

Prévalence et facteurs favorisants du syndrome d'apnées du sommeil au cours de la dystrophie ovarienne

M.Ammar^a, N.Charfi^a, J.Jdidi^b, S.Msaad^c, N.Rekik^a, F.Mnif^a, M.Abid^a

^a Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

^b Service de médecine préventive, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

^c Service de pneumologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

Introduction:

La dystrophie ovarienne ou syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est la cause la plus fréquente de troubles de l'ovulation, d'infécondité et d'hyperandrogénie chez la femme. Toutefois, ce syndrome est non seulement à composante reproductive mais aussi métabolique et vasculaire.

En plus, des études récentes ont montré que les patientes présentant un SOPK ont un risque élevé de présenter également un syndrome d'apnées du sommeil (SAS). L'objectif de notre travail est d'évaluer la prévalence du SAS chez les patientes ayant un SOPK, et en déterminer les facteurs favorisants.

Matériels et méthodes:

Etude portant sur 30 femmes ayant un SOPK dont le diagnostic est posé selon les critères de Rotterdam, en période d'activité génitale, âgées de 18 à 45 ans et sans comorbidités associées. Toutes les patientes ont bénéficié d'une polygraphie ventilatoire.

Résultats:

1- Caractéristiques de la population d'étude

➤ **Âge moyen de nos patientes:** 28,3 ± 6,5 (Extrêmes:18 -39 ans)

➤ **Statut matrimonial:** 40% des patientes étaient mariées

➤ **Paramètres anthropométriques:**

Paramètres	Moyenne ± ET	Extrêmes
Poids (kg)	90,17 ± 20,72	49-127
IMC (kg/m ²)	33,89 ± 7,51	18,59 - 49,30
Tour de taille (TT) (cm)	101,73 ± 15,89	63 - 135
Tour de hanche (TH) (cm)	116,03 ± 13,69	86- 137
Rapport taille sur hanche (RTH)	0,87± 0,07	0,68 -0,99
Périmètre cervical (PC) (cm)	36.37 ± 2,89	29 - 42

▪ Parmi nos patientes, 66,7% étaient obèses avec une obésité grade II dans la majorité des cas (45%), une obésité grade I dans 30% des cas et une obésité grade III dans 25% des cas

▪ La répartition androïde des graisses était retrouvée chez 63,3% des patientes selon RTH > 0,85 et 76,7% selon TT >88 cm

➤ **Caractéristiques cliniques des patientes SOPK:**

▪ Les troubles du cycle menstruel étaient notés dans 86,66% des cas, dominés par les spanioménorrhées

▪ Parmi les femmes mariées, 66,7% avaient un problème d'infertilité, qui était primaire dans la majorité des cas

▪ L'hirsutisme était noté dans 66,7% des cas

▪ Dix-huit patientes atteintes d'un SOPK (60%) avaient un acanthosis nigricans, témoin d'une insulino-résistance sévère

➤ **Données biologiques:**

▪ La fréquence du syndrome métabolique (SM) dans notre population SOPK, selon la classification de la NCEP ATP III, était de 34,5%

▪ La testostéronémie totale était en moyenne de 0,68 ± 0,37 ng/ml (extrêmes : 0,17- 1,49)

▪ Une hyperandrogénie biologique (testostéronémie totale > 0,6 ng/ml) était présente chez 13 patientes (56,5%) (Figure 1)

