

TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ADULTE

I – GENERALITES

Le sommeil est un besoin physiologique et fondamental qui occupe le 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. Le sommeil, en effet, contient et permet le rêve, fonction essentielle de la vie psychique.

Organisation phasique

Chez l'adulte le sommeil est organisé en cycles avec 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, chacun d'une durée d'environ 90 minutes.

Dans un cycle, les critères électro-encéphalographiques, électro-myographiques et électro-oculographiques 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

Au cours de la nuit, la durée de ces différents stades varie dans les cycles ; le sommeil lent profond prédomine en début de nuit, le sommeil paradoxal en fin de nuit.

CLASSIFICATION DES TROUBLES DU SOMMEIL.

Les troubles du sommeil sont classés selon leur forme, leur durée ou leurs causes. La classification internationale des troubles du sommeil (ICSD) distingue :

LES TROUBLES DU SOMMEIL

- **les dyssomnies** : perturbations de la qualité, de la quantité ou des horaires du sommeil : *insomnies, hypersomnies, troubles circadiens*.
- **les parasomnies** : phénomènes anormaux qui surviennent au cours du sommeil : Somnambulisme, cauchemars, terreurs nocturnes...

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'examen doit rechercher :

- les antécédents
- les caractéristiques des troubles : circonstances d'apparition, ancienneté, forme, durée... en recherchant un trouble spécifique
- des 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...

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

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 :

- l'électroencéphalogramme
- l'électromyogramme du menton
- l'électro-oculogramme

En fonction des pathologies recherchées on peut également enregistrer :

- l'électrocardiogramme
- les respirations abdominales et thoraciques
- le flux respiratoire
- la saturation oxyhémoglobinée
- le débit cardiaque
- l'électromyogramme de divers muscles.

INSOMNIES

1- DÉFINITION - ÉPIDÉMIOLOGIE

L'insomnie est une 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.

La prévalence apparaît importante :

- 10 à 15 % dans la population générale
- l'insomnie occasionnelle est la plus fréquente
- accroissement de l'incidence avec l'âge
- trouble deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes après 40 ans
- une comorbidité psychiatrique existe dans 1/3 des cas
- la plupart des ordonnances comportent un hypnotique.

2- 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 (30 à 40% de la population générale)

Traitement

➤ Conseils d'hygiène du sommeil

A faire :

- ❖ se coucher à heure régulière
- ❖ se lever à heure régulière
- ❖ dormir dans une chambre fraîche, sombre, calme
- ❖ se relaxer avant l'heure du coucher (lecture, bain tiède)
- ❖ faire de l'exercice en journée mais pas trop tard en soirée
- ❖ douche chaude le matin, fraîche le soir (pour accompagner l'évolution physiologique de la température)

Eviter :

- ❖ le lever tardif
- ❖ la sieste l'après-midi
- ❖ l'alcool
- ❖ un dîner lourd
- ❖ le café, le thé, certains sodas
- ❖ aller au lit trop tôt.

3- INSOMNIES SECONDAIRES

1- Causes psychiatriques

Tous les troubles psychiques peuvent s'accompagner d'une insomnie. Les causes psychiatriques représentent 30 à 60 % des causes d'insomnie.

❖ *Insomnie matinale* - Etats dépressifs

Les dépressions s'accompagnent, dans 80 à 90 % des cas d'insomnie.

Toutes les formes d'insomnies peuvent être observées ; mais l'insomnie dépressive, en particulier dans la mélancolie, est cliniquement une insomnie matinale : réveil précoce (3 à 4 heures du matin) avec, dès le réveil, recrudescence des symptômes dépressifs (tristesse, ruminations, angoisse, fatigue, idéations suicidaires...).

❖ *Insomnie d'endormissement* - Anxiété

Les troubles anxieux et névrotiques sont souvent à l'origine d'une insomnie d'endormissement chronique,

Le coucher s'accompagne souvent d'une tension anxieuse avec crainte de l'insomnie, de ruminations, de rituels.

❖ *Insomnie totale*

Les accès maniaques, les états délirants, les états confusionnels désorganisent le cycle sommeil - veille entraînant souvent une insomnie totale, à l'origine d'une agitation nocturne.

❖ *Insomnie chronique*

Les troubles de la personnalité, les addictions donnent souvent lieu à une insomnie chronique.

2) Causes organiques

De nombreuses pathologies peuvent perturber le sommeil, en particulier les affections :

- douloureuses, par exemple rhumatismales à recrudescence douloureuse nocturne
- digestives : ulcère gastro-duodénal, reflux gastro-oesophagien
- urinaires
- endocriniennes : diabète, hyperthyroïdie
- cardiaques
- pulmonaires : asthme, insuffisance respiratoire
- neurologiques : maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, séquelles de traumatisme crânien, d'accident vasculaire cérébral

3) Causes toxiques et iatrogènes

- Abus de substances stimulantes : café, tabac, amphétamines, cocaïne, psychotropes, stimulants

- Alcool : l'abus d'alcool est à l'origine d'une perturbation du sommeil (diminution des durées du sommeil lent profond, du sommeil paradoxal) avec endormissement facilité mais réveil précoce et sensation de sommeil non réparateur.

Le sevrage alcoolique est également à l'origine d'une insomnie presque totale.

- Certains médicaments : théophylline, corticoïdes, antidépresseurs stimulants, hypnotiques au long cours.

