

Les troubles du sommeil : Diagnostic et prise en charge

FMC Tourcoing – Janvier 2020

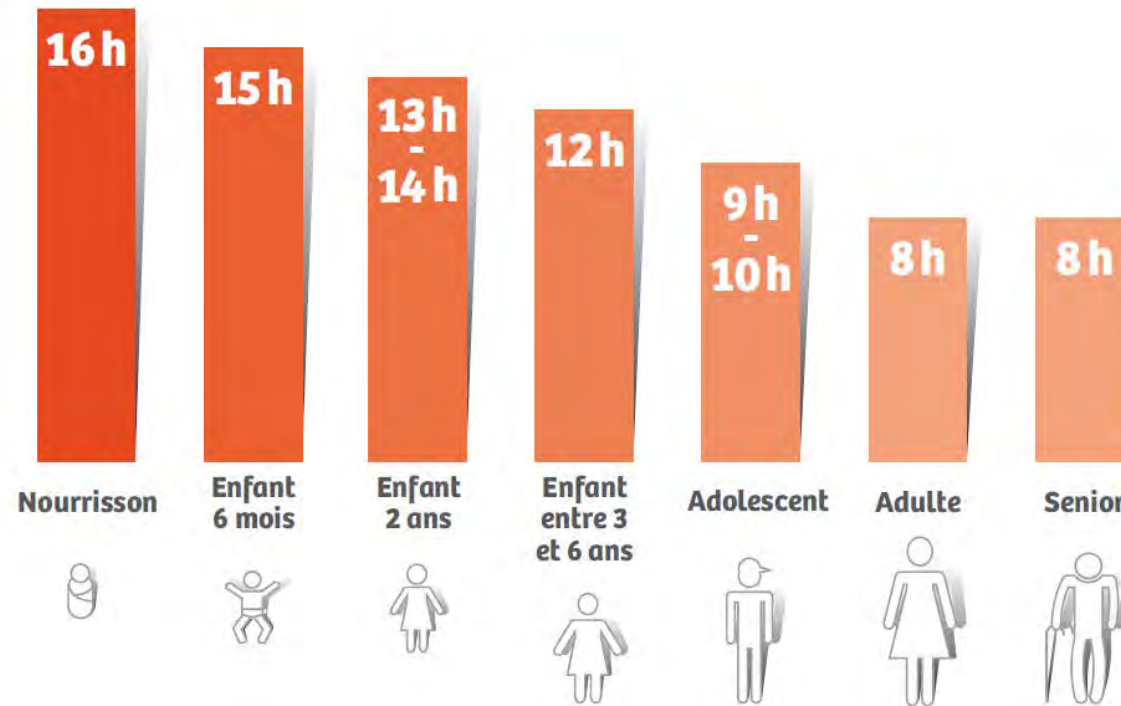
Dr Thibaut GENTINA

Plan :

- Dette de sommeil et somnolence diurne
- Insomnie chronique
- Troubles respiratoires du sommeil de l'enfant et de l'adulte

Le besoin de sommeil chez l'Homme

Le besoin de sommeil varie - selon la personne
- selon l'âge



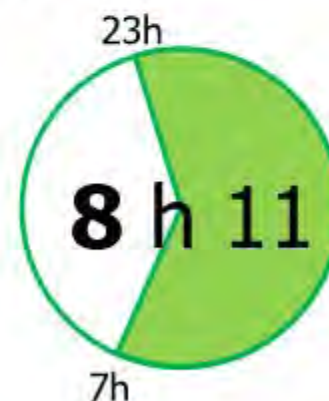
Le besoin de sommeil varie - selon la personne - selon l'âge

Le sommeil des Français (18-65 ans)

En semaine



Le week-end



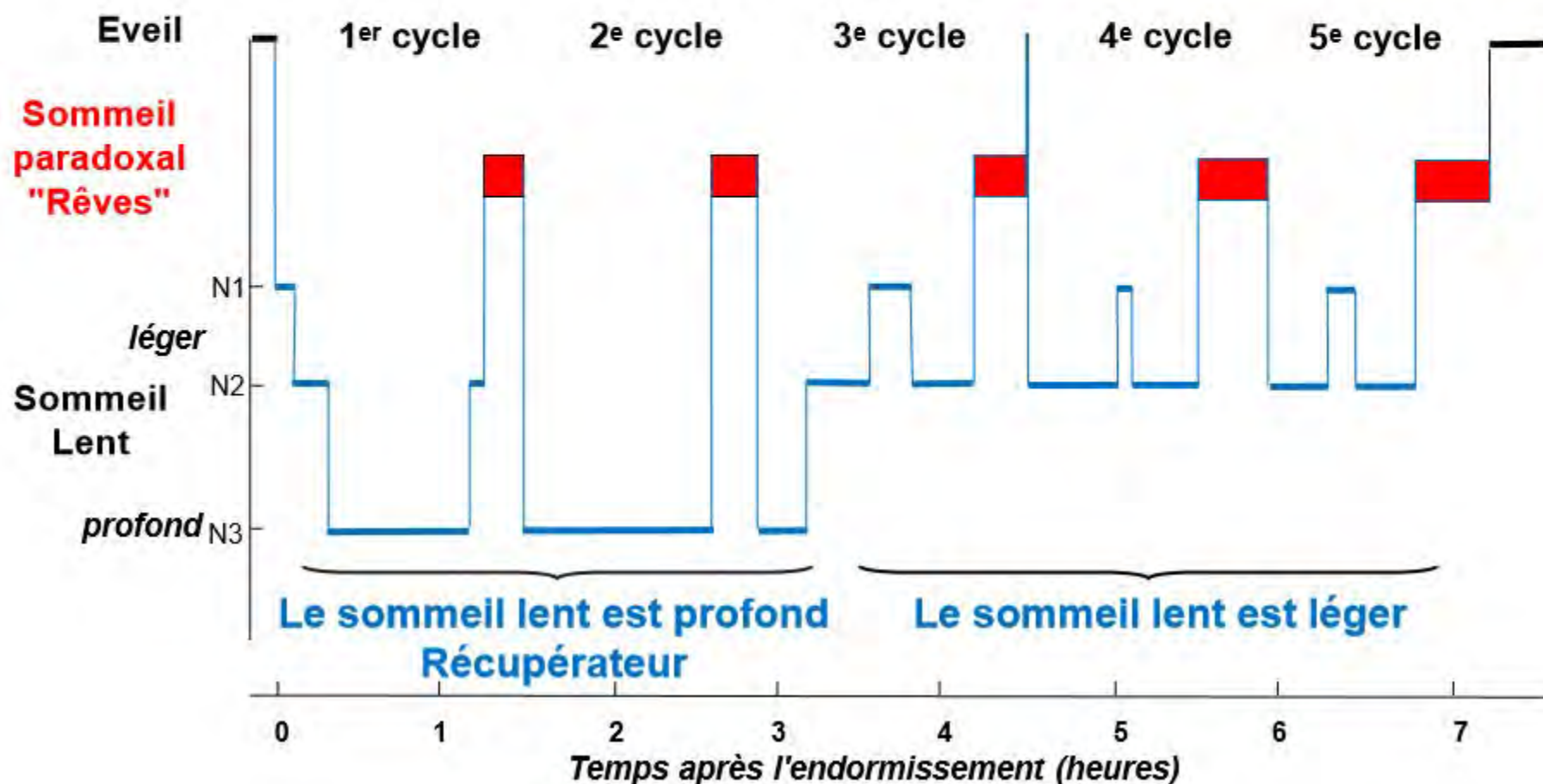
dette de sommeil

accumulée pendant les jours de travail

Le sommeil: un parcours standard

4 à 6 cycles d'environ 90 min chacun

S. Paradoxal $\approx$ 90 min au



Le soir

4 personnes sur 10
le soir dans leur li



et

la nuit

Pendant la nuit



52%

ONT LEUR MOBILE
EN FONCTIONNEMENT
OU EN VEILLE
DANS LEUR CHAMBRE

10% PEUVENT ÊTRE RÉVEILLÉS
LA NUIT PAR DES MESSAGES



→ **Dettes de sommeil** → **Somnolence diurne**

Le manque de sommeil: conséquences à court terme

- Somnolence diurne : accidents de la route, accidents du travail ...
- Troubles de l'attention et de la concentration
- Baisse des performances
- Irritabilité
- Hypersensibilité à la douleur
- ...

La somnolence diurne

28% des Français sont somnolents pendant la journée



(Mesurée par l'échelle de somnolence d'Epworth)



Somnolence due à un manque de sommeil

mais peut être due également à trouble du sommeil

Dettes de sommeil et risque accidentel

**La dette de sommeil
entraîne
un risque accidentel
équivalent à celui de
l'alcool**



⇒ 18 heures d'éveil = Alcoolémie 0,5 g/l

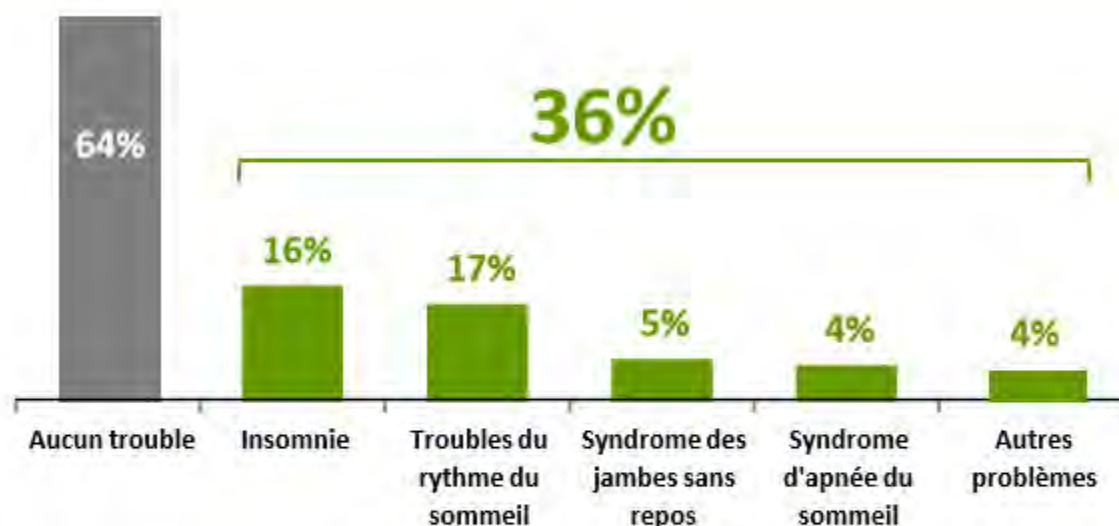
⇒ 24 heures d'éveil = Alcoolémie 1 g/l

Le manque de sommeil: conséquences à long terme

Augmentation des risques de:

- Hypertension et troubles cardio-vasculaires
- Troubles métaboliques, obésité, diabète de type 2
- Déficits immunitaires – cancer
- Déficit d'apprentissage et de mémorisation
- Troubles de l'humeur (anxiété, dépression)
- Addictions

Les troubles du sommeil en France



- Insomnie
- Trouble du rythme veille/sommeil: retard et avance de phase
- Syndrome des jambes sans repos
- Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil (SAOS)

Insomnie chronique : Diagnostic

ICSD3 - Code CIM-9 : 307.42

1^{ère} étape : Association des 4 critères diagnostiques :

A- Au moins un des 3 éléments suivants :

Difficulté d'endormissement

Difficulté de maintien de sommeil - Eveils nocturnes

Réveil matinal précoce

B – Retentissement diurne

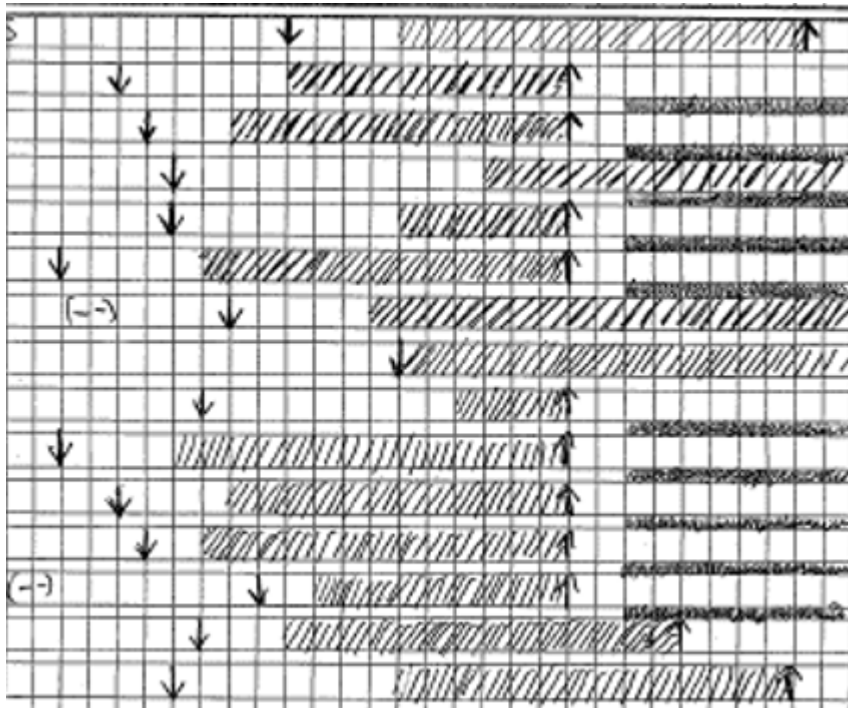
Fatigue, trouble attention mémoire, altération vie sociale familiale ou professionnelle, trouble de l'humeur ou irritabilité, somnolence diurne, problèmes comportementaux, baisse de motivation, insatisfaction du sommeil

