

LIGNES DIRECTRICES

Novembre 2019



Apnée obstructive du sommeil et traitement par orthèse d'avancement mandibulaire

TABLE DES MATIÈRES

➔ 1. Préambule

➔ 2. Glossaire

➔ 3. Introduction

➔ 4. Rôle du médecin

➔ 5. Rôle et responsabilités du dentiste

➔ 5.1 Dépistage

➔ 5.2 Traitement

➔ 5.3 Suivi

➔ ANNEXE 1

Dépistage – Conditions prédisposantes, facteurs de risque et symptômes de l'apnée obstructive du sommeil

➔ ANNEXE 2

Séquence de traitement de l'apnée obstructive du sommeil par orthèse d'avancement mandibulaire

➔ RÉFÉRENCES

1. Préambule

La présente ligne directrice vise à déterminer les champs de compétence respectifs du médecin et du dentiste dans le traitement de l'apnée obstructive du sommeil et du ronflement simple.

Elle vise aussi à déterminer le rôle et les responsabilités de chacun, particulièrement le rôle et le devoir du dentiste dans le dépistage de ces maladies. À cet effet, cette ligne directrice précise la formation que le dentiste doit suivre et les compétences qu'il doit acquérir afin de pouvoir dépister ces maladies et, le cas échéant, de les traiter par orthèse d'avancement mandibulaire.

Par ailleurs, le traitement de l'apnée obstructive du sommeil et du ronflement simple par le dentiste ne se limite pas à l'orthèse d'avancement mandibulaire. En effet, la chirurgie orthognatique, l'orthodontie ou une combinaison des deux sont des traitements alternatifs à l'orthèse, bien qu'ils soient utilisés moins fréquemment.

De ce fait, seules l'orthèse d'avancement mandibulaire et la formation qui y est associée font l'objet de la présente ligne directrice. L'Ordre des dentistes pourra éventuellement publier d'autres lignes directrices encadrant les autres traitements possibles.

Toutefois, les champs de compétence, le rôle et les responsabilités du médecin et du dentiste demeurent les mêmes, sans égard au type de traitement qu'effectue le dentiste auprès d'un patient souffrant d'un trouble respiratoire du sommeil.

2. Glossaire

➔ Apnée obstructive du sommeil (AOS)

Trouble du sommeil causé par une obstruction de courte durée des voies respiratoires supérieures qui entraîne un arrêt transitoire de la respiration (apnée) ou une réduction notable du signal respiratoire (hypopnée) durant le sommeil et qui peut provoquer un microéveil ou une désaturation associés à un effort respiratoire et à la présence fréquente de ronflements.

➔ Apnée centrale du sommeil

Trouble du sommeil caractérisé par des apnées et des hypopnées centrales avec absence d'effort respiratoire et de ronflement.

➔ Apnée

Événement distinct de 10 secondes ou plus, comptabilisé lors du test diagnostique, avec diminution de plus de 90 % du signal respiratoire. Ce type d'apnée peut être obstructive ou centrale.

➔ Hypopnée

Événement distinct de 10 secondes ou plus, comptabilisé lors du test diagnostique, avec diminution de plus de 30 % du signal respiratoire, associé soit à une désaturation en oxygène de 3 %, soit à un microéveil à l'électroencéphalogramme.

➔ Médecin formé en médecine du sommeil

Pour être reconnu comme détenant une formation en médecine du sommeil, un médecin doit :

- être membre du Collège des médecins du Québec;
- avoir une pratique active au Québec;
- être qualifié selon l'un des cheminements de formation ci-dessous :
 - ▶ avoir suivi une formation postdoctorale (Fellow) en médecine du sommeil;
 - ▶ avoir obtenu un diplôme de l'American Board of Sleep Medicine, de l'American Board of Internal Medicine – Sleep Medicine, de l'American Board of Psychiatry and Neurology – Sleep Medicine ou de l'American Board of Pediatrics – Sleep Medicine;
 - ▶ avoir effectué 36 mois de recherche en médecine du sommeil;
 - ▶ être médecin spécialiste en pneumologie, en médecine interne, en neurologie-EEG, en psychiatrie-EEG ou en pédiatrie déjà en exercice au 13 décembre 2013.

2. Glossaire (suite)

➔ Orthèse d'avancement mandibulaire (OAM)

Appareil dentaire intraoral amovible recouvrant la dentition supérieure et inférieure et maintenant la mandibule dans une position avancée, qui permet le dégagement des voies respiratoires supérieures. L'OAM peut convenir :

- en présence d'une AOS légère à modérée;
- en cas d'intolérance au traitement par pression positive continue avec une AOS sévère;
- au patient avec ronflement primaire, mais asymptomatique sans complication et avec un indice d'apnée-hypopnée inférieur à 30.

