

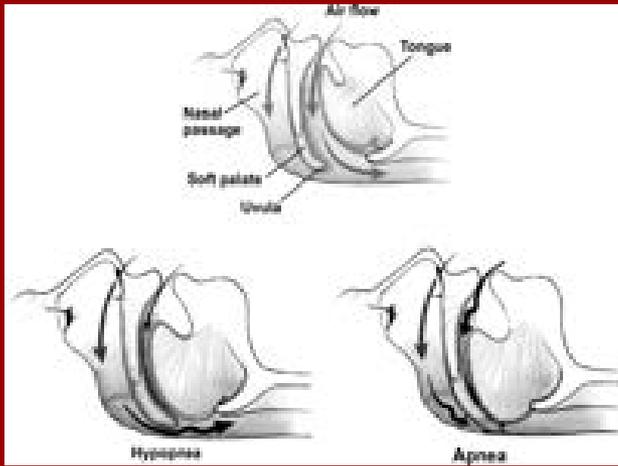
Conséquences du syndrome d'apnée du sommeil sur le Système cardiovasculaire

Danis SATSOU
ACTVOI 2016

SAS

- Forte prévalence de SAS chez les patients atteints de MCV
- L'OSAS est relié à l'HTA, LA FA, l'AVC et L'IDM
- Le CSAS se retrouve principalement dans l'IC et l'AVC.

