

Reçu le :
26 avril 2016
Accepté le :
26 septembre 2016
Disponible en ligne
18 octobre 2016



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Que faire devant un enfant ronfleur et hyperactif ?

Diagnosing the hyperactive child who snores

S. Bioulac^{a,b,*}, F. Chalumeau^c, K. Lode-Kolz^d

^a Services d'explorations fonctionnelles du système nerveux, clinique du sommeil, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Leon, 33076 Bordeaux cedex, France

^b USR CNRS 3413 SANPSY, CHU Pellegrin, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

^c Centre d'étude du sommeil – Antony, 67, boulevard Pasteur, 94260 Fresnes, France

^d Klinisk Nevrofysiologi, centre hospitalier universitaire de Stavanger, Gerd-Ragna Bloch Thorsens, gate 8, 4011 Stavanger, Norvège

Summary

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a common disorder, often associated with sleep disorders. Patients with primary sleep disorders often present hyperactivity and/or attention deficit symptoms. Indeed, obstructive sleep disorder breathing (snoring, hypoventilation disorder, and obstructive sleep apnea syndrome) with poor sleep quality can mimic ADHD in children. In this case, inattention and hyperactivity behavior are induced by sleep disorders but do not constitute a clinical diagnosis of ADHD. Therefore, it can sometimes be difficult for the clinician to distinguish between a diagnosis of ADHD with comorbid sleep disorder and a sleep disorder that mimics ADHD symptoms. The objective of this article is to review the relations between ADHD and obstructive sleep disorder breathing and propose a decision tree to help diagnosis.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Résumé

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est un trouble fréquent, souvent associé à des troubles du sommeil. Les spécialistes du sommeil sont de leur côté confrontés à des symptômes d'inattention et d'hyperactivité chez leurs patients souffrant de troubles primaires du sommeil. En effet, les troubles respiratoires obstructifs du sommeil (ronflements, syndrome d'hypoventilation et syndrome d'apnées obstructives) s'accompagnant d'une mauvaise qualité de sommeil peuvent « imiter, mimer » un TDA/H chez l'enfant. L'inattention et le comportement d'hyperactivité sont, dans cette situation, induits par le trouble du sommeil mais ne s'intègrent pas dans un diagnostic clinique de TDA/H. Il peut ainsi être parfois difficile pour le clinicien de faire la distinction entre diagnostic de TDA/H avec un trouble du sommeil comorbide, et un trouble du sommeil mimant des symptômes de TDAH. L'objectif de cet article est de faire le point sur les liens entre TDA/H et trouble respiratoire obstructif du sommeil et de proposer un arbre décisionnel pour l'aide au diagnostic.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est un trouble neuro-développemental fréquent chez les enfants d'âge scolaire dont la prévalence varie de 3 à 7 % [1,2]. Dans sa forme mixte, ce trouble se caractérise par une triade symptomatique associant, hyperactivité, impulsivité et

inattention. Ce trouble est souvent associé à d'autres pathologies. Ainsi, des troubles du sommeil sont fréquemment rapportés chez les enfants présentant un TDA/H avec une prévalence de l'ordre de 25 % à 55 % [3–5]. Les spécialistes du sommeil sont de leur côté confrontés à des symptômes d'inattention et d'hyperactivité chez leurs patients souffrant de troubles primaires du sommeil [6]. En effet, une mauvaise qualité de sommeil ou une privation de sommeil peuvent « imiter, mimer » des symptômes de TDA/H. Il peut ainsi être parfois difficile pour le clinicien de faire la distinction entre un

* Auteur correspondant.

e-mail : stephanie.bioulac@chu-bordeaux.fr, stephaniebioulac@hotmail.com (S. Bioulac).

TDA/H avec trouble du sommeil comorbide, et un trouble du sommeil mimant des symptômes de TDA/H. L'objectif de cet article est de faire le point sur les liens entre TDA/H et trouble respiratoire obstructif du sommeil (TROS). Il est nécessaire de distinguer les patients présentant un TDA/H au sens catégoriel (trouble psychiatrique) et les symptômes de TDA/H conséquences de troubles du sommeil. Nous aborderons ici essentiellement les pathologies respiratoires obstructives du sommeil. Nous distinguerons ainsi les deux termes :

- TDA/H au sens de la pathologie ;
- symptômes de TDA/H, ensemble de symptômes secondaires à des troubles du sommeil.

Cette distinction peut être parfois compliquée à faire. Aussi, afin de synthétiser les éléments cliniques différenciant ces deux situations, nous proposons un arbre décisionnel d'aide au diagnostic face à un enfant présentant un TROS.

