

Obésité et pathologies respiratoires liées au sommeil

Pierre Delguste
Service de Pneumologie
Service de médecine physique

1

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC



Pathologie respiratoire « liée au sommeil » ?

- Système respiratoire « sain »
- Le sommeil en lui-même induit le déficit respiratoire:
 - chute de tonus musculaire
 - Augmentation de la RVA
 - Diminution de la réponse centrale au CO²
- Conséquences durant la veille:
 - Somnolence et fatigue
 - Effets systémiques
 - Décompensations aiguës

2

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC



Deux entités pathologiques distinctes

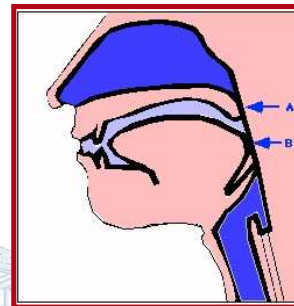
- Syndrome des apnées obstructives liées au sommeil (SAS, OSAS)
- Syndrome d'obésité-hypoventilation de l'obèse (SOH)

3

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC



Apnées (obstructives) du sommeil

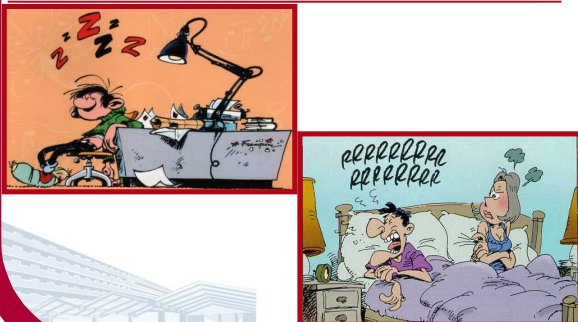


4

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC



Le patient consulte le plus souvent ...



5

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC



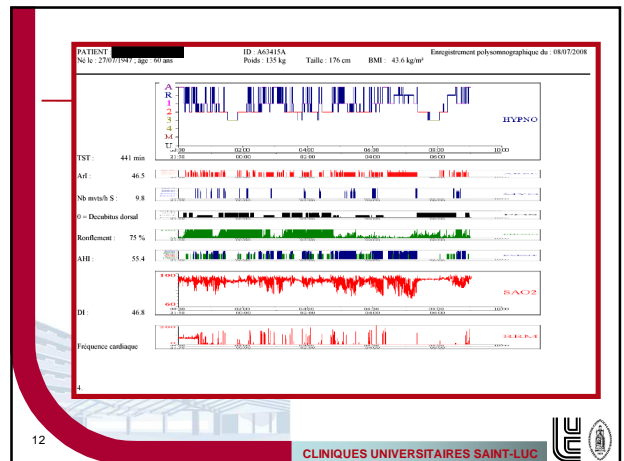
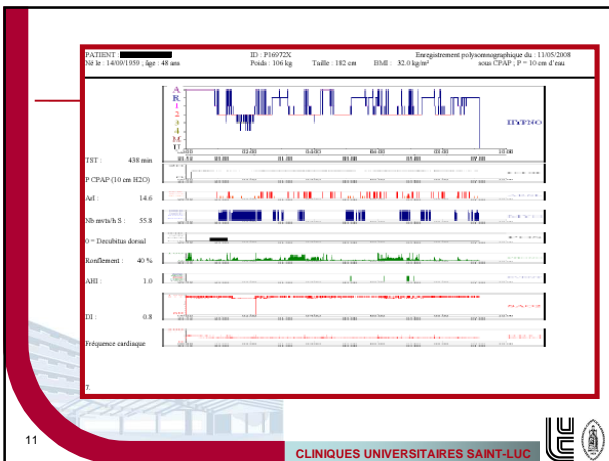
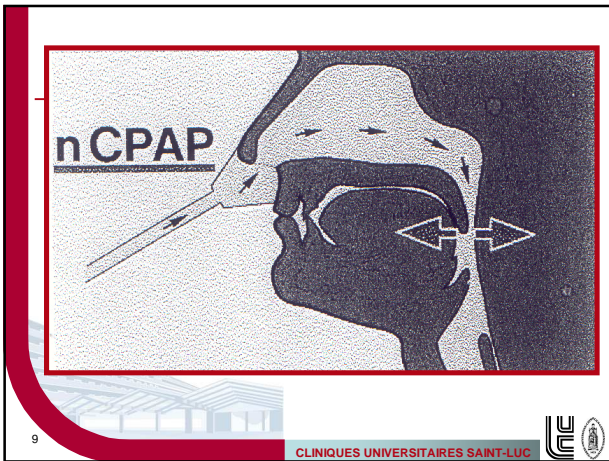
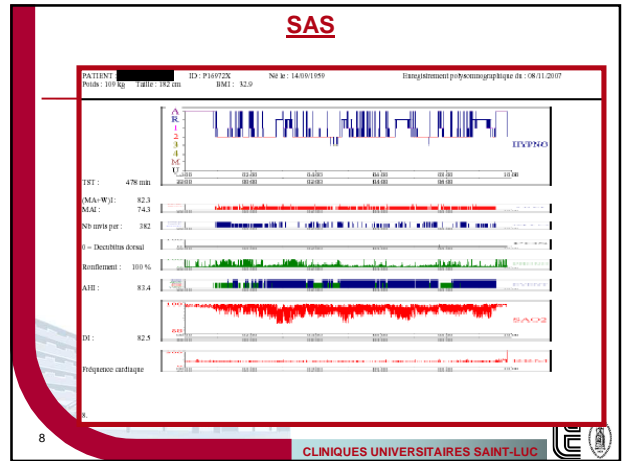
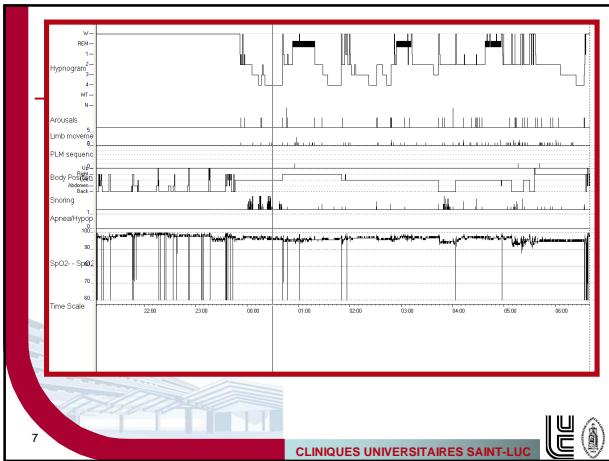
Mais aussi pour...

