

Prise en charge anesthésique du SAS en périopératoire

Dr Bazot

Anesthésiste Clinique Sainte Clotilde

St Denis La Réunion

Plan

- Surmorbidity liée au SAS
- Diagnostic et évaluation préopératoire
- Consultations spécialisées et appareillage
- Gestion peropératoire
- Quid de l'ambulatoire chez le SAS
- Importance du réseau

Les complications péri-opératoires

Une population à risque qui s'ignore

80% non diagnostiqué

60 à 90% des SAOS sont obèses

40 à 70% des obèses ont un SAOS



Complications sévères et allongement de la durée hospitalisation

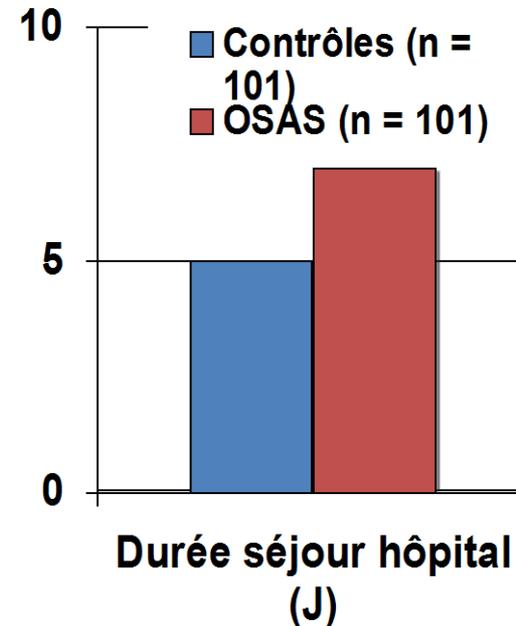
Postoperative complications in patients with OSAS undergoing hip or knee replacement: a case-control study

Gupta RM et al, Mayo Clin Proc 2001;76:897-905

50
■ Contrôles (n = 101)
■ OSAS (n = 101)

AVC, IDM
troubles du rythme
HTAP, ré-intubation
détresse respiratoire

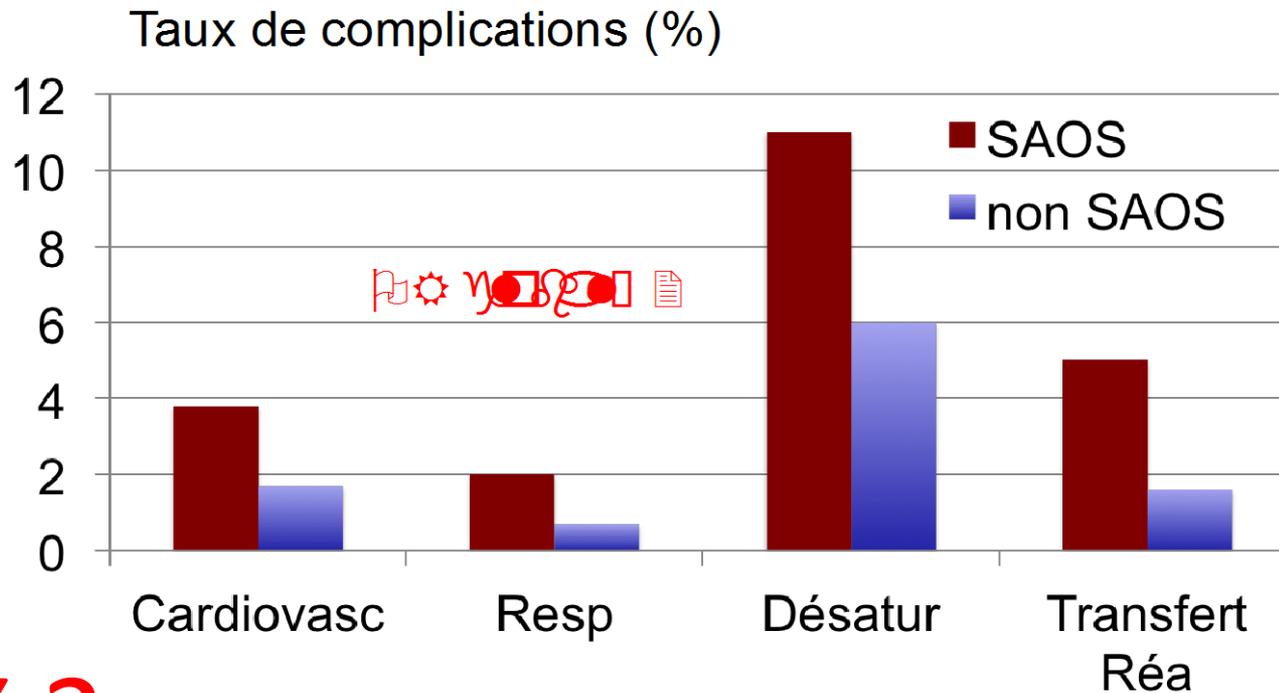
Complications (%)
Complications sévères (%)



