



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/20330
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/20330>



RESEARCH ARTICLE

PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE DU SYNDROME D'APNEE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL CHEZ L'OBESE

I. Jarir, A. Nazari, A. Bouhouri, S. Chaabi, A. Erragh, K. Khalleg, A. Nssiri, R. Harrar
Réanimation des urgences chirurgicales pavillon 33, CHU Ibn Rochd Casablanca

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 27 November 2024
Final Accepted: 30 December 2024
Published: January 2025

Abstract

Introduction: Le syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) est défini par la survenue de plus de 5 apnées ou hypopnées par heure de sommeil, associée à d'autres symptômes. Le SAOS induit des risques de conséquence neuropsychique, cardio-vasculaire, respiratoire... Ces conséquences sont majorées par l'anesthésie et la période postopératoire.

Matériel et Méthodes: Une étude prospective a été réalisée dans ce sens, et a analysé 350 obèses, ayant bénéficié d'une chirurgie de gastroplastie par un anneau sous coelioscopie, sous anesthésie générale balancée, sur une période de 2017 à 2023. Le but était d'évaluer l'incidence de SAOS chez les patients obèses, ainsi que l'implication de l'anesthésie dans ce syndrome. 70 patients sur 350 obèses ont été inclus dans l'étude, dont le diagnostic de SAOS fut fortement suspecté sur le plan clinique (60 cas) ou par la polysomnographie (10 cas). Toutes les étapes de la période péri-opératoire ont été analysées (Induction, intubation, per-anesthésie, réveil et postopératoire).

Résultats:

L'analyse des résultats a montré que:

- L'incidence du SAOS dans cette population d'obèses était de 20 %.
- L'âge moyen des patients était de 30 ans (jeune).
- Le sexe était dans 88 % des cas féminin.
- L'IMC moyen était de 45kg/m².
- Les facteurs de risques associés étaient : l'obésité morbide 40%, l'hypertension artérielle 30%, l'hyperlipidémie 20%, et le diabète 7%. L'induction s'est déroulée sans incidents. La ventilation au masque était possible chez tous les malades, l'intubation était difficile dans 16% des cas, jamais impossible grâce à la bougie d'Eschmann. La durée moyenne de l'intervention était de 90 minutes, sans incidents per opératoire. Tous les malades ont été extubés sur table d'intervention. Les complications postopératoires ont été essentiellement :
 - L'obstruction des voies aériennes supérieures hypoxémiques 20%, améliorée par l'oxygénation, la canule de guedel et la Continuous Positive Airway Pressure (CPAP).
 - L'atélectasie en postopératoire immédiat dans 6% des cas.
 - Une embolie pulmonaire fatale confirmée par l'angioscanner.

Discussion: Le syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) est un vrai problème de santé publique. Il est défini par la survenue de plus de 5 apnées et/ou hypopnée par heure de sommeil, associée à d'autres

symptômes (ronflement, somnolence diurne, céphalées matinales...). La période péri-opératoire est particulièrement à risque chez ces patients puisque les drogues d'anesthésie utilisées sont dépresseurs respiratoires et inhibent puissamment l'activité du muscle génio-glosse, pilier du tonus musculaire pharyngé. Le SAOS représente donc actuellement un nouveau risque pour l'anesthésiste, dont les conséquences sont essentiellement respiratoires : Difficultés d'accès aux VAS avec un risque augmenté d'intubation et de ventilation difficiles (15%), obstruction post-opératoire des VAS, hypoxémie, hypercapnie ; et cardiovasculaire : fibrillation auriculaire, ischémie myocardique, arrêt cardiaque.

Copyright, IJAR, 2025, All rights reserved.

.....
Introduction:

Le syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) est défini par la survenue de plus de 5 apnées ou hypopnées par heure de sommeil, associée à d'autres symptômes.

Le SAOS induit des risques de conséquence neuropsychique, cardio-vasculaire, respiratoire...

Ces conséquences sont majorées par l'anesthésie et la période postopératoire.

Matériel et Méthodes:

Une étude prospective a été réalisée dans ce sens, et a analysé 350 obèses, ayant bénéficié d'une chirurgie de gastroplastie par un anneau sous cœlioscopie, sous anesthésie générale balancée, sur une période de 2017 à 2023.

Le but était d'évaluer l'incidence de SAOS chez les patients obèses, ainsi que l'implication de l'anesthésie dans ce syndrome.

