

Un bilan ORL avec fibroscopie est indispensable pour inspecter toute la sphère ORL (palais, langue, luette, articulé dentaire, grosses amygdales ou végétations) à la recherche d'une cause d'obstruction des Voies Aériennes Supérieures (VAS) par étroitesse de ces VAS et anomalie de la face (visage allongé, cloison nasale déviée, petit menton ou en retrait, anomalies de développement de la mâchoire, mauvaises positions des dents). Dans certains cas, des radios ou scanner de la face seront nécessaires.

Quels sont les traitements ?

➤ La **chirurgie** : au terme de ce bilan, une ablation des amygdales et/ou des végétations est le plus souvent proposée car elle constitue la première cause de gêne respiratoire. Elle est efficace dans 75 à 80% des cas, mais un contrôle à distance de l'intervention est toujours indispensable pour vérifier la disparition des apnées et proposer, si nécessaire, un traitement orthodontique de complément.

Les échecs de la chirurgie sont plus fréquents chez les enfants obèses ou ayant d'autres malformations cranio faciales ou d'autres pathologies (trisomie 21, maladie neuromusculaire).

➤ Le traitement **médical** : en cas de persistance des apnées après l'ablation des amygdales et des végétations, et s'il existe une inflammation associée, un traitement médical à base de leucotriènes et de corticoïdes peut être proposé.

En cas de surpoids ou d'obésité, une prise en charge est indispensable (l'obésité multiplie par 4 le risque de SAOS).

➤ Un traitement **orthodontique complémentaire** est parfois nécessaire s'il existe des anomalies de l'occlusion de la mâchoire ou des malpositions des dents. La disjonction maxillaire rapide et l'activateur mandibulaire ont une action orthopédique sur le squelette facial en pleine croissance.

➤ La PPC : en cas d'échec ou de contre-indication à la chirurgie, ou dans les formes sévères, un traitement par **pression positive continue** (PPC) est proposé. Pour qu'il soit efficace, il faut que l'enfant utilise régulièrement et suffisamment sa « machine » ce qui suppose une bonne éducation thérapeutique de la famille et de l'enfant.

Le **disjoncteur** peut être proposé dès l'âge de 3-5 ans jusqu'à l'âge de 15-16 ans. L'appareil fixé sur les premières molaires va élargir progressivement le palais en tournant la clé d'1/4 à mm par jour pendant 3 semaines, suivi d'une phase de stabilisation pendant 6 mois avant dépose de l'appareil.

L'**activateur** est utilisé partir de l'âge de 8-10 ans, pour stimuler ou rediriger la croissance de la mâchoire vers l'avant, en cas de menton en retrait et de dents en avant.

Ces traitements doivent être proposés suffisamment tôt pour éviter le développement d'un SAOS à l'âge adulte avec retentissement sur la qualité de vie (sensation de sommeil non récupérateur, fatigue et maux de tête au réveil, somnolence dans la journée) mais aussi à long terme, risque de complications cardio vasculaires (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque et accident vasculaire cérébral).

Où consulter ?

Consultation des troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent (Consultation de Pédiatrie)

Docteur Pascale OGRIZEK

Hôpital Antoine Béclère
157, rue de la Porte de Trivaux
92140-CLAMART

Tél. : 01 45 37 42 71

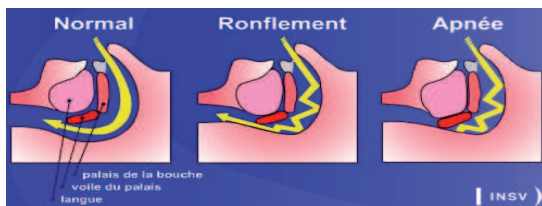
Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant



Votre enfant **ronfle** de façon régulière ou respire difficilement ? Son sommeil n'est **pas récupérateur**, il bouge beaucoup pendant son sommeil, **transpire**, se **réveille souvent**, fait fréquemment des **cauchemars**, des **terreurs nocturnes** ou des accès de **somnambulisme** ? Il n'est pas en forme dans la journée, **irritable, agité** ? Ses **résultats scolaires** baissent ? Il a peut-être des apnées du sommeil. Parlez-en à votre médecin, qui vous orientera, s'il le juge nécessaire, vers une consultation de sommeil pour faire un enregistrement du sommeil. Le **syndrome d'apnées obstructives du sommeil** (SAOS) ne concerne pas seulement l'adulte. Il peut aussi toucher l'enfant, à tous les âges, le maximum de fréquence se situant entre 3 et 6 ans avec 1 à 3% des enfants atteints.

De quoi s'agit-il ?

Le SAOS se définit comme un **trouble de la respiration** caractérisé par la survenue au cours du sommeil d'obstructions intermittentes, complètes ou partielles, des voies aériennes supérieures (VAS) qui interrompent la ventilation au cours du sommeil et le déroulement normal du sommeil.



Quelles sont les causes ?

La survenue d'une gêne à la respiration résulte de la conjonction de plusieurs facteurs :

➤ Des facteurs **inflammatoires** : à l'entrée en collectivité (3 à 6 ans, parfois plus tôt pour les enfants fréquentant la crèche), l'enfant sera exposé à des infections fréquentes des voies aériennes supérieures.