2 TYPES DE SAS



OSAS



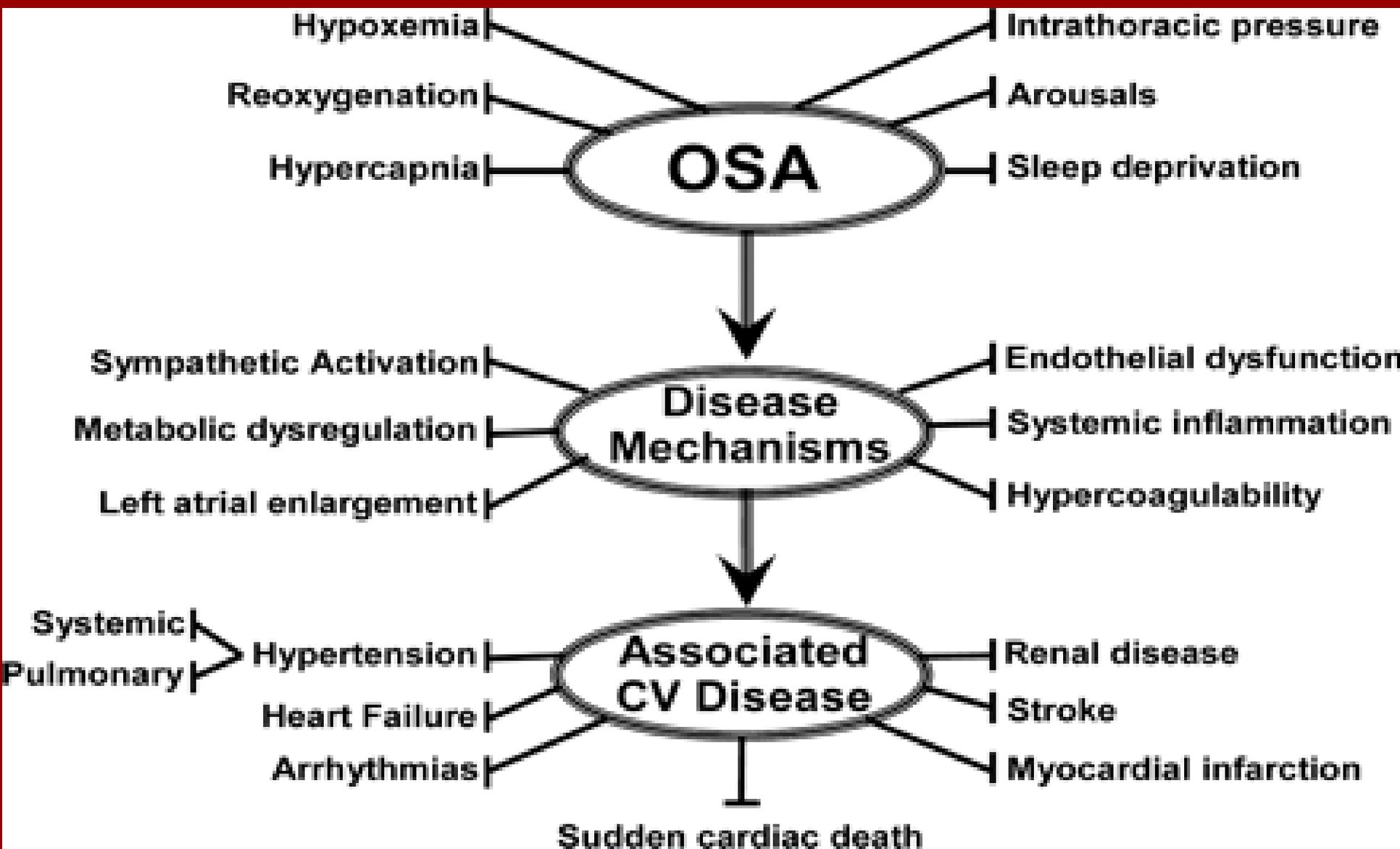
OSAS

- HTA + OSAS jusqu'à 30%
- ANGOR + OSAS jusqu'à 40%
- AVC + OSAS jusqu'à 40%
- FA + OSAS jusqu'à 50%
- HTA réfractaire + OSAS jusqu'à 80%!!!

OSAS

- Hypoxémie sévère intermittente et augmentation de PCO₂
- Dérégulation des chémorécepteurs et du système sympathique
- Activation du système adrénergique
- Augmentation de PA jusqu'à 240/130 mmHG

OSAS et MCV : physiopathologie



OSAS et OBESITE et SM

- 40 à 70 % des patients atteints de OSAS présente une obésité (BMI > 30) avec prédominance masculine.
- Le FDR principal de l'OSAS est l'obésité androïde centrale entraînant une relation significative entre OSAS et SM.
- Ainsi 87% des OSAS ont un SM (étude MONICA)
- Le SM augmente le risque CV d'un facteur 3

OSAS et MCV

- OSAS augmente le risque CV de 3 pour l'IDM et l'AVC par rapport à une population témoin.
- Relation significative de l'OSAS avec l'HTA, la FA, l'AVC et l'ANGOR.
- Les FDR de l'OSAS et des MCV se confondent.

OSAS et HTA : prévalence

- OSAS + HTA = 50%
- HTA + OSAS = 30%
- Il existe une relation linéaire entre OSAS et HTA réfractaire (au moins 3 ATH bien dosés dont un diurétique)
- Jusqu'à 96% des hommes avec HTA réfractaire et 75% des femmes présentent un OSAS

OSAS et HTA : dépistage

- Rechercher un OSAS devant toute HTA réfractaire qqsoit le profil et inversement.
- Prise de la PA, Score d'EPWORTH, automesures TA
- Réaliser un **MAPA** : grâce au MAPA on peut retrouver un profil non dipper (abaissement nocturne $<$ à 10 %) voire inversion du rythme nycthéméral

OSAS et HTA : traitement

- Aucun ttt anti HTA n'aggrave l'OSAS (sauf IEC si toux) mais aucun n'est spécifiquement efficace
- Le traitement par CPAP diminue la PA diurne et nocturne d'au moins 5 mmHg en moyenne
- Plus l'OSAS est sévère plus la baisse de la PA est importante sous PPC.

