

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil de l'enfant

Anne Laffargue

Disponible sur internet le :

CHRU de Lille, hôpital Jeanne-de-Flandre, service d'anesthésie pédiatrique,
59000 Lille, France

anne.laffargue@chru-lille.fr

Mots clés

SAOS
Apnée obstructive
Polysomnographie
Anesthésie
Enfant

■ Résumé

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) est défini comme la survenue d'épisodes répétés d'obstruction des voies aériennes, de façon partielle ou complète, durant le sommeil. Le dépistage de ce syndrome est essentiel lors de la consultation d'anesthésie, en commençant par la question : votre enfant ronfle-t-il ? Le diagnostic repose sur l'interrogatoire à la recherche de signes cliniques nocturnes et diurnes, l'utilisation de scores cliniques permettant d'évaluer la sévérité du SAOS. L'examen physique de l'enfant permet de rechercher des signes d'obstruction des voies aériennes, l'examen ORL, en particulier la nasofibroscopie, permettant d'évaluer l'importance de cette obstruction. Trois types de SAOS sont décrits chez l'enfant : le type 1 concerne de jeunes enfants sans surpoids avec hypertrophie adéno-amygdalienne, le type 2 des enfants en surpoids avec une moindre hypertrophie adéno-amygdalienne, le type 3 les enfants porteurs de pathologies neurologiques, musculaires ou squelettiques avec malformations craniofaciales. La réalisation d'une polysomnographie dépend de cette appréciation clinique, et n'est pas recommandée de façon systématique dans les SAOS de type 1 et 2. La prise en charge anesthésique des enfants porteurs de SAOS modéré diffère peu de la prise en charge habituelle. En cas de SAOS sévère, la prise en charge préopératoire peut justifier le recours à une ventilation non invasive, et le risque de complications respiratoires périopératoires est majoré, justifiant une surveillance rapprochée en postopératoire. L'administration de morphiniques chez les enfants porteurs d'un SAOS sévère doit être prudente en raison d'une sensibilité accrue aux opioïdes majorant le risque de dépression respiratoire.

Keywords

OSAS
Obstructive apnoea
Polysomnography
Anaesthetic management

■ Summary

Obstructive sleep apnoea syndrome in children

Obstructive sleep apnoea syndrome (OSAS) is defined as the occurrence of repeated episodes of airway obstruction, partially or completely, during sleep. Screening for this syndrome is essential during the preoperative assessment, beginning with the question: does your child snore? The diagnosis is based on nocturnal and daytime clinical symptoms, and clinical scores to assess the severity of OSAS. Physical examination of the child should identify airway obstruction, and ENT examination must evaluate the severity of this obstruction by nasofibroscope. Three types of OSAS are described in children: type 1 in young, non-overweight children with adenotonsillar

hypertrophy, type 2 in overweight children with less adenotonsillar hypertrophy, type 3 in children with neurological, muscular or skeletal pathologies with craniofacial abnormalities. The achievement of polysomnography depends on the clinical assessment, and is not routinely recommended in type 1 and 2 OSAS. Anaesthetic management of children with moderate OSAS does not differ from the usual one. In severe OSAS, preoperative management may include non-invasive ventilation, and the risk of perioperative respiratory complications is increased. The use of opioids analgesics in children with severe OSAS should be cautious because of increased opioid sensitivity, leading to high risk of respiratory depression.

Définition

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) a été décrit initialement chez des adultes obèses et ronfleurs, dénommés « pickwickiens » d'après les descriptions de Dickens, qui présentaient des apnées obstructives répétées avec reprise bruyante de la respiration [1]. Ce syndrome a ensuite été reconnu chez des individus non obèses [2], chez qui des phénomènes d'occlusion des voies aériennes supérieures étaient constatés, amenant à décrire l'entité « obstructive sleep apnoea syndrome » [3]. Chez l'enfant, le diagnostic de ces apnées obstructives durant le sommeil a été rapporté dès les années 1970, ainsi que leur évolution après traitement, initialement trachéotomie puis adéno-amygdalectomie [4,5].

