

LES UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ DE NOUVELLE-AQUITAINE
avec une coordination de l'URPS
des Masseurs Kinésithérapeutes

PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

SAVEZ-VOUS QUE
L'APNÉE DU SOMMEIL
TOUCHE AUSSI
LES ENFANTS ?

MÉDECIN GÉNÉRALISTE
/ PÉDIATRE / PSYCHIATRE
MÉDECIN ORL
MÉDECIN DU SOMMEIL
PNEUMOLOGUE
KINÉSITHÉRAPEUTE
ORTHOPHONISTE
CHIRURGIEN DENTISTE
ORTHODONTISTE
ORTHOPTISTE
MÉDECIN
NUTRITIONNISTE
/ DIÉTÉTICIEN
AUTRES
PROFESSIONS
DE SANTÉ...

+ d'infos sur :
isidort.fr

isidort-urps@na.mssante.fr

Tout savoir sur le SAHOS de l'enfant

Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives
du sommeil

ISIDORT

PROGRAMME DE DÉPISTAGE DE L'APNÉE DU SOMMEIL DE L'ENFANT

SOMMAIRE

Le programme ISIDORT.....	p. 3
Un dispositif complet de dépistage.....	p. 4
Le sommeil indispensable à la vie.....	p. 5

QU'EST-CE QUE L'APNÉE DU SOMMEIL ?..... p. 6

Les troubles respiratoires obstructifs du sommeil (TROS) : facteurs de risque.....	p. 7
Les conséquences diurnes des apnées du sommeil.....	p. 9

COMMENT DÉPISTER, DIAGNOSTIQUER, TRAITER ?..... p. 10

Les signes cliniques.....	p. 10
Que faire ?.....	p. 11
Questionnaire dépistage.....	p. 12
Questionnaire spécialiste.....	p. 13
La prévention.....	p. 14

LE RÔLE DE CHAQUE PROFESSIONNEL DE SANTÉ..... p. 15

Le médecin généraliste / le pédiatre / le psychiatre.....	p. 16
Le médecin ORL.....	p. 18
Le médecin spécialiste du sommeil.....	p. 20
Le médecin pneumologue - allergologue.....	p. 22
Le kinésithérapeute à spécificité oro-maxillo-faciale ou l'orthophoniste.....	p. 24
Le chirurgien-dentiste et l'orthodontiste.....	p. 26
L'orthoptiste.....	p. 27
Le médecin nutritionniste / diététicien.....	p. 27

Les URPS de Nouvelle-Aquitaine lancent le programme



PROGRAMME DE DÉPISTAGE DE L'APNÉE DU SOMMEIL DE L'ENFANT

Selon les études, le syndrome d'apnée - hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) toucherait 2 à 5% des enfants, mais très peu sont diagnostiqués. Rien qu'en Nouvelle-Aquitaine, ce sont 10 000 à 26 000 enfants qui pourraient être concernés !

Or, on connaît les conséquences importantes de l'apnée du sommeil sur la vie de l'enfant : tendance hyperactive, forte fatigue, échec scolaire, incidence sur la croissance maxillo-faciale... De plus, si elles ne sont pas traitées précocement, ces apnées risquent de s'aggraver avec le temps et altérer la qualité de vie de l'adulte (incidences sur maladies cardio-vasculaires, diabète de type II, obésité, accidentologie, dépression, troubles sexuels...).

Face à ces constats, les Unions Régionales des Professionnels de Santé de Nouvelle-Aquitaine (URPS), avec la coordination de l'URPS Masseurs Kinésithérapeutes, ont souhaité lancer une grande campagne d'information, de sensibilisation et de dépistage de l'apnée du sommeil de l'enfant.

Ce programme de dépistage est soutenu financièrement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine.

Plusieurs actions d'information et de terrain seront menées en direction des professionnels de santé, des patients, des scolaires... en collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé concernés, les CPAM, le GIP ESEA, le CHU de Bordeaux et l'Éducation Nationale.

Ce guide a été rédigé avec l'objectif de présenter l'apnée du sommeil de l'enfant. Le SAHOS nécessite une approche pluridisciplinaire pour laquelle plusieurs professionnels de santé sont concernés. Vous trouverez dans ce guide des fiches par spécialité précisant comment chaque professionnel peut dépister, diagnostiquer et traiter l'apnée du sommeil de l'enfant.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et vous remercions de votre engagement dans ce programme de dépistage du SAHOS et ainsi de contribuer à une meilleure prise en charge des enfants concernés.

UN DISPOSITIF COMPLET DE DÉPISTAGE

Le programme ISIDORT, piloté par l'URPS des Masseurs-Kinésithérapeutes, dans le cadre d'une coordination inter-URPS, a pour objectif de renforcer le dépistage de l'apnée du sommeil de l'enfant par :

- l'information et la mobilisation des professionnels de santé,
- la sensibilisation des parents et de l'environnement adulte de l'enfant,
- l'orientation vers les médecins et les spécialistes du sommeil, pour le diagnostic et la prise en charge,
- des campagnes de dépistage en lien avec l'Éducation Nationale,
- des études épidémiologiques.

Actions de prévention primaire :

- **sensibilisation des professionnels de santé** aux actions d'hygiène de vie limitant l'apparition d'un SAHOS,
- **sensibilisation de la population** aux actions d'hygiène de vie limitant l'apparition d'un SAHOS.

Actions de prévention des troubles secondaires du SAHOS, qui peuvent apparaître à l'âge adulte :

HTA, maladies cardio-vasculaires (AVC, troubles du rythme cardiaque), diabète de type II - obésité, augmentation de l'accidentologie par somnolence (circulation, domestiques, autres...) dépressions, troubles sexuels.

Phase expérimentale :

- **zone ultra urbaine** : 3 quartiers de Bordeaux : Bacalan/Grand-Parc, Bastide/Benauges, Chartrons (672 professionnels de santé, 35 écoles maternelles et primaires),
- **zone rurale** : département de la Creuse (713 professionnels de santé, 156 écoles maternelles et primaires).

