

Syndrome d’apnées obstructives du sommeil très sévère: cause d’une hypertension artérielle résistante, à propos d’un cas

Auteurs : **Baldé E.Y.**, Bah M.B., Barry I.S., Béavogui M., Sylla I.S.2, Baldé M.A., Koné A., Diallo M., Camara A., Baldé T.S., Baldé M.D., Dièye O., Condé M.

INTRODUCTION

Le syndrome d’apnées obstructives du sommeil (SAOS) est une affection caractérisée par la survenue au cours du sommeil d’apnées et/ou d’hypopnées en rapport avec un collapsus des voies aériennes supérieures. L’association entre l’hypertension artérielle et le SAOS est fréquente. Le principal mécanisme qui explique cette association est l’augmentation de l’activité sympathique au cours des apnées.

Le traitement du SAOS par pression positive continue (PPC) peut avoir un effet bénéfique sur le contrôle de l’hypertension lorsque le patient est observant. L’objectif de ce travail était de rapporter l’intérêt du dépistage et du traitement d’un SAOS sévère devant une hypertension artérielle résistante.

OBSERVATION

Il s’agit d’un patient âgé de 50 ans, hypertendu connu depuis 2006, traité par Perindopril 10 mg + Amlodipine 10 mg, en association avec Spironolactone 50mg + Altizide 15 mg et Rilménidine 2 mg. Il a un diabète de type 2 depuis 2015, traité par Metformine 850 mg associée au Gliméripide 2 mg ; une dyslipidémie traitée par Rosuvastatine 20 mg. Plusieurs combinaisons thérapeutiques avaient été essayées sans succès. C’est le traitement ci-dessus qui semblait être le mieux toléré.

L’interrogatoire du patient notait un ronflement nocturne et une asthénie physique matinale associée à des épisodes de somnolence diurne et une dysfonction érectile.

L’examen physique notait une obésité type androïde (périmètre abdominal= 102 cm), le poids= 79 kg ; la taille= 168 cm ; IMC= 27,99 kg/ m² ; Tension artérielle= 180 /110 mmHg.

Les bruits du cœur étaient réguliers, les pouls périphériques étaient bien perçus. Le reste de l’examen est normal.

La biologie notait : Glycémie= 0,9 g/l ; Hémoglobine glyquée= 6,4% ; Hémoglobine= 17,2 mg/dl ; créatinine= 7,6 mg/l avec une clairance= 129 ml/min ; une dyslipidémie avec LDL= 2,18 g/l, Cholestérol total= 1,093 g/l, HDL= 0,55 g/l ; triglycérides= 0,95 g/l. La CRP=31,4 mg/l L’ionogramme sanguin était normal. Une micro albuminurie était retrouvée (240mg/l).

L’électrocardiogramme inscrivait un rythme sinusal régulier à 70 battements par min, sans anomalies.

La radiographie pulmonaire et l’échocardiographie étaient normales.

La Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) montrait une hypertension artérielle non équilibrée avec PA moyenne des 24 heures = 167/113 mmHg, le patient était non dipper (figure 1).

L’Automesure tensionnelle (AMT) était aussi en faveur d’une hypertension artérielle non contrôlée (PA moyenne = 180/110 mmHg).

Au total, il s’agit d’une hypertension artérielle résistante chez un patient à haut risque cardio-vasculaire.

Il ne prenait pas de médicaments susceptibles d’augmenter la pression artérielle. La recherche d’une cause secondaire s’oriente vers un syndrome d’apnées obstructives du sommeil.

La polygraphie ventilatoire montrait un syndrome d’apnées obstructives sévère avec (IAH global à 56,6/H ; RDI = 58,6) sans caractère positionnel (figure 2, 3).

Un traitement du syndrome d’apnées obstructives par ventilation en pression positive continue (PPC) avait été mis en route permettant de contrôler l’hypertension artérielle. A l’automesure, la pression artérielle moyenne était de 133/80 mmHg dès le premier mois et elle était restée stable à 3 mois.

Le patient avait été testé positif au Covid-19 . Les symptômes étaient mineurs : une fébricule à 38°c, une asthénie. Les constantes hémodynamiques étaient restées stables bien qu’il soit à haut risque cardio-vasculaire. Il avait été isolé et traité par l’érythromycine. Actuellement il va bien avec un test négatif.

