



Item 110 (ex-item 108)

Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Contenu multimédia	Photographies d'un exemple typique d'hypertrophie amygdalienne obstructive	
A	Définition	Savoir identifier et définir un trouble du sommeil chez l'enfant et chez l'adulte	hypersomnolence, insomnie, parasomnie
A	Définition	Connaître la définition d'un SAS	
B	Diagnostic et examens complémentaires	Savoir évaluer une hypersomnolence	par l'interrogatoire, l'échelle d'Epworth, les techniques instrumentales de l'EEG
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques évocateurs de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAS) de l'adulte	
A	Etiologies	Connaître les principales étiologies de troubles du sommeil	hypersomnolence, insomnie, parasomnie
A	Etiologies	Connaître les facteurs de risque de SAS et les comorbidités/complications associées	
B	Examens complémentaires	Connaître les modalités d'évaluation du syndrome d'apnées du sommeil	polygraphie respiratoire et polysomnographie
B	Prévalence, Epidémiologie	Connaître l'importance du SAS sur le plan épidémiologique	
B	Prise en charge	Connaître les principes de la prise en charge des troubles du sommeil chez l'adulte et l'enfant	
A	Prise en charge	Connaître la prévention des troubles du sommeil chez l'adulte et l'enfant	
B	Prise en charge	Connaître conséquences du SAS dans l'activité professionnelle et leurs implications pour la vie professionnelle	
B	Prise en charge	Connaître les principes du traitement du syndrome d'apnées du sommeil	pression positive continue et orthèse mandibulaire

ATTENTION, les objectifs de rang B apparaissent en italique dans le texte

Points clés

1. Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) se caractérise par des occlusions répétées des voies aériennes supérieures (VAS) au cours du sommeil.
2. Il s'agit d'une affection fréquente dont les principaux facteurs de risques sont le sexe masculin, l'âge et le surpoids.
3. Les SAHOS est responsable de nuits non réparatrices avec des perturbations du fonctionnement diurne (sommolence, asthénie, troubles de concentrations, troubles de l'humeur).
4. Le diagnostic, suspecté devant des signes cliniques évocateurs, est confirmé par un enregistrement nocturne permettant de détecter apnées et hypopnées, de les quantifier et d'en préciser le mécanisme (obstructif ou central).
5. Risques associés : comorbidités cardiovasculaire, accidents de travail et de la circulation
6. La prise en charge du SAHOS repose sur des mesures générales hygiéno-diététiques (limitation de la prise d'alcool, de médicaments, perte de poids) et des mesures visant à améliorer la qualité du sommeil (mesures d'hygiène du sommeil) combinées à la mise en place de traitements spécifiques instrumentaux ou chirurgicaux s'opposant à la fermeture des VAS durant le sommeil.
7. Le traitement instrumental du SAHOS repose essentiellement sur la pression positive continue (PPC) et l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM). Le choix de l'un ou l'autre de ces traitements dépend de la sévérité des apnées-hypopnées (Index d'Apnées-Hypopnées), de l'importance des symptômes diurne (sommolence) et de la présence de comorbidités cardiovasculaires et respiratoires.
8. Le syndrome d'apnées hypopnées centrales du sommeil (SAHCS), en rapport avec des diminution ou abolition répétées de la commande ventilatoire est beaucoup moins fréquent (environ 10% des SAS), nécessite un bilan étiologique (cardiologique, neurologique, médicaments) et un traitement spécifique.

INTRODUCTION

Le passage de l'état de veille au sommeil s'accompagne de nombreuses modifications physiologiques neurologiques et respiratoires. Il est constaté une perte du contrôle cortical de la respiration avec pour conséquences une réduction de la ventilation, d'une diminution de la tonicité et de la contractilité des muscles respiratoires (en particulier des muscles respiratoires accessoires mais également des muscles dilatateurs du pharynx). De ce fait, plusieurs pathologies respiratoires peuvent se manifester ou se majorer au cours du sommeil.

C'est avant tout le cas du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) qui se caractérise par des événements respiratoires obstructifs qui ne se manifestent qu'au cours du sommeil. C'est également le cas du syndrome d'apnées hypopnées centrales du sommeil (SAHCS) qui se caractérise par des diminutions ou abolitions répétées de la commande ventilatoire centrale durant le sommeil. Si le mécanisme des apnées et hypopnées n'est pas précisé, on parle de syndrome d'apnées du sommeil (SAS).

