

[Date]

LES TROUBLES VEILLE -SOMMEIL

Dr Bououden N :Maitre
assistante en psychiatrie
Université Constantine 3

• I-Introduction :

- Le sommeil , cette mystérieuse nécessité biologique occupe **le tiers** de notre existence . C'est **une fonction physiologique vitale** et une **période décisive pour la physiologie** de multiples organes : la maintenance du métabolisme neuronal au niveau cérébral, la mise au repos du système cardiovasculaire et l'équilibre du métabolisme des glucides... Mais aussi pour **le bien-être, l'humeur et la vigilance la santé , la scolarité, la vie sociale, économique et professionnelle .**

Les troubles du sommeil concernent près **d'un individu sur trois** à un moment ou l'autre de sa vie. Souvent transitoires, non reconnus et non traités, ils ont tendance à devenir chroniques et à s'aggraver . Ils peuvent englober **de multiples étiologies somatiques**(troubles neurologiques ou respiratoires) comme **psychiatriques .**

II-Régulation veille-sommeil

L'alternance veille-sommeil est régie par 2 processus:

- Le processus homéostatique(processus S): « je dors car je suis fatigué »
- Le processus circadien (processus C): « je dors car c'est mon heure de dormir ».



— Processus circadien (C)
— Processus homéostatique (S)

Figure 1. Le processus homéostatique S s'accumule au fur et à mesure de l'éveil, il diminue lors du sommeil. Le processus circadien C définit une propension à l'éveil élevée la journée et faible la nuit avec un nadir vers 4 h du matin. Le déclenchement du sommeil et sa fin sont déterminés par l'interaction des deux processus.

Le processus homéostatique , accumulatif augmente tout au long de la veille et diminue pendant le sommeil.

Le processus circadien dépend de l'horloge biologique (qui module les états de vigilance , les sécrétions hormonales , la température interne ,les cycles de division cellulaire et l'humeur).

L'horloge biologique est soumise à l'influence de synchronisateurs externes : alternance lumière obscurité , les rythmes sociaux , l'activité physique , et l'alimentation.

Les 2 processus interagissent entre eux selon le schéma.

III- Caractéristique du sommeil normal :

*Chez l'adulte, le sommeil normal survient **la nuit** ,il dure en moyenne **7 à 8 heures** , avec des variations interindividuelles en fonction de :l'âge , du sexe, de l'individu lui-même (court/long dormeur, sujet du matin/sujet du soir).

*Le sommeil est divisé **en cycles d'environ 90 minutes** , qui alternent tout au long de la nuit.

*Chaque cycle est composé de :

-**Stade 1 et 2: sommeil lent léger**:50% du sommeil total.

-**Stade 3 et 4: sommeil lent profond**: 25% du sommeil total.

Ces 4 stades sont caractérisés par une activité EEG qui se ralentit progressivement .

-**Stade 5 :sommeil paradoxal** : activité EEG rapide proche de la veille , des mouvements oculaires rapides , une abolition du tonus musculaire , ainsi que la survenue de rêves: 25% du sommeil total.

- **Un cycle de sommeil normal débute** par du sommeil lent dont la profondeur augmente progressivement puis se termine par du sommeil paradoxal.
- **Les cycles se répètent** et **leur architecture évolue** au fur et au mesure que le sommeil dure.
- **En début de nuit** le sommeil lent(et notamment profond)occupe **la majeure partie du temps de sommeil** ,puis **il se réduit**(voir disparaît) alors que le temps de sommeil paradoxal **augmente**.
- **Chez l'enfant** le sommeil profond est en quantité plus important que chez l'adulte, et a un rôle majeur dans le **développement cérébral et cognitif, l'intégration des connaissances et des apprentissages**. Le sommeil lent profond permet aussi la

sécrétion d'hormone de croissance et joue un rôle très important dans la croissance.

