

TROUBLES VEILLE / SOMMEIL

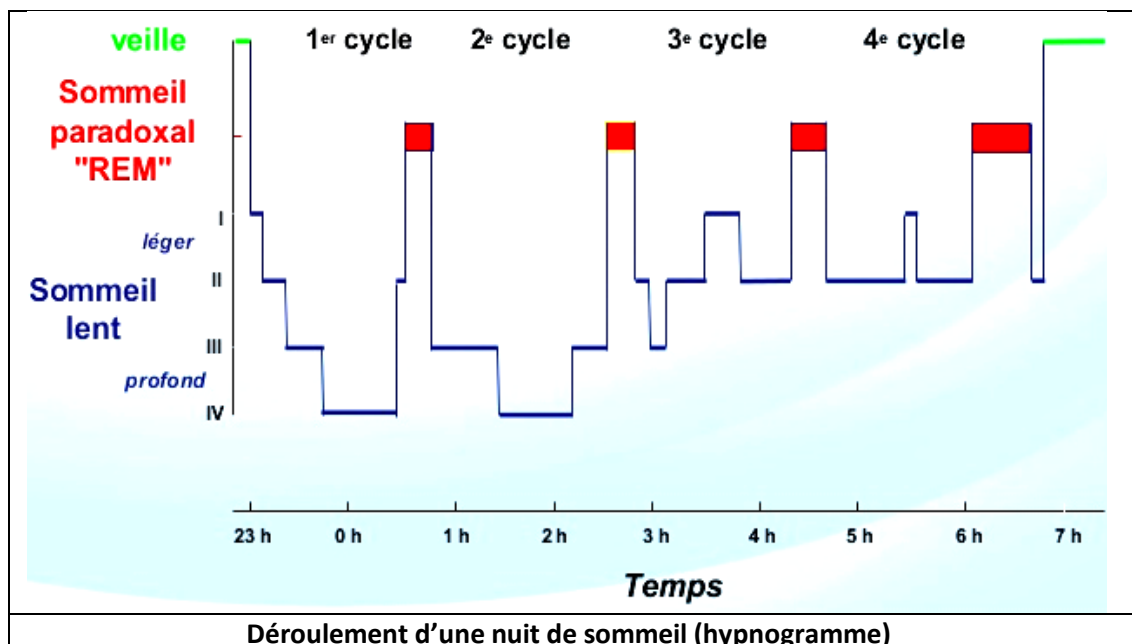
Généralités :

► Sommeil :

- Etat naturel récurrent de perte de conscience du monde extérieur, accompagnée d'une diminution progressive du tonus musculaire, survenant à intervalles réguliers.
- Besoin physiologique et fondamental,
- Un tiers de l'existence de l'être humain,
- Fonction physiologique, vitale, rythmique, adaptative, le Sommeil est indispensable à la vie tant au plan physique que psychique,
- Contient et permet le rêve, fonction essentielle de la vie psychique.

► Phases du sommeil :

- Alternance de phases de sommeil lent de profondeur croissante (stade I, II, III et IV) et de phases de sommeil paradoxal (sommeil REM: rapid eye movements ou mouvements oculaires rapides)
- Une nuit de sommeil comporte **4 à 5 cycles**, chaque cycle est d'une durée d'environ **90 minutes**.
- Dans un cycle, les critères EEG, EMG et EOG objectivent 5 stades :
 - ↳ **Stade I et II** : sommeil léger
 - ↳ **Stade III et IV** : sommeil lent profond
 - ↳ **Stade V**: sommeil paradoxal SP ou REM (Rapid Eye Movements)
- La durée totale respective de ces différents stades est en moyenne:
 - ➔ **Stade I et II** : 50 % de la nuit
 - ➔ **Stade III et IV** : 25 % de la nuit
 - ➔ **Sommeil paradoxal** : 25 % de la nuit
- Le sommeil lent profond prédomine en début de nuit. Le sommeil paradoxal en fin de nuit.
- Cette configuration évolue également avec l'âge. Chez la personne âgée on décrit :
 - ↳ Une augmentation de la durée des stades I et II
 - ↳ Une diminution de la durée des stades III et IV
 - ↳ Une stabilité de la durée du sommeil paradoxal
 - ↳ Une augmentation de la fréquence des éveils nocturnes



► **Classification des troubles du sommeil :**

DYSSOMNIES :

- Perturbations de la qualité, de la quantité ou des horaires du sommeil : insomnies, hypersomnies, troubles circadiens.
- L'origine peut être intrinsèque (cause interne à l'organisme) ou extrinsèque (cause extérieure)

PARASOMNIES :

Phénomènes anormaux qui surviennent au cours du sommeil: somnambulisme, cauchemars, terreurs nocturnes...

