

# Apnée obstructive du sommeil pédiatrique

Ayushi Bhatt BMSc, Aaron St-Laurent MD, M. Elise Graham MD

■ CMAJ 2024 June 10;196:E7756. doi : 10.1503/cmaj.230897-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, CMAJ 2024 February 26;196:E241. doi : 10.1503/cmaj.230897

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230897](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230897)

## 1 La prévalence de l'apnée obstructive du sommeil (AOS) pédiatrique culmine chez les enfants d'environ 4-6 ans

L'AOS est caractérisée par une obstruction partielle ou complète des voies respiratoires pendant le sommeil. Sa prévalence est d'environ 1,2%<sup>1</sup>. Chez les enfants en bonne santé, l'hypertrophie adéno-amygdalienne et l'obésité sont des facteurs de risque fréquents<sup>2</sup>. Sont aussi plus touchées certaines populations à risque, dont les enfants atteints de trisomie 21, de troubles neuromusculaires, de paralysie cérébrale ou d'anomalies craniofaciales<sup>3</sup>.

## 2 L'AOS pédiatrique non traitée peut entraîner des conséquences majeures à court et à long terme

L'AOS peut entraîner une atteinte cognitive et une mauvaise performance à l'école<sup>3</sup>. Sans traitement, un retard de croissance staturo-pondérale, l'hypertension, des troubles du métabolisme, l'obésité et des problèmes neuropsychiatriques et développementaux peuvent survenir<sup>4</sup>.

## 3 Les enfants atteints d'AOS ont parfois des symptômes différents de ceux des adultes

Les enfants présentent souvent des ronflements sonores, une respiration buccale, des épisodes apnéiques et des réveils nocturnes<sup>4</sup>. Ils sont plus susceptibles que les adultes de présenter des changements comportementaux, une hyperactivité, de l'irritabilité ou une énurésie plutôt que de la somnolence.

## 4 La polysomnographie est l'examen de référence pour diagnostiquer l'AOS, mais elle n'est pas forcément nécessaire pour l'évaluation ou l'amorce d'un traitement

De nombreux enfants commencent un traitement sans confirmation par polysomnographie si leur tableau clinique évoque fortement le diagnostic<sup>5</sup>. Un polysomnogramme est utile en cas de doute et pour évaluer la gravité du problème. Les enfants ayant des symptômes d'AOS, des facteurs de risque tels que des anomalies craniofaciales ou ayant obtenu un polysomnogramme anormal doivent être orientés vers un spécialiste pour une évaluation approfondie.

## 5 En présence d'une hypertrophie adéno-amygdalienne, l'adéno-amygdalectomie est une option thérapeutique efficace

Dans les cas d'AOS légère, les stéroïdes intranasaux ou les inhibiteurs des leucotriènes peuvent être un traitement suffisant ou temporaire, en attendant une consultation en spécialité<sup>1</sup>. La perte de poids peut être bénéfique chez certains enfants. L'adéno-amygdalectomie, traitement de première intention pour l'AOS modérée à grave chez les enfants en bonne santé présentant une hypertrophie adéno-amygdalienne<sup>5</sup>, entraîne généralement la résolution du trouble et une amélioration de la qualité de vie. Les risques de l'intervention comprennent les saignements et la douleur. Une opération chirurgicale de plus grande envergure ou une thérapie par ventilation en pression positive continue est parfois nécessaire en cas de troubles sous-jacents (p. ex., neuromusculaires) ou de persistance des symptômes<sup>4</sup>.

## Références

1. Lumeng JC, Chervin RD. Epidemiology of pediatric obstructive sleep apnea. *Proc Am Thorac Soc* 2008;5:242-52.
2. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, et al. Sleep disordered breathing in children in a general population sample: prevalence and risk factors. *Sleep* 2009;32:731-6.
3. *International classification of sleep disorders – third edition (ICSD-3) (online)*. Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2014. Accessible ici : <https://learn.aasm.org/Listing/a134100002XmRvAAK> (consulté le 20 juin 2023).
4. Gipson K, Lu M, Kinane TB. Sleep-disordered breathing in children. *Pediatr Rev* 2019;40:3-13.
5. Marcus CL, Moore RH, Rosen CL, et al. A randomized trial of adenotonsillectomy for childhood sleep apnea. *N Engl J Med* 2013;368:2366-76.

**Intérêts concurrents :** Elise Graham déclare avoir reçu une subvention Catalyseur du Département d'oto-rhino-laryngologie et un financement de l'Academic Medical Organization of Southwestern Ontario, indépendamment des travaux soumis. Elle a aussi présidé la section des femmes en oto-rhino-laryngologie de la Société canadienne d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

**Affiliations :** École de médecine et de dentisterie Schulich (Bhatt, St-Laurent, Graham), Département de pédiatrie (St-Laurent) et Département d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (Graham), Université Western, London, Ont.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Traduction et révision :** Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

**Correspondance :** M. Elise Graham, [elise.graham@lhsc.on.ca](mailto:elise.graham@lhsc.on.ca)