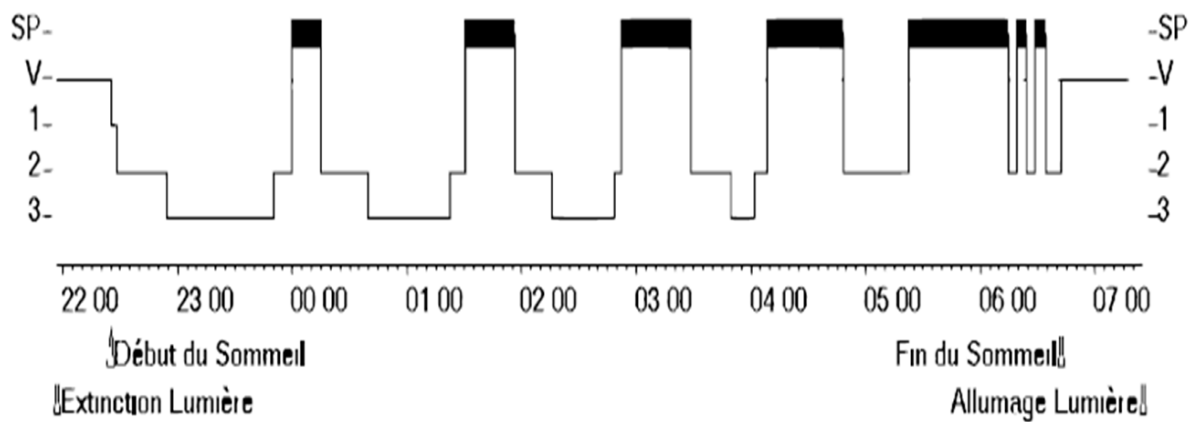


Figure 2. L'hypnogramme est une représentation graphique de la succession des différents stades de vigilance au cours de la nuit qui définit des cycles de sommeil. L'enregistrement débute peu après 22 h et se termine vers 7 h 30. Noter la prédominance du sommeil lent profond en début de nuit et celle du sommeil paradoxal en fin de nuit. V: Veille; SP: Sommeil paradoxal; N1: Stade 1 sommeil lent léger; N2: Stade 2 sommeil lent léger; N3: Sommeil lent profond.

IV-Les troubles du sommeil :

- **A- Définition :** Le trouble du sommeil est : **un syndrome** caractérisé par une perturbation significative du sommeil ou de l'éveil d'un individu dû à un dysfonctionnement physiologique ou psychologique de la régulation veille-sommeil.
- Ils sont classés en 2 catégories:
- **-les dyssomnies :** anomalies de *la quantité* ,de *la qualité* ou de *l'horaire* du sommeil: insomnies, hypersomnies, troubles du rythme circadien.
- **-les parasomnies :** *comportements anormaux* ou *phénomènes physiologiques* survenant au cours du sommeil : cauchemars, somnambulisme , terreurs nocturnes , troubles du comportement en sommeil paradoxal.

B-Examen clinique :

- **1-Interrogatoire:**
- Étape essentielle de l'exploration d'un trouble du sommeil . Il précise:
- **1-L'ancienneté et le mode d'installation** du trouble.

- 2-L'existence d'un évènement déclenchant (insomnie réactionnelle).
- 3-Le type de plainte (la durée du sommeil , son manque de caractère réparateur, sa perturbation par des cauchemars...).
- 4-Dans les insomnies ,préciser s'il s'agit de :difficultés d'endormissement , de réveils multiples la nuit et la durée de ces éveils nocturnes, ou d'un réveil trop précoce.

5-Les répercussions diurnes du trouble: asthénie , somnolence diurne, céphalées, tension , irritabilité, altération de l'humeur, trouble de la concentration ,de la mémoire

- 6-L'existence de symptômes associés: ronflements, pauses respiratoires au cours du sommeil , polyurie ,mouvement des membres.
- 7-La prise de substances psychotropes, notamment les traitements hypnotiques déjà utilisés.
- 8-Evaluation du rythme de vie, des habitudes de sommeil.

9-Enfin un examen clinique complet devra rechercher une pathologie somatique ou psychiatrique associée

- 2- Agenda du sommeil:
- Souvent utile pour objectiver les données de l'interrogatoire, le patient y indique tout les jours :
- L'heure de coucher et du lever.
- -L'estimation du temps d'endormissement.
- -La fréquence et la durée d'éventuels réveils nocturnes

-Une estimation de la qualité du sommeil

C-Examens complémentaires :

- Dans la grande majorité des cas , l'examen clinique suffit au diagnostic étiologique du trouble.
- -Parfois il peut être utile à recourir à un **enregistrement polysomnographique** (qui est un enregistrement du sommeil) au cours duquel :
- *On enregistre plusieurs paramètres : EEG, électromyogramme, ECG , fréquence respiratoire et saturation en oxygène.
- * Etudie objectivement la morphologie et l'organisation temporelle du sommeil.

