



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Troubles du sommeil et grossesse



Sleeping disturbances and pregnancy

**Audrey Stalla-Bourdillon*, Anne Rosa,
Frédéric J. Mercier**

*Département d'anesthésie, hôpital Antoine-Béclère, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92140
Clamart, France*

Disponible sur Internet le 8 août 2017

MOTS CLÉS

Grossesse ;
Syndrome
d'apnée/hypopnée
obstructive du
sommeil

Résumé Le syndrome d'apnée/hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) est plus fréquent au cours de la grossesse particulièrement en cas d'obésité. Il comporte un risque d'hypertension et de diabète gestationnel. Il peut être dépisté à l'aide du STOP-BANG. En post-partum, l'analgésie par morphine intrathécale n'est pas recommandée dans ce contexte. Les patients ayant un SAHOS doivent être équipés avec une CPAP durant l'hospitalisation.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pregnancy;
Obstructive apnea
syndrome

Summary Obstructive apnea syndrome (OAS) is more frequent during pregnancy thanks to the development of obesity. OAS increases the risk of hypertension and diabetes during pregnancy. Patients can be identified using the STOP-BANG test. Spinal morphine is not recommended for postoperative analgesia. Patients suffering from OAS must be treated with a CPAP by night and monitored for oxygen desaturation.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : audreystallab@hotmail.com (A. Stalla-Bourdillon).

Introduction

Les troubles du sommeil sont très fréquents chez la femme enceinte : insomnie, éveils nocturnes, fragmentation du sommeil, nycturie, syndrome des jambes sans repos, mouvement périodique des jambes, et en particulier le ronflement. Environ une femme enceinte sur deux ronfle au 3^e trimestre de la grossesse [1]. La difficulté réside dans la reconnaissance et le diagnostic d'un sommeil pathologique.

L'obésité est le premier facteur de risque de survenue d'un syndrome d'apnée/hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS). L'obésité est en augmentation constante et en particulier chez la femme enceinte. De plus, les modifications hormonales anatomiques des voies aériennes liées à la grossesse sont des facteurs favorisant de survenue d'un SAHOS.

La prévalence du SAHOS est de 2 % chez la femme et de 4 % chez l'homme en population générale. Bien que la prévalence du SAHOS soit mal connue chez la femme enceinte, sa tendance à l'aggravation au cours de la grossesse est reconnue. Chez la femme en âge de procréer, la prévalence du SAHOS modéré à sévère est estimée entre 3 et 6,5 % contre 9 à 15 % chez les femmes ménopausées [2].

Définitions

Le SAHOS est défini par la présence des critères A ou B et C :

- A somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs ;
- B deux au moins des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs : ronflement, sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil, sommeil non réparateur, fatigue diurne, difficulté de concentration, nycturie ;
- C critère polysomnographique ou polygraphique : index apnées/hypopnées supérieur ou égal à 5 par heure. Par ailleurs, les micro-éveils liés à des efforts respiratoires (ce qui se traduit par un plateau inspiratoire sur la courbe d'enregistrement du débit aérien nasobuccal suivi d'un micro-éveil électroencéphalographique [EEG]) doivent être intégrés au calcul de l'index d'apnée/hypopnée [3,4].

Physiologie

La grossesse s'accompagne de modifications physiologiques dépendantes des estrogènes et de la progestérone : gain de poids, augmentation de la ventilation, œdème muqueux pharyngolaryngé. Il en résulte une modification du calibre et des résistances des voies aériennes supérieures à l'origine du ronflement pendant la grossesse qui concerne 47 % des femmes enceintes [5]. Le SAHOS de la femme enceinte dépend le plus souvent de ces modifications anatomiques : obésité et modifications de la perméabilité des voies aériennes supérieures.

Il est en fait décrit au cours de la grossesse une forme particulière de SAHOS : le syndrome de haute résistance des voies aériennes supérieures (SHRVAS). Les symptômes cliniques liés au SHRVAS sont identiques à celui d'un SAOS

modéré : somnolence diurne excessive, céphalées, insomnie [6]. À l'enregistrement polysomnographique, les limitations de débit associées à de micro-éveils corticaux et les hypopnées sont plus fréquents que les apnées. Par ailleurs, les conséquences physiopathologies métaboliques et materno-fœtales du SHRVAS sont identiques à celles du SHAOS [5,7]. Seul l'enregistrement polysomnographique permet le diagnostic, car la polygraphie ventilatoire ne comprend pas d'EEG et ne permet donc pas de diagnostiquer les micro-éveils corticaux. De ce fait, l'index d'apnée-hypopnée peut parfois être minoré, ce qui pourrait conduire à ne pas appaier une personne qui en aurait besoin.

Anesthésie et SAOS

Pour les patientes présentant un SAHOS connu ou à haut risque de SAHOS, une analgésie péridurale précoce est recommandée pour le travail et l'accouchement. L'idée principale est d'avoir le temps de s'assurer de la bonne mise en place et de la fonctionnalité du cathéter péridural, au cas où il faudrait l'utiliser pour l'anesthésie d'une césarienne en urgence (afin d'éviter l'anesthésie générale). L'utilisation d'une péirachi combinée peut être aussi envisagée en début de travail [8].

Si l'anesthésie générale ne peut être évitée chez une parturiente présentant un SAHOS, les recommandations rejoignent celles faites pour la réalisation d'une anesthésie générale chez une patiente obèse : patiente à considérer à risque de ventilation et d'intubation difficile, nécessité de disparition complète du bloc neuromusculaire avant le réveil, mise en position proclive en postextubation et utilisation de drogues faiblement liposolubles et de demi-vie courte [9].

Lorsqu'ils sont administrés par voie intrathécale, les morphiniques peuvent entraîner une dépression respiratoire (bradypnée et désaturation). Le risque de dépression respiratoire lié à l'utilisation de la morphine intrathécale présente deux pics : un pic de survenue précoce en général asymptomatique et un pic retardé (à partir de la 6^e heure et jusqu'à la 24^e heure selon la dose employée). Dans une série prospective de 856 patientes en population obstétricale, le risque de dépression respiratoire a été évalué à 0,7 % pour une posologie de 0,2 mg par voie intrathécale. Les cas de dépression respiratoires concernaient à chaque fois des parturientes obèses [10].

L'action analgésique du sufentanil intrathécal débute 5 min après son administration et dure environ 2 à 3 heures. Le pic de survenue de dépression respiratoire est unique et survient dans les 2 à 3 heures. En pratique, il n'y a donc pas de risque de survenue d'événement respiratoire lorsque la patiente est en dehors de la salle de naissance et donc moins surveillée.

Par ailleurs, dans une revue parue en 2013, les cinq complications graves liées à l'utilisation de morphine par voie intrathécale (arrêt cardiorespiratoire, décès) survenues dans une population de patients présentant un SAHOS ont eu lieu chez des patients diagnostiqués, mais non traités [11]. C'est pourquoi l'utilisation de morphinique type morphine par voie intrathécale n'est pas recommandée chez ces patientes.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5563311>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5563311>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)