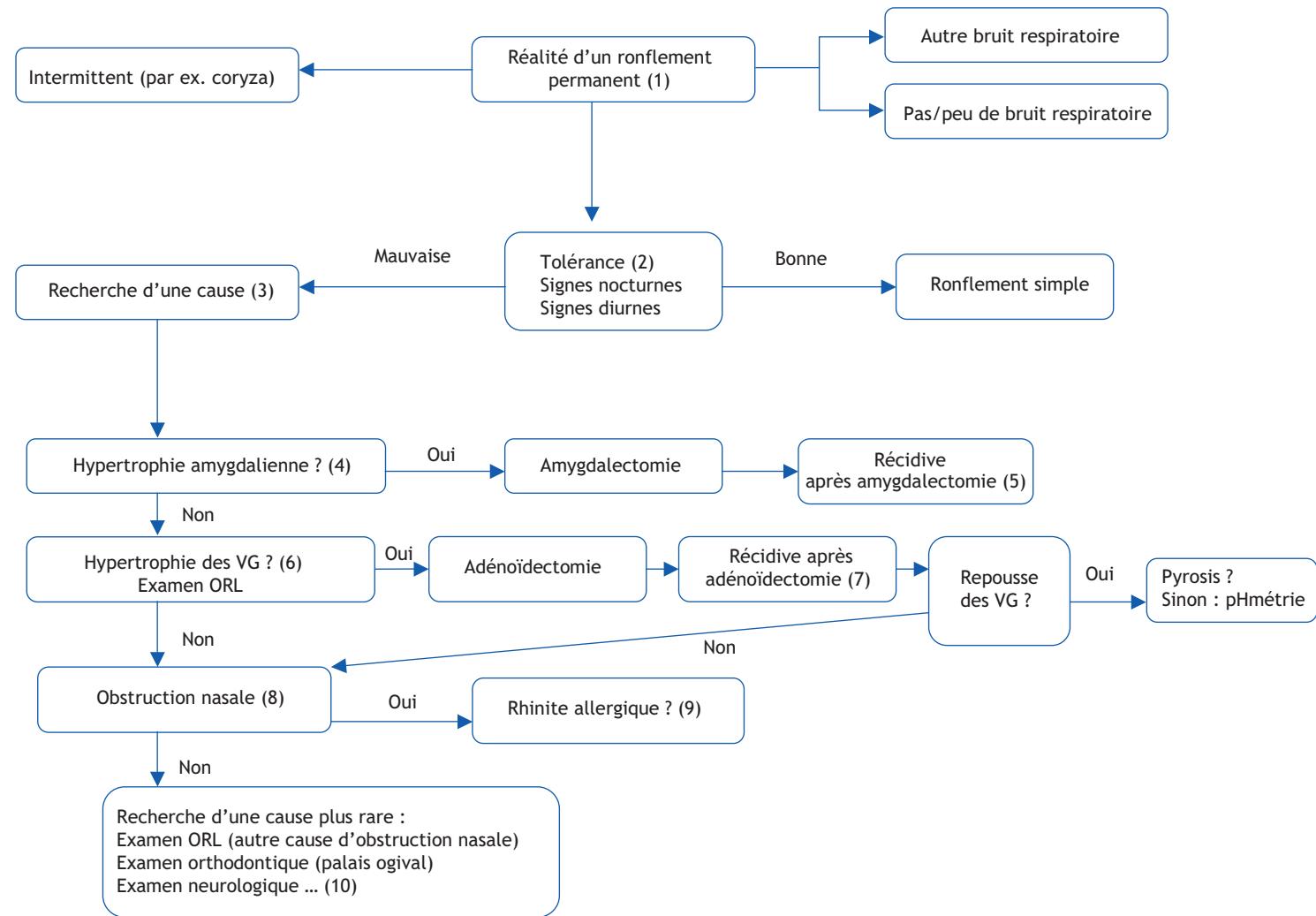


**M. François**

Service ORL, Hôpital Robert Debré, 48 bd Séurier 75019 Paris, France



## ■ Arbre diagnostique - Commentaires

Le diagnostic d'un ronflement repose d'abord sur l'interrogatoire, et sur l'examen clinique, ce qui permet de limiter les examens complémentaires au strict nécessaire avant de proposer un traitement [1,2].

(1) L'interrogatoire permet de s'assurer que le bruit inquiétant les parents est bien un ronflement et pas un bruit d'une autre nature, en particulier chez le nourrisson d'un bruit laryngé [2]. Le ronflement ne doit être traité que s'il survient en dehors d'un rhume, toutes les nuits et s'il est suffisamment intense pour s'entendre derrière la porte fermée de la chambre où l'enfant dort [2].

