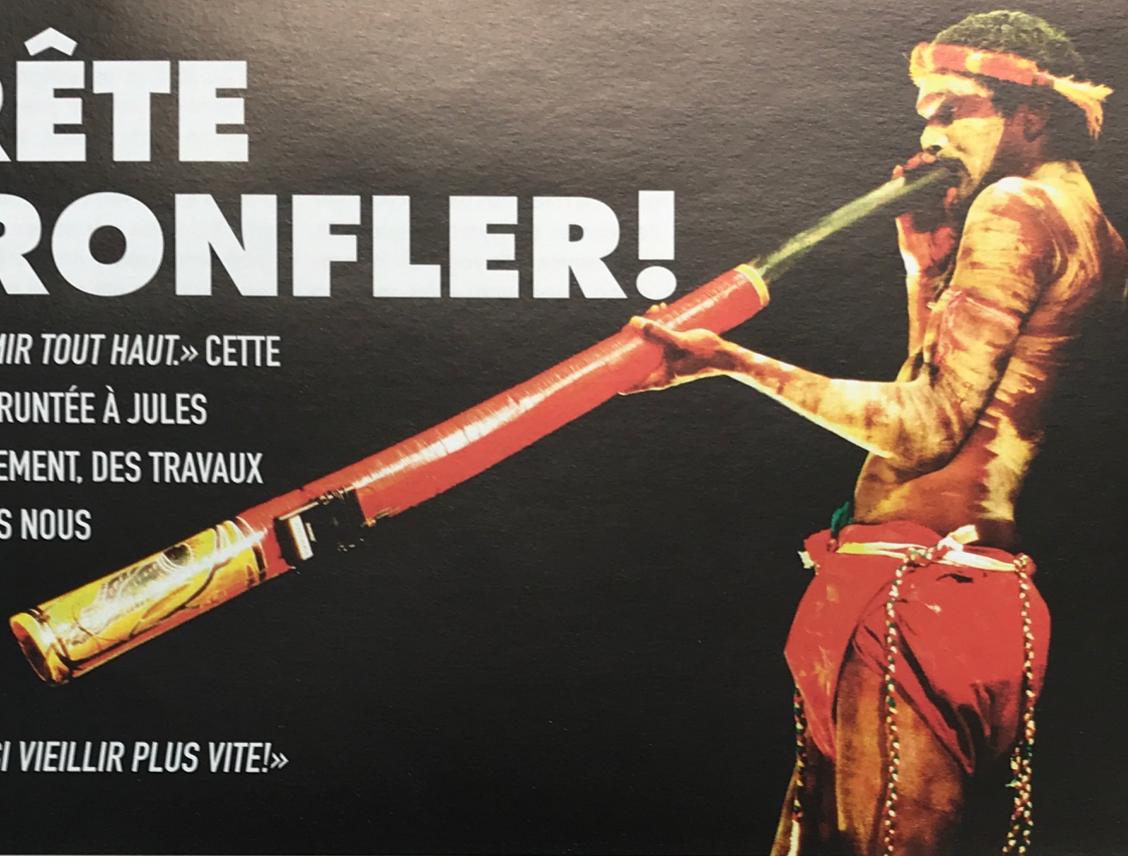


ARRÊTE DE RONFLER!

«RONFLER, C'EST DORMIR TOUT HAUT.» CETTE JOLIE PHRASE EST EMPRUNTÉE À JULES RENARD. MALHEUREUSEMENT, DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES RÉCENTS NOUS INCITENT À Y AJOUTER UNE EXTENSION MOINS RÉJOUISSANTE.

«RONFLER, C'EST AUSSI VIEILLIR PLUS VITE!»



Le docteur Paul Wulleman (64 ans), interniste-pneumologue, fondateur du site internet.sleepclinic.be, s'intéresse depuis plusieurs années aux pathologies du sommeil et principalement aux TRS (troubles respiratoires obstructifs du sommeil), nom générique donné aux apnées et ronflements, dont les répercussions sont infinies.