► **Examen clinique :**

Plainte subjective fréquente nécessite néanmoins une écoute attentive, un examen clinique minutieux à la recherche de :

- ⇒ ATCD.
- ⇒ Circonstances d'apparition, ancienneté, forme, durée...
- ⇒ Facteurs circonstanciels.
- ⇒ L'existence d'une pathologie psychiatrique ou organique,
- ⇒ Les signes d'accompagnement: phénomènes hypnagogiques, rites, ronflements, pauses respiratoires, éveils, polyurie, mouvements des membres...
- ⇒ Les répercussions diurnes : céphalées, lombalgies, fatigue, somnolence diurne, troubles cognitifs, irritabilité, troubles du comportement, de l'humeur, cataplexie (perte soudaine du tonus musculaire).

► **Examens complémentaires :**

- Calendriers, agendas de sommeil
- Nombreux questionnaires spécifiques et échelles analogiques visuelles
- Tests de performance (attention, labilité psychomotrice...)
- Mesures objectives de la vigilance.
- L'enregistrement polygraphique du sommeil permet d'objectiver le trouble du sommeil par l'étude de l'architecture interne du sommeil
- La polysomnographie comprend l'enregistrement simultané de: EEG, EMG, EOG
- En fonction des pathologies recherchées on peut également enregistrer : ECG, les respirations abdominales et thoraciques, le flux respiratoire, la saturation oxyhémoglobinée, le débit cardiaque, EMG de divers muscles

I- Insomnies :

- ◆ Plainte subjective qui désigne à la fois une durée insuffisante du sommeil et un sommeil non réparateur.
- ◆ Elle se caractérise, selon les cas, par des difficultés d'endormissement, des éveils au cours de la nuit, un réveil matinal précoce ou encore une impression d'absence totale de sommeil.
- ◆ Les causes en sont multiples.
- ◆ 10 à 15% dans la population générale.
- ◆ L'insomnie occasionnelle est la plus fréquente
- ◆ Accroissement de l'incidence avec l'âge.
- ◆ Trouble 2 fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes après 40 ans.
- ◆ Une comorbidité psychiatrique existe dans 1/3 des cas
- ◆ 7% des ordonnances comportent un hypnotique

1. Insomnies transitoires :

- Les insomnies occasionnelles (quelques nuits) ou à court terme (quelques semaines) surviennent chez des sujets dont le sommeil est habituellement satisfaisant.
- Leur caractère réactionnel est souvent manifeste.
- Ce sont les insomnies les plus fréquentes: **30 à 40 %** de la population générale
- **Les causes sont diverses :**
 - Causes psychologiques : événements de vie, deuil, difficultés familiales, professionnelles, facteurs de stress...
 - Mauvaise hygiène de vie : longues siestes, abus d'excitants, lever ou coucher irrégulier, hyperactivité physique le soir, suractivité professionnelle...
 - Trouble somatique : douleur aiguë, toux, prurit, fièvre...
 - Environnement : nuisances sonores, altitude, mauvaises conditions de coucher, hospitalisation...
- **Traitement** : Conseils d'hygiène du sommeil

A faire	A éviter
- Se coucher à heure régulière	- Le lever tardif
- Se lever à heure régulière	- La sieste l'après-midi
- Dormir dans une chambre fraîche, sombre, calme	- L'alcool
- Se relaxer avant l'heure de coucher (lecture, bain tiède)	- Un diner lourd
- Faire de l'exercice en journée mais pas trop tard en soirée	- Le café, le thé, certains sodas
- Douche chaude le matin, fraîche le soir (pour accompagner l'évolution physiologique de la température)	- Aller au lit trop tôt

2. Insomnies secondaires :

CAUSES PSYCHIATRIQUES :

