

Ronflement et apnée du sommeil : quand la bouche ferme les yeux

Notes de conférence — Dre Isange Remacle, DMD · JDIQ 2026

1. Pourquoi ce sujet ?

Plus de 18 millions de personnes souffrent d'apnée du sommeil en Amérique du Nord — et 80 % ne sont pas diagnostiquées. Plusieurs de ces signes sont visibles en bouche. Vous êtes la première ligne de détection.

Deux paradigmes s'affrontent aujourd'hui :

- Ancien : la malocclusion est le problème, les broches sont la solution
- Nouveau : la forme du visage est la conséquence d'une dysfonction — et elle peut être influencée

2. Terminologie essentielle

TRS (Troubles Respiratoires du Sommeil) : terme parapluie qui englobe tout le continuum.

- Ronchopathie : ronflement simple, sans apnées
- SRVAS : résistance accrue, micro-éveils, mais IAH normal
- SAHOS : apnées + hypopnées, IAH ≥ 5 chez l'adulte, ≥ 1 chez l'enfant
- AOS / ACS / Mixte : obstructive (la plus fréquente), centrale, combinée

 **Respiration versus ventilation :** la respiration désigne l'ensemble du processus — de l'entrée d'air jusqu'aux échanges gazeux cellulaires — tandis que la ventilation désigne spécifiquement le mouvement mécanique d'air dans les poumons. Dans cette conférence, on utilise « respiration » comme terme parapluie.

À retenir : vous ne diagnostiquez pas — vous dépistez et référez.

3. L'alimentation a changé — et notre mâchoire aussi

Corruccini (Am J Orthod, 1984) : +50 % de malocclusions dès la 1re génération après adoption d'une alimentation transformée. +70 % à la 2e génération, +85 % à la 3e.

Rando, Hillson & Antoine (Archives of Oral Biology, 2014) : crânes médiévaux vs post-médiévaux de Londres — réduction mesurable de la largeur mandibulaire après la Révolution industrielle.

Ce n'est pas la génétique. C'est la fonction.

4. Les 4 lois de Planas (RNO)

Pedro Planas, dentiste espagnol, Membre de l'Académie royale de médecine de Barcelone. Son principe fondateur : « La fonction guide la forme. »

- Loi 1 — Hauteur minimale : la mandibule va toujours vers le côté de moindre résistance
- Loi 2 — Développement postéro-antérieur : chaque côté a une trajectoire de croissance selon son usage
- Loi 3 — Développement transversal : la mastication bilatérale alternée stimule l'expansion du palais
- Loi 4 — AFMP (Angle Fonctionnel Masticatoire) : doit être symétrique. Un AFMP inégal = signe d'alarme

Mastication unilatérale chronique → palais étroit → langue basse → rétroposition mandibulaire

5. Drapeaux rouges en clinique — quelques exemples

Demandez-vous : « Est-ce que ce patient fonctionne normalement... ou est-ce qu'il compense constamment ? »



Gestion de la salive

- S'étouffe avec sa salive au fauteuil
- Succion constante pendant le traitement
- Bave la nuit / oreiller mouillé



Gestion de la langue

- Il vous faudrait trois mains pour travailler sur une 6 ou 7 supérieure
- Langue toujours dans le champ opératoire
- Vous avez l'impression de « pousser » la langue et de vous faire des muscles pour pouvoir travailler



Respiration et visage au repos

- Bouche ouverte quand vous lui parlez
- Respiration buccale lorsque la personne vous parle
- Narines étroites, irritées, rouges (souvent enrhumé)
- Respire par la bouche même en salle d'attente, en regardant un écran, etc.



Signes bucco-dentaires

- Caries cervicales multiples chez un jeune (bouche sèche chronique)
- Plaque plus difficile à enlever, tartre sur le buccal des antérieures inférieures
- Usure incisive sans bruxisme évident
- Empreintes linguales sur les dents

Réflexe clinique : si vous vous dites « ce patient compense » → c'est déjà un TOM. Documentez. Questionnez. Référez.

6. Outils de dépistage — questionnaires validés

Adultes

- STOP-Bang
- Échelle d'Epworth
- Questionnaire de Berlin

Enfants

- Questionnaire de dépistage pédiatrique maison — rempli par le parent à la clinique
- Bear Score (BEARS)

Ces questionnaires ne diagnostiquent pas — ils orientent la référence. Seul un médecin pose le diagnostic.