70 patients sur 350 obèses ont été inclus dans l'étude, dont le diagnostic de SAOS fut fortement suspecté sur le plan clinique (60 cas) ou par la polysomnographie (10 cas).

Toutes les étapes de la période péri-opératoire ont été analysées (Induction, intubation, per-anesthésie, réveil et postopératoire).

Résultats:

L'analyse des résultats a montré que:

- L'incidence du SAOS dans cette population d'obèses était de 20 %.
- L'âge moyen des patients était de 30 ans (jeune).
- Le sexe était dans 88 % des cas féminin.
- L'IMC moyen était de 45kg/m².
- Les facteurs de risques associés étaient : l'obésité morbide 40%, l'hypertension artérielle 30%, l'hyperlipidémie 20%, et le diabète 7%.

L'induction s'est déroulée sans incidents. La ventilation au masque était possible chez tous les malades, l'intubation était difficile dans 16% des cas, jamais impossible grâce à la bougie d'Eschmann.

La durée moyenne de l'intervention était de 90 minutes, sans incidents per opératoire.

Tous les malades ont été extubés sur table d'intervention.

Les complications postopératoires ont été essentiellement :

- L'obstruction des voies aériennes supérieures hypoxémiques 20%, améliorée par l'oxygénation, la canule de guedel et la Continuous Positive Airway Pressure (CPAP).
- L'atélectasie en postopératoire immédiat dans 6% des cas.
- Une embolie pulmonaire fatale confirmée par l'angioscanner.

Discussion:-

Le syndrome d'apnée du sommeil (SAOS) est un vrai problème de santé publique. Il est défini par la survenue de plus de 5 apnées et/ou hypopnée par heure de sommeil, associée à d'autres symptômes (ronflement, somnolence diurne, céphalées matinales...).

La période péri-opératoire est particulièrement à risque chez ces patients puisque les drogues d'anesthésie utilisées sont dépresseurs respiratoires et inhibent puissamment l'activité du muscle génio-glosse, pilier du tonus musculaire pharyngé.

Le SAOS représente donc actuellement un nouveau risque pour l'anesthésiste, dont les conséquences sont essentiellement respiratoires : Difficultés d'accès aux VAS avec un risque augmenté d'intubation et de ventilation difficiles (15%), obstruction post-opératoire des VAS, hypoxémie, hypercapnie ; et cardiovasculaire : fibrillation auriculaire, ischémie myocardique, arrêt cardiaque.

Il existe des signes de prédiction des complications du SAOS :

- SaO₂ préopératoire < 80%
- Dose élevée de morphinique
- Poids élevé > 95 kg
- Terrain cardiovasculaire associé
- Absence de mise de CPAP en péri-opératoire
- SAOS méconnu (90%)

La physiopathologie du SAOS peut être résumée en une atteinte des muscles dilateurs du pharynx. Les facteurs aggravants sont :

- Anatomiques: dysmorphie, ORL...
- Pharmacologie: sédation, alcool...
- Autres: sommeil, position couchée



Obstruction des VAS (collapsus pharyngé)

En termes de consultation pré-anesthésique ; le SAOS est méconnu dans 90% des cas, d'où l'intérêt d'un dépistage systématique: clinico-polysomnographique, ainsi qu'une recherche des facteurs de risque: Anatomiques – pathologiques....

Si le SAOS est connu ; il faut alors pratiquer une évaluation du risque anesthésique ;

❖ Évaluation respiratoire

Il faut chercher les anomalies d'accès aux VAS : Critères de ventilation et d'intubation difficile ; Et les signes d'atteinte respiratoire : Syndrome d'hypoventilation alvéolaire, hypoxémie, et hypercapnie.

