

LES TROUBLES DU SOMMEIL

Plan du cours

I - INTRODUCTION

II - PHYSIOLOGIE DU SOMMEIL

III - CLASSIFICATION DES TROUBLES DU SOMMEIL

IV- TRAITEMENT DES TROUBLES DU SOMMEIL

V CONCLUSION

LES TROUB LES DU SOMMEIL

I - INTRODUCTION

Le sommeil est une fonction vitale. Fonction physiologique, périodique et transitoire, elle permet une régénérescence physique et psychique.

Les troubles du sommeil constituent un trouble fréquent, puisqu'il est retrouvé chez plus de 10% de la population adulte.

Les troubles psychiatriques sont responsables de près de 50% des insomnies durables.

Tous les troubles du sommeil ne sont pas pathologiques et ne nécessitent pas toujours une prise en charge médicale et ce lorsqu'ils sont occasionnels et justifiés. En revanche, les troubles durables peuvent conduire à de véritables infirmités. Beaucoup de patients évitent la consultation par automédication ou par la prise de toxiques (alcool, cannabis,...).

L'absence de laboratoire du sommeil amène les praticiens à se contenter d'examiner leur patient à l'état de veille, alors que les définitions et le diagnostic des troubles du sommeil font appel à des paramètres physiologiques obtenus lors de l'examen de patients endormis (EEG, EMG, EOG).

II - PHYSIOLOGIE DU SOMMEIL

On a pu décrire des stades électrophysiologiques grâce à un polysomnographe qui enregistre simultanément :

- l'activité cérébrale par l'EEG ;
- les mouvements oculaires par l'EOG ;
- le tonus musculaire par l'EMG ;

A - ORGANISATION DU SOMMEIL

Un sujet moyen s'endort en 15 à 20 minutes.

Chez le sujet adulte, une nuit de sommeil comprend 4 - 5 cycles. Chaque cycle dure environ 90 minutes, et comporte une phase de sommeil lent puis une phase de sommeil paradoxal.

1 - Le sommeil lent : Le SL est décomposé en 4 stades :

- stade I : endormissement ;
- stade II : SL léger
- stade III : SL établi
- stade IV : SL profond

2 - Le sommeil paradoxal :

Appelé encore "sommeil onirique" est plus profond et il est caractérisé par :

- une activité onirique prononcée (rêves)

B - FONCTIONS DU SOMMEIL

1 - fonctions du SL : régénération de l'intégration physique

Au cours du SL profond (IV) sont sécrétées certaines hormones, en particulier l'hormone de croissance qui a aussi un rôle anabolique et réparateur.

2 - fonctions du SP :

L'activité intense du cerveau pendant le SP aurait pour but de transformer la mémoire immédiate en souvenirs.

III - CLASSIFICATION DES TROUBLES DU SOMMEIL

On distingue :

A- Dyssomnie (perturbation de la quantité, qualité ou horaire du Sommeil).

- 1- Insomnie.
- 2- Hypersomnie
- 3- Troubles du rythme veille- Sommeil (troubles circadiens).

B- Parasomnie (phénomènes anormaux survenant au cours du Sommeil)

Parasomnie par trouble de l'éveil.

- 1- Eveils confusionnels (ivresse du sommeil).
- 2- Somnambulisme (stade IV du SL).
- 3- Terreurs nocturnes (stade IV du SL).

Parasomnie par trouble de la transition veille- Sommeil.

- 1- Sursauts du Sommeil.
- 2- Somniloquie.
- 3- Crampes nocturnes des jambes.

Parasomnie associées du Sommeil paradoxal.

- 1- Cauchemars.
- 2- Paralysie du Sommeil.
- 3- Tumescence pénienne douloureuse et troubles nocturnes de l'érection.
- 4- Troubles du comportement.

Autres parasomnies :

- 1- Bruxisme.
- 2- Enurésie.
- 3- Boulimie ou potomanie nocturne.
- 4- Hand banging.

DSM IV:

A/DYSSOMNIES:

1. insomnie primaire
2. hypersomnie primaire
3. troubles du sommeil lié au rythme circadien

B/PARASOMNIES :

1. cauchemars
2. terreurs nocturnes
3. somnambulisme
4. autres parasomnies

C/troubles du sommeil liés à un autre trouble mental

D/autres troubles du sommeil

Troubles du sommeil dus à une affection médicale générale

Troubles du sommeil induit par une substance.

