Revue des Maladies Respiratoires Actualités (2014) 6, 208-211

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

QUEL CHOIX THÉRAPEUTIQUE DANS LE SAOS ?

PPC ou VNI dans le SAOS associé au syndrome obésité-hypoventilation ?

CPAP or NIV for the treatment of obesity-hypoventilation syndrome?

Article rédigé par L. Beaumont (Paris)*, d'après la communication de J.-L. Pépin (Grenoble)[1]

[1]Service de physiologie, CHU de Grenoble, Boulevard de la Chantourne, 38700 La Tronche, France ; INSERM 1042

MOTS CLÉS
Syndrome obésité-hypoventilation ;
Pression positive continue ;
Ventilation non invasive ;
Pression expiratoire ;
Fréquence de rattrapage.

Résumé
Le syndrome obésité-hypoventilation (SOH) est défini par l'association d'une obésité, d'événements respiratoires nocturnes et d'une hypercapnie diurne. Ces événements peuvent être obstructifs ou centraux. La ventilation en pression positive continue (PPC) doit être proposée en première intention. La persistance de désaturations résiduelles en sommeil paradoxal sous PPC impose le recours à la VNI (ventilation non invasive), dont la titration doit d'abord imposer une pression expiratoire à 8-10 cmH_20, puis élever progressivement le niveau d'aide inspiratoire pour corriger l'hypoventilation en sommeil paradoxal, tout en maintenant une fréquence de rattrapage élevée. Les appareillages en volume-cible n'offrent pas de bénéfice démontré par rapport à la VNI dans cette indication.
© 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Obesity-hypoventilation syndrome;
Positive pressure ventilation;
Noninvasive ventilation;
Epiratory pressure;
Backup frequency

Abstract
Obesity-hypoventilation syndrome (OHS) is defined by the combination of obesity, abnormal respiratory events during sleep and hypercapnia. Continuous Positive airway pressure represents the first-line therapy for OHS. If residual hypoventilation persists in REM under CPAP, noninvasive ventilation (NIVis) is required. Positive expiratory pressure has to be fixed at high level (8-10 cmH_20) to maintain upper airway patency and pressure is upport is titrated to suppress REM hypoventilation. A high backup rate is recommended in OHS. Volume-targeted ventilation has not demonstrated superiority compared to classical pressure support in these patients.
© 2014 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : laurence.beaumont.azuar@gmail.com (Laurence Beaumont).

© 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le syndrome obésité-hypoventilation (SOH) est définie par la présence d'une obésité (IMC > 30 kg/m²) et d'une hypoventilation alvéolaire chronique diurne ($PaCO_2$ > 45 mmHg), associés à la présence d'événements respiratoires nocturnes, qui peuvent entrer dans le cadre d'un syndrome d'apnée du sommeil obstructif (SAOS) avec ou sans hypoventilation en sommeil paradoxal (IAH > 5/h, 90 % des cas), en l'absence d'autre cause d'hypercapnie [1]. Cette définition est vraisemblablement appelée à évoluer, l'accès à la gazométrie étant parfois limité en médecine générale de ville et l'hypercapnie pouvant être remplacée par une élévation des bicarbonates veineux (Tableau 1).

Le SOH en pratique : mécanisme d'apparition de l'hypercapnie

Nous rapportons le cas d'une patiente obèse (IMC 45 kg/m²) avec une hypoventilation alvéolaire gazométrique, ayant déjà subi deux séjours en réanimation pour des décompensations respiratoires sans appareillage au décours. La réponse ventilatoire au CO_2 est diminuée avec un décalage du point d'équilibre, indiquant une défaillance de ses centres respiratoires. La polysomnographie retrouve des désaturations profondes en sommeil paradoxal, l'IAH étant à 30/h. Chez ce type de patiente, le choix d'une PPC ou d'une ventilation non invasive se discute.

Les anomalies respiratoires nocturnes, l'augmentation du travail respiratoire et l'incapacité des centres respiratoires à adapter la réponse ventilatoire à cette charge mécanique sont les causes principales de l'hypercapnie chez le sujet obèse. La PPC et la VNI permettent de diminuer cette charge mécanique et de restaurer secondairement la sensibilité des centres respiratoires (Fig. 1).

Tableau 1 Définition du syndrome obésité-hypoventilation (SOH), d'après [1].