Enfin, de nombreuses pathologies respiratoires chroniques, en particulier les maladies responsables d'hypoventilation alvéolaires chroniques (syndrome obésité hypoventilation, maladies neuromusculaires) mais également les maladies bronchiques (BPCO, asthme) peuvent s'accompagner de manifestations cliniques nocturnes spécifiques qui seront développées dans les chapitres correspondants.

De par sa prévalence élevée et de par ses nombreuses comorbidités, le SAHOS est la pathologie respiratoire au cours du sommeil la plus fréquemment rencontrée en pratique clinique et fera donc l'objet d'un exposé détaillé.

I. PHYSIOPATHOLOGIE

Le SAHOS est lié à une obstruction intermittente et répétée des voies aériennes supérieures (VAS) au cours du sommeil. Le siège de cette obstruction est principalement situé au niveau du pharynx (voile du palais et/ou en arrière de la base de langue). Le pharynx est une structure anatomique souple composée principalement de muscles (dont le plus important est le muscle génioglosse). A l'état de veille comme pendant le sommeil, chaque cycle respiratoire commence par une contraction des muscles pharyngés (appelés muscles dilatateurs du pharynx) permettant une rigidification du pharynx ce qui permet de lutter contre la pression négative générée lors de la contraction des muscles inspiratoires. L'obstruction intermittente et répétée des VAS sont responsables d'apnées-hypopnées compliquées d'hypoxémie intermittente profonde et répétée et d'une stimulation du système sympathique qui majorent le risque cardiovasculaire.

Chez les patients présentant un SAHOS, cette contraction est insuffisante pour lutter contre le collapsus au cours du sommeil. Cette plus grande collapsibilité est le plus souvent en rapport avec une diminution anatomique du volume des VAS dont les causes sont nombreuses :

- *épaississement des parois pharyngées en rapport avec des dépôts graisseux (obésité),*
- *rétrognathie mandibulaire qui s'accompagne d'un recul du muscle génioglosse,*
- *hypertrophie amygdalienne et vélaire (en particulier chez les enfants).*

L'augmentation des résistances des VAS en rapport avec cette diminution de calibre entraîne dans un premier temps des ronflements par vibration des structures pharyngées lors du passage de l'air. Chez les patients avec SAHOS vont apparaître des occlusions complètes (apnées) ou incomplètes (hypopnées) des VAS.

Chaque obstruction pharyngée s'accompagne de la persistance voire de l'augmentation des efforts respiratoires, qui, en majorant les épisodes répétés de pression intra-thoracique négative vont renforcer les phénomènes obstructifs. La levée de l'obstruction se fera au prix d'un micro-éveil (3 à 15 secondes) qui permettra une rigidification du pharynx et une reprise ventilatoire. Les micro-éveils répétés, souvent non perçus par le patient, entraînent une fragmentation du sommeil. Il s'ensuit l'absence d'approfondissement du sommeil, la raréfaction du temps passé en sommeil paradoxal et l'augmentation du temps passé en sommeil lent léger. Ces anomalies se traduisent cliniquement par un sommeil de moins en moins réparateur et des troubles de vigilance diurne.

II. DÉFINITION

La définition du SAHOS requiert la présence de signes cliniques évocateurs (éléments détaillés dans le chapitre diagnostic) et d'une quantité anormalement élevée d'évènements obstructifs (apnées et hypopnées) au cours du sommeil.

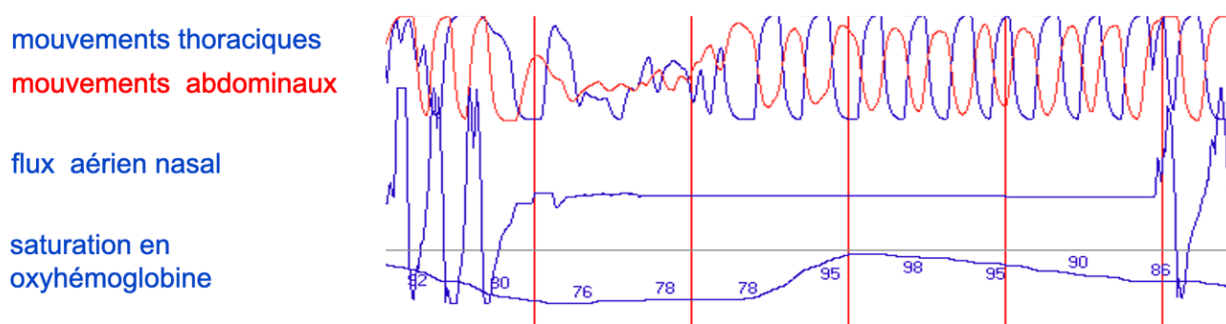
II.1. Définition des évènements respiratoires anormaux

