

Nouvelles des Congrès

par le Dr Thomas Orban, médecin généraliste, 1180 Uccle

Semaine à l'étranger

Huelva, du 25 avril au 2 mai 2009

Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS)

L'**apnée** est la cessation du flux respiratoire pendant plus de 10 secondes; l'**hypopnée** est la réduction de plus de 50% du flux respiratoire pendant plus de 10 secondes. L'**index d'Apnée Hypopnée (IAH)** est le nombre d'apnées et d'hypopnées par heure de sommeil.

Les apnées obstructives représentent 90% des cas (obstructions des voies aériennes, apnées dues à un collapsus pharyngé avec effort ventilatoire).

La prévalence du syndrome d'apnée du sommeil (SAS) est largement sous-estimée. Quels sont les **patients à risques**? Il s'agit des décompensés cardiaques, d'hypertendus réfractaires, des femmes ménopausées, de ceux qui ont un historique d'AVC ou d'AIT, de patients porteurs d'une FEVG < 40% sans facteurs de risque, des coronariens prématurés ou sans facteurs de risque, des porteurs d'une malformation nasale ou pharyngée, et enfin des patients en surpoids ayant une raucité de voix.

Songeons au SAS devant toute plainte de ronflements, de fatigue diurne, de réveils nocturnes, d'insomnie, de voix rauque, de coups de pompe et de nycturie! La nycturie, ce n'est donc pas toujours la prostate! La miction d'ailleurs est longue et soutenue, à l'inverse de ce que nous décrit le patient prostatique. Demandons également si les patients se réveillent avec la bouche sèche ou s'ils se lèvent pour boire la nuit. Les gens minces sont aussi candidats au SAS. Pensons-y aussi lorsque le patient a besoin de plus de deux médicaments antihypertenseurs, en cas de découverte d'une intolérance glucidique ou face à une fibrillation auriculaire: 50% présentent aussi un SAS!

La somnolence diurne est neuf fois plus impliquée dans les accidents de la route. La conséquence médico-légale pour le patient porteur de SAS est l'**inaptitude à**

la conduite automobile (AR mars 1998). Après 6 mois de traitement, sans rechute, il peut à nouveau conduire un véhicule.

Le diagnostic de SAS requiert une **polysomnographie**. Celle-ci n'est remboursée qu'en milieu hospitalier, où l'on ne sait pas reproduire exactement les conditions du domicile, mais permet de réaliser en outre un EEG et un EMG. La MiniPolysomnographie peut être réalisée à domicile grâce à de petits appareils disponibles en Belgique; non remboursée, elle permet cependant un dépistage par le généraliste.

D'après l'exposé "Les troubles du sommeil, implications cardiologiques" du Dr Olivier DE COSTER, cardiologue, Cliniques Universitaires St Luc à Bruxelles et Centre MédiMarien, Bruxelles

Comment traiter le SAS?

Traiter le syndrome d'apnées du sommeil consiste essentiellement en **conseils de prévention**:

- Éviter de consommer de l'alcool le soir (45' avant le coucher) ainsi que des somnifères (les benzodiazépines aggraveront le problème).
- Dormir en position sur le côté: un traversin est une mesure simple et efficace pour empêcher que le patient ne dorme sur le dos et aggrave son SAS.
- Soutenir la tête: 45°
- Perdre 7 kg de poids corporel.
- Supprimer le tabac (pour diminuer l'inflammation des muqueuses).
- Rechercher un RGO et si présent, mettre sous IPP
- Éviter tout ce qui augmente le RGO.

Une **orthèse** qui avance la mandibule et le plancher lingual n'est pas toujours bien tolérée et ne diminue l'index d'apnée hypopnée que de 40%.