Complications cardiorespiratoires et transfert réa

Meta-analysis of the association between OSA and postoperative outcome

Kaw R et al, Br J Anaesth 2012;109: 897-906



X 2

Complications neurologiques

OSAS and incidence of postoperative delirium after elective TKR in the nondemented elderly

Flink BJ et al, Anesthesiology 2012;116:788-96

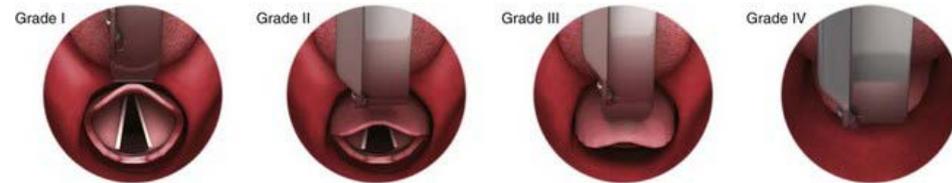
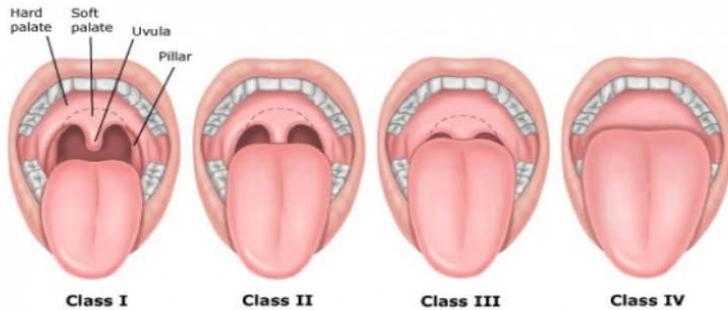
- 106 patients opérés de PTG, sans anomalie
psychiatrique préopératoire
- Evaluation postopératoire par infirmière formée (CAM et DRS-R-98) à J2 et J3 postop
- Taux de delirium postopératoire: n = 27 %
- Taux de delirium parmi les 15 patients avec OSAS: 53 %

