

# /INTRODUCTION

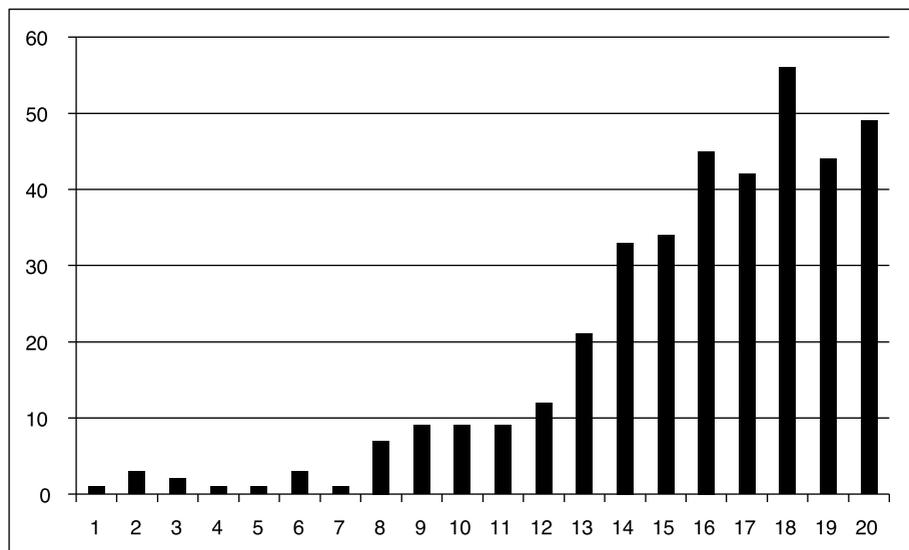
Par définition, le médecin anesthésiste « endort » les gens, donc il ou elle induit et reproduit du sommeil... Non, il s'agit d'un coma thérapeutique, diront certains neurologues. En revanche, chaque médecin anesthésiste réanimateur (MAR) a pu constater la simulation d'un SAS lors d'une anesthésie vigile en ventilation spontanée, au cours d'une coloscopie par exemple ou, plus récemment, par l'endoscopie du sommeil, en raison de l'hypotonie des voies aériennes supérieures.

Hors, le SAS nous fait peur, car en tant que médecins spécialistes du contrôle des voies aériennes, la perte du contrôle en raison d'un SAS peut conduire à notre perte...

C'est pourquoi, si un bref historique de l'histoire du sommeil en anesthésie réanimation est fait, on peut constater qu'il y a eu un désamour dans les années 2000, puis un intérêt très récent depuis 2010 :

- avant 2000 : le syndrome de Pickwick n'est pas très « glamour » et intéresse peu les médecins anesthésistes réanimateurs ;
- 2005 : reconnaissance du SAS comme facteur de risque cardiovasculaire (Étude Marin *et al.* 2005) ;
- 2008 : publication du questionnaire de STOP-BANG par les équipes canadiennes (Chung *et al.*) ;
- 2011 : création de la Société américaine de médecine du sommeil en anesthésie : Society of Anesthesiology and Sleep Medicine (SASM) avec son congrès annuel qui précède celui de l'ASA ;
- 2012 : création des formations du congrès Cardio Sleep en France ;
- 2015 : création du Club des Anesthésistes Réanimateurs du Sommeil (CARS) et son congrès tous les deux ans : AnesthreaSleep, anesthereasleep.org
- 2016 : création de Asian SASM (ASASM) intronisée à Chicago le 19 octobre 2016 pour congrès SASM pré ASA
- 2017 : création de European Society of Anaesthesiology and Sleep Medicine (ESASM) intronisée au congrès de ESA à Genève.

Enfin, l'engouement pour le SAS (Obstructive Sleep Apnea [OSA]) est confirmé puisqu'il y a dix fois plus de publications concernant l'apnée du sommeil entre 2010-2020 que la période 2000-2010 (source Pubmed). Une autre façon de le constater est qu'il y a autant de publications en 2019 (44 au total) que sur la période 1994-2010. La courbe ci-dessous montre le nombre de publications « OSA and Anesthesiology » depuis 1994 jusqu'à 2021 sur 356 publications.



Nombre de publication/Années 2001 à 2020

**Publications « OSA and Anesthesiology »**

Le SAS représente un facteur de risque périopératoire. En effet, un score de STOP-BANG  $\geq 5$  chez un patient représente 5 fois plus de risques de survenue d'un événement per ou postopératoire inattendu (Seet E *et al.* 2015).

Or, on sait depuis l'étude de Singh M *et al.*, que sur une cohorte de 1 084 patients à la consultation d'anesthésie, parmi 10 % de SAS connus, 15 % des MAR n'en tenaient pas compte dans leur prise en charge, et sur les 90 % restants de SAS non connus (IAH > 15/h), 60 % des MAR n'en ont pas fait le diagnostic (versus 90 % des chirurgiens) et donc n'en ont pas tenu compte pour leur prise en charge périopératoire.

C'est pourquoi identifier le risque périopératoire que représente le SAS est une donnée essentielle que doit intégrer chaque médecin anesthésiste réanimateur dans sa pratique quotidienne. Si ce livre y parvient, l'objectif sera réussi avec une meilleure prise en charge des patients.

Dr Jérôme Liotier