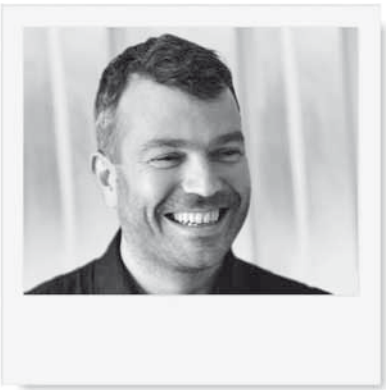
Que faire chez un enfant qui ronfle ?



→ G. AUBERTIN
Pneumologie Pédiatrique, Hôpital Armand Trousseau, PARIS.
Centre de Pneumologie de l'Enfant, BOULOGNE-BILLANCOURT.

Le ronflement n'indique pas, comme il était commun de le penser, un sommeil réparateur et profond. L'association ronflements et sommeil anormal est bien démontrée. On regroupe dorénavant sous le terme de "troubles respiratoires du sommeil" le ronflement simple ou primaire, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) et le syndrome de haute résistance des voies aériennes supérieures.

Le ronflement traduit la vibration, à l'inspiration, du voile du palais et des tissus pharyngés sous l'action du flux aérien anormalement turbulent car augmenté par le rétrécissement des voies aériennes supérieures (VAS). Il est aggravé sur le dos et son intensité est d'environ 90 à 100 décibels (bruit d'une tondeuse à gazon par exemple). Il est indispensable de différencier les ronflements simples, bénins et sans conséquence, du SAOS, responsable d'une altération de la qualité du sommeil avec micro-éveils et d'une perturbation des échanges gazeux nocturnes pouvant être à l'origine de troubles cognitifs ou du comportement, de retard de croissance, de complications cardiovasculaires ou métaboliques. Chez l'enfant, le SAOS atteint aussi bien le garçon que la fille, sa prévalence est estimée entre 1 et 3 %. Les ronflements primaires ou "simples" sont plus fréquents avec une incidence d'environ 10 % (chiffre variable selon les études en l'absence de définition consensuelle).

Les 3 axes de la prise en charge de l'enfant qui ronfle

1. Trouver l'étiologie responsable des ronflements et rechercher un SAOS

La cause principale des ronflements chroniques de l'enfant est l'augmentation des amygdales et/ou des végétations. L'examen recherche des arguments indirects (infections rhino-pharyngées à répétition, voix nasonnée ou étouffée) et évalue le volume des amygdales. Il peut être complété par un examen spécialisé ORL avec une naso-fibroscopie qui explorera toutes les VAS et déterminera la structure anatomique responsable des ronflements. Les anomalies détectées peuvent cependant ne pas être responsables des plaintes cliniques.

Dans le même temps, il faut rechercher :
– des arguments en faveur d'un SAOS (***tableau I***) ;
– une pathologie favorisant un SAOS : obésité, anomalies cranio-faciales, maladies neuromusculaires, maladies génétiques, maladies de surcharge ;
– des signes faisant suspecter un SAOS sévère : retard staturo-pondéral, déformation thoracique, difficultés scolaires.

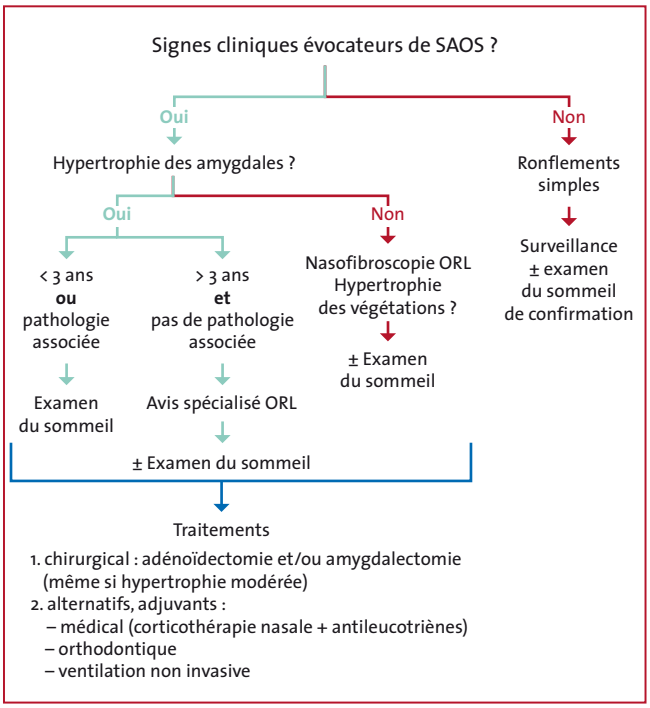
Symptômes nocturnes	Symptômes diurnes
● Ronflements fréquents ou constants	● Réveils matinaux difficiles, irritabilité, asthénie au réveil
● Irrégularités respiratoires, apnées, reprises respiratoires bruyantes	● Céphalées matinales
● Respiration paradoxale	● Endormissement facile, envies de sieste, somnolence anormale
● Respiration buccale	● Respiration buccale
● Sommeil agité, réveils nocturnes	● Troubles du comportement : hyperactivité, agressivité ou enfant isolé, timide
● Hypersudation	● Troubles de l'attention, de la mémoire, difficultés scolaires
● Position anormale de sommeil : tête en hyperextension	● Troubles de la croissance
● Enurésie secondaire	

