

Syndrome obésité hypoventilation (syndrome de Pickwick) chez les enfants (SOH)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télééc. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.cps.ca/pcsp

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport _____

Mois de déclaration _____

Province _____

Date du jour _____

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.**

DÉFINITION DE CAS DU SYNDROME OBÉSITÉ HYPOVENTILATION (SYNDROME DE PICKWICK) CHEZ LES ENFANTS

Déclarer tout nouveau patient de moins de 18 ans présentant les caractéristiques cliniques suivantes :

- Poids supérieur au 95^e percentile par rapport à l'âge
- IMC supérieur au 95^e percentile par rapport à l'âge, ou plus de 30 kg/m²
- Symptômes nocturnes : apnée du sommeil, soit des ronflements, un sommeil agité, une respiration par la bouche
- Somnolence diurne excessive : s'endormir en classe ou à d'autres moments inopportuns

plus deux ou trois des éléments suivants :

- Hypercapnie : bicarbonate sérique supérieur à 27 mEq/L
- PaCO₂ supérieure à 45 mmHg (gaz artériels ou capillaires, obtenus pendant le jour)
- Saturation en oxygène de moins de 92 % à l'état d'éveil et à l'air ambiant

Critères d'exclusion

- Maladies pulmonaires primaires, p. ex., fibrose kystique, bronchectasie. (L'asthme n'est pas exclu.)
- Hypothyroïdie
- Syndrome de Cushing
- Syndrome de Prader-Willi
- Cardiopathies primaires, congénitales ou acquises (p. ex., myocardite virale)
- Anomalies crâniofaciales congénitales (p. ex., syndromes d'Alpert, de Cohen, de Carpenter, de Crouzon)
- Pseudohypoparathyroïdie (ostéodystrophie héréditaire d'Albright)
- Syndrome de Laurence-Moon
- Syndrome d'hypoventilation centrale (syndrome d'Ondine)

Mois de la première consultation _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : ____ / ____ / ____ 1.2 Sexe : Masculin ____ Féminin ____
JJ MM AAAA

1.3 Province ou territoire de résidence : _____

1.4 Trois premiers caractères seulement du code postal à domicile : ____ _ _

1.5 Ethnie

Première nation ____ Innue ____ Inuite ____ Métisse ____ Chinoise ____ Japonaise ____

Autre ethnie orientale ____ Indonésienne ____ Noire ____ Blanche ____ Latino-américaine ____

Moyen-orientale ____ Autre (précisez) _____ Inconnue ____

1.6 Niveau d'instruction le plus élevé

Mère : École primaire ____ École secondaire ____ Collège ou université ____ Inconnu ____

Père : École primaire ____ École secondaire ____ Collège ou université ____ Inconnu ____

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX (parents et fratrie)**Oui Non Inconnu**

- 2.1 Parenté présentant une obésité? ___ ___ ___
 Dans l'affirmative, précisez le lien de parenté : père ___ mère ___ frère ou sœur ___
- 2.2 Parenté présentant une apnée du sommeil nocturne? ___ ___ ___
 Dans l'affirmative, précisez le lien de parenté : père ___ mère ___ frère ou sœur ___
 Précisez l'utilisation de : pression positive continue (CPAP) ___
 pression expiratoire positive à deux niveaux de pression (BiPAP) ___

SECTION 3 – PRÉSENTATION CLINIQUE

- 3.1 Âge d'apparition des symptômes d'apnée du sommeil : ___ ans ___ mois Inconnu ___
- 3.2 Âge à la présentation: ___ ans ___ mois
- 3.3 Au diagnostic :
- 3.3.1 Symptômes et observations à la présentation (cochez toutes les réponses applicables) :

Oui Non Inconnu

- Fatigue chronique ___ ___ ___
- Somnolence diurne excessive ___ ___ ___
 En cas d'utilisation de l'échelle de somnolence d'Epworth*, précisez l'indice : _____
- Apnée du sommeil nocturne (ronflements, sommeil agité, respiration par la bouche) ___ ___ ___
- Troubles respiratoires ___ ___ ___
 Dans l'affirmative, précisez : _____
- Problèmes scolaires ___ ___ ___
 Dans l'affirmative, précisez : _____
- Troubles du comportement ___ ___ ___
 Dans l'affirmative, précisez : _____
- Médicaments actuellement utilisés ___ ___ ___
 Dans l'affirmative, énumérez-les : _____

