



Revue de Pneumologie Tropicale

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Aka-Danguy Elisabeth (Côte d'Ivoire)

COMITE DE REDACTION

Rédacteur en chef :

Koffi N'goran Bernard (Côte d'Ivoire)

Rédacteurs adjoints :

Ouédraogo Martial (Burkina-Faso)

Sokpo Homéfa (Togo)

Kuaban Christopher (Cameroun)

N'gom Abdou Karim Sévérin (Côte d'Ivoire)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Gninanfou Martin (Bénin)

Tidjani Osséni (Togo)

Hane A. Almamy (Sénégal)

Sow Oumou (Guinée)

Domoua Kouao (Côte d'Ivoire)

Coulibaly Gahoussou (Côte d'Ivoire)

Ba Mamadou (Sénégal)

Sanogo-N'dhatz Méliane (Côte d'Ivoire)

Achi Vincent (Côte d'Ivoire)

Kéita Ba (Mali)

Daix Thomas (Côte d'Ivoire)

Mboussa Joseph (Congo)

Yapi Achi (Côte d'Ivoire)

Boguikouma Jean Bruno (Gabon)

Tanauh Yves Raymond (Côte d'Ivoire)

N'diaye Mamadou (Sénégal)

Napo-Koura (Togo)

Anagonou Séraphin (Bénin)

Kane El Hadj Malick (Mauritanie)

Dah Cyrille (Côte d'Ivoire)

Kéita Kader (Côte d'Ivoire)

Kouassi Boko (Côte d'Ivoire)

MEMBRES HONORAIRES

Coulibaly N. (Côte d'Ivoire) †

Sangaré S. (Mali)

Kane A. (Sénégal)

Amédomé A. (Togo)

Fadiga D. (Côte d'Ivoire) †

Tiendrébégo H. (Burkina Faso) †

Bureau SAPLF

Président :

E. AKA-DANGUY (Côte d'Ivoire)

Vice-Président :

A.A. HANE (Sénégal)

Secrétaire Général :

B.N. KOFFI (Côte d'Ivoire)

Secrétaire Général Adjoint :

A.B. KOUASSI (Côte d'Ivoire)

Trésorier :

S.A. N'GOM (Côte d'Ivoire)

Trésorier Adjoint :

C.A. AKE (Côte d'Ivoire)

Membres d'honneur :

O. TIDJANI (Togo)

M. GNINANFON (Bénin)

O. SOW (Guinée)

SOMMAIRE

Amibiase Pleurale isolée : à propos d'un cas.

Sow D, Cissé MF, Touré NO, Diatta A, Dia Kane Y, Dieng Y, Hane AA 9

Syndrome d'apnée du sommeil en milieu tropical : à propos d'un cas.

Agodokpessi G, Adé G, Adé S, Wachinou AP, Gninafon M. 15

Evaluation de la prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire à Cotonou, Bénin.

Agodokpessi G, Ade G, Ade S, Wachinou P, Gninafon M. 18

Prise en charge des cancers bronchiques à Dakar, Sénégal : Etude multicentrique.

O.BA, N O TOURE, G.AGODOKPESSI, S.BA,AM. DIOP, A.DIALLO, D.SENE, A.BOYE,C DIACK, T.FALL,A.SYLVA,A.NIANG, A.A HANE, M. NDIAYE 21

Aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et pronostic de la fibrose pulmonaire rencontrée chez des planteurs de café-cacao en Côte d'Ivoire.

Godé C, Kouassi B, Horo K, Ahui B, Ohui E, Djè bi, Anon JC, N'gom A, N'goran Koffi, Aka Danguy E 25

Les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de la miliaire tuberculeuse en Côte d'Ivoire.

Achi H V, Ahui B JC, Kouassi B A, Meno Fokama P E, Anon JC, Djè Bi H, N'Dhatz S M, Koffi N, Aka Danguy E. 31

Prise en charge de l'asthme à l'officine : Audit auprès de 160 agents d'officines à Bamako.

