

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  $56 \pm 8$  ans et un IMC initial moyen de  $36,5 \pm 11,5$  kg/m<sup>2</sup>. 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/m<sup>2</sup>. 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 PaO<sub>2</sub> 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 :** L'adénutrition 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 HYPOPNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

Sfahi 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

endothéliale par une évaluation de la vasomotricité à l'acétylcholine.

**Résultats :** Une diminution significative de la fonction respiratoire chez les apnéiques comparés aux témoins a été notée. Aucune corrélation significative n'avait été trouvée, entre l'index d'apnée hypopnée par heure de sommeil (IAH) et les résistances bronchiques. La DLCO était dans les normes chez les groupes des apnéiques et des obèses avec des moyennes respectives de 112, 1±20, 2 et de 92, 7±22, Ommol/kPa/min. La FeNO était significativement plus élevée chez les apnéiques (31, 3±13, 6ppm) par rapport au groupe témoin (4±9, 2ppm). Tous les patients atteints de SAHOS présentaient une vasodilatation endothélium dépendante significativement plus basse que les obèses non apnéiques (respectivement 200 ±189 et 442±282). L'hypoxie chez les apnéiques peut expliquer ce résultat.

**Conclusion:** la dysfonction endothéliale est présente chez les sujets atteints du SAHOS par rapport aux témoins en l'absence d'hypertension artérielle ou d'autres maladies cardiovasculaires ce qui suggère que le SAHOS est un facteur de risque indépendant et une cause de la dysfonction endothéliale.

### ⚡23 LA SÉCHERESSE BUCCALE AU COURS DU SAHOS SERAIT-ELLE UN ÉLÉMENT PRÉDICTIF DE SÉVÉRITÉ ?

*Mokaddem S, Ouahchi Y, Toujani S, Mjid M, Ben Salah N, Zakhama H, Cherif J, Mehiri N, Daghfous J, Louzir B et Beji M*  
Service de Pneumologie-Allergologie Hôpital La Rabta Faculté de médecine de Tunis Université de Tunis - El Manar Unité de recherche UR12SPO6

**Introduction :** Le diagnostic du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est souvent évoqué devant des symptômes majeurs et confirmé par polysomnographie. Des signes mineurs peuvent s'y associer parmi lesquels la sécheresse buccale (SB). Ce symptôme est souvent négligé par le patient, non recherché ou insuffisamment interprété par le praticien.

**But :** Evaluer la fréquence de la sécheresse buccale au cours de SAHOS, ses caractéristiques ainsi que sa corrélation avec l'Index Apnée-Hypopnée (IAH).

**Méthode :** Nous avons inclus des patients adressés à la consultation de pneumologie (EPS La Rabta) chez lesquels un SAHOS a été confirmé. Chaque patient a bénéficié d'un questionnaire standardisé, d'un examen clinique et d'une polygraphie ventilatoire (CIDELEC 102L).

**Résultats :** Nous avons colligé 40 patients (âge moyen=50 ans, sex ratio=2, 07). Le SAHOS est sévère chez 23 patients (IAH moyen=36, 62/h). La SB a été retrouvée chez 80% (16% la rapportent spontanément). Cette fréquence est comparable à celles des signes majeurs : ronflement (100%), pauses respiratoires nocturnes (57, 7%) et somnolence diurne excessive (70%). Les caractéristiques de la SB sont représentées essentiellement par : sa survenue aux réveils nocturnes et/ou matinaux (86%), sa localisation au fond de la gorge (20%) et son association à une difficulté de déglutir la salive (36%) et à un besoin de boire de l'eau pendant la nuit

(72%) sans sensation de soif. Une amélioration après appareillage par continuous positive airway pressure (CPAP) a été notée dans 78% des cas.

**Conclusion :** La SB est une plainte fréquente et semble être associée à un SAHOS sévère. Sa fréquence ainsi que ses caractéristiques sont mal élucidées. D'autres études sont nécessaires pour mieux identifier cette sécheresse et son mécanisme physiopathologique au cours de SAHOS.

### ⚡24 LES FACTEURS PRÉDICTIFS D'UN DÉCLIN ACCÉLÉRÉ DU VEMS AU COURS DE LA BPCO.

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

**Introduction :** Le cours évolutif de la BPCO est caractérisé par l'hétérogénéité en termes de déclin de la fonction respiratoire. Un déclin accéléré du VEMS est corrélé à une évolution défavorable de la maladie.

**But de l'étude :** Evaluer les facteurs prédictifs d'un déclin accéléré du VEMS. **Méthodologie :** étude rétrospective portant sur les dossiers des patients porteurs de BPCO hospitalisés et/ou suivis à la consultation, avec un recul d'au moins un an permettant pour chaque individu d'évaluer le rythme de déclin de son VEMS. Le patient est considéré comme déclineur rapide si le déclin du VEMS est plus de 100ml/an.

**Résultats :** Il s'agit de 504 patients BPCO suivis avec un recul moyen de 6, 5 ans (extrêmes : 1-21 ans). 165 déclineurs rapides (33%) sont comparés à 339 patients BPCO déclineurs non rapides. Un déclin rapide était associé à un IMC plus bas (23, 9 vs 25 kg/m<sup>2</sup> chez les déclineurs non rapides, p=0, 042), à un nombre d'exacerbation sévère plus important (1, 29 vs 0, 96 exacerbations sévères/an, p=0, 004), ainsi qu'un nombre d'hospitalisation en pneumologie (1, 27 vs 0, 93 hospitalisations/an, p=0, 003) et en réanimation (0, 39 vs 0, 23 hospitalisations/an, p=0, 016) avec recours à la VM (20, 6% vs 14%, p=0, 037) plus élevé par rapport aux déclineurs non rapides. Aucune autre variable (démographie, intensité de l'intoxication tabagique, fonction respiratoire, traitements, comorbidités, stade de dyspnée) ne permettait de différencier les deux groupes.

**Conclusion :** Les BPCO déclineurs rapides ont un IMC plus bas, un nombre d'exacerbation sévère plus important avec des hospitalisations fréquentes (en pneumologie et en réanimation) comparativement aux patients BPCO déclineurs non rapides.

### ⚡25 PARTICULARITÉS CLINIQUES ET SPIROMÉTRIQUES DU SYNDROME DE CHEVAUCHEMENT ENTRE L'ASTHME ET LA BPCO

*Sebii A, Yangui F, Abouda M, Triki M, Kammoun H, Khouani H, Charfi MR*  
Service de pneumologie. Hopital des FSI de La Marsa. Tunisie

**Introduction:** Les troubles obstructifs sont dominés par asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Bien que ces deux pathologies soient différentes sur le plan