

18èmes Rencontres
Cardio-Pulmonaire



2023
SÉVILLE



La Somnolence Diurne résiduelle sous PPC :

Fréquence, nouveaux traitements et réglementation



Dr Alexandre DAKAR

NEUROLOGUE-Somnologue

Directeur du centre du sommeil - Clinique d'Aressy-PAU 64320

Organisée par

Docteur Laurent SOUKARIEH

Pneumologue -TOULOUSE- Saint-orens-de-gameville 31650

Jeudi 4 Mai 2023 Séville-Andalousie ESPAGNE

Est-ce que la somnolence est secondaire aux apnées ?

- Par quel mécanisme?

« Les apnées fragmentent le sommeil

*La fragmentation du sommeil entraine une
somnolence*

Donc les apnées entraînent une somnolence »

Oui, mais,

La somnolence dans le SAOS n'est pas secondaire aux apnées seulement ?

* Certains apnéiques ne sont pas somnolents !

* La somnolence ,

- est très fréquente dans la *population générale* (**privation de sommeil**)
- est associée à certains facteurs souvent présents dans le SAOS :
 - Ronflements
 - Obésité
- **Il n'y a pas d'association entre somnolence résiduelle et**
 - PLM contrairement au SJSR
 - Hypoxémie avant PPC

- Haba-Rubio et al. Sleep Med 2005

Problème: utilisation de la PPC

En France

Seuls **40%** patients utilisent leur PPC un nombre d'heures suffisant **4 heures** pour avoir un bénéfice en terme de risque.

150.000 nouveaux patients débutent un traitement par PPC chaque année

Mais seuls 60.000 d'entre eux l'acceptent comme traitement quotidien au long cours.

Aux USA

Despite the efficacy of CPAP in reversing sleep apnea, of those studies using the cut point of at least 4 hours per night to define adherence, **29 to 83%**

of patients were **nonadherent** (1–12).

T Weaver 2008

- Malgré l'efficacité de la CPAP dans l'inversion de l'apnée du sommeil, parmi les études utilisant le point de coupure d'au moins **4 heures** par nuit pour définir l'observance, **29 à 83%** des patients étaient **non adhérents** (1–12).

1 - Est-ce qu'il s'agit bien d'une SDE ?

2 – Est-ce que le patient est correctement traité par PPC ?

3 – Le patient a-t-il d'autres raisons d'être somnolent ?

Panel 1: Glossary of terms used when approaching a patient with EDS

Excessive daytime sleepiness (EDS): an inability to stay awake or alert during major waking episodes resulting in periods of irrepressible need for sleep or unintended lapses into drowsiness or sleep.¹

Excessive need for sleep: a need for an excessive quantity of sleep during a 24 h period (≥ 10 h of sleep needed during 24 h with night-time providing ≥ 9 h of sleep duration) associated with impairment and distress primarily related to deteriorated quality of daytime wakefulness, which cannot be fully resolved by increasing the amount of sleep.¹

Hypersomnolence: excessive daytime sleepiness, excessive quantity of sleep (eg, hypersomnia, defined as ≥ 10 h asleep during 24 h, with ≥ 9 h of sleep at night), or sleep inertia (ie, impairment in vigilance after waking up).¹

Hypersomnia: increased quantity of sleep during a 24 h period⁴ or objectively assessed excessive need for sleep (an objective assessment of an excessive quantity of sleep requires ≥ 10 h of sleep duration during 24 h, with night-time providing ≥ 9 h of sleep duration).¹

Clinophilia: prolonged periods of time spent in bed with no objective evidence for increased duration of sleep.¹

Fatigue: physical or mental exhaustion with difficulties initiating or sustaining voluntary activities. Difficulties and exhaustion are not substantially improved by increased rest or sleep.^{3,5}

Apathy: reduced self-generated voluntary or purposeful behaviours.⁶

Sleep inertia: major difficulties waking up in the morning or after a nap with frequent re-entries into sleep, reduced vigilance, and impaired cognitive performance lasting from a few minutes to hours. So-called sleep drunkenness is its extreme manifestation,¹ alongside confusion and clumsiness.

ICSD-3

SDE=Incapacité à rester éveillé et alerte pendant la journée, ce qui entraîne des périodes de besoin irrépressible de sommeil ou des épisodes involontaires de somnolence ou de sommeil.

A différencier de

- **Fatigue** = plainte d'un épuisement physique ou mental associée à des difficultés à initier ou maintenir des activités (marcher, faire son lit..), non améliorées par l'augmentation du repos ou du sommeil.
- **Apathie** = absence d'énergie ou de motivation (dépression, maladies neurodégénératives)

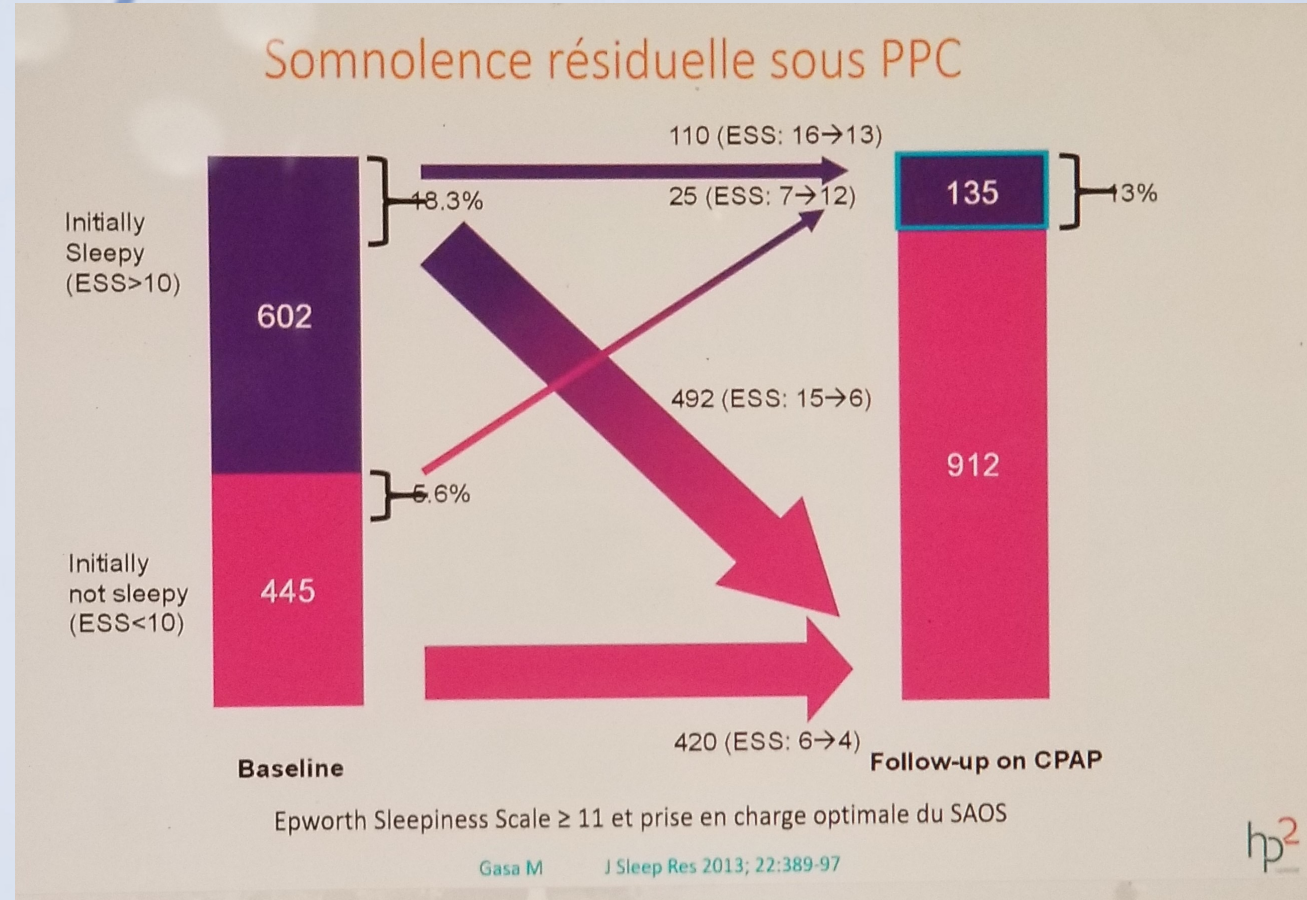
L'incapacité à rester pleinement éveillé et alerte en période d'éveil du cycle veille/sommeil

Definition du SDEr

- ✓ Idem
- ✓ + absence de tb persistant expliquant mieux le tb
- ✓ + ESS > 10

Dans les étude de phase 3 des WPA:

- ✓ Profil de patients plus sévère avec ESS à 15
- ✓ Tests objectifs pathologiques (TME ou Osler)
- ✓ Exclusion des conducteurs pro et travail en horaires décalés



Annexe 1Échelle de somnolence d’Epworth

Échelle de Somnolence d'Epworth

Jolau MW (Sleep 1991; 14:540-5) «A new method for measuring day time sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale Sleep».

La somnolence est la propension plus ou moins irrésistible à s’endormir si l’on est pas stimulé.

(Nb. Ce sentiment est très distinct de la sensation de fatigue qui parfois oblige à se reposer).
Le questionnaire suivant, qui sert à évaluer la somnolence subjective, est corrélé avec les résultats objectifs recueillis par les enregistrements du sommeil.

