

TROUBLES DU SOMMEIL

I- Introduction :

II- INTERET de la question

III- NEUROPHYSIOLOGIE DU SOMMEIL:

A- Organisation du sommeil

B- Fonctions du sommeil :

C- Enregistrement EEGique :

1- Le sujet éveillé : - yeux ouverts : - Les yeux fermés :

2- 2- le sujet endormi :

D- Anatomie - physiologie - régulation :

E- longs et courts dormeurs :

IV- Particularité du sommeil :

A- Sommeil de l'enfant :

B- Sommeil du sujet âgé :

V- Examen clinique :

A - ATDC familiaux et personnels.

B- Etude de l'histoire du trouble :

C- Etude des caractères du trouble (Caractéristiques des troubles).

VI- Classification des troubles du sommeil :

On distingue :

A- Dyssomnie

1- Insomnie.

2- Hypersomnie

3- Troubles du rythme veille- S (troubles circadiens).

B- Parasomnie

→ Parasomnie par trouble de l'éveil.

→ P. par trouble de la transition veille- S.

→ P. associées du S paradoxal.

→ Autres parasomnies :

VII- Examens complémentaires :

VIII- Les insomnies :

Insomnie occasionnelle ou transitoire :

Insomnie chronique :

A- Insomnie chronique primaire (insomnie maladie) :

B- Insomnie IIaires :

- 1- Insomnie en relation directe avec le sommeil :
- 2- Insomnies de cause organique :
- 3-Insomnies d'origine psychiatrique :
- 4- Les insomnies médicamenteuses et toxiques :

C- Prise en charge des insomnies:

IX/Troubles de l'éveil et hypersomnies :

- 1- Clinique :
- 2- Conséquences :
- 3- ETIOLOGIE :
- A- Etiologies psychogènes :
- B- Narcolepsie :
- C- Syndrome d'apnées obstructives du sommeil :
- D- Hypersomnie par insuffisance de sommeil :
- E- Hypersomnie iatrogène :
- F- Hypersomnie primaire ou idiopathique :
- G- Hypersomnie récurrentes :
- H-Mouvements périodiques nocturnes et Syndrome des jambes sans repos
- E-Autres causes d'hypersomnies :

X- Troubles de rythmes circadiens :

- 1- Syndrome d'avance de phase :
- 2- Syndrome hypernycthémeral :
- 3- Syndrome de retard de phase :

XI/ PARASOMNIES :

- 1-Parasomnies par trouble de l'éveil :
- 2-Parasomnoies par troubles de la transition veille - sommeil :
- 3-Parasomnie associée au sommeil paradoxal :
- 4-Parasomnies survenant pendant le sommeil léger :
- 5-Autres :

TROUBLES DU SOMMEIL

IV- Introduction :

Le sommeil est un besoin physiologique et fondamental qui occupe le 1/3 de l'existence de l'être humain. Il s'agit d'une fonction physiologique vitale, périodique transitoire, adaptative qui permet une régénérescence physique et psychique. Le sommeil, en effet, contient et permet le rêve, fonction essentielle de la vie psychique.

- les troubles du sommeil constituent 1 trouble fréquent, puisqu'il est retrouvé chez plus de 10 % de la population actuelle.
- La vie urbaine avec sa surpopulation, ses bruits et ses stress psychosociaux vont contribuer à en augmenter la fréquence.
- Tous les troubles du sommeil ne sont pas pathologiques et ne nécessitent pas tjrs une prise en charge médicale et ce lorsqu'ils sont occasionnels et justifiés.
- Les troubles psychiatriques sont responsables de près de 50% des insomnies durables.
- Les troubles du sommeil durables peuvent conduire à de véritables infirmités.
- Beaucoup de patients évitent la consultations par automédication ou par la prise de toxiques (alcool, cannabis).
- Les troubles du sommeil sont des symptômes très fréquents en médecine générale comme en neuro- psychiatrie, les troubles du sommeil peuvent motiver à eux seuls la consultation.

V- INTERET

- 1- Epidémiologie : motif fréquent de consultation.
- 2- Nosographique : relève de plusieurs étiologies.
- 3- Thérapeutique : souvent difficile.

