

Analyse bibliographique

Les poussées dentaires perturbent-elles le sommeil des nourrissons ?

KAHN M, LUCCHINI M, OSTER E *et al.* Does teething disrupt infant sleep? A longitudinal Auto-Videosomnography Study? *J pediatr*, 2025;279:114461.

Contrairement aux nouveau-nés qui dorment beaucoup au cours de la journée mais de façon fractionnée, les nourrissons à partir de 4 mois ont des phases de sommeil plus longues. Cependant, lors des premières années de vie, ce sommeil est souvent entrecoupé de réveils que les parents attribuent à une cause comme une douleur, une infection, un tempérament difficile ou encore une poussée dentaire. Sur ce dernier point, la première éruption dentaire a normalement lieu entre 4 et 10 mois, plusieurs symptômes y sont souvent associés, sans réelle preuve scientifique, tels que le bavage, la diarrhée, la fièvre, l'irritabilité et les troubles du sommeil. Les études retrouvent un lien entre les troubles du sommeil et les poussées dentaires jusqu'à dans 87 % des cas mais ces travaux sont, la plupart du temps, rétrospectifs et basés sur des rapports subjectifs. Les rares études prospectives retrouvent des résultats discordants.

Le but de cette étude était d'évaluer objectivement les troubles du sommeil en cas de poussées dentaires chez les nourrissons, en utilisant un système de vidéosomnographie.

Il s'agissait d'une étude longitudinale réalisée en Amérique du Nord chez des enfants de 3 à 18 mois dont les parents avaient accepté au préalable la surveillance vidéo du sommeil (système Nanit) de leur enfant à des fins de recherche. Les critères d'inclusion étaient : avoir un enfant avec une poussée dentaire rapportée par les parents au cours des 4 dernières semaines avec l'existence d'une surveillance vidéo pendant cette période ainsi que 3 semaines avant et 1 semaine après l'épisode. Le système vidéo était basé sur une caméra reliée à un ordinateur capable de détecter les mouvements de l'ensemble du corps et l'immobilité pour les traduire en période de sommeil et d'éveil. Les visites d'un tiers auprès du berceau étaient également rapportées.

Au total, 849 nourrissons d'âge moyen de $8,4 \pm 1,8$ mois répondaient aux critères d'inclusion. De façon rétrospective, 436 (51,3 %) parents ont signalé des changements dans le sommeil de leur enfant. Parmi ceux-ci, 241 (55,3 %) ont constaté que leur enfant dormait moins, 381 (87,4 %) ont observé une augmentation des réveils nocturnes et 171 (39,2 %) ont trouvé l'heure du coucher plus difficile les jours de poussée dentaire. Pour traiter la poussée dentaire, 115 (13,5 %) parents ont utilisé des anesthésiques locaux, 480 (56,5 %) ont administré du paracétamol ou de l'ibuprofène, 514 (67,6 %) ont fourni un anneau de dentition ou un gant de toilette congelé, 114 (13,4 %) ont utilisé des remèdes homéopathiques et 318 (37,4 %) ont allaité ou donné le biberon.

Concernant les mesures du sommeil nocturne de surveillance continue pendant 4 semaines, l'inspection visuelle ne montrait aucune tendance à l'augmentation ou à la diminution de la durée du sommeil, aux réveils nocturnes ou aux visites parentales autour du jour de l'éruption. De même, les analyses comparatives des périodes avec ou sans poussées dentaires n'ont révélé aucun changement significatif autour du moment de l'éruption dentaire pour aucune des mesures de vidéosomnographie. Au contraire, ces analyses ont notamment identifié des tendances indiquant une augmentation progressive de la durée du sommeil nocturne et une diminution du nombre de réveils nocturnes et de visites parentales au cours des 4 semaines analysées, concordant avec la maturation des cycles veille-sommeil du nourrisson.

Ce travail met en évidence que les troubles du sommeil du nourrisson sont souvent attribués, à tort, à une poussée dentaire. Ces perturbations du sommeil nocturne sont soit en rapport avec une autre cause, soit en rapport avec une évolution physiologique normale de l'enfant. Ainsi, l'emploi d'antalgiques répétés au cours de ces périodes doit être évité.

Persistance de symptômes à long terme chez les patients ayant eu une amygdalectomie pour un syndrome PFAPA

MOBERG T, RYDENMAN K, BERG S *et al.* Long-term symptoms in periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis syndrome after tonsillectomy. *J Pediatr*, 2025;278:114424.