- Insomnie matinale : états dépressifs
- Insomnie d'endormissement : anxiété
- Insomnie totale : les accès maniaques, les états délirants, les états confusionnels
- Insomnie chronique : les troubles de la personnalité, les addictions donnent souvent lieu à une insomnie chronique

CAUSES ORGANIQUES :

- Les affections : douloureuses, à recrudescence douloureuse
- Digestives : ulcère gastro-duodéal, reflux gastro-œsophagien
- Urinaires-endocriniennes : diabète, hyperthyroïdie
- Cardiaques-pulmonaires : asthme, insuffisance respiratoire
- Neurologiques : maladie de Parkinson, sclérose en plaque, maladie d'Alzheimer, séquelles de traumatisme crânien, d'AVC

CAUSES TOXIQUES ET IATROGÈNES :

- Abus de substances stimulantes : café, tabac, amphétamines, cocaïne, psychotropes stimulants, alcool
- Le sevrage alcoolique est également à l'origine d'une insomnie presque totale
- Certains médicaments : théophylline, corticoïdes, antidépresseurs stimulants, hypnotiques au long cours

3. Insomnie chronique primaire :

- ▶ L'insomnie idiopathique qui évolue depuis l'enfance avec souvent des répercussions diurnes
- ▶ L'insomnie psychophysiologique : il s'agit d'une insomnie conditionnée, acquise, dépendant à la fois de facteurs psychologiques, peur de s'endormir, anxiété anticipatoire de l'insomnie, et de facteurs physiologiques
- ▶ La mauvaise perception du sommeil : **hypnoagnosie** ; le trouble du sommeil n'est pas retrouvé à l'examen polygraphique et n'a pas de conséquences diurnes.

Ces insomnies sont souvent à l'origine de polymédications anciennes qu'il convient de contrôler. Leur traitement fait appel à différentes méthodes : relaxation, psychothérapie, thérapies comportementales

II- Troubles de l'éveil et hypersomnie :

- 2,5 et 8,7 % de la population, selon les études, correspondent à une vigilance altérée en durée (hypersomnie) ou en qualité (sommolence diurne)
- A l'inverse de l'insomnie, ces troubles sont souvent méconnus, négligés, difficiles à diagnostiquer et à traiter d'autant que la déstructuration du sommeil est parfois mal perçue par le patient.
- L'excès de sommeil est plus ou moins permanent ou paroxystique: sommeil de nuit très allongé ou somnolence diurne. Il constitue le symptôme unique ou s'inscrit dans un contexte pathologique. Il peut être physiologique à certaines heures ou à certains âges.
- Ailleurs il est nettement anormal, dépendant de maladies diverses
- L'origine de l'excès réside dans de multiples facteurs :
 - ✓ Insuffisance aiguë ou chronique de sommeil
 - ✓ Sommeil pris à des heures anormales
 - ✓ Prise d'alcool
 - ✓ Prise de médicaments psychotropes
 - ✓ Troubles respiratoires avec fractionnement du sommeil de nuit
 - ✓ État dépressif
 - ✓ Anomalies du rythme circadien
 - ✓ Lésions cérébrales
 - ✓ Narcolepsie ou hypersomnie idiopathique
- **Le traitement** ne comporte que les dérivés amphétaminiques d'usage délicat et non dénué d'inconvénients.

1) 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 5 fois par heures de sommeil alors que les mouvements thoraco-abdominaux persistent.
- Cette persistance des mouvements thoraco-abdominaux différencie les apnées obstructives des apnées centrales au cours desquelles ces mouvements seront absents
- Première cause de somnolence diurne, ce syndrome se rencontre le plus souvent chez l'homme de la cinquantaine, ronfleur, en excès pondéral.
- Forme très évoluée de cette pathologie, **le syndrome de PICKWICK** associe apnées du sommeil, obésité, cyanose, polyglobulie, insuffisance cardiorespiratoire.

- 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.
- **Traitement :**
 - Action au niveau des facteurs aggravants : poids, alcool, benzodiazépines
 - Respiration en pression positive continue la nuit
 - Traitement chirurgical dans certains cas : uvulo-palato-pharyngoplastie.