➔ Polysomnographie

Enregistrement dans un laboratoire de plusieurs paramètres permettant d'évaluer les différents stades du sommeil à l'aide de l'électroencéphalogramme et de l'électro-oculogramme, la respiration avec la pression nasale, les efforts respiratoires et l'activité cardiaque et électromyographique.

➔ Ventilation par pression positive continue (PPC)

Aussi connu sous l'acronyme CPAP (continuous positive airway pressure). Traitement à l'aide d'un appareil de ventilation ayant pour but de pousser l'air en continu dans les voies respiratoires supérieures de façon à générer une pression positive, afin de garder ces dernières ouvertes en empêchant leur affaissement. Il constitue le traitement de premier choix pour les cas d'AOS.

➔ Ronflement primaire (RP)

Bruit respiratoire produit durant le sommeil résultant d'une vibration des tissus mous des voies respiratoires supérieures partiellement obstruées, caractérisé par un indice d'apnée-hypopnée inférieur à 30 et par l'absence de symptômes, de comorbidité et de risque occupationnel.

➔ Syndrome d'hypoventilation du sommeil (SHS)

Syndrome caractérisé par une élévation progressive et soutenue de la pression partielle en CO₂ avec une diminution progressive et soutenue de la saturation en oxygène au cours du sommeil.

3. Introduction

L'apnée obstructive du sommeil (AOS) est une maladie chronique qui fait partie des troubles respiratoires du sommeil, lesquels comprennent également l'apnée centrale du sommeil et le syndrome d'hypoventilation du sommeil. Elle affecte les hommes, les femmes et les enfants sans égard au groupe d'âge; même si sa prévalence est d'environ 5% dans la population générale et de 1% à 6% chez les enfants, il est estimé que 90% des cas ne sont pas diagnostiqués ni traités.

Tant chez l'enfant que chez l'adulte, l'interaction entre des facteurs anatomiques, les centres de contrôle de la réponse ventilatoire, la réponse des muscles pharyngés, le seuil de microéveil et l'inflammation jouent un rôle crucial dans la survenue des problèmes respiratoires obstructifs, allant du ronflement primaire à l'AOS.

L'AOS a des conséquences importantes d'un point de vue tant médical que socioéconomique. Elle fait augmenter de façon notable les probabilités de dépression, d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral, de maladie cardiovasculaire, d'insuffisance cardiaque, de fibrillation auriculaire et de diabète. Elle fait également augmenter les risques d'accidents de la route et a des répercussions sur l'efficacité au travail. Chez certains enfants, elle peut ressembler à un déficit de l'attention; elle peut également affecter négativement la croissance et, rarement, causer de l'insuffisance cardiaque ou de l'hypertension pulmonaire.

L'AOS est un élément majeur à considérer lors d'interventions sous anesthésie générale, les patients apnéiques ayant un risque plus élevé de complications préopératoires et postopératoires, notamment la désaturation en oxygène et l'obstruction des voies respiratoires, en vertu de leur sensibilité aux agents anesthésiques et à l'analgésie.

Bien qu'il s'agisse d'une maladie dont le diagnostic et le choix du traitement relèvent du médecin formé en médecine du sommeil, l'AOS implique des structures anatomiques voisines ou faisant partie du champ de compétence du dentiste. De plus, certains modes de traitement font appel directement aux connaissances et aux compétences de ce dernier. La présente ligne directrice vise à déterminer le rôle et les responsabilités du dentiste, et ce, tant sur le plan du dépistage que de la gestion du traitement de l'AOS par orthèse d'avancement mandibulaire (OAM), selon une approche multidisciplinaire et complémentaire au travail du médecin.

4. Rôle du médecin

Le diagnostic et le choix du traitement de l'AOS ou du ronflement primaire (RP) relèvent du champ de compétence du médecin formé en médecine du sommeil. Le dentiste ne peut ainsi procéder à un traitement de l'AOS ou du RP de son patient à l'aide d'une OAM sans avoir reçu une ordonnance d'un médecin qui aura examiné le patient au préalable.

Voici le rôle du médecin en détail :

- Il examine le patient, prescrit la polysomnographie et l'interprète, puis pose son diagnostic.
- Il établit son plan de traitement et les plans de traitement alternatifs, informe le patient des options qui s'offrent à lui et obtient son consentement.
- Il rédige une ordonnance à l'intention du dentiste formé en médecine du sommeil pour effectuer un traitement par OAM.
- Lors du traitement de l'AOS, le médecin pourra rappeler au patient que la polysomnographie de contrôle, s'il en a prescrit une au moment d'établir le plan de traitement initial, doit être effectuée à la suite de la mise en bouche finale de l'OAM par le dentiste pour en évaluer l'efficacité. Le cas échéant, il demande au patient de prendre un rendez-vous après la mise en bouche finale afin de pouvoir lui fournir une prescription pour une polysomnographie de contrôle.
- Lors du traitement du RP, il informe le patient qu'un suivi médical devra être effectué à la suite de la mise en bouche finale de l'OAM par le dentiste afin de s'assurer de l'absence continue d'une AOS.