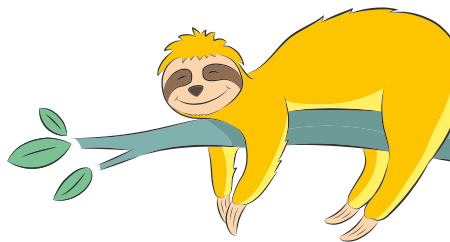
LE SOMMEIL INDISPENSABLE À LA VIE

Le sommeil est un besoin vital au même titre que l'alimentation et l'hydratation. On ne peut pas vivre sans dormir. Il n'est pas possible de rester sans dormir plus de 48 heures sans avoir des troubles du comportement, des hallucinations. Un adulte, sauf exception, doit dormir en moyenne 7 à 8 heures par jour et son sommeil devra être de bonne qualité. Dans le cas contraire, il développera diverses pathologies liées à la dette de sommeil. Le SAHOS est une des pathologies à l'origine de cette dette de sommeil. Ce syndrome peut affecter les enfants, dont la quantité de sommeil nécessaire varie de **12 à 16h de 1 à 2 ans, 10 à 13h entre 3 et 5 ans, 9 à 12h entre 6 et 12 ans et 8 à 10h de 13 à 18 ans.**

Les difficultés de sommeil chez l'enfant sont fréquentes. En effet, 20 à 30% des jeunes enfants, près de 10% des enfants d'âge scolaire (6 à 12 ans) et 15 à 20% des adolescents y sont confrontés. Parmi elles, on retrouve les troubles respiratoires obstructifs du sommeil (**TROS**) qui se décomposent comme suit :

- le ronflement primaire,
- le syndrome d'augmentation des résistances ou syndrome de haute résistance des voies aériennes supérieures (SHRVAS), plus rare,
- l'obstruction partielle des voies aériennes supérieures (VAS) appelée hypopnée,
- l'apnée (par obstruction totale).

Le SAHOS est particulièrement fréquent entre 3 et 6 ans et touche environ 2 à 5% des enfants d'âge scolaire*.



* Thibault. C *Oralité et Syndrome d'Apnée(s) Obstructive(s) du Sommeil (SAOS)* - Rééducation orthophonique n°271 septembre 2017



QU'EST-CE QUE L'APNÉE DU SOMMEIL ?

Les apnées du sommeil se caractérisent par l'arrêt momentané de la ventilation au cours du sommeil. Le patient subit un arrêt respiratoire inconscient et involontaire. Ces pauses respiratoires sont le plus souvent la conséquence d'une obstruction au passage de l'air dans les voies aériennes supérieures.

Lorsque l'obstruction est complète, il s'agit d'apnées, lorsqu'elle est partielle, on parle d'hypopnées. On parle de « syndrome d'apnées du sommeil » lorsque ces événements surviennent chez l'adulte plus de 5 fois par heure au cours du sommeil et durent plus de dix secondes.

Chez l'enfant, on parle de « syndrome d'apnées du sommeil » lorsque ces événements surviennent plus de 1 fois par heure et durent au moins l'équivalent de deux cycles respiratoires.

Cette réduction ou interruption de la ventilation pendant le sommeil provoque une hypoxie (souvent brève ou légère chez l'enfant). Le cerveau réagit et la personne se réveille pour reprendre sa respiration, souvent bruyamment. Ces éveils sont de courte durée : on parle de « micro-éveils » dont la personne n'a pas conscience. Le nombre de micro-éveils est anormal quand il est supérieur à 10 par heure.

Ce syndrome est associé à un ronflement ou à une respiration forte nocturne, qui ont pour conséquence un sommeil très perturbé, saccadé, fragmenté et donc de mauvaise qualité.

Les apnées du sommeil existent principalement sous 2 formes :

- **l'apnée obstructive du sommeil** : il s'agit de la forme la plus courante. Elle apparaît lorsque le passage de l'air est gêné par une ou plusieurs des particularités anatomiques suivantes : déviation de la cloison nasale, végétations adénoïdes, amygdales hypertrophiques, hypotonie du voile du palais, hypotonie et mauvais positionnement de la langue, défaut de croissance structurale maxillo-mandibulaire occasionnant une réduction du calibre des VAS (Voies Aériennes Supérieures) ;

- **l'apnée centrale du sommeil** : bien plus rare, d'origine neurologique, cette forme d'apnée résulte d'une anomalie du contrôle de la respiration par le système nerveux*.

Chez l'enfant, l'importance du syndrome d'apnées du sommeil se mesure au nombre d'apnées/hypopnées par heure de sommeil (IAH ou indice d'apnées/hypopnées) :

- entre 1 et 5, l'apnée du sommeil est légère ;
- entre 5 et 10, l'apnée du sommeil est modérée ;
- supérieur à 10, l'apnée du sommeil est sévère.

Cet indice doit être corrélé à l'histoire clinique de l'enfant et aux autres données de l'examen du sommeil (la polysomnographie ou la polygraphie) comme les micro-éveils et les épisodes de désaturation.

