**RONFLEMENTS CHEZ L'ENFANT**

*Dr Cherpillod et Heinzer-CHUV 2012*

**Epidémiologie**:

* 3-20% des enfants ronflent
* 1-3% ont un SAOS (pic de fréquence entre 2-5 ans et ado)
* Les ronflements représentent 20% de la consultation en ORL pédiatrique

**FACTEURS DE RISQUES**

* Episode infectieux intercurrent (=> ronflements transitoires)
* Obésité + hypertrophie amygdalienne et végétations
* Syndrome dysmorphique (malformation crânio-faciale)
* Trisomie 21
* MucoPolySaccharidose
* Achondroplasie
* Pierre-Robin
* Maladie neuromusculaire

**L'ANAMNESE DES SYMPTOMES EST LE CRITERE PRINCIPAL POUR INVESTIGUER UN RONFLEMENT!**

**Symptômes à rechercher:**

**La nuit :**

* Apnées
* Bave sur l'oreiller
* Sudation nocturne
* Respiration buccale pendant le sommeil
* Position anormale pendant le sommeil (hyper extension de la tête)
* Enurésie nocturne SECONDAIRE
* Réveil nocturne
* Somnambulisme
* Sommeil agité

**Le jour :**

* Difficulté de réveil
* Anorexie au petit-déjeuner
* Céphalées ou vomissements
* Respiration buccale
* Asthénie, somnolence diurnes
* Difficulté de réveil
* Irritabilité, excitation-hyperactivité (pour lutter contre le sommeil)
* Troubles de l’attention, de la mémoire ou du comportement
* Trouble de la croissance (sécrétion GH pendant sommeil)
* **Risque de SAOS x 4 si association de ronflement, sudation et respiration buccale**

Il y a une bonne concordance entre ce qu'observent les parents et ce que l'on mesure => CROIRE LES PARENTS ET LEUR DEMANDER DE FILMER!

**PRISE EN CHARGE**

* Score de somnolence chez l'enfant (disponible auprès du Dr R Heinzer)
* **Examen ORL** **par spécialiste** si ronflements + 1 signes évocateur de SOAS =>
	+ Q 1: hypertrophie des amydgales et/ou végétations ? => Nasofibroscopie.
	+ Q2 : Hyperlaxité du rhinopharynx ? => visualiser en dynamique des collapsus lors de certaines phases respiratoires ou dans certaines positions.
* **Exploration du sommeil (polysomnographie) uniquement si :**
	+ L’amygdalectomie risque d’être insuffisante pour régler le problème (obésité morbide, malformation crânio-faciale, maladie neuro dégénérative)
	+ Pas d’explication anatomique au problème respiratoire
	+ Anamnèse peu convainquante
	+ Si le risque opératoire est élevé (tbl de la crase, pb cardiaque) =>
		- **Somnographie** : se fait à domicile mais rate les syndromes de haute résistance où le patient se réveil suite aux efforts respiratoires MAIS ne désature pas
		- **Polysomnographie**: se fait à l'hôpital (Dr Raphael Heinzer) mais il est difficile d'hospitaliser tout le monde...) => interprétation de la polysomnographie:
			* Apnée et index d’apnée
				+ Apnée si pas de flux (au net nez et bouche) sur > 2 cycles respiratoires
				+ Hypopnée: si diminution du flux de>50% sur 2 cycles avec baisse de la saturation de >3%
				+ Index apnée-hypopnée = nb d’apnées-hypopnée/nb d'heures de mesure =>

Anormal si > Index 1 (+2 DS)

Cliniquement significatif si index d’apnée > 2-5

* Désaturation Durant le sommeil
* Gazométrie (rétention de CO2) mais la gazométrie au réveil est en général peu utile car l'apnée ne survient pas forcément juste avant le réveil=> la gazométrie ne servirait à montrer QUE les hypoventilations chroniques avec rétention chronique de CO2 et baisse des bicarbonates...

**Traitements**

* Exclure un problème allergique comme facteur prédisposant aux ronflements
* Ne pas modifier le type de matelas: Pas d'incidence de la qualité du lit
* **Indication opératoire des amygdales ou/et végétation:**
* D’emblée si symptômes clairs ou status ORL évident d’obstruction.
* Si polysomnographie anormale=> index apnée-hypopnée > 1-2
* Si angines fébrile récidivantes > 1x/mois avec absentéisme scolaire
* Si difficultés alimentaires (au besoin alimentation liquide ad opération si risque obstructif important)

=>

* 40% des ronflements seront opérés
* 80-90% d’amélioration post opératoire chez l'enfant avec rattrapage croissance et fonction cognitives
* En cas de symptômes persistant => rechercher un  problème pharynx mou qui collapse et faire ou refaire une polysomnographie
* Complications post-opératoires:
	+ 1/17’000-50’000 décès post amygdalectomie
	+ Essentiellement par hémorragies sévères vers le 15ème jour post-opératoire et rarissimes après 3 semaines
	+ RECOMMANDATION : gros caillots = ad ORL en urgence !
* **Stéroïdes** et anti  leucotriène ont une certaine efficacité
* **CPAP** QUE sur le nez (ne couvre pas la bouche)
	+ Adaptation progressive de la pression pour améliorer la tolérance
	+ Compliance: S'attendre à 66% de tolérance mais seulement pendant environ 3h/nuit
	+ Pour ceux qui la supporte, il ya une bonne efficacité sur les symptômes de mauvais sommeil.
	+ Réévaluer la nécessité de poursuivre le traitement de CPAP tous les 2-3 ans.
* **Changement de position de sommeil**: Parfois le ronflement est positionnel (ex: que sur le dos)=> Traitement positionnel=> gilet avec pièce dorsale ( type balle de tennis) qui empêche de dormir sur le dos
* **Traitement des malformations ORL:**
	+ Palais ogival => langue qui ne se colle pas au palais et donc tombe en arrière pour faire obstruction => Elargissement du palais dur
	+ Rétrognaties ou autres malformations mandibulaires => Prothèse d'avancement mandibulaire (peu utilisé chez l'enfant car peu étudié)

