

physiopathologique, étiologique et évolutif, elles peuvent coexister dans un bon nombre de cas, définissant l'«overlap syndrome» ou «syndrome de chevauchement».

But: Etudier les caractéristiques cliniques et spirométriques de l'overlap syndrome en comparaison avec la BPCO. Pour cela, nous avons comparé deux groupes: Groupe (A) : patients avec un asthme et une BPCO et Groupe (B) : patients avec une BPCO.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 ans (2002-2012) portant sur les dossiers de patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO. Au total, quatorze patients sont porteurs d'overlap syndrome. Les caractéristiques cliniques et spirométriques de ces patients ont été comparées à celle d'un nombre égal de patients porteur de BPCO choisies au hasard parmi les patients hospitalisés à la même période.

Résultats : Le groupe A était plus jeune avec un âge moyen à 59, 1 ans contre 68, 3 pour le groupe B ($p>0,05$). L'intoxication tabagique était plus importante dans le groupe B avec une moyenne à 61 paquet-année (PA) contre 38 PA pour le groupe A ($p>0,05$). La distribution selon le sexe était la même dans les 2 groupes. Dans les deux groupes, on ne note pas des antécédents familiaux d'asthme ou d'atopie. Des antécédents personnels d'asthme avant l'âge de 40 ans ont été notés chez 8 patients du groupe A mais chez aucun patient du groupe B. Deux sujets du groupe A présentaient des antécédents personnels de rhinite allergique. Sur le plan clinique, le groupe A était plus symptomatique en ce qui concerne la toux sèche ($p=0,163$), le nombre de crises de dyspnée aiguë ($p<0,01$), la présence de sifflement ($p<0,05$) et la présence d'une dyspnée d'effort ($p=0,481$). Cependant, le groupe B présentait plus de toux productive et de bronchite chronique. Le nombre moyen d'hospitalisation était plus élevé dans le groupe A (1, 65/an contre 1, 21/an pour le groupe B), ainsi que le nombre moyen d'exacerbation (1, 78/an contre le 1, 42/an). En ce qui concerne la spirométrie, la réversibilité moyenne du VEMS était de 211 ml (8%) dans le groupe A contre 35 ml (1, 1%) dans le groupe B.

Conclusion: Les sujets atteints d'un « overlap syndrome » présentent une mauvaise qualité de vie. Ils font plus d'exacerbation avec un besoin de soin plus important malgré un âge jeune et un tabagisme modéré.

26 PARTICULARITÉS DU SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL CHEZ LES PATIENTS BPCO.

Tangour E, Daboussi S, Ghorbel D, Moatemri Z, Ben Salah E, Mhamdi S, Aichaouia C, Khadhraoui M, Cheikh R.
Service de pneumologie. Hôpital militaire de Tunis.

Introduction : L'association entre la BPCO et le SAOS se rencontre dans moins de 5% des SAOS. La coexistence d'une BPCO et d'un SAOS augmente ainsi le retentissement de chaque pathologie sur l'architecture du sommeil. De plus, elle aggrave l'hypoxémie nocturne et l'hypercapnie diurne et altère ainsi le pronostic de ces deux pathologies.

But du travail : Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques et les données polygraphiques des

patients BPCO présentant un SAOS associé.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective ayant inclus 8 patients présentant un SAOS associé à une BPCO pris en charge à notre service entre 2009 et 2013.

Résultats : La moyenne d'âge de nos patients était de 63 ans. Quatre-vingt sept pour cent de nos patients étaient de sexe masculin. Tous nos patients étaient tabagiques avec une intoxication tabagique moyenne à 38 PA. Les comorbidités retrouvées, hormis la BPCO étaient l'HTA (2 cas), une ACFA (2 cas), le diabète (1 cas) et une dyslipidémie (1 cas). La BPCO était classée stade B chez 3 malades, stade C chez 1 malade et stade D chez les 4 malades restants. Les signes cliniques faisant suspecter un SAOS étaient une somnolence diurne chez tous nos patients, des apnées avec réveil en sursaut chez 5 malades, des troubles de la concentration (6 cas), des troubles de la mémoire (4 cas) et une nycturie chez 3 malades. Le score d'Epworth moyen était de 11.25.