délirium postopératoire x 2

Risque surajouté: IOT difficile

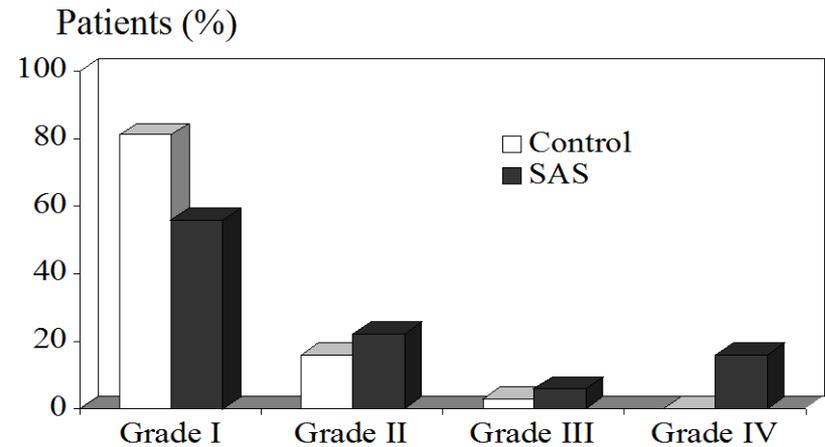
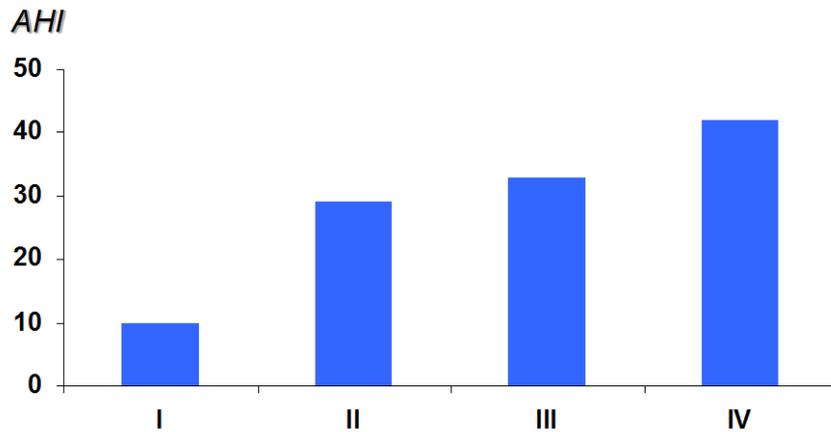
corrélation entre intubation difficile et SAS

Mallampati Score



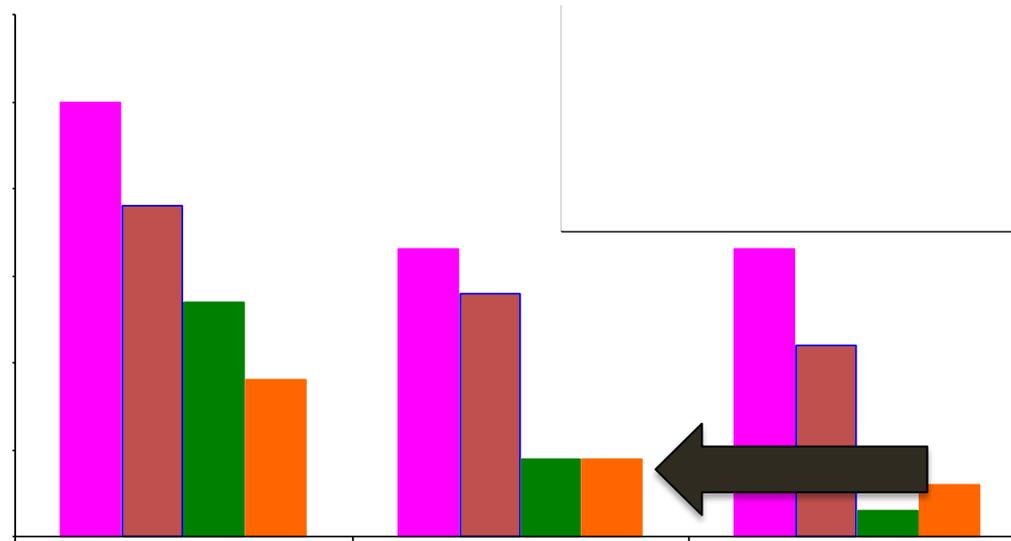
Friedman M et al , Laryngoscope 1999;109:1901-7

Siyam M, Benhamou D. Anesth Analg 2002



PLUS de complication si le SAS est inconnu ou non appareillé

SAS inconnu / connu non traité / SAS appareillé



rhythmias

→ DIAGNOSTIC PRE OPERATOIRE

SAOS: 5 à 15% de la population générale selon l'âge
10% dans une population chirurgicale

Si on consulte 40 patients : 4 SAOS modéré à sévère

→ score clinique de dépistage pertinent

- Score d'Epworth (autoquestionnaire) .. Faible Se
- **STOP BANG** .. bonne Se et faible Spé
- 4-variable screening Tool .. Faible Se , très bonne Spé

STOP BANG

Chung F. et al Anesthesiology 2008

Snoring

Tired

Observed Apnea

Pressure (HTA ou ttt)

