant.

- **Orthèse d'avancée mandibulaire :**

Permet de dégager le carrefour pharyngé.

Indiquée :

- En première intention chez les patients symptomatiques avec IAH > 15 sans commodités graves
- En seconde intention en cas de refus/intolérance de la PPC

- **Autres :**

Chez l'enfant, on propose une chirurgie vélo-amygdalienne en cas d'hypertrophie amygdalienne majeure. Elle est rarement nécessaire chez l'adulte.

Chirurgie d'avancée maxillo-mandibulaire chez les patients avec anomalie ORL : rétro ou micrognathie.

Syndrome d'apnée du sommeil

Diagnostic

Somnolence diurnes excessive

Questionnaire d'Epworth

Autres critères :

Ronflement, étouffement et éveils répétés pendant le sommeil, nycturie, sommeil non réparateur, fatigue diurne, difficulté de concentration.

Objectivation d'apnées ou hypopnées pendant le sommeil.

- + - Polygraphie ventilatoire en première intention
- Polysomnographie si suspicion d'autre pathologie du sommeil

IAH > 5

Prise en charge

Règles d'hygiène du sommeil :

Environnement calme, éviction des excitants après 14h, heure de coucher régulière, limitation activité physique en fin de journée...

Ventilation en pression positive (PPC):

Indiquée si :

IAH > 30 ou IAH > 15 + somnolence sévère ou comorbidités cardiovasculaires ou respiratoires.

Chez l'enfant : amygdalectomie si hypertrophie amygdalienne

154 – Infections broncho-pulmonaires

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Contenu multimédia	Radiographie thoracique d'une PFLA
A	Définition	Définition d'une infection respiratoire basse (pneumonie, bronchiolite, bronchite)
A	Diagnostic positif	Modalité diagnostic des infections respiratoires basses
A	Examen complémentaire	Indication de la radiographie thoracique
B	Examen complémentaire	Connaître les modalités de documentation microbiologie de l'infection en fonction de la clinique et du terrain
B	Examen complémentaire	Indication et place de l'échographie et du scanner pulmonaire
A	Urgence	Reconnaître les signes de gravité cliniques et para cliniques
B	Physiopathologie	Connaître la physiopathologie d'une infection respiratoire basse
A	Étiologie	Connaître les principaux agents infectieux et leur fréquence
A	Prévention	Identifier les terrains à risque et connaître les principes de protection vaccinale et les mesures d'hygiène collectives
A	Prise en charge	Principe du traitement de première intention des IRB
B	Prise en charge	Connaître les modalités de la réévaluation de l'évolution et de l'adaptation de la prise en charge en cas d'évolution défavorable
B	Suivi	Principales complications des pneumopathies aiguës communautaire et des bronchiolites

A

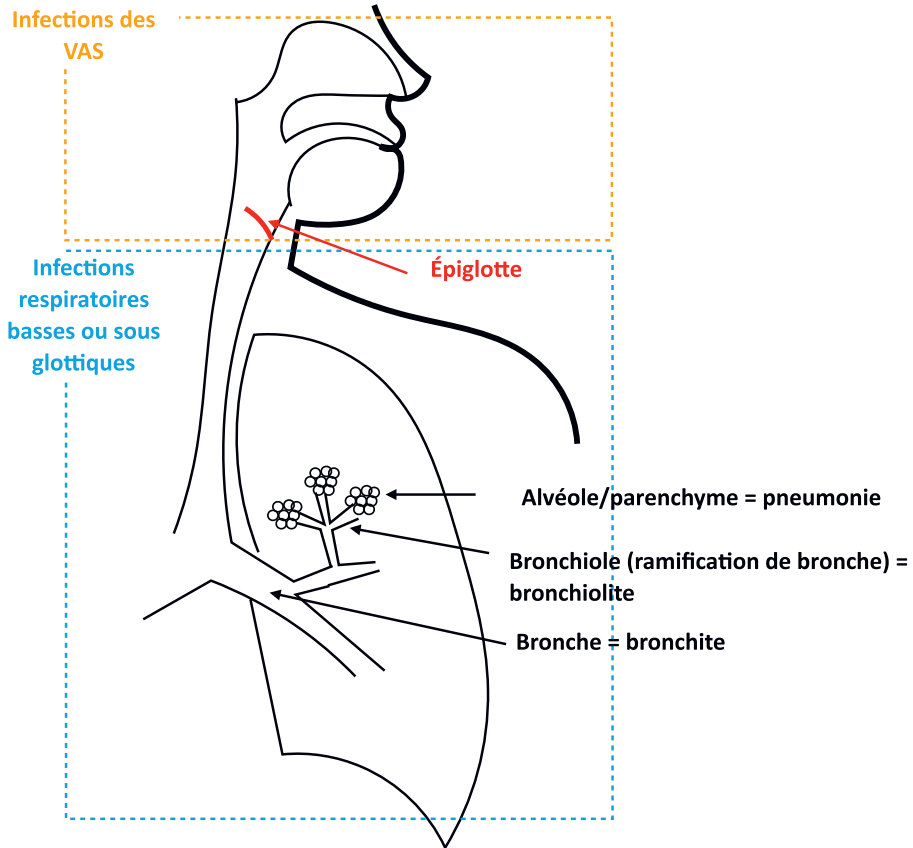
Définitions

On distingue les infections respiratoires hautes (au-dessus du plan glottique) et basses.

Dans les infections respiratoires basses (IRB), on a :

- Bronchite : inflammation aiguë des bronches
- Bronchiolite : inflammation aiguë des bronchioles, ramification des bronches. Essentiellement chez le nourrisson de moins de 12 mois.
- Pneumonie aiguë communautaire : infection du parenchyme et des alvéoles.

A



A

Bronchite

Très fréquent, prédominant pendant la période hivernale, avec un mode de transmission épidémique.

Étiologie virale dans 90% des cas : rhinovirus, influenza, adénovirus, VRS...

Pas d'atteinte du parenchyme pulmonaire.

A

Clinique

- **Toux** sèche puis productive, accompagnée de douleurs rétro sternales et bilatérales dessinant l'arbre bronchique
- **Expectorations** muqueuses ou purulentes
- Fièvre modérée et symptômes viraux (céphalée, myalgie, malaise) inconstants

À l'auscultation,

- Râles bronchiques,
- Absence de crépitant en foyer (diagnostic différentiel)

Examen complémentaire

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire, le diagnostic est uniquement clinique.

Prise en charge

Traitement symptomatique par antipyrétique (paracétamol, 1 g × 3 par jour).