



7<sup>ÈME</sup>  
ÉDITION  
MONACO

# LES ASSISES

BASTIDE MÉDICAL

FAUT-IL SE CONTENTER  
DE TRAITER UN SYMPTÔME ?

17.06.2022  
18.06.2022

## Faut-il se contenter de traiter les symptômes du SAHOS ?

### Le point de vue du psychiatre

Dr Kelly Guichard - Bordeaux



# Liens d'intérêt

Période 2018-2022	Industrie pharmaceutique, prestataire, fabricant d'orthèses ou de ventilateurs
Coordonnateur études	-
Investigateur études	Sunas
Consultant	
Invitation à des congrès	Alizé, Bastide, DomAir, SOS Oxygène, Vitalair
Orateur rémunéré	Bastide, SOS oxygène, Jazz
Actionnaire	Polycliniques Bordeaux Nord Aquitaine

# Le SAHOS et ses expressions cliniques



## Durant le sommeil

- ronflements
- **insomnie**
- apnées témoins
- sensation d'étouffement
- suffocation
- mauvaise qualité du sommeil
- nycturie
- reflux gastro-œsophagien (RGO)

## Durant l'éveil

- **somnolence diurne excessive**
- sommeil non récupérateur
- asthénie
- céphalées matinales
- troubles de la concentration
- troubles de la mémoire
- impuissance
- anxiété et dépression



# Le SAHOS et ses expressions cliniques

**Table 1** Characteristics of patients referred to a university hospital with suspicion of obstructive sleep apnea

Characteristics	Obstructive sleep apnea (OSA), apnea-hypopnea index (AHI), % ( <i>n</i> )				Chi-squared <i>p</i> value <sup>a</sup>
	No OSA, AHI <5	Mild OSA, AHI 5–14.9	Moderate OSA, AHI 15–29.9	Severe OSA, AHI ≥30	
Patients	40.6 (443)	29.8 (325)	16.2 (177)	13.4 (146)	
Gender, males	64.3 (285)	66.8 (217)	79.7 (141)	87.7 (128)	<0.0005
Smoking	29.4 (123)	23.7 (73)	23.2 (39)	21.9 (30)	0.16
Obesity (BMI >30)	28.3 (109)	42.5 (122)	44.0 (70)	66.9 (93)	<0.0005
Insomnia (old criteria)	78.8 (330)	79.3 (245)	74.3 (127)	76.3 (106)	0.56
Insomnia (new criteria)	54.2 (226)	54.9 (168)	48.5 (83)	44.6 (62)	0.13
Excessive sleepiness	40.5 (174)	46.5 (148)	52.0 (91)	58.0 (83)	0.001

# Le SAHOS et ses expressions cliniques



**Subtype A:  
"Classic"**

Feature	Level <sup>a</sup>
Age	Younger
Sex	Male
BMI	Obese
Symptoms	Sleepy, involuntary sleep, fatigued
Comorbidity	Low
PSG	AHI High T90% Medium

N<sub>stu</sub> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Subtype B:  
Oldest, comorbid**

Feature	Level <sup>a</sup>
Age	Oldest
Sex	Male
BMI	Obese
Symptoms	Naps, snoring disturbs partner
Comorbidity	Highest
PSG	AHI High T90% High

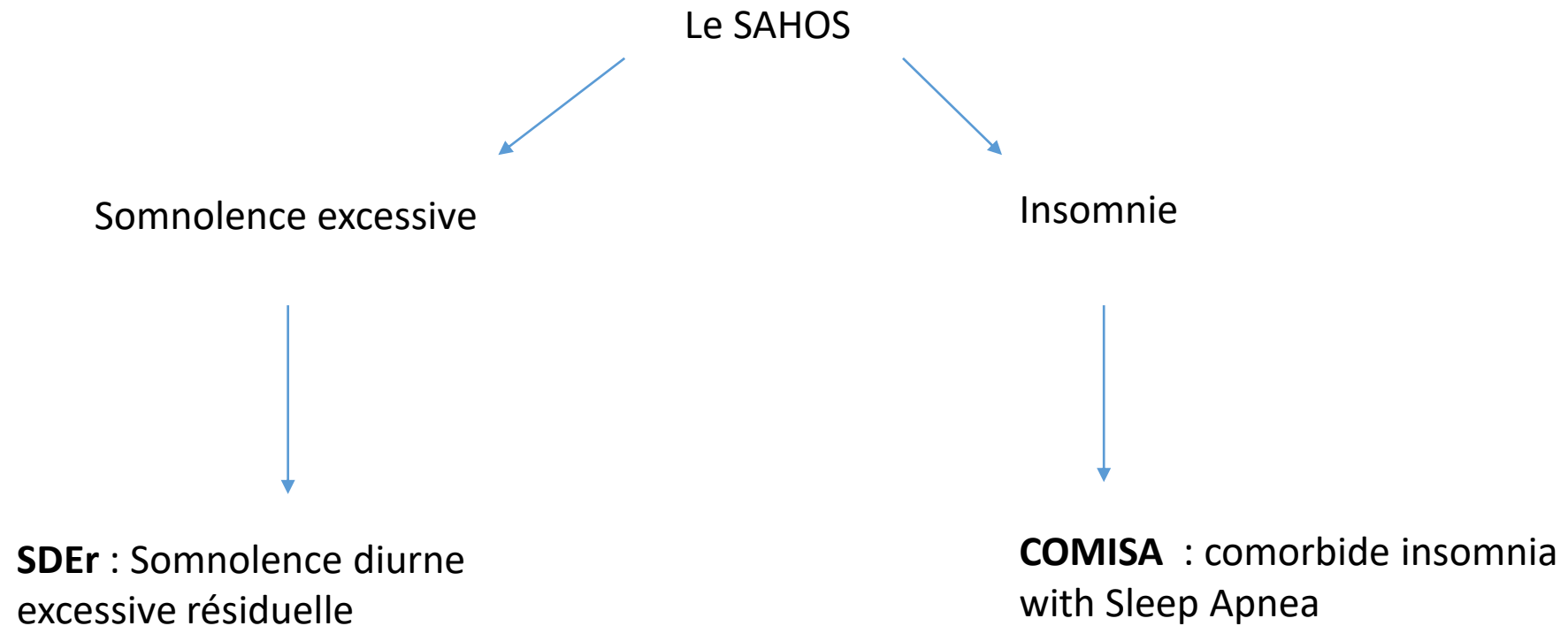
N<sub>stu</sub> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Subtype C:  
Female insomnia**