Y Toloba, BF Sissoko, A Doumbia, MK Mieufeu, K Ouattara, D Soumaré, B Baya, S Diallo..... 35

Problématique de la tuberculose pulmonaire à microscopie négative à l'heure du VIH/SIDA dans quatre CDT (CSREF COM II, COM V, VI) et le Service de PPH à BAMAKO).

B.F. Sissoko Boubacar Fassara, Y.T. Toloba Yacouba, D.B. Diarra, Bassirou, Y.H. Younoussou Halima, O.K. Ouattara Khadidia, S.D. Soumaré Dianguine, B.G. Berthé Gaoussou, D.S. Diallo Souleymane 39

Tuberculose endobronchique chez l'immunocompétent : à propos de 2 cas.

N.O. Touré, K. Thiam, Y. Dia Kane, A. Diatta, E.M. Ndiaye, F.B.R. Mbaye, M.F. Cissé, A.A. Hane 42

Fiche d'identification

..... 42

Avec les remerciements de la SAPLF à AstraZeneca 

Syndrome d'apnée du sommeil en milieu tropical : à propos d'un cas.

Agodokpessi G 1, 2, Adé G 1, 2, Adé S1, Wachinou AP1, Gninafon M 1, 2.

1. Centre National Hospitalier de Pneumo-Phthysiologie, Cotonou, République du Bénin.
2. Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, République du Bénin.

Résumé

La pathologie du sommeil est un domaine peu appréhendé des praticiens africains et béninois. Nous rapportons l'observation du premier cas diagnostiqué et appareillé à Cotonou. M. X, âgé de 62 ans hypertendu connu se plaignait d'une somnolence diurne. Le score d'Hepworth était à 15/24. L'IMC était à 42 kg/m². La spirométrie notait un trouble ventilatoire restrictif. L'oxymétrie nocturne avait objectivé une désaturation totalisant 68,3% du temps d'enregistrement avec une moyenne à 89% et un index de désaturation globale >4% à 65/H. Devant la forte suspicion d'apnée du sommeil, et dans l'impossibilité de réaliser une polysomnographie, un appareillage par pression positive continue avec un autotset split avait été réalisé. Une normalisation quasi-complète du tracé oxymétrique avait été notée avec une saturation moyenne passant de 89% à 96%. Les résultats du tracé oxymétrique avant, et après mise en route de la pression positive continue, ainsi que l'amélioration de la symptomatologie clinique ont permis de confirmer le diagnostic. Le recul à 6 mois est satisfaisant. Dans un contexte de ressources limitées en l'absence d'une polysomnographie, devant une forte suspicion clinique, l'oxymétrie nocturne, pourrait aider au diagnostic et au suivi du SAS. Les praticiens devraient s'intéresser à cette pathologie pour améliorer la qualité de vie des patients.

Mots clés : syndrome d'apnée du sommeil, oxymétrie nocturne, pression positive continue, Cotonou

Isolated pleural amebiasis: about one case in Dakar.

Summary

The pathology of sleep is a little area physicians African apprehended and Benin. We report the first case diagnosed and sailed in Cotonou. Mr. X, aged 62 known hypertensive complained of daytime sleepiness. Hepworth's score was 15/24. BMI was 42 kg/m². Spirometry noted a restrictive ventilatory defect. The overnight oximetry desaturation had objectified totaling 68.3% of recording time with an average of 89% and an overall index of desaturation > 4% to 65 / H. Before the strong suspicion of sleep apnea, and unable to perform polysomnography, a continuous positive airway pressure apparatus with an autotset split was made. An almost complete normalization of the route oximetry was noted with a mean saturation from 89% to 96%. The results of the route oximetry before and after initiation of continuous positive airway pressure, and the improvement of clinical symptoms have confirmed the diagnosis. The decline in six months is satisfactory. In a context of limited resources in the

absence of polysomnography before a strong clinical suspicion, the nocturnal oximetry, could help in the diagnosis and monitoring of the SAS. Physicians should address this condition to improve the quality of life for patients.

Key words: sleep apnea syndrome, nocturnal oximetry, continuous positive airway pressure, Benin.