C- Au moins trois fois par semaine

D- Depuis plus de 3 mois

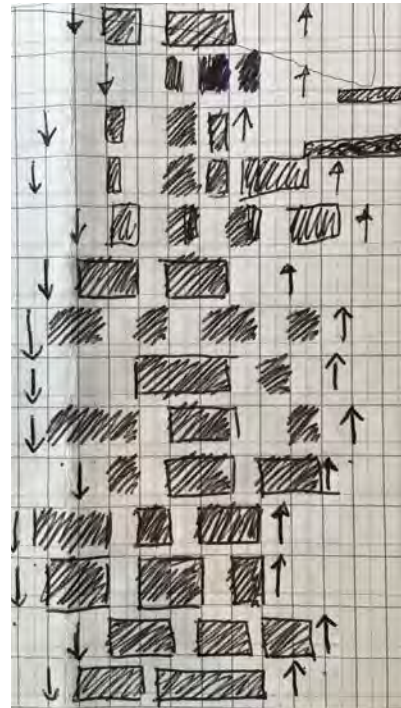
3 types de plaintes nocturnes – Agenda +++

Insomnie d'endormissement



Anxiété

Insomnie de maintien



SAS

Insomnie d'éveil



Dépression

Diagnostic de l'insomnie chronique

2^{ème} étape : **Bonnes conditions de sommeil ?**

= Environnement propice au sommeil

Critère diagnostic de l'ICSD3 - Code CIM-9 : 307.42

« Etre insomniaque ça se mérite ! »

Isabelle Poirot

Diagnostic de l'insomnie chronique

3^{ème} étape : Recherche de CO MORBIDITES

INSOMNIE
SANS CO-MORBIDITES

INSOMNIE
AVEC CO-MORBIDITES

- ✓ Psychiatriques
- ✓ Troubles du rythme et de l'environnement
- ✓ Physique et médicamenteux
- ✓ Spécifiques d'un trouble nocturne
SJSR MPJ

SAS

- Insomnies primaires
 - ✓ Psychophysiologique
 - ✓ Idiopathique
 - ✓ Paradoxale
 - ✓ Mauvaise hygiène de sommeil
- Insomnies secondaires
 - ✓ Pathologie psychiatrique
 - ✓ Pathologie médicale
 - ✓ A l'usage de médicaments

Prise en charge de l'insomnie chronique

1- Traitement des co-morbidités : SAS, SJSR, Anxiété dépression ...

2- Thérapie cognitivo-comportementale : SEUL TRAITEMENT VALIDE +++

Prise en charge des comportements 2/3

Prise en charge des pensées dysfonctionnelles 1/3

3- Médicaments : Aucun médicament validé +++

4- Autres (Non validés) : Yoga, Sophrologie, Hypnose,
Méditation pleine conscience, cohérence cardiaque



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

BON USAGE DU MÉDICAMENT

Quelle place pour la mélatonine (Circadin®) dans le traitement de l'insomnie ?

L'ESSENTIEL

Une efficacité modeste contre l'insomnie

- Circadin® est indiqué en monothérapie, chez des patients de 55 ans ou plus, pour le traitement à court terme de l'insomnie primaire, caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité.
L'insomnie primaire est définie comme **une insomnie sans cause somatique, psychique, toxique ou environnementale évidente.**

MELATONINE

Conditions de prise en charge Par l'assurance maladie



BÉNÉFICIAIRE	INDICATION	PRESCRIPTION	CONDITIONS DE PRESCRIPTION	PRISE EN CHARGE
Enfant < 6 ans	Troubles du sommeil	CIRCADIN®	Liste II Sur prescription médicale	NON
		Mélatonine en préparation magistrale		NON
Enfant de 6 à 18 ans	Troubles du rythme veille-sommeil associé à des troubles développementaux et des maladies neuro-génétiques ⁽¹⁾	CIRCADIN®	RTU (juillet 2015) • Prescription initiale par un spécialiste en Neurologie, Pédiatrie, Psychiatrie. • Renouvellement par tout médecin. • Ordonnance avec mention « prescription dans le cadre de la RTU ».	OUI dans le cadre de la RTU pour un montant maximal de 800 € par patient/an ⁽²⁾
		Mélatonine en préparation magistrale		NON
Adulte	Troubles du sommeil	CIRCADIN®	Liste II Sur prescription médicale	NON
		Mélatonine en préparation magistrale		NON

Traitements médicamenteux : Mélatonine

Forme LP :Circadin LP 2 mg

Forme à libération immédiate

En préparation magistrale « en absence d'équivalence »

Posologie : 2 à 6 mg

Non remboursé

Durée minimale de prescription avant évaluation = 1 mois

Sevrage à essayer pdt les périodes de congès

ATTENTION : MELATANONIE au long court et perturbation endocrinienne ???

Prix de la gélule de 1 mg varie de 75 cts pour un adulte à 1.35 euros pour usage pédiatrique.

Message d'alerte : Mélatonine et compléments alimentaires



Agence nationale de sécurité sanitaire
de l'alimentation, de l'environnement
et du travail



A prendre avec précautions dans certaines populations :

- Femmes enceintes allaitantes
- Maladies auto-immunes ou inflammatoires
- Epilepsie Asthme et troubles de l'humeur
- Personnes devant réaliser une activité nécessitant une vigilance soutenue et pouvant poser un pb de sécurité en cas de somnolence
- Insuffisance rénale et hépatique

Thérapie Cognitivo-Comportementale : TCCi

Principe : DEDRAMATISER
Prise en charge de l'anxiété anticipatoire

3 axes :

- ✓ Educatif : Hygiène de sommeil et environnement
- ✓ Comportemental : Restriction de sommeil (Période transitoire)
Contrôle du stimulus
- ✓ Cognitif : Evaluer les pensées irréalistes, les croyances
Proposer des alternatives

Le SAS



Questions :

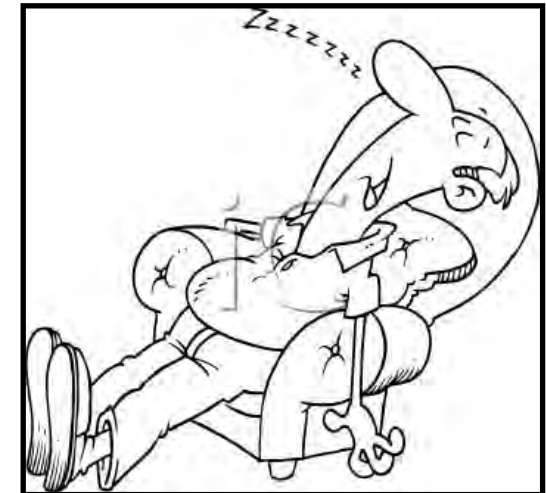
- 1- Quand y penser ? Les formes cliniques et conséquences ?
- 2- Le dépistage et diagnostic
- 3- Actualités thérapeutiques en 2020
- 4- Cas particulier du SAS de l'enfant

1- Quand y penser ? Les formes cliniques

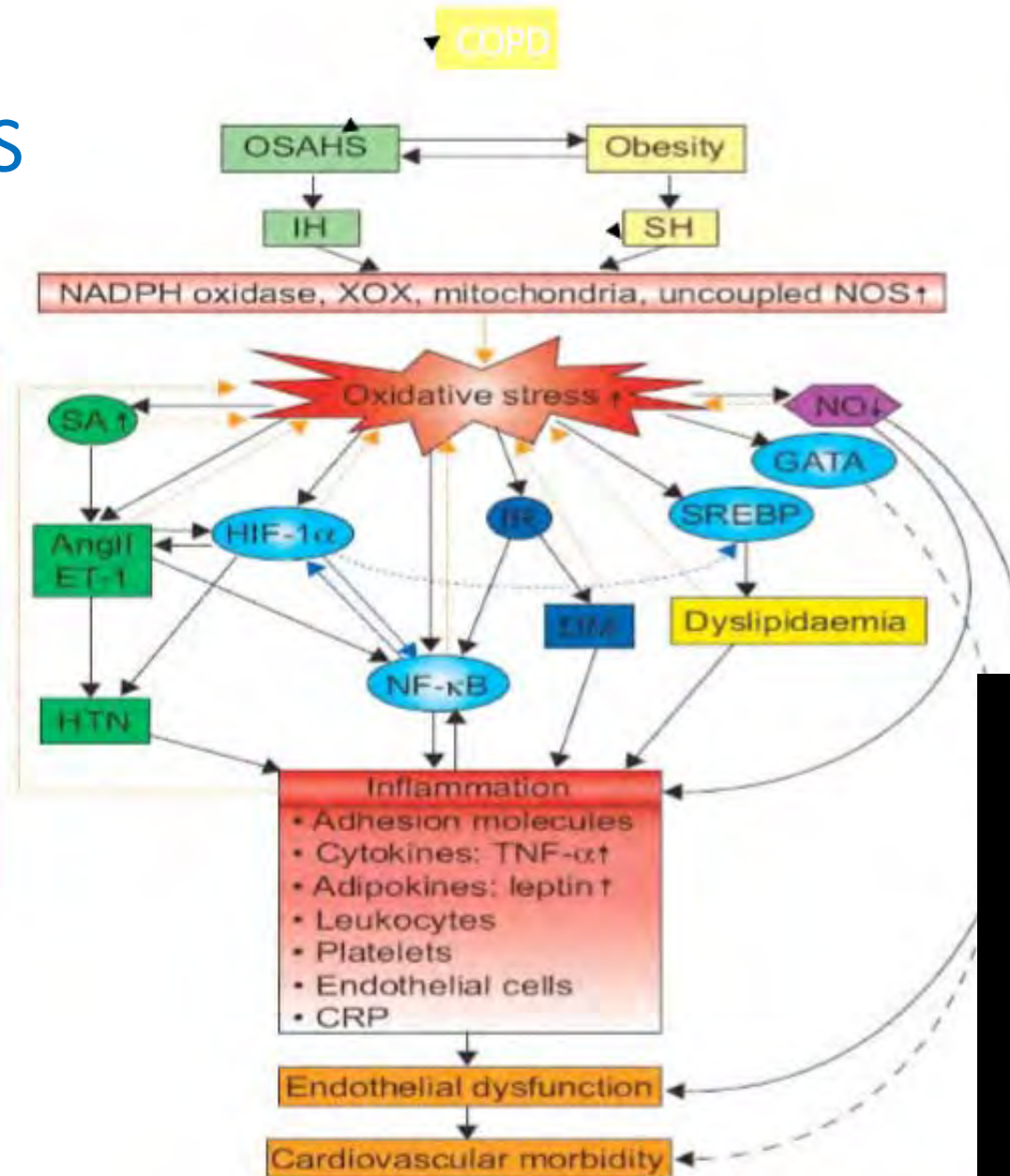
- > 5% de la population

Quand y penser ?

