



Réduire l'IAH et améliorer l'observance des patients atteints de SAS positionnel

Présentation et pertinence

Le Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil (SAOS) est une maladie chronique de troubles respiratoires lié au sommeil, caractérisée par des périodes de respiration perturbée, causée par une fermeture partielle ou totale des voies aériennes supérieures (VAS). La respiration perturbée entraîne une hypoxémie, une hypercapnie, une augmentation de l'activité du système nerveux sympathique et des éveils du sommeil. Les symptômes courants du SAOS sont des ronflements bruyants et, en raison des éveils, une somnolence diurne excessive¹. Le risque d'obstruction peut être accru en position de décubitus dorsal².

Le SAOS est couramment traité avec un dispositif de pression positive continue (PPC), qui délivre de l'air sous pression pour maintenir la perméabilité des VAS et prévenir les troubles respiratoires. Le traitement par PPC agit sur les VAS comme une attelle pneumatique. L'adhésion thérapeutique est une difficulté courante rencontrée avec le traitement par PPC, avec jusqu'à 60% des patients signalant une non-adhésion au traitement³.



La non-adhésion à la PPC (≤4h/nuit) varie entre **29%** et **83%**³

Définition du SAOS positionnel

Le SAS positionnel est une forme différente du SAOS dans laquelle la grande majorité des symptômes surviennent en dormant en décubitus dorsal (c'est-à-dire sur le dos). Une étude récente a révélé que le SAS positionnel était présent dans 53 % des cas en population générale et chez 75 % des personnes atteintes de SAOS.

Lorsque les sujets atteints d'un SAS obstructif positionnel dormaient dans une position non dorsale, 36% d'entre eux avaient un indice d'apnée-hypopnée (IAH) inférieur à 5 et 47 % étaient à moins de 10⁴.

Le SAS positionnel existe lorsque l'IAH d'un patient en décubitus dorsal est au moins deux fois supérieur à l'IAH dans les autres positions de sommeil⁵.

Sévérité IAH



Approche de traitement

Le SAS positionnel peut être traité par la thérapie positionnelle et notamment la méthode cliniquement validée NightBalance. Lorsqu'il détecte qu'un patient dort sur le dos, le dispositif NightBalance envoie une vibration douce pour inciter le patient à changer de position sans perturber son sommeil^{6,7}.

Lorsque le sommeil en décubitus dorsal cesse, les troubles respiratoires diminuent et moins de symptômes de SAS positionnel sont présents. Une étude récente sur des patients atteints de SAS positionnel a rapporté que l'adhésion avec le dispositif NightBalance était

significativement plus élevée qu'avec la PPC et que l'efficacité était similaire dans toutes les catégories de sévérité de l'IAH⁵.



Evidences scientifiques

- Traiter des SAOS positionnels exclusifs (ePOSA) avec NightBalance (SPT) a été comparé à traiter avec une PPC autopilotée (APAP) chez 117 patients au cours d'une étude randomisée de 6 semaines, étude croisée. L'IAH sur SPT était de 7,29/heure et 3,71/heure sur APAP, ce qui était dans le delta du critère principal de 5/heure. L'utilisation nocturne du SPT était significativement plus élevée (345,3 contre 286,98 minutes).

Conclusion : l'IAH durant la polysomnographie de NightBalance ne présentait pas de différence significative d'un point de vue clinique comparé à celui obtenu avec la PPC⁵.

- NightBalance SPT a été testé chez 36 patients au cours d'un mois, avec 31 d'entre eux qui ont terminé le protocole. Chaque nuit, 92,7% des patients ont utilisé le SPT pendant au moins 4 heures. Le temps médian passé à dormir en position de décubitus dorsal a diminué de manière significative, passant de 49,9% à 0,0% ($p < 0,001$), et l'IAH médian a diminué de 16,4 à 5,2 ($p < 0,001$). Il n'y avait pas de changement dans l'efficacité du sommeil mais la journée la somnolence a diminué de manière significative et la qualité de vie a été améliorée.

Conclusion : le SPT a traité avec succès le SAOS positionnel et était bien toléré par les patients⁶.

- Sur une période de 3 mois, l'efficacité du SPT a été comparée aux traitements par orthèses d'avancées mandibulaires. (OAM) chez les patients atteints de SAOS positionnel léger à modéré. La randomisation a placé 99 patients soit en SPT ou OAM, avec 81 d'entre eux qui ont finalement terminé l'étude. L'IAH médian était significativement réduit dans le groupe SPT (13,0 à 7,0, $p < 0,001$) et le groupe OAM (11,7 à 9,1, $p < 0,001$). Des résultats similaires ont également été observés dans le pourcentage de patients utilisant la thérapie pour au moins 4 heures, 5 nuits par semaine.

Conclusion : après 3 mois, SPT et OAM étaient tout aussi efficaces pour réduire l'IAH et l'adhésion était élevée dans les deux groupes⁸.

- Un total de 58 patients, atteints d'apnée du sommeil légère à modérée, de l'étude précédente comparant SPT à OAM, a prolongé le suivi à 12 mois. Il y avait 29 patients dans chaque groupe. L'IAH médian est resté significativement réduit dans le groupe SPT (13,2 à 7,1/heure, $p < 0,001$) et le groupe OAM (13,4 à 5,0/heure, $p < 0,001$) et l'adhésion est restée élevée.

Conclusion : l'efficacité du SPT pour les patients avec un SAOS positionnel léger à modéré s'est maintenue tout au long de la période de 12 mois et a été comparable à l'efficacité de l'OAM. L'adhésion au traitement est restée élevée dans les deux groupes⁹.

Références : 1. Epstein LJ et al. Adult Obstructive Sleep Apnea Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med* 2009;5(3):263-76. 2. Joosten SA et al. Supine position related obstructive sleep apnea in adults: pathogenesis and treatment. *Sleep Medicine Reviews* 2014;18(1):7-17. 3. Weaver TE, Grunstein RR. Adherence to continuous positive airway pressure therapy: the challenge to effective treatment. *Proc Am Thorac Soc* 2008;5(2):173-8. 4. Heinzer, R. et al., Prevalence and Characteristics of Positional Sleep Apnea in the HypnoLaus Population-based Cohort, *Sleep Medicine* 2018; 48:157-162. 5. Berry RB et al. NightBalance Sleep Position Treatment Device Versus Auto-Adjusting Positive Airway Pressure for Treatment of Positional Obstructive Sleep Apnea. *J Clin Sleep Med* 2019;15(7):947-56. 6. van Maaanen, J. et al., The sleep position trainer: a new treatment for positional obstructive sleep apnoea, *Sleep and Breathing* 2013, 17:771-779. 7. Eijsvogel MM et al. Sleep position trainer versus tennis ball technique in positional obstructive sleep apnea syndrome. *J Clin Sleep Med* 2015;11(2):139-47. 8. Benoist, L. et al., A randomized, controlled trial of positional therapy versus oral appliance therapy for position-dependent sleep apnea, *Sleep Medicine* 2017, 34:109-117. 9. de Ruyter, M. et al., Durability of treatment effects of the sleep position trainer versus oral appliance therapy in positional OSA: 12-month follow-up of a randomized controlled trial, *Sleep and Breathing* 2018, 22:441-450.

Mentions légales : Le dispositif NightBalance, fabriqué par Philips, est destiné au traitement du SAS positionnel. Ce dispositif médical de classe I est un produit de santé réglementé, qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Ce dispositif n'est pas remboursé par les organismes d'assurance. Lire attentivement le manuel de l'utilisateur fourni avec le dispositif, pour une utilisation en toute sécurité.