Les apnées et hypopnées sont comptabilisées lors d'un enregistrement nocturne dont les modalités seront détaillées dans le chapitre « diagnostic » (polygraphie ventilatoire ou polysomnographie).

- Une apnée obstructive se définit comme un arrêt du débit aérien naso-buccal pendant au moins 10 secondes avec persistance d'efforts ventilatoires pendant l'apnée.
- Une hypopnée se définit comme une diminution de la ventilation $\geq 30\%$ pendant au moins 10 secondes associée à une désaturation transcutanée d'au moins 3% et/ou à un micro-éveil (polysomnographie).

Le nombre d'apnées et d'hypopnées est rapporté au temps d'enregistrement (polygraphie ventilatoire) ou au temps de sommeil (polysomnographie) permettant de définir l'index d'apnées hypopnée (IAH).

Figure 1 : exemple d'apnée obstructive marquée par un arrêt du flux aérien nasal associé à la persistance de mouvements thoraciques et abdominaux en opposition de phase, responsables d'une désaturation en oxygène. Cette désaturation apparaît retardée par rapport au début de l'apnée



II.2. Définition du SAHOS

Le SAHOS est défini par la présence des critères A ou B et du critère C

A. Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs

B. Deux au moins des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs :

Ronflement sévère et quotidien

Sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil
Éveils répétés pendant le sommeil
Sommeil non réparateur
Fatigue diurne
Difficultés de concentration
Nycturie (plus d'une miction par nuit)

C. Critère polysomnographique ou polygraphique : IAH \geq 5

II.3. Définition de la sévérité du SHAOS

La sévérité du SHAOS est évaluée sur l'IAH :

- Légère : entre 5 et 14 événements par heure,
- Modérée : entre 15 et 29 événements par heure,
- Sévère : 30 et plus événements par heure.

L'importance de l'intensité des symptômes et la présence des comorbidités cardiovasculaires et respiratoires doivent également être prises en compte pour définir la sévérité du SAS et guider la stratégie thérapeutique (cf. chapitre « traitement »).

III. ÉPIDÉMIOLOGIE

III.1. Prévalence

Le SAHOS est une pathologie fréquente. La prévalence du SAHOS modéré à sévère (IAH au moins égal à 15/h et symptômes diurnes) estimée à 14% chez les hommes et 6% chez les femmes adultes. Plus d'un million de patients sont actuellement traités par pression positive continue (PPC) en France.

III.2. Facteurs de risque

- Obésité :
 - facteur de risque principal avec une corrélation entre l'IAH et l'indice de masse corporelle (IMC)
 - l'obésité abdominale (ou androïde) est le plus associée à l'IAH.
- Sexe
 - prédominance masculine (1/2 à 1/3 en fonction de l'âge)
 - la prévalence du SAHOS chez la femme augmente après la ménopause.
- Age
- Anomalies anatomiques des VAS
 - rétrognathie, micromandibulie
 - hypertrophie amygdalienne
 - macroglossie

III.3 Conséquences et comorbidités

- Conséquences neuropsychologiques : asthénie, somnolence excessive mais également ralentissement intellectuel global avec altérations de la mémoire et des fonctions exécutives et procédurales. Il s'en suit :
 - une altération de la qualité de vie,
 - une augmentation du risque d'accident de la voie publique et du travail,
 - des troubles de l'humeur, irritabilité.
- Comorbidités cardiovasculaire et métaboliques : de par les désaturations et les micro-éveils avec décharges sympathiques adrénérgiques répétées associées aux apnées, le SAHOS a été décrit comme pouvant favoriser le développement de :
 - Facteurs de risques cardiovasculaires : HTA, diabète.
 - Pathologies cardiovasculaires (CV) : coronaropathie, AVC, insuffisance cardiaque, troubles du rythme.