- Ronflements sévères quotidiens
- Sensations d'étouffement ou de suffocation pdt le sommeil
- Sommeil non réparateur
- Fatigue diurne
- Difficultés de concentration
- Nycturie (>1 miction/nuit)

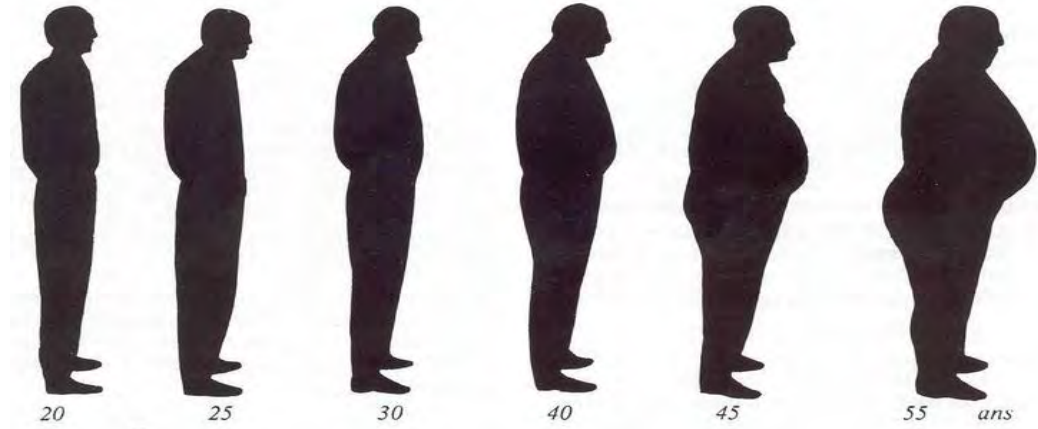


Les formes cliniques du SAS

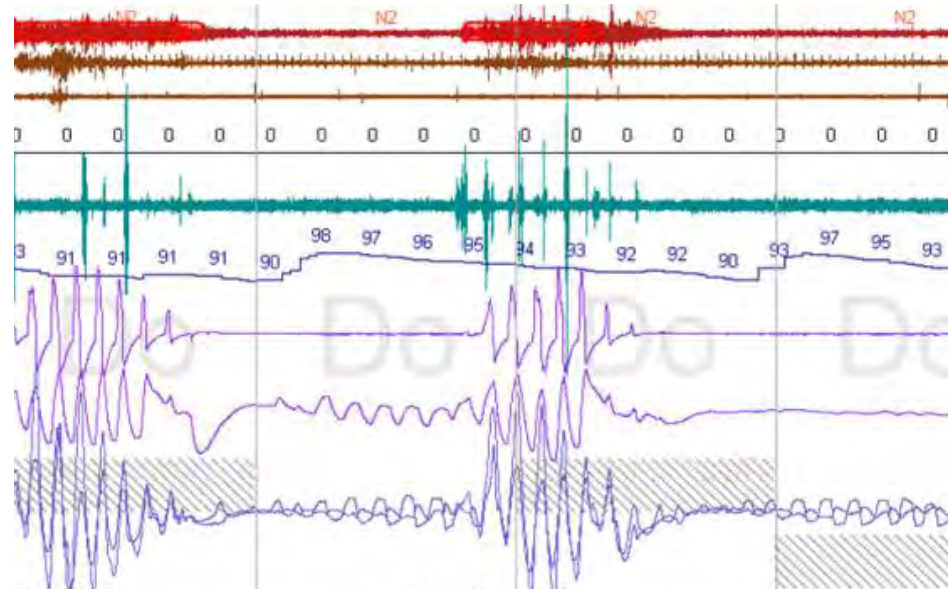
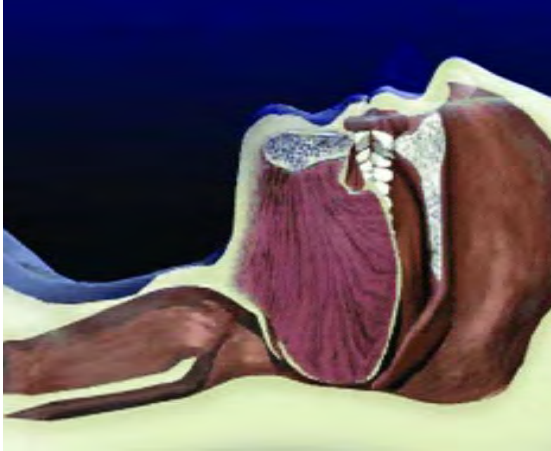


Lavie L et al. Eur Respir J 2009; 33: 1467–1484

Les principales causes



2- Les conséquences du SAS ?



- Collapsus pharyngé
- ↓
- Hypoxémie Intermittente /hypercapnie
 - Fragmentation du Sommeil

1- Somnolence



2- Complications cardio-vasculaires

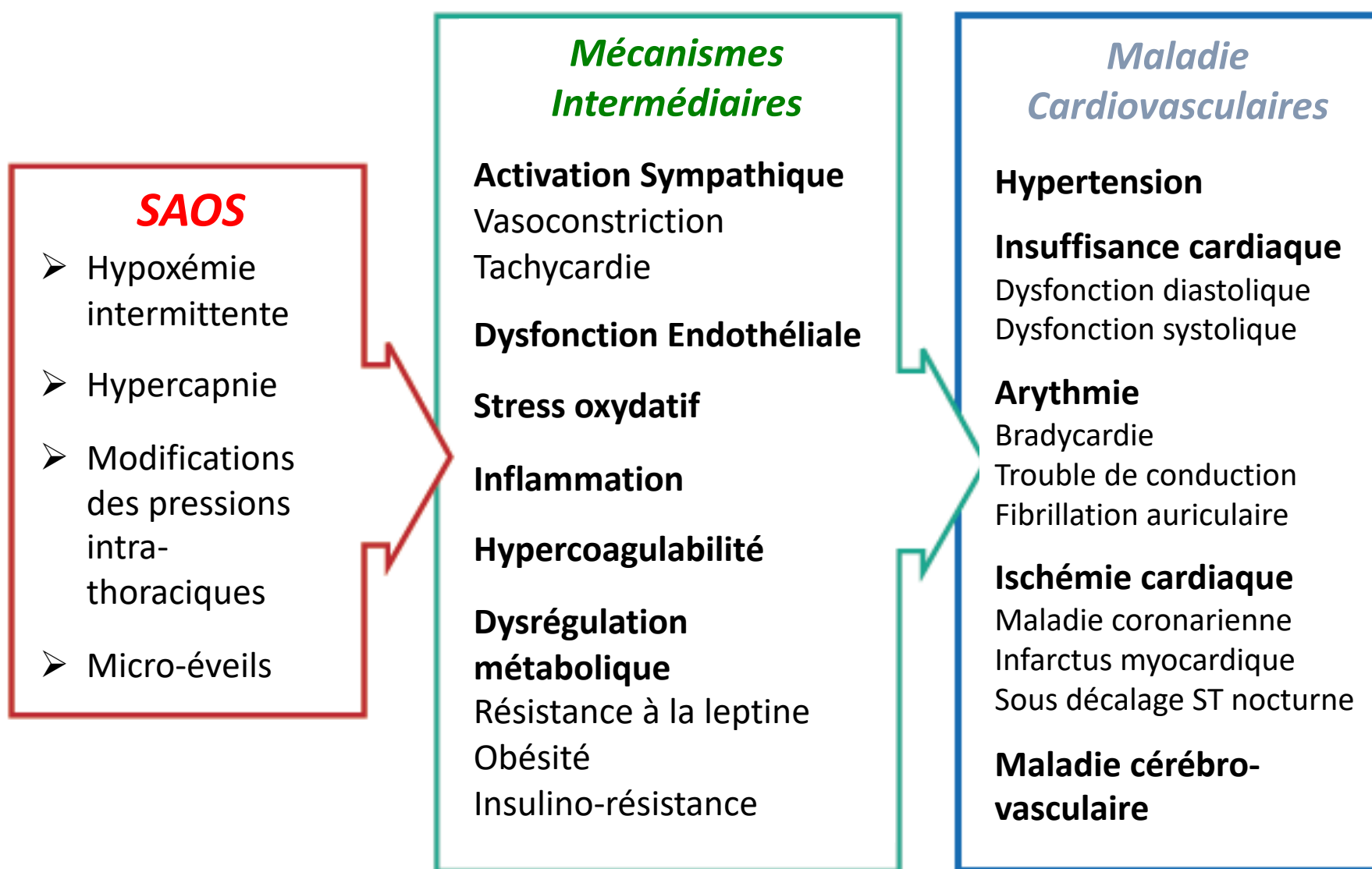
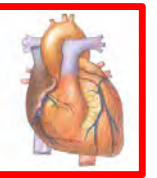


Implication pratique : SAS et conduite de véhicules

De 10 à 22 % des professionnels de la route (chauffeurs poids lourds) auraient en SAS (4 à 5 % dans la population générale)

En France, l'hypersomnolence fait partie de la liste des pathologies contre-indiquant l'obtention du permis de conduire ou nécessitant une révision de celui-ci, selon l'arrêté du 21 décembre 2005

Les conséquences cardio-vasculaires du SAS



3- Devant quelle maladie CV dépister un SAS ?

Dépistage Impératif

Suspicion clinique
forte de SAOS
ET/ OU

HTA réfractaire

**Cardiopathie Ischémique
non contrôlée**

**Fibrillation auriculaire
récurrente et trouble
rythmique grave**

**Accident vasculaire
cérébral**

**Insuffisance cardiaque
gauche sévère**

Dépistage intéressant

Suspicion clinique
modérée de SAOS
ET/ OU

Fibrillation auriculaire
Troubles de conduction
(nocturne)

Hypertension Artérielle
Pulmonaire

Cardiopathie Ischémique

HTA mal contrôlée / Profil
« non dipper »

Insuffisance cardiaque G
légère à modérée
dysfonction diastolique

Syndrome métabolique

Dépistage discutable

Aucun symptôme clinique

ET/ OU

HTA mono/bi-thérapie
contrôlée isolée

Extra-systolie simple

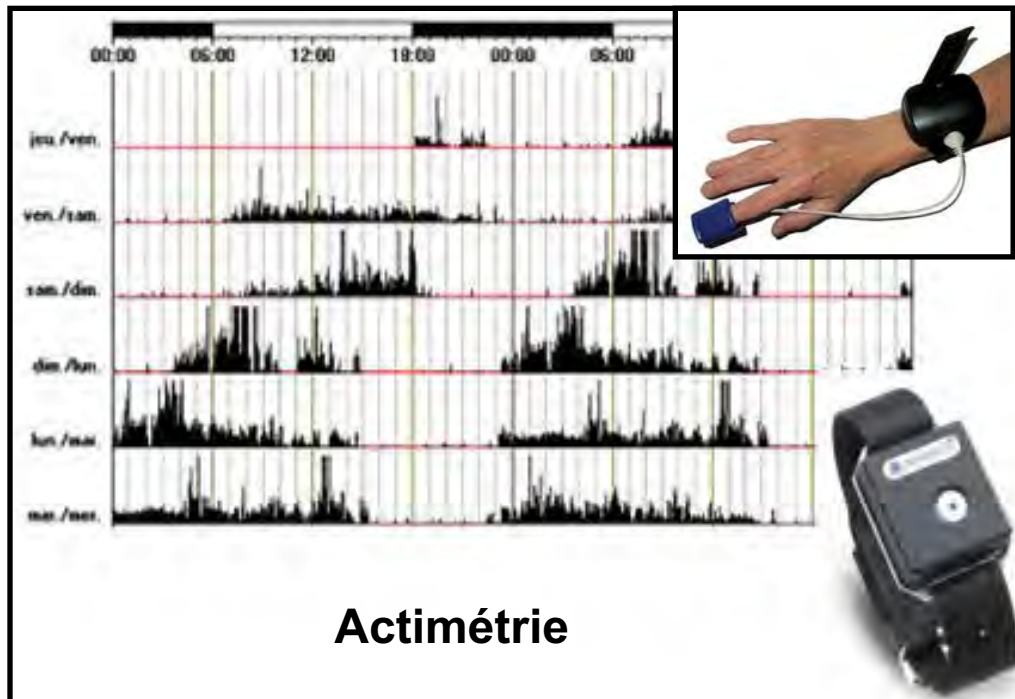
Dyslipidémie ou diabète de
type 2 isolé

Absence de surpoids ou de
facteur anatomique
favorisant

- Chez son médecin traitant :
 - Interrogatoire / Questionnaires
 - Rôle du conjoint +++
- En centre du sommeil / Ambulatoire

Questionnaire d'Epworth

Assis en lisant	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
En regardant la télévision	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Assis inactif en public (ex : théâtre, cinéma ou réunion)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Comme passager en voiture pendant une heure sans arrêt	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Allongé l'après-midi pour faire la sieste si les circonstances le permettent	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Assis et en discutant avec quelqu'un	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Assis tranquillement après un repas sans alcool	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Dans un véhicule, après quelques minutes d'arrêt lors d'un embouteillage	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐



Centre d'Explorations du Sommeil
Polyclinique de la Louvière
SELARL SPIRAL

Dr Bernard DOUAY
Dr François FORTIN
Dr Jean-Marc DERNIS
Dr Marc BURE
Dr Catherine LAMBLIN
Dr Thibault GENTINA
Dr François JOUHEAUX

Secrétariat (réservations)
144 Avenue de Dunkerque 59000 LILLE
Tel : 03.20.16.05.30.
ou
31 place Lisfranc - 59700 MARCQ EN BAROEUL
Tel : 03.20.72.89.60.