(2) L'interrogatoire recherche des manifestations nocturnes d'apnées du sommeil (sommeil agité, réveils, arrêts respiratoires suivis d'une inspiration bruyante, sueurs ou bavage nocturne, énurésie secondaire, vomissements nocturnes), mais aussi diurnes (céphalées matinales, d'une somnolence diurne, ou au contraire d'une agitation qui n'existe pas quelques mois auparavant, d'une certaines maladresse dans les gestes, petit appétit, difficultés à avaler des morceaux, infléchissement de la courbe de taille) de mauvaise tolérance du ronflement [1-3]. Attention, certains de ces signes ne sont pas spécifiques et ne pourront être rapportés au ronflement que s'ils disparaissent après levée de l'obstacle respiratoire et disparition du ronflement.

(3) Trois causes prédominent, elles doivent être recherchées d'emblée toutes les trois, c'est seulement pour la clarté de l'exposé qu'elles sont évoquées les unes à la suite des autres. Dans certains cas [1] un enregistrement polysomnographique permettra de prouver les troubles respiratoires et d'aider à leur diagnostic étiologique.

(4) L'hypertrophie des amygdales palatines se voit à l'inspection de l'oropharynx, si possible sans abaisse langue : l'intervalle entre les deux amygdales est inférieur à 1 cm [4].

(5) Les amygdales ne repoussent pas après amygdalectomie, la réapparition des ronflements doit faire rechercher une autre cause qui serait apparue depuis l'intervention, en particulier une rhinite allergique.

(6) L'hypertrophie des végétations adénoïdes est suspectée lors que les amygdales sont petites et les cornets non congestifs. Avant de proposer une intervention, l'ORL vérifiera ce diagnostic par nasofibroscopie ou rhinoscopie postérieure [4].

(7) Pas d'abonnement à l'adénoïdectomie : en cas de repousse des végétations après adénoïdectomie, il faut rechercher une cause et la traiter (il s'agit bien souvent d'un reflux gastro-œsophagien [5]). Inversement pas de pH-métrie avant une (première) adénoïdectomie car ces RGO responsables d'hypertrophie adénoïdienne sont rares.

(8) Le diagnostic d'obstruction nasale peut se faire au cabinet du pédiatre par le test au miroir de Glatzell ou autre surface métallique froide placée sous les narines de l'enfant.

(9) La rhinite allergique est très fréquente et de plus en plus fréquente chez l'enfant [6]. Elle est rare avant 5 ans ce qui explique qu'un enfant peut ronfler à 2 ans du fait d'une hypertrophie adénoïdienne, à 3 ans du fait d'une hypertrophie amygdalienne, et de nouveau à 7 ans parce qu'il a développé une rhinite allergique. Les autres causes d'obstruction nasale, congénitales (sténoses des orifices piriformes, atrésie choanale unilatérale...) ou acquises (déviation septale majeure, polypose nasale, mucocèle...) sont rares. Dépistées par l'ORL à la rhinoscopie antérieure et à la fibroskopie nasale, elles seront confirmées par une imagerie avant de proposer une thérapeutique chirurgicale.

(10) Les autres causes de ronflement chez l'enfant sont plus rares et tant leur diagnostic que leur traitement se font en milieu spécialisé avec l'aide d'autres intervenants (chirurgien maxillo-facial, orthodontiste...) : malformations crano-faciales avec cavum trop plat, rétrognathie, macroglossie, mucopolysaccharidose, tumeur pharyngée, hypotonie du carrefour pharyngo-laryngé... [2]

## Déclarations d'intérêts

M. François : Conférences : invitations en qualité d'intervenant (MSD).

## ■ Références

- [1] Cohen-Gogo S, Do Ngoc Thanh C, Levy D, et al. Les troubles respiratoires du sommeil chez l'enfant. Arch Pediatr 2009;16:123-31.
- [2] Francois M. Le ronflement chez l'enfant. Arch Pediatr 2006;13:207-10.
- [3] Vontetsianos HS, Davris SE, Christopoulos GD, et al. Improved somatic growth following adenoidectomy and tonsillectomy in young children. Possible pathogenetic mechanisms. Hormones 2005;4:49-54.
- [4] Francois M. Indications de l'adénoïdectomie et de l'amygdalectomie. Rev Prat 2007;57:1778-9.
- [5] Stapleton A, Brodsky L. Extra-esophageal acid reflux induced adenotonsillar hyperplasia: case report and literature review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2008;72:409-13.
- [6] Alkhailil M, Lockey R. Pediatric obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) for the allergist: update on the assessment and management. Ann Allergy Asthma Immunol 2011;107:104-9.