LES TROUBLES RESPIRATOIRES OBSTRUCTIFS DU SOMMEIL (TROS) : FACTEURS DE RISQUES

Plusieurs facteurs empêchent le bon fonctionnement des voies aériennes supérieures et favorisent l'apnée du sommeil :

- **le surpoids et l'obésité** qui entraînent des dépôts de graisse au niveau des voies aériennes supérieures. Ainsi, 30 % des personnes obèses présentent des apnées du sommeil. De plus, le manque de sommeil favorise la prise de poids.
- **l'hypertrophie amygdalienne** chez l'enfant ;
- **l'âge** : l'apnée du sommeil est plus fréquente lors du vieillissement et on estime que 30 % des personnes de plus de 65 ans sont concernées ;
- **le genre** : les hommes sont deux fois plus exposés que les femmes (jusqu'à la ménopause) ;
- **une obstruction nasale** plus ou moins permanente, conséquence de rhinopharyngites à répétition, de rhinites allergiques, d'un traumatisme nasal ou d'une déviation de la cloison nasale ;
- **des particularités génétiques** de taille et de position maxillo-mandibulaire et des tissus mous (luette, voile, amygdales, base de la langue...). Des perturbations de la croissance des os de la face par des facteurs intrinsèques et extrinsèques ;

* Alliance - livret apnées du sommeil et nutrition

- une position basse de langue et une dysfonction linguale ;
- une mauvaise posture cervico-céphalique ;
- l'asthme ;
- le reflux gastro œsophagien (RGO) ;
- la neuropathie des muscles dilatateurs du cou, due elle-même au ronflement répété et régulier.

Nous trouvons également comme facteurs favorisants :

- une mauvaise **hygiène nutritionnelle** ;
- une mauvaise **hygiène de sommeil** (irrégularité des horaires de coucher et de réveil, emploi du temps peu ritualisé, utilisation abusive d'écrans) entraînant des troubles du rythme circadien ;
- une **naissance prématurée** ;
- **l'alcool, les sédatifs et le tabac**, qui peuvent aggraver les symptômes.

Les parasomnies sont des variantes normales du sommeil pendant l'enfance (rythmies du sommeil, terreurs nocturnes, cauchemars, somnambulisme, énurésie). Si ces parasomnies sont très fréquentes et importantes, alors il faudra rechercher un TROS.

Il existe également des pathologies du contrôle respiratoire, ce qui génère des apnées centrales du sommeil (syndrome d'Ondine). Ces dernières sont très rares et prises en charge dans des services spécialisés.

LES CONSÉQUENCES DIURNES DES APNÉES DU SOMMEIL

Chez l'adulte : l'apnée du sommeil retentit sur les activités quotidiennes. Sans une bonne qualité de sommeil, la personne présentant des apnées du sommeil somnole fréquemment dans la journée et subit souvent des endormissements incontrôlables. Elle a des difficultés à se concentrer, présente des troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles de l'humeur. Elle ne peut pas être efficace, chez elle, au travail ou en collectivité. Elle peut présenter des céphalées matinales. Le SAHOS peut être à l'origine d'une dépression et de troubles sexuels. En raison de la baisse de la vigilance, le taux d'accidents de voiture et d'accidents du travail* est plus élevé chez les personnes présentant une apnée du sommeil que chez les autres.

À long terme, le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil augmente la mortalité et particulièrement celle de cause cardiovasculaire.

Chez l'enfant : l'apnée du sommeil retentit sur les activités quotidiennes par un défaut de concentration, des troubles de l'humeur (irritabilité, labilité émotionnelle, caprices...), une tendance hyperactive ou un phénomène de repli social, ce qui peut se traduire par un échec scolaire.

La courbe de croissance (notamment pondérale) peut être infra normale dans la petite enfance, et le risque d'obésité à l'adolescence augmenté.



* Launoit-Rollinat S, Lévy P, Pépin JL, Tamisier R. *Troubles de la vigilance au travail. Tests d'aide à la décision d'aptitude et structures de dépistage du syndrome d'apnées du sommeil à Grenoble*. Laboratoire du sommeil. CHU de Grenoble. Présentation Power point-11

Philip P and Al. *Sleep disorders and accidental risk in a large group of regular registered highway drivers*. Sleep Med. 2010 Dec; 11(10):973-9. doi: 10.1016/j.sleep.2010.07.010. Epub 2010 Oct 18.

Masa JF and Al. *Habitually sleepy drivers have a high frequency of automobile crashes associated with respiratory disorders during sleep*. Am J Respir Crit Care Med. 2000 Oct; 162(4 Pt 1):1407-12.

Gami AS, Howard DE, Olson EJ, Somers VK: *Day-night pattern of sudden death in obstructive sleep apnea*. NEJM 352(12): 1206- 1214, 2005



COMMENT DÉPISTER, DIAGNOSTIQUER, TRAITER ?

LES SIGNES CLINIQUES

Chez l'adulte

Symptômes nocturnes	Symptômes diurnes
Ronflement sonore plus ou moins permanent	Somnolence
Ventilation buccale	Fatigue
Apnées avec reprises respiratoires bruyantes	Céphalées matinales
Respiration paradoxale	Troubles de la mémoire et de la concentration
Tirage sus-sternal et/ou intercostal	Baisse de vigilance
Position anormale de sommeil : assise, à genoux, avec tête en hyperextension	Dépression
Hypersudation importante	Troubles sexuels
Énurésie secondaire	
Agitation nocturne, cauchemars, réveil difficile	

Chez l'enfant

Symptômes nocturnes	Symptômes diurnes	Symptômes généraux
Sommeil agité	Réveils difficiles	Pâleur, cernes
Eveils nocturnes fréquents	Céphalées matinales	Hypertrophie amygdalienne obstructive chronique
Ronflement / respiration forte	Respiration buccale	Dysmorphose dentaire / anomalies maxillo-mandibulaires / dysfonction linguale
Respiration buccale	Tendance hyperactive / agitation motrice / isolement social	
Position de sommeil tête en hypertension	Trouble de la concentration / trouble de l'attention / trouble de la mémoire	
Fréquence augmentée des parasomnies	Impulsivité / agressivité / labilité émotionnelle	
Apnées constatées		
Énurésie		

QUE FAIRE ?

• Dépister

Le dépistage peut être réalisé par tout professionnel de santé. Un questionnaire simple est diffusé pour distinguer les signes cliniques, les facteurs de risque en vue d'orienter le patient vers un médecin (spécialiste ou médecin traitant) pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

• Diagnostiquer

Un examen par un médecin ORL est nécessaire pour exclure les causes d'une obstruction des voies respiratoires (nez, pharynx...).