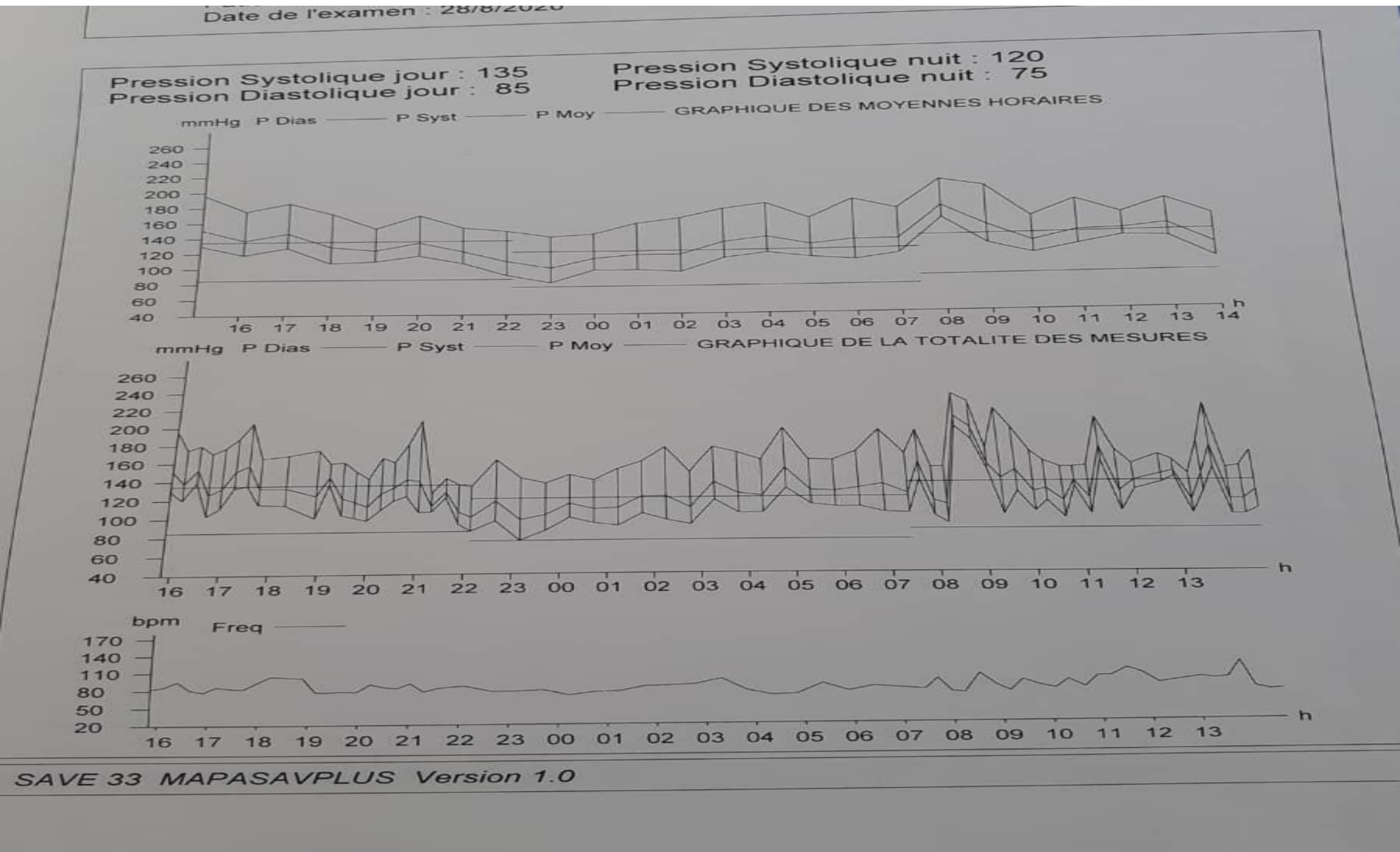


Figure 1 : Mesure Ambulatoire de la PA, le graphique indique une HTA non équilibrée avec un statut non dipper.

DISCUSSION

La polysomnographie est l’examen de référence pour la recherche d’un SAOS, associant une polygraphie respiratoire et un enregistrement du sommeil. Cependant la polygraphie ventilatoire est une alternative au gold standard. Elle permet de confirmer la présence d’apnées et d’hypopnées, d’identifier le mécanisme (caractère obstructif ou central) et apprécier la sévérité. La sévérité est déterminée par l’index d’apnées-hypopnées (IAH) qui est le nombre d’apnées et d’hypopnées par heure. Un IAH supérieur à 30 par heure définit un SAOS sévère. Pour le cas clinique que nous rapportons, l’IAH était de 56,6 par heure, qualifié de très sévère.

