



PAR **VÉRONIQUE ADAM**, inhalothérapeute

EN PRIMEUR, EN PRÉVISION DES CONFÉRENCES RÉGIONALES DE L'HIVER 2019!

Lisez attentivement cet article que vous propose le Service du développement professionnel de l'OIIAQ, puis mesurez l'acquisition de vos nouvelles connaissances en répondant au questionnaire sur le site web oiiq.org, Portail de développement professionnel.

Les infirmières auxiliaires qui répondront au questionnaire se verront reconnaître **une heure de formation continue**.

Des frais de 25 \$ taxes en sus devront être acquittés en ligne. Les questionnaires et les chèques reçus par la poste seront refusés.

LES TROUBLES DU SOMMEIL... **CPAP OU BiPAP ?**

La reconnaissance des manifestations des troubles respiratoires du sommeil est un travail multidisciplinaire et l'infirmière auxiliaire joue un rôle essentiel dans la transmission de l'information relative à l'état de la personne afin d'assurer un suivi. Plus les divers professionnels de la santé seront informés adéquatement pour reconnaître les manifestations liées à ces troubles, plus la population recevra des soins appropriés qui permettront d'améliorer sa qualité de vie et voir même diminuer le risque de mortalité.

Depuis les dernières années, les troubles du sommeil sont de plus en plus diagnostiqués au Québec.

Plusieurs publications démontrent une prévalence des maladies affectant le sommeil, ainsi que l'impact de ces troubles sur la santé des gens et leur qualité de vie.

L'apnée obstructive du sommeil, communément appelé l'apnée du sommeil, est le trouble du sommeil le plus connu. Vous en avez sans doute entendu parler dans votre milieu de travail, dans les médias ou encore par un ami ou de la parenté affectés par ce trouble du sommeil. On estime sa prévalence à environ 5 % de la population générale. L'apnée du sommeil se définit comme « un trouble du sommeil causé par des obstructions de courte durée des voies respiratoires supérieures entraînant un arrêt transitoire de la respiration (apnée) ou une réduction significative du signal respiratoire (hypopnée) durant le sommeil, pouvant provoquer un microéveil ou une désaturation associés à un effort respiratoire et la présence fréquente de ronflements »¹.

Prédisposition à l'apnée du sommeil

Ce trouble du sommeil touche les adultes et les enfants de tous âges. Certaines conditions peuvent augmenter l'incidence de l'apnée du sommeil telles que l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardiovasculaires, certaines maladies neurologiques et la micrognathie (reculement de la mâchoire).

Conséquences possibles de l'apnée du sommeil si non traitée

Environ 350 000 personnes ignoraient souffrir d'apnée du sommeil en 2014 au Québec. Cela entraîne des risques élevés pour la santé de ces personnes, en plus d'avoir un impact socio-économique non négligeable². Il est démontré que l'apnée du sommeil non traitée augmente le risque d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral, de maladies cardiovasculaires, d'insuffisance cardiaque, de diabète, de néoplasie ainsi que de dépression. L'apnée du sommeil non diagnostiquée peut rendre la personne inapte à travailler et augmenter ses risques d'avoir un accident de la route, puisque son sommeil est non réparateur.

¹ *Apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil, mars 2014, OPIQ+Collège des médecins.*

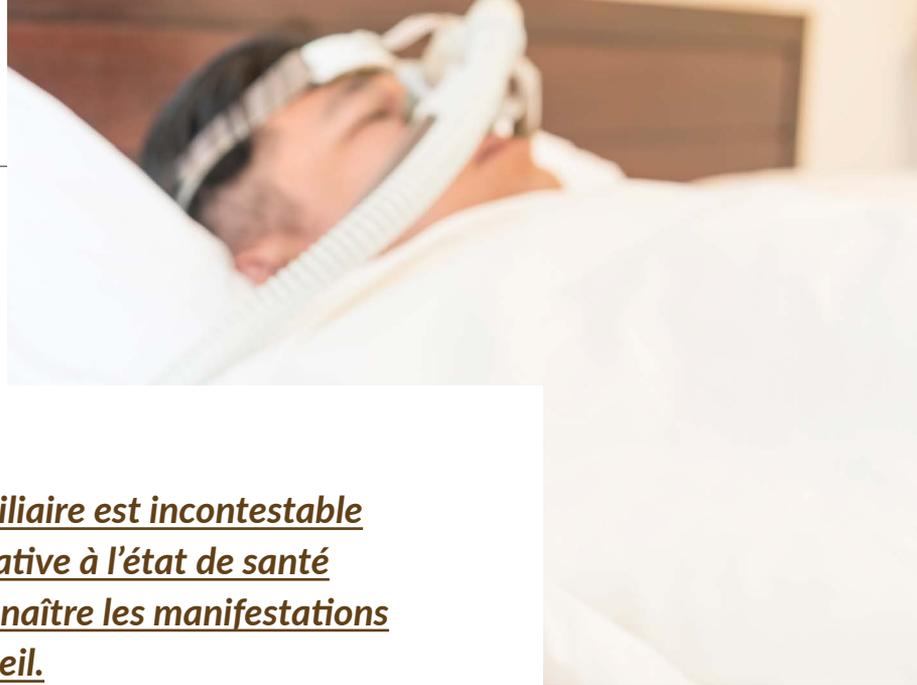
² *Apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil, mars 2014, OPIQ+Collège des médecins.*