Prénom :	Nom :	Date de naissance:
Date du test :	Ronflement?	oui Non

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) :

Annexe 2Échelle de depression de Pichot

Echelle de Pichot

Evaluation de la dépression à remplir par le malade
Performant pour les dépressions masquées ou névrotiques

Item	Oui	Non
1-En ce moment, ma vie me semble vide	☐	☐
2-J’ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête	☐	☐
3-Je suis sans énergie	☐	☐
4-Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose	☐	☐
5-Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même	☐	☐
6-Je suis obligé(e) de me forcer pour faire quoi que ce soit	☐	☐
7-J’ai du mal à faire les choses que j’avais l’habitude de faire	☐	☐
8-En ce moment je suis triste	☐	☐
9-J’ai l’esprit moins clair que d’habitude	☐	☐
10-J’aime moins qu’avant les choses qui me plaisent ou m’intéressent	☐	☐
11-Ma mémoire me semble moins bonne que d’habitude	☐	☐
12-Je suis sans espoir pour l’avenir	☐	☐
13-En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens	☐	☐
TOTAL	0	

NOM :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

ECHELLE DE FATIGUE DE PICHOT

Parmi les propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant chaque item d’une note entre 0 et 4 :

- 0. Pas du tout
- 1. Un peu
- 2. Moyennement
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

Je manque d’énergie 0 1 2 3 4

Tout demande un effort 0 1 2 3 4

Je me sens faible à certains endroits du corps 0 1 2 3 4

J’ai les bras ou les jambes lourdes 0 1 2 3 4

Je me sens fatigué sans raison 0 1 2 3 4

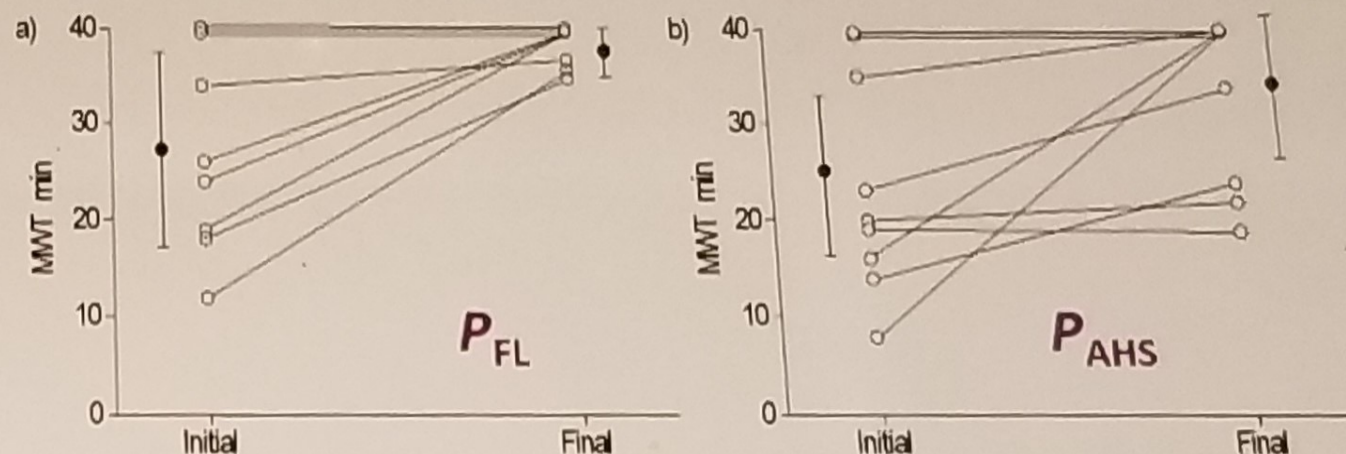
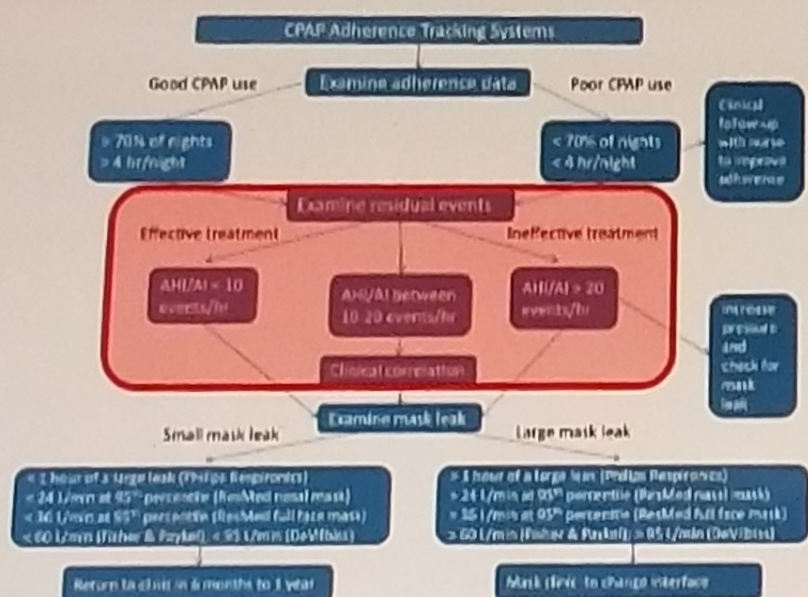
J’ai envie de m’allonger pour me reposer..... 0 1 2 3 4

J’ai du mal à me concentrer 0 1 2 3 4

Je me sens fatigué, lourd et raide 0 1 2 3 4

Score total (sur 32).....

Les IAH « machines » ne suffisent pas chez un patient non contrôlé cliniquement



Influence of correction of flow limitation on continuous positive airway pressure efficiency in sleep apnoea/hypopnoea syndrome

RDI (RERA) <5/h lors d'une PSG sous PPC

Corriger les fuites...ce d'autant qu'elles sont perçues et gênantes pour la patient

Télé suivi : Vérifier l'observance journalière, les fuites et l'IAH_{débit} par période de 7 jours (fenêtre glissante) dans l'ordre suivant :

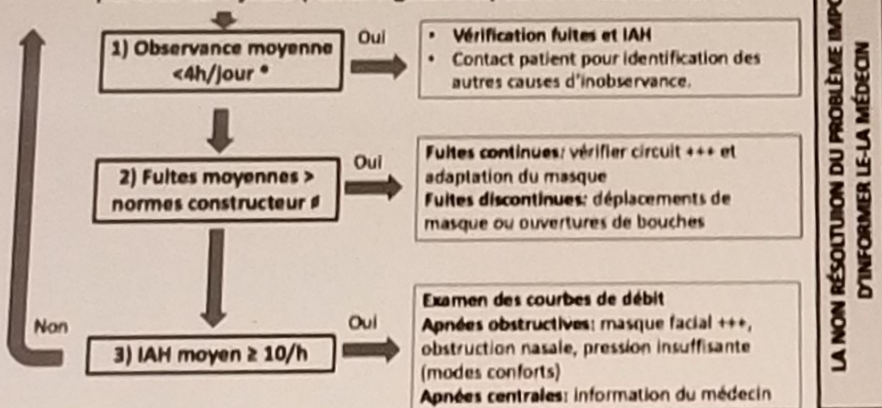
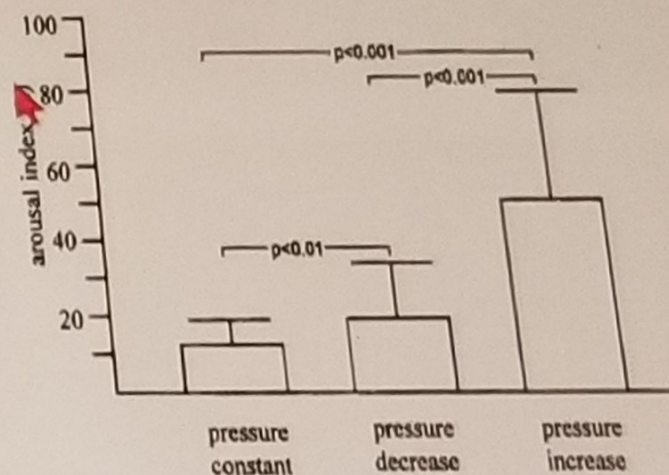
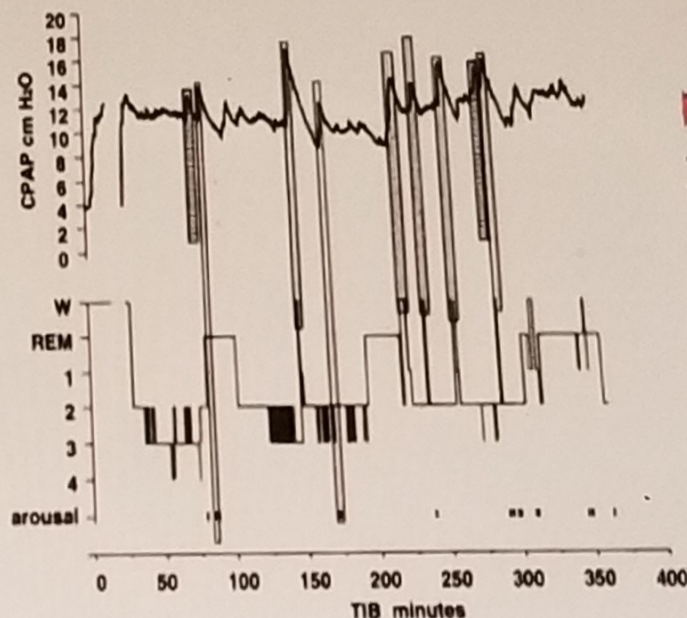


Tableau 1 Principaux mécanismes des fuites en fonction de leur caractère continu ou intermittent.