Les premières portes de défense sont les amygdales et les végétations qui vont s'hypertrophier. C'est la première cause d'apnées du sommeil de l'enfant (3/4 des cas).

➤ Des facteurs **génétiques** (on en hérite de ses parents) qui vont déterminer la morphologie des os et des muscles de la face : certaines petites anomalies de la forme du visage (allongé et menton en retrait) du nez (ailes du nez trop étroites, cloison nasale déviée, etc.), de la mâchoire

(mauvaise occlusion ou chevauchement des dents), du palais (haut et étroit), de la langue (volumineuse et en position basse) vont être à l'origine d'une gêne au passage de l'air.

➤ Des facteurs **environnementaux** liés aux conséquences des anomalies de la morphologie : pendant la nuit, la position couchée modifie le calibre des voies aériennes supérieures et la résistance au passage de l'air augmente. Le ronflement ou la respiration buccale qui résultent de la gêne au passage de l'air, vont provoquer des réactions inflammatoires des tissus mous par microtraumatismes répétés des amygdales (d'où une augmentation de la taille des amygdales). Pour compenser sa gêne respiratoire, l'enfant adopte de mauvaises positions de la langue et des mâchoires qui vont perturber la croissance harmonieuse des os de la face. La croissance de la face est, en effet, très rapide chez l'enfant puisque 60% de la face est construite à 4 ans et 90% à 11 ans. A la puberté, l'apparition des hormones sexuelles accélère la croissance des tissus mous locaux et des muscles dilatateurs des voies aériennes supérieures.

Quand y penser ?

Pendant la nuit, le signe le plus fréquent est le **ronflement**. En dehors des épisodes d'infections rhinopharyngées, **il n'est pas normal de ronfler**. Ce bruit émis lors de la respiration témoigne d'un obstacle au passage de l'air qu'il faut localiser : au niveau du nez (nasal) ou de l'arrière gorge (oropharyngé). Un enfant qui ronfle en permanence devrait être examiné par un ORL.

Autres signes qui doivent attirer l'attention des parents: un enfant qui **respire difficilement ou en faisant du bruit**, et/ou **par la bouche** (l'oreiller est mouillé de salive au réveil), qui fait des **pauses respiratoires** pendant le sommeil avec reprise bruyante de la respiration, qui dort dans une **position anormale** (tête rejetée en arrière, jambes repliées sous la poitrine) ou **bouge beaucoup** en dormant et change souvent de position, qui **transpire beaucoup**, **se réveille plusieurs fois par nuit**, n'est **pas encore propre la nuit** ou a recommencé à mouiller ses draps (énurésie primaire ou secondaire), fait souvent des **cauchemars**, des **terreurs nocturnes** ou des accès de **somnambulisme**. Dans les cas sévères, il peut aussi exister une cassure des courbes de poids et de taille.

Tous ces signes témoignent d'un sommeil perturbé, d'où l'existence fréquente d'une **fatigue au réveil** (même après une durée suffisante de sommeil), et dans la journée de **difficultés d'apprentissage** (baisse de l'attention, de la concentration, de la mémoire) avec ses conséquences sur les **résultats scolaires**. Mais attention, contrairement à l'adulte apnéique, l'enfant est **rarement somnolent** dans la journée car il lutte contre l'envie de s'endormir en étant hyperactif et agité.

Fréquences des signes suivant l'âge :

Nourrisson : ronflement, éveils nocturnes, mauvaise croissance pondérale.

Avant 2 ans : respiration bruyante, sommeil agité, infections ORL répétées, croissance lente ou retardée, Reflux Gastro Oesophagien (RGO), enfant trop calme, déjà fatigué au réveil, excité en fin de journée.

Entre 2 et 6 ans : ronflement, sueurs nocturnes, terreurs nocturnes, somnambulisme, respiration buccale dans la journée, fatigabilité au réveil et hyperactivité en fin de journée, retard du langage, cassure de la courbe pondérale.

Les enfants nés prématurés, ceux en **surpoids** (quel que soit leur âge), atteints d'**asthme**, de **RGO**, les enfants de **race noire** ou les enfants de parents présentant eux-mêmes un syndrome d'apnée du sommeil ont plus de risque de faire des apnées du sommeil.

Que faire ?

Si votre enfant présente les symptômes décrits, il faut consulter un spécialiste du sommeil qui après un interrogatoire détaillé décidera s'il faut pratiquer un enregistrement de sommeil (**polysomnographie ou PSG**). Cet examen indolore et non invasif, peut se faire en ambulatoire ou au cours d'une nuit d'hospitalisation. Le technicien va coller des électrodes sur le cuir chevelu pour enregistrer l'activité électrique du cerveau pendant le sommeil et des ceintures thoraciques pour mesurer les mouvements de la respiration. Une canule nasale mise en place au coucher enregistrera le flux de la respiration nocturne.

Les résultats de cet examen permettront de savoir si l'enfant a un syndrome d'apnées obstructives du sommeil et d'en préciser l'intensité.