

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE INSOMNIE

Définition

L'insomnie est la diminution de la durée habituelle du sommeil et/ou l'atteinte de la qualité du sommeil avec retentissement sur la qualité de la veille du lendemain.

Type de troubles la nuit et le jour

Pendant la nuit la quantité de sommeil est réduite par :

- des difficultés d'endormissement,
- des éveils nocturnes,
- un réveil trop précoce le matin.

Le sommeil est vécu comme léger et non reposant.

La journée du lendemain est difficile avec des plaintes de fatigue, somnolence, irritabilité, et s'accompagne souvent de troubles de l'humeur.

Signes associés à rechercher :

- des paresthésies dans les jambes (fourmillements, brûlures, agacements) qui vont gêner considérablement la personne lorsqu'elle se couche dans son lit, l'obligeant à se relever, à marcher. Elle a besoin de se doucher les jambes avec de l'eau froide, ou de se les frotter vigoureusement. En cas d'éveils nocturnes les mêmes manifestations se reproduisent,
- des mouvements périodiques des jambes que le patient ne ressent pas mais qui peuvent gêner considérablement le conjoint,
- une respiration irrégulière ou un ronflement (intérêt de l'interrogatoire du conjoint).

Préciser les conditions de sommeil du patient :

Les besoins biologiques:

Besoins de sommeil:

Ils sont strictement individuels et correspondent à la quantité de sommeil minimale nécessaire pour se sentir bien le lendemain:

- 6 h, c'est un petit dormeur,
- 9 h, c'est un gros dormeur.

Rythme du sommeil:

- est-il du soir (couche tard/lève tard) ou du matin (couche tôt/lève tôt)?

- Intérêt des vacances et des week-ends pour se faire une idée: s'il dort spontanément jusqu'à 11 heures ou midi, il est du soir; s'il se réveille toujours vers 7 ou 8 heures, il est plutôt du matin

Le contexte psychologique :

- Structure de la personnalité du patient (normale ?, névrotique, psychotique ?),
- Existence d'une anxiété sous-jacente. Non seulement au coucher (peur de ne pas dormir), ce qui est fréquent chez l'insomniaque, mais plutôt une anxiété récurrente dans la journée qui s'accompagne d'une sensation de boule dans la gorge, de poids sur l'estomac, de ruminations anxieuses.
- Existence d'une dépression sous-jacente. Elle se traduit par des difficultés à faire les choses (même plaisantes), un ralentissement, une perte d'énergie et de plaisir, des troubles de la mémoire, des troubles de l'appétit (avec ou sans modifications de poids),
- Utilisation abusive d'alcool, de drogues, ou de médicaments.

Les contraintes et plaisirs liés au mode de vie :

- irrégularité des horaires (travail à horaires alternants, travail de nuit...),
- évaluation des stress (affectifs, familiaux ou professionnels),
- rechercher la présence de situations conflictuelles à la maison ou au travail,
- existence de temps de repos, de loisirs, d'activités sportives.

Les diagnostics évoqués:

Penser d'abord à éliminer une cause organique à l'insomnie:

L'interrogatoire du patient et du conjoint suffit dans la plupart des cas .

- Le syndrome des jambes sans repos :
 - o insomnie d'endormissement,
 - o paresthésies dans les jambes au moment du coucher (sensations de brûlures, d'agacements, de picotements) qui obligent à se lever, à marcher, à se rafraîchir les jambes sous la douche...
 - o impatiences dans les jambes pendant la journée.
- Les mouvements périodiques nocturnes :
 - o souvent associés au syndrome précédent,
 - o peut exister à tous les âges, mais augmente de fréquence avec l'âge,
 - o secousses cloniques périodiques touchant préférentiellement les jambes qui réveillent parfois le patient mais surtout le conjoint. Elles surviennent par périodes au cours de la nuit au rythme d'un mouvement toutes les 20 à 40 secondes.

- Le syndrome d'apnées du sommeil :

Dans le cas d'insomnies isolées les apnées sont essentiellement centrales (par défaut de commande des centres respiratoires).

- o pas de signe clinique évident,
- o témoignage du conjoint qui a l'impression que le dormeur s'arrête de respirer,
- o le ronflement est rare ou peu marqué,
- o fatigue importante le matin,
- o troubles de la mémoire et de la concentration pendant la journée,
- o valeur des signes négatifs qui soulignent le contraste entre une insomnie dont le retentissement est important alors qu'il n'y a pas de cause évidente.

Les autres causes:

- Rechercher une cause environnementale (bruit, chaleur..), des erreurs d'hygiène de vie (activité trop intense le soir, abus de café ou d'alcool), un rythme imposé inadéquat (travail de nuit ou en équipes), une maladie organique associée perturbant le sommeil (asthme, angor, ulcère gastro-duodéal, reflux gastro-oesophagien ...) ou bien encore la prise de médicaments excitants (théophylline, salbutamol, cortisone, bêta-bloquants).

Le diagnostic le plus fréquent est celui des insomnies liées à une cause psychologique ou psychiatrique (50 à 80 % selon les études) :

- L'insomnie psychophysiologique:

Elle représente à elle seule 15 à 20% des insomnies. C'est une insomnie qui apparaît sans cause évidente. Elle fait généralement suite à une insomnie dont la cause est repérable: après une intervention chirurgicale, la naissance d'un enfant, un stress psychologique important, un travail à horaires décalés... Il y a un conditionnement négatif à l'insomnie qui se traduit par une activation paradoxale des systèmes d'éveil dès que la personne se met au lit. Elle se traduit par:

- o la peur de ne pas dormir,
- o une tension ou une anxiété au moment du coucher,
- o des endormissements spontanés lorsque le sommeil n'est pas recherché (devant la télé...),
- o l'impossibilité de faire une sieste pour récupérer.
- Une dépression sous-jacente est toujours à craindre :
 - o l'insomnie touche principalement la seconde partie de la nuit,
 - o valeur des petits signes: goût à rien, obligation de se forcer pour faire la moindre chose, repli sur soi parfois irritabilité et agressivité.

