

Reçu le :
16 novembre 2007
Accepté le :
12 novembre 2008
Disponible en ligne
20 décembre 2008

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

Les troubles respiratoires du sommeil chez l'enfant

Sleep-disordered breathing in children

S. Cohen-Gogo¹, C. Do Ngoc Thanh², D. Levy³, J. Métreau⁴, P. Mornand⁵,
P. Parisot⁶, B. Fauroux^{7*}

¹ Service de génétique médicale, hôpital Necker-Enfants-Malades, AP-HP, Paris, France

² Service de neurologie pédiatrique, hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, Paris, France

³ Service d'hématologie-oncologie pédiatrique, hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, Paris, France

⁴ Service d'hépatologie pédiatrique, hôpital Bicêtre, AP-HP, Kremlin-Bicêtre, France

⁵ Service de réanimation pédiatrique polyvalente, hôpital Bicêtre, AP-HP, Kremlin-Bicêtre, France

⁶ Service de cardiologie pédiatrique, hôpital Necker-Enfants-Malades, AP-HP, Paris, France

⁷ Service de pneumologie pédiatrique, Inserm, UMR S 893 équipe 12, hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, université Pierre-et-Marie-Curie-Paris-6, 28, avenue du Docteur-Arnold-Netter, 75012 Paris, France

Summary

Sleep-disordered breathing (SDB) in children comprises a wide spectrum of symptoms ranging from primary snoring to obstructive sleep apnea (OSA). Twelve percent of children present primary snoring and 1–2% OSA. Polysomnography is the gold standard for diagnosis of SDB allowing the analysis of sleep stages, respiratory movements, airflow, and gas exchange. However, this test remains highly technical, expensive, and difficult to conduct; other simpler diagnostic methods are under evaluation. Recent studies highlight the frequency and importance of cognitive and behavioral disorders in children with SDB; both the age and the severity of the SDB seem to modulate in the expression of neurocognitive consequences. Local and systemic inflammation plays a key role in the physiopathology of SDB and its complications: OSA is a cardiovascular risk factor in childhood that could favor atheromatous complications later in life. Adenotonsillectomy is the treatment of choice, but anti-inflammatory therapies such as leukotriene receptor antagonists or nasal corticoids may be beneficial in mild SDB or in residual OSA after adenotonsillectomy. In case of failure, noninvasive ventilation by means of nasal continuous positive pressure will be necessary, aided by specialists. SDB and OSA are a public health problem, underlining the pivotal role of the pediatrician in preventing, diagnosing, and treating these frequent disorders.

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Résumé

Les troubles respiratoires du sommeil (TRS) de l'enfant forment un continuum qui va du ronflement simple au syndrome d'apnée du sommeil (SAS). Douze pour cent des enfants présenteraient un ronflement simple et 1 à 2 % un SAS. La polysomnographie est l'examen de référence pour le diagnostic des TRS permettant une analyse des stades du sommeil, des mouvements respiratoires, du flux aérien et des échanges gazeux. Elle reste un examen hautement technique, coûteux et de réalisation difficile : d'autres méthodes diagnostiques plus simples sont en cours d'évaluation. Des études récentes soulignent la fréquence et l'importance des troubles cognitifs et comportementaux liés aux TRS, l'âge et la sévérité des troubles semblent intervenir dans l'expression des conséquences neurocognitives. L'inflammation locale et systémique semble être un acteur central de la physiopathologie des TRS et de leurs complications : le SAS constitue un facteur de risque cardiovasculaire dans l'enfance qui pourrait favoriser la survenue de complications athéromateuses à l'âge adulte. Sur le plan thérapeutique, l'adénoamygdalectomie est le traitement de première intention. Un traitement anti-inflammatoire par des antagonistes des récepteurs des leucotriènes, ou par des corticoïdes par voie nasale, peut être intéressant dans le SAS modéré ou en cas de SAS persistant après la chirurgie. En cas d'échec, il est nécessaire d'avoir recours à la ventilation non invasive par pression positive continue (PPC), après avis spécialisé. Comme chez l'adulte, les TRS de l'enfant sont un problème de santé publique, soulignant l'importance du pédiatre