Type de fuite	Mécanisme de la fuite
Fuites non intentionnelles continues	Fuites sur le circuit (tuyau, masque)
Fuites non intentionnelles intermittentes	Ouverture de bouche minime continue Déplacement du masque lors des changements de position Ouverture de bouche Obstruction nasale aiguë ou chronique Événements obstructifs résiduels Ouverture de bouche en sommeil paradoxal Augmentations brutales de pression en mode autopiloté avec large fenêtre thérapeutique (ex 4-20 cmH₂O) ou des pressions hautes en mode constant (> 12 cmH₂O)

Attention à la fragmentation de sommeil sous PPC auto-pilotée → relai P fixe

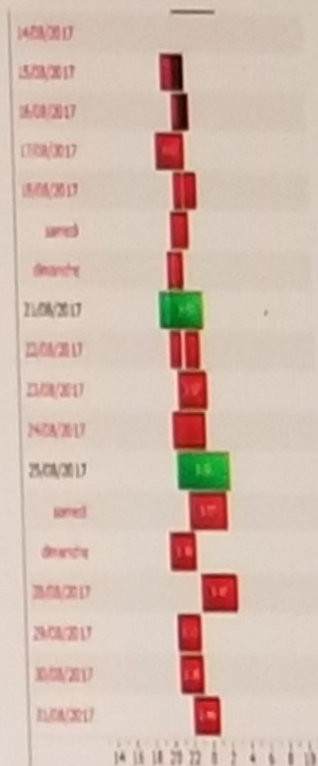
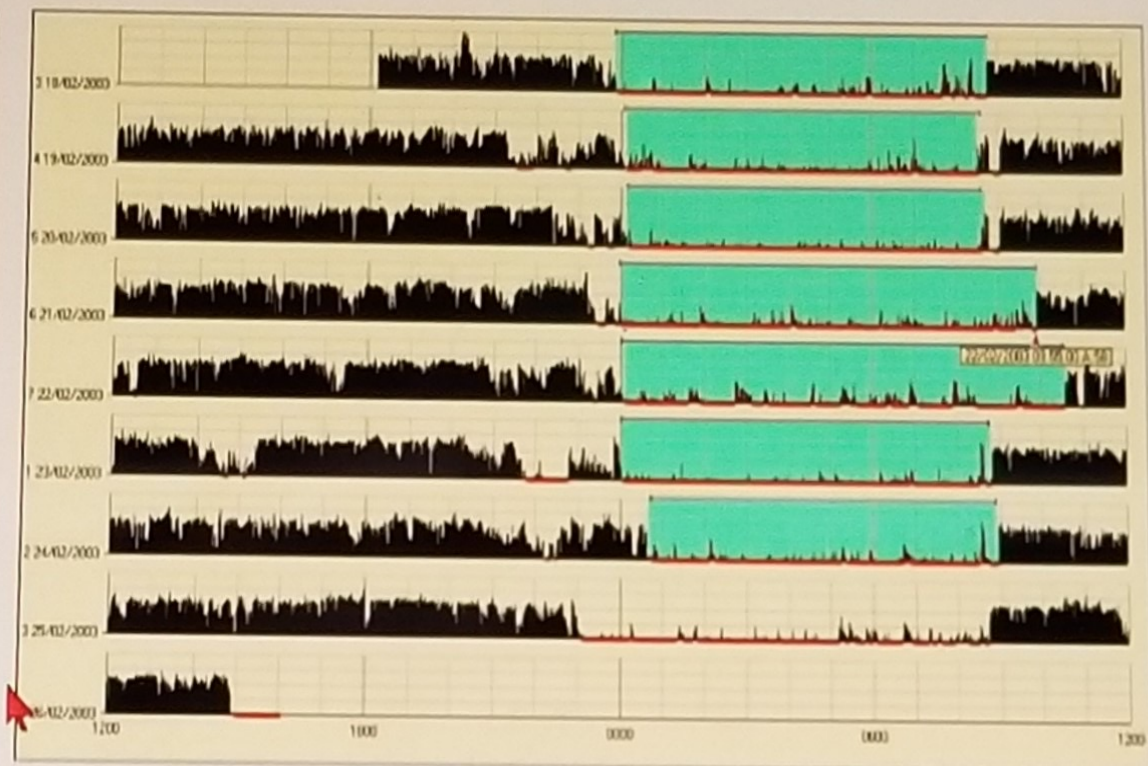
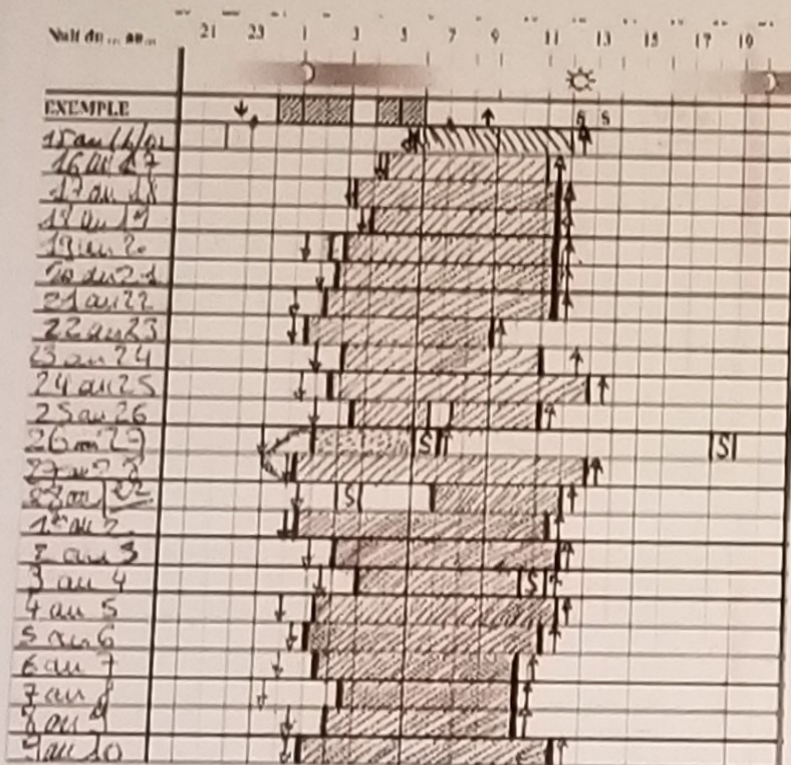


Les préalables indispensable à la prescription d'un éveillant pour SDEr sous PPC

3 – Le patient a-t-il d'autres raisons d'être somnolent ?

1. Durée, horaires, et qualité de sommeil
2. Causes psychiatriques
3. Causes médicamenteuses et toxiques
4. Hypersomnies centrales
5. Causes médicales autres (maladies neurodégénératives, SJR, obésité morbide...)

Durée de sommeil, retard de phase, jet lag social



- Pas de prescription de médicament éveillant sans agenda de sommeil préalable (2 s)
 - <6h/nuit/1semaine $\Rightarrow$ dette de sommeil (AASM:7-9h/nuit)

PHQ-4

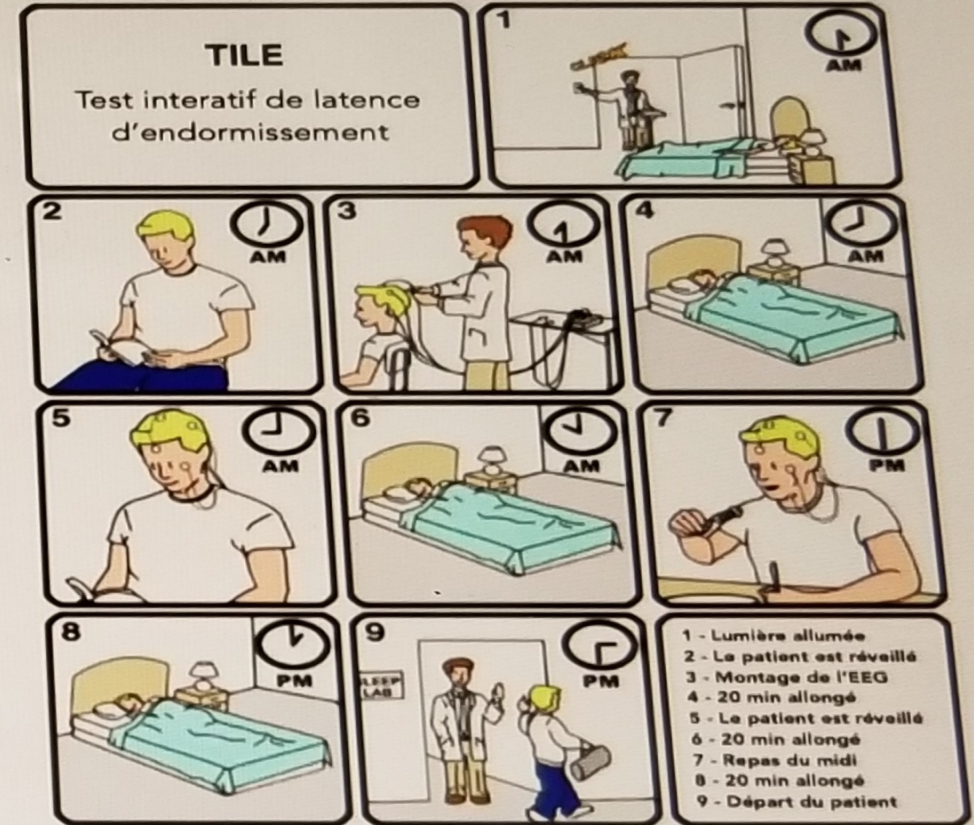
11-A) Je me sens intéressé(e) en discussion : 1. Un grand temps 2. Souvent 3. De temps en temps 4. Jamais	11-B) J'ai l'impression de fonctionner au rythme : 1. Presque toujours 2. Très souvent 3. Parfois 4. Jamais
12-A) Je prends plaisir aux autres choses qu'au travail : 1. Très souvent 2. Un peu souvent 3. Parfois	12-B) J'ai une sensation de peur et / ou d'insécurité : 1. Souvent 2. Parfois 3. Rarement
13-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'inattendu allait se produire : 1. Très souvent 2. Souvent 3. Un peu 4. Pas du tout	13-B) Je ne m'intéresse plus à mon appartenance : 1. Plus du tout 2. Un peu 3. Souvent 4. Pas du tout
14-A) Je ne suis pas sûr(e) de moi : 1. Souvent 2. Parfois 3. Rarement 4. Plus du tout	14-B) J'ai la fatigue et / ou une peur à l'égard de l'avenir : 1. Souvent 2. Parfois 3. Rarement 4. Plus du tout
15-A) Je me fais du souci : 1. Très souvent 2. Souvent 3. Un peu 4. Pas du tout	15-B) Je me réjouis d'avancer à l'égard de la vie courante : 1. Souvent 2. Parfois 3. Rarement
16-A) Je suis sûr(e) de moi : 1. Souvent 2. Parfois 3. Rarement 4. Plus du tout	16-B) J'ai une sensation de peur à l'égard de l'avenir : 1. Souvent 2. Parfois 3. Rarement
17-A) Je peux sentir l'angoisse et / ou la peur : 1. Souvent 2. Parfois 3. Rarement 4. Plus du tout	17-B) Je peux sentir l'angoisse et / ou la peur : 1. Souvent 2. Parfois 3. Rarement 4. Plus du tout