Tableau I : Symptômes nocturnes et diurnes du syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

2. Discuter la réalisation d'un examen du sommeil

Différentes études ont tenté, sans le permettre de façon fiable, de discerner quels symptômes cliniques orientaient vers un syndrome obstructif sévère. Seul l'enregistrement du sommeil, par polygraphie ventilatoire (PV) ou polysomnographie (PSG) au mieux, permet d'affirmer le diagnostic de SAOS et d'en apprécier la sévérité (évaluée sur l'index d'apnées-hypopnées obstructives ou IAHO, les efforts respiratoires, les micro-éveils, les échanges gazeux). En l'absence de consensus, on peut indiquer chez l'enfant qu'un IAHO entre 3 et 5 heures témoigne d'un SAOS léger, entre 5 et 10 heures d'un SAOS modéré, supérieur à 10 heures d'un SAOS sévère.

Devant une hypertrophie des amygdales et/ou des végétations chez l'enfant sain dont les symptômes évoquent fortement un SAOS, cet examen n'est pas indispensable. La Société française d'otorhinolaryngologie et de chirurgie de la face et du cou a récemment émis des recommandations pour la pratique clinique : *"Même en l'absence de bénéfice reconnu pour diagnostiquer en routine la gravité de l'obstruction, la PSG, examen de référence, est recommandée si :*
– il existe un doute sur l'efficacité de l'amygdalectomie (éventuellement associée à l'adénoïdectomie) avec un risque de SAOS résiduel : obésité morbide, malformation cranio-faciale ou des VAS, une maladie neuromusculaire ;



Arbre décisionnel : Conduite à tenir devant des ronflements chroniques de l'enfant.

– l'examen de l'enfant n'explique pas les troubles respiratoires : absence d'obstacle amygdalien ou adénoïdien ;
– le risque opératoire est élevé : troubles de l'hémostase, anomalie cardiaque."

L'examen du sommeil est également demandé lorsque l'enfant est âgé de moins de 3 ans ou si les parents sont réticents à l'intervention chirurgicale. Les délais de réalisation d'une PSG étant parfois longs, la PV, moins contraignante en termes de réalisation, peut être proposée. Il s'agit d'un bon examen de dépistage, mais une PV normale n'élimine pas le SAOS, car elle ne détermine pas les stades de sommeil.

3. Proposer un traitement

L'adénoïdectomie et/ou l'amygdalectomie sont les traitements de référence du SAOS, même si l'hypertrophie est modérée. En cas de ronflements simples, il n'y a pas lieu d'envisager de traitement spécifique en l'absence de forte demande. Le cas échéant, on pourra proposer un traitement médical d'au moins 3 mois associant corticothérapie nasale et antileucotriènes. Ce même traitement peut être utilisé dans le cadre du SAOS léger ou résiduel après chirurgie. Dans le cadre de SAOS sévères ou associés à d'autres affections aggravant le SAOS, on peut recourir à des traitements orthodontiques et/ou à une ventilation non invasive.

Conclusion

Les signes cliniques du SAOS doivent être recherchés chez tout enfant qui ronfle de façon chronique. L'hypertrophie des amygdales et des végétations en est la principale cause et le traitement chirurgical est le traitement de référence permettant généralement, en dehors de toute autre pathologie associée, la résolution complète des symptômes. L'exploration du sommeil doit être systématique chez un enfant < 3 ans ou en cas de pathologie associée.

Bibliographie

1. Challamel MJ. Le Sommeil de l'enfant. Paris : Elsevier Masson ; 2009.
2. Recommandations pour la pratique clinique : amygdalectomie de l'enfant. Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. 2009. www.orlfrance.org
3. Ng DK, Chow PY, Chan CH *et al.* An update of childhood snoring. *Acta Paediatr,* 2006 ; 95 : 1029-1035.
4. Kheirandish L, Gozal D. Neurocognitiv dysfunction in children with sleep disorders. *Dev Sci,* 2006 ; 9 : 388-399.
5. Kuhle S, Urschitz MS. Anti-inflammatory medications for obstructive sleep apnea in children. *Cochrane Database Syst Rev,* 2011 ; 1 : CD007074.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.