CALENDRIER DE SOMMEIL NOM : PRENOM :

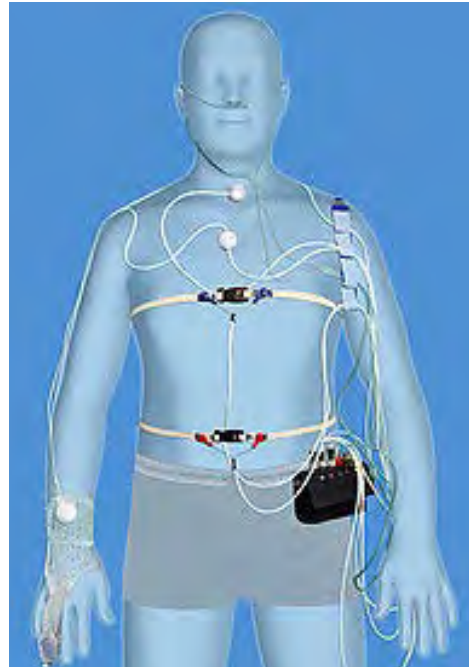
Indiquez par ↓ votre heure de coucher et par ↑ votre heure de lever
Indiquez par une zone hachurée votre temps de sommeil ou de sieste
Indiquez par une zone vide un long réveil
Indiquez votre sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R)

Horaires de la journée et de la nuit

	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Lun	2 Mar																							
J	Jour	Date																							
1	le																								
2	ve																								
3	sa																								
4	di																								
5	lu																								
6	ma																								
7	me																								
8	je																								
9	ve																								
10	sa																								
11	di																								
12																									
13																									
14																									
15																									

Agenda de sommeil

Les explorations du sommeil



La polygraphie



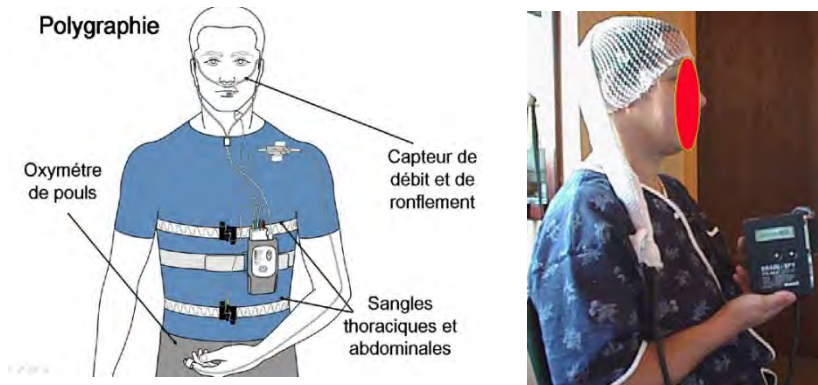
La polysomnographie

Ou faire le test ?

Ambulatoire

Polygraphie

Polysomnographies « simplifiées »

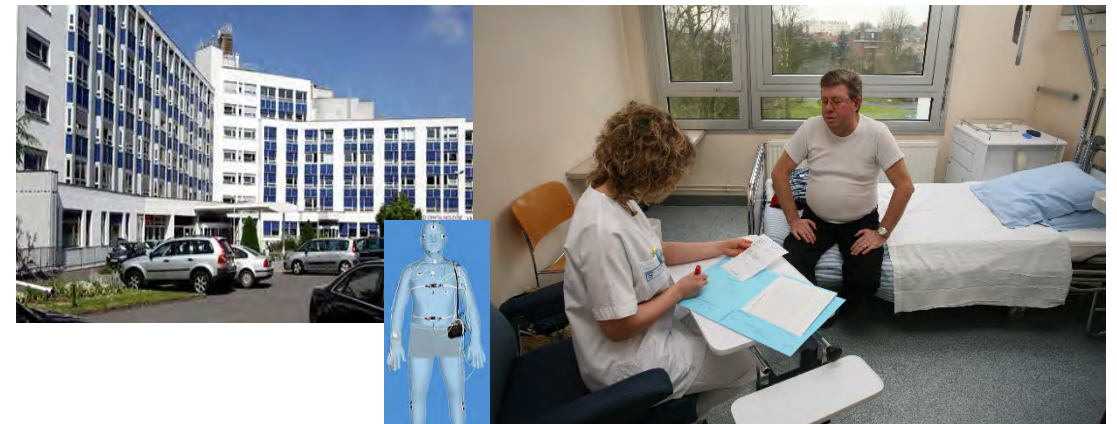


- Pose de l'appareil entre 17h-18h
- Restitution de l'appareil et résultats d'analyse le lendemain matin

Centre du sommeil

Polysomnographies

- Consultation préalable
- Possibilité d'enregistrement directement au centre du sommeil



- Accueil de 15h-18heures
- Sortie < 10h le lendemain matin

Comment se déroule une polysomnographie au centre du sommeil ?

1^{ère} étape (Soir)

- Préparation
- Mise en place des capteurs
- Calibration



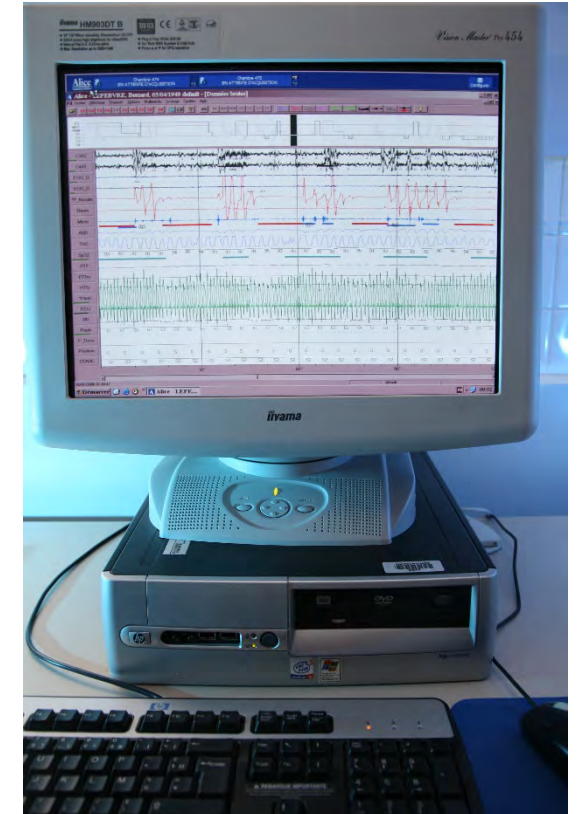
2^{ème} étape (Nuit)

- Surveillance horaire
- Remise en place des capteurs si nécessaire

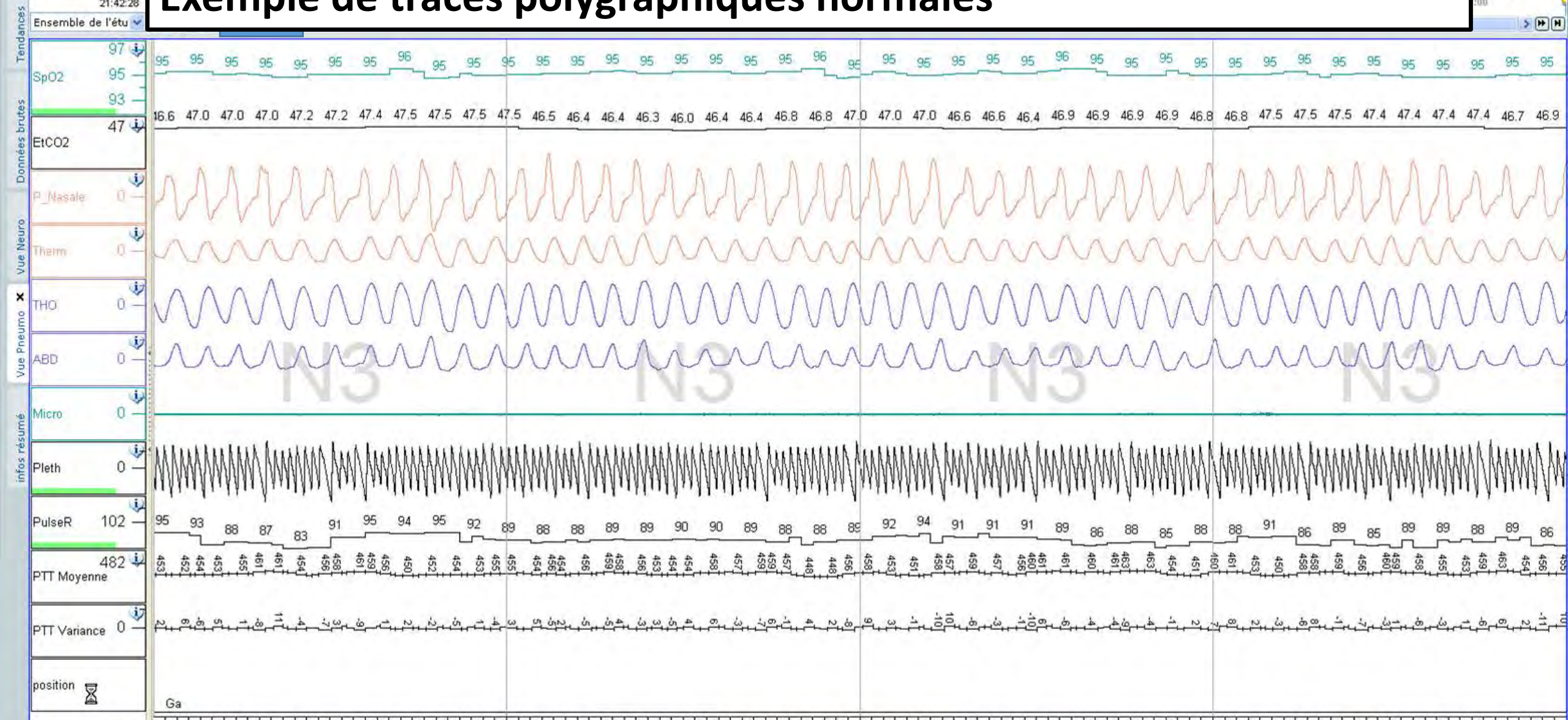


3^{ème} étape (Matin)

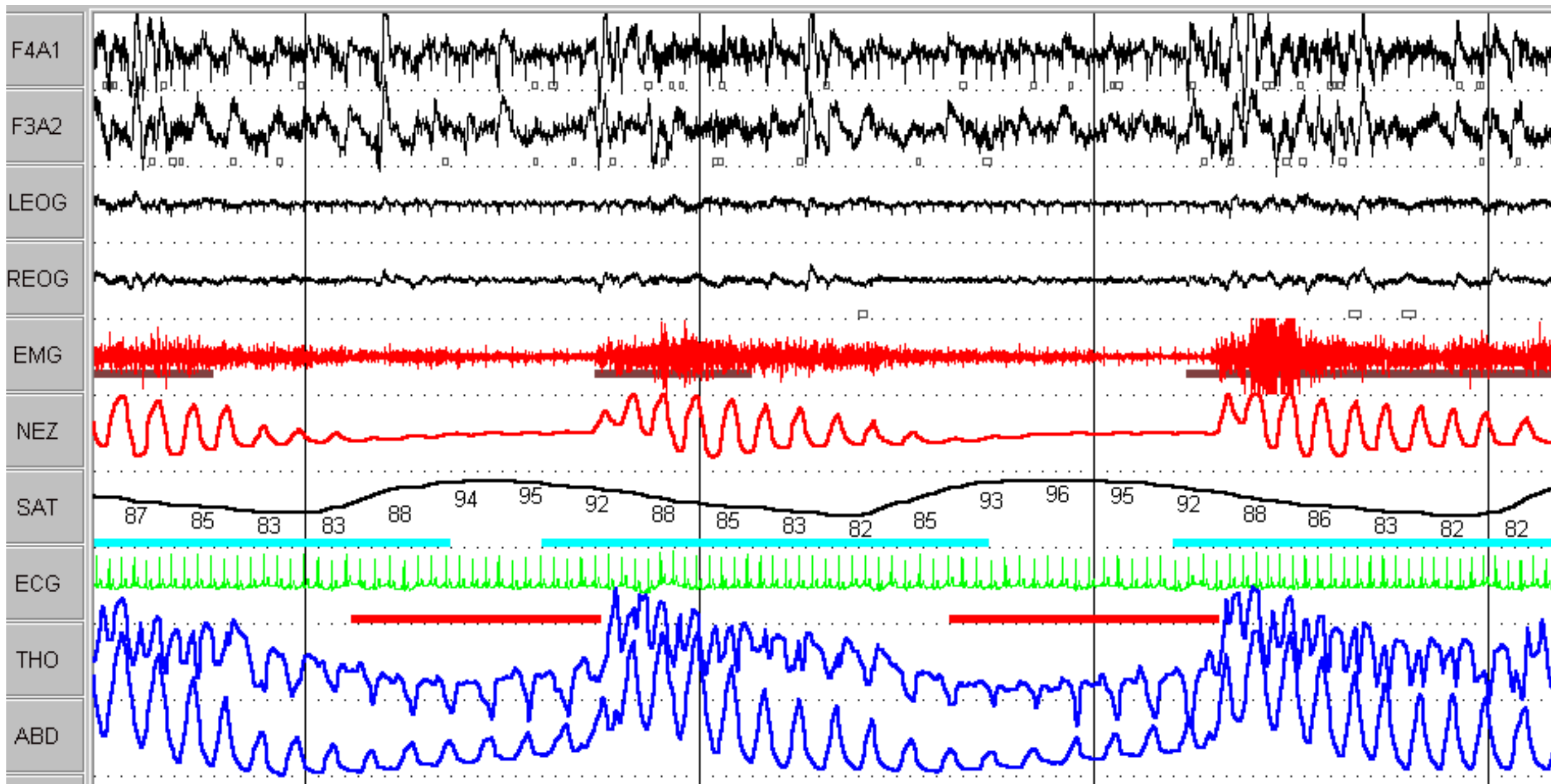
- 7h Débranchement
- 8h Analyse et synthèse
- 9h-10h30 Sortie