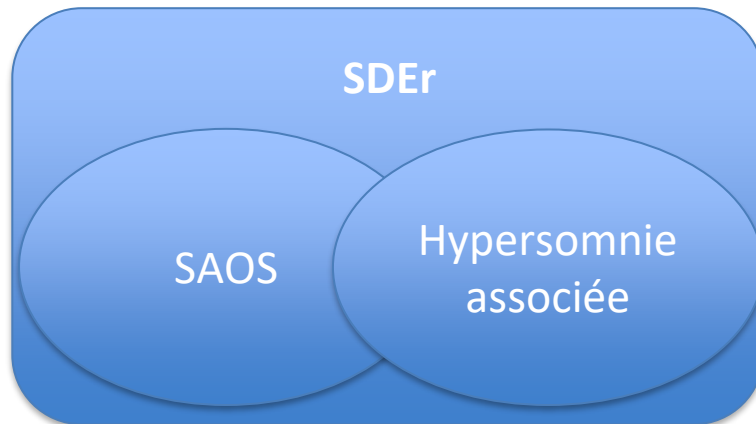
Feature	Level <sup>a</sup>
Age	Middle age
Sex	Female
BMI	Overweight-obese
Symptoms	Difficulty falling asleep, early awakening, nonrestorative sleep
Comorbidity	Medium
PSG	AHI Medium T90% Medium

N<sub>stu</sub> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

# La SDEr et les COMISA : un parallèle ?



# La SDEr et les COMISA : Définition

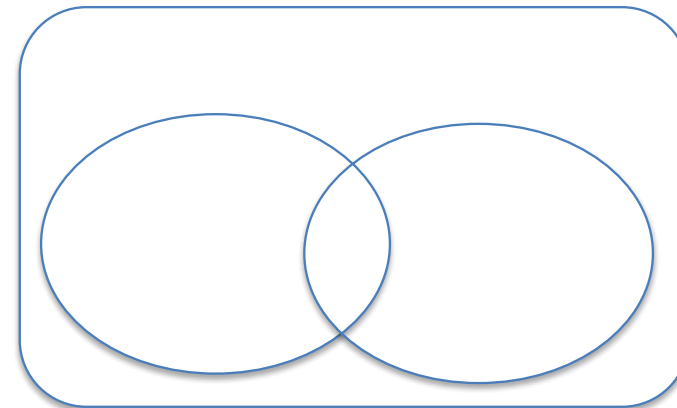


ICSD3

## Hypersomnie associée à une pathologie médicale :

Les critères A à B doivent être remplis

- A. Le patient a des épisodes quotidiens de besoin irrépressible de dormir ou des endormissements diurnes, depuis au moins 3 mois
- B. La somnolence diurne apparaît comme la conséquence d'une pathologie médicale ou neurologique sous-jacente importante



ICSD3

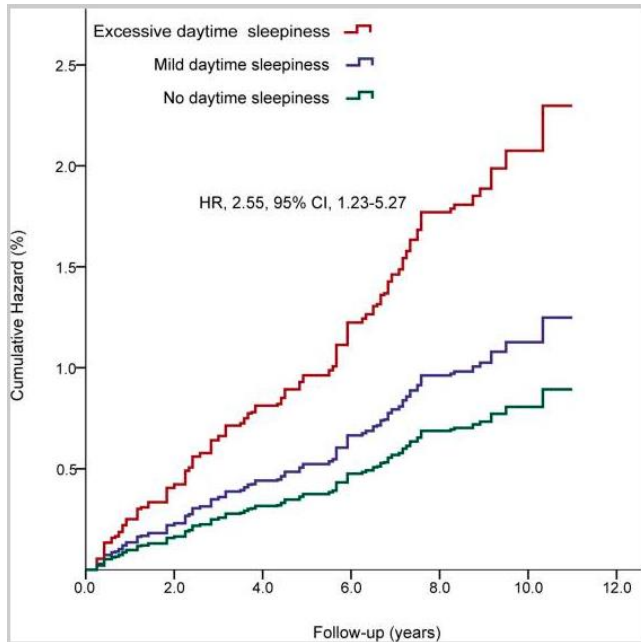
## Insomnie:

- Difficultés d'endormissement et/ou de maintien du sommeil et/ou de réveil précoce
- Impact sur le fonctionnement diurne
- $\geq 3$  fois/semaine et  $\geq 3$  mois
- Malgré des conditions favorables au sommeil

Présente initialement et persiste malgré le traitement du SAHOS  
Associée à des cognitions erronées, une anxiété anticipatoire des inquiétudes vis à vis du sommeil

# La SDEr et les COMISA : enjeu épidémiologique cardiovasculaire

## SDEr



Étude prospective,  
10330 participants,  
Multi ajusté

Li J et al, Nature and science of Sleep 2021

Une augmentation du risque de mortalité CV

## COMISA

Étude prospective, 6 ans  
11600 participants,  
Multi ajusté

**Table 2. Effect Estimates from Survey Logistic Regression Models for the Association between Sleep Disorders and 6-Year Incident Hypertension ( $n=6,965$ )/Diabetes ( $n=8,023$ ) in HCHS/SOL (2008–2017)**

	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Hypertension						
SDB	3.19*	2.60–3.90	1.93*	1.52–2.45	1.54 <sup>‡</sup>	1.18–2.00
Insomnia	1.73*	1.44–2.08	1.43 <sup>‡</sup>	1.15–1.76	1.37 <sup>‡</sup>	1.11–1.69
Diabetes						
SDB	2.97*	2.41–3.66	2.06*	1.66–2.56	1.33 <sup>‡</sup>	1.05–1.67
Insomnia	1.39 <sup>‡</sup>	1.12–1.74	1.22	0.96–1.55	1.13	0.89–1.45