* Auteur correspondant.
e-mail : brigitte.fauroux@trs.aphp.fr

dans la prévention, le dépistage et le traitement de cette pathologie fréquente.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Ronflement, Syndrome d'apnée du sommeil, Polysomnographie, Développement psychomoteur, Adénoïdomygdalectomie

1. Introduction

Les troubles respiratoires du sommeil (TRS) regroupent un ensemble de symptômes qui vont du ronflement simple au syndrome de hautes résistances des voies aériennes (SHR) (ou *sleep-disordered breathing* [SDB] en anglais), puis au syndrome d'apnée du sommeil (SAS). Le ronflement est une vibration du palais mou et de la luvette au passage de l'air pendant le sommeil et représente la forme mineure des TRS. Le SHR est une forme intermédiaire du trouble et le SAS, dont les critères diagnostiques précis seront détaillés plus loin, en est la manifestation clinique la plus sévère. Des données épidémiologiques ont montré que 12 % des enfants seraient concernés par un ronflement simple et 1 à 2 % par un SAS [1].

2. Prévalence des TRS selon l'âge et la pathologie

2.1. Prévalence du ronflement en fonction de l'âge

La majorité des études épidémiologiques ont été réalisées à partir de questionnaires remplis par les parents et plus rarement par les enfants. Il existe peu de données chez le nourrisson : 5 % des enfants âgés de 2 à 4 mois ronflent habituellement [2]. Une autre étude rapporte que 59 % de 35 enfants âgés en moyenne de 8 mois ont ronflé pendant un enregistrement polysomnographique [3]. Les données sont plus nombreuses chez les enfants d'âges préscolaire et scolaire. Le ronflement habituel concerne 3 à 34 % des enfants avec des chiffres moyens autour de 10 %. Le ronflement est alors associé à des troubles diurnes tels qu'une hyperactivité et une somnolence [4], à d'autres troubles du sommeil ou encore à une atopie ou à une hypertrophie amygdalienne [5]. Dans cette tranche d'âge, les filles sont autant concernées que les garçons. À l'adolescence, 2 études récentes réalisées sur de grandes cohortes ont trouvé 6 à 11 % de ronfleurs habituels chez les enfants âgés de 11 à 18 ans [6,7]. La prévalence du ronflement semble plus élevée chez les garçons [6] et chez les

enfants en surpoids [7]. Une association est également observée avec le tabagisme actif.

2.2. Prévalence du SHR en fonction de l'âge

Les études sur ce sujet sont moins nombreuses. La prévalence du SHR est estimée entre 1 et 6 % chez les enfants âgés de 6 mois à 16 ans. Le trouble ne se limite plus à un ronflement simple ou habituel (*primary snoring*). L'interrogatoire recherche des éléments comme des apnées, une respiration buccale ou des sueurs nocturnes. Une évaluation concomitante par oxymétrie de pouls nocturne ou par vidéo est souvent réalisée dans ce contexte [8,9]. Les facteurs de risque sont identiques à ceux du ronflement simple [10].

2.3. Prévalence du SAS en fonction de l'âge

Les études sont également peu nombreuses, car elles reposent sur une polysomnographie qui constitue l'examen de référence. Chez les enfants âgés de 6 mois à 11 ans, la prévalence du SAS est estimée de 0,01 à 3 % selon les études [11,12].

3. Facteurs de risque des TRS

Ces facteurs de risque doivent être connus du clinicien. Une prédisposition ethnique, déterminant la morphologie du visage, est associée aux TRS. Le ronflement est ainsi 5 fois plus fréquent dans la population noire que dans la population caucasienne [13]. Une étude, réalisée chez l'adulte, a proposé des critères prédictifs de SAS selon des mesures anatomiques obtenues en imagerie de résonance magnétique [14]. Certaines pathologies doivent faire rechercher un ronflement ou une pathologie respiratoire du sommeil, telles que des pathologies neuromusculaires [15], osseuses (hypoplasie faciale, achondroplasie, trisomie 21, séquence de Pierre Robin) [6,16], ou du tissu conjonctif (hypertrophie amygdalienne, maladies de surcharge, glossoptose). Enfin, des facteurs environnementaux jouent également un rôle [17], avec en particulier le tabagisme, passif chez le jeune enfant [18] et actif chez l'adolescent. Le rôle majeur de l'obésité dans la survenue de TRS est bien connu [19,20].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4148307>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4148307>

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