7. L'examen clinique en 60 secondes

- Mallampati ≥ 3 (visibilité réduite du pharynx)
- Friedman — position de la langue et des amygdales
- Largeur palatine (rouleau coton 38 mm — palais normal)
- Freins lingual et labial
- Ouverture maximale (3 doigts = 40 mm normal)
- ATM — claquements, douleur
- Respiration buccale au repos observable ou quand la personne vous parle

Ressources cliniques : thebreatheinstitute.com/research-downloads/

8. Deep bite et dimension verticale d'occlusion (DVO)

Deep bite → rétroposition mandibulaire → réduction espace rétrolingual → collapsus pharyngé

Effets de la perte de DVO :

- Compression musculaire et articulaire
- Activation axe HPA → ↑ cortisol (Ono Y., Brain Sciences 2022)
- Troubles mémoire, concentration (Zhang et al. 2022)

Augmenter la DVO est sûr :

- Jusqu'à 5 mm bien toléré — adaptation neuromusculaire en 3-4 semaines (Abdul et al. 2012)
- OAM : augmentation DVO contrôlée + avancement mandibulaire

Ce n'est pas dangereux en soi — c'est le contexte fonctionnel qui compte.

9. Les traitements

Hiérarchie thérapeutique :

- Chirurgie : adéno-amygdalectomie (enfant), UPPP (adulte)
- CPAP : gold standard diagnostic — compliance ~50 % abandon à 1 an
- OAM (Orthèse d'Avancement Mandibulaire) : réduction IAH 48-67 % (méta-analyse 1 883 patients, Palomo 2026)
- TMO (Thérapie Myofonctionnelle Orofaciale) : réduction IAH 50-62 % (Camacho 2015)
- Expansion palatine (ERP) chez l'enfant : ~70 % réduction IAH — fenêtre 6-13 ans (ATS 2024)

OAM — ce qu'il faut dire au patient :

- ~20 % de symptômes ATM à court terme — réversibles
 - ~35-50 % d'inconforts matinaux en début de traitement — transitoires
 - ~25-26 % d'abandon — contre 50 % pour le CPAP
 - Titration progressive obligatoire · cire d'occlusion matinale 15-20 min · Suivi aux 6 mois
-
-
-

10. Mon parcours clinique de façon générale

Approche bio-orthodontique — 3 étapes séquentielles :

- Étape 1 — Transverse (élargir le palais) : même chez les moins de 5 ans — appareils myofonctionnels, Expansion rapide du palais (ERP). Usumez 2004, Uysal 2012 : ↑ volume nasopharyngé + ↓ résistance nasale.
 - Étape 2 — Vertical (ouvrir l'occlusion) : si surplomb vertical important (deep bite) — priorisé avant transverse dans certains cas. Ne jamais avancer si non corrigé.
 - Étape 3 — Sagittal (antéro-postérieur) : une fois transverse + vertical établis, appareils fonctionnels, combiné avec TMO.
-
-
-

11. Ce que vous allez remarquer différemment dès demain matin

Ces signaux, vous les voyez déjà.

À chaque visite — enfant

- On regarde l'extra-oral : visage, posture, signes
- Respire-t-il par le nez ou la bouche (mixte) ?
- Ronfle-t-il ou respiration bruyante ? (jamais banal)
- Lèvres fermées au repos ? Langue au palais ?
- Largeur palais · Mallampati

À chaque visite — adulte

- Ronflement, fatigue, apnées témoignées ?
- Bruxisme, usure, deep bite, perte de DVO ?
- Si risque élevé → référer AVANT d'intervenir

Votre rôle : dépister et référer. Seul un médecin pose le diagnostic.

Références principales

- Palomo JM et al. Sleep-disordered breathing and orthodontics: AAO white paper update. *AJODO* 2026;169:419-27.
- Camacho M et al. Myofunctional therapy to treat OSA. *Sleep* 2015;38:669-75.
- Corruccini RS. *Am J Orthod* 1984;86:419-26.
- Rando T, Hillson S, Antoine D. *Archives of Oral Biology* 2014.
- Leproult R, Van Cauter E. Effect of 1 week of sleep restriction on testosterone. *JAMA* 2011;305:2173-4.
- Van Dongen HPA, Dinges DF et al. The cumulative cost of additional wakefulness. *Sleep* 2003;26:117-26.
- Abdul J, Lyons K. Increasing vertical dimension of occlusion: a review. *Aust Dent J* 2012;57:1-10.
- Ono Y et al. Occlusal disharmony and hippocampal changes. *Brain Sciences* 2022.
- Ehsan Z et al. (ATS). Management of persistent post-AT OSA in children. *AJRCCM* 2024;209:248-61.
- Netzer NC et al. Using the Berlin questionnaire to identify patients at risk for OSA. *Ann Intern Med* 1999;131:485-91.