



EDITORIAL

Oxymétrie continue dans le diagnostic du SAOS

Pulse oximetry in the diagnosis of obstructive sleep apnea

Franck Soyez

Hôpital Privé d'Antony
1, rue Velpeau. 92160 Antony - France

L'étude publiée par nos confrères de l'hôpital Cho Ray dans ce nouveau numéro du Journal Franco Vietnamien de Pneumologie [1], présente plusieurs intérêts majeurs et soulève aussi de nombreuses questions auxquelles il est parfois difficile de répondre.

D'une part elle confirme une sensibilité et spécificité (mais aussi une valeur prédictive négative) tout à fait honorable de l'oxymétrie nocturne quant au dépistage du SAOS. De fait, raisonnablement, cette technique peut être proposée dans cette indication, au sein de populations à risque ou fortement suspectes de souffrir de cette affection.

Il est néanmoins important de s'assurer d'un matériel de qualité et convenablement paramétré. Rappelons une des recommandations de la SPLF publiée en 2010 [2]: « *Il est recommandé d'utiliser un oxymètre ayant une fréquence d'échantillonnage élevée (1Hz), adaptée à une fenêtre de moyennage d'une durée maximale de 3 à 5 secondes* ». Cette recommandation s'applique aux oxymètres, mais aussi bien sur, aux capteurs et logiciels des polygraphes.

De plus, tous les experts s'accordent sur l'importance d'une lecture manuelle des tracés: il convient de se méfier des rapports automatisés, voire de les proscrire comme pour la polygraphie standard.

Si l'oxymétrie nocturne d'une façon générale, les index de désaturations, l'aspect en dent de scie de la courbe de SAO₂ permettent de suspecter un SAS, la pratique d'une polygraphie ou d'une polysomnographie sont néanmoins indispensables dès lors qu'il s'agit de poser un diagnostic de certitude et de proposer un traitement adapté.

En effet les systèmes d'enregistrement sont classés en quatre types, types conditionnés par le nombre de capteurs et les conditions de réalisation. Si les types I et II (polysomnographie au laboratoire ou en ambulatoire) ou le type III (polygraphie avec analyse d'au moins quatre signaux) permettent de poser le diagnostic de SAS et d'en préciser les caractéristiques, le type IV (un ou deux signaux respiratoires) sont réservés au seul dépistage. Parmi ces dispositifs de type IV, outre les oxymètres, rappelons l'existence d'enregistreurs monocanaux type RU sleeping (qui enregistre le débit aérien à l'aide de canules nasales) qui présente également de bonnes sensibilité et spécificité (89 et 86 % respectivement pour un IAH > 12) [3].

A contrario la seule impression clinique du praticien, même expérimenté, a une sensibilité et une spécificité insuffisante (55 et 70 % environs), tout comme les questionnaires prédictifs type questionnaire de Berlin. Ils ne sont donc pas recommandés comme outils de dépistage.

Parler de dépistage a pour corolaire de s'interroger sur la définition de la population à dépister. Rappelons que le dépistage s'intéresse à priori à une population asymptomatique mais qui présente une forte prévalence de l'affection ou pour laquelle affirmer un diagnostic permet d'apporter un vrai plus, en terme prise en charge thérapeutique. En ce qui concerne le SAS certainement les hypertendus sévères, les diabétiques, et les insuffisants cardiaques appartiennent à la première catégorie et méritent un dépistage quels que soient leurs symptômes. Les insuffisants coronariens quant à eux appartiennent probablement à la seconde.

Auteur correspondant: **Dr Franck SOYEZ. Hôpital Privé d'Antony. 1, rue Velpeau. 92160 Antony - France**
E-mail: fsoyez001@orange.fr

Peut être convient t'il d'inclure les sujets pour lesquels les conséquences du SAS (et de la somnolence) sont particulièrement dangereuses tels les conducteurs professionnels.

Pour conclure, il apparait clairement que le SAS est

un réel enjeu de santé publique, et que, quel que soit les pays et leurs ressources les modalités de son dépistage doivent être précisées, les populations cibles définies au mieux, afin d'économiser le recours à des procédures diagnostiques longues et coûteuses. Le travail publié dans cette revue y participe.

CONFLIT D'INTERETS

Aucun.

REFERENCES

1. Recommandations pour la pratique clinique (RPC) du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil SAHOS de l'adulte. *Rev Mal Respir* 2010; 27: 806-33
2. A. Nguyen Thi Hong, H. Nguyen Xuan Bich. Validation de l'oxymétrie continue dans le diagnostic du syndrome d'apnées obstructives du sommeil. *Jour Fran Viet Pneu* 2012; 3: 27-32.
3. Grover S.S, Pittman S.D. Automated detection of sleep disordered breathing using a nasal pressure monitoring device. *Sleep Breath* 2008; 12: 339-45