VOUS DITES QUE LE RONFLEMENT «RETENTIT COMME LA CORNE DE BRUME DANS L'OCÉAN DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES, MÉTABOLIQUES ET NEURODÉGÉNÉRATIVES DU XXI^E SIÈCLE».
QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE?

Les marins utilisent leur corne de brume dans les zones de navigation fréquentées quand les conditions de visibilité sont mauvaises. Dans ces cas-là, on ne discerne presque rien mais on peut toujours s'entendre. En manifestant sa présence par un signal sonore, on prévient les collisions et les naufrages. Les ronflements ressemblent à ces

cornes de brume. Et pas seulement pour leur sonorité, du reste. Eux aussi avertissent d'un danger. Seulement, personne ne les écoute!

QUEL EST CE DANGER?

Les ronflements sont le signe d'une mauvaise oxygénation des organes. Ils sont aussi les prémisses d'un état de santé précaire qui finira presque toujours par empirer. En effet, les ronflements sont fréquemment associés aux épisodes d'apnée du sommeil. Pendant ces épisodes, le dormeur arrête carrément de respirer pendant plus de dix secondes. Dix secondes, c'est la durée minimale pour poser le diagnostic d'une apnée. Seulement, on constate aujourd'hui que ce phénomène est très évolutif. D'abord, on ronfle. Puis on commence par faire des apnées à un rythme peu soutenu, ce qui explique qu'on passe longtemps sous le radar. Une étude épidémiologique menée en Suisse a montré que 83,8% des hommes de 40 ans étaient plus ou moins sujets aux apnées du sommeil. Chez les femmes, la situation est tout aussi préoccupante. Les chiffres indiquent une prévalence

des apnées de l'ordre de 35,1% avant la ménopause et de 71,6% après (1).

CES APNÉES PEUVENT ÊTRE IMPRESSIONNANTES POUR CEUX QUI EN SONT TÉMOINS. LE DORMEUR ARRÊTE TOUT SIMPLEMENT DE RESPIRER PENDANT UNE DURÉE VARIABLE: DIX SECONDES AU MINIMUM, PARFOIS QUINZE OU VINGT. MAIS HEUREUSEMENT, LE SOUFFLE FINIT TOUJOURS PAR REDÉMARRER, NON?

Effectivement, la respiration reprend toujours. Mais c'est parce qu'en réalité, le dormeur s'est brièvement réveillé. On le voit lorsqu'on fait une analyse du sommeil. L'électro-encéphalogramme indique des bouffées d'activité au cœur d'un sommeil plus profond, ce qui perturbe évidemment l'architecture de la nuit. Le lendemain, on se lève aussi épuisé que la veille. Tout cela est bien connu des médecins qui proposent de plus en plus souvent aux patients l'installation d'une machine de ventilation à pression positive continue, connue sous les initiales CPAP (en anglais)/PPC (en français). Son fonctionnement est



APRÈS LA BRUME!

simple: on provoque une surpression pour faciliter le passage de l'air dans les poumons et éviter les blocages. C'est très efficace! Seulement, cela ne résout pas le problème et lorsqu'on se trouve privé de son appareil, les apnées reprennent de plus belles.

QU'EST-CE QU'IL CONVIENT DE FAIRE ALORS?