OSAS : une étiologie de l' HTA

- OSAS et HTA = 30 % voire 80% si l'HTA est réfractaire
- Le traitement par PPC associé aux ATH est efficace pour faire diminuer la PA
- Un traitement précoce pourrait éviter les complications CV
- Nécessite donc un dépistage large

OSAS et ANGOR

- Les FDRCV et ceux de l'OSAS se confondent
- Relation significative entre OSAS et CPI
- L'OSAS augmente le risque coronarien
- Le traitement par PPC diminue l'ischémie nocturne

OSAS et TDRythme

- L'OSAS provoque une hypoxie nocturne avec une élévation du profil PA et une ischémie coronarienne associée à une dilatation de l'OG.
- Ces FDR sont à l'origine de troubles du rythme en particulier à l'étage atrial type FA
- Augmentation du risque de mort subite surtout au petit matin

OSAS et IC

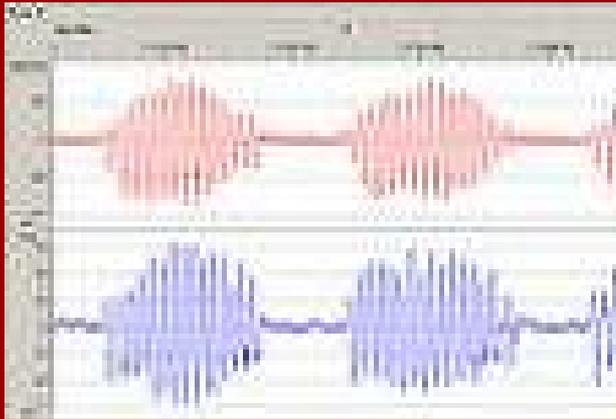
- L'OSAS peut déstabiliser les patients atteints de dysfonction systolique et diastolique
- L'OSAS accélère la déchéance myocardique
- Le ttt par PPC ne détériore pas la FE et diminue le risque d'HVG

OSAS

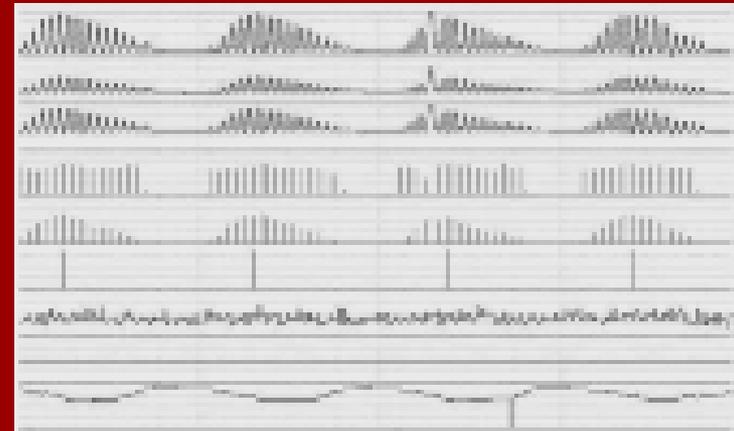
- Étiologie de l'HTA
- Relation significative avec le SM
- Lien fort avec la CPI, la FA et l'IC
- Le traitement est efficace
- Le dépistage doit être précoce