Le délai de consultation moyen était de 24.75 mois. L'IMC moyen était de 28.47 kg/m². Sur le plan radiologique, une cardiomégalie était présente dans 3 cas et une distension thoracique était présente chez tous les patients. Les données de l'électrocardiogramme ont montré des signes de cœur droit chez 2 patients, une ACFA chez 2 patients et une tachycardie sinusale chez 1 patient. Sur le plan biologique, une hypercholestérolémie était présente chez 3 patients, une hypertriglycéridémie était notée chez 2 malades et une hypothyroïdie chez un patient. Une hypercapnie à l'état de base était notée chez 4 patients. Les données de la polygraphie ont montré un index d'apnées-hypopnées moyen à 39.8 événements/heure et un index de désaturation moyen à 35.12/heure avec une efficacité du sommeil moyenne à 54%. L'indication à l'appareillage par CPAP était indiquée chez 4 patients et une BIPAP chez 4 patients. Une observance correcte de l'appareillage était notée chez 37.5% des malades.

Conclusion : Les patients présentant un overlap syndrome tendent à avoir un SAOS sévère avec un retentissement important sur la saturation et la qualité du sommeil. Un appareillage adéquat avec une nécessité d'avoir une bonne observance est nécessaire pour ces patients fragilisés.

27 PEUT-ON PARLER DE PRESCRIPTION ABUSIVE DE CPAP EN TUNISIE?

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

La ventilation à pression positive continue (PPC) représente le traitement majeur des syndromes d'apnées obstructives du sommeil de type sévère. Cependant un bon nombre de patients continuent à être symptomatiques malgré ce traitement.

But: évaluer les causes de non amélioration symptomatique des patients appareillés par PPC en Tunisie.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective portant sur les patients adressés à la consultation de sommeil pour non amélioration sous PPC au cours de ces cinq dernières années. Les symptômes ainsi que les causes ont été analysés.

Résultats : 118 patients ont été adressés en externe à notre consultation pour non amélioration sous PPC. Les motifs de

consultation ont été par ordre de fréquence décroissant: persistance de la somnolence, de l'asthénie, d'épisodes d'étouffement, de ronflement, de non équilibration de l'HTA et de troubles sexuels. Les patients étaient majoritairement des hommes avec un âge moyen de 53 ans. 22 patients avaient un problème d'observance du traitement ou une inadéquation de la pression. 36 patients avaient une composante centrale soit prédominante ou associée. Les causes de ces apnées centrales étaient dominées par l'origine cardiaque (12 cas), l'origine centrale (4 AVC, 1 SEP et 1 malformation d'Arnold Chiari), l'origine neuromusculaire (6 cas dont 3 paralysies diaphragmatiques) et l'origine toxique ou médicamenteuse (3 cas). 29 patients avaient un autre trouble du sommeil associé ou exclusif à type de syndrome de jambes sans repos (12 cas), de troubles de l'humeur (8 cas), de troubles circadien (5 cas), de suspicion de narcolepsie (3 cas dont un confirmé) et un cas de priapisme nocturne douloureux. L'origine de la symptomatologie dominée par la somnolence n'est pas retrouvée chez 31 patients et serait en rapport avec des lésions post hypoxiques.

Conclusion: Le diagnostic de syndrome d'apnée obstructive du sommeil nécessite une bonne connaissance par le praticien des diagnostics différentiels ainsi qu'un certain niveau d'expérience en matière de lecture de polygraphie.

➤28 PRÉVALENCE ET TYPOLOGIE DES TROUBLES RESPIRATOIRES AU COURS DU SOMMEIL (TRS) CHEZ LES BPCO SÉVÈRES.

Azouzi A¹, Ben Jazia R², Ben Salem H¹, Abdelghani A², Benzarti M¹, Boussarsar M¹.

1 : Réanimation médicale, Hôpital Farhat Hached, Sousse

2 : Pneumologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse

Introduction : L'association TRS et BPCO a été largement étudiée. Alors que la typologie est plutôt assez bien codifiée, la prévalence reste difficile à apprécier notamment à cause d'études souffrant de faible échantillonnage ou incluant des malades hautement sélectionnés. La BPCO sévère, spectre le plus favorable aux TRS, n'a jamais été explorée.