Conséquence professionnelle et sur la conduite automobile : l'hyper-somnolence, quelle qu'en soit la cause, est une contre-indication à la conduite automobile (arrêté du 18 décembre 2020). Une interruption temporaire du travail doit être envisagée chez les conducteurs professionnels. La reprise de la conduite pourra être envisagée après un mois de traitement bien conduit après évaluation de l'efficacité thérapeutique :

- par l'examen clinique pour les conducteurs dotés de permis pour véhicule léger,
- par un test EEG de maintien d'éveil pour les conducteurs dotés d'un permis poids lourds.

IV. DIAGNOSTIC

IV.1 Suspicion clinique

- Contexte : le SAHOS devra avant tout être suspecté devant un contexte clinique évocateur en rapport direct avec les facteurs de risques et les comorbidités de la maladie :
 - sexe, âge, index de masse corporelle,
 - présence de comorbidités cardio-vasculaires et métaboliques (prévalence particulièrement élevée du SAHOS en cas de syndrome métabolique ou d'HTA résistante).
- Symptômes nocturnes
 - Ronflements
 - Pauses respiratoires au cours du sommeil constatées par l'entourage
 - Sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil
 - Agitation nocturne ou insomnie
 - Nycturie (plus d'une miction par nuit).
- Symptômes diurnes
 - Somnolence diurne excessive : elle se traduit par un besoin non désiré et parfois incontrôlable de dormir dans la journée. Elle est évaluée par l'interrogatoire qui pourra être aidé d'auto-questionnaires dédiés. L'échelle de somnolence d'Epworth (ESE) est l'outil le plus utilisé (Figure 2). Un score supérieur ou égale à 11/24 est considéré comme pathologique. Il faut noter que :

- Seulement 50% des patients SAS présentent une somnolence excessive (ESE>10) (il faut donc correctement interroger les patients pour prendre en compte la présence d'autres symptômes)
 - La somnolence diurne excessive est un symptôme fréquent dans la population générale, les causes étant nombreuses (cf diagnostics différentiels)
 - L'ESE n'est pas un outil de dépistage du SAS mais de quantification de la somnolence.
- Asthénie : symptômes souvent présents mais encore moins spécifique
 - Troubles cognitifs (troubles mnésiques et de la concentration)
 - Troubles de la libido
 - Céphalées matinales
- **Diagnosics différentiels :** les plaintes de troubles du maintien du sommeil et de somnolence diurne devront faire également évoquer d'autres troubles du sommeil développées dans d'autres chapitres (référentiel de psychiatrie). On peut citer :
 - la dette chronique de sommeil et plus généralement les problèmes d'hygiène du sommeil,
 - la somnolence iatrogène (traitements psychotropes et antalgiques),
 - l'insomnie chronique,
 - les troubles psychiatriques (syndrome dépressif +++),
 - les hypersomnies centrales (narcolepsie, hypersomnie idiopathique)

Figure 2 : Questionnaire de somnolence d'Epworth permettant l'identification d'un score par addition des valeurs données à chaque item. Le score est compris entre 0 et 24. Un score supérieur ou égal à 11 est considéré comme pathologique. Ce questionnaire ne remplace pas un interrogatoire correct des troubles de vigilance diurnes.

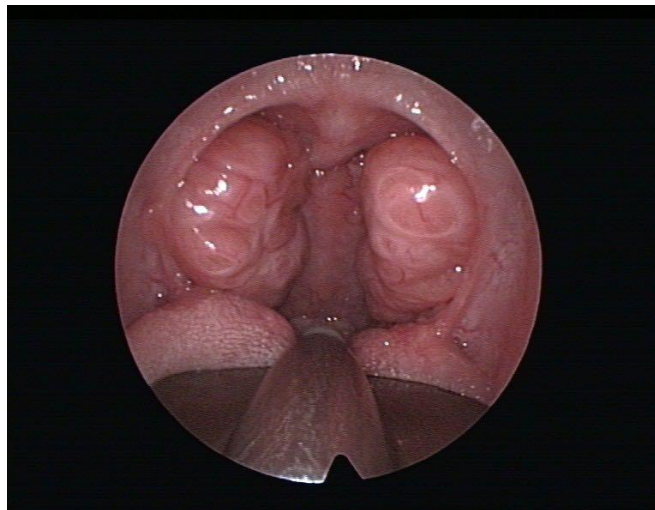
Remplissez le tableau en choisissant dans l'échelle suivante le nombre le plus approprié à chaque situation.