Xyaoyu Li, AJRCCM

Une augmentation de la morbidité cardiovasculaire (HTA)



# La SDEr et les COMISA : enjeu épidémiologique

## SDEr

**Diminution des fonctions cognitives** : Attention, concentration, mémorisation, lecture, prendre des décisions, erreurs... (Medic G Nat Sci Sleep. 2017)

**Diminution de la qualité de vie** : productivité, performance, activités sociales, relationnelles, émotionnelles, santé physique (Medic G Nat Sci Sleep. 2017, Waldman LT Health Qual Life Outcomes. 2020))

**Augmente le risque accidentel** (Garbarino S. SLEEP Breath 2020)

**Augmente le risque de développer un trouble dépressif ou un trouble de l'usage** (Medic G Nat Sci Sleep. 2017 ;Waldman LT Health Qual Life Outcomes. 2020)

## COMISA



# La SDEr et les COMISA : enjeu épidémiologique

## SDEr

**Diminution des fonctions cognitives** : Attention, concentration, mémorisation, lecture, prendre des décisions, erreurs... (Medic G Nat Sci Sleep. 2017)

**Diminution de la qualité de vie** : productivité, performance, activités sociales, relationnelles, émotionnelles, santé physique (Medic G Nat Sci Sleep. 2017, Waldman LT Health Qual Life Outcomes. 2020))

**Augmente le risque accidentel** (Garbarino S. SLEEP Breath 2020)

**Augmente le risque de développer un trouble dépressif ou un tb de l'usage** (Medic G Nat Sci Sleep. 2017 ;Waldman LT Health Qual Life Outcomes. 2020)

## COMISA

**Qualité de vie diminuée, Impact sur les pathologies psychiatriques, augmentation du risque d'épisode dépressif** (Yang et al 2011, Bjornsdottir et al 2011, Bjorvatn et al 2015)

# La SDEr et les COMISA : enjeu épidémiologique thérapeutique

## SDEr

Diminution des fonctions cognitives : Attention, concentration, mémorisation, lecture, prendre des décisions, erreurs... (Medic G Nat Sci Sleep. 2017)

Diminution de la qualité de vie : productivité, performance, activité sociales, relationnelles, émotionnelles, santé physique (Medic G Nat Sci Sleep. 2017, Waldman LT Health Qual Life Outcomes. 2020))

Augmente le risque accidentel (Garbarino S. SLEEP Breath 2020)

Augmente le risque de développer un trouble dépressif ou un tb de l'usage (Medic G Nat Sci Sleep. 2017 ;Waldman LT Health Qual Life Outcomes. 2020)

## COMISA

Qualité de vie diminuée, Impact sur les pathologies psychiatriques, augmentation du risque d'épisode dépressif (Yang et al 2011, Bjornsdottir et al 2011, Bjorvatn et al 2015)

Prédit une faible adhésion et observance à la PPC Wallace et al, 2013, Pieh et al, 2012, Björnsdóttir et al, 2013, Wickwire et al, 2010

Plus de difficultés à s'adapter à la PPC (éveils fréquents, difficultés d'endormissement, masque) Luyster et al, 2010  
Moins de bénéfice perçu Andrey Zinchuk CHEST 2020

Amélioration de l'insomnie de maintien mais persistance de l'insomnie d'endormissement et de réveil précoce Erla Björnsdóttir et al, Sleep, 2013

# La SDEr et les COMISA : enjeu épidémiologique thérapeutique

## COMISA

N=705

Suivi PPC 2 ans

	Adjusted odds ratio (95% CI) <sup>a</sup>	P value <sup>a</sup>
Initial insomnia (n = 109)	0.59 (0.38-0.91)	0.01
Middle insomnia (n = 418)	0.98 (0.70-1.37)	0.89
Late insomnia (n = 194)	0.55 (0.39-0.79)	< 0.001
Isolated middle insomnia (n = 244)	1.48 (1.04-2.12)	0.03

Björnsdóttir, SLEEP 2013

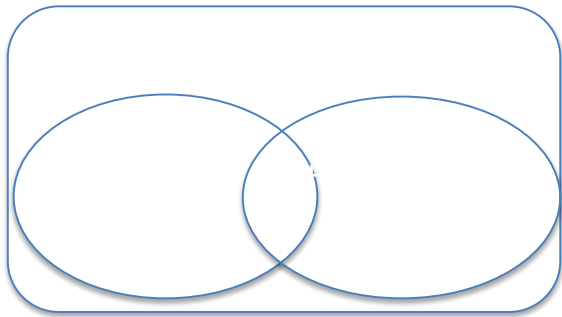
Qualité de vie diminuée, Impact sur les pathologies psychiatriques, augmentation du risque d'épisode dépressif (Yang et al 2011, Björnsdóttir et al 2011, Björvatn et al 2015)

Prédit une faible adhésion et observance à la PPC Wallace et al, 2013, Pieh et al, 2012, Björnsdóttir et al, 2013, Wickwire et al, 2010

Plus de difficultés à s'adapter à la PPC (éveils fréquents, difficultés d'endormissement, masque) Luyster et al, 2010  
Moins de bénéfice perçu Andrey Zinchuk CHEST 2020

Amélioration de l'insomnie de maintien mais persistance de l'insomnie d'endormissement et de réveil précoce Erla Björnsdóttir et al, Sleep, 2013

# La SDEr et les COMISA : L'évaluation

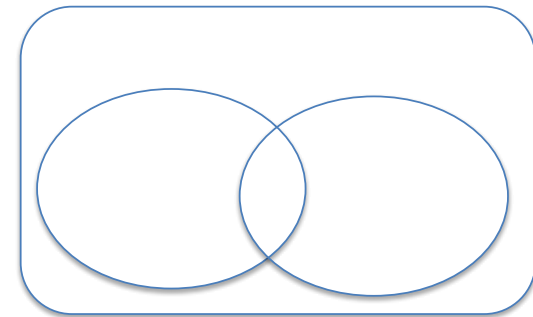


SDE non totalement corrigée par le traitement du SAHOS,  
ESS modérément élevé mais latence moyenne au TILE la plupart du temps >8mn,

Contrôle des apnées doit être confirmé par :