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
Sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir	0	1	2	3

- Pas de prescription de médicament éveillant sans évaluation de la dépression
 - HAD>10 ou PHQ4>2 ⇒ avis spécialisé
 - Pas de coprescription A/D + éveillant sans avis spécialisé

Signaux d'alerte

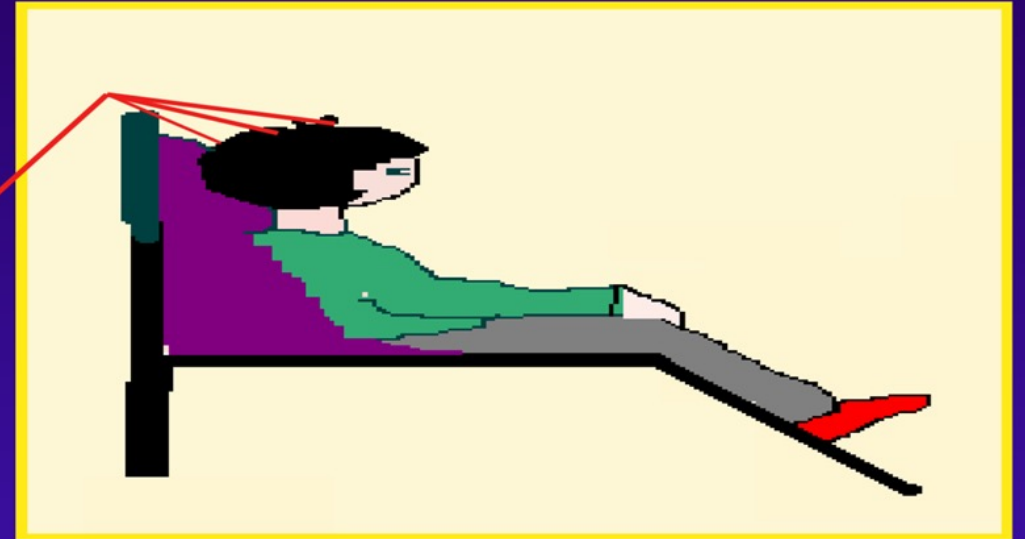
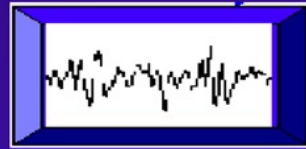
- ✓ Sujet jeune (<40 ans),
- ✓ Prise de poids rapide
- ✓ SDE sévère
- ✓ Activité onirique lors des siestes,
- ✓ Paralysies de sommeil,
- ✓ Hallucinations liées au sommeil, cataplexies
- ✓ Inertie sévère



https://www.has-sante.fr/jcms/p_3293050/fr/narcolepsie-de-type-1-et-2

- L'évaluation de la somnolence par le test itératif de latence d'endormissement (TILE) mesure la rapidité d'endormissement et renseigne sur le type de sommeil. Le TILE n'est pas un examen de routine mais il peut être utile chez le patient apnéique avec un ESS bas pour mieux évaluer la SDE et surtout en cas d'ESS élevé et d'IAH bas pour évaluer une SDE qui ne serait pas en rapport avec le SAHOS.
- Le test de maintien de l'éveil (TME) qui explore l'aptitude à rester éveillé est l'examen de choix pour affirmer que la somnolence est contrôlée par un traitement (notamment mesure de la vigilance des conducteurs professionnels).

LES EXAMENS DU SOMMEIL DE JOUR



- z Tests de maintien de la veille**
 - 4 siestes à 9h, 11h, 13h, 15h**
 - Demi-assis dans un lit, en lumière faible**
 - Consigne: résister au sommeil**
 - Réveil après 1 min de sommeil**
 - Objectif: Quantifier le risque d'endormissement sous traitement**

- **CONCLUSION**
- **La somnolence diurne excessive est un symptôme majeur au cours du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil.**

- Le plus souvent, la somnolence est nettement **améliorée** par le traitement par pression positive continue (**PPC**).
- Lorsque nécessaire, la façon pertinente pour attester la disparition de la somnolence est d'effectuer un test de maintien de l'éveil (**TMW**).
- Lorsqu'une somnolence résiduelle sous PPC est objectivée, il est nécessaire d'effectuer une **enquête diagnostique** :
- Il convient d'abord de **s'assurer que le traitement est pleinement efficace** (index d'apnées hypopnées **IAH < 10/h**), avec prise en charge des limitations de débit (polysomnographie sous traitement) et
- Que la PPC est suffisamment **utilisée (> 6 h/nuit)**.

- Si c'est le cas, il faut passer en revue l'ensemble des situations responsables de somnolence et prendre en charge une dépression, une insuffisance de sommeil, une prise de toxiques, une obésité, un syndrome de jambes sans repos ou un trouble du rythme circadien veille-sommeil.

- Si cette enquête reste négative,

- Le test itératif de latence d'endormissement (**TILE**) permet d'objectiver la somnolence (**latence < 8 min**) et peut permettre le diagnostic : d'hypersomnie d'origine centrale (narcolepsie, hypersomnie idiopathique ou hypersomnie secondaire à une pathologie médicale).

- Dans quelques rares cas (environ 6 % des patients), on conclura à l'existence d'une hypersomnie centrale secondaire au syndrome d'apnées hypopnées obstructives ou une hypersomnie « lésionnelle » due à l'hypoxie intermittente. Depuis 2011, des médicaments éveillant !



COMMISSION DE LA TRANSPARENCE
Avis
24 JUIN 2020

solriamfetol
SUNOSI 75 mg, comprimé pelliculé
SUNOSI 150 mg, comprimé pelliculé

Première évaluation

Indiqué pour améliorer l'éveil et réduire la SDE chez les patients adultes avec SAHOS dont la SDE n'a pas été traitée de façon satisfaisante par un traitement primaire du SAHOS tel que la PPC



COMMISSION DE LA TRANSPARENCE
AVIS
19 JANVIER 2022

Pitolisant (chlorhydrate)
OZAWADE 4,5 mg, comprimé pelliculé
OZAWADE 18 mg, comprimé pelliculé

Première évaluation

Indiqué pour améliorer l'éveil et réduire la SDE chez les patients adultes avec SAHOS dont la SDE n'a pas été traitée de manière satisfaisante par un traitement primaire tel que la PPC ou ne tolérant pas ce traitement

Qui prescrit: Prescription initiale hospitalière annuelle réservée aux spécialistes en pneumologie ou titulaires de la FST Sommeil ou aux médecins exerçant dans les centres du sommeil. Renouvellement non restreint.

SUNOSI SOLRIAMFETOL (chlorhydrate) 75 mg cp pellic

Mise à jour : Mardi 20 septembre 2022

COMMERCIALISÉ PRIX à
241,17 € TTC pour SUNOSI 75 mg et
321,16 € TTC pour SUNOSI 150 mg.

Posologie

• *Narcolepsie*

- La dose initiale recommandée est de **75 mg** une fois par jour au réveil. En fonction de la réponse clinique, la posologie peut être augmentée en doublant la dose avec un **intervalle d'au moins 3 jours**, avec une dose quotidienne **maximale** recommandée de **150 mg une fois par jour**.
- Si cela est cliniquement indiqué chez les patients présentant des niveaux de somnolence plus sévères, une dose **initiale de 150 mg peut être envisagée**.

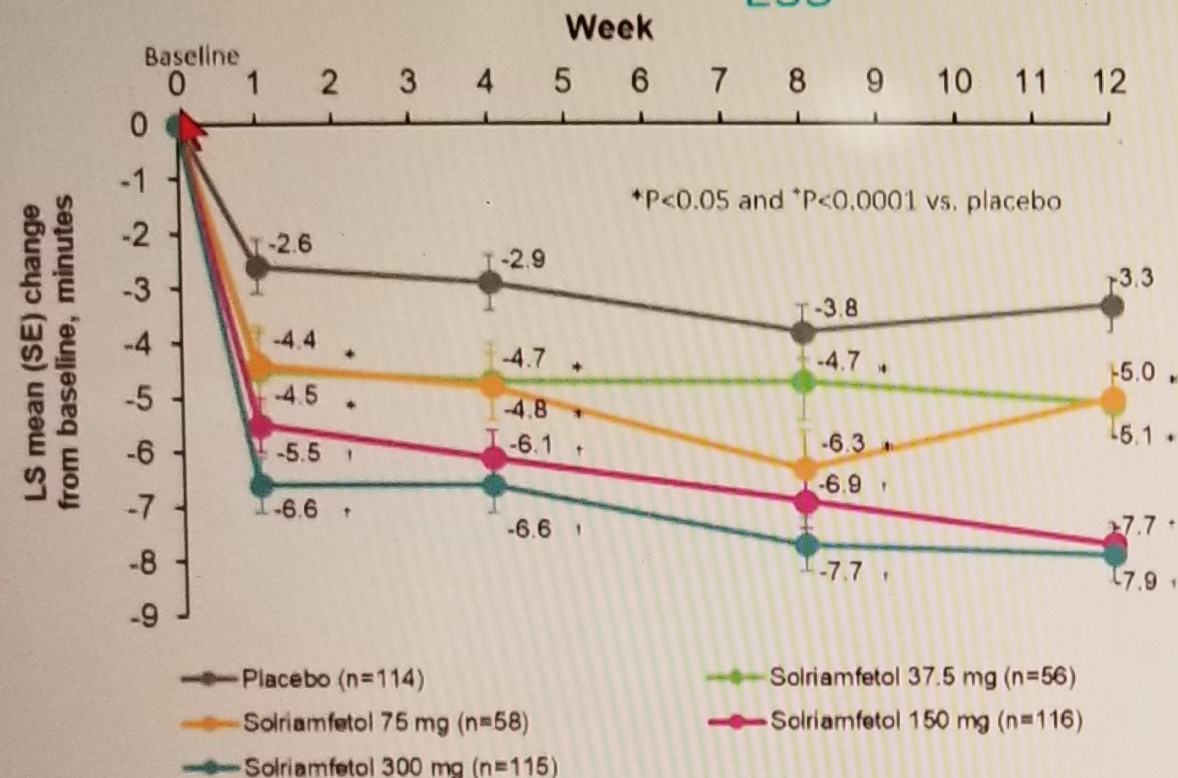
• **PSAHOS**

- La dose **initiale** recommandée est de **37,5 mg** une fois par jour **au réveil**. En fonction de la réponse clinique, la posologie peut être augmentée en **doublant** la dose à **intervalles d'au moins 3 jours**, avec une dose quotidienne maximale recommandée de **150 mg une fois par jour**.
- Sunosi peut être pris au cours ou en dehors des repas.
- Les patients doivent éviter de prendre Sunosi moins de 9 heures avant le coucher car cela peut altérer le sommeil nocturne.
- *Utilisation au long cours*
- La nécessité d'un traitement continu ainsi que la dose appropriée **doivent être réévaluées périodiquement pendant le traitement au long cours** des patients recevant le solriamfetol.