- o paraît isolée, ou s'intègre dans une maladie connue (psychose maniaco-dépressive ou dépression unipolaire)
- L'anxiété est une grande pourvoyeuse d'insomnie :
- o Insomnie d'endormissement essentiellement,
- o paraît isolée ou s'intègre dans une symptomatologie de type obsessionnelle ou phobique.
- Insomnie associée à une pathologie psychiatrique :

L'insomnie peut faire partie d'un tableau psychiatrique tel qu'une névrose grave ou une psychose. Elle peut être chronique ou transitoire, mais là encore, elle est souvent liée à une anxiété mobilisée lors de moments évolutifs aigus.

Méthode diagnostique :

Interrogatoire du patient et du conjoint:

Le patient rapporte ce dont il se souvient, mais le témoignage de la personne qui partage le même lit, ou, tout au moins la même chambre, est précieux, car il apporte des éléments supplémentaires.

L'agenda du sommeil:

Il s'agit d'un relevé du sommeil, nuit après nuit, qui décrit les éléments importants de la nuit (heure d'extinction de la lumière, temps mis pour s'endormir, éveils dans la nuit, heure de réveil et de lever matinal, somnolence diurne ou sieste).

L'actimétrie:

Un actimètre est un petit appareil qui se porte au poignet et qui enregistre tous les mouvements, même légers. Sachant qu'il existe une excellente corrélation entre le rythme activité-repos et le rythme veille-sommeil, cet appareil donne une excellente indication sur les horaires de sommeil et les éveils dans la nuit.

La plupart des diagnostics d'insomnie sont faits sur la clinique obtenue par l'interrogatoire complétée par l'agenda du sommeil, éventuellement associé à l'actimétrie.

Un enregistrement polysomnographique du sommeil n'est habituellement pas nécessaire:

Cet examen qui permet d'analyser finement le sommeil grâce à des capteurs enregistrant l'électro-encéphalogramme, l'électro-oculogramme, l'électro-myogramme, la respiration, les mouvements des muscles jambiers, et éventuellement d'autres paramètres, nécessite un sevrage complet en hypnotiques et en tranquillisants depuis au moins 15 jours.

Il est indiqué en cas :

- de suspicion d'une cause " organique ": syndrome des jambes sans repos, mouvements périodiques nocturnes ou syndrome d'apnées du sommeil,
- d'une insomnie sévère sans cause évidente et résistante aux traitements.

Diagnostic différentiel

Les petits dormeurs :

Ils représentent moins de 10 % de la population.

Certains consultent sous la pression de leur entourage qui les persuade qu'ils ne sont pas "normaux". En fait, ce sont des personnes qui ont réellement besoin de peu de sommeil pour récupérer (moins de 6 heures). Contrairement aux insomniaques ils sont en forme et actifs le lendemain. On retrouve souvent une notion familiale.

Le syndrome de retard de phase :

Il se présente comme une insomnie d'endormissement avec un réveil tardif et très difficile le matin. Il touche préférentiellement l'adolescent et l'adulte jeune. Le sommeil est normal mais décalé, survenant plus tardivement que les horaires habituels. En vacances le décalage est très marqué et la vigilance excellente.

CONDUITE A TENIR

Dans tous les cas des conseils d'hygiène de vie doivent être prodigués au patient qui peuvent permettre d'éviter la prescription d'un hypnotique :

_exercice physique la journée et non pas le soir

_suppression des excitants : café, thé, alcool...

_repas du soir léger

_pas de télévision au lit

_horaires de coucher réguliers, avec respect d'un rituel d'endormissement : apaisement par la lecture, la prise d'une boisson chaude...

_température de la chambre inférieure à 20°

Le traitement consiste en l'emploi d'un hypnotique ou d'un tranquillisant sur une durée limitée (une semaine renouvelable 3 fois)

dans le cas d'insomnie d'endormissement un hypnotique inducteur du sommeil est préféré :

- un hypnotique non benzodiazépinique comme le zolpidem (Stilnox, Ivadal)

- dans le cas d'une insomnie globale :
- un hypnotique non benzodiazépinique comme la Zopiclone (Imovane)
- une benzodiazépine hypnotique ou tranquillisante :
- Loprazolam (Havlane)
- Lormétazépam (Noctamide)
- Nitrazépam (Mogadon)
- Témazépam (Normison)
- Alprazolam (Xanax)
- Bromazépam (Lexomil)

Deux règles doivent être respectées :

ne pas associer les hypnotiques ou tranquillisants et hypnotiques en première intention

prescrire pour une durée limitée : une semaine renouvelable au maximum trois fois

Pour le cas où l'insomnie persiste et/ou chez les patients susceptibles de devenir pharmacodépendants :

préférer un antidépresseur ou un neuroleptique sédatif à faibles doses :

_ antidépresseurs :

1. miansérine (Athymil10 à 20 mg le soir)
2. amitryptiline (Laroxyl10 à 25 gouttes le soir)
3. maprotyline (Ludiomil25 mg le soir....)
4. Trimipramine (Surmontil: 10 à 25 gouttes le soir)

_neuroleptiques :

1. alimémazine (Théralène10 à 25 mg le soir)
2. cyamémazine (Tercian 10 à 25 mg le soir...)

_orienter vers une prise en charge non médicamenteuse :

1. relaxation, sophrologie..
2. prise en charge psychothérapique surtout les TCC