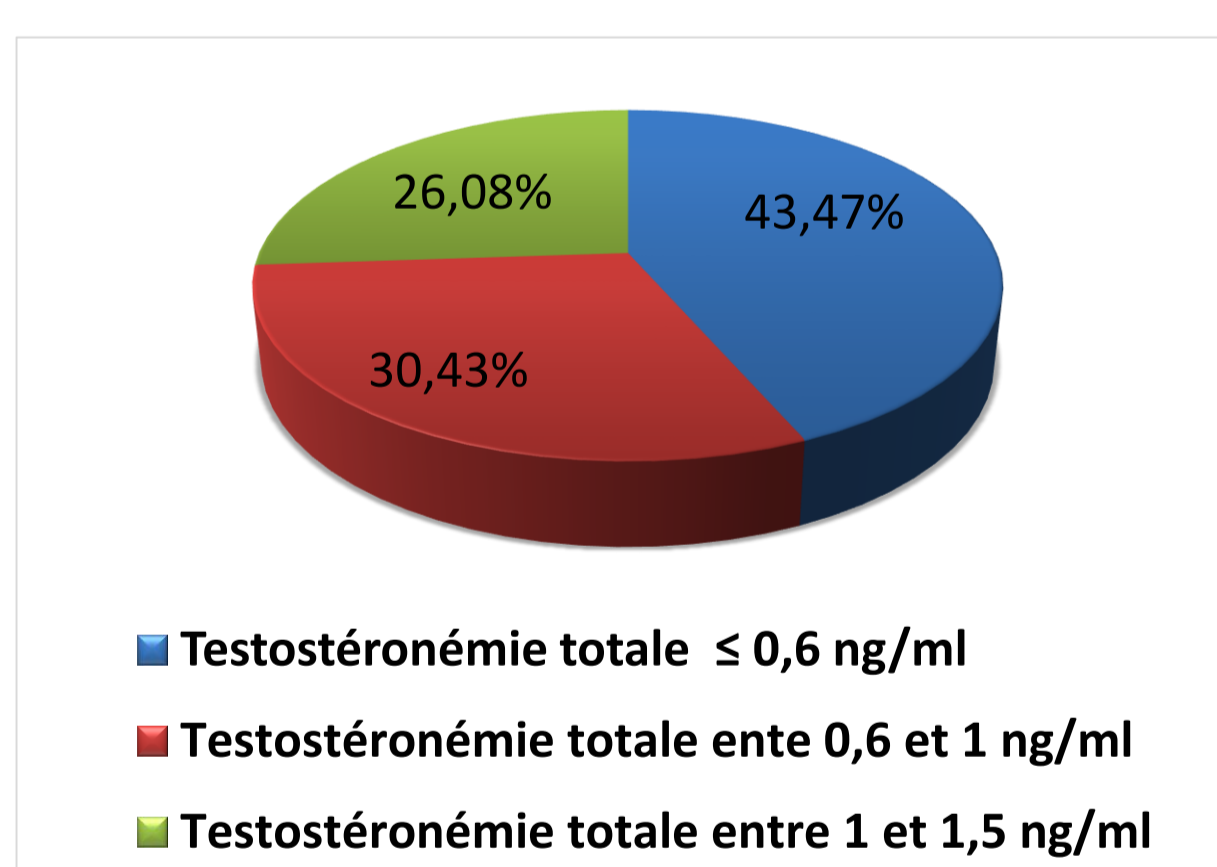


Figure 1: Répartition des patientes selon le taux de testostéronémie totale

2- Données de la polygraphie ventilatoire:

	Médiane	Extrêmes
Index d'apnées hypopnées (IAH /h)	2,95	0 - 42,5
Index de désaturation (ID /h)	3,3	0 - 32,3
SpO ₂ moyenne (%)	95,3	92,4 - 97,6
SpO ₂ minimale (%)	88	50 - 94
Temps d'enregistrement passé avec une SpO ₂ ≤ 90% (%)	0	0 - 2,2

Discussion et conclusion:

□ Dans ce travail, nous avons démontré que la prévalence du SAS est considérablement élevée chez les patientes ayant un SOPK, elle est en fait de 40%. Ce taux est comparable à ceux rapportés dans la littérature (44,4% à 69,6%).

□ Chez les patientes ayant un SOPK, les mécanismes incriminés dans l'augmentation du risque de SAS ne sont qu'incomplètement élucidés.

□ Plusieurs auteurs ont suggéré que l'hyperandrogénie et l'obésité fréquemment associées au SOPK, pourraient contribuer à l'augmentation de la prévalence du SAS au cours de ce syndrome.

□ Dans notre étude, l'**obésité** et particulièrement l'**obésité androïde** ainsi que le **périmètre cervical** élevé sont les facteurs associés à cette augmentation du risque du SAS au cours du SOPK, ce qui concorde avec les données de la littérature.

□ L'hyperandrogénie clinique et biologique chez nos patientes SOPK n'est pas associée au SAS, ce qui est discordant avec les données de certaines études.

□ Les résultats de notre étude et des études similaires ont des implications cliniques importantes. En effet, le SOPK et le SAS sont deux pathologies relativement fréquentes dans la population générale et sont souvent sous diagnostiquées. Tous deux sont associées à une morbidité importante surtout cardio-métabolique, qui peut être réduite par une prise en charge ciblée.

