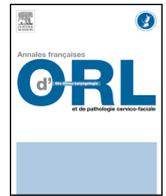




Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Article original

## Radiofréquence vélaire dans l'apnée du sommeil : résultats à 6 ans<sup>☆</sup>



H. De Kermadec, M.-B. Blumen\*, D. Engalenc, J.-P. Vezina, F. Chabolle

Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

### INFO ARTICLE

**Mots clés :**  
 Ronchopathie  
 Radiofréquence  
 Suivi  
 Long terme

### RÉSUMÉ

**Objectif.** – Analyser le devenir à long terme (> 3 ans) des patients traités par radiofréquence vélaire chez les ronfleurs simples ou les patients avec syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) non sévère.

**Type d'étude.** – Observationnelle rétrospective.

**Cadre.** – Hôpital universitaire tertiaire.

**Patients et méthodes.** – Soixante-dix-sept patients ont été inclus dans l'étude, entre 1999 et 2006. Vingt-sept d'entre eux étaient atteints d'un SAOS léger ou modéré. Tous ont été traités par radiofréquence pour rigidifier le voile du palais, avec ou sans uvulectomie. Le ronflement (évalué sur une échelle visuelle analogue [EVA] de 10 cm), la situation maritale, les facteurs de risque et les pathologies cardiovasculaires éventuelles et la durée du suivi ont été évalués en utilisant un questionnaire postal.

**Résultats.** – Le suivi était de  $6,3 \pm 2,3$  ans en moyenne. L'intensité moyenne du ronflement a diminué de façon statistiquement significative pendant la période postopératoire immédiate (de  $8,1 \pm 2,9$  à  $3,5 \pm 2,2$  cm sur l'EVA). À long terme, par contre, l'intensité a augmenté de façon statistiquement significative ( $5,7 \pm 2,9$  cm), tout en restant inférieure aux valeurs préopératoires ( $p < 0,001$ ). Le compagnon de lit du patient a remarqué une récurrence du ronflement dans 92,7% des cas. Neuf pour cent des couples dans l'étude se sont séparés. L'hypertension et le diabète ont été diagnostiqués pendant le suivi chez 12,1% et 6,6% des patients respectivement. La majorité des patients n'a pas entrepris une deuxième polysomnographie ou un traitement complémentaire.

**Conclusion.** – Le ronflement a récidivé chez presque tous les patients sur le long terme, bien qu'avec une intensité inférieure au niveau préopératoire. La majorité des patients ne suit pas les instructions de suivi postopératoires et ne cherche pas de traitement complémentaire en cas de récurrence.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### 1. Introduction

Le ronflement chronique peut induire une gêne sociale importante. Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est parfois la cause d'une somnolence diurne excessive, de troubles métaboliques et de pathologies cardiovasculaires.

Plusieurs options thérapeutiques sont disponibles en cas de ronflement simple ou de SAOS léger ou modéré. Mis à part l'hygiène du sommeil, les conseils diététiques, des dispositifs d'avancée mandibulaire ou la ventilation à pression positive continue (VPPC), la chirurgie peut aussi être proposée. Quatre techniques sont disponibles qui visent le voile du palais : l'uvulopalatopharyngoplastie (souvent associée à une amygdalectomie), les traitements par laser, les implants vélaire et la radiofréquence. Malgré des différences

dans leurs modes d'action, ces procédures visent les mêmes buts : diminuer les vibrations vélaire et réduire la masse tissulaire du voile. Bien qu'il n'y ait pas de traitement de référence pour la ronchopathie, la radiofréquence (RF) s'est développée pendant cette dernière décennie à cause de sa faible morbidité et une efficacité semblable à celle des autres techniques [1].

L'efficacité de ce traitement à court terme et la persistance de son effet sur l'obstruction pharyngée et la vibration vélaire pourraient modifier plusieurs paramètres liés à la pathologie, y compris la situation maritale et les variables cardiovasculaires (surtout en cas de SAOS). Parce que la RF est une procédure très simple, certains patients sous-estiment parfois la sévérité de leur condition, ne se rendent pas aux consultations de suivi et ne se présentent pas pour une polysomnographie (PSG) de contrôle postopératoire. Dans ces cas, une maladie résiduelle risque de ne pas être diagnostiquée et donc de ne pas être traitée.

