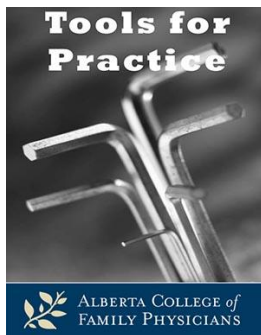


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 800 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

20 août 2018



VSPPC — souffle de vie ou simplement du vent?

Question clinique : La ventilation spontanée en pression positive continue (VSPPC) réduit-elle les maladies cardiovasculaires (MCV) ou la mortalité chez les patients atteints de l'apnée obstructive du sommeil?

Conclusion : Il manque des preuves convaincantes indiquant que la VSPPC réduit les maladies cardiovasculaires (MCV) ou la mortalité chez les patients présentant une apnée obstructive du sommeil modérée ou sévère. L'adhésion au traitement par VSPPC est faible dans la plupart des essais cliniques (de 1,4 à 5,8 heures par nuit après un an). De légères améliorations cliniquement significatives ont été observées en ce qui concerne la somnolence diurne. Les échelles de qualité de vie indiquent également une amélioration, quoique l'importance clinique ne soit pas claire.

Données probantes

- Trois méta-analyses d'essais cliniques randomisés (ECR)^{1, 2, 3}. Les patients, surtout des hommes, étaient âgés en moyenne de plus de 60 ans et présentaient une apnée obstructive du sommeil modérée ou sévère.
 - Aucune différence statistique pour la VSPPC par rapport aux soins courants ou au traitement simulé :
 - MCV¹⁻³ : 7 % pour le groupe traité par VSPPC par rapport à 8 % pour le groupe contrôle (sept essais, 4 562 patients)¹.
 - Décès d'origine cardiovasculaire^{1, 2} : 9 % pour le groupe traité par VSPPC par rapport à 8 % pour le groupe contrôle (sept essais, 5 476 patients)¹.
 - Syndrome coronarien aigu^{1, 2} : 3 % pour le groupe traité par VSPPC par rapport à 3 % pour le groupe contrôle (sept essais, 4 562 patients)¹.
 - Accident vasculaire cérébral¹⁻³ : 4 % pour le groupe traité par VSPPC par rapport à 4 % pour le groupe contrôle (six essais, 4 171 patients)¹.
 - L'analyse a posteriori n'a pas fait ressortir de lien important entre la VSPPC et les MCV, peu importe la sévérité de l'apnée, la durée du suivi ou l'adhésion¹.

- Limites : inclusion d'études plutôt hétérogènes, car certains résultats portent également sur les patients atteints d'apnée centrale et il existe des différences quant à la durée du suivi (de 2 à 68 mois) et à l'adhésion au traitement par VSPPC (de 1,4 à 5,8 heures par nuit après un an).

Contexte

- L'apnée obstructive du sommeil est associée à un risque accru de MCV et de mortalité^{4, 5}.
- La VSPPC améliore légèrement la somnolence diurne de 1,6 à 3,8 points sur une échelle de 24 points, une différence qui est probablement cliniquement décelable⁶⁻¹⁰.
- La VSPPC est associée à de légères améliorations des mesures de la qualité de vie (p. ex. : amélioration d'environ 3,3 à 9,7 points sur une échelle de 100 points)¹¹ dont la pertinence clinique est incertaine.
- La VSPPC réduit considérablement la tension artérielle (réduction moyenne de 2,5 mmHg pour la tension systolique et de 2 mmHg pour la tension diastolique)¹².
- Selon les données d'observation, l'utilisation de la VSPPC réduirait de façon considérable les accidents de la route¹³. Un ECR de grande envergure (2 717 patients) rapporte une tendance à la réduction des blessures non significative sur le plan statistique (7,4 % par rapport à 8,8 %, $p=0,06$)¹⁴.

Auteurs

Peter (Ran) Yang, B. Sc. (pharm.), ACPR, et Christina Korownyk, M.D., CCMF

Divulgarion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Yu J, Zhou Z, McEvoy RD, *et al.*, JAMA, 2017, 318 : 156-166.
2. Abuzaid AS, Al Ashry HS, Elbadawi A, *et al.*, Am J Cardiol, 2017, 120 : 693-699.
3. Guo J, Sun Y, Xue LJ, *et al.*, Sleep Breath, 2016, 20 : 965-974.
4. Laratta CR, Ayas NT, Povitz M, *et al.*, CMAJ, 2017, 189(48) : E1481-E1488.
5. Kendzerska T, Mollayeva T, Gershon AS, *et al.*, Sleep Med Rev, 2014, 18(1) : 49-59.
6. Giles TL, Lasserson TJ, Smith BH, *et al.*, Cochrane Database Syst Rev, 2006, (3) : CD001106.
7. Campos-Rodriguez F, Queipo-Corona C, Carmona-Bernal C, *et al.*, Am J Respir Crit Care Med, 2016, 194(10) : 1286-1294.
8. Phillips CL, Grunstein RR, Darendeliler MA, *et al.*, Am J Respir Crit Care Med, 2013, 187 : 879-887.
9. Patel S, Kon S, Nolan C, *et al.*, Am J Respir Crit Care Med, 2018, 197(7) : 961-963.
10. Dauvilliers Y, Bassetti C, Lammers GJ, *et al.*, Lancet Neurol, 2013, 12(11) : 1068-1075.
11. Kuhn E, Schwarz EI, Bratton DJ, *et al.*, Chest, 2017, 151 : 786-794.
12. Bratton DJ, Gaisl T, Wons AM, *et al.*, JAMA, 2015, 314(21) : 2280-2293.
13. Tregear S, Reston J, Schoelles K, *et al.*, Sleep 2010, 33 : 1373-1380.
14. McEvoy RD, Antic NA, Heeley E, *et al.*, N Engl J Med, 2016, 375(10) : 919-931.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel,

veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.