

ORDONNANCE EN SOINS DU SOMMEIL

| PATIENT | | REQUÉRANT | |
|--|---|---|---|
| Nom et prénom | | Nom et prénom du médecin | |
| Adresse | | No. permis | |
| Ville | | ESTAMPE | |
| Code postal | | | |
| Téléphone | | Signature du médecin OBLIGATOIRE | |
| Sexe | | Date | |
| RENSEIGNEMENTS CLINIQUES | | | |
| <input type="checkbox"/> Ronflement | <input type="checkbox"/> Narcolepsie suspectée | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Apnées observées/suspectées | <input type="checkbox"/> Syndrome des jambes sans repos | <input type="checkbox"/> Diabète | _____ |
| <input type="checkbox"/> Somnolence/fatigue | <input type="checkbox"/> Comportement anormal (TCSP) | <input type="checkbox"/> Cardiopathies | _____ |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Dépression | | |

ÉTUDE DE SOMMEIL

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE (PEC)* ET CONSULTATION RAMQ AVEC LE MÉDECIN

AVEC PEC*

TEST SEULEMENT

Étude à domicile

Polygraphie cardiorespiratoire du sommeil

Titrage automatisé du traitement par PPC

Étude en laboratoire

Polysomnographie, protocole nuit partagée (titrage manuel)

Titrage manuel du traitement par PPC sous polysomnographie

Polysomnographie diagnostique seulement

Test de maintien d'éveil (TME/MWT)

Test itératif de latence d'endormissement (TILE/MSLT)

Sous traitement : _____

ÉTUDE DE SOMMEIL PÉDIATRIQUE

Polysomnographie pédiatrique (en laboratoire)
 avec consultation

Saturométrie nocturne pédiatrique (à domicile)
 avec consultation

Consultation (RAMQ) en personne avec un pneumologue suivant l'étude diagnostique (si indiqué)

CONSULTATION MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Médecine du sommeil/Pneumologie (RAMQ)

Médecine du sommeil pédiatrique/Pneumologie (RAMQ)

*AVEC PRISE EN CHARGE

À votre demande et avec le consentement de votre patient :

- Réalisation rapide de l'étude de mise sous traitement par PPC si indiqué (voir verso);
- Mise sous traitement par PPC à domicile selon l'expertise médicale du médecin spécialiste;
- Consultation (RAMQ) en personne avec un pneumologue suivant l'étude diagnostique ou l'essai thérapeutique.

Consentement du patient :

J'ai lu le présent protocole de prise en charge. J'ai eu la possibilité de poser des questions et comprends que des coût supplémentaires peuvent s'appliquer, en plus de l'étude diagnostique, pour l'ajustement et l'essai de la PPC. Je peux à tout moment me retirer du présent protocole de prise en charge.

Signature du patient : _____

PRÉDICTION CLINIQUE DE L'APNÉE DU SOMMEIL : CCA (circonférence du cou ajustée)

| Circonférence | Hypertension + 4 cm | Ronflement + 3 cm | Apnée observée + 3 cm | TOTAL |
|---------------|---------------------|-------------------|-----------------------|-------|
| | | | | |

< 43 : risque faible

43-48 : risque intermédiaire (augmentation de 4 à 8 fois)

> 48 : risque élevé (augmentation de 20 fois)

Référence : N ENGL J Med 347 : 498-504-2002

QUESTIONNAIRE STOP



Snore (ronflement)
Tiredness, sleepiness (sommolence)
Observed apnea (apnée observée)
Pressure (hypertension)

2 / 4 = risque élevé
 Sensibilité de 62 % à 86 %, spécificité de 43 % à 77 %, VPP 89 %, RR 3,79
 Référence : Ann Intern Med, 1999, J Clin Anesth, 2007, Sleep Breath, 2007

ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'EPWORTH

Dans quelle mesure est-il possible que vous somniez ou vous vous endormiez dans les situations ci-dessous? Même si vous ne vous êtes pas retrouvé dans une de ces situations dernièrement, imaginez de votre mieux quel effet elles auraient eu sur vous.

Choisissez la proposition la plus appropriée parmi les suivantes :

0 = aucun risque de m'assoupir ou de m'endormir

2 = risque modéré de m'assoupir ou de m'endormir

1 = faible risque de m'assoupir ou de m'endormir

3 = risque élevé de m'assoupir ou de m'endormir

SITUATIONS

| | |
|---|--|
| 1. Lire en position assise | |
| 2. Regarder la télévision | |
| 3. Être assis(e) inactif(ve) dans un endroit public (théâtre, réunion par exemple) | |
| 4. Être assis(e) en tant que passager(ère) dans un véhicule pour une période d'une heure sans arrêt | |
| 5. Être étendu(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent | |
| 6. Être assis(e) en parlant avec quelqu'un | |
| 7. Être assis(e) tranquillement après un repas sans boisson alcoolique | |
| 8. Dans une voiture arrêtée quelques minutes à un feu de circulation ou dans la circulation | |
| TOTAL (additionnez les résultats) | |

N.B. : Le score global est représenté par la somme des scores individuels, normal < à 10. Référence : Sleep 1991, 14(6), 540-545

* Certaines personnes sous estiment leur somnolence

QUEL EXAMEN CHOISIR?

La **polygraphie cardio-respiratoire du sommeil** doit être réservée aux patients présentant une probabilité clinique modérée ou élevée d'apnée du sommeil (CCA > 43 ou STOP ≥ 2) sans comorbidité sévère telle une MPOC, une insuffisance cardiaque ou autre pathologie affectant l'oxygénation à l'éveil. Selon la sévérité des symptômes et le contexte clinique, un test négatif pourrait être suivi d'une polysomnographie en laboratoire ou d'une consultation en pneumologie.

Si le diagnostic est incertain ou que l'on suspecte une autre maladie du sommeil (narcolepsie, jambes sans repos, anomalies comportementales du sommeil) ou en présence d'une comorbidité sévère il est recommandé de procéder à une **polysomnographie en laboratoire** ou à une consultation en médecine du sommeil (pneumologue ou neurologue ayant une formation complémentaire en médecine du sommeil).

LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE :

Le but de la prise en charge est d'**accélérer la mise en traitement** par pression positive continue des patients souffrant d'**apnée du sommeil modérée ou sévère** (index d'événement > 15/h), **symptomatique** (sommolence Epworth > 10 ou 2 symptômes autres) et **non compliquée** (événements majoritairement obstructifs sans hypoventilation). Elle accélère également l'évaluation médicale spécialisée des patients souffrant d'apnée du sommeil compliquée (syndrome d'apnée centrale, Cheyne-Stokes, hypoventilation alvéolaire lors de l'étude diagnostique) ou chez qui on suspecte un autre trouble du sommeil sévère à l'auto-questionnaire, un problème de vigilance diurne significatif (Epworth >16) et présentant un IAH <15/h ou un index d'événements résiduels élevé sous appareil à PPC (>20/h) ou la présence d'apnée centrale (syndrome d'apnée complexe) ou de désaturations persistantes lors de l'étude de titrage de la PPC.