



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Recommandations de la SFORL

Recommandation de la SFORL (version courte) sur la place des différents traitements du syndrome d'apnées–hypopnées obstructives du sommeil de l'enfant[☆]

B. Pateron^{a,*}, R. Marianowski^{b,1}, P.-J. Monteyrol^{c,1}, V. Couloigner^{a,1}, M. Akkari^{d,2}, F. Chalumeau^{e,2}, P. Fayoux^{f,2}, N. Leboulanger^{a,2}, P. Franco^{g,3}, M. Mondain^{d,3}

^a Service de chirurgie ORL et cervico faciale, hôpital universitaire Necker–Enfants–Malades, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

^b Service de chirurgie ORL et cervico faciale, CHU, 29000 Brest, France

^c Cabinet ORL, 33000 Bordeaux, France

^d Service de chirurgie ORL et cervico faciale, 34000 Montpellier, France

^e Cabinet ORL, 94260 Fresnes, France

^f Service de chirurgie ORL et cervico faciale, CHRU, 59037 Lille cedex, France

^g Cabinet de pédiatrie, 69500 Lyon, France

INFO ARTICLE

Mots clés :
 Syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil
 Enfant
 Apnée
 Adéno-amygdalectomie

RÉSUMÉ

Objectif. – Les auteurs exposent les recommandations de la Société française d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou (SFORL) concernant le rôle de l'otorhinolaryngologiste (ORL) dans le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives (SAHOS) de l'enfant. Ce chapitre de recommandations concerne la place des différents traitements médicaux et chirurgicaux.

Méthode. – Un groupe de travail multidisciplinaire a été chargé d'effectuer une revue de la littérature scientifique sur la thématique étudiée. À partir de ces textes et de l'expérience de chacun, des recommandations ont été rédigées, puis relues par un groupe de lecture indépendant du groupe de travail. Une réunion de synthèse a permis d'aboutir au texte final.

Résultats. – L'adénoïdo-amygdalectomie est le traitement de référence du SAHOS d'un enfant présentant une hypertrophie adénoïdo-amygdalienne. Il est recommandé de mettre en place une assistance respiratoire chez un enfant présentant un SAHOS sévère en l'absence d'obstacle rhino et/ou oropharyngé, après chirurgie si le SAHOS persiste, en cas de contre-indication à la chirurgie, dans les obstructions complexes liées à des pathologies pharyngolaryngées et laryngées ou des comorbidités, ou comme alternative à la réalisation d'une trachéotomie. Les corticoïdes par voie nasale peuvent être utilisés dans le SAHOS de l'enfant en cas d'obstruction nasale associée.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

La prévalence du SAHOS de l'enfant est de 1 à 2 % [1] (accord professionnel). Dans cette pathologie, l'otorhinolaryngologiste intervient tout d'abord dans la prise en charge diagnostique par l'interrogatoire et l'examen physique. En plus de l'évaluation clinique, les enregistrements du sommeil, polygraphie nocturne ou polysomnographie, permettent d'objectiver et quantifier la sévérité du SAHOS. Les normes d'interprétation de ces examens diffèrent de celles de l'adulte. Il est admis qu'un index d'apnée obstructive supérieur à 1 par heure ou un index d'apnée hypopnée supérieur à 1,5 par heure est pathologique chez l'enfant. Concernant le degré de sévérité du SAHOS, un IAHO supérieur à 5 par heure est significativement associé à une somnolence, des difficultés d'apprentissage et un ronflement plus fréquent [2] (niveau de preuve 1). Le SAHOS est défini comme sévère au-delà de 10 par heure.

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2018.04.005>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benedicte.pateron@aphp.fr (B. Pateron).

¹ Comité d'organisation : Pr R. Marianowski, ORL et CFC, Brest ; Dr P.-J. Monteyrol, ORL et CFC, Bordeaux ; Pr V. Couloigner, ORL et CFC, Paris.

² Groupe de travail : Dr M. Akkari, ORL et CFC, Montpellier ; Dr F. Chalumeau, ORL et CFC, Fresnes ; Pr P. Fayoux, ORL et CFC, Lille ; Pr N. Leboulanger, ORL et CFC, Paris.

³ Co-auteurs : Pr P. Franco, Pédiatre, spécialiste du sommeil, Lyon ; Pr M. Mondain, ORL et CFC, Montpellier.

<https://doi.org/10.1016/j.aforl.2017.09.015>

1879-7261/© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

Quel qu'en soit la sévérité, les différents traitements du SAHOS de l'enfant ont pour objectif une désobstruction des voies aériennes, soit par différentes techniques chirurgicales qui ont évolué ces dernières années notamment avec la réduction partielle du volume amygdalien, soit par traitement médicamenteux notamment la ventilation par pression positive. L'otorhinolaryngologiste participe à la prise en charge thérapeutique par la chirurgie de désobstruction des voies aériennes supérieures et il ne doit pas méconnaître les traitements médicamenteux alternatifs possibles.

