

L'apnée du sommeil de l'enfant : et si un défaut de développement des mâchoires était en cause ?

Quand un enfant ronfle, s'endort la bouche ouverte en voiture, montre une irritabilité ou des coups de fatigue fréquents... Il est possible qu'il souffre d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). A quelques jours de la Journée Nationale du Sommeil, la Fédération Française d'Orthodontie rappelle que ce syndrome, qui touche aussi les enfants[1], peut être lié à un problème de développement des mâchoires.

SAOS : des conséquences à ne pas négliger chez les jeunes

La prévalence de cette maladie se situe entre 1 à 3 %, mais semble sous-estimée, certaines équipes canadiennes parlant de 10%. Si elle est donc loin d'être rare, ses conséquences sont aussi à craindre chez ces jeunes patients, qui peuvent présenter un retard d'apprentissage ou des troubles de l'humeur (colère, agressivité). On peut également retrouver souvent certains troubles associés comme une fatigue avec une baisse de la concentration et des difficultés à se lever le matin, ainsi qu'une cassure de la courbe de poids avec des retentissements cardiaques.

Des signes qui ne trompent pas

Il est important de connaître les facteurs comportementaux diurnes de ces enfants car ils peuvent parfois être les seuls symptômes visibles. Il va s'agir d'une humeur changeante, de crises de colère, d'agressivité, d'une hyperactivité, de problèmes de socialisation et de discipline. 10 à 30% des enfants hyperactifs auraient un syndrome d'apnée du sommeil. Il est fréquent que des difficultés scolaires apparaissent alors que l'enfant était scolairement bien établi.

Les signes indirects de respiration buccale, tels les lèvres sèches et entrouvertes, une position de tête basculée en arrière pendant le sommeil, visage allongé et cernes sous les yeux, langue basse... sont aussi à rechercher, car pendant la journée, nombreux sont ceux qui se forcent à joindre les lèvres...

Des troubles du développement de la mâchoire en cause

Parmi ces enfants atteints de SAOS, au moins un tiers d'entre-deux présente des anomalies orthodontiques qui sont associées à un défaut de développement des mâchoires : un palais étroit et profond, et un menton en retrait[2].

Si la prise en charge du SAOS par le médecin O.R.L est primordiale lorsqu'un obstacle est mis en évidence (grosses végétations et amygdales, ou allergie respiratoire), le rôle de

l'orthodontiste a beaucoup évolué ces dernières années, avec le développement de protocoles de traitement précis. Cette prise en charge se fait en collaboration avec le médecin du sommeil qui suit le patient.

L'orthodontiste, un nouvel acteur de la prise en charge

Il a été montré que la disjonction orthodontique permet de faciliter la respiration par le nez et constitue un des traitements du SAOS pédiatrique[3]. Il s'agit d'un appareil fixé sur les molaires supérieures qui permet d'écarter le palais, progressivement et sans douleur, pour « rattraper » le déficit de croissance.

Quand le traitement a été un succès, le suivi est primordial, surtout pour les jeunes patients qui peuvent avoir pris l'habitude de respirer par la bouche, et qui conservent cette habitude même après avoir le nez libéré de tout obstacle. Pour éviter la récurrence, il est important de proposer une véritable rééducation par des exercices, précédés de lavage et mouchage nasal. Ces exercices peuvent être soutenus par de petits appareils dits « d'éducation fonctionnelle », qui guident la langue dans une position haute, maintenant les lèvres jointes.



FFO
Fédération Française
d'Orthodontie

Retrouvez la FFO sur ses deux sites :
Tout public : www.orthodontie-et-vous.fr
Professionnel : www.orthodontie-ffo.org

Et sur les réseaux sociaux :
 [orthodontie-et-vous](https://www.facebook.com/orthodontie-et-vous)
 [@FFOrthodontie](https://twitter.com/FFOrthodontie)

[1] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ou HAS (Haute autorité de santé). Évaluation clinique et économique de la chirurgie dans le traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil. Paris : Anaes ; 1999.

[2] Guilleminault C, Li KK, Khramstov A, PelayoR, Martnez S. Sleep disordered breathing : surgical outcomes in prepubertal children. Laryngoscope 2004 ; 14(1):132-7.

[3] Villa MP, Malagola C, Pagani J, Montesano M, Rizzoli A, Guilleminault C, Ronchetti R. Rapid maxillary expansion in children with obstructive sleep apnea syndrome : 12-month follow-up q Sleep Med. 2007 Mar ; 8(2):128-34.

CONTACTS PRESSE :



Alexandra DELEUZE / Gabrielle ISSAVERDENS
a.deleuze@ljcom.net / g.issaverdens@ljcom.net
01 45 03 56 58 / 01 45 03 89 96