Le médecin spécialiste du sommeil confirmera le diagnostic.

Pour confirmer ou infirmer la présence d'un SAHOS, il est parfois (mais pas toujours) nécessaire de procéder à l'enregistrement du sommeil. Pour cela, 2 dispositifs existent :

- la polysomnographie qui consiste à enregistrer les variables permettant d'analyser les stades du sommeil et la ventilation. Il est nécessaire de passer une nuit dans un centre spécialisé pour suivre cet examen ;
- la polygraphie qui enregistre le sommeil à domicile sur des critères essentiellement cardiorespiratoires. Le taux de précision de ce dernier est inférieur à la polysomnographie.

Ces examens doivent être réalisés par des médecins formés au sommeil avec du matériel adapté à la pédiatrie.

• Établir le plan de traitement

Le médecin spécialiste du sommeil complètera la confirmation du diagnostic par la mise en place d'un plan de traitement sous un ou plusieurs angles.

- Hygiène nasale quotidienne ;
- Traitement médicamenteux (corticoïde intranasal, voire montelukast) ;
- Adénoïdectomie +/- amygdalectomie (Médecin ORL) ;
- Traitement d'une rhinite allergique (Allergologue) ;
- Prise en charge de la surcharge pondérale (Médecin généraliste/ Diététicien) ;
- Traitement orthodontique (chirurgien-dentiste, orthodontiste) ;
- Rééducation oro-myo-faciale (Masseur-Kinésithérapeute/ Orthophoniste) ;
- Traitement par pression positive continue en cas d'apnée sévère (pédiatre, pneumologue).

Dans le cadre du programme ISIDORT, 2 questionnaires sont proposés (cf. pages suivantes) :

- un questionnaire « dépistage » à compléter par le professionnel de santé,
- un questionnaire « spécialiste » à compléter par le médecin spécialiste du sommeil dans le cadre du suivi de parcours de l'enfant dépisté.

Ces questionnaires sont à télécharger sur le site isidort.fr rubrique professionnels.

QUESTIONNAIRE DÉPISTAGE

à compléter par le professionnel de santé, à remettre au patient,
à adresser à l'URPS MK NA **par messagerie sécurisée à isidort-urps@na.mssante.fr**

L'ENFANT

Nom : Prénom :

N° sécurité sociale : Date de naissance :

Genre : F ☐ M ☐ Date du dépistage :

LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ DÉPISTEUR

Nom : Prénom :

Profession : Coordonnées :

MOTIF PRINCIPAL DU DÉPISTAGE *(plusieurs choix possibles)*

- ☐ Ronflement / respiration forte
- ☐ Ventilation buccale
- ☐ Réveils nocturnes / parasomnies
- ☐ Position de sommeil tête en extension

- ☐ Énurésie
- ☐ Sommeil agité
- ☐ Transpiration nocturne

- ☐ Réveils difficiles
- ☐ Tendance hyper-active / agitation motrice / isolement social
- ☐ Céphalées matinales
- ☐ Trouble de concentration / trouble de l'attention / trouble de la mémoire
- ☐ Pâleur / cernes
- ☐ Impulsivité / agressivité / labilité émotionnelle

- ☐ Hypertrophie amygdalienne obstructive chronique
- ☐ Dismorphose maxillo-mandibulaire / long face syndrom / dysfonction linguale
- ☐ Trouble de la croissance staturo-pondérale

FACTEURS DE RISQUE

- ☐ ATCD familial de SAHOS
- ☐ Obésité
- ☐ Tabagisme environnant
- ☐ Naissance prématurée
- ☐ Reflux Gastro Œsophagien (RGO)
- ☐ Angine à répétition
- ☐ Otite sérumqueuse (OSM) et otite moyenne aiguë (OMA)
- ☐ Rhinite récurrente / chronique
- ☐ Asthme
- ☐ Allergies respiratoires
- ☐ Déviation cloison nasale et/ou obstruction des voies nasales

ORIENTATION DU PATIENT VERS

Nom :

Prénom :

- ☐ Médecin traitant
- ☐ Médecin spécialiste du sommeil
- ☐ Autre :

QUESTIONNAIRE SPÉCIALISTE

à adresser à l'URPS MK NA **par messagerie sécurisée à isidort-urps@na.mssante.fr**

L'ENFANT

Nom : Prénom :

N° sécurité sociale : Date de naissance :

Genre : F ☐ M ☐ Date du dépistage :

Date de la consultation :

LE PROFESSIONNEL DE SANTE SPÉCIALISTE

Nom : Prénom :

Coordonnées :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Médecin généraliste | ☐ ORL | ☐ Autre : |
| ☐ Pédiatre | ☐ Neurologue | |
| ☐ Pneumologue | ☐ Pédo-psychiatre | |

TROUBLE RESPIRATOIRE OBSTRUCTIF DU SOMMEIL (TROS)

Trouble Respiratoire Obstructif du Sommeil suspecté ☐ Oui ☐ Non

Polysomnographie (PSG) ☐ Oui ☐ Non

Polygraphie ventilatoire (PGV) ☐ Oui ☐ Non

CONDUITE À TENIR (CAT)

Oto Rhino Laryngologie (ORL) ☐ Oui ☐ Non

Pneumologue - allergologue ☐ Oui ☐ Non

Orthopédie Dento Faciale (ODF) ☐ Oui ☐ Non

Rééducation Oro Maxillo Faciale (ROMF) ☐ Oui ☐ Non

Nutritionniste ☐ Oui ☐ Non

TTT médicamenteux ☐ Oui ☐ Non

LA PRÉVENTION

Le dépistage du SAHOS chez l'enfant a un rôle primordial pour éviter une évolution vers des apnées du sommeil persistantes à l'âge adulte.

