

🕒 Prise en charge anesthésique des patients atteints d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAS)

M. Fischler, Service d'Anesthésie, Hôpital Foch, 92150 Suresnes

Ce texte tente de répondre à cinq questions :

- comment reconnaître un SAS?
- quels sont les principaux risques anesthésiques?
- quelle approche anesthésique?
- quelle conduite à tenir en postopératoire?
- quelle conduite lors d'une pratique ambulatoire?

1. Comment reconnaître un SAOS?

Environ 2 à 4 % des adultes d'âge moyen sont atteints d'un SAS, avec un rapport homme/femme de 2/1. Le rôle du médecin anesthésiste-réanimateur dans le dépistage pré-opératoire d'un SAS est essentiel. Le tableau clinique n'est pas toujours parfaitement défini, mais le diagnostic doit être évoqué devant un ronflement avec une somnolence diurne. Le questionnaire d'Epworth aide au diagnostic ; un score supérieur à 12 doit conduire à une consultation spécialisée. L'examen clinique est évocateur d'un SAS s'il existe une obésité, des anomalies cranio-faciales, des signes d'hypothyroïdie ou d'une acromégalie et surtout une augmentation du périmètre du cou.

Évoquer un SAS doit conduire à quantifier la fréquence des apnées et hypopnées. On parle de SAS lorsqu'un tableau clinique évocateur est associé à un index d'apnées et d'hypopnées supérieur à cinq par heure de sommeil.

Une oxymétrie de débrouillage peut suffire surtout chez les sujets âgés, elle a une valeur prédictive positive forte et une valeur prédictive négative faible. L'examen de référence est une polygraphie réalisée en ambulatoire qui analyse simultanément le flux aérien, la saturation en artérielle en oxygène, les fréquences respiratoire et cardiaque et les mouvements thoraco-abdominaux ainsi que la position du patient. Un index d'apnées et d'hypopnées supérieur à 30 par heure suffit à poser le diagnostic et à mettre en place une pression positive continue (PPC) avant l'anesthésie. Ceci nécessite souvent le report de l'intervention d'autant qu'une période d'adaptation est nécessaire.

Une polysomnographie nécessite de passer la nuit à l'hôpital dans un centre du sommeil ; cet examen est indiqué pour confirmer le diagnostic lorsque l'index d'apnées et d'hypopnées est inférieur à 30, il est obligatoire pour la prise en charge au long cours d'une PPC.

2. Quels sont les principaux risques anesthésiques?

2.1. Ventilation au masque et intubation difficiles

Le point essentiel est le risque de ventilation au masque difficile. Deux études permettent de retrouver des critères prédictifs communs: obésité, barbe, ronflement, âge supérieur à 55 ans (1,2). Une édentation, une classe de Mallampati III ou IV, une limitation de la profusion mandibulaire sont des critères qui ne se retrouvent que dans une de ces deux études. Plusieurs études ont montré l'intérêt du masque laryngé Fastrach chez les patients obèses morbides (3,4). Ils font considérer ce dispositif comme étant un moyen d'oxygénation, son utilisation comme moyen d'intubation est en fait secondaire. La mise en place d'un masque laryngé Fastrach doit être décidée rapidement dès qu'on s'aperçoit que la ventilation au masque est difficile.

Juvin et al. ont montré que le risque d'intubation difficile est de 61,9% lorsque le BMI est supérieur à 35 alors que ce risque est de 2,3% lorsque le BMI est inférieur à 30 (5). De nombreuses études ont évalué le risque d'intubation difficile chez les patients atteints de SAS, risque estimé entre 5 et 44 % et les critères prédictifs sans établir de consensus. Retenons l'existence d'une circonférence du cou supérieure à 45,6 cm comme facteur prédictif comme l'ont proposée Riley RW et al. (6). Kim et al. ont rapporté récemment un risque d'intubation difficile de 16,6% dans une population de SAS et de 3,3% dans une population témoin avec de plus un risque proportionnel à la sévérité du SAS : 27,6% pour un index d'apnées et d'hypopnées supérieur à 70, de 19,3% pour un index compris entre 40 et 70 et de 3,3% pour un index inférieur (7). Il est dès lors possible de proposer une stratégie en fonction de l'index d'apnées et d'hypopnées :

- en dessous de 40 : induction, ventilation au masque, mise en place d'un masque laryngé Fastrach en cas de problème, etc...
 - au-dessus de 40 : intubation d'emblée sous contrôle fibroscopique.
- Reste à valider une telle proposition !!!

