



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

# Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil chez l'enfant



Obstructive sleep apnea syndrome in children

G. Aubertin <sup>a,\*,b</sup>

<sup>a</sup> Service de pneumologie pédiatrique, hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, 26, avenue du Docteur-Arnold-Netter, 75012 Paris, France

<sup>b</sup> Centre de pneumologie de l'enfant, 104-108, avenue Victor-Hugo, 92100 Boulogne-Billancourt, France

Disponible sur Internet le 17 juillet 2013

## MOTS CLÉS

Troubles respiratoires du sommeil ;  
Apnées ;  
Apnées obstructives du sommeil ;  
SAOS ;  
Polysomnographie ;  
Enfant

## KEYWORDS

Sleep disordered breathing ;  
Apnea ;  
Obstructive sleep apnea ;

**Résumé** Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) touche environ 1 à 4 % des enfants d'âge scolaire. La cause principale est l'hypertrophie des végétations adénoïdes et/ou des amygdales. Le SAOS a pour conséquence une altération de l'architecture du sommeil (microéveils répétés) et de possibles anomalies des échanges gazeux nocturnes (hypoxémie et parfois hypercapnie), sources des complications du SAOS. La symptomatologie clinique seule ne permet pas de différencier les ronflements dits « simples » du SAOS. La polysomnographie reste l'examen de référence mais la demande est trop forte pour cet examen très spécialisé. Des alternatives moins contraignantes, comme la polygraphie ventilatoire, sont mises en avant mais leur validation chez l'enfant reste à démontrer. La prise en charge, qui ne repose sur aucun consensus chez l'enfant, est pluridisciplinaire, impliquant médecins, chirurgiens ORL et orthodontistes.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Obstructive sleep apnea (OSA) is highly prevalent in school-aged children. Tonsillar and/or adenoids hypertrophy is the most common etiology of OSA in children. OSA has been associated with sleep quality disturbance (frequent arousals) and nocturnal gas-exchange abnormalities (hypoxemia and sometimes hypercapnia), complicated with a large array of negative health outcomes. The clinical symptoms are not able to distinguish primary snoring from OSA. Polysomnography remains the gold standard for the diagnosis of sleep disordered breathing, but the demand is increasing for this highly technical sleep test. So, some other simpler diagnostic

\* Service de pneumologie pédiatrique, hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, 26, avenue du Docteur-Arnold-Netter, 75012 Paris, France.  
Adresse e-mail : guillaume.aubertin@trs.aphp.fr

Obstructive sleep  
apnea syndrome;  
Polysomnography;  
Children

methods are available, as respiratory polygraphy, but need to be validated in children. Treatment of OSA in children must be based on a multidisciplinary approach with pediatricians, ENT surgeons and orthodontists.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) touche environ 1 à 4% des enfants d'âge scolaire. La cause la plus fréquente chez l'enfant est l'hypertrophie des amygdales et/ou des végétations. Le SAOS est également plus fréquent en cas d'obésité ou en cas d'anomalies du massif facial même modérées. Il peut enfin être présent dans le cadre de pathologies syndromiques, comme certaines pathologies génétiques (trisomie 21, syndrome de Prader-Willi) ou malformatives (syndrome de Pierre-Robin, syndrome de Franceschetti, achondroplasie).

La polysomnographie (PSG) reste l'examen de référence pour le diagnostic du SAOS. Toutefois, cet examen coûteux en moyens financiers et humains demeure réservé à des centres du sommeil spécialisés, peu nombreux et plus encore en pédiatrie. La place des examens plus simples comme la polygraphie ventilatoire (PV) n'est pas encore validée chez l'enfant, mais la demande croissante d'examens du sommeil fait doucement changer les habitudes et nécessite qu'on s'y intéresse.

Sur le plan thérapeutique enfin, la prise en charge doit être pluridisciplinaire tant les mécanismes du SAOS peuvent être différents. Elle implique les pédiatres, les chirurgiens, les orthodontistes et les kinésithérapeutes. Mais les indications thérapeutiques ne sont pas complètement codifiées et ne reposent sur aucun consensus chez l'enfant notamment en termes de recours à la chirurgie ORL ou de recours à la ventilation non invasive (VNI).

