

Item 108 : Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte

Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale

2014

Table des matières

Introduction.....	3
1. Epidémiologie.....	3
2. Aspects cliniques.....	3
3. Examen clinique.....	4
4. Examens para-cliniques.....	4
5. Traitement.....	5
5.1. Traitement du ronflement simple	5
5.2. Traitement du SAOS sévère	5
5.3. Traitement du syndrome d'apnées du sommeil léger ou modéré	6

Objectifs ENC

- Diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Introduction

La pathologie obstructive pharyngée de l'enfant, grande pourvoyeuse de troubles du sommeil de l'enfant, est traitée dans le chapitre sur les indications de l'adénoïdectomie et de l'amygdalectomie traitées dans l'item « angines ».

Les troubles du sommeil de l'adulte sont largement dominés par le ronflement simple et le syndrome d'apnées obstructif du sommeil (SAOS). Le rétrécissement puis le collapsus de la voie aérienne supérieure générateur de cette pathologie est dû à un déséquilibre entre les forces dilatatrices des VAS et celles qui tentent à les collaber. Le gradient de pression transmural dépend de 3 facteurs :

- La pression intra luminale,
- La pression péri tissulaire induite par les muscles dilateurs pharyngés
- Le poids des tissus mous

Le SAOS se définit soit par une somnolence diurne excessive et/ou par un index d'apnée/hypopnée supérieur à 5/h, l'apnée étant définie par un arrêt respiratoire de plus de 10 secondes et l'hypopnée par une diminution du flux aérien de plus de 50% pendant plus de 10 secondes.

1. Epidémiologie

Le ronflement simple, permanent et intermittent touche 30 à 40% de la population adulte française. Pour le SAOS, il existe une prédominance masculine nette. La prévalence de la maladie est de 2% chez une femme contre 4% pour l'homme. Le SAOS sévère avec un index d'apnée/hypopnée supérieur à 30/h est associé à une mortalité accrue en particulier chez le sujet âgé de moins de 50 ans. Certains facteurs anatomiques, telles que l'obésité et les anomalies anatomiques crânio faciales, sont des facteurs de risques de survenue de la maladie.

2. Aspects cliniques

La circonstance de découverte la plus fréquente d'un syndrome d'apnées du sommeil est un ronflement gênant socialement. Plus rarement, il peut s'agir d'apnées décrites par le conjoint, d'une hypersomnolence diurne, ou d'un bilan réalisé dans le cadre d'une autre pathologie susceptible d'être aggravée par le SAOS. L'obésité constitue un facteur de risque important.

L'interrogatoire vise 3 objectifs :

Face à un ronflement, il faut recenser les symptômes pouvant faire suspecter un syndrome d'apnées du sommeil ou une autre pathologie du sommeil :

En recherchant des symptômes nocturnes :

- ronflement
- arrêts respiratoires décrits par le conjoint
- polyurie
- éveil en sursaut

En recherchant des symptômes diurnes largement dominés par la somnolence diurne excessive qui doit être mesurée par une échelle de type Epworth. Il faut également rechercher :

- une asthénie
- des céphalées matinales,
- un état dépressif,

- une diminution de la libido ou une impuissance sexuelle,
- une marginalisation sociale ou professionnelle.

On recherchera des éléments en faveur d'une autre pathologie du sommeil associée à un syndrome d'apnées du sommeil ou un ronflement simple :

- fourmillements dans les jambes et coups de pieds au conjoint (syndrome des jambes sans repos)
- bruxisme
- hallucinations nocturnes
- sensation de paralysie éveillante
- narcolepsie

Evaluer le retentissement social du ronflement

La doléance sociale du ronflement est un motif principal de consultation, elle nécessite d'évaluer le couple ; notion difficile liée à la dimension subjective et psychologique du couple. On s'attachera à rechercher d'autres témoins de la gêne sociale et évaluer les mesures d'évitement déjà mis en place : boules quiès, chambre à part.

Rechercher des co morbidités susceptibles d'aggraver le syndrome d'apnées du sommeil

On recherchera également des signes des comorbidités pour lequel le syndrome d'apnées du sommeil est un facteur d'aggravation :

- facteurs de risques vasculaires : HTA, diabète, dyslipidémie,
- insuffisance respiratoire susceptible d'être aggravée par un SAOS par un mécanisme de recouvrement
- obésité familiale
- antécédents familiaux de ronflement et de syndrome d'apnées du sommeil liés à une dysmorphose cervico faciale

3. Examen clinique

Les antécédents chirurgicaux devront être notés en particulier ORL ou orthodontiques :

- amygdalectomie
- traitement d'une obstruction nasale
- traitement orthodontique avec extractions dentaires

L'examen clinique apprécie la morphologie générale et cervico faciale, à la recherche d'un rétrognathisme ou d'un affaissement de l'angle cervico mentonnier. Le poids et la taille sont notés pour déterminer l'IMC.