Conditions requises	Description
Obésité	Index de masse corporelle ≥ 30kg/m²
Hypoventilation alvéolaire chronique	Hypercapnie diurne ($PaCo_2$ ≥ 45 mmHg)
Troubles respiratoires du sommeil	Apnées obstructives du sommeil (IAH ≥ 5/h, avec ou sans hypoventilation) : 90 % des cas Hypoventilation sans SAOS (IAH ≤ 5/h) : 10 % des cas
Exclusion des autres causes d'hypercapnie	Syndrome obstructif sévère Pathologie interstitielle sévère Syndrome restrictif par atteinte pariétale (ex : cyphoscoliose) Pathologie neuromusculaire Syndrome d'hypoventilation centrale congénitale Hypothyroïdie sévère

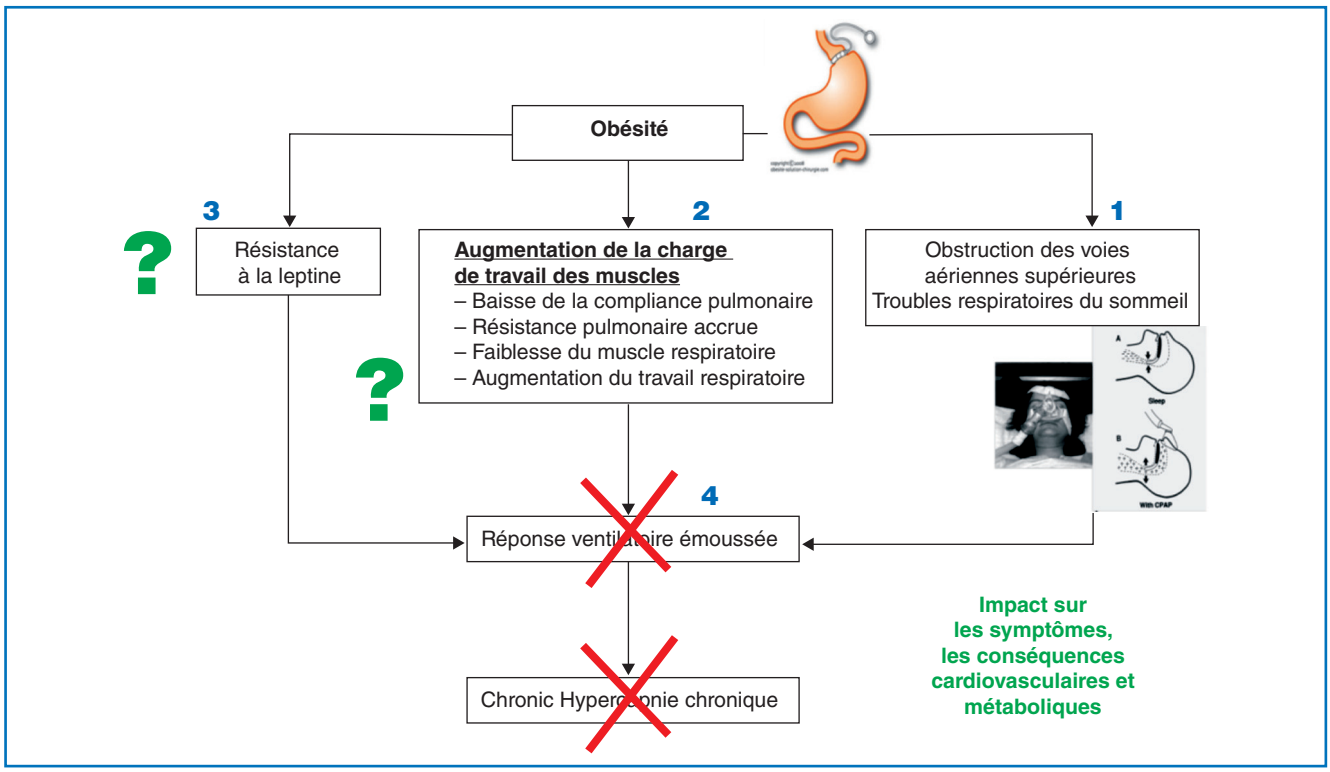

Figure 1. Bases du traitement du SOH , d'après [2,3].

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4215715

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4215715

Daneshyari.com