

ne sont pas apnéiques, mais le deviendront, tous les apnéiques eux ronflent. Ce problème est récurrent et très présent dans l'imaginaire collectif : qui ne se souvient pas de la scène avec Louis De Funès et l'officier allemand dans La Grande Vadrouille. Le ronflement, souvent moqué, longtemps ignoré, voir toujours tabou chez la femme, est aujourd'hui encore très mal traité. Une majorité de ronfleurs est ainsi condamnée à faire chambre à part ou contrainte par son conjoint d'utiliser des bouchons d'oreilles, sans même imaginer que leur mal n'est pas une fatalité. Leur qualité

de vie pourrait être tout simplement bouleversée.

On estime à plus de 15 millions le nombre de ronfleurs en France (pour plus de 4 millions d'apnéiques) dont beaucoup passent dans nos cabinets sans que nous n'intervenions. Notre rôle est pourtant essentiel dans le dépistage et le traitement. Nous ne sommes malheureusement que très peu informés et formés sur ce problème. **L'objectif de ce numéro est de vous donner les outils nécessaires pour remplir au mieux votre rôle auprès de vos confrères médecins et de vos patients.** Je remercie

les praticiens, qui sont dans leur domaine des spécialistes reconnus, d'avoir bien voulu répondre à mon appel.

Nathalie Aisenberg, ORL spécialiste des explorations fonctionnelles, médecin du sommeil, nous précisera le pourquoi et le comment du ronflement ; quels sont sa prévalence et les facteurs de risque. Le **Pr Ouayoun** (Chirurgie ORL et cervico faciale, médecin du sommeil) nous décrira le rôle de l'ORL dans la prise en charge du ronflement. **Arnaud Gollety**, chirurgien-dentiste orthésiste, co- créateur de la consultation pour le traitement du ronflement et du syn-

drome d'apnées du sommeil à l'hôpital Bretonneau à Paris, nous donnera toutes les informations nécessaires au chirurgien-dentiste omnipraticien. Enfin, **Anne Sophie Porrot**, odontologiste pédiatrique, abordera la problématique de l'enfant et précisera notre rôle dans le dépistage et le traitement.

Je vous souhaite à tous bonne lecture et la bienvenue dans notre « monde du silence » et vous donne rendez-vous prochainement, pour vous permettre de participer, dans votre pratique, encore plus activement à notre exercice de médecine dentaire.



Nathalie AISENBERG

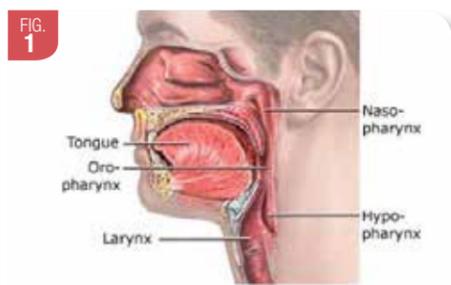
Le ronflement

Nathalie AISENBERG
Paris

Le ronflement est un bruit respiratoire survenant pendant le sommeil. Le ronflement simple est également appelé ronchopathie. Il est la plupart du temps non perçu par le sujet lui-même et il faut souvent la plainte d'un tiers pour qu'il soit signalé. Il y a une très mauvaise concordance entre l'interrogatoire du sujet ronfleur et de son compagnon de lit, due à la mauvaise perception de ce ronflement. L'interrogatoire permet de définir une notion de fréquence, d'intensité, et de savoir si la position influence ce ronflement, et de rechercher la présence de pauses respiratoires.