Dans la littérature, de bons résultats ont été publiés avec la chirurgie et le laser vélaire, mais il a été démontré que l'efficacité décline avec le temps [2–4].

Il y a eu peu d'études sur les résultats à moyen terme des traitements par RF pour rigidifier le voile du palais, mais là encore les symptômes semblent récidiver au bout de quelques années [5–8].

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ano.2013.04.005>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [blumen@cmvs.fr](mailto:blumen@cmvs.fr) (M.-B. Blumen).

À notre connaissance, aucune étude n'a cherché à déterminer les effets de ce traitement sur le long terme. Le principal objectif de notre étude était donc d'élucider le devenir d'une population de patients atteints de ronchopathie ou d'un SAOS léger ou modéré, suite à un traitement vélaire par RF.

## 2. Méthodes

Entre 1998 et 2006, 228 patients ont été traités par RF pour rigidifier le voile du palais (avec ou sans raccourcissement de la luette) dans notre service. Tous présentaient un ronflement simple ou un SAOS léger ou modéré.

Le bilan préopératoire comprenait la situation maritale, les antécédents médicaux tels que l'hypertension artérielle et le diabète, et une évaluation de la somnolence sur l'échelle d'Epworth. Un examen otolaryngologique physique complet était pratiqué, et l'indice de masse corporelle (IMC) était noté. La modalité de traitement a été choisie selon les paramètres morphologiques et l'index d'apnée/hypopnée (IAH), en proposant toutes les options pertinentes.

Le traitement par RF a été proposé comme option, quand la région vélaire paraissait cliniquement pendant l'examen physique être le foyer principal des vibrations ou de l'obstruction et s'il n'y avait pas de macroglossie (stades 3 et 4 de la classification de Friedman), d'obésité (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>), de plainte d'obstruction nasale de la part du patient et si l'IAH était inférieur à 20/h. Le choix final a été laissé au patient.

Les procédures comportaient entre 1 et 3 séances, répétées toutes les 8 semaines jusqu'à ce que le partenaire de lit du patient estime le résultat comme étant satisfaisant. La rigidification par RF a été combinée à une résection de la luette et/ou ablation de la partie inférieure du voile du palais si ces dernières paraissaient cliniquement hypertrophiques ou allongées, l'objectif étant de traiter l'ensemble de la sous-région. Ces ablations s'effectuaient pendant la première séance de traitement dans certains cas ou lors d'une séance ultérieure dans d'autres cas.

Pendant la période de l'étude, nous avons utilisé cinq générateurs de RF différents en mode monopolaire ou bipolaire. Pour rigidifier le voile du palais, nous avons utilisé les générateurs Select Sutter (bipolaire), Ellman (monopolaire), Somnus (monopolaire), Coblator (bipolaire) et Olympus (bipolaire). Pour l'uvulectomie et l'ablation du voile inférieure, nous avons utilisé un laser de type diode (Diomed) ou un générateur RF (Select Sutter ou Olympus).

Tous les patients ont reçu des conseils concernant l'importance de la visite de suivi qui était programmée à 2 mois après la dernière séance de traitement. Pour les patients atteints de SAOS avéré, une polysomnographie de contrôle a été prescrite entre 4 et 6 mois après le traitement.

Le traitement suivait des indications et des techniques de RF issues d'études précédentes approuvées par le comité d'éthique local. La présente étude est rétrospective, fondée sur les données de ces études précédentes, avec évaluation à long terme par questionnaire postal ; elle n'avait donc pas besoin d'un avis supplémentaire de la part du comité d'éthique.