- (0) = ne somnolerait jamais
- (1) = faible chance de s'endormir
- (2) = chance moyenne de s'endormir
- (3) = forte chance de s'endormir

Situation	Probabilité de s'endormir			
	Aucune = (0)	Faible = (1)	Moyenne = (2)	Forte = (3)
▪ Assis en train de lire	0	1	2	3
▪ En train de regarder la télévision	0	1	2	3
▪ Assis, inactif dans un endroit public (au théâtre, en réunion...)	0	1	2	3
▪ Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
▪ Allongé l'après-midi pour se reposer quand les circonstances le permettent	0	1	2	3
▪ Assis en train de parler à quelqu'un	0	1	2	3
▪ Assis calmement après un repas sans alcool	0	1	2	3
▪ Dans une voiture immobilisée quelques minutes dans un encombrement	0	1	2	3
				Votre Score :

- Examen clinique : celui-ci permet à la fois de rechercher des arguments en faveur d'un SAHOS et d'anticiper la stratégie thérapeutique.
 - Calcul de l'IMC (obésité si $>30 \text{ kg/m}^2$), mesure du périmètre abdominal : obésité abdominale si $> 94 \text{ cm}$ (homme) ou $> 80 \text{ cm}$ (femme)
 - Examen ORL : recherche un obstacle ou une réduction de la taille des VAS
 - Rétrognatisme, macroglossie
 - Hypertrophie du palais mou et de ces piliers avec hypertrophie de la luette
 - Hypertrophie des amygdales (Figure 1)
 - Obstruction nasale

Figure 3 : Hypertrophie obstructive amygdalienne (ici chez l'enfant)



IV.2 Confirmation du diagnostic

Enregistrements nocturnes :

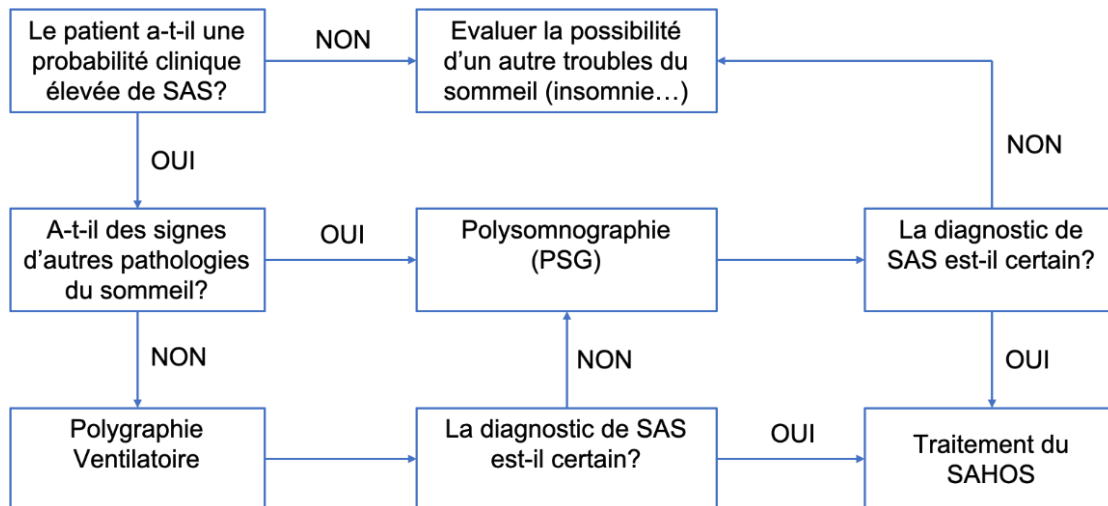
Un enregistrement respiratoire nocturne est nécessaire pour confirmer le diagnostic et guider la prise en charge thérapeutique. Il permettra de définir l'IAH et préciser le caractère obstructif des événements. Celui-ci pourra être réalisé à l'occasion d'une courte hospitalisation ou en ambulatoire. Les deux principaux examens disponibles sont la polygraphie ventilatoire et la polysomnographie. La stratégie diagnostique qui précise la place de ces deux examens est décrite dans la figure 4.

