



# Le rôle du chirurgien-dentiste (orthésiste) dans la prise en charge de l'apnée du sommeil

**Mickael SALTIEL**  
Paris

Dans le numéro de septembre le rôle du chirurgien-dentiste dans le traitement du ronflement a été traité. Ce rôle est encore plus important dans la prise en charge des patients apnéiques. Le chirurgien-dentiste doit contribuer au dépistage, éliminer les contre-indications à un traitement par orthèse, la choisir, la poser, la régler et assurer le suivi. Après avoir détaillé les conditions de prise en charge nous verrons quels sont les différents cas de figure auxquels se trouve confronté le chirurgien-dentiste orthésiste ainsi que les différentes formations proposées.

## Modalités de prise en charge et de remboursement de l'orthèse d'avancée mandibulaire

### Prise en charge

Depuis le 28 octobre 2016, la prise en charge de l'orthèse d'avancée mandibulaire par la sécurité sociale a été actée.

Pour cela différentes conditions doivent être remplies.

- Patients ayant un  $Iah/H > 30$  ou  $15 < Iah/H < 30$  en l'absence de signes de gravité associé et présentant au moins trois des symptômes suivants : somnolence diurne, ronflements sévères et quotidiens, sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil, fatigue diurne, nycturie, céphalées matinales.
- En cas de refus ou d'abandon de VPPC. Le praticien doit avoir suivi une formation spécifique à l'acte.

### Les remboursements

L'orthèse peut être remboursée si les conditions de prise en charge sont remplies et si le médecin somnologue fait une demande d'entente préalable. L'absence de réponse de la caisse de Sécurité sociale sous 15 jours vaut accord. L'orthèse doit avoir fait l'objet d'une inscription sur la liste des produits et prestation remboursable établie par la sécurité sociale (LPPR). Elles sont au nombre de 6 (cf AOnews #4).

Les honoraires du chirurgien-dentiste orthésiste sont de deux ordres.

- L'acte correspondant à « la pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire » et comprenant la prise d'empreinte, la pose et le réglage de l'orthèse (code LBLD017). Le montant est de 150€ (avec un supplément en ED de 130 € peut être bientôt possible les discussions étant en cours actuellement entre les syndicats et la sécurité sociale).
- Un « supplément pour examen spécifique préalable et postérieur à l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire dans le traitement du Syndrome d'apnées obstructives du sommeil (code YYYY465) d'un montant de 70 € opposable.

Il n'y a pas de demande d'entente préalable. Suivant les situations cliniques rencontrées le praticien devra adapter son comportement. Si les conditions de prise en charge ne sont pas remplies, les actes sont hors nomenclature. Si les conditions de prises en charge sont remplies et que le praticien réalise une

orthèse inscrite à la LPPR, l'orthèse et les honoraires seront remboursés. Si l'orthèse n'est pas inscrite à la LPPR (bielles de Hebst par exemple réalisées par votre prothésiste) seuls vos honoraires seront pris en charge.

### Différentes situations cliniques

#### Patient atteint de ronflement, SAOS suspecté

Dans le cas d'un patient atteint de ronflement, un SAOS peut être suspecté. Le chirurgien-dentiste devra donc adresser ce patient à un confrère somnologue (ORL, pneumologue, cardiologue...) dans le but d'établir un diagnostic.

Si le SAOS est diagnostiqué comme sévère la pose d'une orthèse d'avancée mandibulaire

sera donc prise en charge par l'assurance maladie ainsi que l'orthèse si elle bénéficie d'une inscription à la LPPR (voir le numéro de septembre 2016, AOnews #4)

Après examen clinique exo buccal, endo buccal et radiographique (radio panoramique) afin d'écarter toute contre-indication dentaire ou articulaire, la pose d'une orthèse d'avancée mandibulaire de port immédiat Oniris, faite sur mesure (*custom fitted*) est effectuée (Fig.1). L'avancée est réglée (légère tension mais très tolérable) Le patient va effectuer lui-même l'avancée nuit après nuit en fonction des signes cliniques (ronflements...) en avançant millimètre par millimètre grâce aux barrettes de longueurs différentes (Fig.2) et un rendez-vous de contrôle est fixé à une semaine. On recommande au patient de ne

plus porter son orthèse une semaine avant l'examen diagnostique (Polygraphie ou polysomnographie) afin de ne pas fausser les résultats. Si ceux-ci sont positifs les réglages de l'orthèse sont optimisés jusqu'à disparition des signes subjectifs. Un courrier est alors remis au patient afin de prendre rendez-vous avec le somnologue pour effectuer un contrôle objectif de l'efficacité.

Dans ce cas une prise en charge par la sécurité sociale est possible.