La **ventilation positive en pression continue (CPAP ou PPC)** maintient les voies respiratoires ouvertes. Non-invasive, elle est efficace chez 80-90% des patients, mais nécessite par contre de la part du médecin un suivi et un support

intensif, pour améliorer l'observance qui est d'emblée toujours faible. Un conseil: soyez à l'affût de ce problème d'observance chez vos patients sous CPAP et n'hésitez pas à leur recommander de faire régler leur appareil, ceci devrait se faire tous les 3 mois.

Les **traitements chirurgicaux ORL** ne demandent pas une observance importante de la part du patient mais leur efficacité sur le SAS n'est pas évidente, alors que les modifications sont irréversibles.

Enfin, **développer les muscles de l'oropharynx** par exemple en jouant d'un instrument de musique à vent (trompette, etc.) semble améliorer également le SAS,

D'après l'exposé "Les troubles du sommeil, implications cardiologiques" du Dr. Olivier DE COSTER, cardiologue, Cliniques Universitaires St Luc à Bruxelles et Centre MédiMarien, Bruxelles

Les pathologies du sportif

Les pathologies du sportif ont des causes extrinsèques et intrinsèques.

Les facteurs extrinsèques sont:

- L'entraînement
- Les technopathies
- Le climat

Les facteurs intrinsèques sont:

- La morphologie
- La diététique
- L'hygiène de vie.
- Les facteurs personnels

Lors de l'entraînement, l'échauffement peut être insuffisant ou la préparation physique peut être source de différentes erreurs telles que reprise trop rapide après blessure, insuffisance de stretching, rupture de rythme.

Les **technopathies** recouvrent les problèmes liés au matériel, aux matériaux et aux techniques gestuelles.

Par exemple, le choix de la paire de chaussures est essentiel pour pratiquer la course à pied mais varier les sols sur lesquels on

pratique ce sport est tout aussi important. L'herbe est le meilleur sol pour la pratique de la course.

Le **climat** est important. Veiller à bien s'échauffer si la température extérieure est basse et à bien s'hydrater si la température extérieure est haute.

Souvent, la soif n'est pas ressentie il faut conseiller au sportif de boire toutes les 20 minutes.

La **morphologie** intervient dans le type de sport choisi par le patient (difficile pour un obèse de devenir marathonien).

L'aspect **diététique** ne doit pas être prépondérant. Une alimentation équilibrée ainsi qu'une bonne hydratation sont nécessaires et suffisants.

Un sportif en forme est un sportif performant. La **fatigue** doit être évitée. Il vaut mieux s'entraîner trois fois par semaine et être reposé plutôt que de s'entraîner cinq fois en étant fatigué.

Les facteurs personnels (âge, maladie, fragilité constitutionnelle) sont déterminants dans la survenue de lésions chez le sportif.

D'après l'exposé « Origines et prévention des pathologies du sportif » du Dr J-P CASTIAUX, médecin du sport, Cliniques Universitaires St-Luc à Bruxelles

La sexologie : communiquer

Les problèmes sexologiques sont peu évoqués en consultation. Nous pouvons profiter de moments privilégiés : lorsqu'un couple nous consulte et nous tend une perche (attention à la saisir, ils ne la tendront probablement pas deux fois), ou encore lors d'une consultation autour de la contraception.

Un langage direct, simple, sans détour, ouvert, dénué de toute connotation moralisatrice, de tout jugement ouvre un espace d'écoute et d'empathie permettant au patient de s'exprimer à propos de sa sexualité.

Communiquer, ce n'est pas informer. On veillera à apporter au patient des notions importantes qu'il ne connaît pas et qui peuvent l'aider à comprendre sa sexualité, mais également à centrer la consultation sur son problème, son vécu personnel. Dans ce domaine, les informations ne viendront jamais d'elles-mêmes : il faudra poser des questions en cherchant à comprendre ce qui se passe chez ce patient là. Pour cela garder en tête les 5 axes étiologiques des troubles sexuels est utile :

1. Les causes organiques.
2. Les problèmes socio-économiques, culturels.
3. Les problématiques familiales.
4. Les problématiques de couples.
5. Les problèmes personnels, intra-psychiques.