Etude SAVE : limite de la CPAP

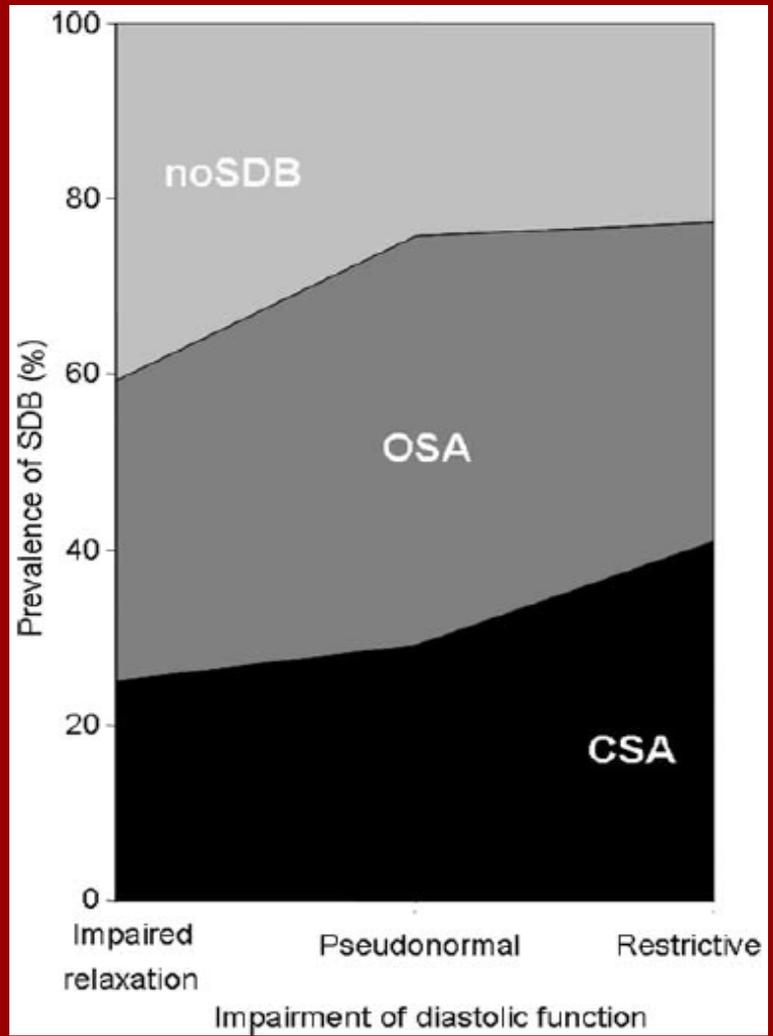
- Présentée à l'ESC Rome 2016
- Patients avec OSAS et AVC ou IDM
- Pas de différence significative de la CPAP sur la survenue de MACE
- Amélioration QoL, Dépression, somnolence
- Limite durée moyenne d'utilisation 3h dans première partie de nuit