La PPC (pression positive continue) est le traitement de choix du SAOS. L’effet bénéfique de ce dispositif sur la baisse de la pression artérielle a été démontré. A condition que le patient soit bien observant. Dans le cas de notre patient, cet effet bénéfique a été noté dès le premier mois du traitement. La Pression artérielle moyenne à l’automesure était de 133/80 mmHg. Elle était reste stable au troisième mois.

CONCLUSION

L’HTA résistante est souvent rencontrée chez les patients en surpoids ou obèses. Cette association doit faire rechercher systématiquement un SAOS. Le traitement du SAOS se fait par la PPC qui, lors que le patient est observant, permet de baisser significativement les chiffres tensionnels et d’améliorer la qualité de vie des patients.

Mots clés: Hypertension artérielle résistante, Syndrome d’apnées obstructives du sommeil (SAOS), pression positive continue.

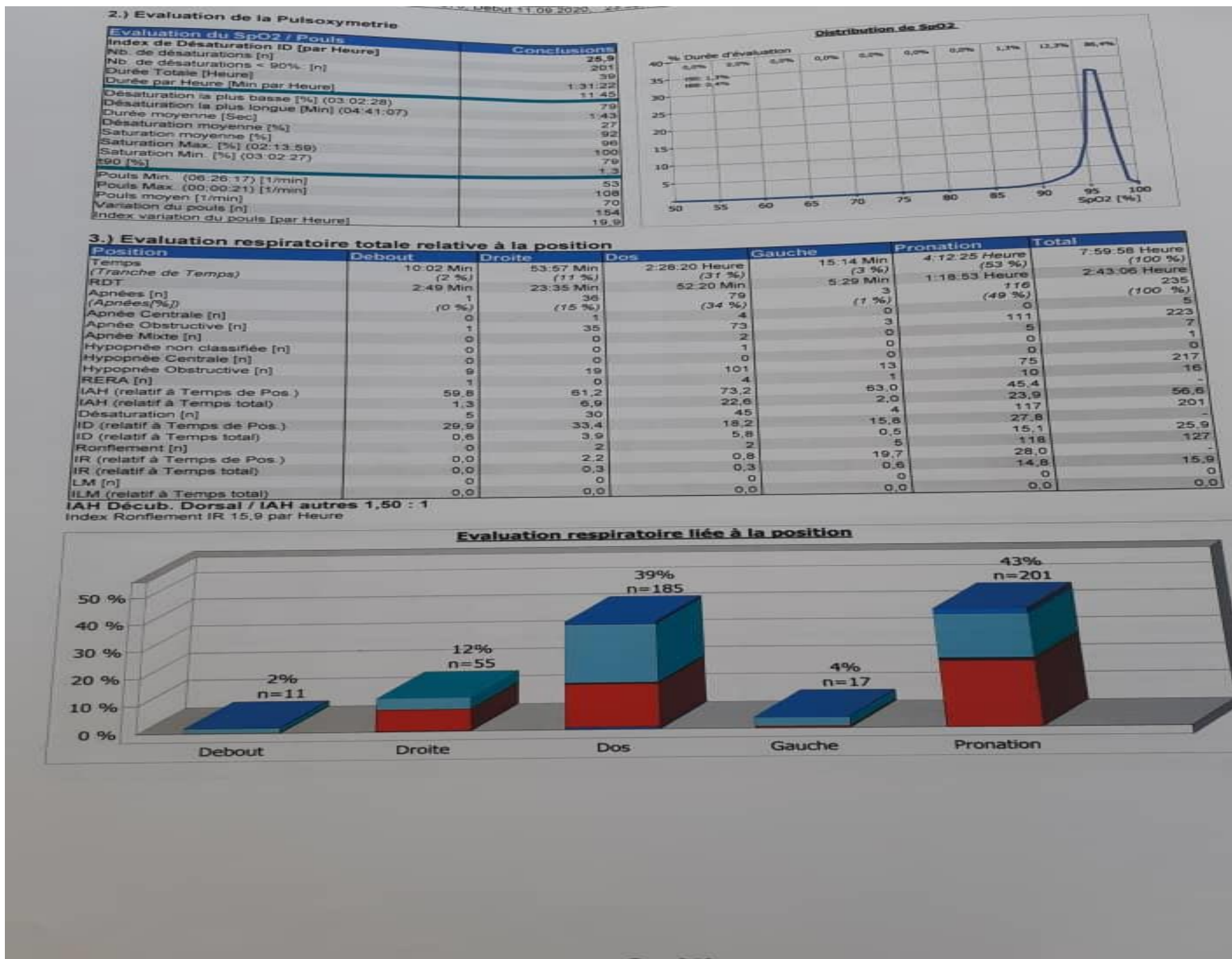


figure 2: polygraphie ventilatoire note une désaturation nocturne sévère (index désaturation par heure= 25,9)