VI- NEUROPHYSIOLOGIE DU SOMMEIL:

1- Définition comportementale du sommeil normal :

C'est une suppression des fonctions sensitivo-motrices complexes qui unissent l'être à son milieu et s'accompagnant de modifications physiologiques.

2- Définition polygraphique :

On a pu décrire des stades électrophysiologies grâce a un polysomnographe qui enregistre simultanément (Kleitman) :

- l'activité cérébrale par l'EEG.
- Les mouvements oculaires par l'EOG
- Le tonus musculaire par l'EMG.
- D'autres paramètres surtout neuro-végétatifs (T°, Fc, FR) et la saturation artérielle en O₂ (SaO₂).

A- Organisation du sommeil :

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

Chez un sujet adulte, une nuit de sommeil comporte 4 à 5 cycles, chaque cycle dure environ 90- 120 mn et comporte 4 stades de SL (lent) puis un stade de S paradoxal (sommeil REM : rapid eye movements ou mvts oculaires rapides).

a- **Sommeil lent (SL)** : qui occupe 75% du cycle, se subdivise en 4 stades où le sujet passe progressivement de l'endormissement au S profond.

- le sujet est calme, les yeux immobiles.
- Il existe un tonus musculaire de base, l'activité psychique se poursuit.

- Stade I : endormissement
- Stade II : S L Léger
- Stade III : SL établi ou moyen
- Stade IV : SL profond

b- **Sommeil paradoxal** : ou REM ou SP → 25%.

Appelé encore « sommeil onirique » et plus profond, caractérisé par :

- 1- désynchronisation de l'EEG.
- 2- Des mouvements oculaires rapides (EOG)
- 3- Une atonie musculaire profonde.
- 4- Des secousses musculaires de la face et des extrémités.
- 5- Irrégularité neuro- végétative propice aux accidents somatiques.
- 6- une activité onirique prononcée (rêves).
- 7- Une érection pénienne chez l'homme et clitoridienne chez la femme.

- la durée totale respective de ces différents stades en moyenne :
- Stade I et II : 50% de la nuit.
- Stade III et IV : 25% la nuit.
- Stade V : ou paradoxal : 25% de la nuit.

B- Fonctions du sommeil :

1- fonctions du SL : son besoin est qualitatif.

Régénération de l'intégrité physique. Au cours du SL profond IV sont sécrétés certaines hormones en particulier l'hormone de croissance qui a aussi 1 rôle anabolique et réparateur.

2- fonction du SP : son besoin est quantitatif.

L'activité intense du cerveau pendant le SP aurait pour but de transformer la mémoire immédiate en souvenirs. C'est peut être pour cela qu'il représente 40% de la nuit d'1 jeune enfant alors que sa part se réduit à 10% du S du vieillard.

C- Enregistrement EEGique :

3- Le sujet éveillé :

- yeux ouverts : ondes B, ondes thêta.

- Les yeux fermés : Au repos, Le tracé comporte une activité Alpha

2- le sujet endormi : ralentissement de l'activité cérébrale SL :

Stade I : endormissement.

le tracé se ralentit et son amplitude chute.

Stade II : S léger.

ralentissement est plus marqué : activité lente thêta.

Stade III : S profond.

Apparaissent des ondes lentes delta

Stade IV : S très profond.

Tracé caractérisé par une activité delta,

Stade V : SP ou REM.

Le tracé est proche de celui de l'éveil ou de l'endormissement alors que le sujet dort profondément.

D- Anatomie - physiologie - régulation :

❖ Le sommeil dépend de 3 structures neurologiques essentielles :

- Une structure inductrice au niveau de l'hypothalamus (noyau de raphé médian)
- une structure permissive au niveau du tronc cérébral (SRAA : système réticulaire activateur ascendant).
- Une structure effectrice au niveau de la protubérance et du bulbe (locus coeruleus).

❖ Le maintien de l'éveil est assuré par une structure anatomique, la « formation réticulée » mésencéphalique et certains neurones de l'hypothalamus postérieur.

→ L'hypothalamus est le siège de nombreux rythmes circadiens qui conditionnent les fluctuations de t° et de sécrétions hormonales.

E- longs et courts dormeurs :

❖ longs dormeurs :

- 9H de lit ou plus.
- 1^{er} cycle : 107' (au lieu de 90').
- Il s'agit souvent de sujets anxieux et introvertis.

