

Influence du type de masque (nasal/naso-buccal) sur l'observance au traitement par PPC des patients SAOS

Evelyne BARRANQUE*, R. SEIBERT**, S. EBERLE*, G. SORG*, B. THOME***, L. ACKET*

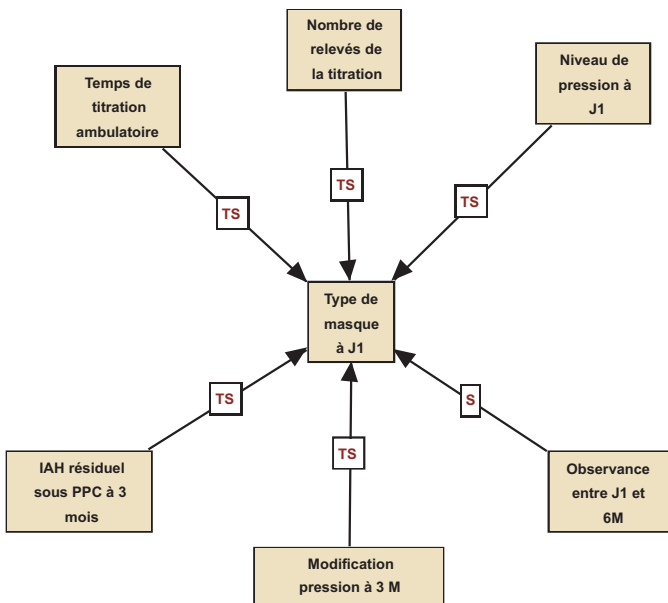
Introduction

Tout en cherchant à améliorer au mieux la respiration nasale, certains patients conservent une respiration naso-buccale justifiant de l'utilisation d'un masque adapté pour l'utilisation de leur PPC.

Méthode

170 adultes présentant un SAOS entre 01/2004 et 11/2004.
Titration pratiquée en ambulatoire par une équipe de 3 acteurs : le patient, l'infirmière du prestataire, le médecin.
Relevé de titration : R1=env. 5 J après l'équipement, R2= env. 3 J plus tard, R3=env. 3 J plus tard, etc. tous les 3 jours.
Fin de titration : J1 : début du calcul de l'observance par relevé de compteur.
Equipement soit en masque nasal, soit naso-buccal et dans ce dernier cas, mise en place systématique d'un humidificateur.
Suivi des observances à J8, J45, 3M, 6M, 12M, 18M.
Contrôle du niveau de pression par PSG à 3 mois.

Graph 1 : Corrélation entre le type de masque à J1 (nasal/naso-buccal) et l'ensemble des données étudiées



Par convention, ne sont portées sur le graphique que les corrélations très significatives (TS : $p \leq 0,01$) ou significatives (S : $p \leq 0,05$).

Résultats

158 patients en cours d'étude à J1 : 80% d'hommes, âge moyen : 57 ans, IMC moyen à 31,7 kg/m², IAH moyen : 47,3.

Masque nasal 69% (n=108) avec une pression fixe 75% (n=81) et avec une pression autopilotée 25% (n=27).

Masque naso-buccal 31% (n=48) avec une pression fixe 83% (n=40) et avec une pression autopilotée 16% (n=8).

En cas de mise en place d'un masque naso-buccal, le temps de titration ambulatoire est significativement plus long qu'avec un masque nasal (12,29 J vs. 7,43 J ; $p \leq 0,01$) car il y a plus de relevé de titrations (2,19 vs. 1,38 ; $p \leq 0,01$), le niveau de pression à J1 est plus élevé (11,75 cm d'eau vs. 10,53 ; $p \leq 0,01$), l'observance entre J1 et 6M est significativement plus mauvaise (4,38 J vs. 5,16 J ; $p \leq 0,05$), les modifications de pression à 3 mois sont plus fréquentes (39% vs 15%, $p \leq 0,01$), l'IAH résiduel sous PPC à 3 mois est plus élevé (6,95 vs. 3,57 ; $p \leq 0,01$). Pas de corrélation avec le sexe, l'IAH au diagnostic à J1 et le taux de déséquipement.

Les données sont représentées sur les graphes 1 et 2.

Conclusion

L'utilisation d'un masque naso-buccal est prédictive d'un temps de titration ambulatoire plus long, d'une sensibilité à la titration moins bonne et d'une observance moins bonne. Cependant, ces patients justifient d'un tel mode d'équipement.

Un certain retard s'est probablement accumulé dans le développement et le perfectionnement de ces masques au profit du masque nasal. Rattraper ce retard permettra probablement d'améliorer la qualité de traitement de ces patients.

* VitalAire Est rue René Cassin 90012 Belfort

** Centre de Pneumologie Hanauer : 24 b Rue Capito 67500 Haguenau

*** Median Conseil 3 B avenue du Léman 74200 Thonon-les-Bains

Graph 2 : Différence de résultats entre un masque nasal et un masque naso-buccal

	Temps de titration ambulatoire	Nombre de relevé de la titration	Niveau de pression à J1	Observance entre J1 et 6M	Modification pression à 3 mois	IAH résiduel sous PPC à 3 mois
Masque nasal	7,43 J	1,38	10,53 cm d'eau	5,16 H	15 %	3,6
Masque naso-buccal	12,29 J	2,19	11,75 cm d'eau	4,38 H	39 %	6,9
Nombre de patients analysés sous masque nasal/masque naso-buccal	108/48	108/48	81/40 (*)	108/48	91/36	100/41

(* uniquement appareil à pression fixe)