

ETMIS 2011; Vol. 7 : N° 5



Diagnostic à domicile de l'apnée obstructive du sommeil chez l'enfant

Résumé

Préparé par

Christine Lobè

Août 2011

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

RÉSUMÉ

Selon une étude américaine, 2 à 3 % des enfants souffrent d'apnée obstructive du sommeil (AOS), une maladie qui se manifeste par des obstructions des voies respiratoires supérieures pendant le sommeil. Les déficits neurocognitifs, les troubles du comportement, le retard de croissance et l'hypertension artérielle systémique et pulmonaire en sont les principales conséquences sur la santé.

Dans un rapport d'investigation sur le décès d'un jeune enfant à la suite des complications d'une adéno-amygdalectomie, le coroner s'est interrogé sur la nécessité de procéder à une exploration diagnostique de l'AOS chez les enfants souffrant d'obstruction respiratoire secondaire à une hypertrophie des amygdales, et plus particulièrement sur la performance diagnostique des dispositifs portatifs pouvant être utilisés à domicile. C'est dans ce contexte qu'il a demandé à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), maintenant devenue l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), d'évaluer les modalités diagnostiques à domicile qui pourraient éventuellement constituer une option de remplacement à l'examen de polysomnographie (PSG) en laboratoire pour les adultes et les enfants souffrant d'apnée obstructive du sommeil.

Le présent rapport constitue une revue systématique sur l'efficacité des dispositifs portatifs pour diagnostiquer l'AOS chez l'enfant par rapport à celle du test de référence, la PSG en laboratoire. Un aperçu de la situation actuelle au Québec, résultat d'une consultation auprès de quelques experts, y est également présenté. Les bases de données telles que Medline par PubMed, The Cochrane Library et EMBASE ont été interrogées. Six études sélectionnées se sont penchées sur la question de l'utilisation des dispositifs portatifs chez l'enfant. Leur objectif était d'évaluer la performance diagnostique des dispositifs portatifs mesurant des paramètres cardiorespiratoires et la saturation sanguine en oxygène (l'oxymétrie) ainsi que des dispositifs d'observation directe du sommeil par enregistrement audio et vidéo.

Dans l'ensemble, on remarque que la performance diagnostique des dispositifs portatifs pour l'étude de l'AOS varie selon l'étude et le type de dispositif utilisé. La variabilité de la qualité des études et le petit nombre de sujets inclus pourraient expliquer l'hétérogénéité des résultats. La valeur prédictive des dispositifs cardiorespiratoires et celle de l'oxymétrie pour le diagnostic de l'AOS chez l'enfant a été démontrée dans une étude sur deux. Une étude a montré que l'oxymétrie peut aider à confirmer la maladie, mais pas à l'exclure; il faudra par conséquent envisager une PSG en cas de résultat négatif. L'enregistrement vidéo s'est révélé capable d'exclure l'AOS, mais pas de la confirmer, alors que le test d'enregistrement audio n'était pas concluant. Dans les études qui ont démontré l'efficacité des appareils portatifs, on constate que ceux-ci sont plus aptes à déceler une apnée de modérée à grave qu'une apnée légère. Les données disponibles ne sont toutefois pas suffisantes pour permettre de tirer des conclusions quant à l'utilisation des dispositifs portatifs comme option de remplacement à la PSG. Les guides de pratique clinique vont dans le même sens et recommandent l'utilisation de la PSG, mais pas celle des dispositifs portatifs cardiorespiratoires. L'oxymétrie est présentée, malgré sa faible valeur prédictive négative, comme un pis-aller permettant de détecter les cas les plus urgents et d'établir les priorités d'accès à la PSG.

Au Québec, la capacité d'accueil dans les laboratoires de sommeil est limitée et l'offre de service dans les centres universitaires varie d'une région à l'autre. Les experts consultés ont estimé un délai d'attente de quatre mois à un an et demi pour un examen complet de PSG en laboratoire chez l'enfant. Étant donné la situation, l'oxymétrie est souvent utilisée comme option de première intention pour détecter l'AOS ou comme moyen sélectif pour établir les priorités d'accès à la PSG. Les experts consultés ont soulevé la nécessité d'assurer le renouvellement et l'entretien réguliers des dispositifs d'oxymétrie utilisés principalement en région (hors des centres dotés d'un laboratoire du sommeil) et d'améliorer les capacités d'accueil des laboratoires du sommeil en augmentant les ressources matérielles et humaines.

L'INESSS conclut qu'à l'heure actuelle, aucun des dispositifs portatifs pour le diagnostic à domicile de l'AOS ne peut être considéré comme une option de remplacement au test de référence, la polysomnographie. Cependant, pour pallier la difficulté d'accès à l'examen de PSG en laboratoire, le test d'oxymétrie nocturne demeure la meilleure option de rechange pour l'évaluation initiale permettant de déceler les cas les plus graves.