

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

d'une ventilation par pression positive continue (PPC). Toutefois, l'efficacité de ce traitement nécessite un suivi régulier des patients permettant ainsi d'évaluer son observance à long terme et détecter et traiter précocement d'éventuels effets indésirables.

But: évaluer l'efficacité et la tolérance de la PPC et détecter les facteurs influençant l'observance thérapeutique.

Patients et Méthodes: étude prospective et descriptive de cohorte portant sur des patients présentant un SAHOS sévère diagnostiqués entre janvier 2009 et décembre 2012 et traités par PPC. L'évaluation initiale note les données anthropométriques, cliniques et polygraphiques des patients. L'évolution des symptômes, la tolérance de la PPC ainsi que le degré d'observance thérapeutique est évaluée à chaque consultation par l'interrogatoire du patient et l'extrait de données de la machine. La durée du suivi varie de 6 mois à 5 ans.

Résultats : une cinquantaine de patients est incluse à l'étude, dont 17 hommes et 33 femmes avec un âge moyen de 56 ± 8 ans et un IMC initial moyen de $36,5 \pm 11,5$ kg/m². Les comorbidités les plus retrouvées sont l'HTA (72%), la dyslipidémie (50%) et le diabète (18%). Tous nos patients sont symptomatiques au moment du diagnostic, où les signes les plus fréquents sont le ronflement nocturne (96%), la somnolence diurne excessive (SDE) (88%) avec un score d'Epworth moyen à 10 et les céphalées (74%). L'indice d'apnées-hypopnées (IAH) initial moyen est de $51,9 \pm 25,4$ /h. La durée moyenne d'utilisation de la PPC/nuit est de 4, 6, 4, 9 et 5, 1 heures/nuit, évaluée respectivement à 3, 6, et 36 mois. Une bonne observance est notée chez 70, 77 et 86% des patients, respectivement aux 3 points de contrôle. Les effets indésirables les plus fréquents sont la sécheresse nasobuccale et les fuites par le masque. Dès 3 mois de traitement, nous observons une amélioration significative des symptômes du SAHOS ($p < 0,001$), du score d'Epworth ($p < 0,001$) et de l'IAH ($p < 0,001$). En revanche, la présence de cauchemars dans les symptômes du SAHOS ($p = 0,01$), un tour du cou élevé ($p = 0,047$), un tour de taille élevé ($p = 0,04$), un haut score d'Epworth initial ($p = 0,002$) et un niveau élevé de pression de la PPC ($p = 0,028$) sont des facteurs corrélés à une mauvaise observance thérapeutique.

Conclusion: malgré l'aspect contraignant du traitement instrumental et ses effets secondaires, la majorité des patients est observante, traduisant l'efficacité indiscutable de la PPC dans le SAHOS

21 LA DÉNUTRITION AU COURS DE LA BPCO : PRÉVALENCE ET RETENTISSEMENT SUR L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE.

A. Ben Saad, H. Mribah, I. Touil, S. Cheikh M'Hamed, S. Blel, S. Joobeur, R. Ben Jazia, A. Migaou, N. Skhiri, N. Rouatbi, A. El Kamel. Service de Pneumologie et d'Allergologie. CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie.

But de l'étude : Evaluer la prévalence de la dénutrition et son influence sur l'évolution et la sévérité des malades porteurs de BPCO.

Méthodologie : étude rétrospective portant sur les dossiers des patients porteurs de BPCO hospitalisés et/ou suivis à la

consultation. La dénutrition est définie par un IMC < 20 kg/m². On a comparé les différents paramètres de sévérité de la BPCO entre les patients dénutris et non dénutris.

Résultats : 246 patients porteurs de BPCO sont considérés comme dénutris, soit 19% de tous les BPCO recrutés. 98, 4 % sont de genre masculin, la moyenne d'âge est de 66, 6 ans, 97% sont des fumeurs avec une consommation moyenne de 60 PA. Il n'y avait pas de différence concernant l'âge, le sexe et l'intensité de l'intoxication tabagique entre les BPCO dénutris et non dénutris. L'étude des différents paramètres de sévérité de la maladie montre un VEMS moyen plus bas chez les BPCO dénutris (1, 13 litre versus 1, 31 litre chez les non dénutris avec $p < 0,001$), une PaO₂ moyenne plus basse chez les BPCO dénutris (68, 2 vs 71, 1 mmHg, $p = 0,001$). Les BPCO dénutris se caractérisent par un déclin de VEMS significativement plus important (104 vs 81 ml/an, $p = 0,012$), un nombre d'exacerbations sévères plus élevé (1, 17 vs 0, 92 exacerbations sévères/an, $p = 0,003$), nombre d'hospitalisations en pneumologie plus important (1, 17 vs 0, 92 hospitalisations/an, $p = 0,001$), plus de fréquents exacerbateurs (73% vs 66, 3%, $p = 0,034$), de même un recours plus fréquent à l'OLD (17, 5% vs 12%, $p = 0,024$) par rapport au groupe de patients non dénutris.

Conclusion : La dénutrition est associée à une augmentation du recours aux soins et à une aggravation du pronostic de la BPCO. L'évaluation de l'état nutritionnel doit donc faire partie intégrante de l'évaluation clinique du patient BPCO.

22 LA FONCTION ENDOTHÉLIALE ET LE SYNDROME D'APNÉES HYPOPNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

Sfafi I, Ghannouchi I, Rouatbi S

Service de physiologie et explorations fonctionnelles, EPS Farhat HACHED

Introduction: Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est un véritable problème de santé publique vu sa fréquence et son impact sur la santé. Le SAHOS est une maladie essentiellement respiratoire, cependant, certaines données de la littérature ont montré une association entre SAHOS et atteinte cardiovasculaire. Les mécanismes sous-jacents de cette association sont en grande partie méconnus.

Buts: Comparer la fonction respiratoire entre les patients atteints d'un SAHOS et les patients obèses non apnéiques.

Evaluer indirectement l'atteinte de la circulation pulmonaire en cas de SAHOS par mesure de la capacité de transfert du monoxyde de carbone (DLCO).

Préciser et évaluer l'atteinte vasculaire périphérique par mesure de la réactivité vasculaire périphérique.

Population et méthodes: une étude transversale portant sur 49 sujets adultes : 23 atteints du SAHOS et 26 obèses témoins appariés pour l'âge, le sexe et l'index de masse corporelle (IMC). Tous les sujets ont bénéficié d'une pléthysmographie corporelle totale, d'une polysomnographie, d'un bilan biologique, d'une mesure de la DLCO, de la fraction exhalée du monoxyde d'azote (FeNO) et d'une mesure de la fonction