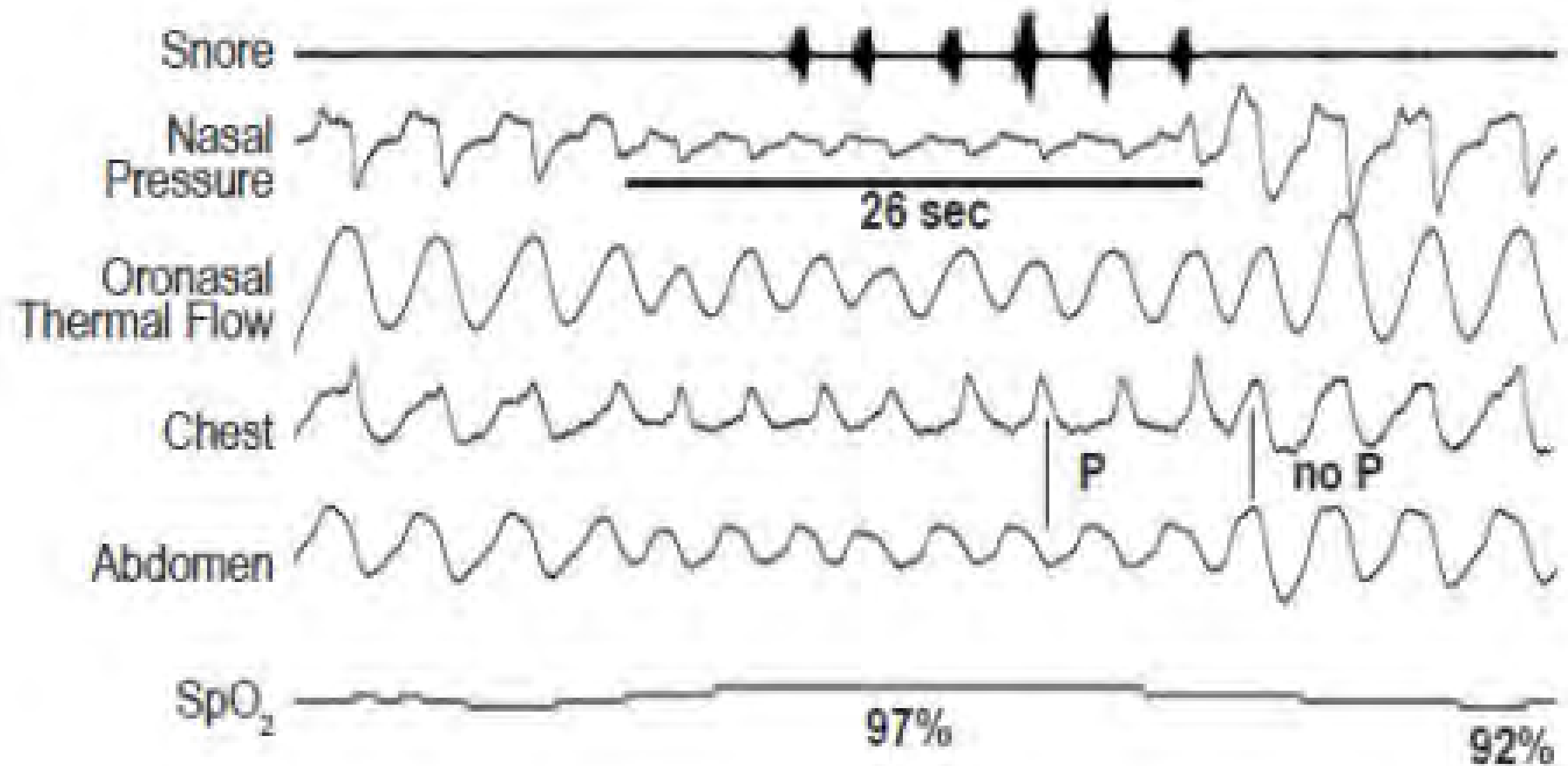
Analyse du sommeil sur des fenêtres de 30 sec (EEG) et 5 min (Resp) Exemple de traces polygraphiques normales



APNEE

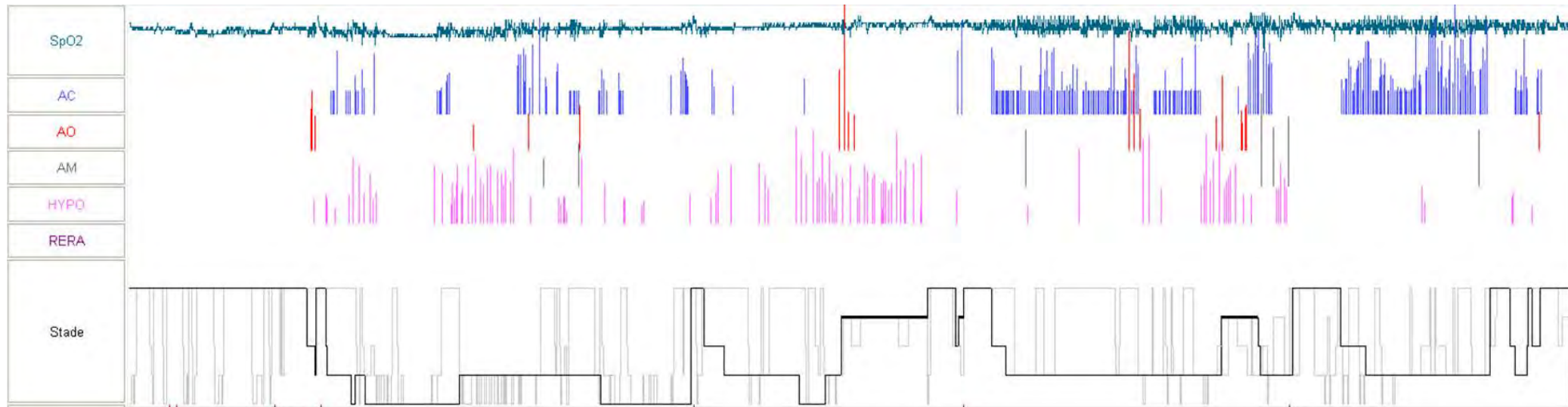


HYPOPNEE



PSG : Synthèse / Conclusion

Déterminer : IAH - MICROEVEILS



SAS confirmé si : A + B

A: 3 Symptômes parmi

somnolence diurne excessive non expliquée par autres facteurs, ronflement sévère quotidien, sensation étouffement, éveils répétés, sommeil non réparateur, fatigue diurne, difficultés de concentration, nycturie

B : IAH>5/H

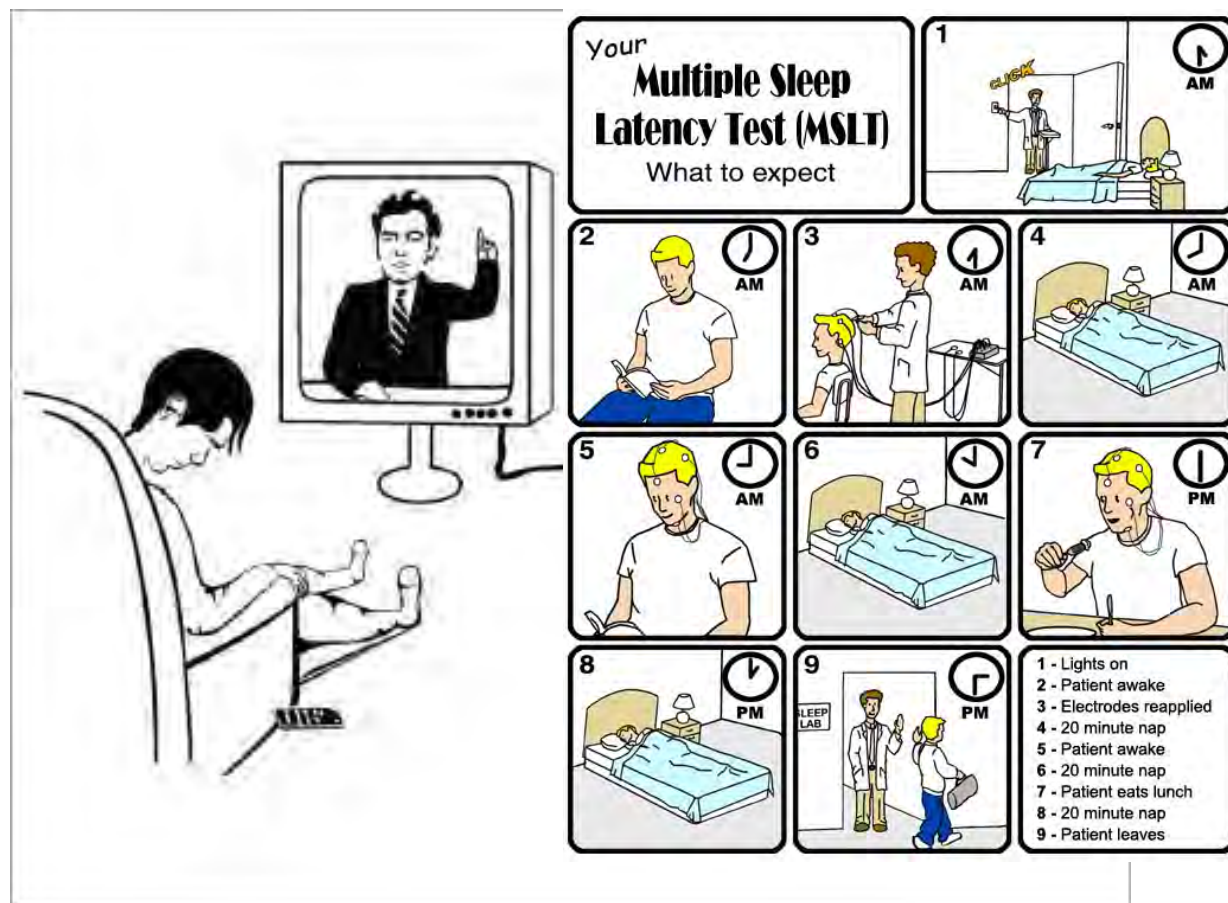
Autres explorations : Bilan EFR + Gds

(Obésité IMC > 30, Tabac, Dyspnée ...)

Rechercher une pathologie respiratoire aggravant le SAS



Autres explorations : Tests de vigilance (JOUR)



4 tests sur 1 journée entre 9h et 15h

- TILE : 4 siestes de 20 min
Mesure objective
de la somnolence diurne
- TME : 4 tests de 40 min
Confirmer l'absence de SDE
(Chauffeurs professionnels)

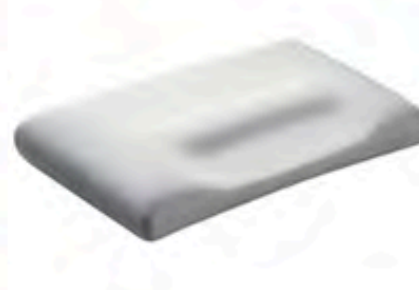
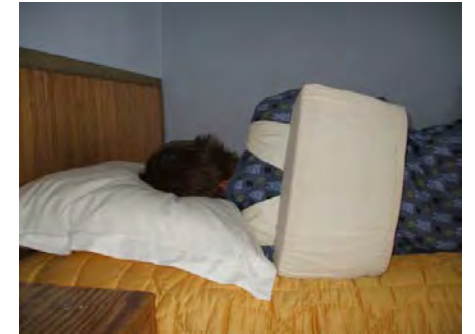
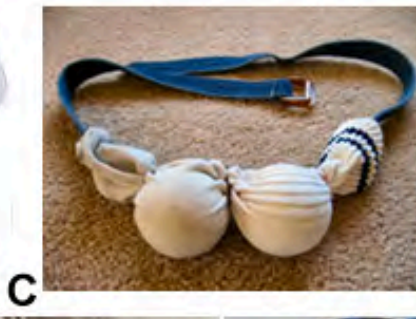
Le SAS



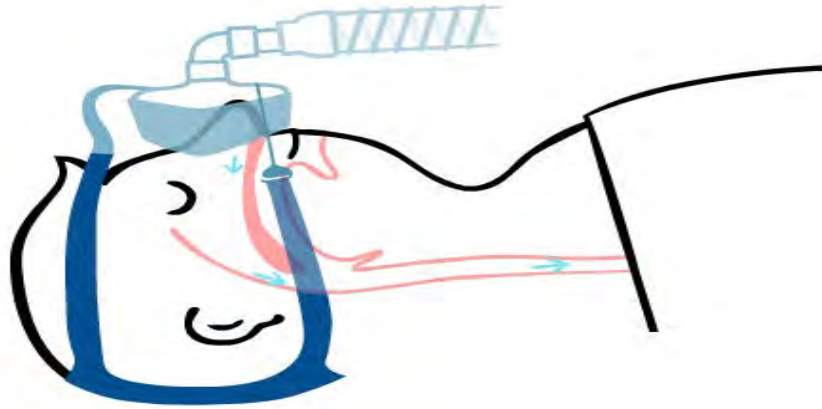
Plan :

- 1- Quand y penser ? Les formes cliniques, Quelles conséquences ?
- 2- Le dépistage et diagnostic
- 3- Actualités thérapeutiques en 2020**
- 4- Cas particulier du SAS de l'enfant

1- Les traitements positionnels



2- La Pression Positive Continue - PPC



Indication de la PPC

PPC = Traitement de REFERENCE du SAOS

SAS sévère : IAH > 30/h et Symptômes cliniques

SAS modéré (IAH entre 15 et 30/h) ET comorbidité grave associée

HTA résistante,

FA récidivante,

ATCD d'AVC,

IVG sévère ou maladie coronaire mal contrôlée,

Asthme instable,

BPCO III IV

SAS sévère > 30/h

PPC 1^{ère} intention

- *Clinique* : **SOMNOLENCE DIURNE** et >3 des symptômes suivants Ronflements, HTA, troubles de libido, vigilance réduite, nycturie, céphalées matinales

SAS modéré 15-30/h

Comorbidité CV grave ?