On doit absolument apprendre à respirer différemment. Il faut savoir que les ronflements sont presque toujours le résultat d'une respiration buccale. Le passage de l'air par la bouche fait vibrer le voile flaccide à l'arrière du palais, ce qui provoque ces ondes sonores caractéristiques. On peut évidemment les supprimer ou du moins les atténuer en réséquant par la chirurgie une partie de ce voile, ainsi que la luette et les amygdales. Néanmoins, pas plus que l'appareillage avec une CPAP/PPC, cette pharyngotomie n'apporte de solution au problème respiratoire. Le patient continue de dormir la bouche ouverte. L'air continue de passer par-dessus la langue et donc celle-ci ne peut pas tenir sa place habituelle en support de la voûte palatine. Au fil des années, il se produit une atrophie musculaire avec une langue qui recule dans la gorge jusqu'à boucher la trachée artère, ce qui entraîne l'apparition des apnées. Pour s'en sortir, il faut donc se soumettre à un véritable programme de rééducation myofonctionnelle, comme on le ferait pour un problème articulaire. Une entorse par exemple.

RESTE À INVENTER UNE KINÉSITHÉRAPIE LINGUALE.

Elle existe déjà! On recommande à nos patients de faire des exercices chaque jour pour tonifier leur langue et lui permette de retrouver sa place naturelle dans la bouche (*). Par échographie, on essaie de mieux cibler les différents groupes musculaires concernés. On procède aussi à des autopsies pour apprendre corréler l'anatomie de la langue et le type de respiration qu'avait adopté la personne de son vivant. On progresse. Depuis peu, nous complétons la rééducation par le port nocturne d'un petit dispositif, appelé TRP («Tongue Right Positioner»), que l'on place au fond de la gorge au moment d'aller dormir et qui empêche la langue de basculer vers l'arrière. Les résultats sont épatants.

QUI EST PRINCIPALEMENT CONCERNÉ PAR CES DÉFAUTS RESPIRATOIRES?

Vous seriez surpris de l'apprendre! Ces mauvais réflexes respiratoires se prennent en réalité dès le début de la vie. Plusieurs facteurs contribuent à leur survenue comme les environnements malsains, pollués ou envahis de tabac. On voit ainsi des enfants et même des bébés avec le nez constamment bouché, contraint de respirer parfois bruyamment par la bouche. Leurs muqueuses s'assèchent, ce qui favorise la pénétration des microbes et l'inflammation des amygdales. S'instaure parfois un véritable cercle vicieux d'infections à répétition. Pour y remédier, on conseille aux parents de dégager les voies nasales avec des instillations de sérum physiologique, du moins tant que l'enfant est incapable de se moucher tout seul.

L'ALLAITEMENT FAIT AUSSI L'OBJET DE RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES.

Surtout depuis qu'on s'est rendu compte à quel point il est important pour le nourrisson d'exercer les muscles de la succion. Se nourrir au sein exige plus d'efforts qu'au biberon. De ce fait, les muscles et les os de sa mâchoire se développent à l'opposé de la tendance séculaire qui est plutôt au rétrécissement. On voit cela très clairement dans une



L'allaitement est essentiel pour le développement buccal du bébé. La Londonienne Sophie Power le sait. L'été passée, elle a disputé son premier UTMB tout en donnant le sein à son petit garçon de trois mois!



La ventilation à pression positive permet de forcer le passage de l'air en provenance de la cavité nasale à travers le larynx. On ne ronfle plus!

salle du British Museum où sont exposés des crânes humains de différentes périodes de l'histoire. Les bouches sont de plus en plus étroites. Ces dysmorphoses de la face sont probablement la conséquence du recul de l'allaitement maternel et d'une alimentation globalement plus tendre qu'autrefois. Comme notre bouche est plus étroite, on la garde constamment ouverte et cela affecte notre façon de respirer. Ensuite, les événements néfastes s'enchaînent. On respire mal. On dort mal. On est moins attentif pendant la journée et cela explique des phénomènes qui vont de l'hyperactivité chez l'enfant aux pseudo-Alzheimer des personnes âgées.

LES SPORTIFS AUSSI SONT CONCERNÉS.