2. Matériel et méthode

La rédaction de la recommandation concernant le rôle de l'otorhinolaryngologiste (ORL) dans la prise en charge du syndrome d'apnée-hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) a été confiée à un groupe de travail multidisciplinaire et national. La méthodologie du consensus formalisé d'experts concernant l'élaboration de recommandations de bonne pratique proposée par la Haute Autorité de santé (HAS) a été utilisée (<http://www.has-sante.fr>). Un comité d'organisation a permis la réalisation logistique de la conférence de consensus. La rédaction d'un argumentaire a permis l'élaboration d'une première série de recommandations. Celui-ci a fait l'objet d'une évaluation auprès d'un groupe de relecture, puis a été modifié en fonction des résultats et des commentaires reçus. Les banques de données MEDLINE ont été interrogées sur la période de 1994 à 2016. Seules les publications de langue française ou anglaise ont été retenues. Pour chaque référence, le niveau de preuve a été indiqué entre parenthèse (1, 2, 3, 4, accord professionnel). Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon un niveau de preuve scientifique décroissant, en accord avec le guide d'analyse de la littérature et de gradation des recommandations, publié par l'ANAES (janvier 2000) (Tableau 1).

3. Résultats

L'amygdalectomie avec adénoïdectomie est le traitement chirurgical de référence des troubles respiratoires obstructifs du sommeil de l'enfant en cas d'hypertrophie adénoïdienne et amygdalienne, y compris chez l'enfant obèse. Son efficacité sur les paramètres du sommeil [3] (niveau de preuve 1), sur le syndrome métabolique du SAHOS [4] (niveau de preuve 2) et sur les troubles neurocognitifs qui y sont associés sont bien établis [5] (niveau de preuve 2). Il existe plusieurs techniques d'adénoïdo-amygdalectomies, dont la réalisation dépend de la formation de l'opérateur, de celle de l'équipe d'anesthésie, du matériel disponible et des caractéristiques médicales du patient (comorbidité associées). La Société française d'otorhinolaryngologie (SFORL) a récemment émis des recommandations relatives à l'amygdalectomie en ambulatoire [6] (accord professionnel). Plusieurs travaux récents sont en faveur de la réalisation non plus d'une amygdalectomie totale mais d'une réduction partielle des amygdales, intracapsulaires, en cas d'hypertrophie simple responsable d'un SAHOS (soit le cas d'une large majorité des enfants opérés). L'amygdalectomie partielle entraîne en effet des douleurs moindres et serait responsable d'un risque d'hémorragie secondaire réduit, tout en ayant une efficacité comparable. En outre, sa réalisation facilite l'organisation du geste en ambulatoire [7–10] (niveau de preuve 2).

Une chirurgie du septum peut être indiquée en cas de déviation importante. L'âge minimum de réalisation n'est pas établi [11,12] (accord professionnel). Néanmoins, seules deux publications font le lien entre un SAOS établi et la chirurgie du septum chez l'enfant, et de plus uniquement chez des patients avec des comorbidités

Tableau 1

Correspondance entre l'évaluation de la littérature et le grade des recommandations.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Force des recommandations
Texte : argumentaire	Recommandation
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	Grade A Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	Grade B Présomption scientifique
Niveau 3 Études cas-témoins Essais comparatifs avec série historique	Grade C Faible niveau de preuve scientifique
Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) Toute autre publication (cas report, avis d'expert, etc) Aucune publication	Accord professionnel ^a

^a En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondront à un accord professionnel. Cette classification a pour but d'explicitier les bases des recommandations. L'absence de niveau de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible. Cependant, l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles (exemple de l'efficacité de la mastectomie dans le cancer du sein, des antibiotiques dans l'angine, ...). D'après le *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations ANAES* janvier 2000.

Recommandation 1 :

L'adénoïdo-amygdalectomie est le traitement de référence du SAHOS d'un enfant présentant une hypertrophie adénoïdo-amygdalienne. Plusieurs techniques chirurgicales sont possibles (grade B).

notables : atteinte neurologique et fente labio-vélo-palatine [13,14] (niveau de preuve 4).

Recommandation 2 :

La septoplastie n'est pas le traitement du SAHOS chez l'enfant. Elle peut néanmoins être discutée en cas de déviation septale symptomatique et/ou documentée (accord professionnel). Un âge minimum ne peut être clairement établi (grade C).
La résection cartilagineuse doit être économe (accord professionnel).

La turbinoïdectomie inférieure chez l'enfant est possible en cas d'obstruction nasale symptomatique et résistante au traitement médical, quel que soit l'âge. Elle est souvent réalisée dans un contexte malformatif chez le nouveau-né, le nourrisson et le petit enfant [10–18] (niveau de preuve 2) et dans certaines pathologies comme l'achondroplasie [19].

Plusieurs gestes d'élargissement du pharynx ont été proposés, notamment dans des pathologies malformatives intéressant l'étage

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8964747>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8964747>

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