- *La polygraphie ventilatoire est l'examen de première intention en cas de suspicion de SAHOS. Elle comprend :*
 - *un enregistrement du flux aérien par des canules nasales (permettant d'identifier les apnées et hypopnées),*
 - *une analyse des efforts respiratoires permettant de préciser le caractère obstructif ou central des événements (sangles permettant de détecter les mouvements thoraciques et abdominaux le plus souvent),*
 - *un oxymètre de pouls (permet de détecter les désaturations associés au apnées).*
- *La polysomnographie (PSG) est l'examen de référence (« gold standard »). Il s'agit d'un examen plus complet mais plus consommateur de temps et plus onéreux, raison pour laquelle il est proposé pour des situations cliniques complexes ou en deuxième intention. La PSG comprend un enregistrement des données de la polygraphie ventilatoire décrites ci-dessus et des capteurs neurophysiologiques permettant l'analyse du sommeil :*

- un électroencéphalogramme,
- un électro-oculogramme (détectant les mouvements oculaires)
- un électro-myogramme mentonnier.

Ces données permettent d'établir la répartition des différents stades du sommeil (hypnogramme), d'enregistrer les éveils et micro-éveils associés aux apnées et hypopnées.

Figure 4 : stratégie diagnostique chez un patient adulte adressé en consultation pour une suspicion de SAS.



Examens complémentaires :

Aucun examen complémentaire n'est systématique une fois le diagnostic de SAHOS posé. Les examens complémentaires supplémentaires seront proposés en fonction du contexte clinique à la recherche des principales comorbidités :

- *Bilan respiratoire : une spirométrie est recommandée chez les fumeurs ou ex-fumeurs et/ou chez les sujets obèses (IMC >30 kg/m²) et/ou si présence de symptômes respiratoires ; une gazométrie artérielle est recommandée en cas de BPCO associée et d'une obésité sévère (IMC >35 kg/m²) et/ou en cas de SpO₂ d'éveil < 94%.*
- *Bilan métabolique : chez les patients présentant une obésité (en particulier abdominale) un bilan biologique métabolique (glycémie, bilan lipidique) et une surveillance tensionnelle devra être proposée.*
- *Bilan stomatologie : celui-ci devra être proposé si un traitement par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) est envisagé.*

V. TRAITEMENT

Le traitement du SAHOS doit s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Il repose sur des mesures générales permettant de lutter contre Les facteurs favorisants et d'assurer un traitement optimal des autres facteurs de risque CV. En fonction de la sévérité du SAHOS, un traitement spécifique visant à lutter contre le collapsus des VAS devra être proposé.

V.1 Mesures générales

- *Prise en charge du surpoids et de l'obésité*
 - *Les conseils alimentaires et visant à promouvoir l'activité physique doivent être systématiques en cas d'obésité significative.*
 - *En cas d'obésité importante, la présence d'un SAHOS peut constituer un argument supplémentaire pour poser l'indication d'une prise en charge chirurgicale de l'obésité (qui permet parfois une régression complète du SAHOS).*
- *Évictions des médicaments et des substances aggravant le SAHOS :*
 - *Médicaments : psychotropes (benzodiazépines), antalgiques (morphine et ses dérivés),*
 - *Prise d'alcool le soir.*
- *Dépistage et prise en charge des facteurs de risques CV : HTA, diabète ou dyslipidémie (le traitement spécifique du SAHOS ne permet pas à lui seul de corriger ces paramètres).*

V.2 Traitements spécifiques

- *Pression positive continue (PPC)* : *il s'agit du traitement le plus efficace permettant de lever l'obstacle des VAS quel que soit son siège. De l'air mis sous pression est appliqué via un masque (nasal, narinaire ou bucco-nasal) et agit comme une attelle pneumatique (figure 5).*