Je suis toujours frappé de constater les faciès de ceux qui excellent dans leur discipline: Roger Federer, Usain Bolt, Eliud Kipchoge. Ils ont souvent des mâchoires très carrées. «Des belles gueules de champions» dit-on parfois pour rire. Mais je

pense que cela correspond à une réalité phénotypique. Pour briller dans une discipline, il vaut mieux avoir acquis une bonne maîtrise de la respiration nasale. De ce fait, on dort plus profondément. Le taux de saturation en oxygène reste au maximum pendant toute la nuit. On récupère mieux.

LORSQU'ON PRODUIT UN EFFORT, IL ARRIVE TOUJOURS UN MOMENT OÙ LE FLUX D'AIR EST TEL QU'ON DOIT RESPIRER PAR LA BOUCHE. GUEULE CARRÉE OU PAS.

C'est exact. Seulement, une bonne respiration nasale permet de retarder ce moment et, même à l'effort, elle garde une place dans l'aération, ce qui explique la mode des écarteurs nasaux qu'arboraient de nombreux sportifs il y a une quinzaine d'années. Or c'est très important qu'une partie de l'air continue à transiter par le nez. Ainsi, il entre en contact avec le tissu sinusal dont les cellules produisent du monoxyde d'azote (NO) qui sera ensuite acheminé d'abord dans les

Sans la machine



Avec la machine



alvéoles pulmonaires, puis dans le sang, pour enfin atteindre les cellules périphériques. Or ce gaz induit une vasodilatation, ce qui permet aux muscles d'être globalement mieux irrigués. C'est précieux dans le sport. Cela vaut aussi pour les autres organes! En respirant le plus possible par le nez, on réduit le risque d'être atteint par une maladie métabolique, des problèmes d'impuissance, des pertes de mémoire ou des pathologies cardiaques.

D'ÊTRE VICTIME D'ASTHME ÉGALEMENT?

Bien sûr. Dans les années 50, le chercheur ukrainien Konstantin Buteyko avait observé l'impact d'une respiration buccale chez un groupe de patients parmi lesquels figuraient des asthmatiques. Chez ces derniers, l'air parvenait aux poumons sans subir le filtrage nasal. C'est une explication. Tout comme le fait que la baisse de l'apport en NO complique les échanges gazeux.

L'HYPERTENSION EST-ELLE AUSSI LE RÉSULTAT D'UNE VENTILATION DÉFICIENTE?

C'en est même la cause la plus évidente! Des personnes sous traitement ont pu ainsi radicalement abaisser leur prise de médicaments antihypertenseurs rien qu'en changeant leur façon de respirer. Un travail récent vient même de démontrer, à partir d'échographies Doppler de l'artère brachiale, que

Le TRP (Tongue Right Positionner) pour éviter le coup de recul





l'épithélium réagissait différemment selon qu'on aspirait volontairement l'air par le nez plutôt que par la bouche pendant cinq minutes (2). C'est très impressionnant de voir tout ce que le monoxyde d'azote induit comme changements. Bref, on a de bonnes raisons de prendre les problèmes de ronflement au sérieux! Et pas seulement pour des questions de bon voisinage d'oreiller. Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique!

VOUS PARLIEZ DES MALADIES CARDIAQUES. SE POURRAIT-IL QUE LE CŒUR DES PERSONNES QUI RESPIRENT PAR LA BOUCHE PORTE À LA LONGUE LES STIGMATES DE CE MANQUE DE MONOXYDE D'AZOTE?