Buts : Etudier la prévalence et la typologie des TRS chez les BPCO sévères. **Patients et Méthodes :** Etude prospective sans intervention. Patients consécutifs, hospitalisés ou consultant en réanimation et en pneumologie. Sont recueillies les caractéristiques anthropométriques, cliniques, fonctionnelles et gazométriques. Les échelles de 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. Les patients sont plutôt des BPCO sévères à très sévères (39, 2% GOLD 4 spirométrique). Tous dyspnéiques (mMRC 2, 52, 9%), 13,6% sont en IRC et 13, 6% en hypoventilation alvéolaire chronique (pCO₂55mmHg). 55% ont fait au moins une exacerbation. 35% une hospitalisation en pneumologie et 12% en réanimation. La prévalence des TRS toute typologie confondue est de 49% (dont 59, 3% des SAOS et 33, 3% des hypoventilations)

Conclusion : Cette étude préliminaire de patients BPCO

sévères assez sélectionnés identifie une relative forte prévalence de TRS alors même que les perturbations gazométriques restent largement en dessous des seuils de prescription d'une assistance ventilatoire.

➤29 PROFIL DU SYNDROME OBÉSITÉ-HYPOVENTILATION (SOH) À L'HÔPITAL FARHAT HACHED DE SOUSSE.

Ayachi A¹, Ben Jazia R², Abdelghani A², Farjallah A¹, Benzarti M¹, Boussarsar M¹.

1 : Réanimation médicale, Hôpital Farhat Hached, Sousse.

2 : Pneumologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse.

Introduction : Après 50 ans de sa première description en 1955, le SOH reste encore une curiosité. Responsable d'une bonne proportion d'IRC il relève un défi diagnostique et thérapeutique au clinicien. Souvent négligé par le patient et son entourage, sa première découverte résume la première décompensation souvent grave d'une IRC.

But : Description du profil épidémiologique clinique et thérapeutique du SOH consultant à l'hôpital Farhat Hached à Sousse. **Méthode :** Etude rétrospective sur 10 ans des patients consultant pour SOH respectivement en réanimation médicale et en pneumologie. Sont examinés, la prévalence, le terrain, l'histoire naturelle de la maladie, la première présentation clinique, les aspects thérapeutiques, évolutifs et pronostiques.

Résultats : Trente-neufs patients sont colligés sur la période allant de 2003 à 2012. Trente-cinq en réanimation et quatre en pneumologie. Le diagnostic est documenté chez 28% des patients. Dans le restant, il est dit de forte présomption. Rapportée à la somme des IRC, la prévalence du SOH est en nette croissance (3% en 2003 vs 13% en 2012). Plutôt de sexe féminin (70%) les patients sont âgés de 61±15ans. Le BMI moyen est de 45, 24±9 Kg/m². 77% présentent des comorbidités. 82% sont déjà en IRC à la première consultation et 92% ont un CPC. 94% se présentaient à l'occasion d'une première décompensation d'une IRC souvent d'allure infectieuse (64%) fréquemment associée à une IVG (89, 7%). 10% seulement ont répondu à la seule oxygénothérapie. 69% ont bénéficié d'une VNI. 53% sont intubés. 43, 6% ont nécessité des inotropes. 25, 6% sont décédés. Le séjour moyen est de 10, 8±7, 9j. A l'état stable la pCO₂moy, 58±17mmHg. 56, 4% ont une pCO₂55mmHg. Une polygraphie respiratoire a pu être réalisée chez 23% confirmant l'hypoventilation alvéolaire ± associée à un SAOS (IAH, 50±35 ; IH, 30±35 ; IA, 21±18). 32% ont bénéficié d'une VNI au domicile, 24% d'une PPC et 95% d'OLD. Quand ils sont disponibles (17%), les rapports d'observance montrent une observance plutôt moyenne (63% pour la VNI et 50% pour la PPC).

Commentaire : Le SOH décrit une prévalence croissante profitant probablement de l'intérêt accordé par les médecins. Sa découverte largement tardive coïncide avec la première décompensation d'une IRC opposant des défis diagnostiques et thérapeutiques et expliquant un mauvais pronostic. Des écarts importants sont notés, pas tant sur le plan diagnostique que sur le plan thérapeutique.