Prévalence des signes évocateurs du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil à Kinshasa (RDC) : Intérêt d'une prise en charge par l'orthèse d'avancée mandibulaire

Prevalence of Evidence for Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome in Kinshasa (DRC): The Value of Management by the Mandibular Advancement Orthosis

A.K Ntima-Nsiemi^{a,c}, J.M Kayembe^b, C. Mbuila^{d,e}

^a Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, Centre Hospitalier de Meaux, 77100 Meaux, France

^b Département de Médecine Interne, Cliniques Universitaires de Kinshasa, République Démocratique du Congo

^c Département d'Odonto-Stomatologie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, République Démocratique du Congo

^d Service de Pédiatrie, Groupe Hospitalier Carnelle Portes de l'Oise, 95260 Beaumont-Sur-Oise, France

^e Département de Pédiatrie, Cliniques Universitaires de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Résumé

Contexte et objectifs. Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est défini par la survenue, durant le sommeil, d'épisodes anormalement fréquents d'obstruction complète ou partielle des voies aériennes supérieures (VAS), responsables d'interruptions (apnées) ou de réductions significatives (hypopnées) de la ventilation. Ce collapsus répété des VAS au cours du sommeil entraîne une hypoxémie et des micro-éveils. Mal connu du grand public, le diagnostic est évoqué sur le tableau clinique, la somnolence diurne excessive (SDE) et le ronflement. Il est confirmé par la polysomnographie (PSG).

Dans les pays où les études ont été réalisées, le SAHOS est considéré comme une affection fréquente. Chez l'adulte, sa prévalence estimée à 3 à 7% des hommes et de 2 à 5% des femmes, reste encore mal déterminée.

Ce syndrome est peu décrit chez le Noir africain. Cette étude s'est fixée comme objectifs : 1) d'estimer la prévalence des symptômes évocateurs du SAHOS en RDC, selon l'échelle de somnolence d'Epworth et les ronflements et 2) de proposer une prise en charge pour les patients congolais, vivant dans un pays où la fourniture en électricité est aléatoire, sachant que le traitement de référence est l'appareil à pression positive continue (PPC)

Méthodes. Entre le 10 et le 16 janvier 2016, nous avons réalisé une enquête incluant de façon prospective des sujets d'âge ≥ 18 ans. L'enquête s'était déroulée dans les rues auprès des passants de sexe féminin et masculin.

Elle s'est basée sur un questionnaire standardisé complété lors d'un entretien individuel avec les

passants et intégrant les données estimées pertinentes : démographiques, socio-familiales, les ronflements, la somnolence diurne, les antécédents médico-chirurgicaux.

Les ronflements étaient évalués et exprimés sous forme de fréquence par nuit et par semaine. La somnolence diurne était évaluée selon l'échelle d'Epworth.

Les variables analysées ont été saisies sous Microsoft Excel[®] pour une analyse statistique, réalisée par un statisticien-épidémiologiste indépendant, à l'aide du logiciel R version 3.3.3. de la Fondation R pour le Calcul Statistique.

Résultats

Description de la population étudiée : L'enquête a porté sur 1200 personnes, dont 601 hommes et 599 femmes, leur âge étant compris entre 18 et 88 ans. La répartition est homogène selon le sexe, mais hétérogène selon l'âge avec une prédominance pour la tranche d'âge de 25-54 ans (figure 1).

Signes évocateurs du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil : L'étude de la prévalence du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil était basée sur la recherche des ronflements et la somnolence diurne évaluée selon l'échelle d'Epworth.

Ronflements : Nous avons noté 48,6% des ronfleurs (30,8% d'hommes et 17,8% de femmes).

On notait 32,5% des ronfleurs habituels dont 23,3% ronflant toutes les nuits et 9,2% ronflant 2 à 4 nuits par semaine. Les hommes avaient une probabilité deux fois plus grande de ronfler que les femmes [OR : 2]. La tranche d'âge la plus touchée était située au-delà de 35 ans, contrairement aux 25–34 ans [OR : 2,9 vs 1,6 ; tableau 1, figures 2, 3].

Somnolence diurne excessive : La majorité avait un score normal [Figure 3]. Les personnes les plus âgées étaient significativement plus nombreuses à avoir un score franchement pathologique, estimé > 15 , comparées aux autres : 12% vs moins de 5% ; respectivement $p < [0,001$, tableau 2, figure 3, 4].

Le niveau de somnolence était indépendant du sexe et du niveau d'instruction.

Association entre les ronflements et le score d'Epworth : Les ronflements sont significativement associés au score d'Epworth. Les ronfleurs étaient deux fois plus susceptibles de présenter une somnolence diurne excessive [$p = 0,004$, tableau 3].

Conclusion

Le SAHOS, pathologie fréquente, bien qu'étudiée dans un grand nombre de pays reste souvent méconnue et non ou sous diagnostiquée.

Cette étude prospective portant sur 1200 sujets d'un âge supérieur ou égal à 18 ans, recrutés dans les rues de KINSHASA, a révélé que cette affection existe en République Démocratique du Congo. Elle constitue à notre connaissance, la première effectuée dans ce pays de plus de 74 000000 d'habitants.

Nos résultats en terme de prévalence des signes évocateurs du SAHOS (ronflement et somnolence diurne) sont superposables à ceux de la littérature.

L'accès à la PPC étant difficile (coût de location de la machine, disponibilité du courant électrique), l'orthèse d'avancée mandibulaire, dispositif élaboré sur mesure et ne nécessitant aucun entretien laborieux, constitue une alternative intéressante pour la prise en charge des patients en RDC.