2. Symptomatologie clinique du TDA/H

Le TDA/H est un trouble défini dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 2013) [7] par un mode persistant d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement du sujet. Ces symptômes doivent être présents dans au moins deux situations où évoluent l'enfant (école, famille, pairs) [7]. Les difficultés que l'enfant atteint de TDA/H manifeste dans le domaine de l'attention ont un aspect à la fois temporel et organisationnel. L'inattention est mise en évidence dans les situations où il est nécessaire d'avoir une concentration soutenue, comme lors de tâches répétitives, plus ou moins agréables, ou ennuyeuses. La distractibilité se caractérise par une incapacité à rester concentré sur une tâche : le moindre bruit détourne l'attention de l'enfant et entraîne un véritable « échappement » à son activité. Il fait des fautes d'étourderie et ne parvient pas à faire attention aux détails. Ces enfants présentent une moins bonne persévérance à l'effort, qu'ils perçoivent souvent comme une contrainte.

L'*impulsivité* est définie par une incapacité à inhiber une réponse. Elle se manifeste par une réponse plus rapide aux stimuli proposés. Cliniquement, elle s'exprime par une intolérance à l'attente et des difficultés de planification (comme par exemple s'organiser dans le travail scolaire). Elle s'accompagne de prises de risque sans que le sujet perçoive le danger avec augmentation du nombre d'accidents (fractures, intoxications accidentelles et accidents de la voie publique). Elle se traduit également par des interventions intempestives : le sujet coupe la parole, répond avant la fin de la question, a des difficultés à respecter son tour de parole. L'*hyperactivité* se caractérise par une incapacité ou une difficulté à rester en place dans une situation où il y a une contrainte. C'est une agitation motrice désorganisée et sans but. L'enfant s'agite, se tortille sur sa chaise, manipule des

objets sans arrêt ; il se lève sans permission en classe ou à table. Il a des difficultés à rester calme dans les jeux. Il est décrit comme « monté sur des ressorts » ayant un besoin incessant de bouger. Il parle souvent trop fort ou fait des commentaires inappropriés. Dimension clinique « bruyante », elle a été le premier symptôme remarqué du trouble.

On décrit trois sous-type cliniques de TDA/H : sous-type inattention, sous-type hyperactif-impulsif et sous-type mixte, en fonction de la présence ou non de ces trois dimensions cliniques. Le sous-type mixte est le plus fréquent.

Le diagnostic de TDA/H est clinique. Il n'existe pas de test permettant de poser ce diagnostic, néanmoins le clinicien peut s'aider du questionnaire ADHD Rating Scale-IV [8]. Cet hétéro-questionnaire permet aux parents mais aussi au clinicien de coter les 18 symptômes du TDA/H décrits dans le DSM sur une échelle de 0 à 3. Un symptôme est considéré comme présent si le score de l'item est coté à 2 ou 3, le seuil de 28 est habituellement retenu comme pathologique.

3. Symptomatologie clinique des TROS

Les troubles respiratoires du sommeil regroupent un ensemble varié de pathologies dont les plus fréquentes sont le ronflement, le syndrome d'hypoventilation et le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Le SAOS se caractérise par la survenue anormale pendant le sommeil d'épisodes fréquents d'obstruction complète ou partielle des voies aériennes supérieures. Sa prévalence chez l'enfant est estimée de 1 % à 4 %. La majorité des enfants atteints de SAOS ont à l'anamnèse des ronflements et des difficultés respiratoires pendant le sommeil. Le ronflement peut être bruyant et ponctué par des pauses ou des arrêts respiratoires. Ces enfants peuvent avoir des postures inhabituelles lors du sommeil (hyper-extension du cou ou position assise). Ils peuvent aussi présenter des sueurs nocturnes importantes et des céphalées matinales. Une somnolence diurne excessive peut être associée, ainsi que des problèmes de comportement ou d'apprentissage.

La sévérité du SAOS est estimée par le nombre d'apnées et d'hypopnées par heure de sommeil (index d'apnées/hypopnées obstructives : IAHO égal au nombre d'apnées et hypopnées/durée du sommeil [min] × 60). Les critères pédiatriques d'apnées obstructives sont déterminés pour un âge de 0 à 18 ans. À partir de 13 ans, c'est au spécialiste de déterminer s'il est plus approprié d'utiliser des critères pédiatriques ou pour adultes. Une *apnée obstructive* se définit par une cessation totale de flux d'air pendant au moins 2 cycles respiratoires, associée à une chute de plus de 90 % de l'amplitude du signal pendant plus de 90 % de l'évènement respiratoire. Cela est associé à une poursuite ou une augmentation de l'effort inspiratoire pendant la durée de l'évènement respiratoire. Une *hypopnée* se définit par une chute d'au moins 30 % de l'amplitude du flux aérien pendant au moins 2 cycles respiratoires. Ceci doit être associé à un micro-éveil, à un éveil ou à une désaturation en oxygène d'au

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5717599>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5717599>

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