

SAS-BPCO

16 BPCO ET COMORBIDITES

F. Saadi, S. Nafti

Clinique des Maladies Respiratoires «Pr D.Larbaoui» CHU Mustapha

La BPCO est reconnue comme une cause majeure de mortalité et de morbidité. Sa prévalence est en constante augmentation depuis plus de 20 ans dans la plupart des pays. D'ici 2020 cette maladie devrait se placer au troisième rang des causes de mortalité et morbidité dans le monde, en raison du vieillissement de la population. Aujourd'hui, la BPCO n'est plus présentée comme une maladie seulement pulmonaire, mais plutôt comme une maladie générale à point de départ respiratoire. Un ensemble de comorbidités telles que les pathologies cardiovasculaires, le cancer bronchique, le diabète, la dépression et l'anémie se manifestent de façon fréquente chez les patients BPCO et compliquent l'évolution naturelle de cette maladie.

Cette étude rétrospective concerne 122 patients suivis à l'UCTMR LEON BERNARD sur une période de 03ans (2010, 2011, 2012) et dont l'intérêt est de montrer le retentissement des comorbidités sur les patients, et son rôle dans l'altération de la qualité de vie et l'aggravation de la maladie (accélération du déclin du VEMS, augmentation du nombre des exacerbations, et limitation du périmètre de marche) ainsi de mieux localiser sa place dans la prise en charge globale de la maladie.

Il s'agit de 122 hommes que nous avons partagé en deux groupes, le premier groupe (A) est composé de patients BPCO GOLD II, III, IV sans comorbidités, le deuxième groupe (B) est composé de même stades mais avec une ou plusieurs comorbidités. Les moyens de diagnostic des maladies cardiovasculaires étaient (L'ECG et l'échocardiographie), le cancer bronchique (la radiographie thoracique standard, la TDM, et la fibroscopie bronchique), l'anémie (taux d'Hg, CCMH), diabète (glycémie), syndrome métabolique (périmètre ombilical, bilan lipidique (cholestérol, TG), plus de 60% de nos patients avaient un âge supérieur à 61ans, dont 48% avaient un GOLD III alors que 26% avaient un GOLD II et IV, dans le groupe B 65% des patients avaient des maladies cardiovasculaires alors que la dépression et l'anxiété étaient à 2%, le déclin du VEMS était plus remarqué dans le groupe B, le recours à l'hospitalisation était plus marqué dans le groupe B (17% en 2010 et 2011, 15% en 2012), le périmètre de marche était plus limité dans le groupe B GOLD IV il était inférieur à 50mètres. Les comorbidités sont un nouvel enjeu médical et thérapeutique dans la BPCO. Elles constituent un élément incontournable par leur fréquence élevée, leur impact considérable sur la qualité de vie et le pronostic vital des patients.

Les comorbidités sont un élément essentiel à prendre en compte dans le suivi des maladies chroniques, la BPCO n'est pas une exception. Néanmoins, peu d'études avaient évalué de manière prospective l'impact des comorbidités sur la mortalité des patients BPCO. Alors que les malades à un stade IV sont les

plus graves d'un point de vue fonctionnel respiratoire et ont l'espérance de vie la plus courte, c'est aussi la population pour laquelle les décès directement liés à la BPCO sont les plus importants. La mortalité hospitalière a été de 12%.

Les facteurs pronostiques de mortalité trouvés dans notre série sont : la survenue de complications ($p < 0,001$), l'ancienneté de l'asthme ($p = 0,006$), la notion de non-observance thérapeutique ($p = 0,01$).

17 CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET FONCTIONNELLES DU SYNDROME D'APNÉE HYPOPNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL CHEZ LES SUJETS AYANT UNE OBÉSITÉ SÉVÈRE

N. Keskes Boudawara, R. Ouaja, A. Kacem, L. Boussoffara, W. Braham, M. Sakka, J. Knani.

Service de Pneumologie, CHU Tahar Sfar Mahdia, Tunisie

Introduction : L'obésité sévère est un véritable facteur de risque cardiovasculaire, son association à des troubles respiratoires en particulier le syndrome d'apnée hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS), est très fréquent.

But : le but de cette étude est de déterminer les caractéristiques démographiques et fonctionnelles du SAHOS chez des sujets ayant une obésité sévère et de déterminer les facteurs prédictifs.