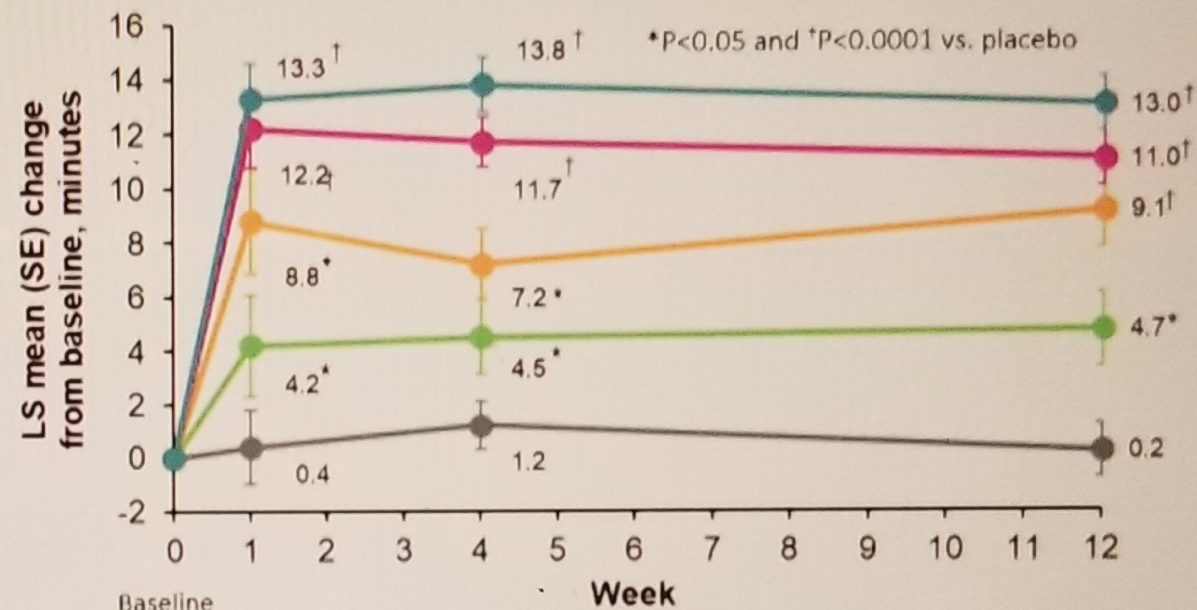
Solriamfetol et somnolence résiduelle

Le Solriamfétol est un inhibiteur sélectif de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline

ESS



MWT



La dose la plus élevée de solriamfétol (300 mg) entraîne une augmentation moyenne de 2,5 mmHg de la pression artérielle systolique et de 1,5 mmHg de la pression artérielle diastolique.

Solriamfetol 300mg n'a pas d'AMM. La dose maximale recommandée est de 150 mg/jour.

*P<0.05 and *P<0.0001 vs. placebo
Values are for the modified
intent-to-treat population (n=459)
LS, least squares; SE, standard error.

CONTRE-INDICATIONS

- **Hypersensibilité** à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique [Composition](#).
- **Antécédents d'infarctus du myocarde au cours de l'année précédente, angor instable, hypertension non contrôlée, arythmies graves et autres affections cardiaques graves.**
- Traitement concomitant par inhibiteurs de la monoamine oxydase (**IMAO**) ou dans les *14 jours qui suivent la fin du traitement par un IMAO* (voir rubrique [Interactions](#)).

Effets indésirables dose-dépendants

- **Sunosi, n'est pas recommandé pendant la grossesse et l'allaitement**
- -les effets indésirables suivants ont été **dose-dépendants** : **céphalées, nausées, diminution de l'appétit, anxiété, diarrhée et bouche sèche**.
L'effet-dose était généralement **similaire** chez les patients atteints de SAHOS et chez ceux atteints de narcolepsie.
- Certains effets indésirables tels que **l'anxiété, l'insomnie, l'irritabilité et l'agitation ont été fréquemment observés en début de traitement** mais ont eu **tendance à se résoudre** avec la poursuite du traitement.
- En cas de persistance ou d'aggravation de ces symptômes, une réduction de la dose ou l'arrêt du traitement doivent être envisagés (voir rubrique [Mises en garde et précautions d'emploi](#)).

• Ozawade (PITOLISANT) INDICATIONS

Pour améliorer l'éveil et réduire la somnolence diurne excessive (**SDE**) chez les patients adultes présentant un Syndrome d'Apnées-Hypopnées Obstructives du Sommeil (**SAHOS**) dont la **somnolence** n'a pas été traitée de manière satisfaisante par un traitement primaire du SAHOS tel que la Pression Positive Continue des voies aériennes (**PPC**) **ou ne tolérant pas ce traitement.**

Le traitement doit être initié par un médecin spécialiste du SAHOS et des risques cardiovasculaires. Le SAHOS doit être réévalué annuellement.

Ozawade n'est pas un traitement de l'obstruction des voies respiratoires chez les patients présentant un SAHOS.

Le traitement primaire du SAHOS doit être maintenu ou régulièrement reproposé chez les patients n'ayant pas toléré le traitement primaire.

PRIX 224,02 € TTC pour OZAWADE 4,5 mg, et à
235,45 € pour OZAWADE 18 mg (flacon de 30 comprimés).

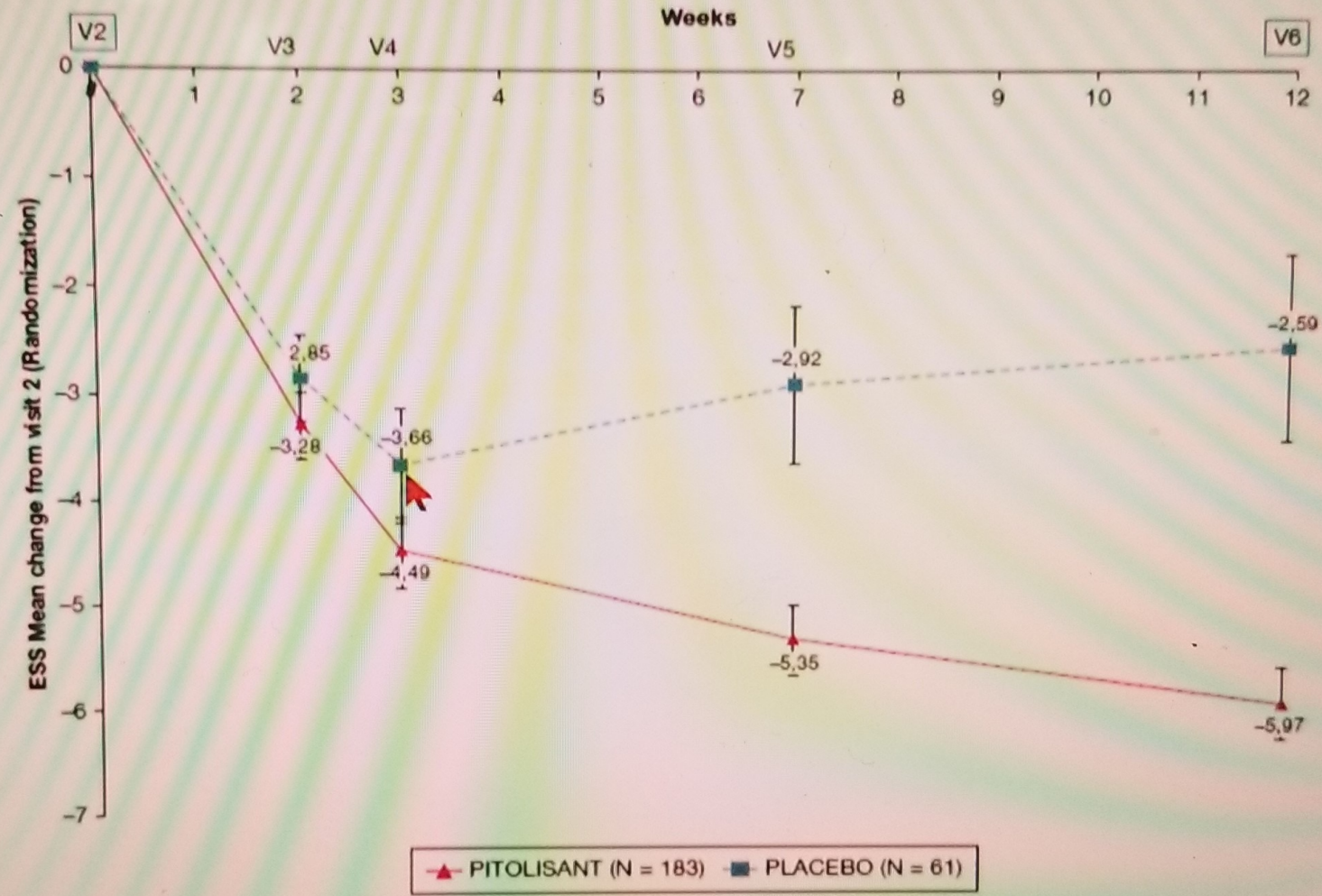
• POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Ozawade doit être utilisé à la dose efficace la plus faible, en fonction de la réponse clinique et de la tolérance du patient. La dose thérapeutique optimale doit être atteinte par palier, sans dépasser la dose de 18 mg/jour :
- **1ère semaine** : posologie initiale de **4,5 mg** (1 comprimé à 4,5 mg) par jour.
- **2ème semaine** : la posologie peut être augmentée à **9 mg/J** (2 comprimés à 4,5 mg) .
- **3ème semaine** : la posologie peut être augmentée à **18 mg** (1 comprimé à 18 mg) par jour ou diminuée à 4,5 mg (1 comprimé à 4,5 mg) par jour.
- La dose peut ensuite être diminuée (jusqu'à 4,5 mg par jour) à tout moment ou augmentée (jusqu'à 18 mg par jour) selon l'évaluation du médecin et la réponse du patient.
- La dose quotidienne totale doit être administrée en **une seule prise le matin au cours du petit-déjeuner et avant midi.**