HTA résistante, FA récidivante, ATCD d'AVC, IVG sévère ou maladie coronaire mal contrôlée

Non

Oui

OAM 1^{ère} intention :

- > 3 **symptômes** parmi :
Ronflements sévères et quotidiens,
Somnolence diurne, Suffocations pdt sommeil, fatigue diurne, nycturie, céphalées matinales
ET
- ABSENCE de Micro Eveils liés aux évènements resp>10/h

PSG Indispensable

PPC 1^{ère} intention

- *Clinique* : **SOMNOLENCE DIURNE** et >3 des symptômes suivants Ronflements, HTA, troubles de libido, vigilance réduite, nycturie, céphalées matinales
ET
- Micro Eveils liés aux évènements resp>10/h

PSG Indispensable

OAM 2^{ème} intention :

Refus ou échec de PPC

PPC : 2 modes de fonctionnement

Mode PPC Fixe ou constante : Déterminer la bonne pression

Mode PPC Autopilotée : Pression variable selon les évènements

Contre indication en cas de :

- Insuffisance cardiaque : RISQUE DE DECES !!!
- BPCO
- SOH (Syndrome obésité –hyypoventilation)

PPC : Suivi

Objectif : Tolérance – Observance (Mais plus d'obligation)

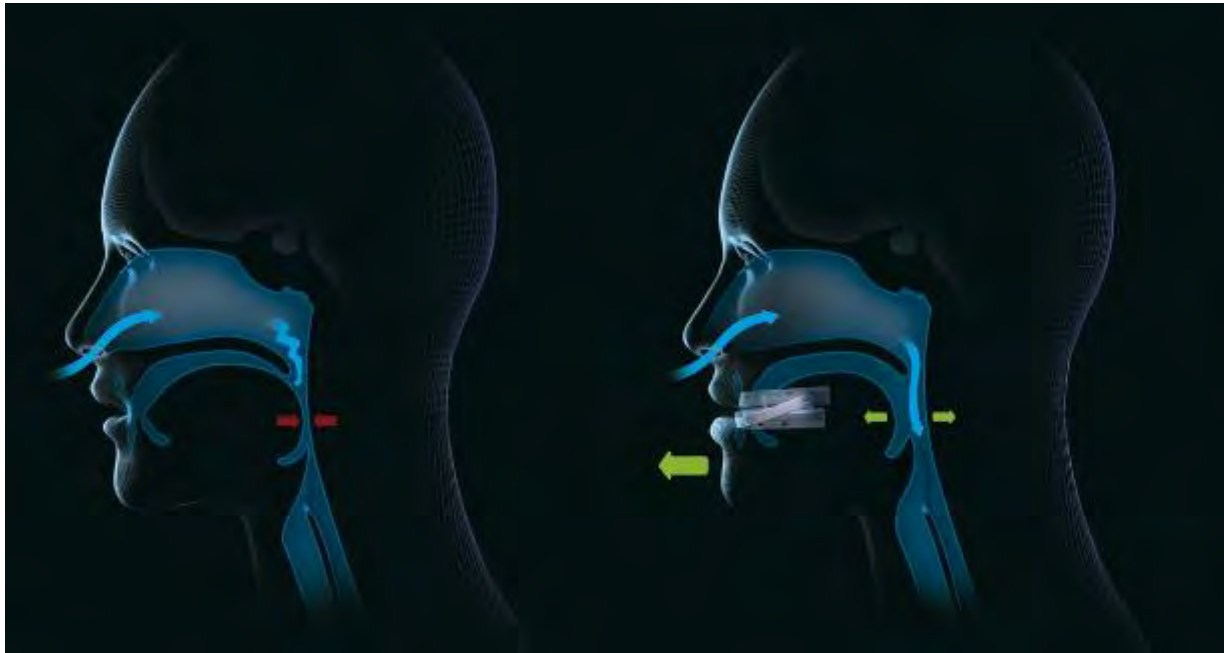
Suivi Médecin < 1 mois : 1^{ère} revue
 4 mois
 1/an

Prestataire : 1/an Si TELE SUIVI



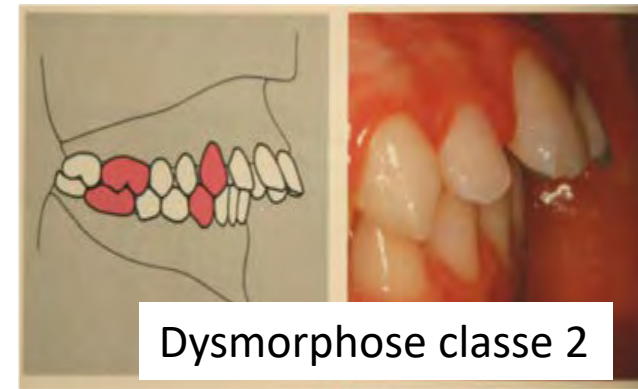
3- L'orthèse d'avancée mandibulaire

Le principe: action sur la taille du pharynx



Mode d'action: maintien en position avancée la mâchoire inférieure, libérant le passage de l'air au niveau du pharynx

Bilan avant OAM : Examen stomatologique



Parodontopathie

Contre-indications :

Edentement total ou partiel postérieur
Prothèse totale
Parodontopathie évolutive
Soins dentaires en cours
SADAM

Bilan radiographique

- Panoramique dentaire
- Téléradiographie cervicale de profil



OAM : Indications

- SAS modéré (IAH entre 15 et 30) sans maladie CV grave associée
(HTA réfractaire, FA récidivante, IVG sévère, Maladie coronarienne non contrôlée, ATCD d'AVC)
- Intolérance ou refus de PPC
(PRISE EN CHARGE)

OAM : Suivi

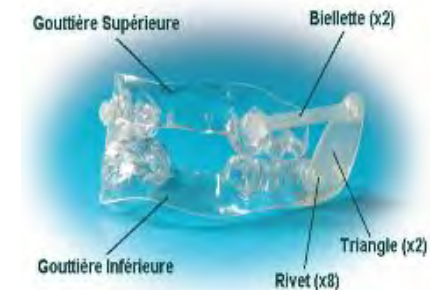
- Ajustement le 1^{er} mois par stomatologue
- **PSG sous orthèse à 3 mois**
- Suivi tous les 6 mois par stomatologue
- Renouvellement tous les 2 ans si efficacité sur IAH et SDE

OAM : Efficacité ?

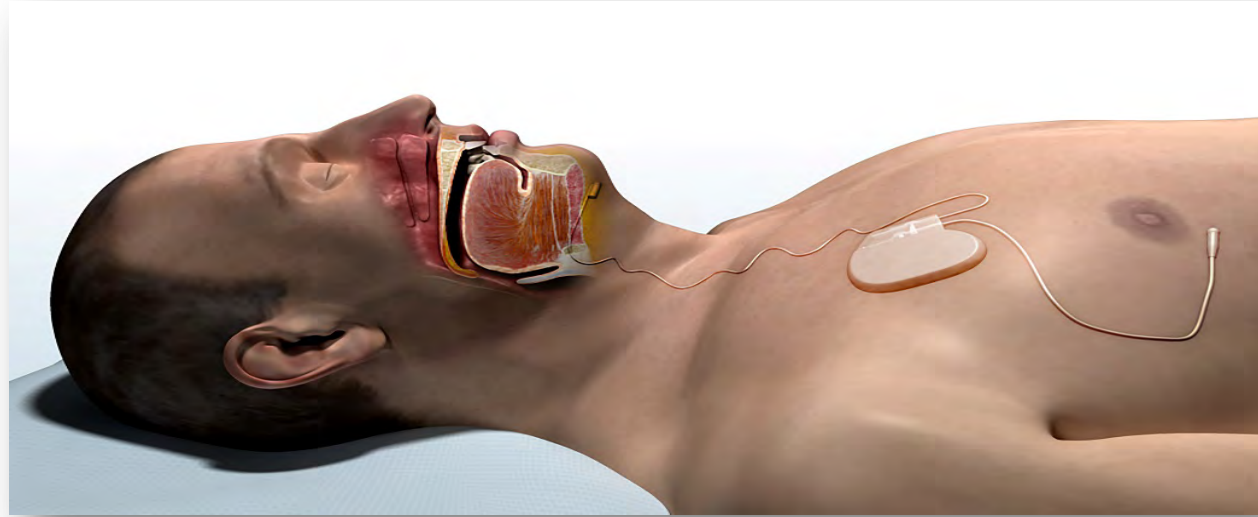
Conclusion sur l'efficacité comparée des OAM et de la PPC

Les données de la littérature montrent la supériorité des OAM par rapport à l'absence de traitement. Les OAM diminuent les troubles respiratoires du sommeil et la somnolence diurne.

Les méta-analyses ayant comparé les OAM à la PPC, montrent la supériorité de la PPC sur la réduction de l'indice d'apnées hypopnées. Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre la PPC et les OAM sur la réduction de la somnolence diurne.

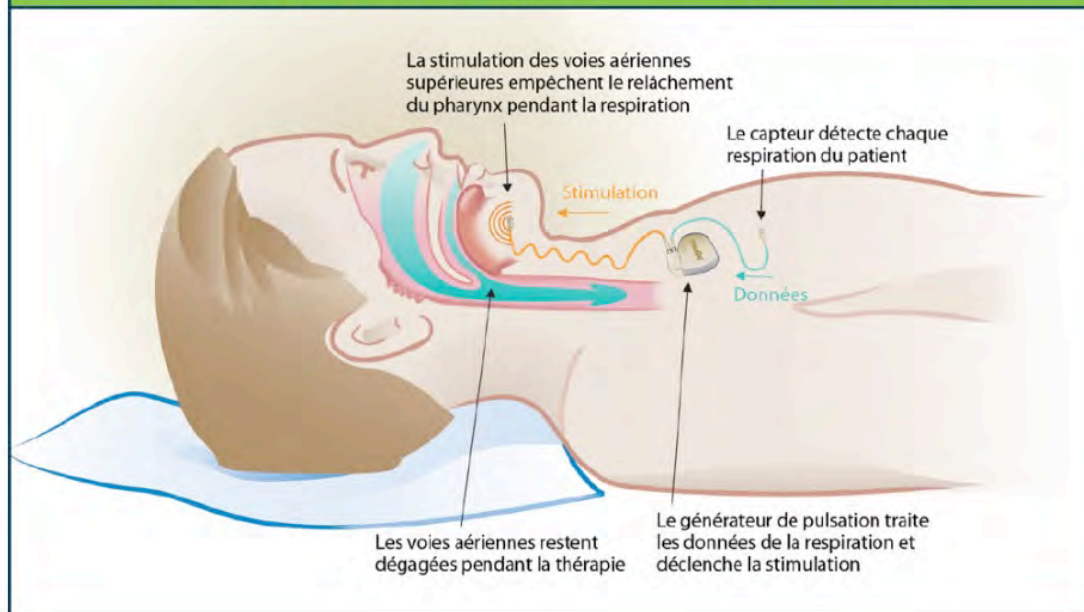


4- La stimulation du grand hypoglosse



- Stimulation du XII durant le sommeil
= Contraction des M dilatateurs du pharynx = Stabilité optimale des VAS
- Technique actuellement en développement chez les patients sévères intolérants à la PPC
- Validé par la FDA aux USA