Lorsque l'OAM est le traitement de choix, l'ordonnance devrait contenir les éléments suivants :

- Le diagnostic (y compris la sévérité de l'atteinte).
- Le traitement offert.
- Les thérapies tentées antérieurement, le cas échéant.
- Toute information pertinente à propos de l'état de santé du patient.
- Le suivi médical à effectuer après la mise en bouche finale de l'OAM (polysomnographie de contrôle d'efficacité ou suivi médical).

5. Rôle et responsabilités du dentiste

➔ 5.1 Dépistage

Compte tenu de son champ d'exercice, le dentiste doit jouer un rôle important dans le dépistage de l'AOS et du RP. Occupant une position privilégiée pour reconnaître certaines conditions prédisposant à ces maladies, le dentiste doit posséder les connaissances et les compétences générales sur les troubles respiratoires du sommeil afin de savoir notamment :

- dépister l'AOS et le RP;
- diriger son patient vers un médecin formé en médecine du sommeil pour obtenir un diagnostic ou, le cas échéant, vers son médecin de famille.

Le dentiste peut ainsi participer à la prévention des maladies secondaires à l'AOS chez ses patients.

Aux fins de ce dépistage, le dentiste doit avoir suivi une formation de base sur les troubles respiratoires du sommeil, notamment sur l'AOS et le RP, soit à même sa formation de premier ou de deuxième cycle en médecine dentaire ou lors d'une formation dentaire continue. Cette formation de base est d'une durée minimale de six heures.

Les sujets suivants doivent être couverts lors de la formation de base :

- La physiologie et les troubles du sommeil
- L'anatomie des structures des voies respiratoires supérieures
- Les déficiences anatomiques et fonctionnelles associées à l'AOS
- L'AOS
- Le RP
- Les protocoles de dépistage
- Les tests diagnostiques et leur interprétation
- Les traitements médicaux
- Les différents traitements offerts par les dentistes (orthodontie, chirurgie, orthèse)
- L'hygiène du sommeil

5. Rôle et responsabilités du dentiste (suite)

➔ 5.2 Traitement

L'OAM est recommandée comme traitement de seconde ligne pour les patients souffrant d'AOS légère à modérée ou pour les patients souffrant d'AOS sévère qui ne tolèrent pas la ventilation à pression positive continue (PPC). Elle est le traitement de première ligne pour le RP.

Les dentistes qui veulent offrir des traitements par OAM doivent avoir suivi une formation avancée. Cette formation est d'une durée minimale de 40 heures.

Les sujets suivants doivent être couverts lors de la formation avancée :

- Anatomie des voies aériennes supérieures
- Physiologie du sommeil et introduction à la polysomnographie
- Pathologie buccale
- Physiologie respiratoire du sommeil adulte
- Physiologie respiratoire pédiatrique
- Pathologie respiratoire adulte
- Pathologie respiratoire pédiatrique
- Biomécanique pour appareils amovibles
- Mécanique orthodontique adulte
- Mécanique orthodontique pédiatrique
- Occlusion avec OAM
- Gestion de la douleur
- Établissement d'un plan de traitement approprié selon l'état de santé buccodentaire et la morphologie crâniofaciale du patient (attelle occlusale, orthèse d'avancement mandibulaire ou d'avancement de la langue ou l'équivalent)
- Étapes de fabrication d'une OAM, y compris l'empreinte et l'articulé, ainsi que les ajustements lors de la mise en bouche
- Gestion des effets secondaires du traitement
- Conjointement avec le médecin référent, suivi des changements relatifs aux troubles du sommeil

Un organigramme illustrant la séquence globale du traitement est présenté à l'annexe 2.

5. Rôle et responsabilités du dentiste (suite)

➔ 5.3 Suivi

Lorsque le dentiste considère que les ajustements de l'OAM ont été optimisés, il doit rappeler à son patient de procéder à une polysomnographie postopératoire afin d'évaluer l'efficacité du traitement de l'OAM. Le patient pourra prendre rendez-vous directement pour la polysomnographie s'il détient une ordonnance ou consulter son médecin pour en obtenir une.