❖ Courts dormeurs :

- moins de 6H au lit.
- 1^{er} cycle : 89' (moins de 90').
- Sujets extravertis, travailleurs efficaces.

IV- Particularité du sommeil :

A- Sommeil de l'enfant :

Chez le nouveau né, on n'observe pas de stade de S identiques à ceux de l'adulte. La maturité n'étant pas encore réalisée, on observe 2 stades, celui de S calme et celui su S actif qui s'accompagne de MOR. Le nouveau né dort 15h par 24h par cycles de 2H. Vers 3 mois, l'enfant développe des horaires semblables à ceux de l'adulte.

Pendant l'enfance, la durée totale du sommeil diminue progressivement jusqu'à atteindre 8h environ /nuit.

B- Sommeil du sujet âgé :

Les études polygraphiques montrent chez les personnes âgées :

- 1- une chute de la durée totale du S, une augmentation du temps d'endormissement et une somnolence diurne avec tendance à faire la sieste.

V- Examen clinique :

Les troubles du sommeil sont une plainte subjective fréquente, ils nécessitent néanmoins une écoute attentive, un examen clinique minutieux, parfois un interrogatoire de l'entourage. L'ex doit rechercher :

A - ATDC familiaux et personnels.

- Maladies somatiques ou psychiatriques.
- Prise de toxiques.

B- Etude de l'histoire du trouble :

- ❖ Ancienneté (depuis quand ?).
- ❖ Début (brutal, progressif, comment ?).
- ❖ Circonstances de survenue.
- ❖ Facteurs déclenchants
- ❖ Etude du comportement vis-à-vis des hypnotiques (consommation).
- ❖ Habitudes antérieures.

C- Etude des caractères du trouble (Caractéristiques des troubles).

→ Apprécier la quantité du S

- ❖ Durée auto- estimée par le patient (combien ?).
- ❖ Heure et durée de l'endormissement : délai, quand ?
- ❖ Nombre de réveils nocturnes et leur durée (quand et combien ?).
- ❖ Heure du réveil (quand ?).
- ❖ Moment du survenu du trouble (quand ?).

→ Apprécier la qualité du S.

- profondeur du S, rêves.
- Phénomènes associés ou signes d'accompagnement.
 - ❖ Physiques : paresthésie, myoclonies.
 - ❖ Psychiques : idées fixes, ruminations, phénomènes hypnagogiques.

VI- Classification des troubles du sommeil :

On distingue :

B- Dyssomnie (perturbation de la quantité, qualité ou horaire du S).

1- Insomnie.

2- Hypersomnie

3- Troubles du rythme veille- S (troubles circadiens).

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

→ **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).

→ **P. par trouble de la transition veille- S.**

1- Sursauts du S.

2- Somniloquie.

3- Crampes nocturnes des jambes.

→ **P. associées du S paradoxal.**

1- Cauchemars.

2- Paralysie du S.

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.

VII- Examens complémentaires :

→ L'enregistrement polygraphique du S permet d'objectiver le trouble du S par l'étude de l'architecture interne du S. la polysomnographie comprend l'enregistrement simultané de :

- L'EEG.
- L'électromyogramme du menton.
- L'électro- oculogramme.

En fonction des pathologies recherchées, on peut également enregistrer :

- L'ECG.
- Les respirations abdominales et thoraciques.
- Le flux respiratoire.
- La saturation oxyhémoglobinée.
- Le débit cardiaque.
- L'électromyogramme de divers muscles.

VIII- Les insomnies :

1- **Définitions** : c'est un défaut quantitatif et/ou qualitatif du S avec retentissement sur l'efficacité diurne du sujet (fatigue, difficulté de concentration, troubles de mémoire.....).

2- **Sémiologie** :

L'insomnie est une expérience subjective souvent délicate à analyser, plainte subjective qui désigne à la fois une durée insuffisante du S et un S non réparateur. Elle se caractérise selon les cas :

❖ Par des difficultés d'endormissement.

- ❖ Par des éveils au cours de la nuit, au moindre bruit, impression de sommeil haché, éveil unique ou répétés → insomnie du milieu de la nuit.
- ❖ Par un éveil matinal précoce et définitif sans raison apparente → Insomnie matinale après 3 à 4h de S.