Mise en situation

Vous travaillez dans une unité de médecine de nuit et un nouveau patient, Monsieur T, a été admis. Lors de votre tournée, vous remarquez qu'il ronfle excessivement, et qu'il semble même parfois faire des pauses respiratoires. Le matin venu, vous demandez au patient s'il a bien dormi. Monsieur T vous mentionne qu'il a mal à la tête et qu'il a fait des cauchemars au courant de la nuit. Monsieur T mentionne qu'il s'endort un peu partout durant la journée, même au volant de sa voiture et qu'il prend beaucoup d'acétaminophène pour soulager ses maux de tête depuis des mois. Son médecin lui a prescrit des antidépresseurs parce qu'il se sent déprimé et sans énergie. Vous notez vos observations et l'information recueillie auprès du patient à son dossier et en avisez l'infirmière ou le médecin.

Puisque l'infirmière auxiliaire se doit d'être à l'affût des indices de situations anormales, en transmettant vos observations, vous pourrez peut-être permettre à Monsieur T d'avoir un suivi approprié, axé sur ses symptômes de somnolence diurne et de recevoir le traitement adéquat.

Il est démontré que l'apnée du sommeil non traitée augmente le risque d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral, de maladies cardiovasculaires, d'insuffisance cardiaque, de diabète, de néoplasie ainsi que de dépression.



La contribution de l'infirmière auxiliaire est incontestable pour transmettre l'information relative à l'état de santé de la personne et permet de reconnaître les manifestations de troubles respiratoires du sommeil.

Comment se traite l'apnée obstructive du sommeil

Le traitement le plus souvent utilisé pour corriger l'apnée obstructive du sommeil est un appareil de type CPAP (Continuous Positive Airway Pressure), aussi appelé Pression Positive Continue (PPC). Pour empêcher le phénomène obstructif, le CPAP pousse une pression continue. La pression positive nécessaire pour permettre aux voies aériennes de demeurer ouvertes est différente pour chaque patient. De ce fait, il est nécessaire de recevoir une prescription médicale d'un médecin spécialisé en sommeil pour débiter une thérapie.

Les appareils ne sont pas tous pareils

Avez-vous déjà côtoyé un patient qui avait un appareil semblable à un CPAP à son chevet, mais qui n'était pas vraiment un CPAP ? Cet appareil devait être utilisé durant la nuit et même parfois le jour ? En effet, c'est un appareil de type bi-niveau aussi souvent appelé BiPAP® (Bilevel Positive Airway Pressure).

Malgré une phonétique similaire, ces deux appareils ont leurs propres fonctions pour corriger des troubles du sommeil distincts qui s'adressent à des clientèles différentes.

Un appareil de type bi-niveau permet de pousser une pression inspiratoire, expiratoire et d'ajuster une fréquence respiratoire de réserve. Le BiPAP permet de donner une assistance ventilatoire à des personnes présentant diverses problématiques reliées à différentes pathologies.

Bien que le bi-niveau soit parfois utilisé dans des cas d'apnée du sommeil plus complexes, il traite les troubles du sommeil causé par des apnées autres qu'obstructives. Il est surtout utilisé pour corriger l'hypoventilation du sommeil, qui peut être due à des pathologies qui causent une rigidité thoracique, une faiblesse musculaire, une difformité craniofaciale ou encore, certaines maladies pulmonaires ou autres diagnostics. En traitant l'hypoventilation du sommeil, le bi-niveau peut prévenir un état appelé hypoventilation alvéolaire chronique.

Qu'est-ce que l'hypoventilation alvéolaire chronique ?