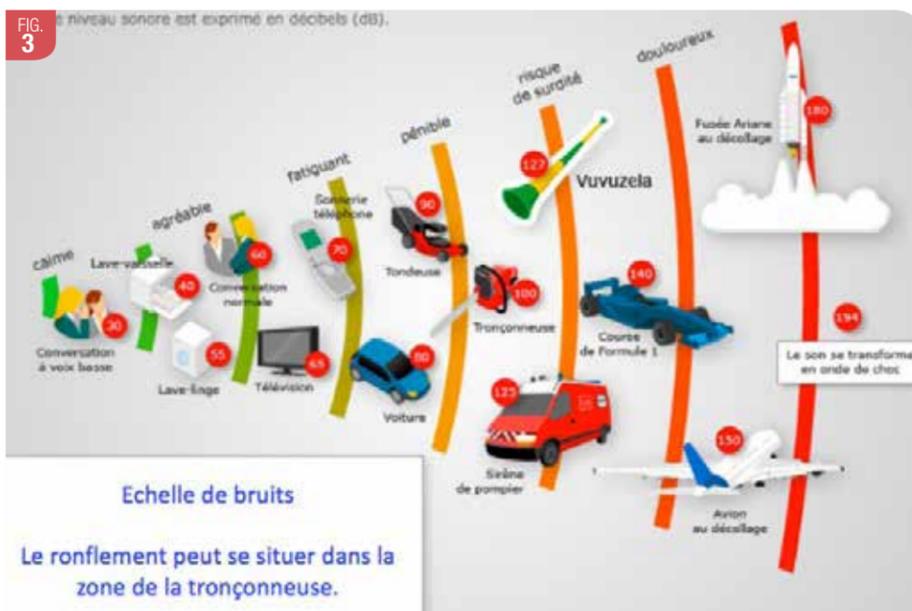
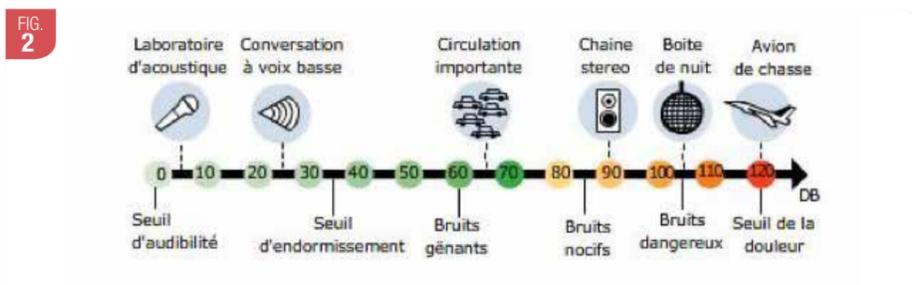
Physiopathologie

La respiration normale consiste à inspirer par le nez et à expirer par la bouche. Le ronflement est dû à des turbulences entraînées par des obstacles, et mettant en vibration les différentes structures pharyngées, que ce soit lors du passage de l'air par le nez (rhino-pharynx), par la bouche (oro-pharynx) ou au niveau de l'hypopharynx.



Il y a une augmentation de la résistance des voies aériennes que cela soit causé par une anomalie de la dimension des celles-ci ou par des anomalies fonctionnelles. Le ronflement est le signe audible de ces turbulences. Il est dans la majeure partie des cas, expiratoire. Il peut être très fort, pouvant aller jusqu'à 100 dB chez certains patients.

Cette augmentation des résistances peut commencer dès l'entrée des fosses nasales, et se situer à tous les étages pharyngés isolément ou de façon associée (comme en cas de surpoids, où il y a une infiltration des tissus mous pharyngés sur toute la hauteur, avec une diminution du diamètre des voies aériennes aussi bien dans le sens transversal que dans le sens antéropostérieur). D'autre part, les patients ronfleurs perdent progressivement le réflexe protecteur du pharynx, précipitant le collapsus pharyngé lors



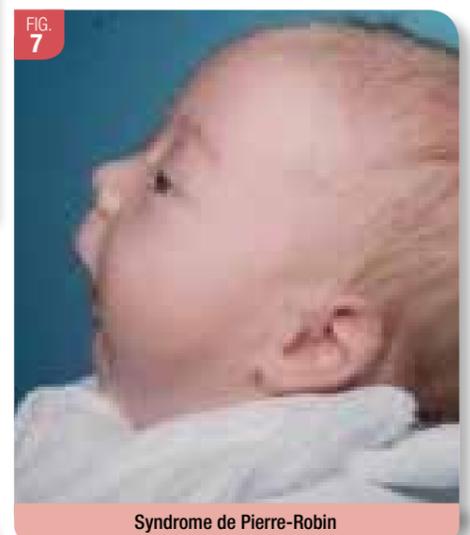
du sommeil. En effet, les vibrations entraînées par le ronflement et les efforts intra-thoraciques pour passer l'obstacle, augmenteraient l'inflammation locale, et pourraient participer à l'auto-aggravation des ronflements puis l'évolution et l'aggravation d'un syndrome d'apnée du sommeil. Il y aurait progressivement une perte de ce tonus pharyngé et une perte de sensibilité des récepteurs situés au niveau du pharynx et du larynx.

Il est démontré que plus cette sensibilité est altérée, plus le SAOS sera sévère.

Prévalence et facteurs prédisposant

Le ronflement est très présent chez le jeune enfant en raison de l'hypertrophie adénoïdienne très fréquente à cet âge. Les végétations adénoïdes sont en effet un organe de défense immunitaire contre les infections de la petite enfance. Elles involuent normalement vers l'âge de 8-9 ans pour disparaître vers 10 ans.