3- Dimensions de l'insomnie :

Insomnie occasionnelle ou transitoire :

C à dire quelques nuits (occasionnelles) ou à court terme (qq semaines) Très fréquente liées à 1 circonstance particulière

Insomnie chronique : durant plusieurs mois ou années.

4- Dimension étiologique :

C- Insomnie chronique primaire (insomnie maladie) :

- Durant plusieurs mois à plusieurs années.

D- Insomnie IIaires :

1- Insomnie en relation directe avec le sommeil :

A- Sd d'apnées périodiques du sommeil :

- Prédominance des troubles nocturnes.
- Exagération du ralentissement respiratoire du S profond.
- On parle de ce Sd quand on observe sur une même nuit plus de 30 arrêts respiratoires de plus de 10 s.
- En général, les apnées centrales provoquent des insomnies et les apnées obstructives des hypersomnies.

C- Insomnie associée aux anomalies de réflexe de déglutition : Elle se caractérise par des éveils successifs provoqués par des anomalies de la déglutition avec fausses routes, toux et sensation d'étouffement.

D- insomnies IIaires aux myoclonies périodiques : survenant toutes les 40 à 60 secondes et dont certaines sont capables de provoquer une triple flexion puis une extension des MI.

E- Sd des jambes lourdes sans repos :

- troubles de l'endormissement qui se présente sous la forme de paresthésie à type de picotement et de lésions des membres inf, des fourmillements, soulagées par le mouvement empêchant l'endormissement.

2- Insomnies de cause organique :

→ Les affections organiques les plus couramment citées sont :

- ❖ Kc métastatiques des os.
- ❖ Dyspnées d'origine pulmonaires ou cardiaques.
- ❖ Hyperthyroïdie.
- ❖ Troubles digestives : ulcère gastro- duodéal, reflux gastro- oesophagien.
- ❖ Maladies neurologiques.
- ❖ Certaines affections comme l'HTA, le diabète, au début ne se manifestent que par des troubles du sommeil.

- ❖ Les troubles endocriniens ne sont pas écartés.
- ❖ Etats fébriles et infectieux.

3-Insomnies d'origine psychiatrique :

Tous les troubles psychiques peuvent s'accompagner d'I ; représentent 30 à 60% des causes d'I.

- A- Dépression :
- B- Etats maniaques :
- C- Confusion mentale :
- D- Etats démentiels :
- E- Psychose chronique ou Sx :
- F- Troubles anxieux :

4- Les insomnies médicamenteuses et toxiques :

- Les hypnotiques : donnés au long cours, s'avèrent inefficaces,
- les BZD : peuvent induire surtout chez les enfants et les personnes âgées, une insomnie avec état d'agitation paradoxale.
- L'alcool fragilise le sommeil.
- La caféine augmente la latence du sommeil et diminue le sommeil profond (III et IV)

6- Prise en charge :

A- Méthodes :

1- Hygiène de vie et du sommeil :

- ❖ Elle consiste à avoir une activité physique suffisante le jour, à éviter les exercices physiques ou intellectuels demandant l'effort soutenu le soir.
- ❖ Ne pas boire du café ou d'alcool le soir, dîners trop lourds.
- ❖ Une boisson sédative ou infusion peut être profitable.
- ❖ Se coucher régulièrement à l'heure qui convient le mieux à dormir.
- ❖ Se lever à heure fixe quelque soit la durée et la qualité du sommeil.
- ❖ Dormir dans une chambre fraîche, sombre et calme.

2- Traitement chimiothérapeutique :

Plusieurs molécules peuvent être utilisées :

- BZD.
- Hypnotique non BZD.
- ATD sédatifs.
- Quelques dérivés de la phénothiazine.

3-Psychothérapie :

- ❖ Thérapie cognitivo- comportementale.

B- Indications :

1- Insomnie occasionnelle : recours à un hypnotique

2- Insomnies à court terme : anxiolytiques la journée et/ou hypnotique le soir.

Il convient d'informer le patient des effets indésirables des médicaments, du risque de dépendance, de la possibilité d'une insomnie de rebond à l'arrêt de l'hypnotique.