□ Ainsi, nous recommandons comme dans la littérature, la recherche du SAS chez les femmes ayant un SOPK particulièrement celles qui sont obèses.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

3- Prévalence du SAS:

La prévalence du SAS dans notre population est de 40%

La répartition des patientes selon la forme du SAS est représentée par la figure 2

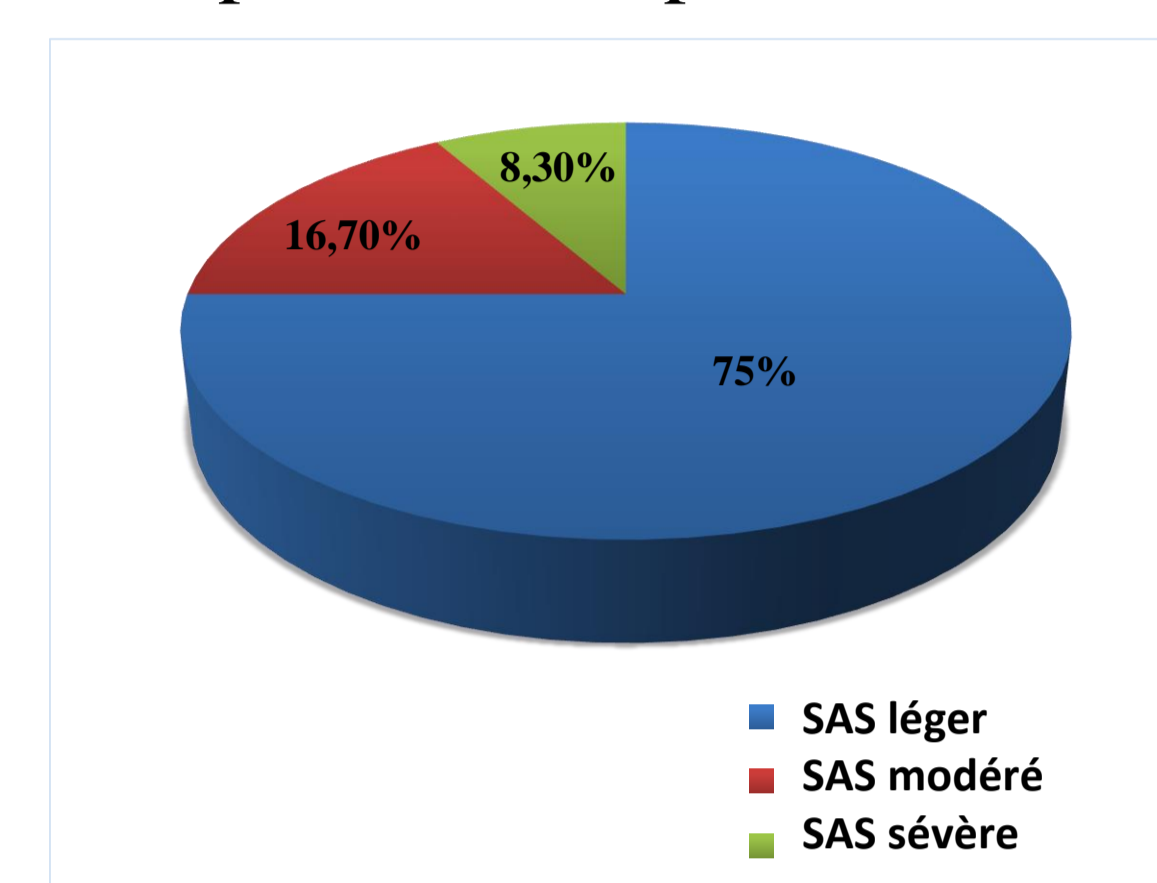


Figure 2: Répartition des patientes selon la forme du SAS

4- Facteurs favorisants la survenue du SAS dans le SOPK

	SOPK avec SAHOS N=12	SOPK sans SAHOS N=18	P
Age (ans)	28,17 ± 6,1	28,39 ± 6,9	0,92
Poids (Kg)	99,41±19,68	84±19,52	0,04
IMC (Kg/m ²)	37,23±6,74	31,65±7,33	0,04
TT (cm)	109,41±14,56	96,61±14,97	0,02
TH (cm)	119,83±12,56	113,5±14,17	0,22
RTH (cm)	0,9±0,06	0,84±0,07	0,02
PC (cm)	37,75±2,09	35,44±3,03	0,03
Acanthosis nigricans	66,7%	55,6%	0,7
Hirsutisme	58,3%	72,2%	0,46
Testostéronémie totale (ng/ml)	0,58±0,4	0,74±0,36	0,34
SM	50%	23,5%	0,23

➤ **Analyse multivariée :**

Le tour de taille est un facteur indépendant prédictif de SAS chez les femmes ayant un SOPK:

❖ OR= 1.06

❖ IC 95% = [1.01- 1.13]

❖ p=0.045

➤ **Etude de corrélation entre l'IAH et les principaux paramètres clinico-biologiques:**

Corrélation avec l'IAH	P
Age	0,30
Poids	0,18
IMC	0,30
TT	0,22
RTH	0,12
PC	0,13
Testostéronémie totale	0,13