Au-delà de la confirmation du diagnostic, des mesures hygiéno-diététiques peuvent constituer un premier élément de réponse. **Pour cela, dans le cadre de la prévention primaire**, plusieurs éléments ont été identifiés :

- Privilégier l'allaitement maternel,
- Laver et moucher le nez de l'enfant avant le sommeil et au réveil ;
- Apprentissage du mouchage le plus tôt possible ;
- Porter une attention toute particulière à l'hygiène du sommeil de l'enfant :
 - appliquer la règle de l'utilisation des écrans : *pas d'écran avant 3 ans, pas de console de jeu avant 6 ans, internet accompagné à partir de 9 ans et internet seul pas avant 12 ans,*
 - respecter le temps de sommeil en rapport avec l'âge de l'enfant (voir p 5),
 - respecter la rythmicité du sommeil de l'enfant : *ne pas décaler les horaires du coucher et du lever pendant les week-end et les vacances,*
 - instaurer un rituel du sommeil : *brossage des dents, lavage du nez, lumière tamisée, mettre le pyjama, la petite histoire... ;*
- Lui apprendre à bien placer la langue ;
- Conseiller une mastication unilatérale alternée en privilégiant les aliments durs ;
- Hygiène de vie : *pratiquer une activité sportive et avoir une alimentation équilibrée pour éviter que l'obésité n'aggrave les symptômes.*

ZOOM SUR : TDAH ET SAHOS

Le trouble et déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble fréquent chez l'enfant (3-5% des enfants d'âge scolaire, c'est-à-dire un enfant par classe), pathologie souvent associée 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 du sommeil. En effet, les troubles respiratoires obstructifs du sommeil (essentiellement par le retentissement diurne) peuvent « imiter, mimer » un TDAH. L'inattention et le comportement d'hyperactivité étant, dans cette situation, induits par le trouble du sommeil, mais ne s'intègrent pas dans un diagnostic clinique de TDAH.

Ainsi, il peut parfois être difficile pour le clinicien de faire la distinction entre diagnostic de TDAH comorbide avec un SAHOS, et un SAHOS mimant des symptômes de TDAH.

L'exploration du sommeil doit être systématique chez le sujet TDAH et les éventuels troubles du sommeil dépistés doivent être traités car ils peuvent aggraver les symptômes comportementaux diurnes du TDAH.



LE RÔLE DE CHAQUE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

L'apnée du sommeil de l'enfant concerne directement un grand nombre de professionnels de santé. Elle nécessite **une approche pluridisciplinaire et complémentaire** aussi bien pour renforcer le dépistage que pour mettre en place les traitements et les prises en charge.

Chacun à son niveau de compétence est concerné :

- médecin généraliste
- pédiatre
- psychiatre
- médecin ORL
- médecin spécialiste du sommeil
- médecin pneumologue et allergologue
- kinésithérapeute à spécificité oro-maxillo-faciale
- orthophoniste
- chirurgien-dentiste et orthodontiste
- orthoptiste
- médecin nutritionniste et diététicien

Tous les autres professionnels de santé (biologiste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, pharmacien, sage-femme) **sont concernés par le dépistage**, notamment le pédo-psychiatre qui est amené à rencontrer des enfants dans le cadre de difficultés scolaires, de troubles de l'attention, d'hyperactivité ou de troubles du comportement (agressivité, impulsivité), qui sont fréquemment les symptômes d'un SAHOS de l'enfant.



LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE / LE PÉDIATRE / LE PSYCHIATRE

Le médecin généraliste et le pédiatre sont souvent ceux qui voient le plus souvent et le plus tôt les enfants. Avec le psychiatre, ils ont donc, à ce titre, un rôle primordial dans le dépistage des troubles du sommeil et précisément des troubles respiratoires du sommeil.

En dépistant cette pathologie et en orientant vers le bilan et la prise en charge, on pourra éviter à l'enfant de développer les problèmes inhérents aux apnées du sommeil : troubles de la croissance, troubles de l'attention, de la concentration, difficultés scolaires, diabète, surpoids et pathologies cardiovasculaires. De plus, on évitera certainement à cet enfant de devenir un adulte apnéique avec les contraintes que cela impose en termes de traitement et de suivi.

Le médecin généraliste, le pédiatre et le psychiatre peuvent remplir ce rôle de dépistage d'une façon très simple et dans de multiples circonstances.

En effet, que ce soit lors d'une visite systématique, d'un certificat de non contre-indication au sport, ou bien lors d'une consultation pour une pathologie banale, il suffit de poser quelques questions simples en quelques secondes pour se faire une idée.

Ce dépistage doit être réalisé le plus tôt possible, car on peut traiter les enfants dès l'âge de 1 an. Le plus tôt est toujours le mieux !

Les questions les plus simples à poser sont :

- *Votre enfant dort-il bien ?*
- *L'avez-vous entendu ronfler en dehors de toute pathologie rhinopharyngée ?*
- *Avez-vous remarqué une respiration buccale régulière ?* (exemple : traces de salive sur l'oreiller).

Une réponse positive à une de ces questions doit amener à rechercher plus précisément des symptômes d'apnées du sommeil.

Concernant la nuit, on sera toujours alerté par :

- un **sommeil très agité**,
- une **énurésie persistante**,
- des **sueurs nocturnes régulières**,
- des **parasomnies** (cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme) fréquentes,
- des **apnées objectivées** par les parents.

Concernant la journée, recherchez :

- un tempérament d'**hyperactivité**,
- des **difficultés scolaires, des troubles de la concentration de l'attention**,
- des **troubles du comportement, des troubles de l'humeur**.

Quelques fois il suffit de regarder l'enfant :

un faciès « adénoïdien » (visage plutôt ovale), des yeux cernés, une béance antérieure avec difficulté à garder les lèvres fermées, une attitude bouche ouverte, tous ces éléments sont évocateurs de trouble respiratoire nocturne, surtout si l'on retrouve des antécédents familiaux de SAHOS.

Par ailleurs toute situation de **surpoids** doit faire penser à cette pathologie.