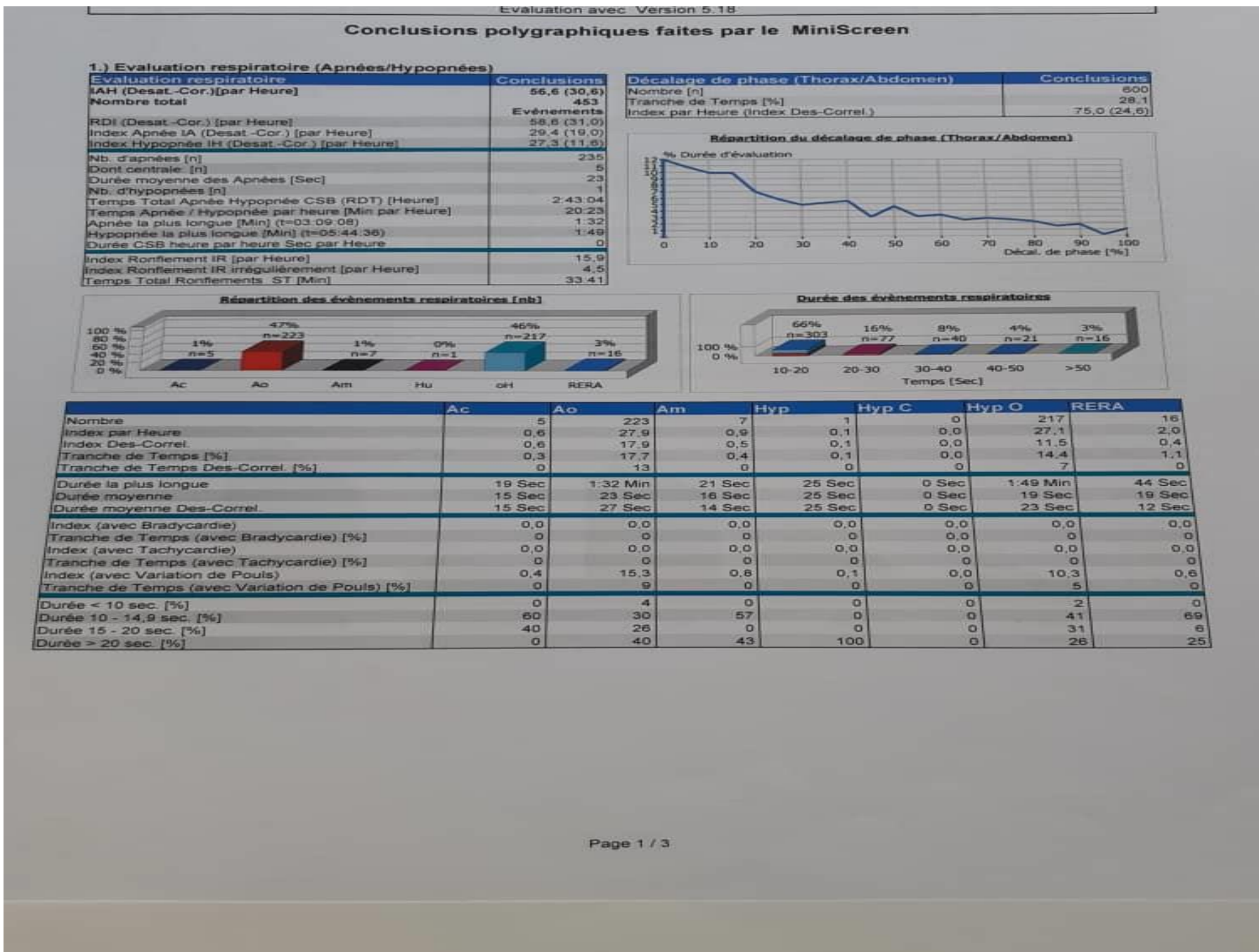


figure 3: polygraphie ventilatoire montrant un SAS sévère, IAH= 56,6 , sans caractère positionnel.