Ces grosses végétations peuvent être plus ou moins associées à une hypertrophie amygdalienne. Le contexte du ronflement sera plus sou-



Syndrome de Pierre-Robin

Les malformations cranio-faciales sont souvent source de ronflements (voire d'apnées). On explorera systématiquement le sommeil d'un jeune patient atteint de Syndrome de Pierre-Robin, ou de Treacher-Collins (micrognathie), ou d'hypoplasie de l'étage moyen (Trisomie 21, Syndrome d'Apert, de Crozon...) et l'on sera attentif au sommeil des patients atteints de macroglossie, d'hypothyroïdie et d'atrésie choanale par exemple.



Atrésie choanale

Il est de règle quand nous voyons en consultation un enfant dans le cadre d'un ronflement ou d'un SAS, de regarder également les enfants de la fratrie et/ou les parents car les causes anatomiques sont souvent familiales (rétrognathisme, grosse déviation de cloison). Il est tout à fait licite de rechercher par l'interrogatoire un ronflement chez les enfants d'un adulte ronfleur. Ce sont souvent des familles de ronfleurs, et de la même façon des familles d'apnéiques que nous voyons en consultation.

Le ronflement augmente progressivement avec l'âge. Après 40 ans, 60 % des hommes et 40 % des femmes ronflent et la proportion de femmes qui ronflent augmente avec l'arrivée de la ménopause, âge à partir duquel les pourcentages vont s'équilibrer entre les 2 sexes.

Ce ronflement simple a tendance à évoluer avec la

prise de poids (alimentation, ménopause, hypothyroïdie...), la prise d'hypnotiques ou autre médicament diminuant le tonus musculaire et l'alcool. Il s'aggrave progressivement et évolue souvent vers le SAOS. La prise de poids même de peu de kilos aggrave souvent un ronflement et la perte de poids permet de refaire baisser l'index d'apnées ou les ronflements, mais pas toujours avec un retour à l'état de base.

Une autre cause de petite mâchoire inférieure fréquemment rencontrée chez nos ronfleurs d'une quarantaine d'années, est la « fameuse extraction dentaire faite dans l'enfance pour faire de la place aux autres dents ». Cela n'est plus d'actualité car il est reconnu que c'est la présence d'une dent qui va stimuler la croissance osseuse l'entourant. Mais il y a toute une génération qui n'a pas eu cette chance et qui au minimum a presque toujours ronflé, et plus âgé ou en surpoids, commence à faire des apnées. Le tabac est également un facteur de risque de ronflement mais n'augmente pas l'incidence du SAOS.

Ce sont souvent ces facteurs en s'additionnant, qui font basculer un patient du stade de ronfleur simple vers celui de patient apnéique.

Ronflement et Apnées ?

Une des questions est de savoir s'il faut enregistrer tous les ronfleurs qui viennent consulter pour éliminer un éventuel SAOS. La réponse est non.

Les explorations (que nous développerons dans le prochain article), polygraphie ventilatoire ou polysomnographie, avec un microphone sont indiqués chez un patient somnolent ou signalant que son

Signes devant alerter

- Ronflement
- Somnolence
- Nycturie (se lever la nuit pour uriner)
- Céphalées présentes au réveil, parfois même en pleine nuit
- Réveils en sursaut avec sensation d'étouffer
- Troubles de concentration et mémorisation
- Somnolence voire endormissement au volant (accidents)
- Impression de sommeil non réparateur
- Aggravation de ces signes lors d'une prise de poids ou de la ménopause
- Autres :
 - Irritabilité voire dépression
 - Baisse de la libido
 - Prise de poids
 - Complications : HTA, cholestérol, accident cardiovasculaire, diabète non équilibré....

sommeil n'est pas réparateur, ou devant tout autre signe évoquant un SAS (nycturie, céphalées matinales, troubles de concentration et/ou de mémorisation, irritabilité, Arythmie cardiaque, HTA difficile à équilibrer, Diabète instable...).

Il est également recommandé pour les ORL d'éliminer le SAS avant toute chirurgie sur les voies aériennes supérieures quand il y a une demande de

prise en charge de ce ronflement par le patient (niveau de preuve C). Il est en effet prouvé que plus l'index d'apnées/hypopnées est élevé, plus la chirurgie du ronflement sera inefficace.

La pluridisciplinarité est indispensable et l'examen ORL essentiel avant de passer la main au chirurgien-dentiste.



Le ronflement en odontologie

Rôle de l'ORL

Michel Christian OUAYOUN
Paris

Introduction

Face à une plainte de ronflement, l'oto-rhino-laryngologiste (ORL) a deux objectifs : 1. Vérifier si le ronflement est isolé ou associé à un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) ; 2. Proposer un traitement adapté.