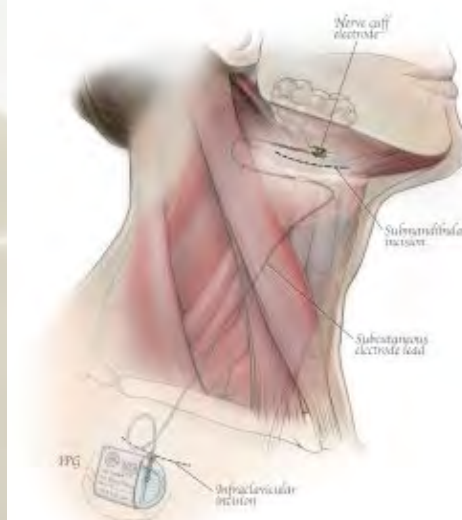
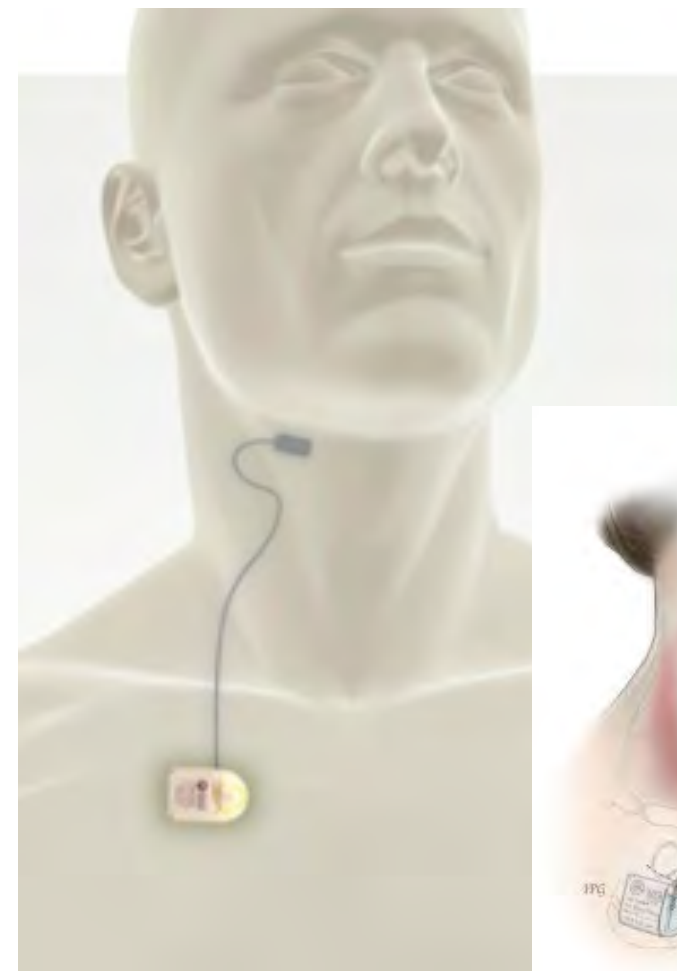
THÉRAPIE PAR STIMULATION DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES



PROGRAMMATEUR INSPIRE POUR LE MÉDECIN



PROGRAMMATEUR INSPIRE POUR PATIENT



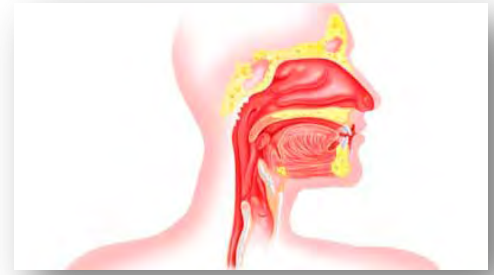
Stimulation du XII :

Indications en cours de validation

Patients qui:

- Démontrent un **intolérance à la PPC**
- Présentent un SAOS modéré à sévère **15< IAH <65/H**
- Ont un **IMC <35 kg/m²**
- Démontrent un **collapsus antero-postérieur** et non concentrique du pharynx sous **midazolam**

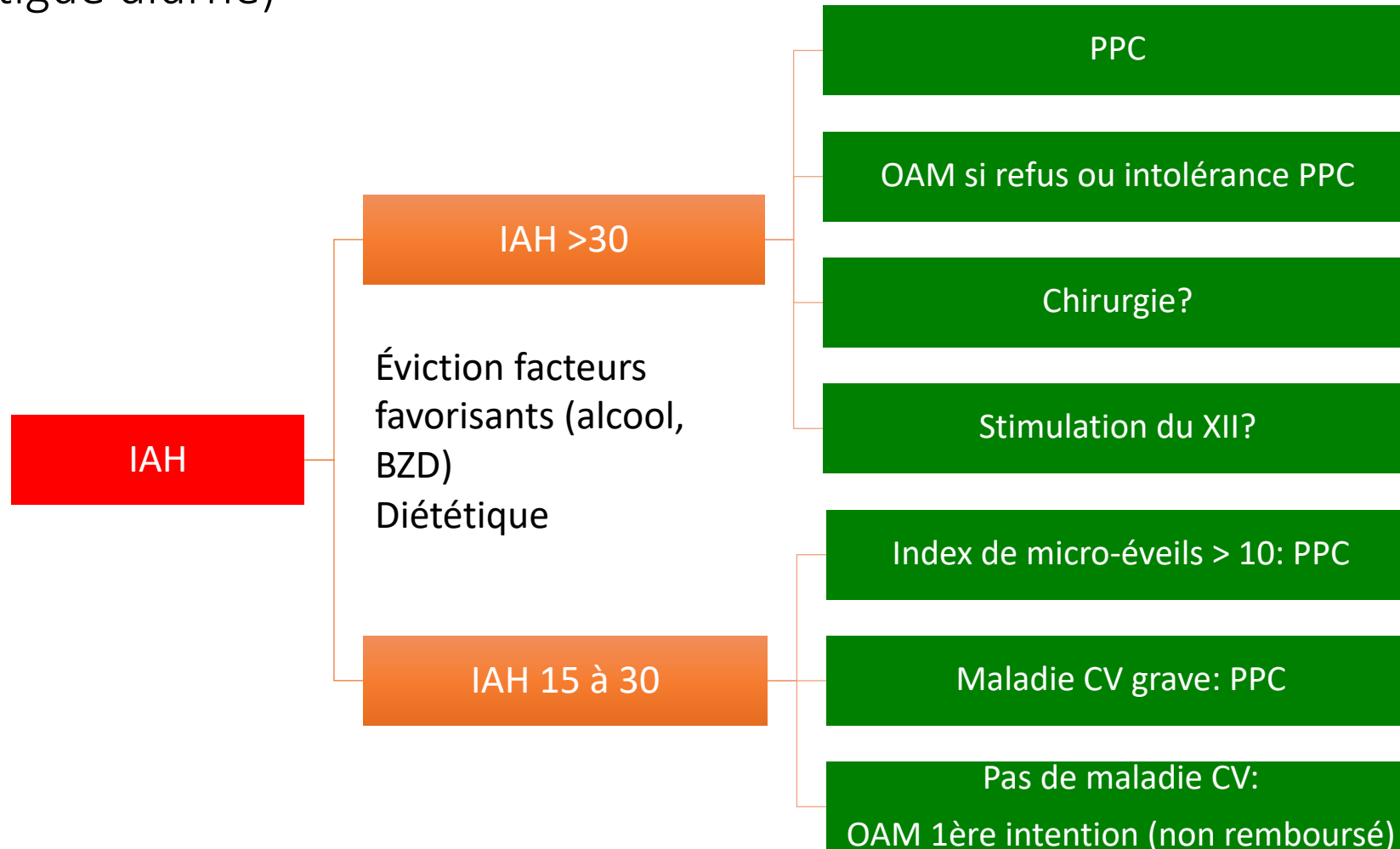
5- Chirurgie ORL



- Rarement curatif seul sur le SAOS
- Intérêt de la Chirurgie nasale validé
 - Améliore symptômes cliniques (somnolence/ronflements)
 - Améliore IAH
 - Améliore tolérance PPC et niveau de Pression moyenne
- Intérêt de la Chirurgie du voile du palais très débattu
 - Efficacité non prouvée sur le SAOS
 - Effets 2ndaires à long terme

Traitement du SAS en 2020 : CONCLUSION

Au moins 3 symptômes (ronflements sévères, SDE, nycturie, suffocation nocturne, céphalées, fatigue diurne)



Le SAS



Plan :

- 1- Quand y penser ? Les formes cliniques, Quelles conséquences ?
- 2- Le dépistage et diagnostic
- 3- Actualités thérapeutiques en 2020
- 4- Cas particulier des TRS et SAS de l'enfant**



Épidémiologie

ENFANT		ADULTE	
Fréquence	2-5 % Sexe masculin Pic maximum entre 2 et 8 ans	Fréquence	1 adulte sur 5 a un IAH >5 1 adulte sur 15 a un IAH >15 Homme > femme avant 60 ans
Causes	Hypertrophie végétations et amygdales Obésité	Causes	Anomalies maxillo-faciales Obésité Médicaments, alcool
Complications	Morbidité immédiate et potentielle à long terme mais incapacité actuelle à prédire quels sont les enfants qui sont les plus à risque de complications	Complications	Cardiaques (HTA, ACFA) Neurologiques (dépression) Accidents 83% SAOS si HTA résistante 30% en cas d'HTA

La clinique



ENFANT	
nocturnes	Ronflements > 3 fois/semaine Respiration laborieuse Apnées Position anormale (assise ou à genoux) ou tête en hyper-extension Énurésie Sueurs nocturnes Sommeil agité Éveils
Diurnes	Hyperactivité / déficit attention Troubles de l'apprentissage Céphalées matinales Somnolence

ADULTE	
nocturnes	Ronflements Respiration laborieuse Apnées Reprises ventilatoires POSITIONNEL Nycturie Sueurs nocturnes Sommeil fragmenté Éveils
Diurnes	Somnolence Céphalées matinales Troubles de la mémoire Irritabilité

Examen clinique



ENFANT

Palais ogival
Étroitesse maxillaire (sens transversal)
Rétrognathisme
Malpositions dentaires
Face longue
Faciès « adénoïdien »

Terrain atopique

ADULTE

Rétrognathisme
Classe 2 dento-squelettique
Surpoids inconstant
HTA

Syndrome dépressif

Terrain atopique

Palais ogival/ classe II/rétrognathisme

Classe II

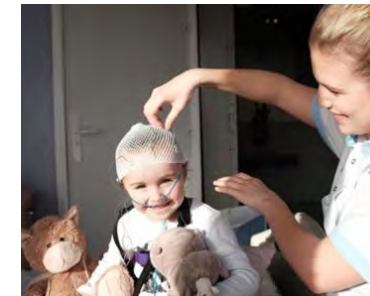
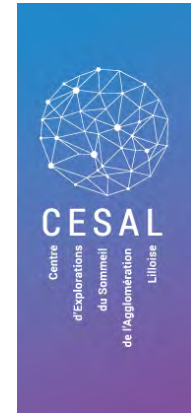
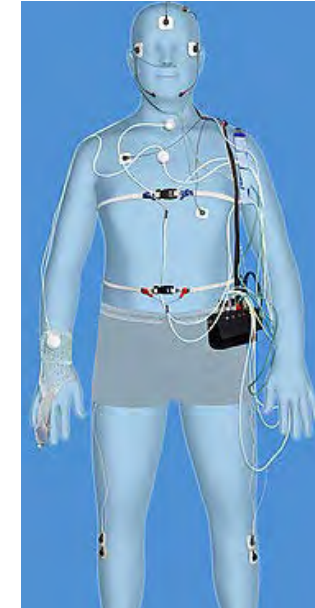
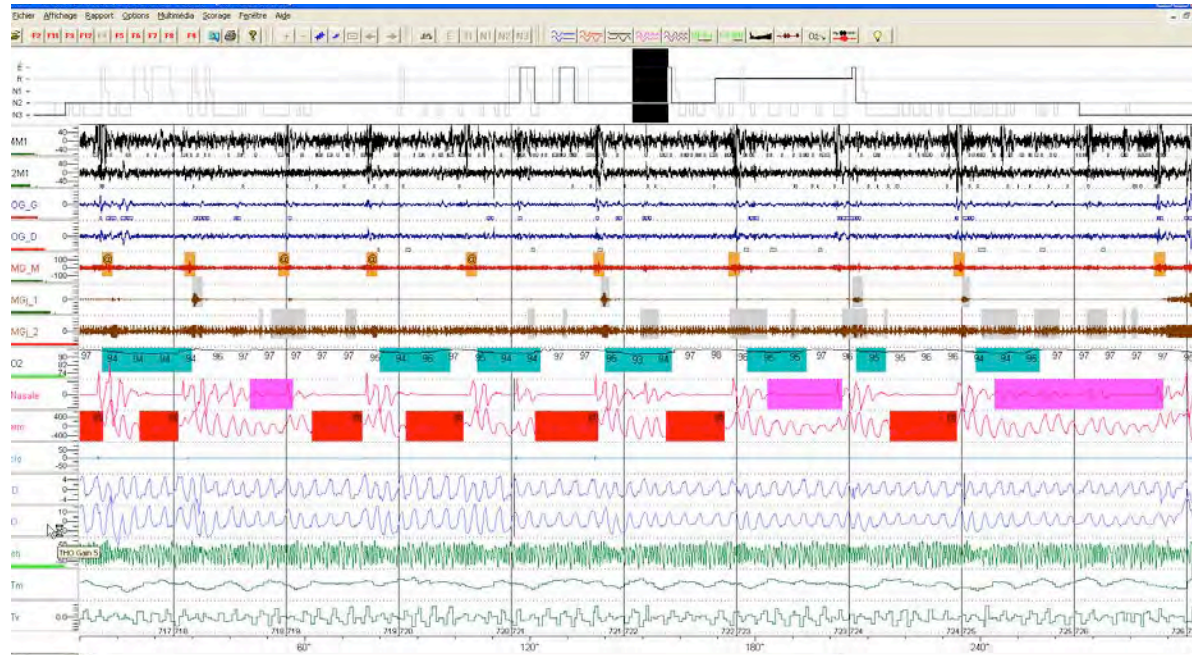