CONTRE-INDICATIONS

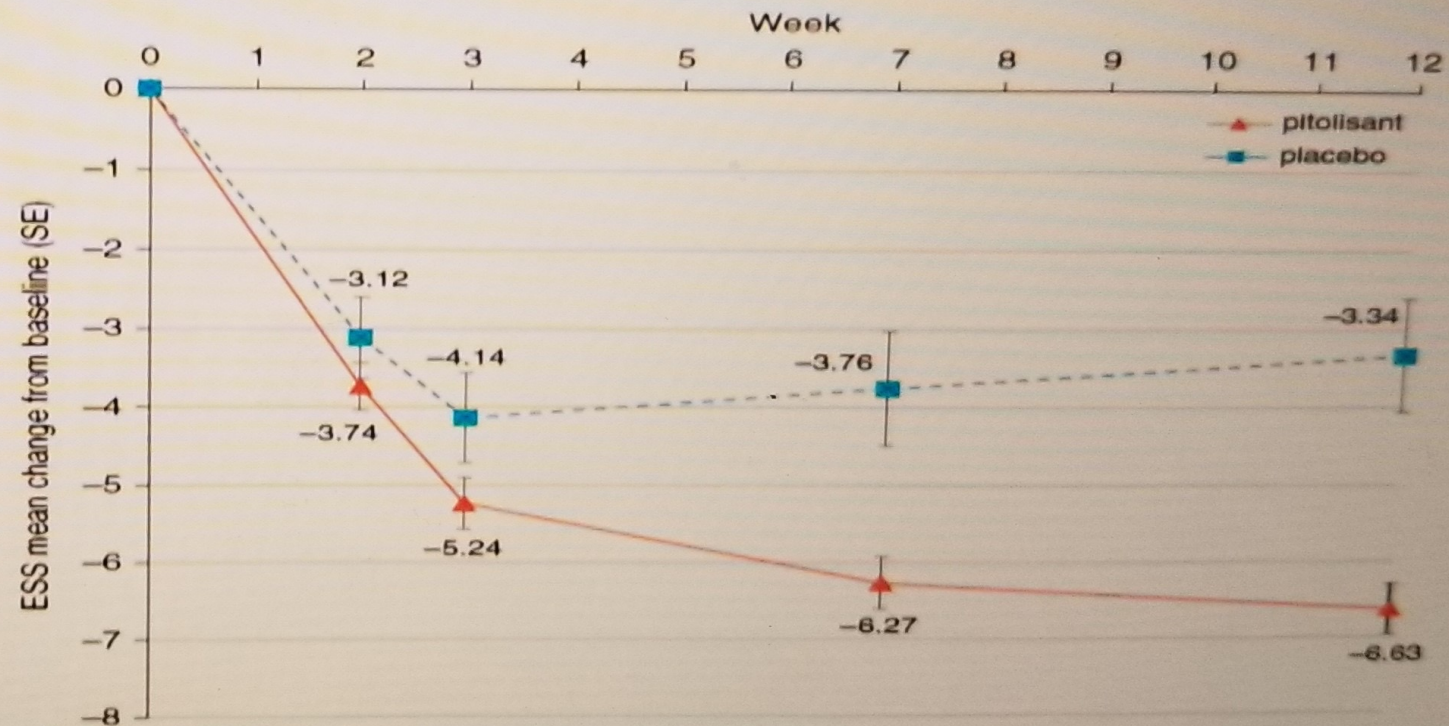
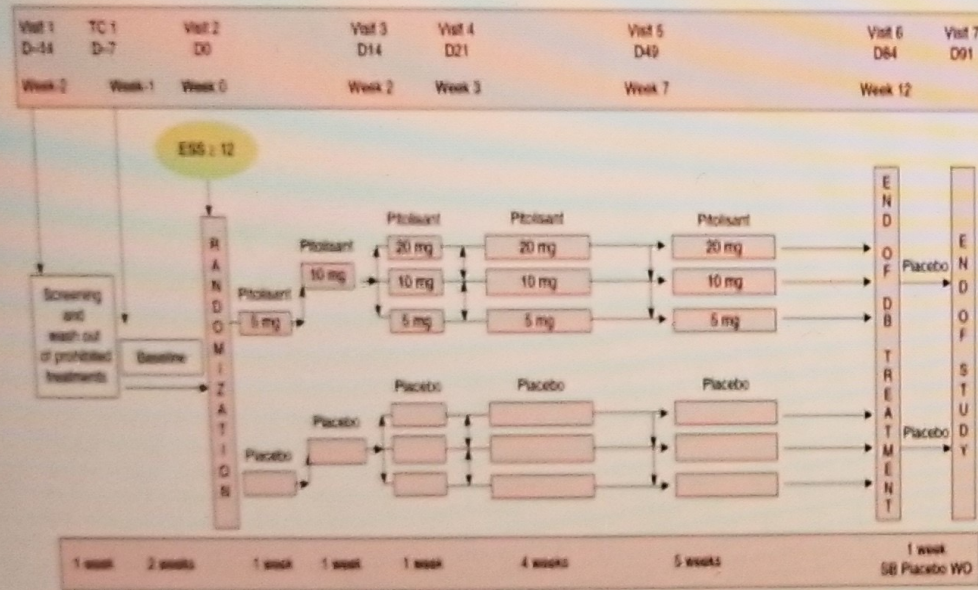
- **Hypersensibilité** à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique Composition.
- Insuffisance **hépatique** sévère (Child-Pugh C).
- **Allaitement**

Pitolisant for Residual Excessive Daytime Sleepiness in OSA Patients Adhering to CPAP A Randomized Trial



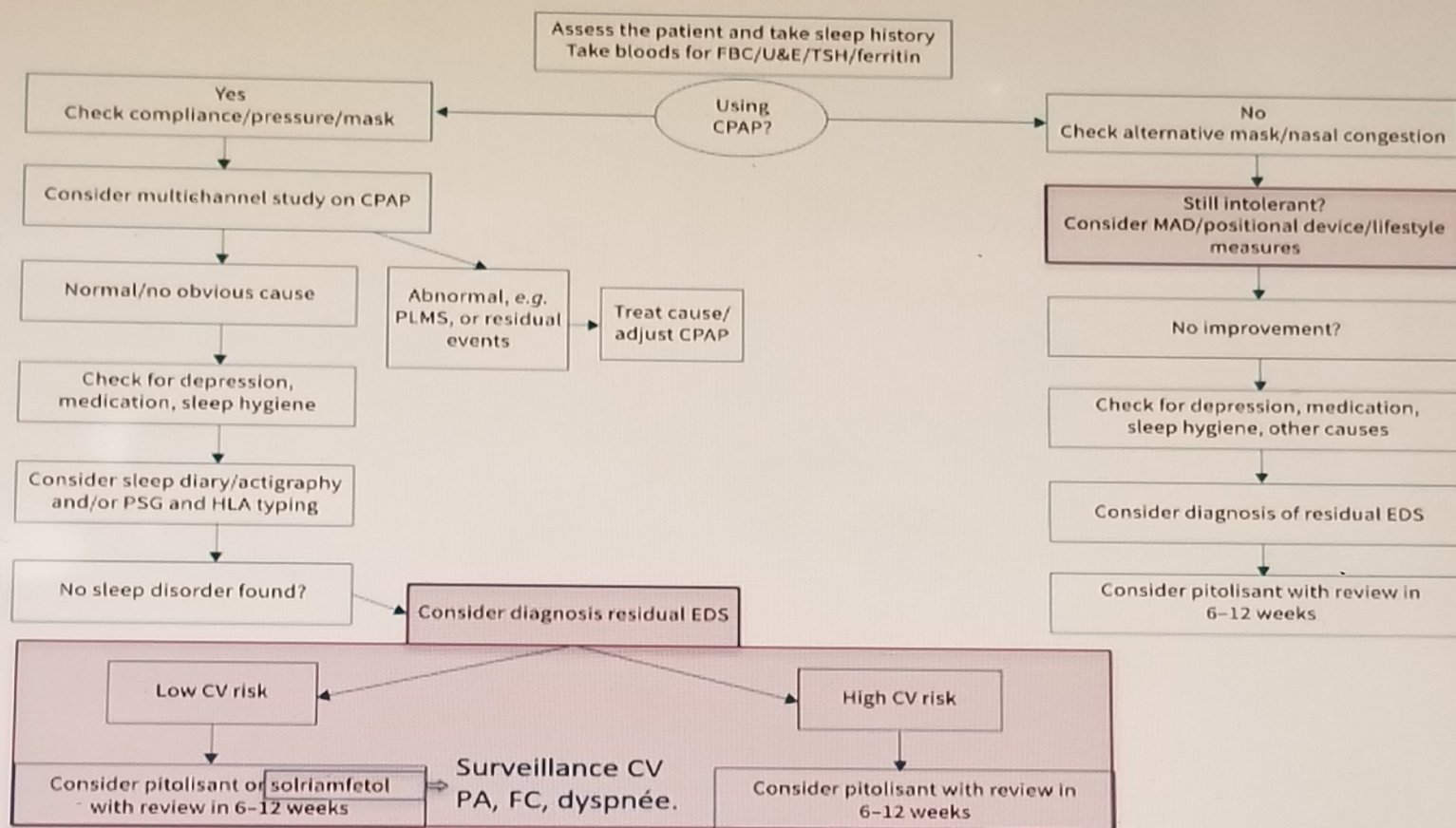
Pitolisant for Daytime Sleepiness in Patients with Obstructive Sleep Apnea Who Refuse Continuous Positive Airway Pressure Treatment

