

Tableau clinique

Syndrome d'apnées obstructives chez l'enfant (SAOS)

Informations de la SSORL
pour patientes et patients

Informations générales

Les amygdales et les végétations adénoïdiennes, sont des organes dits lymphoïdes situés dans l'oropharynx et le rhinopharynx (au fond de la gorge et au fond du nez). Ces organes se développent au cours de la première année de vie avec le développement du système immunitaire auquel ils participent. Ils atteignent leur taille maximale entre 4 et 6 ans avant d'involuer naturellement. Lorsque ces organes sont trop volumineux (hypertrophie adénotonsillaire), ils peuvent engendrer une obstruction intermittente partielle ou totale des voies aériennes supérieures, perturbant la ventilation au cours du sommeil. On évoque alors un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS).

Symptômes typiques

L'enfant présente des ronflements nocturnes avec des pauses respiratoires, parfois une sudation nocturne et des réveils fréquents. La respiration est parfois bruyante aussi en journée avec une respiration buccale si le nez est bouché par les végétations de grande taille. Il peut aussi présenter des difficultés d'attention et des troubles de l'humeur engendrant des difficultés d'apprentissage.

Très souvent, l'enfant présente des troubles de la croissance staturo-pondérale en raison de l'apport énergétique nécessaire la nuit, de la difficulté à avaler liée à la grande taille des amygdales et des végétations ainsi qu'au SAOS engendrant une diminution de sécrétion de l'hormone de croissance.

Il peut aussi présenter des difficultés d'attention et des troubles de l'humeur engendrant des difficultés d'apprentissage dans ce contexte de troubles du sommeil. Des perturbations cardio-vasculaires peuvent apparaître si la situation perdure.

Diagnostic

Les parents décrivent bien les symptômes typiques du SAOS. Souvent ils peuvent fournir une vidéo réalisée durant le sommeil mettant bien en évidence le trouble ventilatoire obstructif. Un examen de la gorge et du fond du nez (oro et



rhinopharynx) appréciera la taille des amygdales et des végétations attendue augmentée dans cette situation (hypertrophie adénotonsillaire). Une mesure objective est possible par un test du sommeil permettant d'évaluer un index d'apnée/hypopnée par heure. Ce test peut se faire à domicile (polygraphie) ou en hospitalisation (polysomnographie). Des questionnaires ciblés permettent de relativement bien prédire le résultat du test de sommeil.

Options de traitement

La prise en charge consiste à améliorer la ventilation des voies aériennes supérieures au cours du sommeil. Le SAOS chez l'enfant est généralement lié à l'hypertrophie adénotonsillaire. La prise en charge sera alors chirurgicale.

Operation:

Une opération chirurgicale est proposée (retrait des végétations et/ou retrait partiel ou total des amygdales). Cette intervention se fait sous anesthésie générale et l'enfant doit être hospitalisé une nuit après l'opération.

En convalescence les 10 jours qui suivent, l'enfant doit respecter un régime alimentaire spécifique (ne manger que des aliments mous et froid) jusqu'au contrôle ORL afin d'éviter un saignement actif au décours de la cicatrisation oropharyngée. Des antidouleurs sont prescrits.

Une polygraphie nocturne à distance (minimum 6 semaines après l'opération) est parfois réalisée selon l'évolution clinique.

Traitement conservateur :

S'il n'y a pas d'hypertrophie adénotonsillaire un appareillage pour ventilation nocturne (CPAP) pourra être envisagé avec l'équipe de pneumologie.

Si le SAOS est léger, une attitude conservatrice avec éventuellement un traitement local nasal de corticoïdes est aussi une option en attendant l'involution naturelle de ces organes lymphoïdes.