D-Les dyssomnies:

1-Les insomnies :

- Les insomnies sont définies par:
- -Une **difficulté à initier ou à maintenir le sommeil.**
- -Ou **un sommeil non réparateur.**
- -Ayant pour conséquence **une perturbation du fonctionnement socio professionnel.**

- **1- Les insomnies transitoires:**

- Fréquente (30 à 50% de la population), liée à: *une situation de stress(événement de vie , affection somatique intercurrente ...).
- *ou à une mauvaise hygiène de vie.
- Ces insomnies durent quelques nuits et disparaissent spontanément à l'arrêt du facteur causal.

- **2- Les insomnies chroniques:**

- On distingue les insomnies chroniques sans comorbidités (insomnies primaires) et les insomnies chroniques avec comorbidités (insomnies secondaires).

- **a - Insomnies chroniques sans comorbidités:**

- *Insomnie psychophysiologique: focalisation et hyper anxiété autour du sommeil : tension physique élevée au coucher .
- *Insomnie paradoxale: par mauvaise perception du sommeil .
- *Insomnie idiopathique: débute dans l'enfance , évolution chronique.

- **b- Insomnies chroniques avec comorbidités:**

- Ici l'insomnie n'est qu'un symptôme ,et son traitement sera d'abord de l'affection causale .

- ***Insomnie liée à un trouble psychiatrique:**

- -Dépression : réveil matinal précoce.
- -Manie: insomnie sans fatigue.
- -Troubles anxieux : insomnie d'endormissement.
- -Schizophrénie : dans les phases d'exacerbation.
- -Abus de substance: alcool , utilisation prolongée d'hypnotiques , sevrage d'hypnotique et de benzodiazépines , caféine , cocaïne, amphétamines...

- **Insomnie liée à un trouble somatique:**

- -Algies,

- -Troubles neurologiques: maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson.
- -Polyurie
- -hyperthyroïdie.
- *Prise de certains médicaments: Corticoïdes , dopamine, théophylline, antidépresseurs stimulants.....

Nécessité d'un aménagement horaire des prises de traitement.

3-Le traitement: repose sur :

- -Les règles d'hygiène du sommeil :
- * Horaires réguliers de coucher et de lever.
- * Eviter les repas copieux le soir, la consommation d'alcool, de nicotine et de caféine le soir.
- * Pratiquer un exercice physique dans la journée , mais pas après 17 h.
- *Relaxation avant le coucher.
- * Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher

-Le sevrage progressif d'hypnotiques pris au long cours ,devenus inefficaces.

-Les thérapies cognitives et comportementales ,

-Voire les hypnotiques ponctuellement dans les moments d'exacerbation de l'insomnie: sur une courte période(< 28 jours),à dose minimale efficace : benzodiazépines et apparentées : ex: Stilnox*;antihistaminique : atarax*

-Pour l'insomnie sans comorbidité : traitement médicamenteux par mélatonine.

-Insomnie avec comorbidités :traitement d'abord de la pathologie causale.

2-Les hypersomnies et les troubles de l'éveil:

- Hypersomnie et somnolence diurne (baisse de la vigilance mais sans endormissement) sont plus rares que les insomnies ,et souvent méconnues par les patients .
- 1-syndrome d'apnée du sommeil : épisodes d'obstruction des voies aériennes supérieures pendant le sommeil ,entraînant des apnées avec micro réveils , une somnolence diurne invalidante, asthénie , et irritabilité . Survient dans 2/3 des cas chez les sujets obèses.