L'aménagement horaire des prescriptions médicamenteuses, les conseils hygiéno-diététiques sont la base de l'approche thérapeutique.

3- INSOMNIE CHRONIQUE PRIMAIRE

Ce type d'insomnies regroupe la majeure partie des insomnies chroniques pour lesquelles aucune cause n'est retrouvée. L'insomnie est le seul symptôme, résultant, au plan physiopathologique, d'un phénomène d'hyperéveil entravant le fonctionnement des mécanismes d'induction du sommeil.

TROUBLES DE L'EVEIL ET HYPERSOMNIES.

Ces troubles, qui concernent entre 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.

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

Aux U.S.A. la somnolence et la fatigue au volant constituent la première cause de mortalité sur les autoroutes (28 % en France de 1988 à 1991). Il en est de même des accidents du travail.

1- LE SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL.

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.

Forme très évoluée de cette pathologie, le syndrome de PICKWICK associe apnées du sommeil, obésité, cyanose, polyglobulie, insuffisance cardio-respiratoire.

- 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.

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 IATROGÈNE

➤ Médicaments psychotropes

Les hypnotiques à demi-vie longue, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les thymoregulateurs 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, anti-inflammatoires non stéroïdiens, certains antihypertenseurs comme la clonidine peuvent également être à l'origine d'une somnolence diurne.

2- LA NARCOLEPSIE.

Décrite par GELINEAU (1880), la narcolepsie, 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 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, déroboement des genoux...), les accès surviennent souvent à l'occasion d'émotions ;

- des hallucinations visuelles, auditives, surviennent à l'endormissement, dans un vécu d'angoisse ;
- 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.

Diagnostic

- Polysomnographie : le test itératif d'endormissement montre une latence courte d'endormissement (< 8 minutes) avec apparition rapide de sommeil paradoxal.

Traitement

- Traitement de la somnolence et des accès de sommeil
 - Pharmacologique : modafinil (Modiodal*), Méthylphenidate (Ritaline)
- 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

Aspects médico-légaux

La narcolepsie est en principe une contre-indication à la conduite de tout véhicule (arrêté du 7 mai 1997).

4- HYPERSOMNIE PRIMAIRE OU IDIOPATHIQUE

Débute à l'adolescence ou chez l'adulte jeune, le sommeil même prolongé n'est pas réparateur, le réveil matinal est difficile, il n'existe pas de sommeil diurne et le malade peut y résister.

5- HYPERSOMNIES RECURRENTES

- 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).

6- MOUVEMENTS PERIODIQUES NOCTURNES DES MEMBRES ET SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

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

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.

LES TROUBLES DU SOMMEIL

➤ *Syndrome des jambes sans repos*

Survenant le soir, surtout au coucher, des paresthésies à type de fourmillements, de brûlures des membres inférieurs, soulagées par le mouvement, empêchent l'endormissement.

La thérapeutique de ces deux affections fait appel aux benzodiazépines, en particulier le clonazepam (Rivotril*).

7- AUTRES CAUSES D'HYPERSOMNIE

➤ Hypersomnie psychogène

Cette hypersomnie s'inscrit dans le contexte d'une pathologie psychiatrique : état dépressif, troubles bipolaires de l'humeur, dépression saisonnière, dysthymie, troubles névrotiques comme par exemple l'hystérie. Elle concerne le plus souvent le sujet jeune et s'accompagne de clinophilie, d'augmentation de l'appétit.

➤ Hypersomnie post-traumatique

Une somnolence diurne peut apparaître dans les suites d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance. Cette somnolence est isolée ou fait partie d'un syndrome subjectif des traumatisés crâniens.

TROUBLES DES RYTHMES CIRCADIENS.

Troubles transitoires secondaires aux décalages horaires (personnel navigant, activités professionnelles nocturnes).

Ce sont des troubles permanents, le rythme du sommeil est altéré alors que la qualité est conservée.

Ils témoignent d'une discordance entre le mode de vie et le rythme physiologique, souhaitée.

La photothérapie matinale représente une autre approche thérapeutique. La prescription d'hypnotiques n'est pas indiquée en raison du risque important de dépendance dans ce syndrome.

Ce trouble s'amende en une semaine environ, sachant que le réajustement des rythmes endogènes se fait plus rapidement lors d'un voyage vers l'Ouest que lors d'un déplacement vers l'Est.

PARASOMNIES.

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

- par trouble de l'éveil
- par trouble de la transition veille - sommeil
- associées au sommeil paradoxal
- survenant pendant le sommeil léger.

1- PARASOMNIES PAR TROUBLE DE L'EVEIL

❖ *Somnambulisme*

Le somnambulisme, caractérisé par une activité motrice automatique complexe nocturne, est fréquent chez l'enfant, rare chez l'adulte.

❖ *-Terreurs nocturnes*

Les 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

❖ *Somniloquie*

La 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

3- PARASOMNIES ASSOCIEES AU SOMMEIL PARADOXAL

❖ *Cauchemars.*

Ce sont des rêves anxiogènes qui surviennent au stade du sommeil paradoxal, le sujet en garde un souvenir précis et un sentiment pénible au moment du réveil, ils peuvent survenir lors du psycho traumatisme.

❖ ***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*).

4- PARASOMNIES SURVENANT PENDANT LE SOMMEIL LEGER.

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 traitement anxiolytique par benzodiazépines peut améliorer ce trouble.