- Observance d'au moins 7h/nuit
- Elimination de la quasi-totalité des TRS

Insuffisance de sommeil induite par le comportement, maladies psychiatriques ou l'hypersomnie secondaire à l'usage de substances doivent être éliminées



ISI positive > 15 avec plaintes insomniacques, peu de bénéfice du traitement du SAHOS

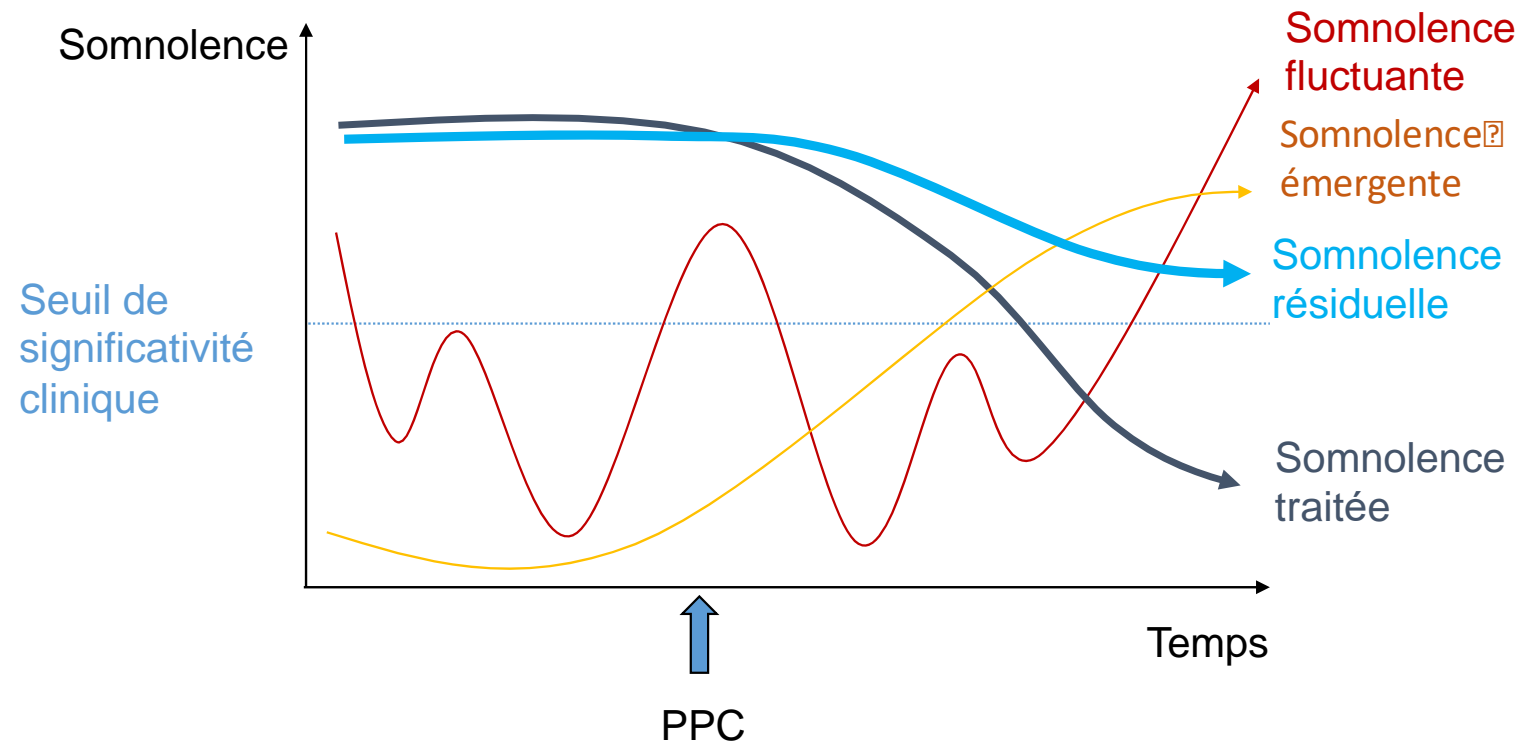
++ femmes, âge moyen

- Plus faible adhésion et utilisation de la PPC,
- Présence de symptômes d'anxiété anticipatoire, d'inquiétude vis à vis de leur sommeil.

# La SDEr

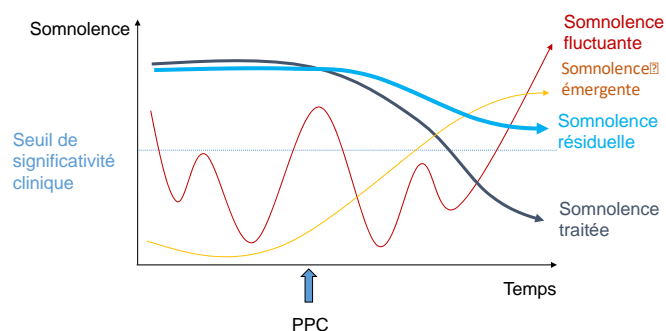


## Son anamnèse



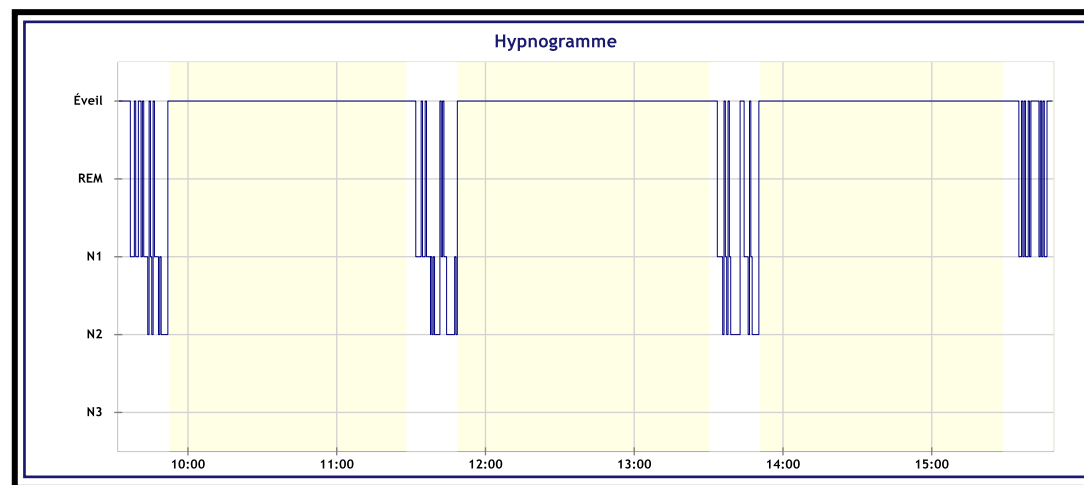
# La SDEr

## Son anamnèse



## Sa sévérité

ESS  
TILE  
agenda



AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL																
DATE	HEURES												Appréciation par : TB - B - Moy - M - TM			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES
	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	
Nuit du ... au...	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19				
EXEMPLE	↓						↑		S	S			M	TM	Moy	

**Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :**  
*Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.*

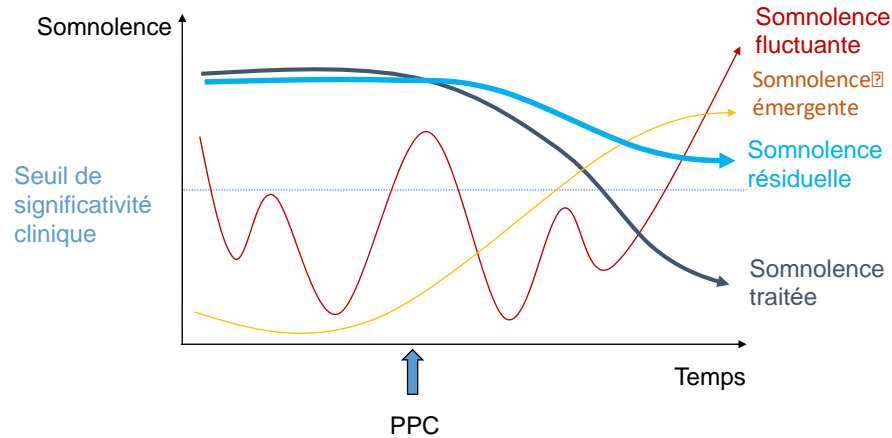
notez 0 : si c'est exclu. «Il ne m'arrive jamais de somnoler: aucune chance,  
 notez 1 : si ce n'est pas impossible. «Il y a un petit risque»: faible chance,  
 notez 2 : si c'est probable. «Il pourrait m'arriver de somnoler»: chance moyenne,  
 notez 3 : si c'est systématique. «Je somnolerais à chaque fois»: forte chance.

- Pendant que vous êtes occupé à lire un document ..... 0 1 2 3
- Devant la télévision ou au cinéma ..... 0 1 2 3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...)..... 0 1 2 3
- Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...) ..... 0 1 2 3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent ..... 0 1 2 3
- En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche..... 0 1 2 3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool ..... 0 1 2 3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage ..... 0 1 2 3

Total ( de 0 à 24) :

# La SDEr

## Son anamnèse



## Sa sévérité

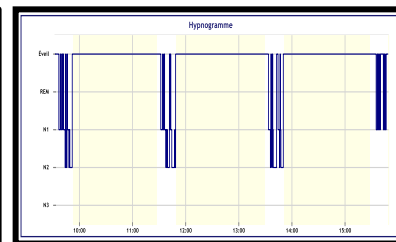
ESS  
TILE  
agenda

**Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes ?**  
Même si vous ne vous êtes pas réveillé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez si quelle situation vous arrivait d'improvvisement.

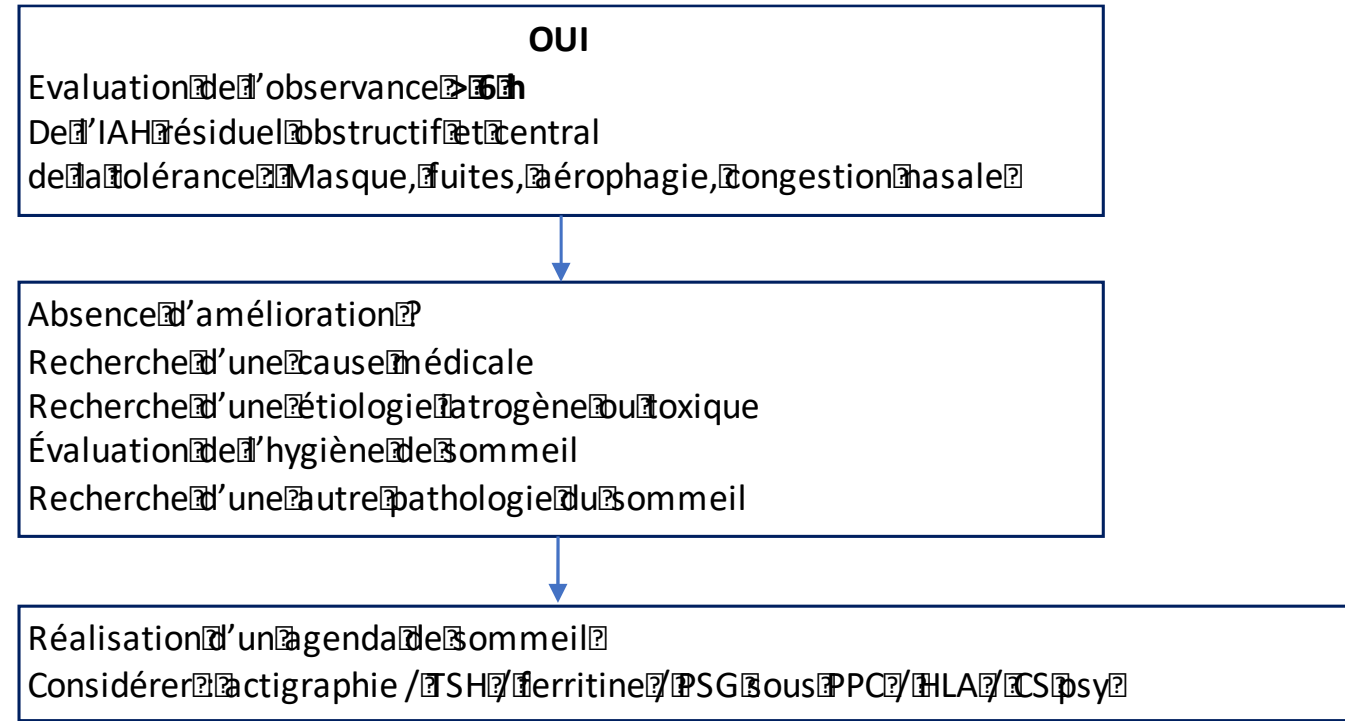
notez 0 : si c'est rare, « il ne m'arrive jamais de somnoler: aucune chance,  
notez 1 : si ce n'est pas impossible, « il y a un petit risque » faible chance,  
notez 2 : si c'est probable, « il pourrait m'arriver de somnoler » chance moyenne,  
notez 3 : si c'est systématique, « Je somnolerais à chaque fois » forte chance.