BMI > 35

Age > 50 ans

Neck circumference > 40 cm

Gender Male

Mallampati > 3

Nycturie (2x)

≥ 3: risque élevé de SAOS

≥ 5 : risque de SAOS sévère

Score modifié :

≥ 5

Spé 75%

Liotier J et al. Poster
Medecine et sommeil 2016

Prise en charge anesthésique

1. Consultation d'anesthésie

- Score prédictif
- Évaluation comorbidités et type de chirurgie
- SAS connu: gravité (IAH), ttt et observance
- **SAS non connu**
 - Cs° spécialisée pré-opératoire
 - Complications SAS: BPCO, HTA, HTAP
- Discuter possibilité ambulatoire
- Chercher critères intubation difficile

Evaluation du risque périopératoire du SAS

- 1/ **Sévérité du SAS** basée sur la polysomnographie et/ou critères cliniques (0-3)
- 2/ **Caractère invasif** de la chirurgie et de l'anesthésie (0-3)
- 3/ **Besoin en morphiniques** en postopératoire (0-3)

Risque périopératoire augmenté si score > 4

2. Préparation pré-opératoire

- Optimisation TVO si présent:
 - Aérosol thérapie + kinésithérapie
- PEC SAOS HAS 2014

OAM



IAH > 15

IAH > 30
IAH > 15 et maladie grave
(HTA résistante, ACFA, IVG sévère,
coronaropathie, atcd AVC)



CPAP



- Perte de poids
- Arrêt tabac

3. PEC Peropératoire:

MEDICAMENTS à EVITER

- Prémédication:
 - BZD : NON
 - Hydroxyzine, Gabapentine: OUI
 - antiH2, antiacides: non justifiés
- Induction:
 - position ½ assise et préO2 ++
 - Agents à ½ vie courte (Propofol, Rémifentanil)
 - Kétamine perop = épargne morphinique
 - PEEP

3. PEC Peropérateur

- Entretien:
 - Curares et morphiniques de courte durée d'action
 - Halogénés de faible solubilité
- Ventilation: protectrice
 - Pressions inspiratoires élevées
 - Lutte contre les atélectasies
- Réveil:
 - **Décurarisation**, extubation si réveil complet
 - O2 systématique et **PPC précoce H+1**

3. Peropérateur

Anesthésie la moins invasive:

ALR >> AG

4. Postopératoire immédiat

- SSPI

CPAP personnel dès que possible

½ assis , sortie SSPI retardée

- Analgesie:

-**Multimodale**: paracétamol, AINS, Nefopam, ALR ou infiltration locale, kétamine

-Opioides courte durée pendant la chirurgie

-**si morphine**: titration, PCA = dose minimale
+ O₂, saturation, H° ?