3- Insomnies chroniques :

- Thérapie comportementale pour sujets jeunes coopérants.
- Traitement pharmacologique : seuls ou en association avec les précédentes.
- Aussi pour un sujet anxieux, on prescrira une BZD ou un tranquillisant (pipérazine).
- pour le déprimé, un AD sédatif le jour ou le soir.
- a- Insomnies psychiatriques : sont toujours de traitement étiologique.
- b- Insomnies organiques : relèvent du traitement de la maladie en cause.

IX/Troubles de l'éveil et hypersomnies :

Correspondent à une vigilance altérée en durée (hypersomnie) ou en qualité (sommolence diurne). A l'inverse de l'insomnie, ces troubles sont souvent difficiles à diagnostiquer et à traiter.

Caractéristiques générales :

4- Clinique : l'accès de sommeil est plus ou moins permanent ou paroxystique : Sommeil de nuit très allongé ou somnolence diurne.

5- Conséquences :

Elles peuvent être lourdes responsables d'une baisse des performances professionnelles et cognitives.

6- ETIOLOGIE :

A- Etiologies psychogènes :

- Dépression, mélancolie (surtout chez l'adolescent et la femme)
- Trouble anxieux.
- Hypersomnie récurrente ou Sd de Kleine Levin : rare.
- Hypersomnie paroxystique.

B- Narcolepsie :

❖ Clinique : décrite par Gélineau (1880), observée plutôt chez l'homme, débutant le plus souvent à l'adolescence, associe une tétrade symptomatique :

- **Une hypersomnie** avec somnolence diurne quotidienne excessive, non permanente, survenant aux mêmes heures pour un sujet : attaques de sommeil soudaines, incontrôlables.
- **Des accès de cataplexie** : abolition soudaine de courte durée du tonus musculaire. Cette atonie peut être généralisée ou ne concerne que certains groupes musculaires (chute de la mâchoire, bascule de la tête, dérochement des genoux,...etc). Les accès surviennent souvent à l'occasion d'émotions fortes, l'activité sportive, le rire, l'activité sexuelle. A la fin de l'épisode, le patient retrouve toute sa motricité.
- **Des hallucinations visuelles, auditives**, surviennent à l'endormissement, dans un vécu d'angoisse (hallucinations hypnagogiques).
- **Les paralysies du sommeil** se caractérisent par une incapacité totale à mobiliser les muscles, à respirer avec une amplitude normale, elles surviennent lors d'un éveil, durant quelques minutes.

Le patient se plaint également d'un sommeil de mauvaise qualité, l'endormissement est rapide mais il existe de multiples éveils nocturnes avec une activité onirique importante.

❖ Diagnostic :

- Clinique : il est souvent porté avec un retard de plusieurs années. La cataplexie manque parfois au tableau clinique.

❖ Comorbidité : peut être retrouvée avec :

- un Sd d'apnée du sommeil

- un Sd des mvts périodiques des membres.

- Une affection neurologique : tumeur cérébrale, encéphalite, sclérose en plaque, traumatisme crânien.

❖ Physiopathologie : l'approche physiopathologique de cette désorganisation des états veille et de sommeil évoque actuellement un déséquilibre des systèmes cholinergiques (hypersensibilité) et monoaminergiques (hypofonctionnement). Le caractère génétique de cette maladie est attesté depuis quelques années.

❖ Traitement :

- Traitement de la somnolence et des accès de sommeil : est pharmacologique

- Traitement de la cataplexie, des hallucinations et des paralysies du sommeil : AD (tricycliques, IRS).

- Thérapies comportementales.

NB : La narcolepsie est en principe une CI à la conduite de tout véhicule.

C- Syndrome d'apnées obstructives du sommeil :

1- Définition :

Le Syndrome d'apnées obstructives du sommeil se définit comme un arrêt de l'échange aérien au niveau de la bouche et du nez d'au moins 10 secondes, survenant plus de 5x/h de sommeil, alors que les mvts thoraco- abdominaux persistent. Cette persistance des mvts thoraco- abdominaux différencie les apnées obstructives des apnées centrales au cours des quelles ces mvts seront absents.

1^{ère} cause de somnolence diurne, ce Syndrome se rencontre le plus souvent chez l'homme de la 50aine, ronfleur, en excès pondéral.

Forme très évoluée de cette pathologie, le Syndrome de PICKWICK associe :

- Apnées du sommeil

- Obésité.

- Cyanose.

- Polyglobulie.

- Insuffisance cardio-respiratoire.