Et enfin si l'enfant dans cette situation clinique a, de surcroît, des **amygdales imposantes**, alors il faut absolument déclencher une recherche diagnostique plus précise et l'orienter vers un spécialiste du sommeil. Ce dernier décidera s'il faut faire un enregistrement du sommeil et mettre en place la prise en charge thérapeutique.

LE MÉDECIN ORL



Toute suspicion de troubles respiratoires nocturnes chroniques chez l'enfant, dont l'apnée du sommeil, impose un examen ORL.

L'examen ORL doit être idéalement réalisé par un spécialiste car il faut examiner avec précision :

- **la bouche** pour voir la position des dents, la forme du palais et la position de la langue ;
- **le pharynx** pour voir la taille des amygdales, la taille du voile du palais et sa longueur, les signes évocateurs d'un reflux acide ;
- **le nez** pour voir les déviations de la cloison nasale, l'augmentation de taille des cornets qui évoque une allergie, rechercher la présence éventuelle de polypes ;

- **les tympans**, systématiquement, pour apprécier les conséquences des infections.

L'examen peut être complété si besoin d'une fibroscopie du nez pour analyser les végétations adénoïdes dans l'arrière-nez. Aucune radio n'est en général nécessaire.

Dans la plupart des cas, les troubles respiratoires sont liés à l'augmentation du volume des amygdales et/ou des végétations. La sévérité est jugée sur des scores de l'examen clinique et ne nécessite pas toujours d'enregistrement du sommeil.

Au terme de l'examen ORL, une intervention chirurgicale qui enlève les amygdales et les végétations (adénoïdo-amygdalectomie) sera discutée.

Cette chirurgie est très courante ; elle est réalisée sous anesthésie générale brève (10 à 20 minutes).

En fonction de l'âge et de la sévérité du tableau, elle est réalisée soit en ambulatoire, soit en hospitalisation d'une nuit. Les deux désagréments principaux sont les douleurs post-opératoires (qui requièrent des médicaments) et le risque de saignement. Habituellement, cette intervention a un effet remarquable et durable sur la qualité du sommeil, avec une disparition des signes obstructifs dès 15 jours.

On opère généralement les végétations à partir de 1 an et les amygdales à partir de 4 ans. Des réductions sont possibles avant cet âge. Les végétations régressent spontanément vers l'âge de 12 ans, mais peuvent repousser à tout âge sous l'effet d'allergie, de reflux, d'exposition au tabac...

Les amygdales et les végétations participent à l'immunité locale (les défenses de l'organisme) mais l'augmentation de leur volume, en dehors d'une infection locale, signe leur transformation en tissu inflammatoire ; elles n'ont alors plus d'activité immunitaire efficace.

D'autres causes d'obstruction des voies aériennes supérieures (poids, allergie nasale, malformations dentaires, hypotonie musculaire de la langue et du pharynx) peuvent nécessiter une prise en charge.

En résumé :

un enfant qui ronfle et dort mal de façon chronique doit avoir recours à un examen ORL. En cas de SAHOS, le traitement repose souvent sur une intervention chirurgicale courante : l'ablation des amygdales et des végétations.



LE MÉDECIN SPÉCIALISTE DU SOMMEIL

Le spécialiste du sommeil procédera à un bilan complet du sommeil de l'enfant et organisera sa prise en charge. Il pourra ainsi apprécier la qualité globale du sommeil et des rythmes et, bien sûr, faire un bilan complet concernant la respiration nocturne, dont une analyse exhaustive des symptômes en rapport avec le SAHOS.

Symptômes nocturnes à analyser

- **Déroulement du sommeil** (horaires, difficultés d'endormissement, parasomnies, l'agitation du sommeil...)
- **Appréciation de la respiration** nasale ou buccale
- **Ronflement, apnées entendues, respiration bruyante**
- **Enurésie, sueurs nocturnes**
- **Fatigue et céphalées matinales**

Symptômes diurnes à analyser

- **Troubles du comportement** avec « hyperactivité » (hypertonicité, agitation motrice), voire somnolence diurne excessive
- **Respiration buccale**
- **Difficultés scolaires**
- **Troubles de l'humeur** avec irritabilité, agressivité
- Éventuel **syndrome des jambes sans repos**

Autres éléments importants à noter :

- poids, taille, IMC,
- antécédents de l'enfant : prématurité, asthme, infections ORL à répétition, allergies,
- antécédents familiaux de SAHOS chez les parents proches,
- taille des amygdales (score de Friedman),
- qualité des valves nasales,
- éventuelles anomalies maxillo-mandibulaires.

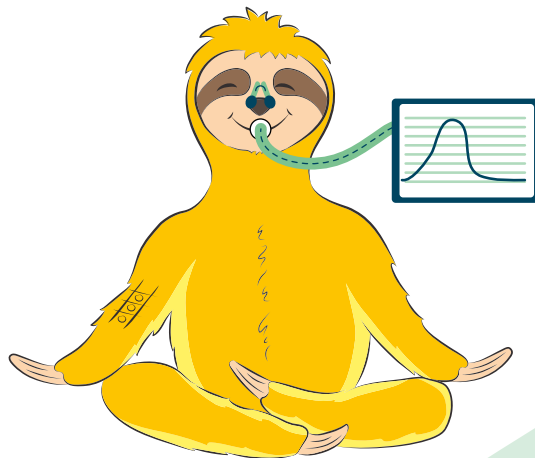
Tous ces éléments pourront amener à décider de l'enregistrement du sommeil de l'enfant pour confirmer le diagnostic de SAHOS.

Dans des cas très caractéristiques, une ablation des amygdales et végétations pourra être réalisée sans enregistrement préalable. Dans ce dernier cas, si des symptômes persistent à distance de l'intervention, il pourra être important de faire un enregistrement du sommeil à ce moment-là.

Dans les cas de forte suspicion clinique de trouble respiratoire obstructif, un traitement médical local nasal et par antileucotriène pourra être recommandé (Singulair hors AMM).