Ce chapitre a pour objectif de faire le point sur le SAOS de l'enfant sur les connaissances actuelles en termes de diagnostic et de prise en charge.

## Définitions. Physiopathologie

Le SAOS de l'enfant est défini par la survenue durant le sommeil d'épisodes anormalement fréquents d'obstruction complète ou partielle des voies aériennes supérieures, responsables d'interruptions (apnées) ou de réductions significatives (hypopnées) de la ventilation, perturbant le déroulement normal du sommeil, et associée à des manifestations cliniques.

Le SAOS est secondaire au collapsus des VAS [1], provoqué par un déséquilibre entre :

- la force de fermeture des VAS représentée par la pression négative exercée par les muscles inspiratoires et essentiellement le diaphragme. Ce collapsus sera aggravé par l'étranglement des VAS (infiltration graisseuse, infiltration lymphoïde, hypertrophie des amygdales et/ou des végétations, malformation des VAS) et majoré en sommeil paradoxal du fait de l'atonie musculaire (une hypotonie pathologique aggravera encore plus ce collapsus) ;

- la force d'ouverture du pharynx exercée par les muscles dilatateurs du pharynx, empêchant le collapsus pharyngé et maintenant les VAS ouvertes au cours de l'inspiration.

Trois notions physiopathologiques sont importantes à retenir chez l'enfant (Fig. 1). Tout d'abord, l'obstruction respiratoire survient essentiellement au cours du sommeil paradoxal lorsque le tonus musculaire est complètement aboli. Ensuite, l'obstruction partielle des VAS est plus fréquente que l'obstruction complète du fait d'une collapsibilité moindre des VAS chez l'enfant [2,3]. Enfin, les capacités d'éveils sont moindres que l'adulte, les phénomènes obstructifs sont donc moins suivis de microéveils ; l'enfant a le plus souvent une structure du sommeil conservée, moins fragmentée [4].

## Épidémiologie. Facteurs prédisposants

La prévalence du SAOS est estimée entre 1 et 4% chez l'enfant alors que la prévalence du ronflement habituel (plus de trois fois par semaine) est estimée entre 6 et 15% [5,6]. Il existe un pic de fréquence du SAOS entre trois et six ans, expliqué par l'hypertrophie des tissus lymphoïdes, amygdales et végétations adénoïdes, secondaire à la fréquence accrue des infections virales à cet âge. Il n'existe pas de sex-ratio en faveur des garçons, en tout cas avant la puberté.

De nombreux facteurs de risque ou prédisposants ont été décrits : l'obésité dont la prévalence ne fait qu'augmenter depuis quelques années (le SAOS serait secondaire à l'hypertrophie des structures lymphoïdes et à l'infiltration pharyngée par du tissu adipeux) [7], les infections fréquentes des VAS, l'ethnie noire, les antécédents de

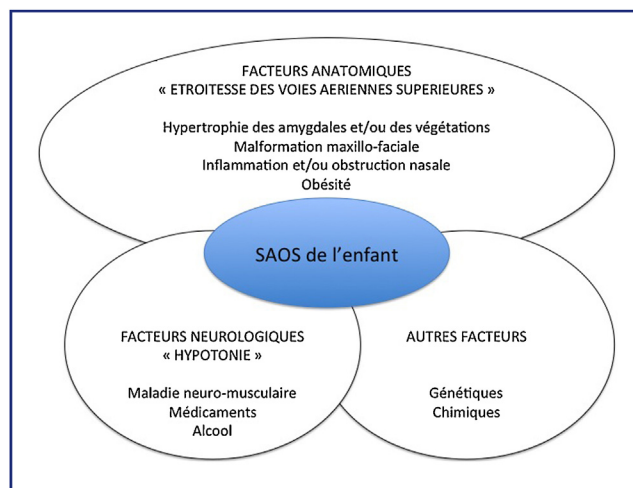


Figure 1. Physiopathologie du syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419720>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419720>

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