- Pendant que vous êtes occupé à lire un document .....	0	1	2	3
- Devant la télévision ou au cinéma .....	0	1	2	3
- Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès ...)	0	1	2	3
- Passager, depuis au moins une heure sans interruptions, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro ...)	0	1	2	3
- Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent .....	0	1	2	3
- En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche .....	0	1	2	3
- Tranquillement assis à table à la fin d'un repas sans alcool .....	0	1	2	3
- Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage .....	0	1	2	3

Total ( de 0 à 24 ) :



## Après élimination des causes fréquentes de SDE





# Les Comisa

## Son anamnèse

## Index de sévérité de l'insomnie

**Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)**

Nom: [redacted] Date: [redacted]

Pour chaque des questions, veuillez inscrire le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez indiquer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (c'est-à-dire celle de vos difficultés de sommeil).

a. Difficultés à s'endormir: 0 (pas de difficulté) à 4 (très difficile)

b. Difficultés à rester endormi(e): 0 (pas de difficulté) à 4 (très difficile)

c. Problèmes de réveil trop tôt le matin: 0 (pas de difficulté) à 4 (très difficile)

2. À quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/DÉSAFFAÏT(E)** de votre sommeil actuel ?

0 (pas de difficulté) à 4 (très difficile)

3. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (au travail, à l'école, dans vos loisirs, relations, sommeil)?

0 (pas de difficulté) à 4 (très difficile)

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en raison de diminutions de la qualité de votre vie ?

0 (pas de difficulté) à 4 (très difficile)

5. À quel point êtes-vous **INQUIÈTE** par rapport à vos difficultés de sommeil ?

0 (pas de difficulté) à 4 (très difficile)

Copyright © 2009, Wallace

Échelle de comorbidités (à compléter)

0-1 = Absence d'insomnie

2-4 = Insomnie légère (stages)

5-7 = Insomnie chronique (stages)

8-14 = Insomnie chronique sévère

15-21 = Insomnie chronique sévère

22-28 = Insomnie chronique sévère

« Nocturnal »  
sub-score 0-12

« Diurnal »  
sub-score 0-16

Wallace, CSM 2019

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL																
DATE	HEURES										Appréciation par : TB - B - Moy. - M - TM			TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIÈRES		
	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20		QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL
Nuit du ... au...	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19				
EXEMPLE	↓							↑	S	S			M	TM	Moy	

## Après évaluation des causes fréquentes d'insomnie

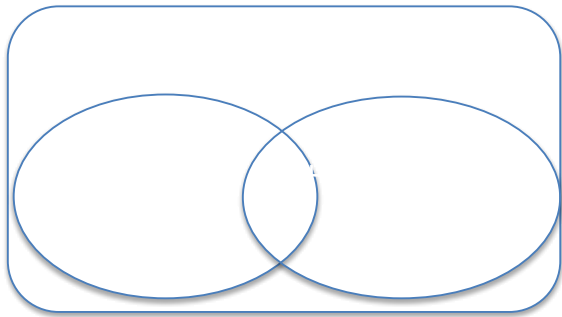
### Habitudes des vie

- Horaires de lever et coucher
- siestes
- Consommation de stimulants
- Horaires de travail, rythme pendant les congés

### Comorbidités

- Psychiatriques
- Somatiques
- Autres troubles du sommeil

# La SDEr et les COMISA : L'évaluation

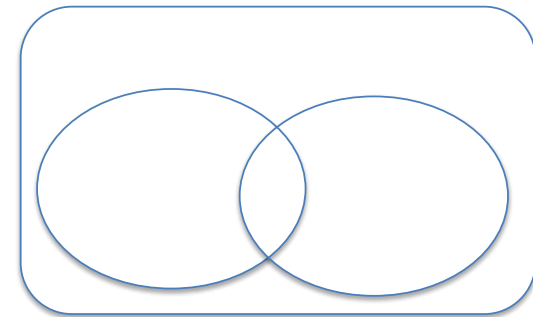


SDE non totalement corrigée par le traitement du SAHOS,  
ESS modérément élevé mais latence moyenne au TILE la plupart du temps >8mn,

Contrôle des apnées doit être confirmé par :

- Observance d'au moins 7h/nuit
- Elimination de la quasi-totalité des TRS

Insuffisance de sommeil induite par le comportement, maladies psychiatriques ou l'hypersomnie secondaire à l'usage de substances doivent être éliminées



ISI positive > 15 avec plaintes insomniacques, peu de bénéfice du traitement du SAHOS

++ femmes, âge moyen

- Plus faible adhésion et utilisation de la PPC,
- Présence de symptômes d'anxiété anticipatoire, d'inquiétude vis à vis de leur sommeil.

# La SDEr et les COMISA : Leur prise en charge

## SDEr

- Recommandations ? Guidelines Française ?
  - ❖ Exploration et traitement de la cause
  - ❖ Traitements éveillant ayant l'AMM : Solriamfetol et Pitolisant



EUROPEAN RESPIRATORY REVIEW  
REVIEW  
S. CRAIG ET AL.