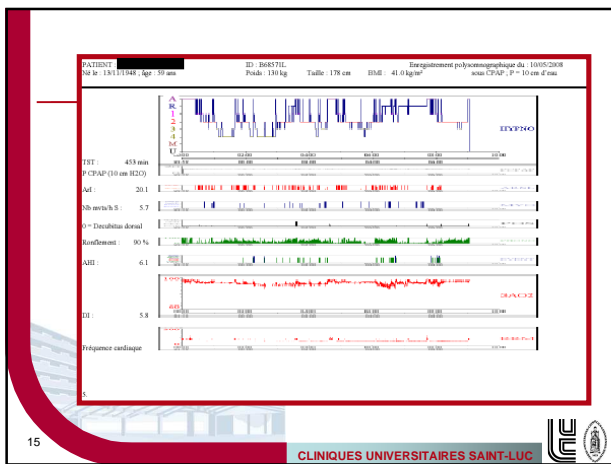
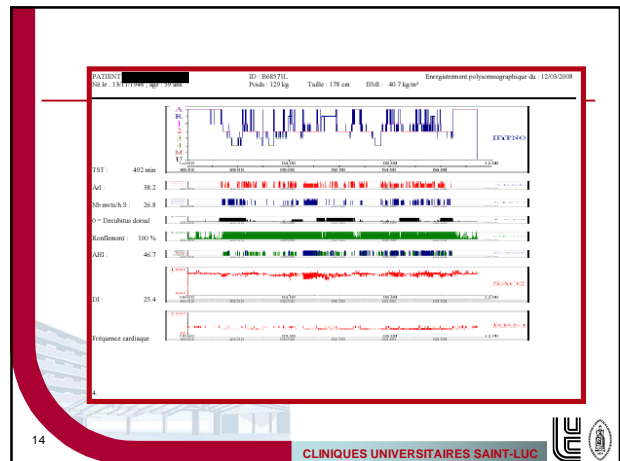
- Réveils difficiles
- Fatigue
- Troubles de l'attention et de la mémoire
- Troubles de la libido
- Modification de l'humeur
- Hypertension artérielle
- Mise au point de diabète
- Consultation pré-opératoire
- ...

6

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC



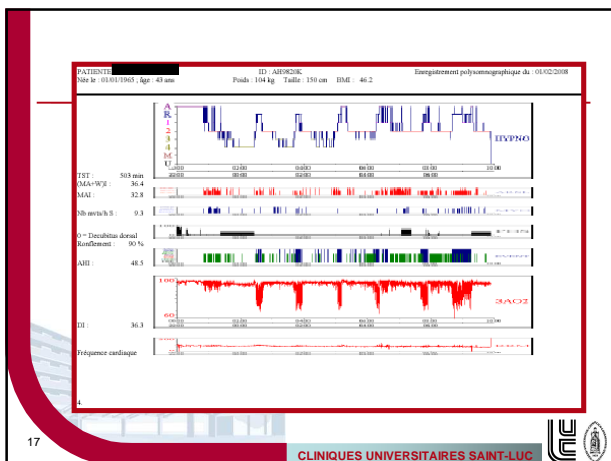




Critères de prise en charge par convention INAMI

- SAS
- MAI: 30/hs
- AHI: 20/hs
- PSG sous CPAP ok

CLINQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC



SOH

- Dyspnée
- Somnolence
- Diabète
- HTA
- Oedèmes périphériques
- SAS
- Hypercapnie diurne
- Pas d'autre cause d'hypercapnie

CLINQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Pourquoi défaillance respiratoire chez patient obèse à poumons, thorax et muscles normaux ?