2.2. Le risque « sédation » et « analgésie »

Une prémédication « efficace » risque d'accroître l'obstruction des voies aériennes supérieures. Le risque serait réduit avec le Zolpidem, le Zopiclone et l'Hydroxyzine.

L'abstention des morphiniques ou leur usage "modéré" n'ont plus aucun sens : introduction des morphiniques de courte voire "d'ultra-courte" durée d'action, surveillance postopératoire, reprise de la PPC en post-opératoire

2.3. Le risque cardio-vasculaire

Le SAS est un facteur de risque cardio-vasculaire important qui disparaît avec son traitement par PPC. Il est à prendre en considération comme et avec les autres facteurs de risque. Isolé, il ne nécessite pas d'investigation particulière chez un patient asymptomatique mais cette situation est rare.

2.4. Les autres risques

Ne pas oublier également pour la prise en charge de ces malades les risques liés à un reflux gastro-œsophagien et le risque thrombo-embolique.

3. Quelle approche anesthésique pour la chirurgie générale ?

Différents principes peuvent être énoncés :

- anesthésiques de courte durée d'action voire de durée « ultra-courte »
- extubation sur table,
- mise en décubitus latéral,
- reprise rapide de la PPC en postopératoire.

L'analgésie post-opératoire est réalisée au mieux par une technique locorégionale de préférence ou à défaut par des analgésiques non morphiniques. Le recours à la morphine ne se conçoit que sous la couverture de la PPC.

4. Quelle conduite à tenir en postopératoire ?

Le risque de désaturation artérielle d'oxygène est bien connu notamment durant la première nuit postopératoire et une question souvent posée est la nécessité ou non du maintien de ces patients dans une structure à un niveau de surveillance. Il existe des divergences d'appréciation sur le risque respiratoire postopératoire ; plusieurs articles récents ont remis en question la nécessité d'une surveillance rapprochée (8,9).

5. Quelle conduite lors d'une pratique ambulatoire ?

De la même façon la pratique ambulatoire est discutée chez ces patients avec là encore des avis divergents. Toutefois L'ASA recommande une prudence quand à à la quant à la pratique ambulatoire (10).

En conclusion :

la consultation d'anesthésie permet de dépister certains patients atteints de SAS; elle permet de débiter une PPC si l'index d'apnées et d'hypopnées est supérieur à 30. L'anesthésie doit faire appel à des agents d'élimination courte, l'utilisation d'un masque laryngé Fastrach permet de maintenir l'oxygénation lorsque la ventilation au masque est difficile. Les soins post-opératoires, analgésie notamment, sont facilités si le patient bénéficie d'une PPC. La pratique ambulatoire est discutée.

Références

1. Langeron O, Masso E, Huraux C, Guggiari M, Bianchi A, Coriat P, Riou B. Prediction of difficult mask ventilation. *Anesthesiology* 2000;92:1229-36.
2. Kheterpal S, Han R, Tremper KK, Shanks A, Tait AR, O'Reilly M, Ludwig TA. Incidence and predictors of difficult and impossible mask ventilation. *Anesthesiology* 2006;105:885-91
3. Frappier J, Guenoun T, Journois D, Philippe H, Aka E, Cadi P, Sillieran-Chassany J, Safran D. Airway management using the intubating laryngeal mask airway for the morbidly obese patient. *Anesth Analg* 2003;96:1510-5
4. Combes X, Sauvat S, Leroux B, Dumerat M, Sherrer E, Motamed C, Brain A, D'Honneur G. Intubating laryngeal mask airway in morbidly obese and lean patients: a comparative study. *Anesthesiology* 2005;102:1106-9
5. Juvin P, Lavaut E, Dupont H, Lefevre P, Demetriou M, Dumoulin JL, Desmonts JM. Difficult tracheal intubation is more common in obese than in lean patients. *Anesth Analg.* 2003;97:595-600
6. Riley RW, Powell NB, Guilleminault C, Pelayo R, Troell RJ, Li KK. Obstructive sleep apnea surgery: risk management and complications. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;117:648-52
7. Kim JA, Lee JJ. Preoperative predictors of difficult intubation in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Can J Anaesth* 2006;53:393-7
8. Kehrl W, Schottke-Hennings H, Offergeld Ch, Grundmann T. Is the observation of patients with sleep-apnea-syndrome after surgery of the upper airway in an intensive care unit generally necessary? *Laryngorhinootologie* 2005;84:266-72
9. Spiegel JH and Raval TH. Overnight hospital stay is not always necessary after uvulopalatopharyngoplasty. *Laryngoscope* 2005;115:167-71
10. Practice Guidelines for the Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnea. A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnea. *Anesthesiology* 104:1081–93, 2006