Aborder la signification des fantasmes est important car cela déculpabilise le patient, lui permet de travailler ce fantasme et d'assouplir celui-ci, le menant par là vers une résolution des problèmes qui en découlent éventuellement.

D'après l'atelier « Communication en sexologie » animé par le Dr E. HIRCH, sexologue, ULB, Bruxelles et par le Dr N. COGELS, généraliste à Bruxelles.

Certificat d'aptitude chez le sportif : pour qui et par qui ?

La proposition de la commission pour la promotion de la santé par le sport du ministère de la Communauté française établit différents groupes de sportifs en fonction du risque. Il en résulte(r) une modification des habitudes.

Les sportifs à **faible risque (groupe 1)** ont moins de 40 ans, sont en bonne santé, sans antécédents et pratiquent une activité sportive récréative (moins de 3h par semaine). Ils ne nécessitent pas d'examen. Les sportifs à **risque modéré (groupe 2)** ont plus de 40 ans, sont en bonne santé et sans antécédents ou ont moins de 40 ans mais pratiquent de 3 à 6h de sport par semaine, ou participent à des compétitions, même récréatives. Ils nécessitent un examen annuel chez leur médecin de famille ou un médecin du sport.

Les sportifs à **risque plus élevé (groupe 3)** sont des sportifs de compétition (plus de 6h de sport par semaine, compétition dans un esprit de performance, sportif affilié à deux fédérations sportives ou plus, jeune ayant fait l'objet d'un surclassement). Ils nécessitent un examen annuel obligatoire chez un médecin du sport.

Les sportifs atteints d'une **maladie ou d'un handicap (groupe 4)** nécessitent un examen médical annuel chez le médecin de famille qui peut solliciter des avis spécialisés complémentaires en vue de délivrer le certificat de non contre-indication. Les sportifs pratiquant un **sport à risque particulier (groupe 5)** font l'objet d'un règlement médical spécifique à approuver par la Communauté française. Il s'agit des sports tels que la boxe, la plongée, l'alpinisme, etc.

Le médecin de famille sera amené à délivrer des certificats pour les groupes 2 et 4, éventuellement pour le groupe 1 sur demande du patient qui n'y est cependant pas contraint.

D'après l'atelier « Règlement médical à l'attention des fédérations et ligues sportives francophones » animé par le Dr J-P CASTIAUX, médecin du sport, Cliniques Universitaires St-Luc à Bruxelles et le Dr L. PINEUX, généraliste à Offagne.

Resynchroniser le cœur décompensé

L'insuffisance cardiaque amène des modifications électriques visibles à l'ECG, par asynchronisme des ventricules.

Plus le QRS est large, plus la mortalité augmente.

Les pacemakers installés dans cette indication visent un objectif mécanique : synchronisation auriculaire et pacing bi-ventriculaire. Ajoutés aux traitements classiques, ils permettent d'atteindre une réduction de 38% en terme de mortalité chez le décompensé cardiaque avec une fraction d'éjection basse.

Ils sont actuellement remboursés dans les classes NYHA 3 et 4, leur rapport coût/efficacité est bénéfique.

Ces pacemakers peuvent être associés à des défibrillateurs dans certains cas et permettent ainsi de diminuer la mortalité. Certains défibrillateurs sont aussi capables, par impédancemétrie, de mesurer l'accumulation d'eau dans le poumon et de fournir cette information au patient qui peut ainsi augmenter son traitement médicamenteux avant l'apparition des symptômes de la dégradation de son insuffisance cardiaque.

D'après l'atelier « Les troubles du rythme et la décompensation » animé par le Dr O. DE COSTER, cardiologue, Cliniques Universitaires St Luc à Bruxelles et Centre MédiMarien, Bruxelles et le Dr V. MOMIN, généraliste à Waterloo.