



Protocole de réadaptation respiratoire pour l'aide à la prise en charge des patients présentant un syndrome d'apnées du sommeil

CUGY Didier(1,2,3), LAVAUD Eric (2, 4), BILLIE Laurent (2, 4), PATY Jacques J.(1,2)

- (1) Clinique du Sommeil CHU Pellegrin – 33076 Bordeaux cedex
- (2) Réseau Girondin de Prise en charge des pathologies du sommeil et de la vigilance - Bordeaux
- (3) Clinique Mutualiste - Pessac
- (4) Cabinet de Kinésithérapie - 70 cours du MI Galliéni - 33400 Talence



Introduction :

Nous avons remarqué l'existence d'anomalies morphostatiques à l'occasion de l'examen clinique de patients présentant un syndrome d'apnées du sommeil. Ces anomalies sont essentiellement caractérisées par une accentuation de la cyphose dorsale accompagnée d'un enroulement des épaules. Une réduction significative ($p < 0.05$) de l'élévation antérieure (mesurée par la distance mains mur) est retrouvée chez les patients présentant un SAS (Fig 1). On retrouve aussi une diminution du réflexe diaphragmatique.

Dans le but de corriger ces anomalies nous proposons un protocole de prise en charge kinésithérapique. De façon à juger de l'efficacité de la prise en charge un bilan morphostatique et musculaire est réalisé en début et en fin de traitement.

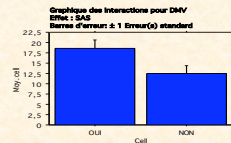


Tableau ANOVA pour DMV

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p	Lambda	Puissance
SAS	1	399,511	399,511	4,296	,0441	4,296	,516
Résidu	44	4091,359	92,985				

Figure 1 : comparaison des distance mains-murs selon que les patients présentent ou non un syndrome d'apnées du sommeil (confirmé par enregistrement polysomnographique). Analyse de variance sur une population de 44 patients.

Matériel et Méthodes :

Préalablement à la prise en charge kinésithérapique, un bilan morphostatique est réalisé dans le but de permettre l'évaluation de la prise en charge. Ce testing comporte : - l'évaluation de la rétraction des grands pectoraux : mesure de l'élévation antérieure; de l'enroulement des épaules; des déséquilibres antéro-postérieurs et latéraux ; de la raideur cervicale par perte de la lordose cervicale; - le testing neuromusculaire du diaphragme; - la mesure des périmètres thoraciques ; - une évaluation de la qualité de vie.

Le travail de prise en charge kinésithérapique est étalé sur 10 séances il comporte notamment : - une prise de conscience de son propre mode respiratoire par le patient; - une prise de conscience des différents modes respiratoires ; - une prise de conscience de la colonne diaphragmatique et de la colonne d'air; - des exercices à visée d'augmentation de l'amplitude ventilatoire.

Résultats :

Les évaluations morphostatiques réalisées à la fin du protocole montrent une réduction significative de la distance mains mur (5cm, $p < 0,001$) et des distances menton acromion et tragus acromion. Un des patients ayant bénéficié d'une prise en charge par PPC pour SAS a pris la décision d'arrêter son traitement par PPC et de reprendre une activité physique régulière. Un suivi régulier a été proposé avec enregistrement polygraphique de ventilation. Sur le plan clinique une réduction significative des index d'apnées/hypopnées est mise en évidence. L'amélioration est toujours retrouvée après 20 mois de sevrage du traitement par PPC.

Pat Ch PIQ	31/11/2002	4/4/2003	10/12/2004
Index Apnées	63,2/h	19,1/h	9,7/h
Hypopnées			
Dorsal	63,7/h	27,6/h	36,4/h
Non dorsal	61,8/h	18,2/h	5,3/h
SpO2 moy	89,9%	93,8%	93,2%
Désaturations	61,9/h	16,7/h	8,7/h
Ronflements	16,2%	0,1%	1,6%

Conclusion :

Le protocole de prise en charge kinésithérapique, actuellement proposé de façon compassionnelle, permet de compléter la prise en charge des patients apnéiques. Ce protocole peut offrir une alternative de prise en charge pour les patients inobservants ou intolérants. Une validation multicentrique est envisagée. Contact : didier.cugy@wanadoo.fr