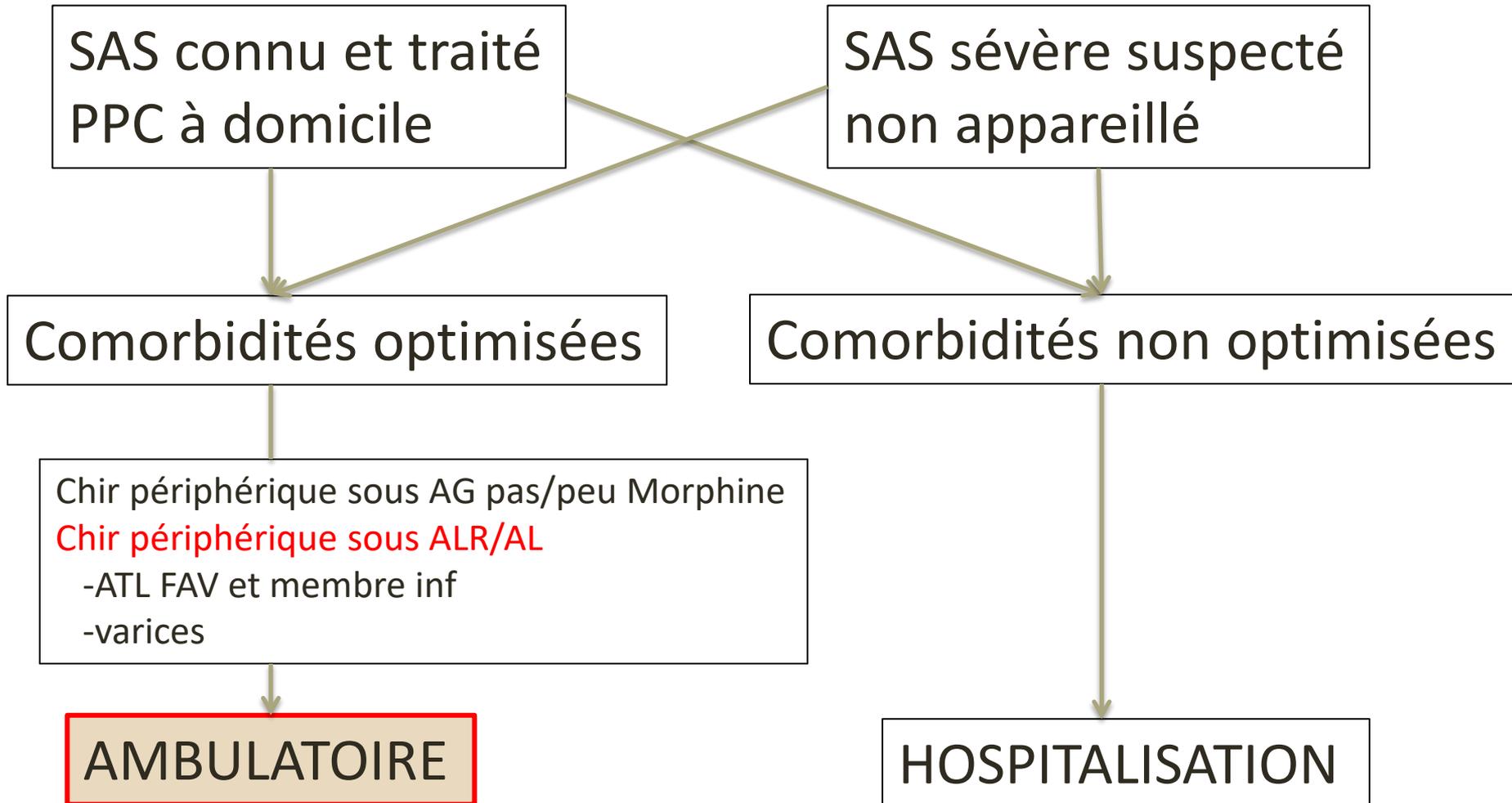
5. Postopératoire

- AG → rebond sommeil paradoxal à J2-J4
- CPAP installée pendant les 2 dernières nuits avant la chirurgie et pendant 5 nuits postopératoires
- Réévaluation spécialisée à distance

