

Apnée centrale du sommeil chez un homme de 38 ans

Sarah Stricker MD, Christian Zweifel MD

■ Citation : *CMAJ* 2022 April 25;194:E585. doi : 10.1503/cmaj.212078-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.212078

Un homme de 38 ans s'est rendu au service de pneumologie parce qu'il présentait, depuis 6 mois, des ronflements, des pauses respiratoires constatées pendant son sommeil et de la somnolence diurne. Il avait aussi observé un changement de sensation dans sa main gauche. Il avait des antécédents d'hypertension, mais ne consommait pas de drogues ni d'alcool. Lors de son examen, son indice de masse corporelle était de 32,6, il ressentait des picotements associés à une dysesthésie, ainsi qu'une sensation de tension musculaire sur son bras gauche et son torse, en plus de présenter une hyperréflexie symétrique des jambes. Une polysomnographie a révélé un score de 88 à l'indice d'apnée-hypopnée (IAH) et un IAH centrale de 56. On considère comme normal un IAH total inférieur à 5; un indice supérieur à 15 fait envisager le besoin d'une thérapie par ventilation en pression positive continue (CPAP, pour continuous positive airway pressure). L'apnée centrale du sommeil est définie par un IAH centrale de 5 ou plus, dont au moins la moitié du total des événements est de nature centrale¹. Les symptômes du patient se sont améliorés avec la thérapie par CPAP.

En raison de la nature inexplicée de l'apnée centrale du sommeil et des observations neurologiques, nous avons réalisé un examen d'imagerie par résonance magnétique cérébrale qui a révélé la présence d'un kyste mesurant 2 cm dans le bulbe rachidien (figure 1). Nous avons effectué une fenestration par microchirurgie, et une biopsie a révélé un kyste arachnoïdien. Quinze mois plus tard, l'apnée et la dysesthésie s'étaient résorbées. Les résultats de la polysomnographie s'étaient considérablement améliorés, avec un IAH de 13, pour lequel la plupart des événements

étaient de nature obstructive. Le patient n'avait plus à utiliser de CPAP.

étaient de nature obstructive. Le patient n'avait plus à utiliser de CPAP.

On calcule l'IAH en additionnant l'ensemble des apnées et des hypopnées et en divisant la somme par le temps de sommeil total. Dans le cas des événements centraux, on observe une diminution du débit respiratoire sans effort, alors que les événements de nature obstructive sont accompagnés d'un important effort respiratoire¹. L'apnée centrale du sommeil est peu fréquente et elle est associée à l'insuffisance cardiaque accompagnée d'une dyspnée de Cheyne-Stokes, à l'accident vasculaire cérébral, à la consommation d'opioïdes, à des anomalies cérébrales structurales et à la thérapie de l'apnée du sommeil par CPAP¹. Lorsque l'apnée centrale du sommeil demeure inexplicée, un examen par neuro-imagerie est indiqué pour repérer une cause structurelle à la jonction médullo-cervicale, comme une lésion occupant de l'espace ou une malformation de Chiari, lesquelles peuvent être résolues par une intervention chirurgicale¹⁻³.

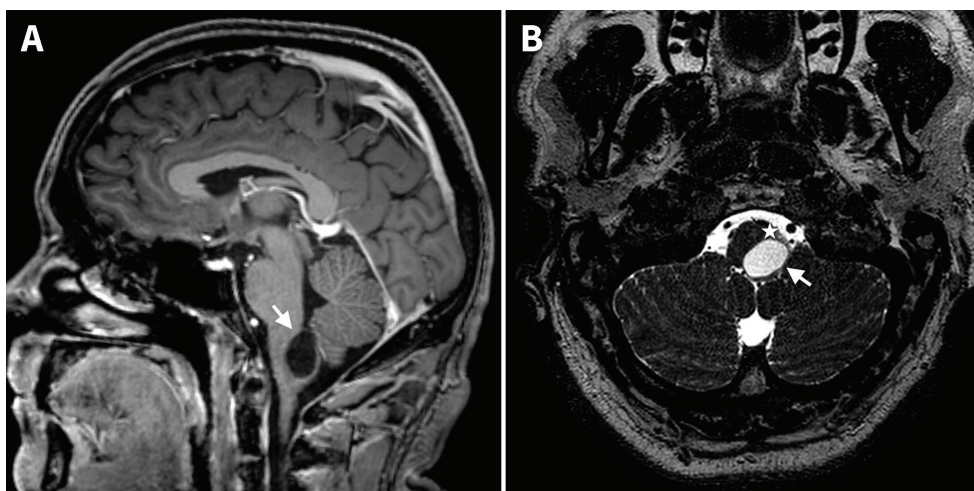


Figure 1 : Examen d'imagerie par résonance magnétique cérébrale d'un homme de 38 ans atteint d'apnée centrale du sommeil. Les images — vue sagittale pondérée en T_1 (A) et vue axiale pondérée en T_2 (B), rehaussées par le gadolinium — révèlent un kyste mesurant 2 cm dans le bulbe rachidien (flèche), accompagné d'une compression dorsolatérale gauche du centre respiratoire dorsal dont le noyau du tractus solitaire (astérisque), connu pour son rôle dans le réflexe respiratoire¹.

Références

1. Baillieux S, Revol B, Jullian-Desayes I, et al. Diagnosis and management of central sleep apnea syndrome. *Expert Rev Respir Med* 2019;13:545-57.
2. Botelho RV, Bittencourt LRA, Rotta JM, et al. The effects of posterior fossa decompressive surgery in adult patients with Chiari malformation and sleep apnea: Clinical article. *J Neurosurg* 2010;112:800-7.
3. Helland CA, Wester K. A population-based study of intracranial arachnoid cysts: clinical and neuroimaging outcomes following surgical cyst decompression in adults. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78:1129-35.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

Affiliations : Unité de neurochirurgie, Hôpital cantonal des Grisons, Suisse; Département de neurochirurgie, Hôpital universitaire de Basel, Basel, Suisse.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction de tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Sarah Stricker, sarah.stricker@gmail.com

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.