- Complications : HTA, hypertension artérielle pulmonaire, accidents ischémiques cérébraux ou cardiaques, accidents de travail , AVP.
- Traitement : règles hygièno diététiques (réduction du poids, suppression des facteurs aggravants (prise d'alcool , de sédatifs...)); et ventilation en pression positive la nuit ,chirurgie ORL.
- 2-Narcolepsie : ou syndrome de Gelineau:
- Association :
- *D'accès de sommeil diurnes brefs , incontrôlables *De cataplexie :perte brutale du tonus musculaire, partielle ou générale, souvent déclenchée par une émotion (surprise , rire....)
- *D'hallucinations hypnagogiques ;
- *Et de paralysie du sommeil.
- Traitement:*Antidépresseurs : ISRS et tricycliques: actifs sur la cataplexie.
- *Le modafinil: psychostimulant non amphétaminique ,actif sur les accès de sommeil.
- 3- syndrome d'impatience des membres inférieures et syndrome de mouvements périodiques des membres:
- Souvent associés.ils sont responsables à la fois d'insomnie et d'hypersomnie.
- Syndrome des jambes sans repos : paresthésies des jambes apparaissant au coucher et empêchant l'endormissement , soulagées par des mouvements répétées des membres.
- Syndrome de mouvements périodiques des membres : mouvements des membres brefs stéréotypé au cours du sommeil , accompagné de micro éveils.
- Traitements :- certains facteurs favorisants ont été identifiées : carence en fer et en folates :- compenser ces carences.
- -Benzodiazépines.

4-Syndrome de Kleine Levin : pathologie rare survenant chez l'adolescent ou l'adulte jeune de sexe masculin . Caractérisée par des crises d'hypersomnie durant quelques jours(20 h de sommeil par jour),accompagné d'hyperphagie, d'irritabilité et parfois de désinhibition sexuelle . Trouble qui disparaît spontanément après quelques années.

5-Hypersomnie idiopathique : débute à l'adolescence ou chez l'adulte jeune, sommeil nocturne anormalement long , non réparateur , le réveil matinal est difficile , somnolence diurne excessive.

Traitement : psychostimulant non amphétaminique : modafinil très efficace.

- **6-Hypersomnie iatrogène:** psychotropes, anticonvulsivants , antihistaminiques, myorelaxants , progestatifs , AINS , certains antalgiques et antihypertenseurs.....
- **7-Hypersomnie lié à un trouble somatique :** post-traumatique , hypertension intracrânienne , tumeurs cérébrales , AVC , encéphalite , maladies dégénératives (Alzheimer , Parkinson).
- **8-Hypersomnie dépressive :** dans les dépressions saisonnières et les dépressions du trouble bipolaire.

3-Les troubles du rythme circadien :

- Se sont des troubles dont le dénominateur commun est une **perte de l'alignement des horaires de sommeil et d'éveil** par rapport aux heures habituelles .
- Ces troubles peuvent être primaires ou secondaires.
- **1-Les troubles primaires** sont liés à un dysfonctionnement de l'horloge biologique et se manifestent par:
 - **a-syndrome de retard de phase :** endormissement et réveil trop tardif.
 - **b-syndrome d'avance de phase :** endormissement et réveil trop précoce.
- **2-Les troubles secondaires** sont induits par des changements externes ou des comportements: travail posté et le décalage horaire.

E-Les parasomnies :

- **1-Somnambulisme :** survient surtout chez l'enfant, pendant **le sommeil lent profond**(stade 3 et 4).comportements moteurs stéréotypés complexes , variés (déambulations , prise de nourriture , soliloquies...),risque d'accidents.
- **2-Terreurs nocturnes:** état de terreur intense survenant surtout chez l'enfant, pendant **le sommeil lent profond** , avec amnésie totale de l'épisode au réveil.
- **3-Troubles du comportement en sommeil paradoxal :** mouvements (parfois comportements d'agitation violente) liée au contenu des rêves, survenant surtout chez les hommes après 50 ans.
- **4-Bruxisme :** grincement des dents ,survenant pendant le sommeil lent léger . Le trouble peut être invalidant du fait de l'abrasion des surfaces dentaires.
- **5-Sursauts du sommeil :** myoclonies partielles ou générales survenant à l'endormissement.

- 6-somniloquie : émission de phonèmes ,ou conversation, survenant en sommeil lent.

7-cauchemars : rêves à caractère effrayant ,angoissant, survenant au cours du sommeil paradoxal , favorisés par certains médicaments (L . dopa) ou par le sevrage (d'alcool ou d'hypnotiques).Des cauchemars répétés doivent faire évoquer un état de stress post traumatique.