Patients et Méthodes : étude rétrospective réalisée au service de pneumologie du CHU Tahar Sfar Mahdia sur une période de 11ans.

Critères d'inclusions : Patients adultes âgés de plus de 18 ans, obèses avec un IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ et qui consultent pour une gêne respiratoire au cours du sommeil. Les données démographiques, cliniques, biologiques, l'exploration fonctionnelle respiratoire et les résultats de la polygraphie, ont été comparées aux patients obèses ayant un IMC entre 30 kg/m^2 et 35 kg/m^2 .

Résultats : Cent quatre vingt dix patients obèses ont été inclus (155 femmes et 35 hommes, âge moyen : 54 ± 12 ans). Une comorbidité a été retrouvée chez 68% des patients. En dépit d'une obésité 12,6 % des patients inclus n'ont pas présenté de SAHOS ($\text{IAH/h} < 5$). Le SAHOS était léger à modérée ($5 \leq \text{IAH/h} < 30$) chez 38% des cas et sévère avec un $\text{IAH/h} \geq 30$ chez 49,4% des cas. Le syndrome obésité hypoventilation (SOH) a été retrouvé chez 15 patients (11%) associé à un SAHOS.

L'analyse univariée des différents paramètres est résumée dans le tableau suivant :

	$30 < \text{IMC} < 35 \text{ kg/m}^2$ N=141	$\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ N=190	P
Sexe F / H	75/66	155/35	<0.001
Âge moyen (années) $\pm$ DS	50 ± 13	54 ± 12	0.01
Co-morbidités (%)	37	63	0.003
Echelle d'Epworth	11 ± 5	12 ± 6	0.584
DVO (%)	29	71	0.253
DVR (%)	32,5	67,5	0.002
PaO2 moyenne $\pm$ DS mmHg	$86,3 \pm 17$	79 ± 15	0.01
PaCO2 moyenne $\pm$ DS mmHg	$39,5 \pm 6,5$	$40,7 \pm 7,8$	0.257
Sat O2 $\geq 90\%$ (%)	32,3	67,8	0.008
IAH/h moyen $\pm$ DS	32 ± 17	34 ± 28	0.581
SOH (%)	7	11	0.14

DVO : déficit ventilatoire obstructif. DVR : déficit ventilatoire restrictif. SatO2 : saturation en O2.

IAH/h : index d'apnée hypopnée par heure d'enregistrement.
SOH : syndrome obésité hypoventilation. L'analyse multivariée par la méthode de régression logistique a montré que le sexe féminin [Or : 1, 03, IC 95% [1, 00-1, 09], $p < 0, 01$], la présence de Co-morbidité [Or : 2, 86, IC 95% [1, 24-2, 59], $p < 0, 01$], un DVR [Or : 2, 03, IC 95% [1, 06-386], $p < 0, 03$], sont prédictifs de la présence de SAHOS chez les patients avec une obésité sévère.

Conclusion : La recherche d'un SAHOS doit être systématique chez les obèses et particulièrement devant une obésité sévère associée à un sexe féminin, une co-morbidité et la présence d'un DVR.

Ø18 FACTEURS PRÉDICTIONNELS DES TROUBLES RESPIRATOIRES AU COURS DU SOMMEIL (TRS) CHEZ LES BPCO SÉVÈRES.

Azouzi A¹, Ben Jazia², Ben Salem H², Abdelghani A², Benzarti M², Boussarsar M².

1 : Réanimation médicale

2 : Pneumologie

Introduction : La BPCO sévère oppose des défis pour la prescription rationnelle de l'assistance ventilatoire au domicile, désormais quasi-uniquement basée sur les données gazométriques. Les anomalies ventilatoires et gazométriques peuvent s'aggraver pendant le sommeil tout en restant inaccessibles au clinicien.

Buts : Identifier les facteurs prédictifs de la présence de TRS chez les BPCO sévères.

Patients et Méthodes : Etude prospective sans intervention. Patients consécutifs, recrutés en pneumologie et en réanimation. Sont recueillies les caractéristiques anthropométriques, cliniques, fonctionnelles et gazométriques. Les échelles d'Epworth et de Pittsburgh sont mesurées. Une polygraphie respiratoire est réalisée à l'état stable.