Les personnes qui nécessitent une assistance ventilatoire par un appareil bi-niveau présenteront plusieurs symptômes très similaires à ceux ressentis avec l'apnée du sommeil. On retrouve notamment la fatigue, des céphalées matinales, des difficultés de concentration, la perte d'appétit, la dyspnée, l'impatience et même parfois de la confusion. Ces symptômes sont causés par une ventilation insuffisante, une mauvaise qualité du sommeil et l'augmentation du niveau de gaz carbonique (CO₂) dans le sang. Non traitée, l'hypoventilation lors du sommeil causera éventuellement une augmentation du niveau de CO₂ diurne et conduira à l'hypoventilation alvéolaire chronique.

Les différentes pathologies causant l'hypoventilation alvéolaire chronique ont des mécanismes différents qui provoquent une ventilation inadéquate durant la nuit et parfois durant le jour. À ce moment, la ventilation par bi-niveau devient vitale pour ces patients.

Mise en situation

Madame B, atteinte de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), a été admise à votre unité de soin parce qu'elle a de la difficulté à se nourrir et à tousser pour dégager ses sécrétions. À l'heure du coucher, elle vous demande de lui installer deux oreillers parce qu'elle dit ne pas être capable de se coucher sur le dos; elle a de la difficulté à respirer dans cette position. Durant son sommeil, Madame B ne ronfle pas, mais a une faible amplitude respiratoire et semble parfois prendre de petites respirations rapides. Que se passe-t-il?

Madame B présente une faiblesse de ses muscles respiratoires, qui est amplifiée lorsqu'elle est couchée sur le dos. Un appareil de type CPAP qui pousse uniquement une pression continue n'aidera pas Madame B. Elle a besoin d'un appareil qui l'aidera à augmenter la quantité d'air inspiré, d'une fréquence respiratoire de base lui assurant un rythme respiratoire et d'une pression expiratoire pour lui permettre de garder ces voies aériennes ouvertes.

Madame B est de retour à son domicile. Elle utilise son bi-niveau toutes les nuits et même durant l'après-midi, sinon elle est se dit plus fatiguée et présente de la dyspnée. Avec son appareil bi-niveau, elle est confortable et même capable de parler avec sa famille lorsqu'elle l'utilise durant le jour avec un masque nasal.

Quelque mois plus tard, Madame B utilise son appareil bi-niveau 24 heures par jour. Cela signifie qu'elle n'a plus d'autonomie respiratoire. Elle ne respire plus ou pas suffisamment sans l'aide de son appareil. Elle utilise un masque nasal durant le jour et un masque facial durant la nuit. Que se passe-t-il?

La SLA est une maladie neuromusculaire dégénérative qui évolue rapidement, se traduisant par une perte importante jusqu'à totale de l'utilisation des différents muscles du corps. Les muscles respiratoires de Madame B ne fonctionnent plus suffisamment pour lui permettre de respirer seule. À ce stade, la ventilation via le bi-niveau est essentielle à sa survie.

Actuellement au Québec, plusieurs patients vivent avec un support ventilatoire de ce type et évitent ainsi d'avoir recours à une trachéostomie qui demande des soins plus complexes.

Le rôle essentiel de l'infirmière auxiliaire

La contribution de l'infirmière auxiliaire est incontestable pour transmettre l'information relative à l'état de santé de la personne et permet de reconnaître les manifestations de troubles respiratoires du sommeil.

Cet article de formation donne un avant-goût aux présentations de l'auteure Véronique Adam qui se tiendront l'hiver prochain, dans le cadre des Conférences régionales en 2019. C'est un rendez-vous! ♦

Remerciements

Nous tenons à remercier la collaboration de D^{re} Marta Kaminska, pneumologue et directrice médicale de la clientèle adulte du PNAVD-CUSM pour cet article.

Présentation du PNAVD et biographie de l'auteure

Le Programme National d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) offre des services aux personnes nécessitant de l'assistance ventilatoire à domicile. Affilié au Centre Universitaire de santé McGill (CUSM), il offre une gamme de services très spécialisés à une clientèle adulte et pédiatrique.

L'inhalothérapeute Véronique Adam y occupe le poste de responsable formation et développement et participe à des études de recherche, à la gestion de la qualité des services cliniques et au développement des services PNAVD. Elle est aussi vice-présidente du Canadian Respiratory Therapy Home Ventilation Network qui est un comité du CSRT (Canadian Society Respiratory Therapist) offrant un forum aux inhalothérapeutes pratiquant l'assistance ventilatoire à domicile pour partager leurs connaissances et promouvoir les meilleures pratiques à travers le Canada.