#### Patient traité par VPPC, voyageant souvent : orthèse en complément de traitement

Dans le cas d'un patient traité par la Ventilation par Pression Positive Continue, mais qui se rend souvent en déplacement, et ne prend



## LA FORMATION AU CŒUR DE LA PRATIQUE

Accompagnement personnalisé avec des parcours formation sur-mesure et des solutions concrètes pour le développement de l'activité et sa mise en œuvre au cabinet ou au laboratoire.



### Blended learning & personnalisation

- Compagnonnage
- Coaching au cabinet
- Projet de pose sur patient
- Atelier collaboratif
- E-learning
- Formation théorique
- Travaux pratiques
- Chirurgie en direct...

### Pluridisciplinaire

- Chaîne numérique
- Implantologie
- Parodontologie
- Orthodontie
- Esthétique
- Gestion du cabinet
- Communication...

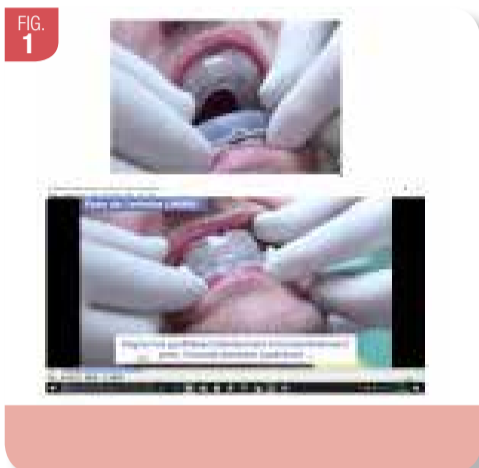
### Formation de l'équipe

- Dentiste
- Prothésiste
- Assistante



Nouveaux catalogues de formation disponibles en ligne  
[www.evolyou.dental](http://www.evolyou.dental)

pas son appareillage il est nécessaire d'avoir un complément de traitement. Si le patient est traité par VPPC, son SAOS est qualifié de sévère, il apparaît donc indispensable de pouvoir traiter ce patient. L'examen clinique bucco-dentaire est identique au cas précédent. Une orthèse de port immédiat va être posée au patient. Dans ce cas il n'y aura pas de prise en charge ceci n'étant possible qu'en cas de refus ou d'abandon de traitement par VPPC.



#### Patient traité par VPPC mais ne l'a supportant pas

Le patient traité par VPPC comme dans le cas précédent, souffre d'un SAOS sévère. De nombreux patient ne supportent pas l'appareillage par VPPC (sensation de claustrophobie, irritation au niveau du masque, impact psychologique) et abandonnent le traitement. Ceci constituerait une aberration de ne pas traiter ce patient. Une orthèse de port immédiat sera proposée au patient dans un premier temps afin de valider la tolérance et l'efficacité puis un traitement par orthèse de laboratoire sera mise en œuvre, et les réglages effectués. Tant que les signes subjectifs ne sont pas nettement améliorés

(disparition des ronflements, de la somnolence, d'une éventuelle polyurie...). L'avancée sera augmentée millimètre par millimètre en mettant des barrettes de plus en plus longues. L'occlusion est vérifiée afin de favoriser la compliance et d'éviter l'apparition de signes douloureux et l'efficacité validée par un contrôle objectif effectué par le somnologue. (Fig3). Si celle-ci est insuffisante un nouveau réglage sera effectué.



Les conditions de prise en charge étant remplies le patient aura droit aux remboursements.

#### SAOS léger/modéré diagnostiqué, pas de prise en charge de l'orthèse

Dans le cas d'un SAOS léger à modéré, le port d'orthèse d'avancée mandibulaire n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. Après examen clinique exo buccal, endo buccal et radiographique afin d'écarter toute contre-indication dentaire ou articulaire, la pose d'une orthèse d'avancée mandibulaire de port immédiat est effectuée. Une fois l'avancée mandibulaire optimale atteinte, permettant de diminuer les signes cliniques subjectifs, un contrôle d'efficacité sera effectué afin de constater une baisse de l'IAH. En fonction des capacités financières du patient une orthèse de port différé peut ensuite être réalisée.

#### Formation spécifique à l'acte

Le traitement de patients ayant besoin d'une orthèse nécessite, pour qu'une prise en charge soit possible d'avoir suivi une formation spécifique. Ceci est tout à fait justifié compte tenu des compétences nécessaires afin d'assurer une bonne efficacité (objet du traitement) et un bonne compliance (traitement chronique donc demandant une bonne tolérance à long terme).