CIM10 :

- 1/ insomnies.
- 2/ hypersomnies.
- 3/ troubles du rythme veille- sommeil
- 4/ Somnambulisme
- 5/ Terreurs nocturnes
- 6/ Cauchemars
- 6/ autres troubles de sommeil

7/ troubles du sommeil, sans précision

A – Insomnie

On les définit actuellement comme : **sommeil perçu par le patient comme difficile à obtenir, insuffisant, insatisfaisant ou non récupérateur**

1° - Epidémiologie Prévalence : 3 à 48%

2° - Critères cliniques

- Durée : de 3 semaines à 6 mois ;
- Forme : transitoire, chronique, secondaire
- Gravité : répercussion diurne avec difficultés lors du réveil, asthénie, difficultés de concentration, dysphorie, baisse des performances intellectuelles somnolence diurne ;

3 - Formes clinique

3.1 - Insomnies transitoires

- Cause psychologique identifiable le plus souvent
- Recherche de facteurs favorisant ou déclenchant

3.2 - Insomnies chroniques primaires

- présence de 1 ou plusieurs réveils après endormissement normal ;
- absence d'endormissement après les réveils ;
- anxiété anticipatoire et conditionnement négatif vis à vis du sommeil (« je ne vais encore pas dormir ») ;

3.3 - Insomnie secondaire

Ce sont des insomnies en relation directe avec le sommeil, les causes organiques ou psychiatriques

3.3.1 Syndrome des jambes sans repos

- paresthésies (picotements et/ou tension des membres inférieurs)..
- Difficultés d'endormissement et éveils nocturnes.

3.3.2 Syndrome des mouvements périodiques des membres

Extension du gros orteil Dorsiflexion du pied.

Diagnostic : enregistrement polygraphique des jambiers antérieurs.

3.3.3 Syndrome d'apnée du sommeil

- installation progressive d'une somnolence diurne bien repérée par l'entourage
- Ronflements nocturnes + arrêts respiratoires répétés suivis de reprise respiratoire bruyante ;

3.3.4 Insomnies psychiatriques 30 à 60% des causes d'insomnie

Anxiété : stress post traumatique : Dépressions : Syndrome maniaque : Bouffée délirante : confusion : Schizophrénie :

3.3.5 Insomnies iatrogènes

Abus de substances stimulantes : caféine, amphétamines, cocaïne psychotropes stimulants

3.3. 6 Insomnies organiques : Kc métastatiques des os. Dyspnées d'origine pulmonaires ou cardiaques, troubles digestives : ulcère gastro- duodéal.

B Hypersomnies L'examen du patient hypersomniaque est identique à celui du patient insomniaque et les mêmes examens complémentaires sont utilisés

1. Hypersomnies induit

2. hypersomnies primaires

2.1 Narcolepsie *Syndrome de GELINEAU*

Il est défini cliniquement par **la tétrade narcoleptique** :

-La **narcolepsie** est une somnolence diurne excessive comportant des accès de sommeil quasi irrépessibles qui surviennent par vagues au cours de la journée. Les siestes sont réparatrices, permettant de disposer pendant une durée plus ou moins longue d'une vigilance normale.

-Les attaques de **cataplexie** sont des accès de résolution du tonus musculaire, d'une durée variant d'une fraction de seconde à plusieurs minutes, qui peuvent être partielles (mâchoire, membres supérieurs) ou généralisées, entraînant alors une chute. Leur particularité est d'être très souvent provoquée par une émotion et/ou la surprise, en particulier le rire.

-Les **paralysies du sommeil** surviennent au moment de l'endormissement (hypnagogiques) ou du réveil (hypnopompiques). Elles sont caractérisées par une impossibilité de bouger alors même que le sujet est mentalement éveillé ; dure plusieurs minutes

-Les **hallucinations hypnagogiques** ou, plus rarement, hypnopompiques sont souvent polysensorielles, parfois purement auditives, visuelles ou somesthésique, voire intrapsychiques.

Le sommeil de mauvaise qualité : endormissement rapide et multiples éveils nocturnes avec activité onirique importante.

Les symptômes débutent souvent à l'occasion d'un traumatisme, physique ou psychique, Le diagnostic de narcolepsie-cataplexie est donc essentiellement clinique, par un interrogatoire orienté qui met en évidence cette tétrade symptomatique très particulière.

Le test de latence multiple d'endormissement confirme le diagnostic de narcolepsie-cataplexie en montrant une latence moyenne d'endormissement effondrée associée à des "**endormissements en sommeil paradoxal**".