2) Hypersomnie par insuffisance de sommeil :

- Restriction chronique de sommeil, à l'origine d'une hypersomnolence diurne pour laquelle le patient consulte.
- Cette insuffisance de sommeil est liée le plus souvent à un travail exigeant, un travail posté, la maladie d'un proche, la naissance d'un enfant... L'existence d'une hypersomnie diurne différencie ce trouble des sujets courts dormeurs qui ont un temps de sommeil court mais sans conséquences diurnes.
- Examen polygraphique montre un sommeil riche en sommeil lent profond, un endormissement rapide confirmant la dette de sommeil.
- **Thérapeutique :** le traitement consiste en un allongement du temps de sommeil avec réapprentissage d'une hygiène de vie.

3) Hypersomnie iatrogène :

La somnolence diurne liée à certains médicaments nécessite l'examen de sa durée, de son intensité, de ses conséquences sur la vie quotidienne et la conduite automobile. Un aménagement des posologies prescrites est nécessaire.

- **Médicaments psychotropes :** Les hypnotiques à demi-vie longue, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les thymorégulateurs peuvent induire une somnolence diurne liée en particulier à l'effet antihistaminique H1.
- **Autres médicaments :** Les anticomitiaux, antihistaminiques, myorelaxants, antimigraineux, progestatifs, antalgiques d'action centrale, morphinomimétiques, AINS, certains antihypertenseurs comme la clonidine peuvent également être à l'origine d'une somnolence diurne

4) La narcolepsie :

- o Décrite par GELINEAU (1880), la narcolepsie, observée plutôt chez l'homme, débutant le plus souvent à l'adolescence, associe:
 - Une hypersomnie avec somnolence diurne quotidienne excessive, non permanente, survenant souvent aux mêmes heures pour un sujet: attaques de sommeil soudaines, incontrôlables
 - Des accès de cataplexie : abolition soudaine, de courte durée du tonus musculaire. Cette hypotonie peut être généralisée ou ne concerner que certains groupes musculaires (chute de la mâchoire, bascule de la tête, dérochement des genoux...)
- o Il s'agit d'un déséquilibre des systèmes cholinergiques (hypersensibilité) et monoaminergiques (hypofonctionnement).
- o Le caractère génétique de cette maladie est attesté depuis de nombreuses années.

o **Traitement :**

→ Traitement de la somnolence et des accès de sommeil :

- Pharmacologique : modafinil (Modiodal®)
- Méthylphenidate (Ritaline®)
- Siestes

→ Traitement de la cataplexie, des hallucinations, des paralysies du sommeil :

- Pharmacologique : antidépresseurs (tricycliques, IRS)
- Thérapies comportementales

→ Traitement du mauvais sommeil :

- Pharmacologique : hypnotiques
- Conseils d'hygiène du sommeil

5) Hypersomnie primaire ou idiopathique :

- Débutant à l'âge adulte, cette hypersomnie apparaît isolée, sans cause connue, il s'agit d'une somnolence diurne excessive (ivresse de sommeil) avec des périodes d'endormissements involontaires de quelques heures, non réparatrices.
- Le sommeil nocturne est en général satisfaisant mais long avec un réveil difficile, tardif à l'origine de conséquences socioprofessionnelles. Le patient décrit parfois une impression de n'être jamais complètement éveillé.
- **Physiopathologie :** Une désynchronisation du système noradrénergique est évoquée.
- **Traitement :**
 - ✓ Pharmacologique : antidépresseurs stimulants (tricycliques, IRS)
 - ✓ Conseil d'hygiène de sommeil avec en particulier interdiction des siestes

6) Mouvements périodiques nocturnes des membres :

- Survenant pendant la nuit, à l'origine d'éveils, cette pathologie se manifeste par des secousses de quelques secondes, survenant de manière périodique toutes les 30 secondes, qui affectent surtout les membres inférieurs.
- A ces secousses s'associent une extension du gros orteil, une dorsiflexion du pied, parfois une flexion du genou, de la hanche.
- Le sujet se plaint d'un sommeil non réparateur, d'insomnie de milieu de nuit, d'une sensation de fatigue des membres inférieurs le matin.
- ils sont plus fréquents chez les patients traités par antidépresseurs.

