

SAOS ET ANESTHÉSIE: QUEL IMPACT?

PRISE EN CHARGE PRÉ, PER ET POST-OPÉRATOIRE
CHEZ L'ADULTE

Dr BOSCH Laetitia
CHU de Toulouse

Novembre 2019

DÉFINITION ET DEMOGRAPHIE

DÉFINITION: Syndrome d'Apnée Obstructive Du Sommeil

Index Apnée/Hypopnée (IAH) > 15/heure

- Apnée = interruption de la respiration > 10 sec
- Hypopnée = baisse de la ventilation $\geq 30\%$ pendant plus de 10 secondes, associée à une désaturation artérielle d'au moins 3% et/ou à un micro-éveil

Importance du SAOS	Nombre de IAH
Léger	15 à 25
Modéré	25 à 35
Sévère	>35

DÉFINITION: Syndrome d'Apnée Obstructive Du Sommeil

Index Apnée/Hypopnée (IAH) > 15/heure

- Apnée=interruption de la respiration > 10 sec
- Hypopnée=baisse de la ventilation $\geq 30\%$ pendant plus de 10 secondes, associée à une désaturation artérielle d'au moins 3% et/ou à un micro-éveil

Critères cliniques

- Somnolence diurne excessive
- +
- 2 signes associés:
 - ronflement quotidien sévère
 - céphalées matinales
 - vigilance réduite
 - troubles de la libido
 - HTA
 - nycturie

TOLOS IADE 2019

SÉVERITÉ DU SAOS

Index Apnée/Hypopnée (IAH)

Importance du SAOS	Nombre de IAH
Léger	15 à 25
Modéré	25 à 35
Sévère	>35

Somnolence: répercussions sur la vie sociale ou professionnelle

- Légère
- Modérée
- Sévère

TOLOS

IAH 2019

DÉMOGRAPHIE

En France: de 6 à 12%

Selon âge

- Fréquence augmente avec l'âge, et se stabilise à partir de 70 ans
- Avant 60 ans: Homme > femme Après 60 ans: Homme = femme

Maladie sous-diagnostiquée

TOLOS'IADE 2019

COMMENT FAIRE LE DIAGNOSTIC ?





Sueurs nocturnes



Nycturie



Apnées nocturnes



Ronflement



SYMPTÔMES DE L'APNÉE DU SOMMEIL



Troubles de la libido



Somnolence diurne



Problèmes de mémoire,
concentration, attention



Maux de tête au réveil



Gorge sèche et
soif au réveil



Someille agité : étouffements,
respiration sifflante, douleurs
à la poitrine

T

STOP BANG

Outil de dépistage du Syndrome d'Apnées du Sommeil (SAS)*

D'après Chang et al. Obesity surgery, 2013; 23:2050-2057

	Oui	Non
Vous ronflez suffisamment fort pour être entendu à travers une porte ou gêner votre voisin(e) de lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ressentez une fatigue anormale dans la journée ou vous vous endormez facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre voisin(e) de lit a observé des arrêts dans votre respiration la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez une hypertension artérielle traitée ou non traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre indice de masse corporelle* est supérieur à 35kg/m ² ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes âgé de plus de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre tour de cou est supérieur à 43 cm si vous êtes un homme ou supérieur à 41 cm si vous êtes une femme ? (mesure au niveau de la pomme d'Adam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes un homme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score total (nombre de réponses positives)		

* Index de Masse Corporelle (IMC) = poids (kg)/taille(m)²

Interprétation du résultat chez la personne obèse* :

- Score égal à 3 : **risque élevé de SAS**
- Score égal ou supérieur à 4 : **risque élevé de SAS SÉVÈRE**

<http://www.stopbang.ca/osa/screening.php>

TOLC

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC

Enregistrement nocturne

- Polygraphie de ventilation:
 - Mesure des débits ventilatoires
 - Mesure de SaO₂, FC
 - un capteur de ronflement
 - un capteur de mouvement
- **Polysomnographie = Examen de référence**
 - Polygraphie de ventilation +
 - un électro-encéphalogramme (EEG)
 - un électromyogramme (EMG)
 - un électrocardiogramme (ECG)
 - un électrooculogramme (EOG)



STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE

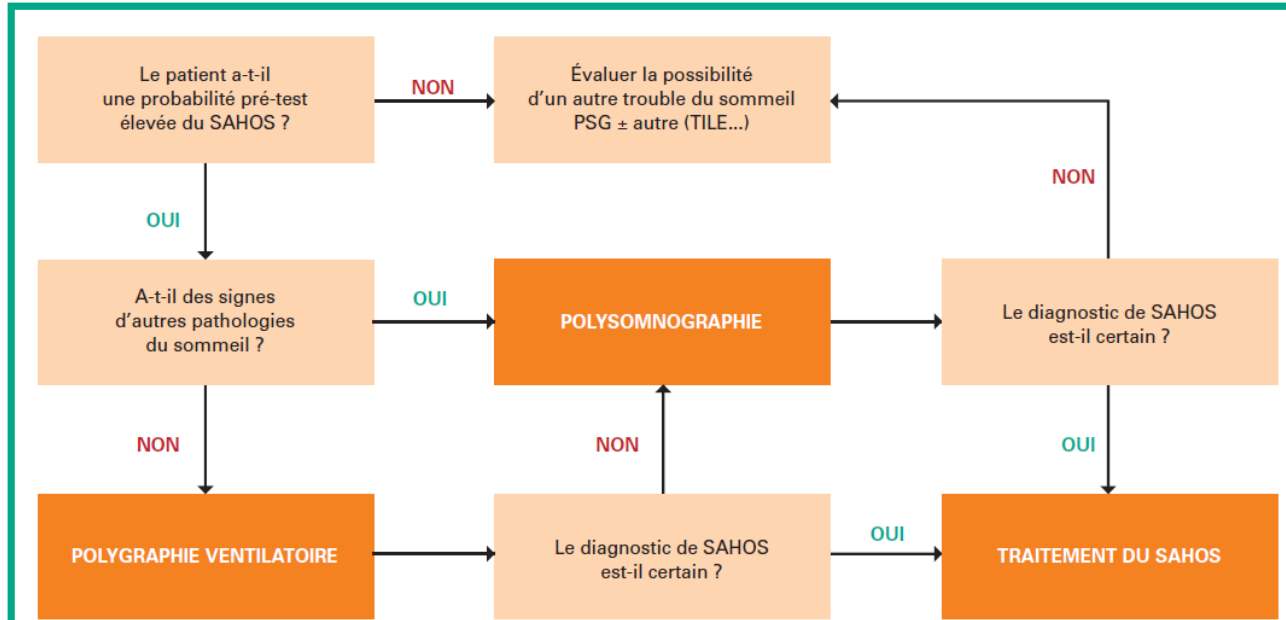


Fig. 1.

Proposition de stratégie diagnostique chez un patient adulte adressé en consultation pour suspicion de SAHOS.

LE TRAITEMENT

TRAITEMENT

Pression Positive Continue

traitement de choix, impératif chez les SAOS sévères

Orthèse d'avancée mandibulaire

si peu sévère



TOLOS'IADE 2

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Ablation des amygdales, de la luette et la résection des excès de tissu au niveau des piliers antérieurs et postérieurs du voile (succès max 40%)

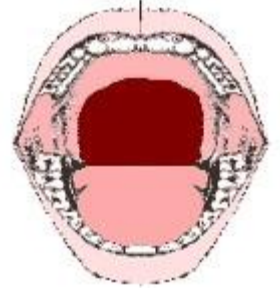
- SAOS léger à modéré
- SAOS sévère avec hypertrophie amygdalienne majeure
- Absence de comorbidité

Ostéotomie d'avancement (succès 60-90%)

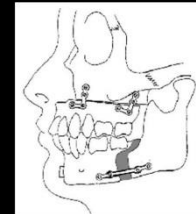
- Risque de modification morphologique
- <65 ans, SAOS sévères, échec ou refus de PPC ou OAM
- Absence de comorbidités exposant à un risque anesthésique
- Absence d'obstruction vélo-amygdalienne

Traitement lingual

- Repositionnement de langue
- SAOS léger à modéré avec obstacle lingual



Avancée maxillo-mandibulaire



TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Ablation des amygdales, de la luette et la résection des excès de tissu au niveau des piliers antérieurs et postérieurs du voile (succès max 40%)

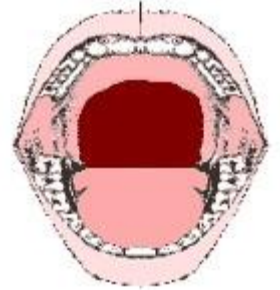
- SAOS léger à modéré
- SAOS sévère avec hypertrophie amygdalienne majeure
- Absence de comorbidité

Ostéotomie d'avancement (succès 60-90%)

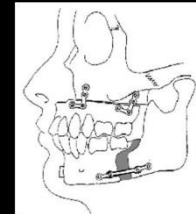
- Risque de modification morphologique
- <65 ans, SAOS sévères, échec ou refus de PPC ou OAM
- Absence de comorbidités exposant à un risque anesthésique
- Absence d'obstruction vélo-amygdalienne

Traitement lingual

- Repositionnement de langue
- SAOS léger à modéré avec obstacle lingual



Avancée maxillo-mandibulaire



TOLOS

TRAITEMENTS ASSOCIÉS

Prise en charge nutritionnelle

- Patient surpoids ou obésité

Traitement à éviter

- Benzodiazépines
- Opiodes pour SAOS non traité
- Alcool le soir

Le traitement positionnel, qui consiste à éviter le décubitus dorsal pendant le sommeil, est recommandé dans les SAHOS positionnels légers ou modérés en l'absence d'obésité importante et à condition d'en vérifier l'efficacité cliniquement et par un enregistrement (grade B).