SAS, Chirurgie vasculaire et AMBULATOIRE

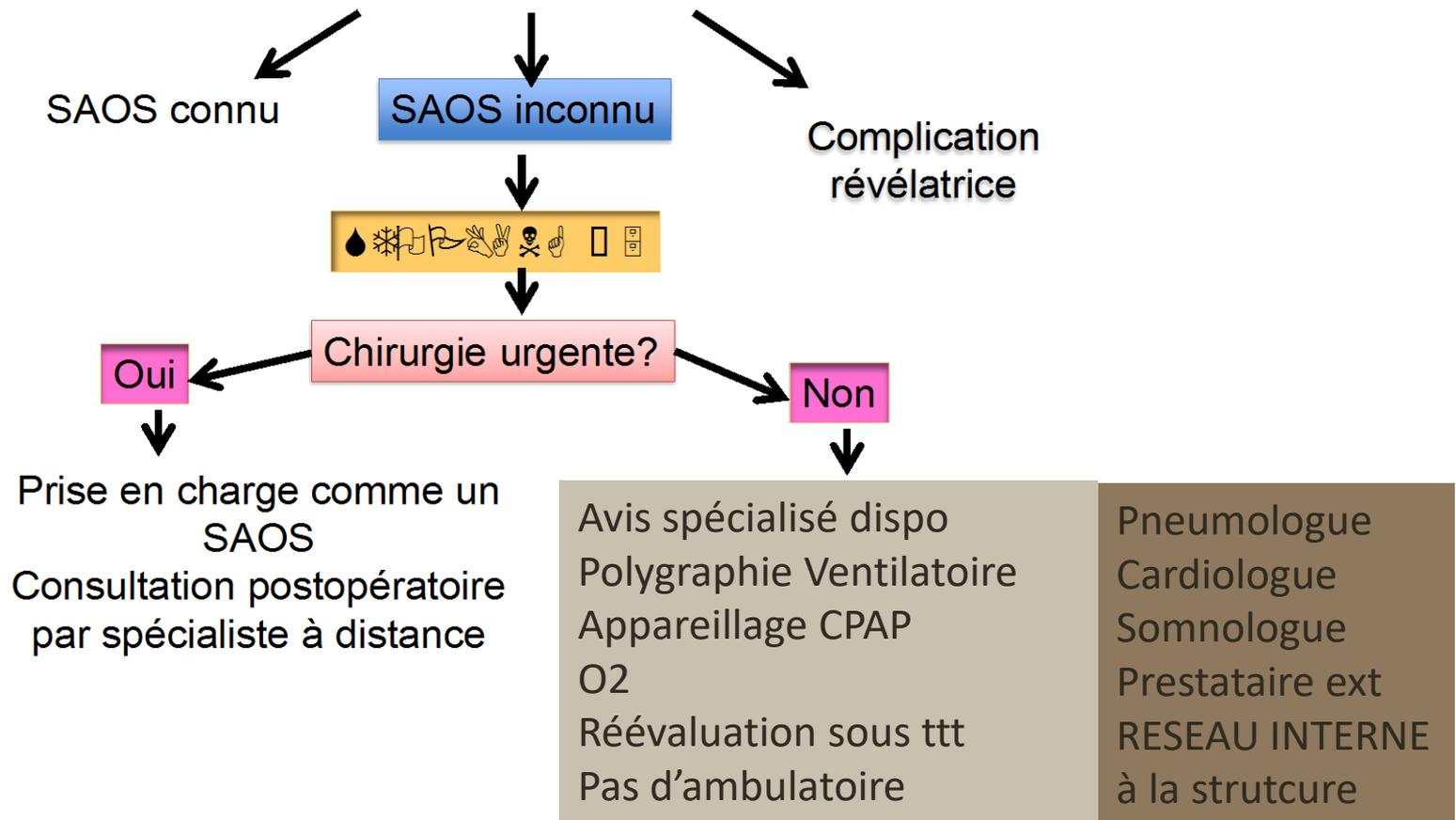
Girish P. Anesth Analg 2012;1060-68

Gross JB et al. Anesthesiology 2006; 104: 1081-93

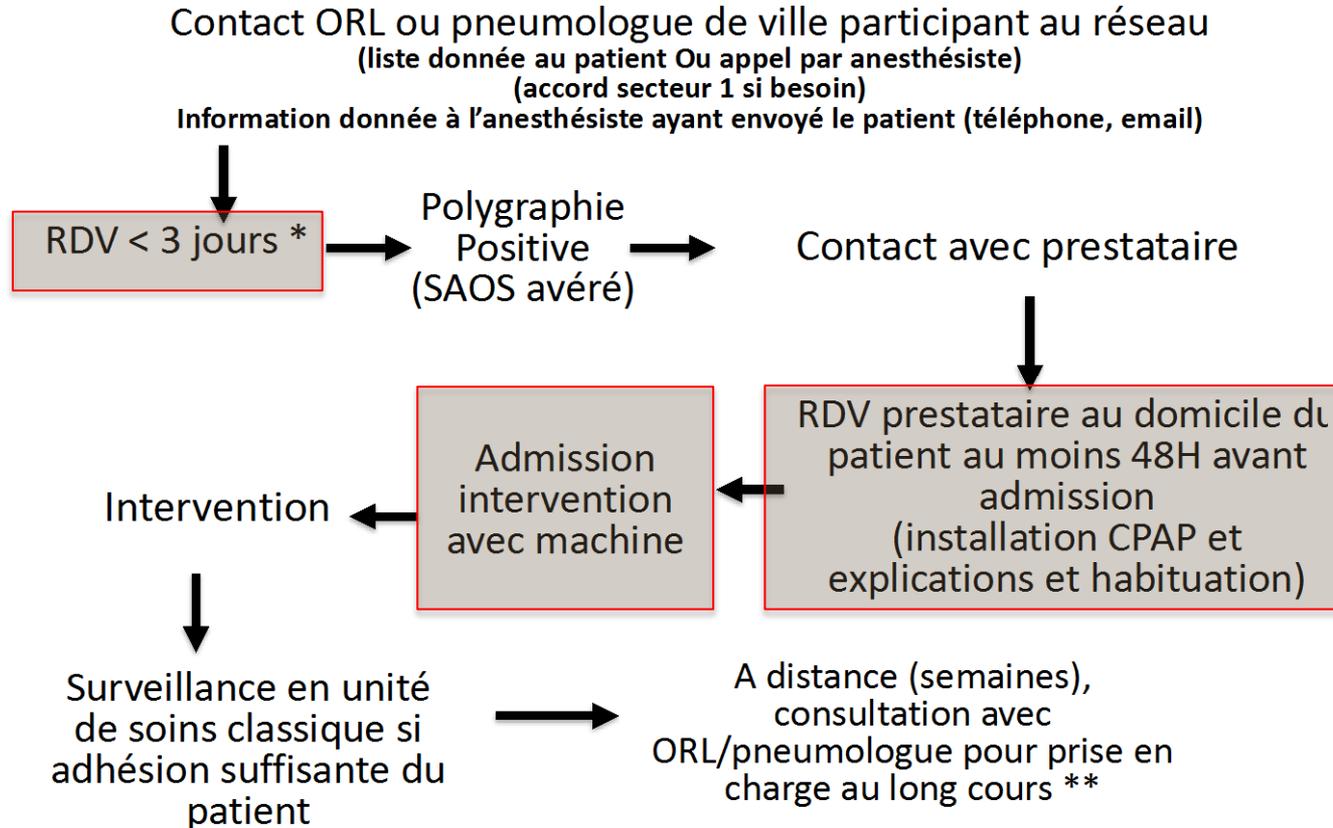


Délai avant chirurgie +++

Circonstances de prise en charge d'un patient porteur d'un SAOS lors de la consultation d'anesthésie



Réseau de ville EFFICACE



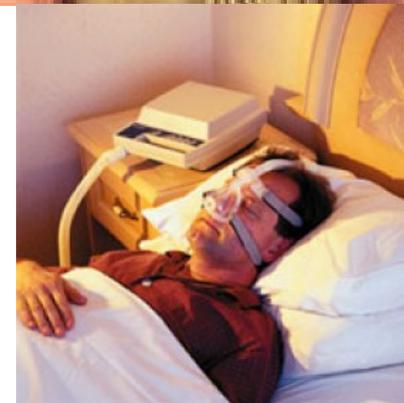
à moduler selon l'urgence de l'acte interventionnel

*** idem si praticien ORL ou pneumologue ville ou hôpital*

... 4 patients par jour

Take home messages

- **DEPISTER** (consultation, stop Bang PV, PSM)
- **APPAREILLER** (J-2... J+5)
- Eviter BZD, Morphine
- Favoriser ALR, AL
- **RESEAU** (pneumologue, somnologue, prestataire domicile ..)



→ **AMELIORER PRONOSTIC PERIOPERATOIRE**

QCM

1/ Dans une population chirurgicale, la prévalence du SAOS est de:

- A: 5%
- B: 10%
- C: 20%
- D: 50%

2/ A quel risque de complications cardio-respiratoires est exposé un patient SAOS non diagnostiqué après une anesthésie générale par rapport à un patient non SAOS ?

- A: Identique
- B: X 2
- C: X 5
- D: X 10

3/ Quels médicaments sont à éviter durant l'anesthésie chez le patient SAOS ?

- A: Morphine
- B: AINS
- C: Kétamine
- D: Benzodiazépines

1/ B 2/B 3/AD 4/CD