

Apnées du sommeil et HTA

Les apnées du sommeil sont très fréquentes. Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est défini par un index d'apnée-hypopnée (IAH) correspondant au nombre d'événements par heure de sommeil. Les études américaines ont montré parmi les sujets adultes une prévalence de SAOS de 9% chez les femmes et 24% chez les hommes avec un IAH de 5, souvent asymptomatiques, et de 2 et 4% avec un IAH de 15 ou plus, souvent cliniquement significatif¹. Le ronflement et l'obésité sont fortement associés au SAOS et les données se multiplient pour montrer une association entre SAOS et HTA chronique¹. Cette association peut-elle être retenue ? Est-elle causale ou simplement liée à des facteurs de risque communs ? Quelles conclusions pratiques en tirer ? Trois études de cohorte nous apportent des informations.^{2,3,4}

Les trois études ont été pratiquées dans des populations différentes. Elles ont toutes employé les mêmes critères d'identification. Les apnées du sommeil étaient caractérisées par l'IAH selon le nombre d'événement par heure de sommeil à la polysomnographie. Étaient considérés comme hypertendus les patients avec une TA 140/90, ou recevant un traitement antihypertenseur. Les trois études ont également analysé le ronflement, les données démographiques, le poids, le tabagisme et la prise d'alcool.

La première étude² concernait 2677 adultes des deux sexes, consultant dans une clinique du sommeil. La pression sanguine et le nombre d'hypertendus croissaient linéairement avec l'IAH, le risque d'HTA augmentant de 1% avec chaque apnée supplémentaire.

Le SAOS était un facteur prédictif significatif d'hypertension, indépendant de l'âge et du poids du corps.

La deuxième étude³ concernait 6132 sujets volontaires de plus de 40 ans (58,2% de femmes), issus d'une étude de cohorte de malades cardiovasculaires et respiratoires. 53,6% des patients ont un IAH>5.

La prévalence de l'HTA croissait avec l'IAH: 43% si <1,5 - 53% de 1,5 à 4,9 - 59% de 5 à 14,9 - 62% de 15 à 29,9 - 67% si 30. Si l'on définit un risque d'HTA de 1 pour un IAH <1,5, pour les sujets avec un IAH maximum 30 AH, le

risque relatif (RR) d'HTA était de 2,27. En ajustant les résultats pour exclure l'influence des facteurs confondants, le RR passe à 1,60 quand on tient compte du seul poids du corps, et à 1,39 en prenant en compte tous les facteurs.

Les données confirment une association entre le SAOS, son importance et l'existence d'une HTA.

La troisième étude⁴ est une étude prospective dans la population générale, concernant 739 patients suivis 4 ans, et 8 ans pour 184 d'entre eux. Un questionnaire avait été envoyé à des employés de quatre agences d'état sur leurs habitudes de sommeil, leur état de santé. Un échantillon randomisé des répondants était invité à participer à l'étude. Étaient exclues les femmes enceintes, les pathologies cardio-respiratoires instables ou décompensées.

22,2% des patients avaient un IAH 5

Par rapport à un IAH à 0, le RR d'HTA était de 1,42 avec un IAH entre 0,1 et 4,9, 2,03 avec un IAH entre 5 et 14,9, 2,89 avec un IAH de 15 ou plus. Après ajustement pour les facteurs confondants, le RR passe à 1,39 - 1,92 - 2,66. Le risque d'HTA était ainsi de 2 à 3 fois plus élevé pour les patients avec des SAOS significatives.

Les auteurs concluent que leurs données suggèrent que les SAOS représentent un facteur de risque d'HTA, et de morbidité cardiovasculaire dans la population générale.

Que retenir en pratique de toutes ces études ?

Elles n'apportent pas de données supplémentaires sur la prévalence du syndrome des SAOS, les populations étudiées étant sélectionnées, hétérogènes et non randomisées.

Elles confirment de façon indiscutable **l'association entre SAOS et HTA**, la prévalence de l'HTA étant doublée ou triplée selon la sévérité du SAOS. Celle-ci était pour partie liée au poids, mais pour une plus grande part indépendante. L'association ne peut être affirmée causale, en l'absence de groupe comparatif.

Faut-il alors explorer le sommeil de tous les hypertendus? L'ensemble des auteurs et des commentateurs l'exclue en raison de l'efficacité des traitements actuels de l'HTA⁵, de l'absence d'étude à long terme, de l'ignorance du bénéfice du traitement des SAOS modérés, des difficultés d'observance des traitements des SAOS.⁶

1- Young T et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. N Engl J Med 1993;328(17): 1230-1235

2- Lavie P et al. Obstructive sleep apnoea syndrome as a risk factor for hypertension: population study. BMJ 2000;320:479-482

3- Nieto FJ et al. Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study. JAMA 2000;283(14):1829-36

4- Peppard PE et al Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. N Engl J Med 2000;342(19):1378-84

5- Zwillich CW. Is untreated sleep apnea a contributing factor for chronic hypertension? JAMA 2000;283(14):1880-81

6- Metrailler JC, Rochat T. Acceptation et observance du traitement des apnées du sommeil par pression positive continue. Med Hyg 1999;57:2320-2

Mots clé: apnée du sommeil, HTA, étude de cohorte

Numéro 187 du 25 mai 2000