Résultats : Au stade de cette évaluation préliminaire, 51 patients sont inclus. La prévalence des TRS toute typologie confondue est de 49%. Les patients sont plutôt des BPCO sévères à très sévères (39, 2% GOLD 4). Tous dyspnéiques (mMRC 2, 52, 9%), 13,6% sont en IRC et 13, 6% en hypoventilation alvéolaire chronique ($pCO_2 55\text{mmHg}$). 55% ont fait au moins une exacerbation. 35% une hospitalisation en pneumologie et 12% en réanimation. Le poids, l'IMC, le tour de taille, le tour du cou, et les échelles de Pittsburgh et d'Epworth sortent significativement associés à la présence des TRS. L'analyse multivariée identifie le score d'Epworth comme seul facteur prédictif indépendamment associé à la présence de TRS (OR, 1,4 ; $p, 0,02$; IC95% [1,0461,88]).

Conclusion : La prévalence de TRS ici élevée contraste avec des perturbations gazométriques diurnes largement en dessous des seuils de prescription d'une assistance ventilatoire. Le score d'Epworth se dégage comme le seul facteur prédictif de ces TRS.

Ø19 L'EMPHYSEME BULLEUX : CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE ET EVOLUTION

I Sahnoun¹, H. Racil¹, S. Hfaiedh¹, S. Cheikh Rouhou¹, S. Bacha¹, N. Chaouch¹, A. Zidi², A. Chabbou¹

1 : Service de pneumologie 2 Hôpital Abderrahmen Mami, Tunis, Tunisie

2 : Service de radiologie Hôpital Abderrahmen Mami, Tunis, Tunisie

L'emphysème bulleux peut être à l'origine de complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel des patients.

But : décrire les circonstances de découverte, la prise en charge et l'évolution de l'emphysème bulleux

Matériel et méthodes : étude rétrospective incluant 32 patients suivis pour emphysème bulleux.

Résultats : L'âge moyen était de $48,03 \pm 13,66$, tous de sexe masculin. Tous étaient tabagiques avec une moyenne de $31,97 \pm 20,24$ PA. Trois de nos patients avaient des antécédents de tuberculose pulmonaire bien traitée. L'emphysème bulleux a été découvert suite à une complication chez 23 malades: pneumothorax chez 17 patients (53,1%), une surinfection de bulles chez 5 patients (15,6%) et une suppuration chez 3 patients (3,1%). Chez neuf malades, la découverte de l'emphysème bulleux s'est faite sur les données du scanner thoracique. Le scanner thoracique a montré un emphysème bulleux isolé dans 25%, associé à un emphysème centolobulaire et /ou pan-lobulaire et/ou para-septale chez 75% des malades et occupant la région supérieure du poumon dans 81,3% des cas. 72,2% des patients présentaient un TVO. Les patients présentant un emphysème bulleux isolé sont plus jeunes ($32,13 \pm 10,68$ ans vs $53,33 \pm 9,92$ ans) et présentaient moins de TVO (7,7% vs 92,3%). La prise en charge de ces patients a reposé sur une surveillance dans 14 cas, un traitement médical dans 18 cas et une chirurgie de bulles dans 13 cas. La survenue de complications était notée dans 31,25 % des cas (pneumothorax $n=4$, surinfection $n=6$, suppuration $n=3$) et une aggravation progressive de la dyspnée avec installation d'une IRC chez 2 malades. 5 patients ont été perdus de vue.

Conclusion : Le pneumothorax et la suppuration pulmonaire sont les deux complications les plus fréquentes pour nos patients. Un diagnostic et un traitement précoce de l'emphysème bulleux permettent d'éviter la survenue de complications graves chez des patients à fonction respiratoire précaire.

Ø20 L'OBSERVANCE ET LA TOLÉRANCE DE LA PRESSION POSITIVE CONTINUE DANS LE SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

Khalfallah I, Bouazra H, Ben salem N, Kelai R, Ghraïri H
Hopital Med Tahar Maâmourî de Nabeul

Introduction: Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) sévère constitue un problème de santé publique du fait de sa fréquence élevée, de sa morbidité cognitive et de ses complications cardiovasculaires. La principale modalité thérapeutique curative est la mise en route