⇒ Bilan du SAOS:

- RX thorax
- Gazométrie
- EFR

❖ Évaluation cardiovasculaire :

Toujours rechercher : Hypertension artérielle

Coronaropathie - trouble de rythme
 Insuffisance cardiaque
 HTAP, IC droite

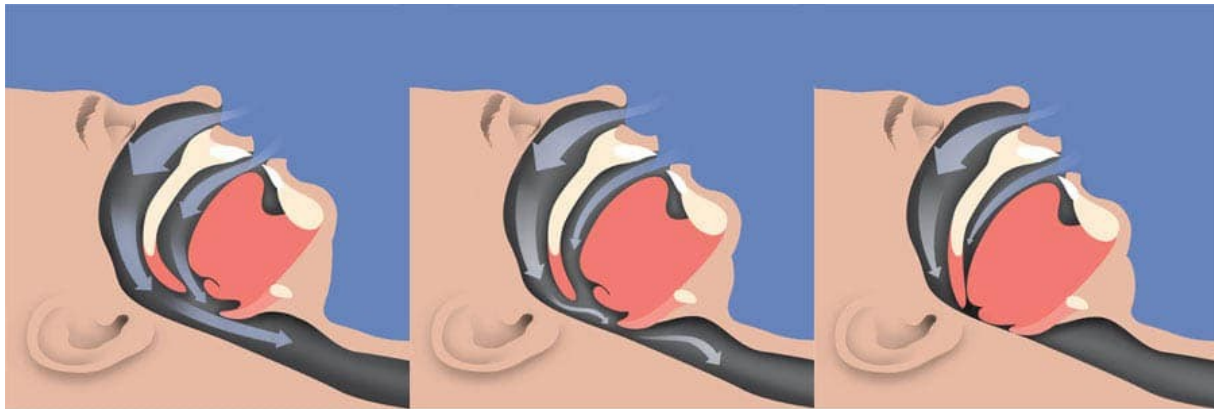
⇒ Bilan de SAOS: ECG, Echocoeur

❖ Bilan ORL

Un examen ORL est indispensable : luette, pharynx, amygdale, langue, articulé dentaire, rétrognatisme...

Critères d'intubation difficile :

- Ouverture de la bouche < 35 mm
- Mallampati > 2
- Distance mento-thyroïdienne < 65 mm
- Circonférence du cou > 40 cm



Situation Normale

Obstruction Partielle

Obstruction Totale



Concernant l'anesthésie ; il faut insister sur l'intérêt de l'ALR, s'attendre à un accès difficile des VAS, et utiliser des drogues liposolubles de courte durée d'action en assurant une ventilation contrôlée avec intubation.

L'utilisation de sédatifs ou morphiniques en postopératoire est contre-indiquée.

Cependant, la ventilation en CPAP en pré et postopératoire, semble donner d'excellents résultats.

Les indications d'hospitalisation en unité de soins intensifs en post-op. sont :

- ✓ SAOS non appareillé
- ✓ Syndrome d'hypoventilation- hypoxémie
- ✓ Terrain cardiorespiratoire
- ✓ Obésité morbide
- ✓ Chirurgie lourde- laparotomie- thoracotomie
- ✓ Emploi de sédatifs ou morphiniques

Conclusion:

Au terme de cette étude, nous insistons sur l'incidence élevée et souvent méconnue du SAOS chez l'obèse, constituant un facteur de risque pour la période péri-opératoire. Ce risque est lié à la pathogénie du SAOS, provoquant une intubation difficile et complications cardio-respiratoires postopératoires, à sa morbidité propre cardio-vasculaire, et à son association étroite avec l'obésité. Le médecin anesthésiste-réanimateur a un rôle essentiel dans le dépistage de cette affection dès la consultation pré-anesthésique, grâce à l'examen clinique et au développement de scores de dépistage clinique. Une collaboration étroite avec les pneumologues semble indispensable pour une prise en charge efficace de ces patients.

Références:

1. Harti A (2011) Anesthésie chez les obèses
2. Fleury B. Musculature pharyngée et syndrome d'apnées obstructives du sommeil
3. (SAOS). Rev. Mal. Respir. 16: 51-56.
4. Sériès F. Pathogénie du syndrome des apnées-hypopnées du sommeil. Dans: Syndrome
5. d'apnées obstructives du sommeil. Weitzenblum E., Racineux J.-L. (Eds), Masson, Paris, 28-43.
6. Société Pneumologique de Langue française (2000) Evaluation clinique et économique de la
7. chirurgie du syndrome d'apnées du sommeil. Rev. Mal. Respir. 17: 2S8-2S30.
8. Weitzenblum E., Chaouat A., Kessler R., Apprill M., Oswald M., Ehrhart M., Sforza E., Krieger
9. J. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil et insuffisance respiratoire chronique. Dans:
10. Syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Weitzenblum E., Racineux J.-L. (Eds), Masson, Paris,
11. 107-124.