Investigation and management of residual sleepiness in CPAP-treated patients with obstructive sleep apnoea: the European view

Sonya Craig<sup>1</sup>, Jean-Louis Pépin<sup>2</sup>, Winfried Randerath<sup>3</sup>, Christian Causse<sup>4</sup>, Johan Verbraecken<sup>5</sup>, Jeryll Asin<sup>6</sup>, Ferran Barbé<sup>7</sup> and Maria R. Bonsignore<sup>8</sup>

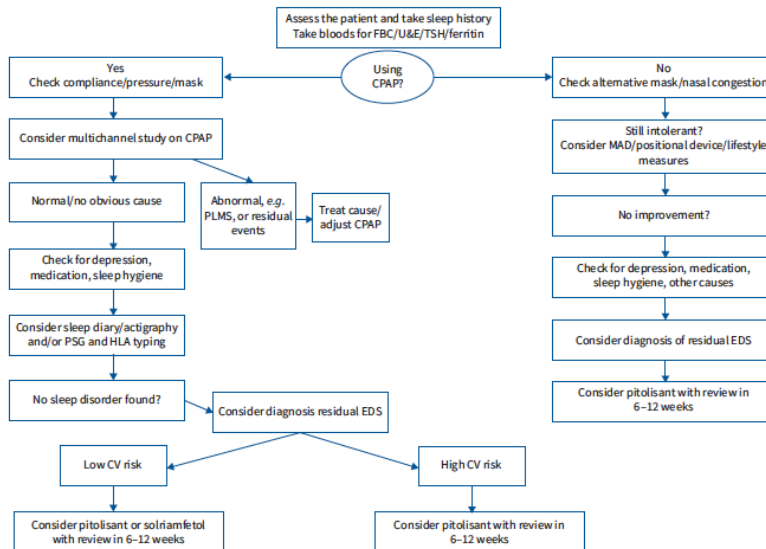
## COMISA

- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC-i)
  - ❖ Traitement de première ligne (strong recommendation, high-quality evidence ; Rieman, European guideline, J sleep Res 2017)

# La SDEr et les COMISA : Leur prise en charge

## SDEr

- Recommandations ? Guidelines Française ?
  - ❖ Exploration et traitement de la cause
  - ❖ Traitements éveillant ayant l'AMM : Solriamfetol et Pitolisant



## COMISA

- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC-i)
  - ❖ Traitement de première ligne (strong recommendation, high-quality evidence ; Rieman, European guideline, J sleep Res 2017)

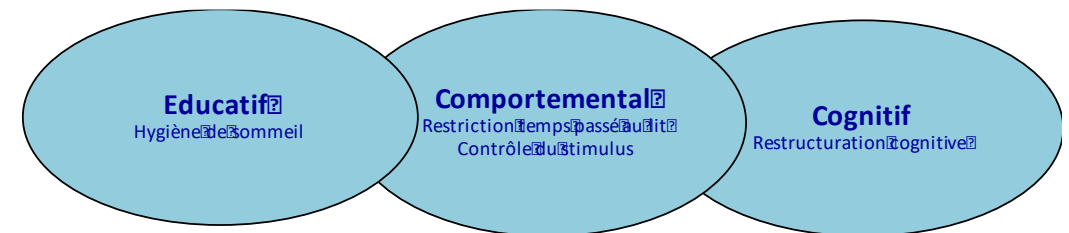
# La SDEr et les COMISA : Leur prise en charge

## SDEr

- Recommandations ? Guidelines Française ?
- ❖ Traitements éveillant ayant l'AMM : Solriamfetol et Pitolisant

## COMISA

- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC-i)
  - ❖ Traitement de première ligne (strong recommendation, high-quality evidence ; Rieman, European guideline, J sleep Res 2017)



Rupture du conditionnement et des associations négatives

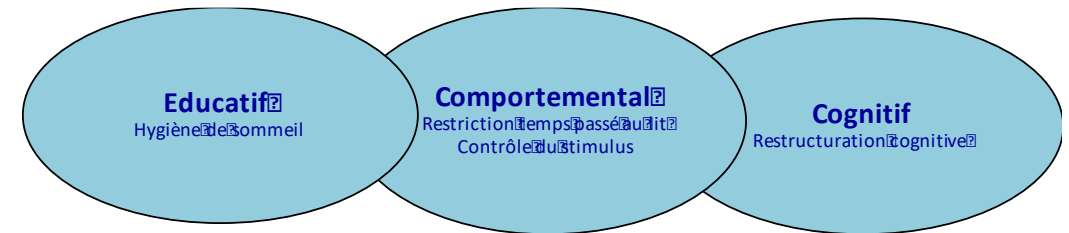
# La SDEr et les COMISA : Leur prise en charge

## SDEr

- Recommandations ? Guidelines Française ?
- ❖ Traitements éveillant ayant l'AMM : Solriamfetol et pitolisant

## COMISA

- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC-i)
  - ❖ Traitement de première ligne (strong recommendation, high-quality evidence ; Rieman, European guideline, J sleep Res 2017)