3.3.2 Observations à l'examen physique

Poids : ___ kg Taille : ___ cm IMC : ___

TA au repos – en position couchée : ___ / ___ ou assise : ___ / ___,
 précisez : ___ % par rapport à l'âge

Acanthosis nigricans : Oui ___ Non ___

* Modified Epworth Sleepiness Scale research tool (Melendres MC et coll. Daytime sleepiness and hyperactivity in children with suspected sleep-disordered breathing. *Pediatrics* 2004;114:768-75. <www.pediatricsdigest.mobi/content/114/3/768.full.pdf>)

SECTION 4 – EXAMENS DE LABORATOIRE

- 4.1 Cochez toutes les réponses applicables : **Oui Non Inconnu**
- Formule sanguine ___ ___ ___
 Dans l'affirmative, précisez : Hb ___ Hct ___
 - Gaz sanguins diurnes ___ ___ ___
 Dans l'affirmative, précisez : capillaires ___ veineux ___ pH ___ PaCO₂ ___
 - Gaz sanguins nocturnes ___ ___ ___
 Dans l'affirmative, précisez : capillaires ___ veineux ___ pH ___ PaCO₂ ___
 - Électrolytes sériques ___ ___ ___
 Dans l'affirmative, précisez : bicarbonate sérique ___ mEq/L

SECTION 4 – EXAMENS DE LABORATOIRE (suite)

	Oui	Non	Inconnu
• Saturation en oxygène à l'état d'éveil et à l'air ambiant Dans l'affirmative, précisez : FiO_2 _____ %	___	___	___
• Radiographie des voies aériennes supérieures Dans l'affirmative, précisez : hypertrophie des adénoïdes – légère ___ modérée ___ obstructive (contact)___	___	___	___
• Électrocardiogramme Dans l'affirmative, précisez : _____	___	___	___
• Échocardiogramme Dans l'affirmative, précisez : _____	___	___	___
• Saturométrie nocturne Dans l'affirmative, précisez : _____	___	___	___
• Polysomnographie Dans l'affirmative, précisez : indice d'apnée-hypopnée _____ Indice d'apnée centrale _____ Nadir de saturation en O_2 _____ Période sous les 92 % _____ Valeur de CO_2 _____ Durée de $CO_2 > 50$ _____ Éveils _____	___	___	___

SECTION 5 – AUTRES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERTINENTS

	Oui	Non	Inconnu
5.1 Précisez les inquiétudes ou problèmes médicaux concomitants :			
• Diabète de type 2 (ou test de tolérance au glucose positive)	___	___	___
• Dyslipidémie Dans l'affirmative, précisez les résultats : _____	___	___	___
• Syndrome de Stein-Leventhal (syndrome des ovaires polykystiques)	___	___	___
• Stéatose hépatique non alcoolique Dans l'affirmative, précisez : GPT >90 ___ stéatorrhée à l'échographie ___	___	___	___

SECTION 6 – PRISE EN CHARGE

6.1 Cochez toutes les réponses applicables :				
Conseils diététiques ___	Programme d'activité physique ___	Physiothérapie ___	Psychologie ___	
Traitement de l'obésité ___	Administration d'oxygène ___			
Soutien ventilatoire : pression positive continue (CPAP) ___				
	pression expiratoire positive à deux niveaux de pression (BiPAP) ___			
	Trachéotomie ___	Ventilation nocturne effractive ___		
Médicaments ___, précisez : _____				
Adénoïdectomie ___	Amygdalectomie ___			
Traitement : En consultations externes ___	Hospitalisation ___			

SECTION 7 – ISSUE

7.1 Précisez l'âge au dernier suivi : _____ ans _____ mois	
7.2 Issue au dernier suivi	
7.2.1 Séjour hospitalier : Nombre total de jours _____ Toujours hospitalisé? (précisez les dates) _____	
7.2.2 Domicile _____	
7.2.3 État du patient : Poids _____ kg Taille _____ cm IMC _____	

SECTION 7 – ISSUE (suite)

7.2.4 Décédé _____

7.2.5 Inconnu _____

7.2.6 Autre, précisez : _____

___ **J'accepte que l'équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

___ **Je préfère que l'équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

SECTION 8 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nonm _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.