Dans le cas d'un traitement de RP par OAM, le dentiste doit informer son patient qu'il devra consulter son médecin afin que ce dernier effectue des suivis réguliers pour s'assurer qu'une AOS sous-jacente ne se développe pas.

Le dentiste doit de plus informer son patient qu'un suivi dentaire régulier doit être effectué afin d'évaluer l'intégrité de l'orthèse et de vérifier son ajustement, en plus de s'assurer du maintien de la santé dentaire (dents, gencive, articulation temporo-mandibulaire).

Si le dentiste détermine que le port de l'orthèse pose un trop grand risque sur le plan de la santé dentaire et qu'une cessation du traitement pourrait être envisagée, il doit en informer son patient et le diriger vers son médecin formé en médecine du sommeil. Ce dernier déterminera si la poursuite du traitement est nécessaire malgré les risques ou si un traitement alternatif est possible. Le dentiste doit de plus s'assurer d'insister auprès de son patient sur l'importance de poursuivre le traitement jusqu'à la consultation auprès du médecin et l'informer du danger que représenterait l'abandon du traitement pour sa santé (notamment sur le plan cardiaque).

ANNEXE 1

➔ DÉPISTAGE – CONDITIONS PRÉDISPOSANTES, FACTEURS DE RISQUE ET SYMPTÔMES DE L'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL

- Signes et symptômes à l'examen
 - ▶ Ronflement
 - ▶ Somnolence
 - ▶ Obésité
 - ▶ Microrétrognathie
 - ▶ Hypertension
- Symptômes diurnes
 - ▶ Fatigue
 - ▶ Manque d'énergie
 - ▶ Problèmes de concentration, d'attention
 - ▶ Irritabilité
 - ▶ Céphalée matinale
- Symptômes nocturnes
 - ▶ Ronflement
 - ▶ Maux de gorge
 - ▶ Étouffement
 - ▶ Sudation
 - ▶ Xérostomie (sécheresse de la bouche)
- Signes à l'examen physique
 - ▶ Adiposité augmentée
 - ▶ Circonférence du cou augmentée
 - ▶ Visage long et étroit
 - ▶ Palais dur ogival
 - ▶ Occlusion croisée, chevauchement dentaire
 - ▶ Respiration buccale, mâchoire étroite
 - ▶ Malocclusion, fissure palatine
 - ▶ Macroglossie
 - ▶ Indentation visible sur la langue
 - ▶ Hypertrophie des amygdales
 - ▶ Lnette longue
- Facteurs de risque
 - ▶ Obésité, circonférence du cou augmentée
 - ▶ Antécédents familiaux
 - ▶ Sexe masculin
 - ▶ Ménopause
 - ▶ Âge
 - ▶ Augmentation du volume des amygdales, des adénoïdes ou toute autre cause d'obstruction des voies respiratoires supérieures

ANNEXE 2

➔ SÉQUENCE DE TRAITEMENT DE L'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL PAR ORTHÈSE D'AVANCEMENT MANDIBULAIRE

1. Le dentiste ayant suivi la formation de base ou avancée en troubles respiratoires du sommeil procède au dépistage de l'AOS ou du RP.
2. Le dentiste dirige le patient vers le médecin formé en médecine du sommeil ou son médecin de famille.
3. Le médecin formé en médecine du sommeil prescrit une polysomnographie, interprète les résultats, pose le diagnostic, établit le plan de traitement, obtient le consentement du patient et dirige ce dernier vers un dentiste ayant suivi une formation avancée en troubles respiratoires du sommeil.
4. Le dentiste procède à l'examen, pose le diagnostic dentaire, établit le plan de traitement, obtient le consentement du patient et offre les soins.
5. Le dentiste s'assure que le patient prend les mesures nécessaires afin que soit effectué une polysomnographie de contrôle (AOS) ou un suivi (RP).
6. Le dentiste effectue le suivi de la santé dentaire ainsi que de l'intégrité et de l'ajustement de l'orthèse.

RÉFÉRENCES

1. Collège des médecins du Québec. Apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil. 2014:1-94.
2. Ramar K, Dort LC, Katz SG, Lettieri CJ, Harrod CG, Thomas SM, et collab. Clinical practice guideline for the treatment of obstructive sleep apnea and snoring with oral appliance therapy: an update for 2015. *J Clin Sleep Med*. 2015;11(7):773-827.
3. Gauthier L, Almeida F, Arcache P, Ashton-McGregor C, Côté D, Driver H, et collab. Position paper by Canadian dental sleep medicine professionals regarding the role of different health care professionals in managing obstructive sleep apnea and snoring with oral appliances. *Canadian Respiratory Journal*. 2012;19(5):307-9.
4. CDSBC. Obstructive Sleep Apnea. 2014:1-11.