### ORIGINAL ARTICLE

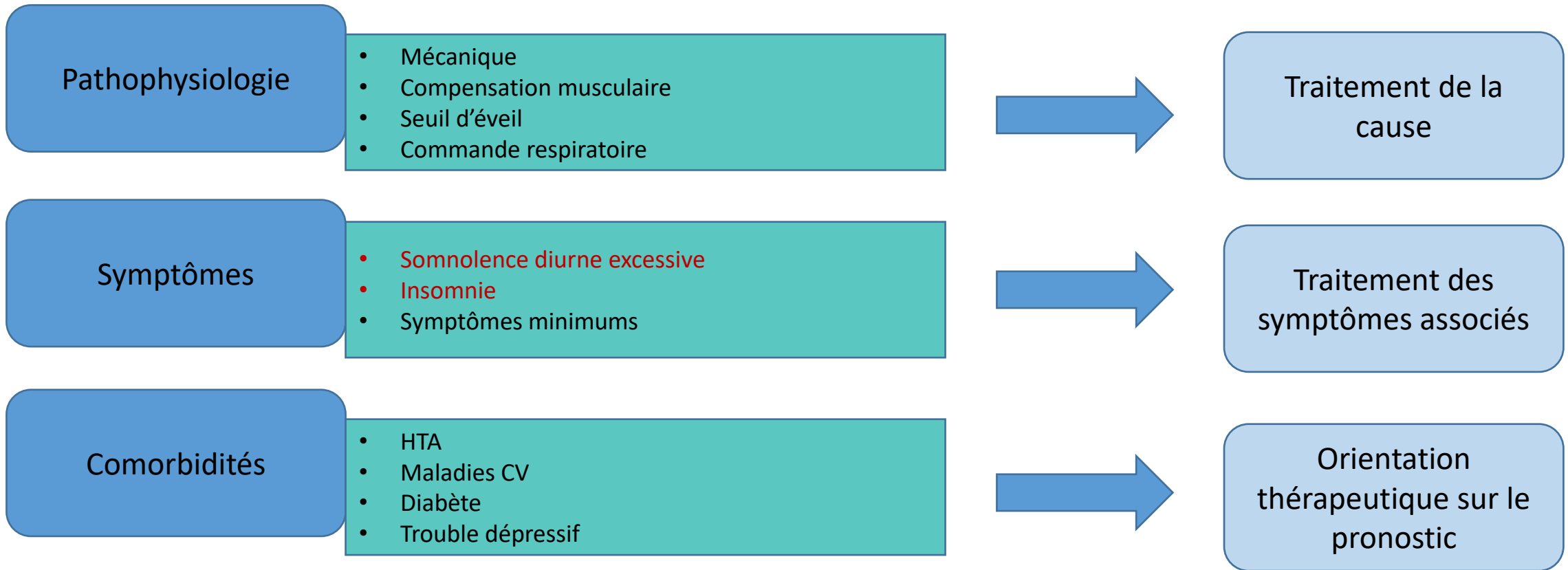
Cognitive and behavioral therapy for insomnia increases the use of continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea participants with comorbid insomnia: a randomized clinical trial

Alexander Sweetman<sup>1,2,3\*</sup>, Leon Lack<sup>1,2</sup>, Peter G. Catcheside<sup>1</sup>, Nick A. Antic<sup>1,2</sup>, Simon Smith<sup>1</sup>, Ching Li Chai-Coetzer<sup>1,3</sup>, James Douglas<sup>1</sup>, Amanda O'Grady<sup>1</sup>, Nicola Dunn<sup>1</sup>, Jan Robinson<sup>1</sup>, Denzil Paul<sup>1</sup>, Paul Williamson<sup>1</sup> and R. Doug McEvoy<sup>1,3</sup>

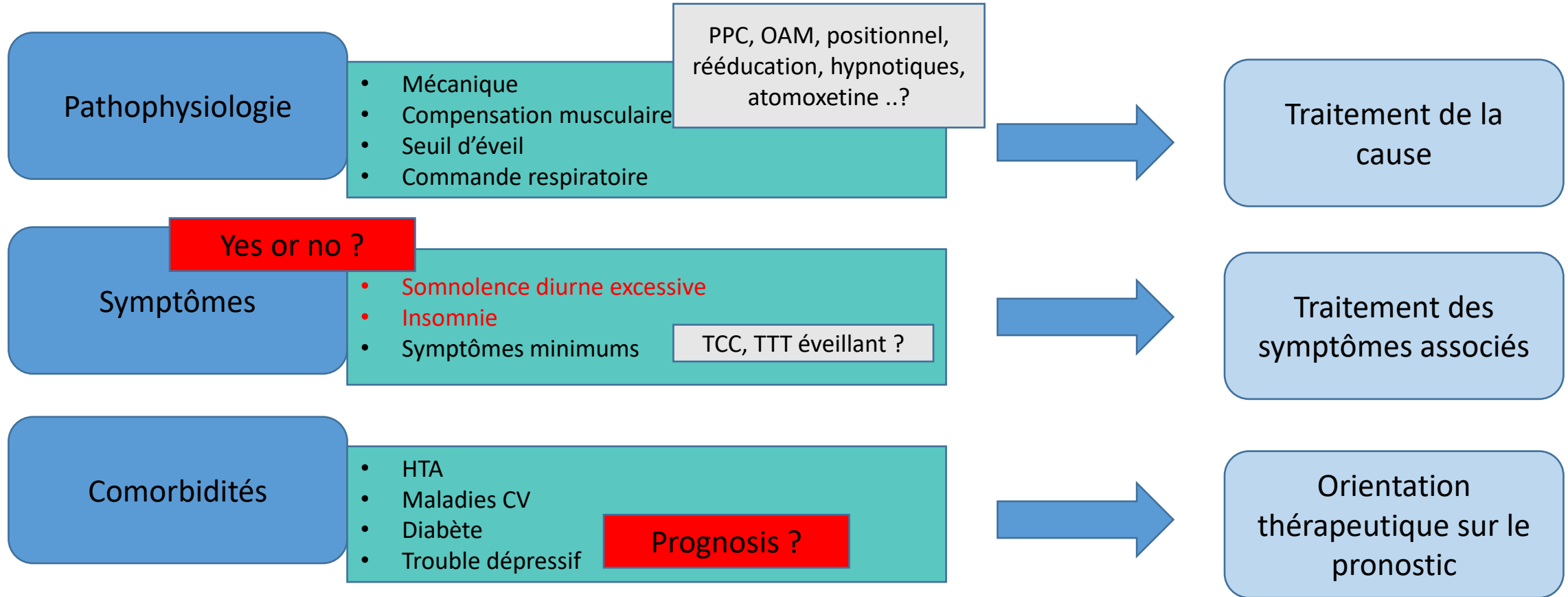


- Amélioration de l'adhésion initiale
- Amélioration de l'**observance** :
  - 57 min à 3 semaines d'initiation
  - 60 min à 6 mois
- Amélioration de l'**ISI** à 6 mois

# La SDEr et les COMISA : prise en charge intégrée pour un traitement individualisé



# La SDEr et les COMISA : prise en charge intégrée pour un traitement individualisé





# Conclusion

- **OUI** il faut explorer le symptôme de la SDEr et le prendre en charge
- **OUI** il faut explorer le symptôme de l'insomnie associée au SAHOS et le prendre en charge

⇒ Prise en charge globale et individualisée