

## Introduction:

- La prévalence du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) au cours de l'acromégalie est élevée. Sa recherche doit être alors systématique.
- L'objectif de notre étude est de préciser les caractéristiques du SAOS chez une population d'acromégales.

## Patients et méthodes:

-Il s'agit d'une étude rétrospective, portant sur 50 patients dont 13 ont pu bénéficier d'un questionnaire du sommeil avec calcul de l'échelle d'Epworth, d'une polysomnographie et d'un recueil des comorbidités.

## Résultats:

-L'âge moyen des patients explorés était de 50.2+/-10.8 ans, la population comportait 12 femmes et 1 homme. L'IMC moyen était de 29.3 +/-7.07 Kg/m<sup>2</sup>, la durée moyenne d'évolution de la maladie était de 3.7+/- 4.7ans.

-Les signes cliniques rapportés sont :ronflements (92.3%),pauses respiratoires (92.3 %),somnolence diurne excessive (53.8%),nycturie (76.9%),troubles de l'humeur (76,9%), troubles de la mémoire (69.2%),une baisse de la libido (69.2%) et céphalées matinales (53.8 %).

-A l'échelle d'Epworth, 6 patients avaient un score pathologique avec un score moyen de 12. La polysomnographie a détecté 10 SAOS sévères (index d'apnées/hypopnées (IAH) moyen de 63/heures de sommeil, 1cas d'apnée centrale),2 modérés (IAH moyen de 25.2/h), 1 léger avec un IAH de 12.8/h.

-La présence d'une HTA, l'âge avancé, l'ancienneté de la maladie et la sévérité de l'obésité n'étaient pas corrélés à la sévérité du SAOS (respectivement : p=0.7, p=0.35, p=0.8, p=0.34).

-Un traitement par pression positive continue a été débuté chez les patients ayant un SAS sévère, une orthèse d'avancée mandibulaire a été indiquée dans un cas de SAOS modérée et une chirurgie de ronflement dans le cas du SAS léger.

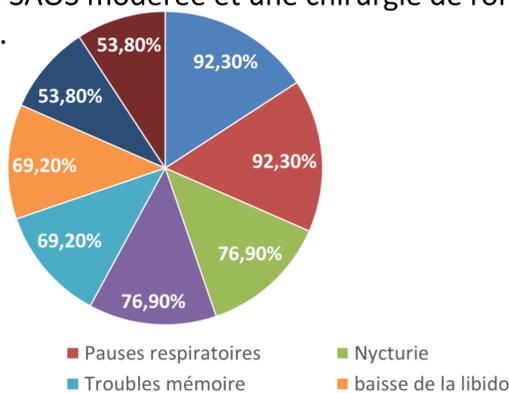


Figure 1: Symptômes cliniques rapportés dans notre série

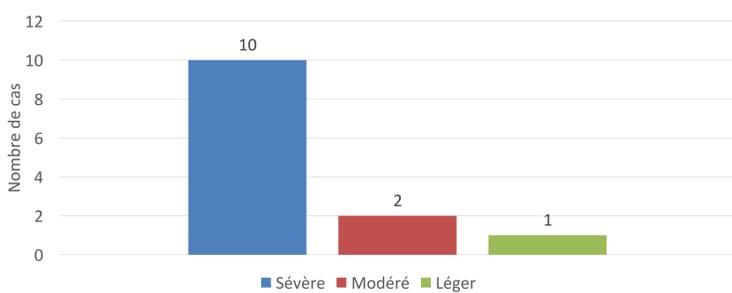


Figure 2: Degré de sévérité du SAOS dans notre série

## Discussion:

-L'acromégalie est une maladie rare. Son incidence est estimée à de 3-4 cas/million/an) liée à une sécrétion excessive d'hormone de croissance, le plus souvent par un adénome somatotrope hypophysaire. L'âge moyen au diagnostic est de 40 ans .Le délai entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic est de 12 ans [1].

-Cette affection entraîne un syndrome dysmorphique lentement évolutif et peut se compliquer, entre autres, d'atteintes cardiovasculaires, métaboliques, articulaires, osseuses, néoplasiques et respiratoires dont le syndrome d'apnées du sommeil.

-Sur le plan épidémiologique, Le SAOS est la complication la plus fréquemment observée dans l'acromégalie, la prévalence est estimée entre 45 et 79 %. Des apnées centrales ont également été décrites mais sont nettement moins fréquentes. Dans notre série, uniquement 1 patient ayant un SAOS sévère présentait une apnée centrale ce qui rejoint les résultats de la littérature [2].

-Quand à la prévalence de l'acromégalie chez les patients souffrant de SAOS, elle demeure inconnue: aucune donnée n'existe sur le dépistage systématique de cette maladie chez les patients apnéiques. Il pourrait être utile de doser plus régulièrement l'IGF-1 dans le SAOS.

-Il est lié à l'épaississement des tissus mous pharyngés (dépôts de glycosaminoglycannes, production accrue de collagène, œdème) qu'aux changements squelettiques. Un autre facteur incriminé dans la survenue de ce syndrome est le surpoids de ces patients. L'hypothyroïdie, inconstamment associée à l'acromégalie ou à ses traitements, est également un facteur favorisant [3].

-Les effets du traitement de la maladie sur le SAOS sont variables et souvent décrits comme dichotomiques [4]. Dans la série de Akkoyunlu et al, la prévalence du SAOS reste élevée même en cas de maladie bien contrôlée (35 %) et l'effet du traitement médical et/ou chirurgical chez 14 malades non contrôlés était relativement peu significatif sur les apnées : 11/12 patients gardaient une indication de pression positive continue six mois après le début du traitement [4].

-Selon la littérature, le syndrome d'apnées du sommeil persiste chez près de 40 % des patients acromégales guéris ou contrôlés médicalement [2].

-le suivi des complications respiratoires reste nécessaire. L'Acromegaly Consensus Group recommande d'évaluer annuellement les symptômes de somnolence chez ces patients et de les référer au somnologue pour examens complémentaires en cas de besoin [5].

## Conclusion:

-Le SAOS est extrêmement fréquent dans l'acromégalie. Son devenir sous traitement est variable d'où l'intérêt d'un suivi au long cours.

## REFERENCES

- [1]- Chanson P, Salenave S. Acromegaly. Orphanet J Rare Dis 2008;3:17.
- [2]- Chemla D, Attal P, Maione L, et al. Impact of successful treatment of acromegaly on overnight heart rate variability and sleep apnea. J Clin Endocrinol Metab 2014;99:2925-31.
- [3]- Roemmler J, Gutt B, Fisher R, et al. Elevated incidence of sleep apnoea in acromegaly-correlation to disease activity. Sleep Breath 2012;16:1247—53.
- [4]- Akkoyunlu ME, Ilhan MM, Bayram M, et al. Does hormonal control obviate positive airway pressure therapy in acromegaly with sleep-disordered breathing? Respir Med 2013;107:1803-9.
- [5]- Melmed S, Casanueva FF, Klibanski A, et al. A consensus on the diagnosis and treatment of acromegaly complications. Pituitary 2013;16:294—302.

Pas de conflits d'intérêt