Complications des troubles respiratoires du sommeil de l'enfant

- Neuro-cognitif et comportemental (mémoire, attention, apprentissage, somnolence, hyperactivité)
- Cardio-vasculaires: HTA, HTAP, HVG
- Retard staturo-pondéral (GH)
- Métaboliques:
 - CRP augmentée
 - Syndrome métabolique
- Énurésie

En commun pour le diagnostic : la polysomnographie = l'examen référent

- Coupler l'étude du sommeil et la respiration
- Dénombrer le nombre d'apnées et hypopnées obstructives et les conséquences sur l'oxygénation et la qualité du sommeil



Le diagnostic



ENFANT	
positif	IAH ≥ 2/heure ou IAO ≥ 1/h + symptômes de TRS
sévérité	Léger: IAH entre 2-5/heure
	Modéré à sévère: IAH > 5/heure
	Sévère si IAH > 5/heure Sévérité corrélée à HTA, énurésie mais pas aux troubles du comportement et cognitifs ni à la somnolence
	SAOS modéré à sévère: peu susceptible de guérir spontanément SAOS modéré à sévère: FDR persistance en post-opératoire

ADULTE	
positif	IAH > 5 /heure + symptômes
sévérité	léger si IAH de 5 à 15/heure Modéré si IAH entre 15 et 30/h Sévère si IAH > 30/heure Importance de la fragmentation du sommeil associée: retentissement sur qualité du sommeil++ Positionnel: DOS++

**Obstructive sleep disordered breathing
in 2- to 18-year-old children: diagnosis
and management**

Athanasios G. Kadiitis¹, Maria Luz Alonso Alvarez², An Boudewyns³,
Emmanouel I. Alexopoulos⁴, Refika Ersu⁵, Koen Joosten⁶, Helena Larramona⁷,
Silvia Miano⁸, Indra Narang⁹, Ha Trang¹⁰, Marina Tsaousoglou¹,
Nele Vandenbussche¹¹, Maria Pia Villa¹², Dick Van Waardenburg¹³,
Silke Weber¹⁴ and Stijn Verhulst¹⁵

Indications de traitement chez l'enfant

IAH > 5/heure, quelque soit la comorbidité

IAH entre 1 et 5/heure: le traitement peut être bénéfique si

- Comorbidités cardio-vasculaire ou neurologique
- Énurésie
- Déficit en GH
- Altération qualité de vie
- FDR persistance de SAOS

Ronflement primaire: à traiter? Suivre 1/an

SAOS à traiter ++ si malformation crânio-faciale, maladie neuro-musculaire, achondroplasie, Chiari, T21, Prader-Willi, MPS...



TASK FORCE REPORT
ERS STATEMENT

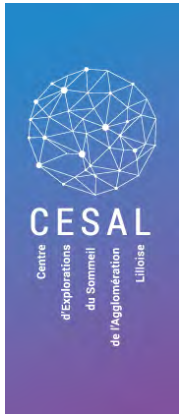
Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children: diagnosis and management

Athanasios G. Kadiris¹, Maria Luz Alonso Alvarez², An Boudewyns³,
Emmanuel I. Alexopoulos⁴, Refika Ersu⁵, Koen Joosten⁶, Helena Larramona⁷,
Silvia Miano⁸, Indra Narang⁹, Ha Trang¹⁰, Marina Tsoussoglou¹,
Nele Vandenbussche¹¹, Maria Pia Villa¹², Dick Van Waardenburg¹³,
Silke Weber¹⁴ and Stijn Verhulst¹⁵

Étapes du traitement chez l'enfant

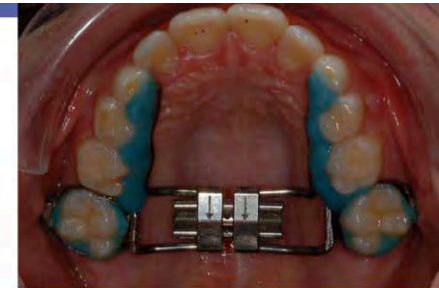
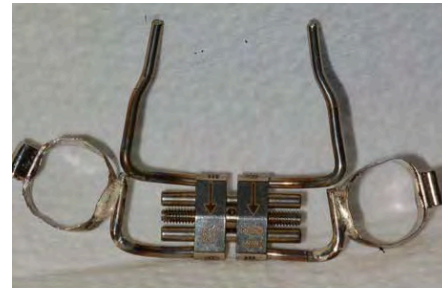
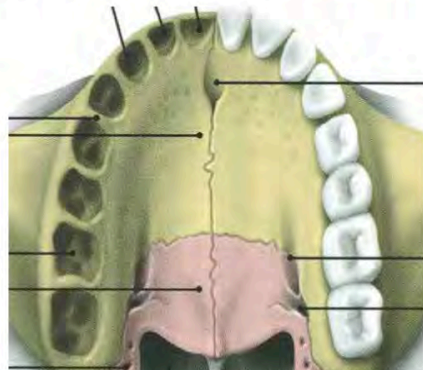
Approche par étape jusqu'à résolution complète du SAOS

- Perte de poids
- Corticoïdes locaux et anti-leucotriènes
- **Adénoïdo-amygdalectomie**
- **Expansion maxillaire rapide** et orthèse : Orthodontie
- **PPC** ou BIPAP
- Chirurgie crânio-faciale



Orthodontie

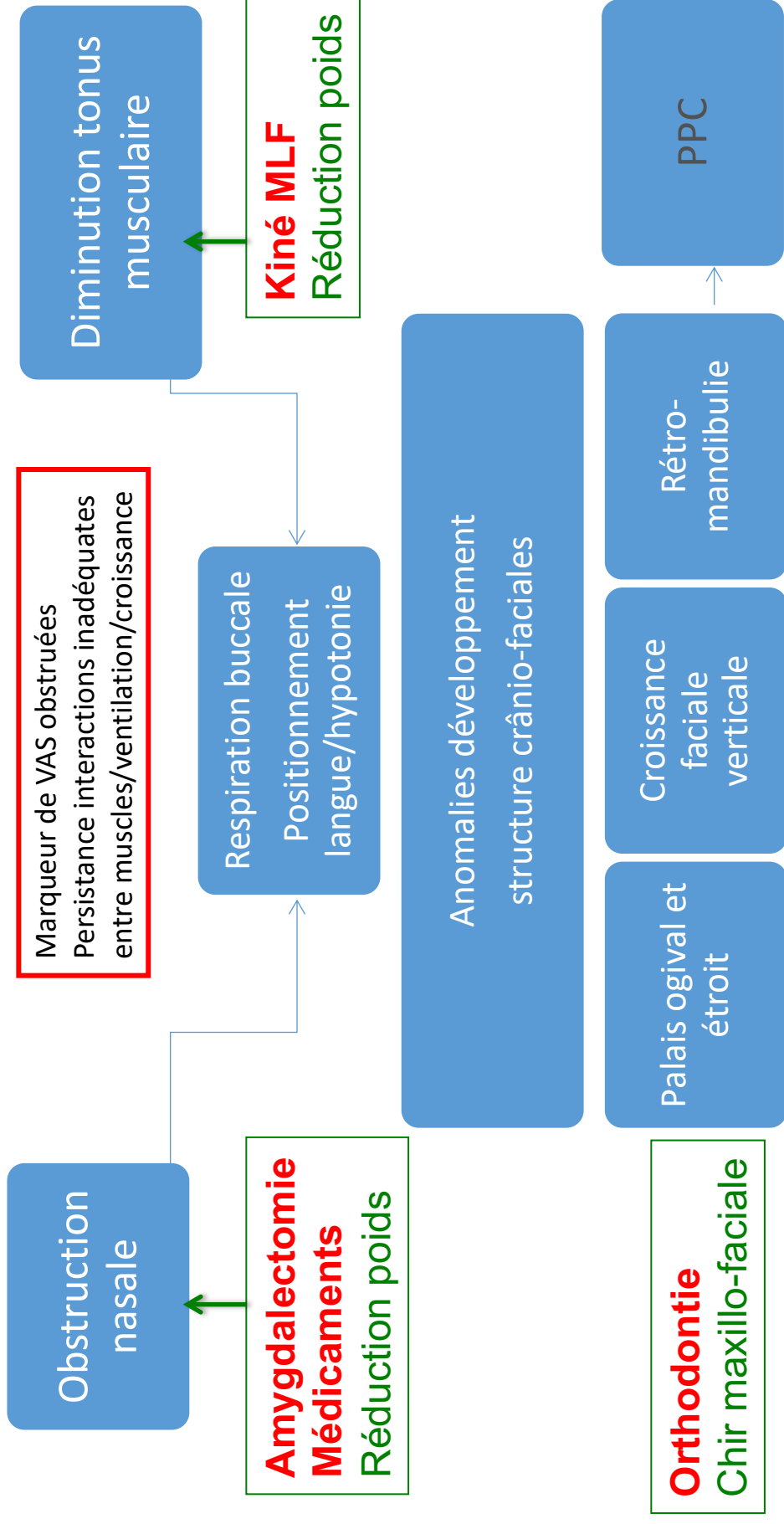
La suture palatine est réactivable jusqu'à l'âge de 14 ans
L'âge idéal pour la disjonction est au moment de la présence des premières molaires maxillaires, vers 6 ans jusqu'à 14 ans



✓ Activation : 1/4 par jour
✓ Maintien : 4 à 6 mois



Traitement du SAOS de l'enfant



Prise en charge multidisciplinaire : IDEAS



Dépister le Syndrome d'Apnées du Sommeil (SAS) chez l'enfant c'est lui préparer un avenir meilleur !

Ce guide regroupe les différents spécialistes prenant en charge le SAS

Le Pneumologue p4

Le Pédiatre p8

L'ORL p10

L'Orthodontiste p12

Le Kinésithérapeute p14

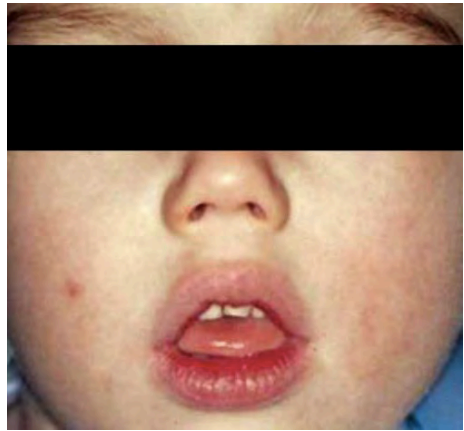
L'Ostéopathe p16

Les axes de traitement p18

Calendrier de suivi p20



Transition des TRS de l'enfant à l'adulte ?



?



MAISON DU SOMMEIL DU CROISE

31 Place Lisfranc MARCQ EN BAROEUL - Ouverture depuis le 1/1/2020

Prise en charge multidisciplinaire des troubles du sommeil

QUI ?

- **Troubles respiratoires du sommeil enfant et adulte** : Pneumologie, ORL, Stomatologie, Kiné Maxillo-faciale
- **Insomnie** : Spécialistes de l'insomnie et TCC (Psychologue)
- **Hypersomnie et Mouvements anormaux du sommeil** (SJSR, Epilepsie ...) : Neurologie
- **Sommeil et maladies psychiatriques, sevrage en hypnotique** : Psychiatrie

QUOI ? Consultations au cabinet

Explorations ambulatoires ou au centre du sommeil HPLL (PG, PSG, Tests de vigilance 24 ou 48h)

PRENDRE UN RDS VS ?

Doctolib

Téléphone : 03 20 72 89 60 – 03 20 55 02 50 - ligne directe 06 49 30 42 76

Ordonnance avec coordonnées du patient adressée par

FAX: 0320 75 06 68 Mail : explorationsdusommeil@gmail.com

Site WEB : www.cesal.fr