Vérifier si le ronflement est isolé ou associé à un SAHOS

La plainte de ronflement doit être vue comme un mode de dépistage du SAHOS. L'interrogatoire et l'examen clinique peuvent permettre de renforcer la suspicion d'un SAHOS, mais ne peuvent en aucun cas affirmer un SAHOS associé. Pour affirmer le diagnostic, il faut impérativement recourir à une polysomnographie nocturne ou à une polygraphie ventilatoire.

Quels sont les éléments de suspicion à rechercher ?

À l'interrogatoire

L'interrogatoire recherche la présence et/ou la fréquence des symptômes diurnes et nocturnes évocateurs permettant d'évaluer la probabilité clinique d'un SAHOS, la présence d'autres troubles du sommeil (diagnostics différentiels ou associés), et la présence de comorbidités respiratoires, cardiovasculaires, cérébrovasculaires et/ou métaboliques :

Symptômes nocturnes

- un ronflement, dont on précise l'ancienneté, l'intensité, la fréquence, le caractère positionnel, la gêne familiale et sociale occasionnée ;

- des témoignages d'apnées par l'entourage ;
- une fragmentation de sommeil avec plusieurs réveils conscients la nuit et plainte d'insomnie ;
- des réveils en sursaut avec sensation d'asphyxie ;
- une nycturie ;
- des sueurs nocturnes ;
- un reflux gastro-œsophagien ;
- des cauchemars sur des thèmes d'asphyxie, de chute ou de mort imminente ;
- un sommeil agité, avec des draps particulièrement défaits ;
- des troubles confusionnels avec parfois des épisodes de somnambulisme.

Symptômes diurnes

- une somnolence diurne excessive, symptôme cardinal, avec diminution de la vigilance diurne, endormissements incoercibles, et épisodes d'accident ou de presque accident au travail ou au volant. Elle peut être évaluée par l'échelle de somnolence d'Epworth (ESS), qui constitue le meilleur outil dont dispose le clinicien pour connaître la perception qu'a le patient de sa somnolence (voir Figure). L'ESS consiste en un auto-questionnaire, où le patient cote, de 0 à 3, son risque de somnolence dans 8 situations courantes de la vie. Un score supérieur à 10 reflète une somnolence suspecte ;
- des symptômes matinaux évocateurs de mauvaise qualité de sommeil ou de difficulté respiratoire nocturne : réveil long et difficile, sensation de sommeil insuffisant ou non réparateur, bouche sèche et céphalées inaugurales ;
- des troubles cognitifs et psychomoteurs d'aggravation progressive : maladresse, troubles de la mémoire avec oubli des comportements automatiques, troubles de concentration, de jugement et de prise de décision ;
- des troubles de la personnalité et/ou des rapports sociaux tels que irritabilité, anxiété, agres-

- sivité, diminution de l'élation voire dépression ;
- une diminution de la libido ou impuissance (Ces symptômes peuvent être aussi nocturnes !).

Autres troubles du sommeil

- L'interrogatoire précise les horaires et la durée de sommeil, au besoin avec un agenda de sommeil, et recherche :
- un décalage de phase dû à un travail posté nocturne ou à horaires variables, un changement de fuseau horaire, un noctambulisme ;
- des médicaments susceptibles d'induire de la somnolence ;
- des signes évocateurs du syndrome des jambes

- sans repos ;
- des signes évocateurs de narcolepsie et autres hypersomnies ;
- des signes d'insomnies et de parasomnies.

Recherche de comorbidités et de facteurs aggravants

On précise :

- le poids et la taille pour le calcul de l'index de masse corporelle et déterminer s'il existe un surpoids ou une obésité ;
- la sédentarité et la pratique d'activités physiques et sportives ;
- la notion d'intoxication tabagique et/ou alcoo-

Dans les 8 circonstances suivantes, avez-vous un risque de vous endormir dans la journée ?

- si ce risque est inexistant, cochez 0
- si ce risque est minime, cochez 1
- si ce risque est modéré, cochez 2
- si ce risque est important, cochez 3

exemple : si le risque de vous endormir "assis en lisant un livre ou le journal" est modéré cochez : 2

- | | |
|--|---|
| 1. Assis en lisant un livre ou le journal | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 2. En regardant la télévision | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 3. Assis, inactif, dans un lieu public (cinéma, théâtre, salle d'attente) | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 4. Si vous êtes passager d'une voiture pour un trajet d'une heure | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 5. En étant allongé après le repas de midi lorsque les circonstances le permettent | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 6. En étant assis, en parlant avec quelqu'un | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 7. En étant assis, après un repas sans boisson alcoolisée | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |
| 8. En étant au volant de la voiture, au cours d'un arrêt de la circulation de quelques minutes | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |

Total :