Dans tous les cas de SAHOS confirmé, le spécialiste du sommeil devra organiser la prise en charge complète de l'enfant :

- intervention ORL pour ablation des amygdales et/ou végétations, avec enregistrement de contrôle à distance de l'intervention si besoin,
- prise en charge en orthopédie-dento-faciale si besoin,
- rééducation oro-myo-faciale pour que l'enfant retrouve une respiration nasale exclusive,
- prise en charge d'un surpoids,
- autres prises en charge si nécessaire, endocrinologie, posturologie, psychologie, psychomotricité, orthophonie...
- et surtout suivi de l'enfant jusqu'à la fin de sa puberté pour détecter une éventuelle récidence.



LE MÉDECIN PNEUMOLOGUE – ALLERGOLOGUE

Le pneumologue peut aussi être un acteur de première importance dans le dépistage et la prise en charge des Troubles Respiratoires Obstructifs du Sommeil (TROS) de l'enfant, dont l'apnée du sommeil (SAHOS).

Il a un rôle tout particulier dans le dépistage du SAHOS familial, car bien souvent, il soigne déjà des adultes apnéiques, qui sont aussi des parents. Poser quelques questions simples (*cf. fiche pédiatre/médecin généraliste*) sur le sommeil de leurs enfants permettra bien souvent de diagnostiquer un TROS à un âge précoce de la vie, où les possibilités thérapeutiques de guérison sont encore possibles avant d'atteindre l'âge adulte.

Le pneumologue intervient aussi sur différents aspects de la prise en charge des enfants présentant un TROS clinique :

Dépistage et traitement des allergies respiratoires

Les allergies respiratoires (acariens, pollens...) sont très fréquentes et entraînent une inflammation des voies aériennes, notamment au niveau nasal avec rhinite et œdème de la muqueuse, qui favorisent une mauvaise respiration nasale et participent à la persistance des symptômes du TROS. Le pneumologue s'aidera dans le diagnostic par des prick-tests cutanés et pourra proposer un traitement adapté (corticoïde nasal, anti-histaminiques et/ou une désensibilisation).

Dépistage et traitement d'un asthme associé

L'asthme et le TROS sont deux pathologies inflammatoires des voies respiratoires qui sont souvent associées. Le diagnostic de l'asthme est clinique mais le pneumologue pourra réaliser un EFR pour guider au mieux les thérapeutiques nécessaires à un bon contrôle de l'asthme.

• Traitement médical du TROS

Des études à grande échelle ont récemment montré que l'association lavage de nez + corticoïde nasal + montelukast pendant une durée de 3 mois, permettait, chez l'enfant de plus de 3 ans présentant un TROS modéré, d'améliorer les symptômes cliniques et de réduire de manière partielle la taille des végétations et des amygdales.

Le pneumologue pourra donc dans certaines situations proposer ce traitement médical.

• Diagnostic de confirmation du TROS

Le pneumologue peut être également médecin spécialiste du sommeil. Il sera donc amené, selon les situations cliniques, à réaliser une polygraphie ventilatoire ou une polysomnographie (cette dernière étant l'examen de référence) pour confirmer un diagnostic présumé de SAHOS de l'enfant.

• Mise en place d'un traitement complémentaire si nécessaire

Dans les cas de SAHOS les plus sévères, un traitement par PPC nasale (pression positive continue nocturne) pourra, selon certains critères précis bien connus du spécialiste du sommeil de l'enfant, être mis en place de manière transitoire et surveillée en attendant que les différents axes du traitement pluridisciplinaire (ORL, rééducation oro-maxillo-faciale, orthodontie...) associés à la croissance naturelle de l'enfant apportent une amélioration nette des symptômes.

En résumé :

un traitement adapté à une allergie respiratoire et/ou à un asthme devra être systématiquement mis en place chez l'enfant présentant des troubles obstructifs du sommeil.

Dans les cas d'asthme avéré, une prise en charge des troubles obstructifs du sommeil favorisera un meilleur contrôle de l'asthme.



LE KINÉSITHÉRAPEUTE À SPÉCIFICITÉ ORO-MAXILLO-FACIALE OU L'ORTHOPHONISTE

La croissance harmonieuse des os de la face et du visage est primordiale pour obtenir une ventilation normale chez l'enfant. Cette harmonie ne s'obtient qu'au prix d'un équilibre entre les différents groupes musculaires de la face, notamment de la langue, dont la position influence grandement la croissance des os de la face.

Chez l'enfant apnéique, en complément si nécessaire de la chirurgie ORL de l'odontologie et de l'orthodontie, il est indispensable de normaliser ces fonctions musculaires, grâce à une rééducation oro-myo-faciale précoce réalisée par un kinésithérapeute à spécificité OMF ou un orthophoniste. Cette rééducation est toutefois difficile car elle nécessite une coopération entière du patient qui doit mettre en place de nouveaux schémas moteurs qu'il n'a jamais intégrés. C'est la répétition du geste adéquat qui permettra son automatisation.

*Un enfant chez lequel on suspecte un SAHOS doit faire l'objet d'un **bilan des fonctions oro-myo-faciales** afin de mettre en place un protocole de traitement adapté en cas de nécessité.*

La rééducation oro-faciale est globale et traite un ensemble de fonctions.

La fonction manducatrice, dont :

- **la déglutition et, plus particulièrement dans les TROS (Troubles Respiratoires Obstructifs du Sommeil), le positionnement de la langue et la tonification du pharynx.** La langue, qui comporte 17 muscles, ne pourra s'automatiser qu'en levant les verrous éventuels tels qu'une immaturité, un frein lingual court ou encore la présence de para-fonctions (mauvaises habitudes). Cette automatisation recherchée ne pourra être pérenne que si le bon positionnement est acquis au repos, à la déglutition et à la phonation : ceci constitue 3 axes de travail indispensable. Une fois acquis, ce bon positionnement lingual favorisera une croissance maxillaire harmonieuse. Le pharynx qui comporte 10 muscles doit pouvoir être mobile à la demande et tonique de façon à favoriser l'augmentation du diamètre des VAS.
- **la mastication**, facteur d'une croissance mandibulaire harmonieuse.