Observations

Interrogatoire : M. X, cadre administratif retraité, 62 ans est reçu pour somnolence diurne associée à une fatigabilité anormale. Il est suivi pour une d'HTA connu peu stable sous Fludex LP 1cp/j. Il se plaint d'un sommeil de mauvaise qualité, entrecoupé de plusieurs éveils avec fatigue, céphalées matinales et somnolence diurne. Il se lève deux à trois fois en moyenne pour uriner. Il rapporte une notion de ronflement signalé par son épouse et une baisse importante de la libido. Le score d'Hepworth était à 15/24.

L'examen clinique : La saturation spontanée était à 96 %, le pouls à 88 bpm, la TA à 14/9 cm Hg. Le poids était à 125kg, la taille à 173cm soit un indice de masse corporelle à 42 kg/m² ; le tour de taille était à 136 cm et le périmètre cervical à 47cm. L'examen physique ORL et pleuropulmaire étaient normaux. Le toucher rectal ne note pas une augmentation du volume de la prostate. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Les examens paracliniques : La Numération Formule Sanguine a montré un taux d'hémoglobine à 14,4 g/dl, les Globules Blancs 6.600/mm³, les plaquettes à 215.000éléments/mm³. La glycémie à jeun était à 0,79 g/l. Le bilan thyroïdien était normal avec la T3 à 0,31 ng/dl, T4 à 0,99 ng/dl et TSH à 1,26 mUI/ml, le dosage des PSA était à 1,36 ng/ml. Le bilan lipidique était sans particularité avec le cholestérol total à 1,85g/l, le cholestérol HDL à 0,40 g/l, les triglycérides à 0,70 g/l. Le reste du bilan biologique hépatique et rénal était sans particularité. La radiographie du thorax était normale. L'Electrocardiogramme avait inscrit un rythme sinusal régulier à 86 bpm. La réalisation de la courbe débit volume a permis de mesurer la CVF à 1,92 L (52%), le rapport VEMS/CVF à 92 %, le VEMS à 1,76L (61%). La gazométrie n'était pas disponible. L'oxymétrie nocturne présentée dans la figure N°1, note une désaturation totalisant 68,3% du temps d'enregistrement ; la saturation moyenne était à 89% [68% -99%]. L'index de désaturation globale >4% était à 65/H et la fréquence cardiaque moyenne était à 88,9bpm, variant entre 35 et 97 bpm. Devant la forte suspicion d'apnée du sommeil, et dans l'impossibilité de réaliser une polysomnographie, une oxymétrie nocturne sous CIPAP (définition) autotset S8 RESMED est réalisé. La pression auto titrée minimum était à 10, et celle maximum était fixée à 20 cm d'H₂O. Le masque Quatro FIX, taille M,

Nasobucal (full face) était utilisé. Les résultats du tracé sous appareillage sont illustrés par la figure N°2 qui faisait observer une normalisation quasi-complète du tracé, une saturation moyenne à 96% avec les extrêmes de 78 et 99 % et une fréquence cardiaque à 77bpm avec des extrêmes de 56 et 96 bpm. Le diagnostic de SAOS est posé, et le traitement par pression positive continue (ppc) est poursuivi à domicile. Le traitement utilisé en moyenne 6 heures par nuit apporte une amélioration des symptômes initiaux avec une tolérance satisfaisante ; le score d'Epworth à 6 mois du traitement était à 5/24.



Figure 1 :



Figure 2 :

FC : Fréquence Cardiaque

Sa O 2 : saturation transcutanée en oxygène .