### 2.1. Critères d'inclusion

Les patients inclus dans l'étude ont bénéficié d'un suivi d'au moins 3 ans. Pour chacun, l'intensité des ronflements avant le traitement a été évaluée par le partenaire de lit, utilisant une échelle visuelle analogue (EVA) où 0 correspond à l'absence de ronflement et 10 à un ronflement audible d'une pièce voisine ou qui justifierait le fait de dormir dans une chambre à part. Il fallait évaluer le ronflement à court terme, 2 mois après la dernière séance de traitement. Pour les patients atteints de SAOS, un IAH entre 5 et 20/h

servait de critère d'inclusion. L'intensité du ronflement étant un phénomène subjectif, l'appréciation était laissée au partenaire de lit. Pour éviter d'aller plus loin dans la subjectivité, surtout à long terme, seule l'intensité du ronflement, et non pas la satisfaction à l'égard du traitement, servait de critère de jugement.

### 2.2. Critères d'exclusion

Les patients ont été exclus de l'étude s'ils n'avaient pas répondu au questionnaire à court ou à long terme, ou si les données les concernant n'étaient pas interprétables. Également, ceux qui avaient changé de partenaire de lit pendant la période de suivi n'ont pas été inclus dans les calculs du taux de récurrence de la ronchopathie et de l'intensité à long terme.

### 2.3. Évaluation du devenir à long terme

Un questionnaire postal a été envoyé à tous les patients inclus dans l'étude. La première partie du questionnaire cherchait à évaluer l'évolution de la ronchopathie. Une nouvelle évaluation par EVA a été complétée par le même partenaire de lit qui avait pratiqué la première évaluation. Si le patient était actuellement sous traitement (dispositif oral, VPCC ou autre), celui-ci devait être interrompu pendant l'évaluation. Des questions ouvertes exploraient une possible récurrence du ronflement, sa date d'apparition, l'intensité subjective comparée à la situation avant traitement, sa nature intermittente ou permanente et sa durée (toute la nuit ou seulement pendant une partie de la nuit). La deuxième partie du questionnaire cherchait à évaluer l'impact du ronflement sur le couple (le résultat le plus extrême étant la séparation). La troisième partie évaluait la somnolence diurne sur l'échelle d'Epworth. Cette échelle évalue de manière globale la somnolence diurne, ce qui n'est pas synonyme de SAOS ; elle fournit néanmoins un indice d'un début possible de SAOS chez un ronfleur simple ou d'une aggravation possible d'un syndrome déjà diagnostiqué. La quatrième partie évaluait les facteurs de risque cardiovasculaires, tels que l'hypertension artérielle, le diabète ou une augmentation de l'IMC. La cinquième partie concernait le suivi postopératoire : présence pour la PSG de contrôle et pour les visites de suivi, et demande éventuelle de traitement complémentaire en cas de récurrence des symptômes.

### 2.4. Critères de jugement

L'intensité des ronflements a été évaluée par le compagnon de lit sur une EVA avant et peu de temps après le traitement et au moment de l'enquête postale. Trois groupes ont pu être définis selon les résultats des EVA à court et à long termes : amélioration, stabilisation et aggravation. Quatre facteurs ont pu être préalablement définis comme pouvant influencer l'aggravation du SAOS avec le temps : le degré de la diminution initiale de l'intensité des ronflements, les variations de l'IMC, le type de procédure (avec ou sans uvulectomie), et un diagnostic de SAOS associé.

### 2.5. Analyse statistique

Les résultats à court et à long termes ont été comparés par un test *t* apparié de Student. Pour les proportions, des tests de Chi<sup>2</sup> ont été utilisés pour comparer les valeurs moyennes, et des Anova simples à mesures répétées ont été utilisées pour comparer les scores sur les EVA. En cas de différence significative, des comparaisons bilatérales ont été faites par analyse post-hoc utilisant le test exact de Fisher. Des valeurs de *p* inférieures à 0,05 étaient considérées comme étant significatives. Tous les tests statistiques utilisaient le logiciel StatView 5 (SAS Institute, Grenoble, France).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105104>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105104>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)