7) Syndrome des jambes sans repos :

- o Survenant le soir, surtout au coucher, des paresthésies à type de fourmillements, de brûlures des membres inférieurs, soulagées par le mouvement, empêchent l'endormissement.
- o La polysomnographie montre l'existence fréquente de mouvements périodiques nocturnes des membres. Ces impatiences, apparaissant vers la trentaine, ont une évolution fluctuante.
- o Il faut noter leur fréquence au cours du dernier trimestre de la grossesse, chez les patients traités par antidépresseurs.

➤ La thérapeutique de ces 2 affections fait appel aux benzodiazépines, en particulier le clonazepam (Rivotril®)

8) Autres causes d'hypersomnie :

- Hypersomnie psychogène
- Hypersomnie post-traumatique

- Hypersomnie de causes médicales :
 - ✓ Hypertension intracrânienne (vomissements, nausées)
 - ✓ Tumeur cérébrale (hypothalamus, épiphyse)
 - ✓ Accident vasculaire cérébral
 - ✓ Affections dégénératives : maladies d'Alzheimer, de Parkinson
 - ✓ Encéphalite, en particulier la trypanosomiase

III- Parasomnies :

1- Parasomnies par trouble de l'éveil :

- **Ivresse du sommeil :** Survenant essentiellement chez l'enfant ou l'adulte jeune, c'est un éveil nocturne caractérisé par un état d'obnubilation avec parfois une désorientation temporo-spatiale, des comportements inadaptés.
- **Somnambulisme :** Caractérisé par une activité motrice automatique complexe nocturne, est fréquent chez l'enfant, rare chez l'adulte.
- **Terreurs nocturnes :** fréquentes chez l'enfant, sont également rares chez l'adulte. Souvent déclenchées chez l'adulte par l'abus d'alcool, le manque de sommeil, une fièvre, des apnées du sommeil, ces terreurs nocturnes surviennent en début de nuit à type de hurlements peu compréhensibles et de manifestations neurovégétatives intenses, ne provoquant pas de réveil, ne laissant pas de souvenir.

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

2- Parasomnies par trouble de la transition veille-sommeil :

- ➔ **Sursauts du sommeil :** Symptomatologie bénigne et fréquente (60 % de la population), les sursauts du sommeil surviennent à l'endormissement, gênant parfois celui-ci. Il s'agit de myoclonies à type de secousses brutales de tout ou partie du corps.
- ➔ **Somniloquie :** est le fait de parler pendant son sommeil, de l'émission de quelques sons à des conversations élaborées. Elle survient le plus souvent en sommeil lent. Cette symptomatologie banale, plus souvent observée chez l'homme, ne nécessite pas de traitement.
- ➔ **Crampes nocturnes des membres inférieurs :** Ce sont des contractions douloureuses involontaires des muscles du mollet, du pied, qui surviennent pendant le sommeil et l'interrompent. Cette symptomatologie est fréquente chez la femme enceinte, la femme âgée. Un traitement myorelaxant peut être proposé.

3- Parasomnies associées au sommeil paradoxal :

- ⊗ **Cauchemars :** rêves effrayants et angoissants, réveillent le dormeur qui conserve le souvenir de la scène rêvée. Survenant au cours du sommeil paradoxal, banals si occasionnels, les cauchemars persistants doivent faire rechercher un trouble psychopathologique sous-jacent, un syndrome de stress psychotraumatique par exemple. Les cauchemars peuvent être favorisés par la prise de certains médicaments: antiparkinsoniens, bêtabloquants, certains hypnotiques.
- ⊗ **Paralysies 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. Les paralysies du sommeil s'observent dans la narcolepsie mais peuvent aussi survenir après une période de privation de sommeil ou de désorganisation circadienne
- ⊗ **Troubles nocturnes de l'érection :** Des douleurs, à l'origine d'un réveil, d'une angoisse, accompagnent les érections survenant pendant le sommeil paradoxal. En cas de chronicité du trouble une psychothérapie peut être envisagée.

⊗ **Troubles du comportement en sommeil paradoxal** : C'est une pathologie retrouvée chez l'homme après 50 ans, en raison d'une disparition de l'atonie musculaire physiologique contemporaine du sommeil paradoxal, les patients vivent et agissent leurs rêves, des comportements complexes violents, peuvent être dangereux

La thérapeutique fait appel au clonazepam (Rivotril)