Discussion

Le diagnostic de certitude du SAS repose sur la polysomnographie [2, 5,6]. Il permet de faire la différence entre le mécanisme central ou obstructif de l'événement respiratoire responsable de la désaturation. En l'absence de polysomnographie, l'oxymétrie associée à une clinique fortement évocatrice pourrait aider au diagnostic [5,6]. Dans notre cas, les résultats du tracé oxymétrique avant, et après mise en route de la pression positive continue et surtout l'amélioration de la symptomatologie clinique ont permis de confirmer le diagnostic. Les facteurs de risque de la maladie que sont la surcharge pondérale franche retrouvée dans 50 à 70 % des cas [2] ; l'HTA présente dans 50 % des cas [2,7] sont retrouvés chez notre patient. Le SAOS est un

facteur étiologique d'HTA systémique, indépendamment de la présence d'une obésité [7]. Le diabète également surtout de type 2 est également relevé [8]. Des facteurs ethniques ont été rapportés, mettant en exergue un risque relatif plus élevé de la maladie chez les Américains d'origine africaine que ceux d'origine caucasienne [9]. Une étude préliminaire de prévalence par questionnaire à Abuja au Nigéria, note une prévalence de 19% de risque élevé de SAOS chez des adultes d'âge entre 30 et 60 ans [3]. Même si ce résultat préliminaire reste à démontrer de façon convaincante, le moins que l'on puisse en déduire est que le SAS semble une réalité méconnue en Afrique du fait des difficultés logistiques. Si l'inaccessibilité au diagnostic semble la raison la plus importante, l'accès au traitement ne serait pas du reste. En effet dans l'étude tunisienne, sur 63 cas diagnostiqués, seulement 17 ont été appareillés [4]. Bien que sensibilisés, l'absence d'une thérapeutique disponible pourrait constituer un frein au dépistage chez les praticiens. La thérapeutique de référence reste la pression positive continue qui restaure une meilleure qualité de vie et améliore significativement l'espérance de vie [10].

Conclusion

Dans un contexte de ressources limitées en l'absence d'une polysomnographie, devant une forte suspicion clinique, l'oxymétrie nocturne, pourrait aider au diagnostic et au suivi du syndrome d'apnée du sommeil. Les praticiens devraient s'intéresser à cette pathologie pour rendre compte de son importance afin de solliciter l'appui nécessaire aux fins d'améliorer la qualité de vie des patients.

Remerciements : les auteurs remercient à travers le Dr Geneviève Nicolet-Chatelain, la ligue pulmonaire suisse pour le don d'appareils de pression positive continue.

Références

1. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993; 328 : 1230-1235
2. Weitzenblum E, Chaouat A, Kessler R et Krieger J. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil. *Encycl Méd Chir , Pneumologie*, 6-040-K-05, 2000, 13 p.
3. Adewole OO, Hakeem A, Fola A, Anteyi E, Ajuwon Z, Erhabor G. Obstructive sleep apnea among adults in Nigeria. *J Natl Med Assoc.* 2009;101 :720-5.
4. Battikh MH, Joobeur S, Ben Sayeh MM, Rouetbi N, Maatallah A, Daami M, el Kamel A. [Obstructive sleep apnea syndrome. Analytical study of 63 cases]. *Tunis Med.* 2004; 82 : 209-13.
5. Société de Pneumologie de langue française. Recommandations SPLF 2010 pour la pratique clinique (RPC) du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) de l'adulte. *Rev Mal Respir.* 2010; 27: 806-33.
6. Park JG, Ramar MD, Olson EJ. Updates on Definition, Consequences, and Management of Obstructive Sleep Apnea *Mayo Clin Proc.* 2011; 86:549-555
7. Carlson JT, Hedner JA, Ejnell H, Peterson LE. High prevalence of hypertension in sleep apnea patients independent of obesity. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150 : 72-77

8. West SD, NICOLL DJ, STRADLING JR. Prévalence of obstructive sleep apnoea in men with type 2 diabetes. *Thorax* 2006; 61: 945-50
 9. Ancoli-Israel S, Klauber MR, Stepnowsky C, Estline E, Chinn A, Fell R. Sleep-disordered breathing in African-American elderly. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 1946-1949
 10. Martínez-García MA, Soler-Cataluña JJ, Ejarque-Martínez L, Soriano Y, Román-Sánchez P, Illa FB, Canal JM, Durán-Cantolla J. Continuous positive airway pressure treatment reduces mortality in patients with ischemic stroke and obstructive sleep apnea: a 5-year follow-up study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180 :36-41.
-