Une piste séduisante serait effectivement que la déficience en

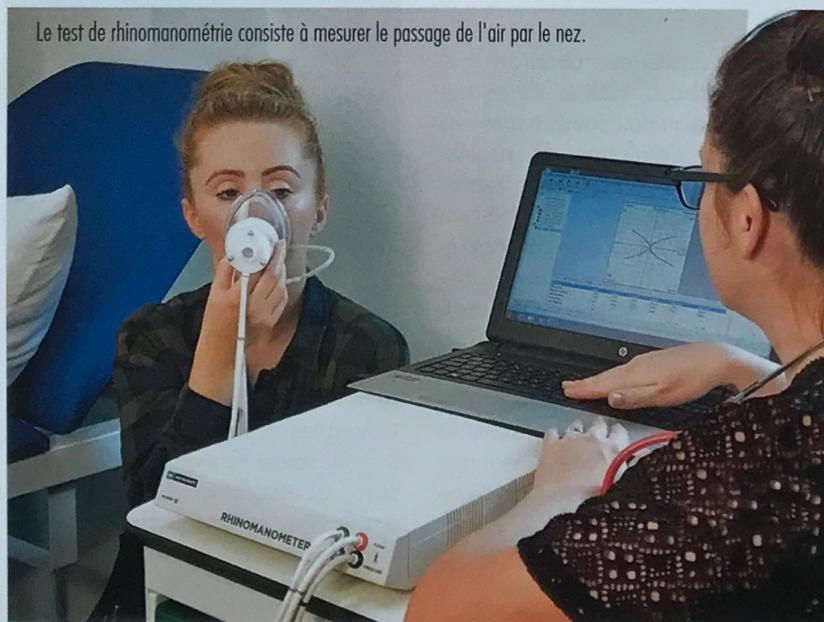
NO de l'endothélium vasculaire (la membrane d'échange entre les tissus et le sang), due à une mauvaise respiration nasale nocturne, expose le cœur à un remaniement fibrotique ayant des répercussions d'abord en phase de remplissage (diastole), puis en phase de contraction (systole). A ce premier danger s'ajoutent d'éventuels problèmes de fibrillation auriculaire dont sont parfois victimes les sportifs seniors. Alors oui, le cœur peut pâtir de nos habitudes respiratoires. D'ailleurs, on retrouve un problème similaire chez les personnes qui consomment des médicaments antiacide ou qui font très régulièrement des bains de bouche. Ils modifient leur flore buccale en éliminant les bactéries qui fabriquent des enzymes NO synthétases. De ce fait, ils fatiguent leur cœur!



COMMENT DOIVENT FAIRE LES PERSONNES QUI SONT TOUT SIMPLEMENT INCAPABLES DE RESPIRER CORRECTEMENT PAR LE NEZ? CERTAINES ONT L'IMPRESSIION D'ÉTOUFFER QUAND ELLES FERMENT LA BOUCHE.

D'abord, il faut déterminer la cause de cette incapacité. S'agit-il d'une inflammation des muqueuses, de végétations, d'un kyste qui ferait obstruction au passage de l'air? Pour le savoir, on procède au test de rhinomanométrie. Cela consiste à mesurer le flux d'air transitant par les narines avant et après une constriction des muqueuses que le chercheur provoque à l'aide d'un spray spécial. Chaque cas sera alors traité différemment. S'il s'agit d'un problème architectural, une déviation de cloison par exemple, la solution sera peut-être chirurgicale. Mais cela vaut la peine. Il vaut mieux se faire opérer du nez que du cœur quelques années plus tard, non?

■ Propos recueillis par Gilles Goetghebuer



(*) Le blocage des voies respiratoires supérieures par la langue est effectivement l'explication la plus classique des apnées du sommeil. Les autres causes, beaucoup plus rares, sont le syndrome de Pickwick (écrasement du thorax en cas d'obésité massive), la maladie d'Arnold-Chiari (une malformation cérébelleuse) ou des pathologies du sommeil comme le syndrome de Kleine-Levin.

Références:

- (1) *Impact of sex and menopausal status on the prevalence, clinical presentation, and comorbidities of sleep-disordered breathing*, dans *Sleep Medicine*, novembre 2018
- (2) *"Effet de la respiration nasale sur la mobilisation du monoxyde d'azote des sinus paranasaux chez une population masculine"*, travail de fin d'étude de Simon Robert (Institut supérieur d'ergothérapie et de kinésithérapie de la Haute-école Bruxelles-Brabant), 2019