Le SAOS chez l'enfant n'est pas une entité univoque, et peut être associé à un syndrome malformatif ou génétique. Par ailleurs, l'obésité infantile, en constante augmentation ces dernières années, est un facteur de risque de SAOS, sans que l'on puisse affirmer avec certitude que les comorbidités qui y sont associées en soient directement la conséquence [6].

On peut distinguer chez l'enfant 3 types de SAOS [7] :

- le type 1 concerne les enfants non obèses avec hypertrophie adéno-amygdalienne ;
- le type 2 concerne des enfants en surpoids, avec hypertrophie adéno-amygdalienne moins marquée ;
- le type 3 concerne les enfants présentant une pathologie neurologique, malformative ou génétique avec malformation craniofaciale ou atteinte neuromusculaire ou squelettique (trisomie 21, syndrome de Prader Willi, syndrome de Pierre Robin, achondroplasie, craniosténoses...).

Pour le SAOS de type 1 et 2, la HAS récemment ne recommande pas la réalisation systématique d'un enregistrement polysomnographique [8].

Diagnostic clinique

Le dépistage d'un SAOS chez l'enfant est avant tout clinique, reposant sur l'interrogatoire, en commençant par la question : votre enfant ronfle-t-il ? L'examen physique de l'enfant, en particulier au plan ORL et facial, recherche des signes évocateurs d'obstruction des voies aériennes supérieures, tous les enfants ronfleurs n'étant pas porteurs de SAOS.

Plusieurs critères cliniques de SAOS, nocturnes et diurnes, ont ainsi été définis chez l'enfant par la HAS et doivent être recherchés (*tableau 1*) [9]. La triade composée des signes nocturnes suivants est très évocatrice : ronflements, respiration laborieuse, irrégularités ou apnées. Lorsqu'elle s'associe à des symptômes diurnes tels que troubles du comportement, irritabilité, troubles de l'attention, le diagnostic de SAOS est très probable. L'examen clinique par un ORL est indispensable devant ces signes, à la recherche d'une hypertrophie amygdalienne et/ou d'une obstruction nasale par nasofibroscope permettant le diagnostic d'hypertrophie adénoïdienne.

L'utilisation de scores cliniques regroupant ces critères est actuellement recommandée pour le diagnostic de SAOS [8], car c'est l'association de ces signes qui va permettre d'orienter le diagnostic et d'apprécier la sévérité du SAOS.

De nombreux scores ont été proposés (PSQ questionnaire, STBUR questionnaire, l'M SLEEPY etc.), reprenant des éléments cliniques nocturnes et diurnes tels que les ronflements, les arrêts respiratoires durant la nuit, la fatigabilité ou au contraire l'hyperactivité diurne, les troubles de l'attention. Cependant, c'est le score de Spruyt Gozal [10], composé de signes cliniques classés selon une hiérarchie de sévérité, seul validé en langue française, qui est actuellement recommandé pour évaluer la sévérité du SAOS, car corrélé aux index apnées/hypopnées de la polysomnographie (*annexe 1*). Un score $\geq 2,72$ est un score permettant de prédire un index apnée/hypopnée (IAH) > 3 , un score ≥ 1 permettant le diagnostic de SAOS modéré à sévère (IAH > 5) [11].

Cette évaluation clinique doit permettre d'apprécier la sévérité du SAOS et le risque de persistance d'anomalies après traitement, et d'évaluer la nécessité ou non de faire un enregistrement du sommeil. Certains auteurs ont proposé un diagramme décisionnel (*annexe 2*) [12].

Place des enregistrements du sommeil

La polysomnographie (PSG)

L'enregistrement polysomnographique en laboratoire de sommeil (type 1) est l'examen de référence permettant de confirmer le diagnostic de SAOS et d'en apprécier la sévérité. Il permet

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8610317>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8610317>

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