Le syndrome PFAPA (fièvre périodique, aphtes, pharyngite, adénopathies cervicales) est une maladie auto-inflammatoire qui a été décrite par Marshall en 1987. Elle se manifeste par des épisodes de 3 à 6 jours de fièvre, se répétant en général toutes les 3 à 8 semaines et accompagnés de symptômes non spécifiques comme des douleurs abdominales, des arthralgies, des nausées, des céphalées et d'un syndrome inflammatoire biologique, avec une élévation de la CRP et de la protéine sérique amyloïde A. Entre les épisodes, les enfants sont asymptomatiques. Le syndrome se révèle en général avant 5 ans, l'évolution est variable avec une résolution spontanée des symptômes en quelques années ou, au contraire, sa persistance à l'âge adulte ou même sa récurrence après des périodes de rémission. Plusieurs études ont montré l'efficacité de l'amygdalectomie avec une disparition prolongée de la fièvre dans les 18 mois après la chirurgie. Peu d'études ont rapporté l'évolution des enfants ayant gardé des symptômes après la chirurgie.

L'objectif principal de ce travail était d'analyser l'évolution clinique initiale et à long terme des enfants avec un PFAPA

■ Analyse bibliographique

après une amygdalectomie. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer d'éventuels facteurs influençant l'évolution, tels que le sexe, l'hérédité, l'âge de début de la maladie.

Les dossiers de 336 enfants de trois hôpitaux suédois avec un diagnostic de PFAPA entre janvier 2006 et octobre 2017 ont été repris. Parmi ceux-ci, 101 ont eu une amygdalectomie entre janvier 2006 et mars 2020. Chez ces derniers, un entretien téléphonique était réalisé avec les familles ou le patient lui-même (si > 18 ans) entre octobre 2022 et mai 2023 pour connaître la réponse initiale à la chirurgie et l'évolution ultérieure.

Sur les 101 enfants avec une amygdalectomie, 89 ont pu être contactés et 86 ont accepté de participer à l'étude. L'âge moyen des patients au moment de l'entretien était de 14,8 ans (6-28,8), 27 étaient majeurs. L'âge médian au moment du diagnostic de PFAPA était de 1,8 ans (0,1-16), le délai médian entre le début du PFAPA et l'amygdalectomie était de 3 ans (0,5-11,5) et l'âge médian au moment de l'amygdalectomie était de 5,1 ans (2,3-18,8).

6 mois après l'amygdalectomie, 45 des 86 (54 %) enfants n'avaient plus de symptômes de PFAPA, 19 (22 %) avaient encore des symptômes sans fièvre et 17 (20 %) avaient encore des épisodes fébriles moins sévères. Aucune amélioration n'était observée chez un patient (1 %) et pour les 5 % restant, les données n'étaient pas exploitables. La fièvre a récidivé chez les 10 des 45 enfants en rémission initiale entre 0,5 et 4,5 ans après l'amygdalectomie. Concernant le suivi à long terme, soit un délai médian de 8,8 ans (2,8-16,1) après l'amygdalectomie, 54 des 86 (63 %) patients n'avaient plus aucun symptôme. À l'inverse, 15 (17 %) avaient encore des épisodes fébriles mais moins sévères et avec des intervalles plus longs par rapport à avant la chirurgie et 17 (20 %) avaient la persistance de symptômes sans fièvre.

Chez les enfants ayant eu une amélioration dans les 6 mois suivant l'amygdalectomie, 40 sur 45 (89 %) restaient asymptomatiques sur le long terme alors que cela était le cas uniquement chez 6 sur 17 (35 %) de ceux qui avaient de la fièvre et 5 sur 19 (26 %) de ceux qui présentaient des symptômes au décours de la chirurgie. Le sexe des patients, l'hérédité ou l'âge de début du syndrome n'influençaient pas l'évolution.

Cette étude confirme l'efficacité de l'amygdalectomie chez les patients avec un syndrome PFAPA mais, contrairement aux études antérieures, les résultats sont plus hétérogènes avec la persistance de fièvre ou de symptômes sans fièvre sur le long terme chez un patient sur cinq, essentiellement chez ceux qui restaient symptomatiques dans les 6 mois suivant la chirurgie.



J. LEMALE
Service de Gastroentérologie
et Nutrition pédiatriques
Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.