Figure 5 : Appareil de PPC et masque nasal fixé par des sangles



- *La mise en place de la PPC, la surveillance de l'observance, de la tolérance et de l'efficacité sont réalisés en partenariat avec un prestataire de santé à domicile. L'acceptation de ce traitement est variable et devra être encouragée par l'éducation thérapeutique, la gestion précoce des effets secondaires (inconfort cutané au niveau du masque, sécheresse buccale, inconfort digestif).*
- *Des outils de télémédecine permettent de recueillir de façon quotidienne les informations délivrées par l'appareil (observance, niveau de fuites, IAH résiduel sous traitement) et font l'objet de rapport régulier par le prestataire au médecin prescripteur.*
- *La mise en route de la PPC est conditionnée par une demande d'entente préalable auprès des organismes de Sécurité Sociale et doit être réalisé par un médecin*

spécialisé dans la prise en charge des pathologies du sommeil. Le renouvellement annuel pourra être par la suite assuré par le médecin traitant.

- *Son efficacité a été démontré sur les principaux symptômes neuropsychologiques du SAS (asthénie, somnolence, qualité de vie, nycturie...), en rapport avec la restructuration des phases de sommeil et la disparition de la fragmentation de celui-ci. L'impact du traitement par PPC sur le pronostic cardiovasculaire, retrouvé sur des études observationnelles, n'a pas été confirmé dans les études randomisées.*
- **Orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) :** *Le principe mécanique de l'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) est de dégager le carrefour pharyngé en maintenant une propulsion forcée de la mandibule pendant le sommeil, en prenant appui sur les structures maxillaires (figure 6). Il s'agit d'un appareil orthodontique constitué de deux gouttières. Chaque gouttière est moulée sur l'arcade dentaire correspondante, et ne peut se maintenir en place qu'en présence d'un nombre suffisant de dents saines sur chaque arcade.*
 - *La mise en place de l'OAM nécessite une collaboration avec un dentiste ou stomatologue spécialisé.*
 - *Le suivi comprend une surveillance de l'efficacité clinique mais également de l'absence d'effets secondaires (douleurs temporo-maxillaires) et d'impact stomatologique significatif de l'OAM sur le long terme (déplacements dentaires).*
 - *Son efficacité sur la diminution de l'IAH est moindre par rapport à la PPC mais l'efficacité sur les données cliniques est considérée comme équivalente dans le SAHOS modéré à sévère.*

Figure 6: Orthèse d'avancée mandibulaire avec réglettes d'avancée mandibulaire de taille progressivement croissante



- **Traitements alternatifs :** *la PPC et l'OAM sont les deux principaux traitements dont l'indication et la prise en charge sont codifiées. Les traitements cités ci-dessous sont d'utilisation plus restreintes. Des études sont en cours pour définir leur place dans la stratégie thérapeutique :*
 - **Traitement chirurgical :**
 - *chirurgie vélo-amygdalienne : en cas d'hypertrophie amygdalienne majeure. En pratique, cette chirurgie est surtout proposée en pédiatrie, rarement chez les adultes.*
 - *chirurgie d'avancée maxillo-mandibulaire : proposée uniquement chez des sujets bien sélectionnés (retro-micrognathie avec répercussion également*

esthétique ou sur la mastication, absence d'obésité) en échec de traitement par PPC et OAM.

- *Traitement positionnel :*
 - *Certains patients présentent un SAHOS positionnel (survenue des événements majoritairement en décubitus dorsal). Un traitement mécanique (obstacle à type de sphère apposé dans le dos du patient ou système vibrant détectant le décubitus dorsal) peut parfois être efficace.*
- *Traitement médicamenteux*
 - *Aucun médicament n'est validé actuellement pour le traitement du SAHOS.*
 - *Le solriamfetol est un traitement stimulant la vigilance. Il est indiqué en cas de somnolence persistante chez les patients atteints de SAS dont la somnolence n'a pas été traitée de façon suffisante par la PPC. Sa prescription est exclusivement hospitalière (neurologues et médecins du sommeil).*

V.3 Indication thérapeutiques

- *La PPC est indiquée en première intention chez les patients symptomatiques présentant :*
 - *IAH \geq 30/h*
 - *15 \leq IAH < 30/h associé une somnolence sévère (et/ou risque accidentel) ou des comorbidités CV ou respiratoires graves.*
- *L'OAM est indiquée*
 - *en première intention chez les patients symptomatiques présentant 15 \leq IAH < 30/h et une absence de somnolence ou de comorbidités graves,*
 - *en seconde intention en cas de refus ou d'intolérance à la PPC.*