2- Clinique :

- Au cours de la nuit : ronflements, arrêts respiratoires répétés, suivis d'un éveil bref, rarement perçu par le patient, et d'une reprise respiratoire bruyante.

On note une polyurie nocturne, un sommeil agité avec cauchemars, une transpiration abondante.

- Le réveil matinal est difficile avec céphalées, gorge irritée par les ronflements.

- Au cours de la journée, on retrouve une somnolence diurne, des endormissements involontaires. Le patient se plaint d'asthénie, de troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire), d'anxiété, d'humeur dépressive.

3- terrain :

- Obésité.
- ORL :- hypertrophie amygdalienne.
 - Voile du palais hypotonique, long, épais.
- Facteurs aggravants : alcool, BZD.

5-comorbidité :

- Acromégalie, hyperthyroïdie.
- Maladies neuro- musculaires.
- Bronchite chronique.

5-Bilan :

- Polysomnographie.
- Oxymétrie nocturne : chute de 50% du taux d'O2 sanguin au cours des apnées.
- Examen ORL.
- Bilan fonctionnel respiratoire, cardio- vasculaire, métabolique.

6-Traitement :

- Traitement d'hypersomnie symptomatique d'affection organique : traitement de la cause.

D- Hypersomnie par insuffisance de sommeil :

1- Définition :

Il s'agit d'une restriction chronique de sommeil, volontaire mais non intentionnelle, à l'origine d'une hyper somnolence diurne pour laquelle le patient consulte.

Cette insuffisance de sommeil est liée le plus souvent à un travail exigeant, la maladie d'un proche.

L'existence d'une hypersomnie diurne différencie ce trouble des sujets courts dormeurs qui ont un temps de sommeil court sans conséquences diurnes.

2- Clinique :

Le sujet se plaint :

- Réveil difficile.
- Somnolence l'après midi.
- Altération des performances.
- Difficulté d'attention.
- Irritabilité.
- Fatigue.

3-Examen polygraphique :

Il montre un sommeil en SL profond, un endormissement rapide, confirmant la dette de sommeil.

4-Thérapeutique :

Le traitement consiste en un allongement du temps de sommeil avec réapprentissage d'une hygiène de vie.

E- Hypersomnie iatrogène :

La somnolence diurne liée à certains médicaments.

- Médicaments psychotropes :
- Les hypnotiques à $\frac{1}{2}$ vie longue, les anxiolytiques, Les AD, les anti-psychotiques, les thymorégulateurs peuvent induire une somnolence diurne liée en particulier à l'effet antihistaminique H1.
- Autres médicaments :
Les anticomitiaux, antihistaminiques, myorelaxants, antimigraineux.

F- Hypersomnie primaire ou idiopathique :

Clinique : débutant à l'âge adulte, elle apparaît isolée, sans cause connue, il s'agit d'une insomnie diurne excessive (ivresse de sommeil) avec des périodes d'endormissement involontaires de quelques heures, non réparatrices.

Dgc :

-Clinique : cette hypersomnie ne s'accompagne pas de cataplexie, d'hallucinations, de paralysies du sommeil.

- Traitement :

*pharmacologique : AD stimulants (tricycliques, IRS), avec interdiction des siestes.

G- Hypersomnie récurrentes :

1- définition : ce sont des affections rares, caractérisées par des accès récurrents de somnolence intense, les accès durent de plusieurs jours à plusieurs semaines, se reproduisent à des intervalles très variables ; entre les accès le sujet ne présente pas de troubles de la vigilance.

2-Clinique et traitement :

*Le Syndrome de Kleine Levin affecte l'adolescent de sexe masculin.

Les épisodes de somnolence sont associés à une hyperphagie compulsive, une désinhibition avec hypersexualité, des troubles psychiques (étrangeté, hallucinations) du comportement (irritabilité, agressivité).

Le tracé électro-encéphalographie est ralenti.

* Certaines formes sont d'origine organique : tumeur cérébrale (3^{ème} ventricule).

H-Mouvements périodiques nocturnes et Syndrome des jambes sans repos

- Peuvent être classés dans les troubles de l'éveil aussi.

Traitement de ces deux affections BZD : le clonazépan (Rivotril).