#### Traitement de l'efficacité

Toutes les orthèses que nous utiliserons doivent permettre d'avancer suffisamment la mandibule afin d'optimiser le traitement. Une avancée progressive (titration de l'orthèse) fonction de l'évolution des signes cliniques d'efficacité sera réalisé et les effets secondaires mécaniques traités (sensibilités secondaires, musculaire, inflammation articulaire). Il faut noter que les articulations ne seront pas, comme longtemps affirmé, menacées par le port d'une orthèse, mais au contraire protégées. Si des douleurs articulaires sont présentes elles sont toujours dues à un problème de réglage. Il suffit alors de rajouter un peu de résine afin de retrouver un calage postérieur. (Fig. 4)



#### Optimisation de la compliance

L'orthèse devant être portée toute la nuit, toutes les nuits et pendant toute l'année, pour les apnéiques sévères il est important qu'elle soit bien tolérée. Nous devons donc apprendre à solutionner les problèmes rencontrés : douleurs musculaires, douleurs articulaires, qu'elles soient uni ou bilatérales, douleurs dentaires ou parodontales, stabilité occlusale en cours et en fin de traitement ; Si une surocclusion est relevée, elle sera éliminée en respectant les mêmes principes qu'avec nos reconstructions prothétiques (Fig. 5 et 6)



#### Formation spécifique

Actuellement deux formations sont proposées.

La première, essentiellement théorique, est très axée sur le sommeil et fait l'objet d'un DU dans le cadre de l'université Paris 7.

La deuxième, basée sur des ateliers cliniques, se déroule sur une journée et est organisée par l'UFSBD.

Compte tenu des besoins d'autres formations ne tarderont pas à voir le jour (un diplôme hospitalier très pratique serait en cours de préparation à l'hôpital Bretonneau). Les lecteurs d'alpha Oméga News seront bien sur informés.

#### Conclusion

Devant le problème de santé publique posé et grâce aux orthèses existantes ainsi qu'à leur prise en charge aujourd'hui il est important que notre profession se mobilise afin de traiter cette problématique qui va complètement dans le sens de notre rôle d'acteur de la santé bucco-dentaire. Il est essentiel de nous former rapidement sous peine de voir d'autres acteurs (ORL essentiellement) prendre en charge cette problématique.

#### Bibliographie

1. -American Academy of Sleep Dental Medicine : AADSM protocol for oral appliance therapy for sleep disordered breathing in adults : an update for 2012. Darien : ADSM, 2012
2. -Chouard Ch, Meyer B, Napoléon souffrait il du syndrome d'apnées du sommeil ? Ann Otolaryng chir cervicof. 1998
3. -Ferguson KA and all. Oral appliance for snoring and obstructive sleep apnea : a review. Sleep 2006
4. -Guilleminault and all. The Sleep apnea syndrome. Annu Rev Med 1976
5. -Société de pneumologie de langue française and all. Recommandations pour la pratique clinique du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil. Rev mal Respir 2010.



Anne-Sophie POROT

## Rôle du chirurgien – dentiste pédiatrique

Anne-Sophie POROT  
Paris

Le SAOS touche environ 1 à 4% des enfants d'âge scolaire, avec un pic de fréquence entre 3 et 6 ans.

Si la physiologie du SAOS reste la même, il est important de garder en mémoire que le seuil pathologique chez l'enfant est déterminé à une apnée par heure, son diagnostic et sa prise en charge précoce sont donc primordiaux afin d'éviter les différentes complications altérant le bon développement de l'enfant (croissance staturo-pondérale, car-

diovasculaire, cognitive et comportementale, neurologique et endocrinienne).

Or la symptomatologie clinique seule ne permet pas de différencier le SAOS des ronflements « simples » évoqués dans la première partie de cet article. La polysomnographie reste l'examen de référence chez l'enfant comme chez l'adulte, malheureusement, la demande est beaucoup trop forte pour qu'un tel examen soit réalisé rapidement pour chaque cas suspecté.

Sachant cela, que doit-on faire face à une suspicion de SAOS chez un enfant ?

#### Dépistage

Tout comme le ronflement, le dépistage du SAOS se fait sur l'interrogatoire médical des parents afin de lister les différents symptômes, ainsi que sur l'examen clinique et radiologique de l'enfant. (Tableau 1)

Au niveau de l'examen clinique exo-buccal, il faudra avant tout repérer un trouble ou non de la croissance staturo-pondérale (retard de croissance comme obésité), un faciès adénoïdien (type face longue, cernes, lèvres fines et sèches, nez retroussé) présentant dans la très grande majorité des cas, une respi-

ration buccale. Les éléments de dépistage à l'examen endo-buccal vont quant à eux reposer sur deux points principaux, l'examen des tissus mous d'une part, et des tissus durs d'autre part, les arcades dentaires subissant les anomalies fonctionnelles de la langue et de la respiration.

Dans le même temps, l'examen clinique doit rechercher la présence d'amygdales hypertrophiques, d'une luette très importante voire même d'une macroglossie comme chez l'adulte sont autant d'éléments à relever pouvant expliquer une obstruction des voies respiratoires. L'enfant peut également présenter