- ↗ charge élastique de la paroi thoracique
 - ↘ compliance
 - ↗ charge de travail respiratoire
- ↘ VRE
- ↗ RVA sup.
- ↘ Réponse centrale au CO₂

19

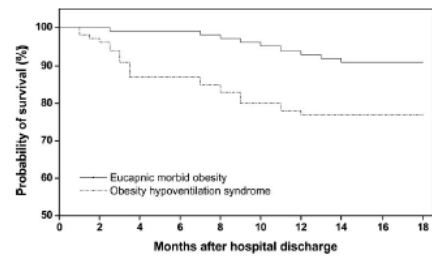
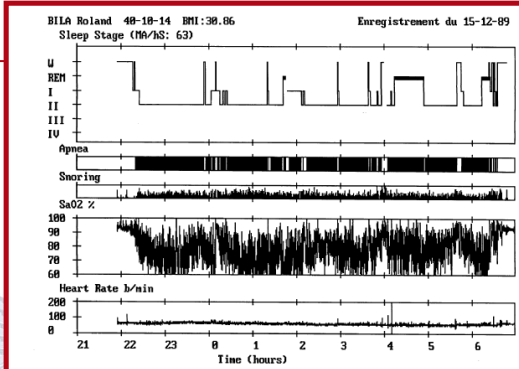
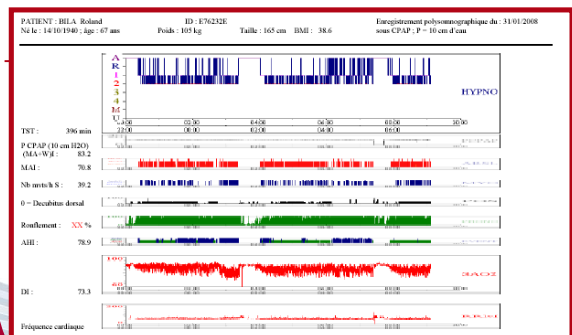


FIGURE 3. Survival curve for patients with OHS (n = 47; mean BMI, 45 kg/m²) vs simple obesity (n = 163; mean BMI, 42 kg/m²). All patients survived hospitalization, and only 13% of patients with OHS were discharged from the hospital while receiving therapy for hypoventilation. The hazard ratio for mortality in patients with OHS was 4.0 after adjustment for BMI, age, gender, electrolyte abnormalities, renal function, history of thromboembolic disease, and hypochloremia. Reprinted from Nouber et al¹⁶ with permission from Elsevier Publishers.

20



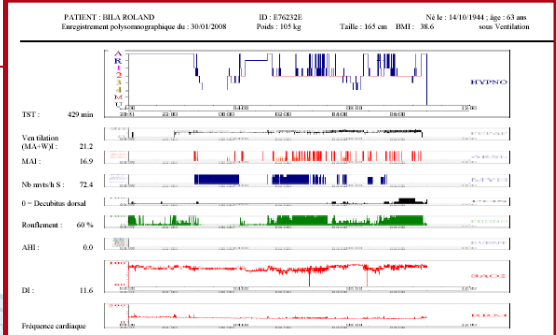
21



22

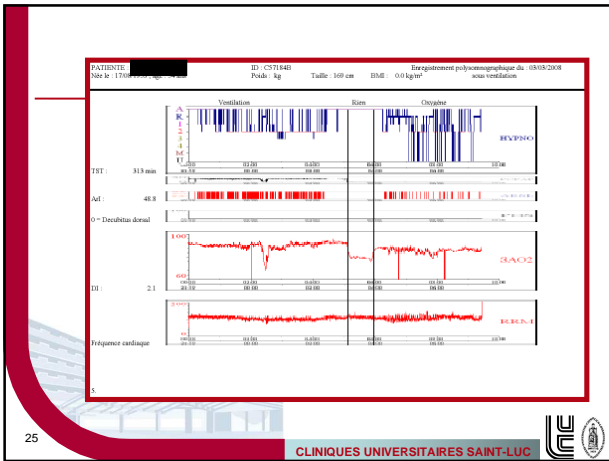


23



24





Critères de prise en charge par convention INAMI

- BMI > 40 Kg/m²
- Absence de SAS pur
- Absence de BPCO
- Présence d'un syndrome restrictif (↘ CPT)
- Au moins une hospit. pour décompensation respiratoire
- PACO₂ > 50 mmHg (en état stable)
- PSG améliorée sous VNI

26

CLINIKES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