SAHOS sévère

(IAH ≥ 30 ou IAH < 30 et somnolence diurne évèrè sans autre cause).

RECOMMANDATION 85

La PPC est le traitement recommandé en première intention (grade A).

RECOMMANDATION 86

L'OAM est recommandée en 2^e intention en cas de refus ou intolérance à la PPC (grade B).

RECOMMANDATION 87

La chirurgie vélo-amygdalienne n'est recommandée qu'en cas d'hypertrophie amygdalienne majeure, en l'absence d'obésité et de comorbidité sévère (accord professionnel).

RECOMMANDATION 88

La chirurgie d'avancée des maxillaires est recommandée chez les patients refusant ou ne tolérant pas la PPC et l'OAM, en l'absence d'obésité et de comorbidité sévère (accord professionnel).

SAHOS léger à modéré

(IAH < 30 et somnolence diurne légère à modérée).

RECOMMANDATION 89

Il est recommandé de proposer un traitement par PPC ou OAM en première intention (grade B).

RECOMMANDATION 90

Un traitement positionnel est recommandé en cas de SAHOS positionnel (grade B).

RECOMMANDATION 91

La PPC est recommandée en première intention en présence d'une comorbidité cardio-vasculaire grave (HTA réfractaire, fibrillation auriculaire récidivante, insuffisance ventriculaire gauche sévère ou maladie coronaire mal contrôlée AVC) (accord professionnel).

RECOMMANDATION 92

La chirurgie vélaire ou linguale selon le site obstructif n'est recommandée que chez les patients refusant ou ne tolérant pas la PPC et l'OAM, en l'absence d'obésité et de comorbidité sévère (accord professionnel).





COMPLICATIONS

COMPLICATIONS

LONG TERME

Hypertension Artérielle

Cardiopathie ischémique

Trouble du rythme et de conduction

Insuffisance cardiaque

Hypertension Artérielle Pulmonaire

Accident Vasculaire Cérébrale

Trouble métabolique

Mort subite

RISQUE OPÉRATOIRE

Intubation et ventilation difficile

Complications respiratoires

Complications cardiaques

Allongement de la durée de séjour hospitalier

Admissions non programmées en soins intensifs

TOLOS

MADE 2019

PRE OPERATOIRE

EN PROGRAMMÉ

Diagnostic SAOS connu

→ Maintenir appareillage

Diagnostic méconnu et Forte suspicion (STOP BANG)

→ adresser au pneumologue avant chirurgie si possible pour dépistage

→ Chirurgie au mieux 15 jours après appareillage

Eviter la prémédication et benzodiazépines

TOULOUSE STADE 2019

EN URGENCE

Eviter benzodiazépines

Faire venir l'appareillage à l'hôpital

TOLOS'IADE 2019

PER OPERATOIRE

RISQUE VENTILATION ET IOT DIFFICILE

Pré-oxygénation bien conduite

- Position $\frac{1}{2}$ assis
- Ventilation Non Invasive

Induction à 2 personnes

Risque ventilation difficile

- Ventilation à 2 mains

IOT difficile

- Matériel d'intubation difficile à disposition
- Vidéolaryngoscopie

Extubation

TOLOS

IADE 2019

POSTOPERATOIRE

Surveillance prolongée en SSPI

Analgésie post op:

Morphiniques autorisés mais avec précautions

ALR, infiltration AL++

Position: ½ assis post op

PPC en SSPI

Hospitalisation en Soins Intensifs/Réanimation selon comorbidités et chirurgie

TOLOS'IADE 2019

ET L'AMBULATOIRE?

Possible!

Patient adhérent à son traitement par PPC proposé

+ un geste endoscopique ou chirurgical superficiel ou orthopédique mineur

Le caractère éligible du patient doit prendre en compte:

- la sévérité du SAOS
- les particularités physiologiques du patient et ses comorbidités
- le type de chirurgie et d'anesthésie envisagées
- l'environnement du patient

TOLOS

MADE 2019

CONCLUSION



CONCLUSION

Maladie fréquente et sous diagnostiquée

Complications sur le long terme

Traitement de référence = PPC, à poursuivre en péri-opératoire ++

Ventilation et Intubation difficile

TOLOS'IADE 2019

BIBLIOGRAPHIE

- Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil : prise en charge anesthésique; J-F Payen, et al; Le Congrès SFAR 2016
- Recommandations pour la pratique clinique du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil de l'adulte; Revue des maladies Respiratoires 2010
- Syndrome d'apnées du sommeil : implications péri-opératoires S, Jaber et al; MAPAR 2008
- Prise en charge anesthésique des patients atteints d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (saos) - phase per et postopératoire : complications péri-opératoires et prévention; Morgan Le Guen, Marc Fischler; MAPAR 2015
- Practice Guidelines for the Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnea; Anesthesiology, Février 2014

TOLOS