E-Autres causes d'hypersomnies :

Hypersomnie psychogène :

Hypersomnie post traumatique :

Hypersomnie de causes médicales :

X- Troubles de rythmes circadiens :

Témoignage d'une discordance entre le mode de vie et le rythme physiologique L'agenda de S est une aide précieuse pour le Dgc.

4- **Syndrome d'avance de phase :**

Ce trouble se caractérise par un endormissement et un réveil précoces avec une durée habituelle de sommeil conservée. Le réveil vers 2.3 h du matin s'accompagne d'un besoin de sommeil en fin d'après- midi.

Ce trouble s'observe surtout chez les personnes âgées.

5- **Syndrome hypertychéméral :**

Il s'agit de cycles veille- sommeil d'une durée supérieure 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. Ce trouble est principalement observé dans la cécité d'origine périphérique, la Sx, la démence.

6- **Syndrome de retard de phase :**

Ce syndrome, qui évoque un échappement du rythme veille- sommeil aux synchroniseurs externes, débute en générale à l'adolescence et concerne le plus souvent l'homme. L'endormissement survient tardivement après 2 h du matin (heure constante pour un sujet à la différence de l'heure toujours décalée du syndrome hypertychéméral), 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.

XI/ **PARASOMNIES :**

Elles correspondent à des phénomènes anormaux qui surviennent pendant le sommeil. On distingue les parasomnies :

- par troubles de l'éveil.
- Par troubles de la transition veille - sommeil.
- Associées au sommeil paradoxal.
- Souvent pendant le sommeil léger.

1-**Parasomnies par trouble de l'éveil :**

1) ivresse du sommeil : survient essentiellement chez l'enfant ou l'adulte jeune, c'est un éveil nocturne caractérisé par état d'obnubilation avec parfois une désorientation TS, des comportements inadaptés.

2) - Somnambulisme :

Caractérisé par une activité motrice automatique complexe nocturne, est fréquente chez l'enfant, rare chez l'adulte.

3) -Terreurs nocturnes :

Fréquentes chez l'enfant, sont également rares chez l'adulte. hurlements peu compréhensible et de manifestations neuro- végétatives intenses ne provoquant pas de réveil et ne laissant pas de souvenirs.

- Un traitement anxiolytique par BZD peut être prescrit en cas de sévérité, de dangerosité des troubles.

2-Parasomnoies par troubles de la transition veille - sommeil :

1)- Sursauts du sommeil : Il s'agit de myoclonies à type de secousses brutales de tout ou une partie du corps.

2- Somniloquie : est le fait de parler pendant son sommeil.

3- Crampes nocturnes des membres inférieures :

Ce sont des contractions douloureuses involontaires des muscles du mollet, du pied, qui surviennent chez la femme enceinte, la femme âgée, un traitement myorelaxant peut être proposé.

3-Parasomnie associée au sommeil paradoxal :

1- Cauchemars : rêves effrayants et angoissants, avec conservation de la scène rêvée.

2- paralysie du sommeil : il s'agit, lors d'un éveil nocturne, d'une abolition transitoire du tonus musculaire avec impossibilité pour le patient, pendant quelques secondes, de se mobiliser.

3- Troubles nocturnes de l'érection : des douleurs, à l'origine d'un réveil, d'angoisse, accompagnent les érections survenant pendant le sommeil paradoxal. En cas de chronicité du trouble une psychothérapie peut être envisagée.

4- Troubles du comportement en sommeil paradoxal : c'est une pathologie retrouvée chez l'homme après 50 an, en raison d'une disparition de l'atonie musculaire physiologique contemporaine du sommeil paradoxal.

La thérapeutique fait appel au clonazepam (Rivotril)

4-Parasomnies survenant pendant le sommeil léger :

Le bruxisme est caractérisé par des contractions musculaires involontaires des mâchoires produisant des grincements de dents qui peuvent être à l'origine d'altérations dentaires. Le bruxisme, qui survient au cours des stades I et II du sommeil, serait favorisé par les facteurs de stress, un trt anxiolytique par BZD peut améliorer ce trouble.

5-Autres :

-boulimie ou potomanie nocturne : certaines formes de boulimie se manifestent uniquement au cours de la nuit, le comportement compulsif est parfois vécu dans l'état de demi-conscience et la patiente découvre alors les reliefs de son repas nocturne à son réveil.

-Hand Banginj

-Enurésie.