De plus, l'obtention d'un bon équilibre des muscles peauciers de la face sera indispensable au bon déroulement de cette rééducation.

La fonction ventilatoire afin d'acquérir une ventilation nasale stricte, pré-requis à l'automatisation de **la position de la langue**. Le motif de consultation est très fréquemment la ventilation buccale. Ce traitement débutera toujours par l'apprentissage du mouchage (lavage des voies nasales et pharyngiennes, mouchage et mouchage rétrograde).

La fonction posturale : le rééquilibrage du positionnement postural global est également un pré-requis au bon positionnement lingual, notamment la posture cervico-céphalique. Un travail de prise de conscience, de tonification et d'automatisation devra être engagé, aussi bien en position assise, qu'en position debout et à la marche. L'orthophoniste pourra se faire aider d'un kinésithérapeute selon le résultat du bilan initial.

LE CHIRURGIEN-DENTISTE ET L'ORTHODONTISTE



Une visite de prévention gratuite est prévue aux âges de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 ans, permettant un examen et un dépistage des signes anatomiques et fonctionnels d'un SAHOS dès 3 ans.

La première consultation chez le chirurgien-dentiste pour un enfant peut se faire dès 18 mois afin de vérifier la bonne croissance bucco-dentaire et d'agir sur l'hygiène de vie (gestion alimentaire, biberon la nuit, tétine, etc.). Un bilan bucco-dentaire se fait en première intention chez le chirurgien-dentiste qui pourra, suivant son diagnostic, orienter vers un autre spécialiste.

Le chirurgien-dentiste et l'orthodontiste sont déjà des professions qui travaillent en coordination et qui peuvent s'intégrer rapidement à une l'équipe pluridisciplinaire intervenant dans le SAHOS de l'enfant.

Le dépistage, le diagnostic et le traitement du SAHOS chez l'enfant impliquent de nombreux spécialistes dont le chirurgien-dentiste qui intervient principalement au moment du dépistage. Il est en mesure de repérer un SAHOS (faciès adénoïdien, profil rétré classe II, béance antérieure...) et d'adresser les enfants chez les

spécialistes. La précocité de cette étape est majeure afin d'initier la prise en charge au plus tôt.

L'orthodontiste amènera sa compétence thérapeutique adaptée à chaque cas (expansion palatine, traitement d'avancée mandibulaire, prise en charge de la dysmorphose...), en complément d'une prise en charge pluridisciplinaire et notamment fonctionnelle sans laquelle les obstacles à une reprise de la ventilation naso-nasale stricte ne serait pas levés et le traitement orthodontique voué à l'échec.

Une prise en charge précoce par interception peut être réalisée par le chirurgien-dentiste et/ou l'orthodontiste. Une prise en charge par appareil orthodontique d'interception plus spécifiquement par l'orthodontiste.

Un rééquilibrage des habitudes de vie (tétine, pouce, biberon, mastication...) permet une augmentation de la réussite de la prise en charge.



L'ORTHOPTISTE

Les enfants souffrant de SAHOS peuvent avoir des troubles attentionnels importants avec une instabilité du regard et surtout de la fixation. Ils seront à prendre en charge par un orthoptiste.

L'orthoptiste, au cours de son bilan, a un rôle dans le dépistage du syndrome et va orienter l'enfant vers le médecin traitant et les professionnels de santé spécialistes du sommeil qui poseront le diagnostic.

Au cours de leur bilan de rééducation oro-maxillo-facial, le kinésithérapeute à spécificité OMF ou l'orthophoniste pourra mettre en évidence un trouble oculomoteur, en parallèle de la dysfonction linguale, et orientera vers l'orthoptiste si ce trouble persiste après sa rééducation.



LE MÉDECIN NUTRITIONNISTE ET LE DIÉTÉTICIEN

Le surpoids et l'obésité entraînent des dépôts de graisse dans tout le corps mais également au niveau des VAS. Cela favorise ou aggrave l'apparition d'un SAHOS, par épaissement des tissus qui bloquent le passage de l'air pendant le sommeil. La prise de poids peut très tôt entraîner des complications chez l'enfant : essoufflement à l'effort, voire véritable asthme, facteur favorisant du SAHOS, douleurs dans les articulations, troubles métaboliques (hypertension artérielle, hyperglycémie avec risque de diabète et hypercholestérolémie), anomalies de la puberté, perte de confiance en soi et troubles du sommeil.

Sachant que 30 % des enfants obèses présentent un SAHOS, le rôle de dépistage du médecin nutritionniste et du diététicien est de tout premier plan.

De plus, en proposant une hygiène alimentaire adaptée, le médecin nutritionniste et le diététicien sont des acteurs du traitement des enfants SAHOS.

ENGAGEZ-VOUS
DANS LE PROGRAMME ISIDORT
EN CONTRIBUANT À DÉPISTER LES
ENFANTS TOUCHÉS PAR LE SAHOS



ISIDORT

PROGRAMME DE DÉPISTAGE DE L'APNÉE DU SOMMEIL DE L'ENFANT

Le programme ISIDORT est piloté
par l'Union Régionale des Professionnels
de Santé (URPS) Masseurs Kinésithérapeutes
en collaboration avec l'ensemble
des URPS de Nouvelle-Aquitaine.

URPS Masseurs Kinésithérapeutes Nouvelle-Aquitaine

Les bureaux du Lac II - Immeuble N

4 rue Robert Caumont - 33300 BORDEAUX

T. 05 57 19 76 43

isidort-urps@na.mssante.fr

+ d'infos sur :
isidort.fr

Un projet des URPS de Nouvelle-Aquitaine :



URPS Sages-Femmes

Un projet financé par :

Partenaires du projet :