2.2 Hypersomnie récurrente/syndrome de Kleine-Levin

Épisodes d'hypersomnolence diurne + allongement de temps de sommeil nocturne + hyperphagie + troubles des conduites sexuelles (masturbation), + troubles du caractère et de l'humeur, des fonctions supérieures

C TROUBLES DE RYTHMES CIRCADIENS

1. **Syndrome d'avance de phase** : endormissement et un réveil précoces +Le réveil vers 2.3 h du matin+ besoin de sommeil en fin d'après- midi. (Surtout chez les personnes âgées).

2. **Syndrome hypernycthéral** :

Il s'agit de cycles veille- sommeil d'une durée supérieur à 24 h avec un décalage progressif des horaires de sommeil presque une heure chaque jour. On peut observer une insomnie totale suivie d'une somnolence diurne. (La cécité d'origine périphérique, la Sx, la démence).

3. Syndrome de retard de phase : L'endormissement survient tardivement après 2 h du matin de manière permanente. Le sommeil est satisfaisant en qualité et en quantité si l'heure du réveil spontané, 7 à 8 h après le coucher, est compatible avec les exigences de la vie quotidienne. La symptomatologie apparaît lorsque l'heure de réveil doit être avancée pour obéir aux exigences des horaires conventionnels : quantité insuffisante de sommeil, somnolence diurne, asthénie, troubles de l'humeur.

4. Changement de fuseaux horaires :

Nommé « jet lag » ce syndrome correspond à une désynchronisation des rythmes veille - sommeil liée au franchissement de fuseaux horaires. Le symptôme 1er est une insomnie d'endormissement lors d'un voyage vers l'est, un réveil prématuré lors d'un voyage vers l'ouest.

5. Travail posté :

Les horaires décalés ou variables de travail peuvent être à l'origine de troubles du sommeil (sommeil perturbé dans sa quantité et sa qualité) et de la vigilance (somnolence).

D PARASOMNIES

Ensemble de perturbations associées au déroulement du sommeil

1. Terreurs nocturnes

Sujet assis dans son lit, en mydriase, souvent érythrosique, hurlant, stuporeux

2. Somnambulisme

Caractérisé par une activité motrice complexe : peut se lever, déambuler, exécuter des tâches précises (éviter les meubles, descendre les escaliers...).

3. Somniloquie

Fait de parler pendant le sommeil (mots isolés jusqu'à un discours élaboré).

4. Rythmes nocturnes

Mouvements rythmiques de la tête voire de l'ensemble du corps au moment de l'endormissement ou au cours du sommeil lent léger

5. Crampes nocturnes des membres inférieurs

Contractions forcées des muscles du mollet ou du pied.

6. Myoclonies d'endormissement

Secousse brutale de tout ou partie du corps pouvant réveiller le sujet ou l'empêcher de s'endormir

7. Bruxisme C'est le fait de grincer les dents pendant le sommeil. Survenue lors des stades I et II du sommeil lent.

8. Autres parasomnies

-Paralysies du sommeil. (« bou tellis, bou berrek, djhama »)

-Erections douloureuses nocturnes

IV Traitement des troubles du sommeil

1-Hygiène du sommeil

1. Se coucher et se lever à heure régulière
2. Ne pas aller au lit trop tôt (attendre d'avoir sommeil)
3. Ne pas se coucher ailleurs que dans son lit
4. Pas de *grasse matinée* ni de sieste
5. Dormir dans une chambre fraîche (16 à 19°C), sombre, calme
6. Pas de repas lourd ni d'excitants après 17 h
7. Relaxation en soirée : lecture, bain tiède (et non chaud)
8. Pas d'activité excitante en soirée (discussion, T.V)
9. Activité physique en journée mais pas en soirée

2-Thérapies

1. Photothérapie ou luxthérapie
2. Techniques de relaxation
3. Les benzodiazépines : la plupart des anxiolytiques...
4. Les hypnotiques : zopiclone (IMOVANE), zolpidem (STILNOX)
 - sont voisins des benzodiazépines
 - mais possédant beaucoup plus d'avantages
5. Autres substances à pouvoir hypnotique
 - antihistaminiques
 - anxiolytiques, neuroleptique

V Conclusion

Les troubles du sommeil sont fréquents et souvent injustement ignorés, pourtant, ils ont des répercussions majeures sur notre vie. Ils représentent un motif fréquent de consultation. Ses troubles relèvent de plusieurs étiologies. Leur thérapeutique est souvent difficile.