L'examen clinique évalue :

- une hypertrophie du voile mou du palais et/ou des amygdales
- une macroglossie
- une obstruction nasale en s'aidant d'une fibroscopie
- l'état dentaire et l'articulé dentaire seront évalués à la recherche d'une rétro position mandibulaire. Un articulé dentaire en classe II s'associe souvent au syndrome d'apnées du sommeil. La propulsion mandibulaire sera évaluée en vue d'un traitement par orthèse dentaire.

Une fibroscopie ORL est systématiquement réalisée.

Au terme de ce bilan clinique, un SAOS peut être suspecté, mais il nécessitera des examens para-cliniques pour être authentifié.

4. Examens para-cliniques

Tout ronfleur, avec ou sans SAOS en intention de traiter, doit bénéficier d'un enregistrement du sommeil.

L'enregistrement évalue le ronflement, la ventilation et le sommeil. L'évaluation du sommeil nécessite un enregistrement électro encéphalographique et fait appel à une polysomnographie coûteuse et difficile d'accès. C'est pourquoi, l'examen de référence utilisé en pratique quotidienne est la polygraphie ventilatoire ambulatoire.

Cet examen évalue :

- le débit respiratoire buccal et nasal grâce à des lunettes nasales,
- les efforts respiratoires grâce à des jauges de contraintes sous la forme de sangles thoraco abdominales,
- la saturation en oxygène par un saturomètre.

On y associe fréquemment une évaluation du ronflement et de la position corporelle.

La polysomnographie est réservée au patient présentant une dissociation entre les données de la clinique et les résultats de la polygraphie ventilatoire ou bien en cas de suspicion d'une pathologie du sommeil associée, tels que syndrome des jambes sans repos, narcolepsie ou insomnie.

Au terme de ce bilan clinique et para clinique : 4 types de situation diagnostique sont possibles. Il peut s'agir :

- d'un ronflement simple sans événement obstructif respiratoire
- d'un SAOS sévère avec un index d'apnée/hypopnée supérieur à 30 par heure
- d'un SAOS modéré avec un index d'apnée/hypopnée supérieur à 15 et inférieur à 30
- d'un SAOS léger avec un index d'apnée/hypopnée supérieur à 5 et inférieur à 15

Le ronflement aura été évalué en terme de durée et un facteur positionnel aura été recherché.

5. Traitement

5.1. Traitement du ronflement simple

Des règles hygiéno diététiques ainsi qu'une décroissance pondérale seront instituées de première intention. Si un traitement postural est indiqué sur l'examen du sommeil, il sera utilisé. Le traitement du ronflement repose ensuite soit sur l'utilisation d'une orthèse dentaire de propulsion mandibulaire à port nocturne, soit sur un traitement chirurgical du vibrateur vélaire avec radiofréquence ou laser, en ambulatoire sous anesthésie locale. Dans tous les cas, on veillera à une indispensable absence de iatrogénie pour le traitement d'une gêne sociale non pathologique.

5.2. Traitement du SAOS sévère

Le traitement de référence est la Ventilation à Pression Positive Continue nocturne avec le port d'un masque nasal ou oro nasal.

Après prescription, la mise en place du traitement est effectuée par un prestataire de service avec une première période d'essai transitoire de 3 mois. Le principe est de ventiler le patient à pression positive continue le plus souvent auto piloté, s'adaptant à l'importance de l'obstacle sur les voies aériennes supérieures.

Le port minimum nocturne pour être efficace doit être de 3h30 et le traitement doit être mené à vie.

En cas d'échec et si l'état dentaire le permet, une orthèse dentaire de propulsion mandibulaire est indiquée. Son efficacité doit être contrôlée par une polygraphie ventilatoire. Ce traitement peut à long terme entraîner des déplacements dentaires qui doivent être notés. Il nécessite donc un suivi régulier.

La chirurgie reste la troisième voie thérapeutique, indiquée en particulier chez le sujet jeune. Contrairement aux deux autres traitements prothétiques, il s'agit du seul traitement radical possible de la maladie. Elle est réservée aux échecs des autres traitements ou s'il existe des anomalies morphologiques évidentes telle qu'une hypertrophie des amygdales ou une rétrusion mandibulaire.

Les techniques chirurgicales sont multiples. L'endoscopie sous sommeil induit permet de mieux localiser le site obstructif qui devra être corrigé. Le traitement chirurgical nécessite un contrôle de son efficacité par un enregistrement du sommeil. Il est contre indiqué lorsque l'IMC est supérieur à 30.

5.3. Traitement du syndrome d'apnées du sommeil léger ou modéré

Les traitements font appels aux traitements chirurgicaux ou par orthèses dentaires. Le suivi des syndromes d'apnées du sommeil traités doit être régulier à un rythme annuel. La croissance pondérale ou le vieillissement sont des facteurs d'aggravation de la maladie. Le suivi est clinique et aidé d'une polygraphie ventilatoire en cas d'apparition ou d'aggravation des symptômes de la maladie.