Parameter	Pitolisant (n = 201)	Placebo (n = 67)	All Patients (N = 268)
Age, yr, mean (SD) (range)	51.9 (10.6) (25–75)	52.1 (11.0) (30–76)	52.0 (10.6) (25–76)
Sex, n (%)			
M	151 (75.1)	51 (76.1)	202 (75.4)
F	50 (24.9)	16 (23.9)	66 (24.6)
Weight at inclusion, kg, mean (SD)	97.7 (15.7)	99.8 (16.1)	—
BMI, kg/m ² , mean (SD)	32.8 (4.6)	33.0 (4.3)	—
Cardiovascular disease, n (%)	110 (54.7)	35 (52.2)	145 (54.1)
AHI at date of diagnosis, events/h, mean (SD)	50.2 (44.3)	46.9 (22.8)	49.3 (40.0)
Nocturnal SaO ₂ at date of diagnosis, %, mean (SD)	89.8 (9.1)	90.9 (3.8)	90.1 (8.2)

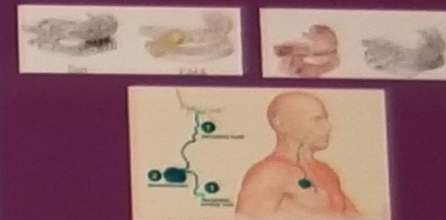


Take home messages

- La somnolence diurne excessive est l'un des symptômes cardinaux du SAOS
- La SDE peut persister même en cas d'utilisation optimale de la PPC : somnolence diurne résiduelle
- Il faut envisager, trouver et traiter directement les causes alternatives potentielles pouvant expliquer la SDE
- Le Pitolisant pourrait être à l'avenir des agents pharmacologiques utilisés en pratique courante pour la somnolence résiduelle dans le SAOS
- Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer quels patients sont les plus vulnérables pour l'apparition d'une somnolence résiduelle sous PPC



En cas d'intolérance à la PPC, essai tt de 2^{ème} ligne (OAM, HGNS)



Craig, ERR 2022

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Arrêté du 28 mars 2022 fixant la liste des affections médicales incompatibles ou compatibles avec ou sans aménagements ou restrictions pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée (refonte)

3.5 Syndrome des apnées du sommeil	Cf. paragraphe 4.3 Troubles du sommeil
---	---

3.5 Syndrome des apnées du sommeilCf. paragraphe **4.3 Troubles du sommeil**

4.3.1 Somnolence excessive, d'origine comportementale, organique (dont le syndrome d'apnée obstructive du sommeil* modéré ou sévère), **psychiatrique ou iatrogène**



Incompatibilité : tant que persiste la somnolence malgré le traitement. L'avis du médecin spécialisé, selon l'étiologie de la somnolence, est requis ;

Puis,



Compatibilité de trois ans maximum : la reprise de la conduite peut avoir lieu après 4 semaines de traitement avec la confirmation de l'efficacité thérapeutique, avec l'avis du médecin spécialiste, qui réalise un bilan avec un test de maintien de l'éveil qui indique que la vigilance est devenue normale et que le risque de somnolence diurne dans les actes de la vie courante est négligeable. Cet avis

Somnolence & Responsabilité médicale

Responsabilité du patient

- Au plan pénal et civil
- Doit se présenter devant le médecin agréé
- Irrresponsable si n'est pas au courant de sa maladie ou de la dangerosité de sa maladie
- Responsable si au courant

Responsabilité du médecin traitant

- Doit informer le patient sur sa maladie, de son évolution, des risques encourus (du traitement ou du refus du traitement)

• Doit respecter le contrat médical :

entement éclairé

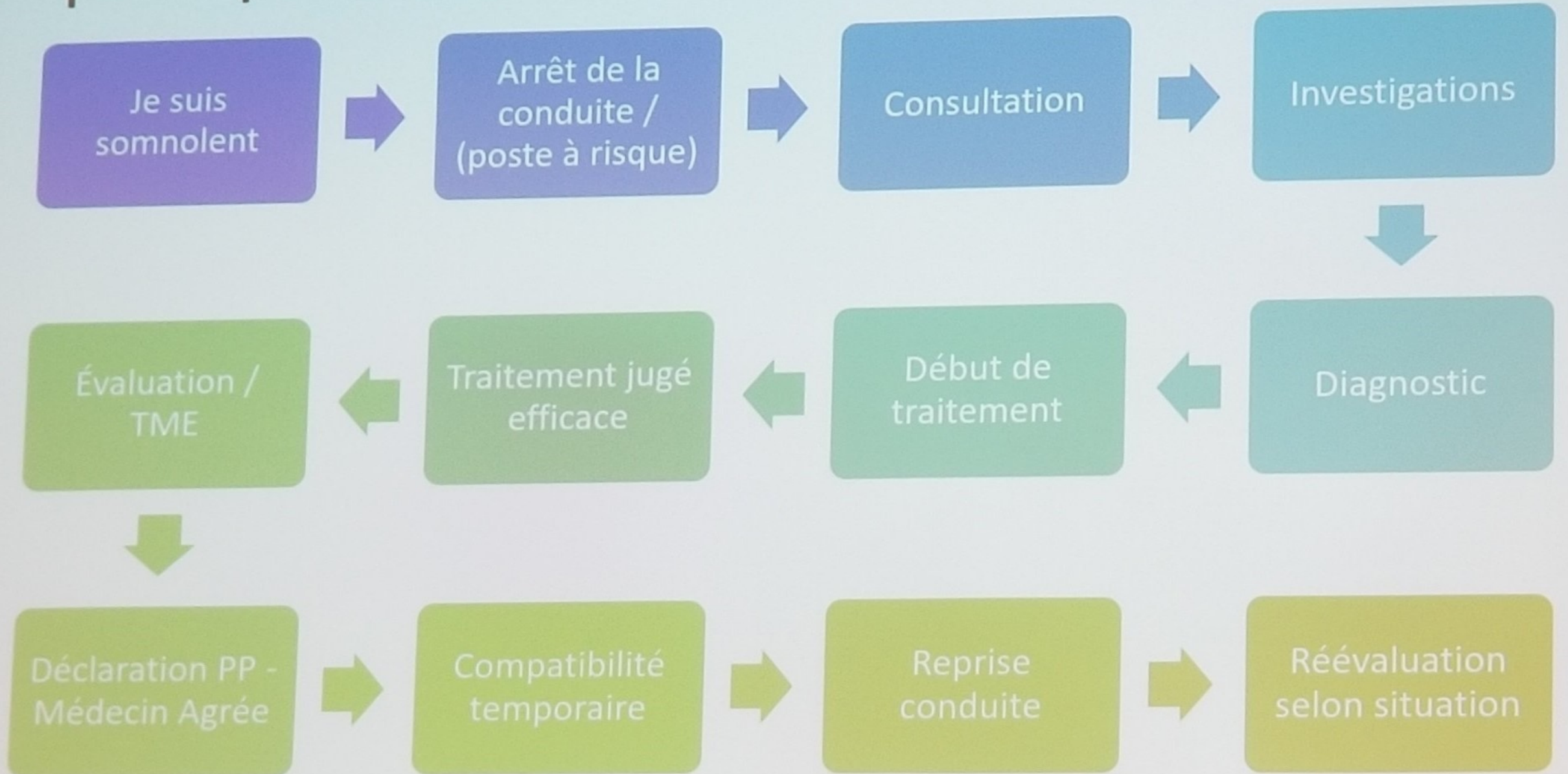
ation

preuve de son information
(arrêt de cassation de février 1997)

Place du médecin du travail

- Doit dépister les affections
- Doit informer
- Doit informer le médecin traitant
- PEUT INTERDIRE LA CONDUITE automobile dans le cadre du travail

