

Les troubles respiratoires obstructifs du sommeil chez l'enfant

A propos de 25 cas

Fz. Alaoui-Inboui, S. Slaoui

Unité de pneumo-allergologie, service de pédiatrie 2, Hôpital mère-enfants Abderrahim Harouchi - CHU Ibn Rochd – Casablanca

Introduction

- Les troubles respiratoires obstructifs du sommeil (TROS) correspondent à une obstruction complète ou partielle intermittente des voies aériennes supérieures [1]
- Prévalence = 1 à 4 % des enfants d'âge scolaire
- Pic de fréquence entre 3 et 8 ans
- Diagnostic selon des critères spécifiques
- Risque de complications neurocognitives et cardiovasculaires
- Prise en charge multidisciplinaire et bien adaptée.



TROS chez un nourrisson atteint de syndrome de Pierre Robin

Objectif

- Décrire le tableau clinique des TROS chez l'enfant
- Identifier les principales étiologies des TROS chez l'enfant

Patients et méthodes

- Etude rétrospective menée sur une période de 2 ans et 6 mois de Mai 2021 à Novembre 2023.
- Vingt-cinq enfants ont été colligés dans cette étude.
- Exploitation des caractéristiques anamnestiques, cliniques, paracliniques et évolutives selon des fiches préalablement établie.



Scanner nasopharyngé: Hypertrophie des végétations adénoïdes et obstruction complète des voies aériennes supérieures chez un patient avec trisomie 21 et SAOS

Résultats

- Age moyen:** 5 ans, [18 mois-13 ans]
- Comorbidités :**
 - Asthme : 11 cas
 - Rhinite allergique : 5 cas
 - Obésité : 4 cas (dont 2 cas Syndrome de Bardet-Biedl)
 - Treacher Collins : 1 cas
 - Pierre Robin : 1 cas

Tableau clinique

- Ronflements nocturnes : 25 cas
- Respiration buccale : 20 cas
- Respiration bruyante : 15 cas
- Hypersudation nocturne : 15 cas
- Sommeil agité : 20 cas
- Apnées au sommeil : 13 cas
- Hyperextension de la tête : 11 cas
- Terreur nocturne : 4 cas
- Enurésie secondaire : 7 cas
- Somnolence diurne : 13 cas
- Infections respiratoires à répétition : 2 cas
- Troubles de comportement :
 - Hyperactivité : 14 cas
 - Fatigue diurne : 10 cas
 - Difficultés d'apprentissage : 6 cas
 - Irritabilité : 3 cas
 - Troubles de mémoire : 1 cas

Examen clinique :

- Voix nasonnée : 7 cas
- Faciès adénoïde : 6 cas
- Signes de lutte respiratoire : 4 cas
- Anomalies maxillo-faciales : 1 cas

Examen otorhinolaryngologique :

- Végétations adénoïdes : 15 cas
- Hypertrophie amygdalienne : 6 cas

Tomodensitométrie des fosses nasales :

25 cas

Polysomnographie

Prise en charge

- Cure chirurgicale : 8 cas
- Corticothérapie nasale 3 mois : 25 cas
- Suivi en orthodontie : 3 cas



Faciès adénoïdien



Malposition dentaire et rétrognathisme

Discussion

- Les TROS sont la conséquence d'une réduction anatomique ou fonctionnelle des voies aériennes supérieures pendant le sommeil [2]
- Pathologie multifactorielle (Hypertrophie des végétations adénoïdes et des amygdales, anomalies crâno-faciales, obésité...)
- La cause la plus fréquente chez l'enfant est l'hypertrophie des végétations adénoïdes et des amygdales**
- Les TROS de l'enfant répondent à des critères diagnostiques spécifiques, différents de ceux utilisés chez l'adulte, avec une présentation clinique et des altérations du sommeil qui lui sont propres
- Il existe 4 entités [3]:
 - Le ronflement primaire
 - Le syndrome de haute résistance des VAS conduisant à une augmentation des efforts respiratoires et à une fragmentation du sommeil
 - Le syndrome d'hypoventilation
 - Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil
- Conséquences du TROS sur la croissance somatique, le comportement de l'enfant, retentissement cardiaque
- La polysomnographie n'est indiquée qu'en l'absence d'obstacle ORL pouvant expliquer les TROS [4]**

Conclusion

- La cause des TROS chez l'enfant la plus fréquente est l'hypertrophie des amygdales et des végétations.
- Il est important de faire un diagnostic précoce pour prévenir les complications
- Nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire

Références

- E. Gachelina, R. Reynaud, J.-C. Dubus, N. Stremler-Le Bel. Dépistage et prise en charge des anomalies respiratoires de l'enfant obèse : syndrome d'apnée obstructive du sommeil et syndrome d'obésité hypoventilation. Archi Pediatr 2015
- P. Franco, H. Bourdin, F. Braun, J. Briffod, I. Pin. Diagnostic du syndrome d'apnée obstructive du sommeil chez l'enfant (2–18 ans) : place de la polysomnographie et de la polygraphie ventilatoire. Médecine du sommeil (2017) 14, 77–8
- Wise MS, Nichols CD, Grigg-Damberger MM, et al. Executive summary of respiratory indications for polysomnography in children: an evidence-based review. Sleep 2011
- N. Beydon, G. Aubertin. Critères diagnostiques du syndrome d'apnées obstructives du sommei. Archi de Pediatr 2016