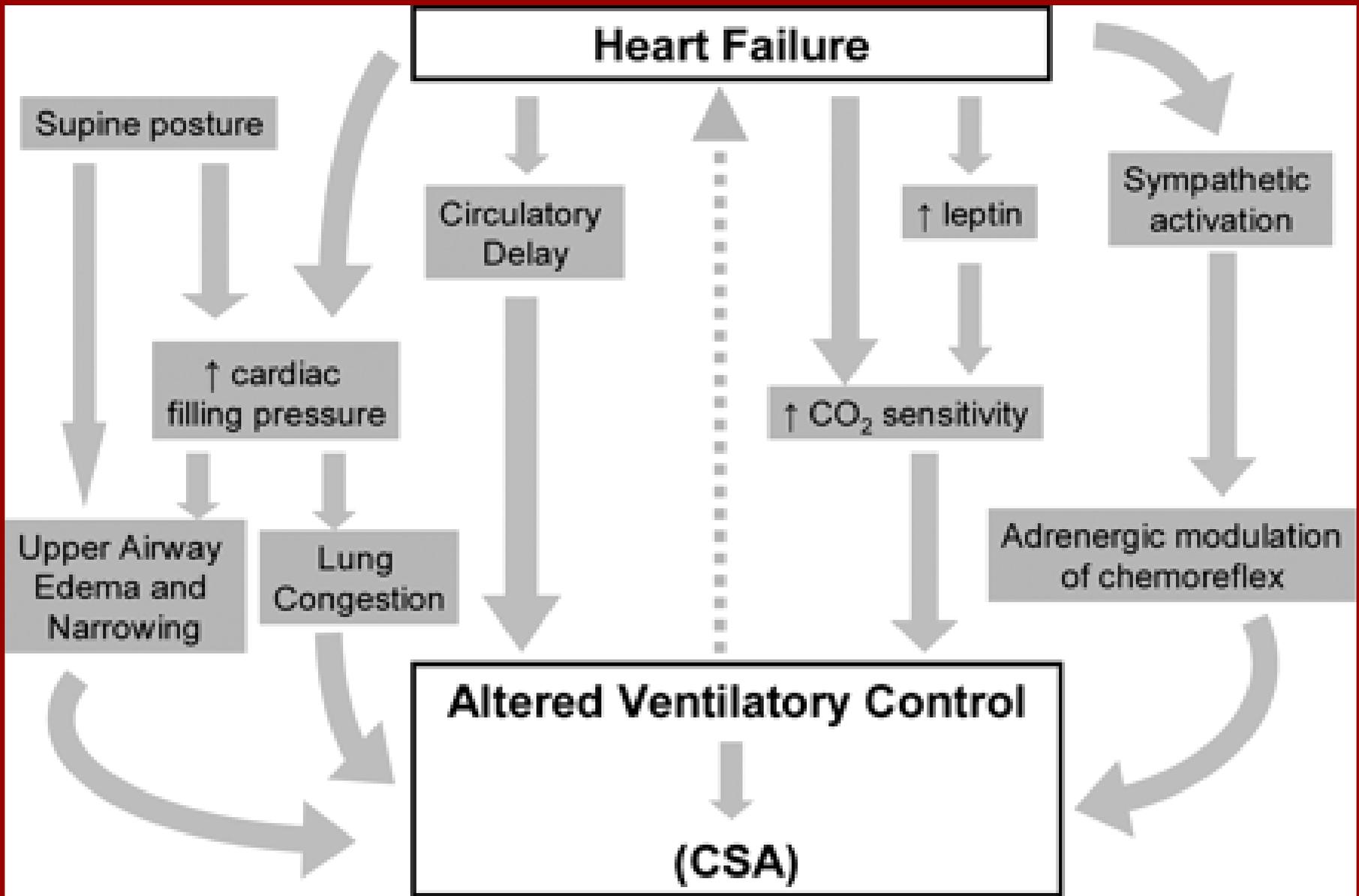


SAS et IC



Relation SAS et IC





Dyspnée de CHEYNE STOKES

CSAS : physiopathologie

Stase pulmonaire provoque un chémoreflexe au dioxyde de carbone (CO₂) -> hyperventilation.

La paCO₂ chute en dessous du seuil d'apnée -> arrêt respiratoire central.

Pendant la pause respiratoire, ↑ paCO₂ -> dépassement du seuil d'apnée -> hyperpnée

la paCO₂ retombe en dessous du seuil d'apnée, ce qui entretient la respiration périodique avec alternance constante entre apnée et hyperpnée.

CSAS

- Nette prévalence du CSAS dans l'IC (40%) et dans l'AVC
- Alors que l'OSAS est facteur déclenchant ou aggravant de l'IC, le CSAS en est une conséquence.
- Les études montrent que le CSAS aggrave le pronostic

Etude SERVE HF

- Patients IC (Fe < 45%) avec SAS à prédominance centrale
- Ventilation ServoAdaptée vs TTT médical seul
- Etude arrêtée avant terme pour surmortalité dans le groupe appareillé
- RECO stoppé la VSA chez ces patients

CSAS perspective

- Etude ADVENT Hf en cours (AVSV)
- PM biV avec resynchronisation ventriculaire
- O2 thérapie
- But : Améliorer la qualité de vie et la survie de ces patients au pronostic catastrophique

Conclusion

- Le SAS est fortement intriqué avec les pathologies CV comme cause, conséquence et/ou facteur aggravant
- Il doit être dépisté précocement pour améliorer le pronostic des patients
- Problème de la tolérance de la VNI ...

QCM : A moyen et à long terme, le SAOS peut se compliquer

- a. Hypertension artérielle systémique
- b. Ischémie coronarienne nocturne
- c. De retrecissement aortique
- d. De dysfonction érectile
- e. De troubles du rythme cardiaque

QCM : réponses

a. Vrai

b. Vrai

c. Faux

d. Vrai

e. Vrai

Take home message

- SAS une pathologie fréquente
- Intriqué avec les pathologies CV
- Facteur aggravant des MCV
- Dépistage dans l'HTA résistante, La FA, L'AVC, L'insuffisance cardiaque
- Traitement efficace sur les symptômes mais qui n'a pas encore démontré de réduction significative sur les évènements CV