En pratique



Phénotype de patient EDS vs no-EDS

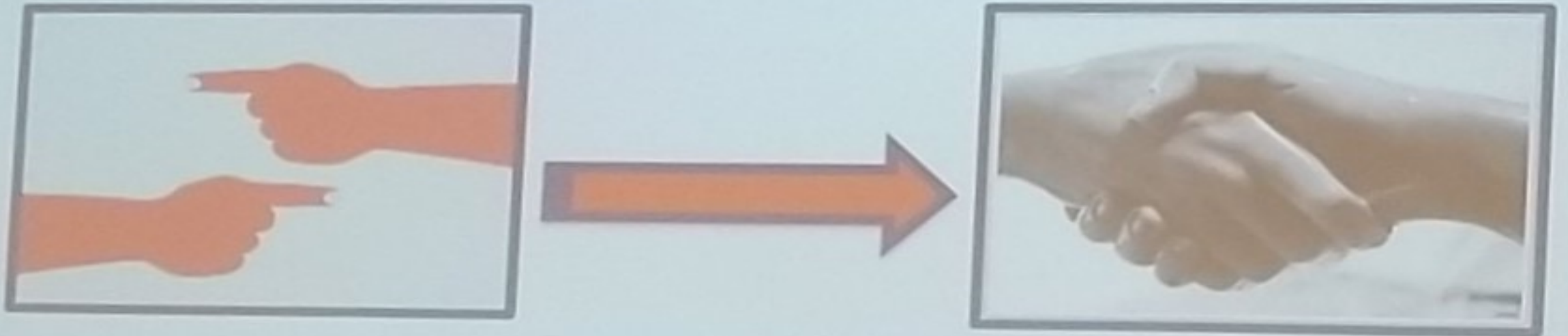
Combat obsolète sur l'épworth

A considérer au diagnostic mais aussi lors du suivi

≠ trajectoires de la somnolence et de l'accidentologie

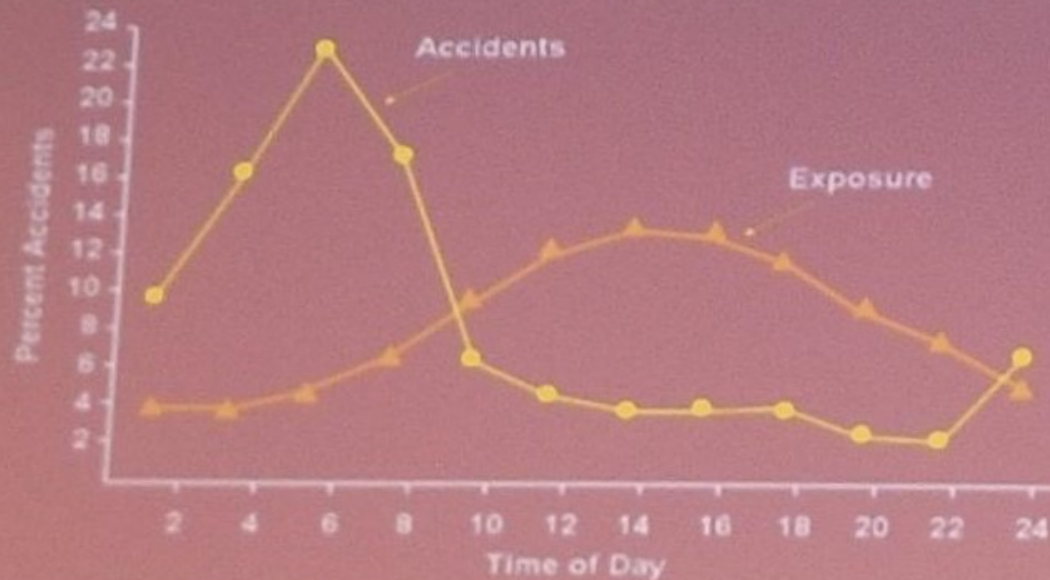
Nécessité de prévention du risque et gestion personnalisée du patient

Gestion synergique du trio (patient/médecin traitant/médecin du travail)



Conduite entre 2h et 5h du matin :

Risque X par 5,6



Percentage of accidents by time of day for "dozing" drivers: percentage of trucks on the highway normalized for a random sample of interstate drivers: (exposure) (N = 493 accidents).

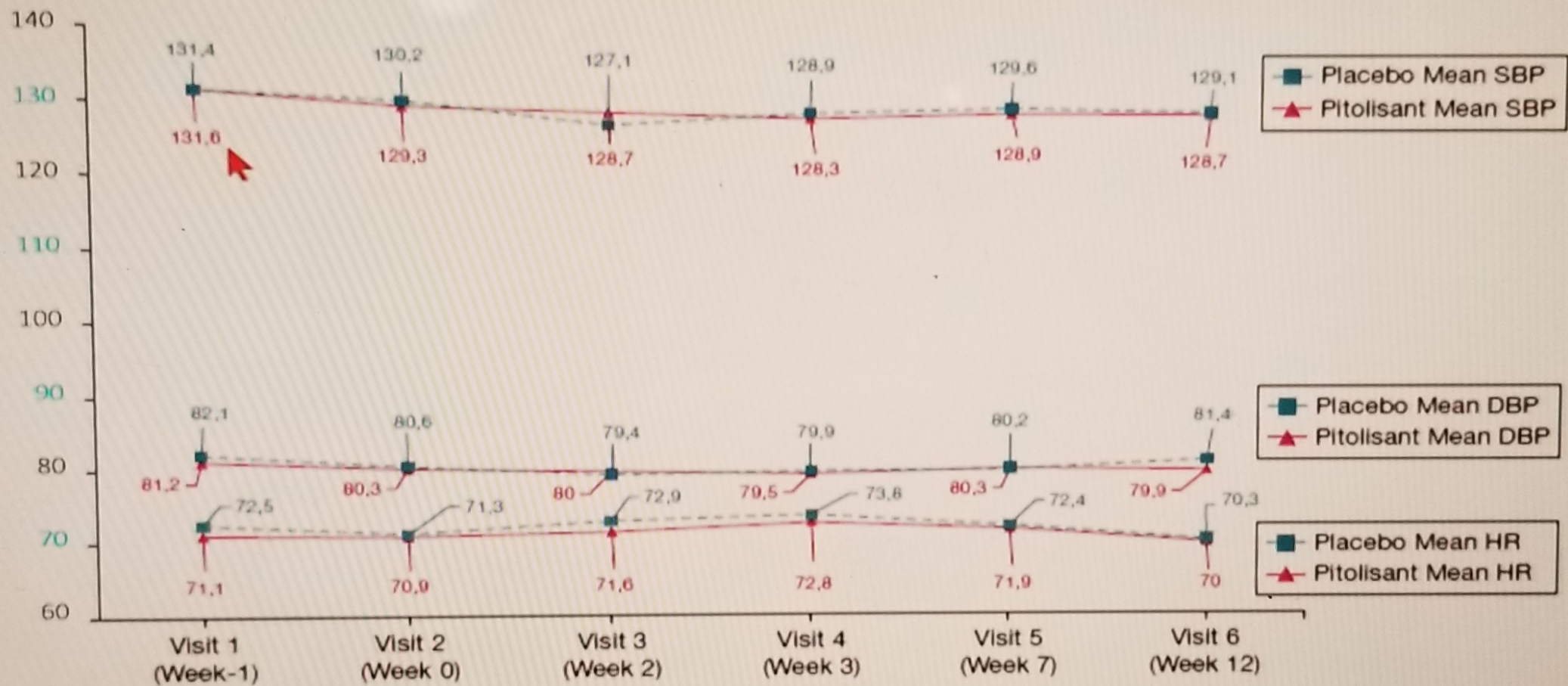
Harris 1977.



Fin

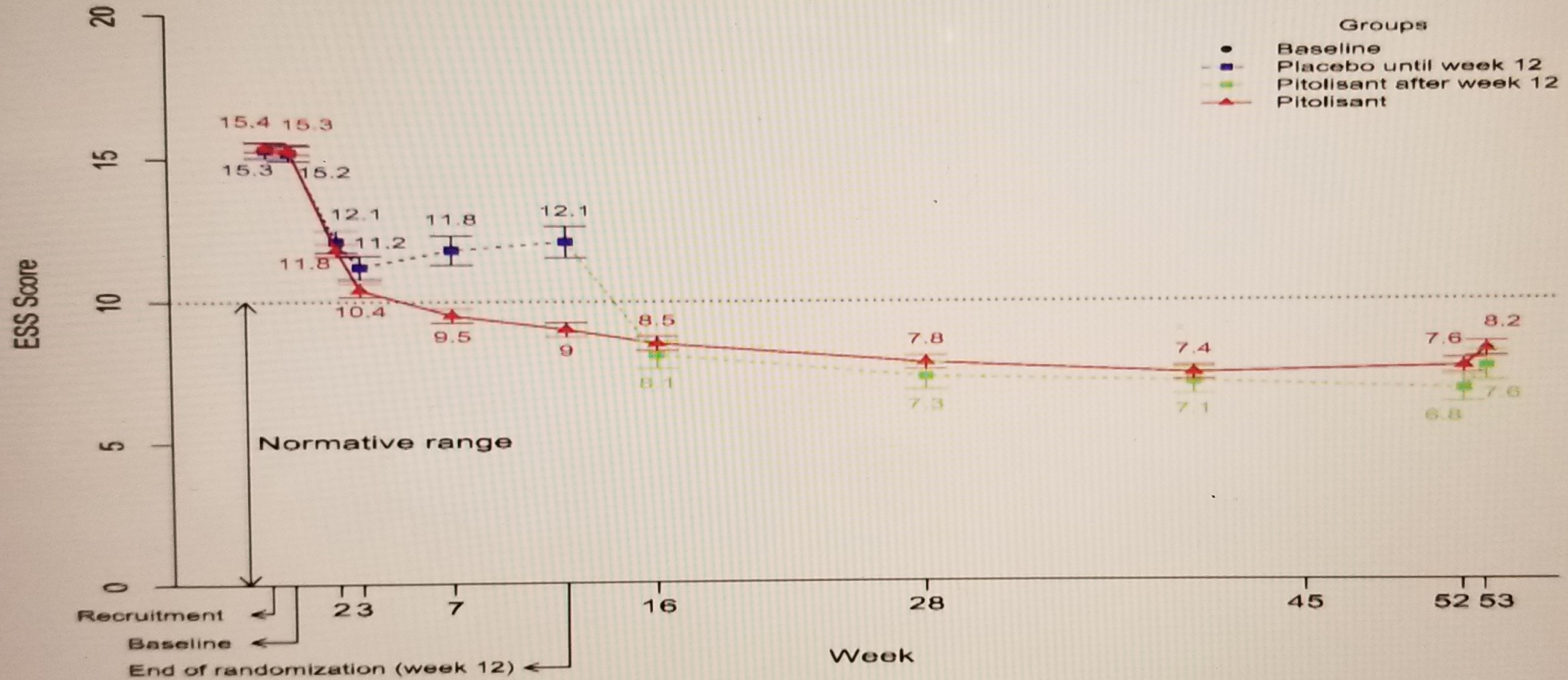
Merci de votre participation
et
vos questions

Pitolisant for Residual Excessive Daytime Sleepiness in OSA Patients Adhering to CPAP A Randomized Trial



CHMP positif en mai 2021

Long-term maintenance of efficacy and safety of pitolisant in the treatment of residual sleepiness in patients with OSA



Out of 512 adults included in the two RCTs, 376 completed the 1-year follow-up