

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 A<sup>1</sup>, Ben Jazia R<sup>2</sup>, Ben Salem H<sup>1</sup>, Abdelghani A<sup>2</sup>, Benzarti M<sup>1</sup>, Boussarsar M<sup>1</sup>.

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 (pCO<sub>2</sub>55mmHg). 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 A<sup>1</sup>, Ben Jazia R<sup>2</sup>, Abdelghani A<sup>2</sup>, Farjallah A<sup>1</sup>, Benzarti M<sup>1</sup>, Boussarsar M<sup>1</sup>.

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-neuf 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/m<sup>2</sup>. 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 pCO<sub>2</sub>moy, 58±17mmHg. 56, 4% ont une pCO<sub>2</sub>55mmHg. 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.