

Module 3 : MATURATION ET VULNERABILITE.

TROUBLES DU SOMMEIL **du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte**

ITEM N° 43

ENSEIGNANT : Pr. P. Duverger

MODE D'ENSEIGNEMENT : E.D./ARC.

OBJECTIFS :

- Savoir diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.
- Argumenter la prise en charge d'un malade souffrant de troubles du sommeil.

TROUBLES DU SOMMEIL

du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte

RAPPEL

CHEZ LE NOURRISSON

CHEZ L'ENFANT :

- 1°/ Le coucher de l'enfant
- 2°/ Les troubles du sommeil (parasomnies)
- 3°/ Les dysomnies
- 4°/ Conduite à tenir.

CHEZ L'ADULTE :

A) LES INSOMNIES

- 1°/ Définition
- 2°/ Les insomnies occasionnelles
- 3°/ Les insomnies chroniques
 - a) Les insomnies primaires
 - L'insomnie psychophysiologique*
 - L'insomnie de mauvaise perception du sommeil*
 - L'insomnie idiopathique*
 - Les insomnies secondaires
 - Les insomnies secondaires, d'origine organique*
 - *Maladies intercurrentes*
 - *Les troubles organiques liés au sommeil*
 - . *Le syndrome des jambes sans repos*
 - . *Le syndrome des mouvements périodiques nocturnes*
 - . *Le syndrome d'apnées du sommeil*
 - Insomnies secondaires, d'origine psychique ou psychiatrique*
 - . *La dépression*
 - . *L'anxiété*
 - . *Les autres pathologies psychiatriques*
 - Insomnies secondaires d'origine iatrogène ou toxique*
- 4°/ Cas particuliers des troubles du rythme circadien

B) LES HYPERSOMNIES

- Les hypersomnies induites
- Les hypersomnies primaires
 - *La narcolepsie- cataplexie - Syndrome de Gélineau*
 - *L'hypersomnie récurrente - Syndrome de Kleine-Levin*
 - *Hypersomnie idiopathique.*

C) EVALUATION ET DIAGNOSTIC DES TROUBLES DU SOMMEIL

[En savoir plus...](#)

TROUBLES DU SOMMEIL

du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte

Le sommeil est un élément majeur de la qualité de vie d'un enfant, ses fréquentes perturbations (difficultés d'endormissement ou réveils nocturnes) sont le témoin de difficultés multiples et justifient tout l'intérêt du clinicien, tant leurs répercussions sont importantes pour l'enfant mais aussi pour les parents. La prise en compte des facteurs environnementaux et éducatifs est capitale. Le sommeil de l'enfant ne ressemble à celui de l'adulte qu'à partir de 10-16 ans. Auparavant, le temps moyen de sommeil se décompose ainsi :

Chez le bébé : de 16-17 h,

Puis il diminue progressivement jusqu'à un plateau de 13-15 h entre 6 mois et 4 ans
Pour atteindre ensuite 7-8 h à l'adolescence.

La durée totale de sommeil est très variable d'un individu adulte à l'autre; les limites considérées comme normales se situent entre 6 et 10 heures.

RAPPEL SUR LA STRUCTURE DU SOMMEIL NORMAL

Le sommeil normal est organisé en une succession de stades de sommeil lent et de sommeil paradoxal. Le sommeil lent est subdivisé en 4 stades, de profondeur croissante, essentiellement caractérisés par des modifications électroencéphalographiques (EEG) :

Sommeil lent :

- Léger :
 - Stade 1 : 10 % de la durée totale du sommeil
 - Moments de transition entre veille et sommeil
 - Activité EEG théta (θ) : 2 à 7 cycles/seconde
 - Mouvements oculaires lents
 - Stade 2 : 50 % de la durée totale du sommeil
 - Stade de sommeil léger
 - Activité EEG théta (θ) + fuseaux de rythmes rapides + complexes K
- Profond :
 - Stade 3 : 10 % de la durée totale du sommeil
 - Stade de sommeil profond
 - Activité EEG delta (δ) : ondes lentes à 0,5 à 2 cycles/seconde
 - Stade 4 : 20 % de la durée totale du sommeil
 - Stade le plus profond du sommeil
 - Activité EEG delta (δ) > 50 %

Sommeil paradoxal :

Apparition concomitante d'une activité EEG théta (θ), de bouffées de REM (rapid eye movements) et d'une atonie musculaire

L'alternance des stades de sommeil définit des cycles, constitués des différents stades de sommeil lent, puis de sommeil paradoxal. Trois à cinq cycles de sommeil se succèdent au cours d'une nuit. Les cycles de début de nuit sont plus riches en sommeil lent profond, les cycles de fin de nuit plus riches en sommeil paradoxal.

CHEZ LE NOURRISSON

Le sommeil du nourrisson est constitué par moitié de sommeil paradoxal (contre 22% chez l'adulte et 80% chez le bébé prématuré). Les temps de sommeil au stade I et de sommeil lent (stades III et IV) augmentent avec l'âge. Le stade II (apparition de rythmes rapides) n'apparaissent que vers 2-4 mois. Il existe d'importantes variations individuelles (gros ou petits dormeurs), mais l'apparition d'une certaine régularité du cycle veille/sommeil ne se fait souvent pas avant le 2^{ème} mois : il est normal que l'enfant ne « fasse ses nuits » qu'après 3 mois (ou 5kg, selon certains, pour déculpabiliser les parents qui craignent une intolérance au jeûne pendant la nuit). Ce cycle du sommeil est lié à l'alimentation : la faim réveille le bébé et la satiété l'endort. La régularisation par le cycle lumière/obscurité est assurée au 5^{ème} mois.

Le nourrisson a peu de moyens d'exprimer son malaise et sa souffrance et il la manifeste par l'intermédiaire de son corps, et en particulier par les fonctions du sommeil et de l'alimentation : fonctions essentielles, physiologiques, mais aussi support de la relation mère - enfant.

L'insomnie du nourrisson est d'une très grande banalité. Le plus souvent, le bébé se réveille, pleure et crie. Il peut s'agiter et se cogner les poings et/ou la tête contre le mur ou les barreaux du lit. Le temps de sommeil peut-être très réduit, source de grandes difficultés pour les parents.

On retient l'importance sémiologique de l'insomnie calme du nourrisson qui reste éveillé la nuit ou pendant la sieste, immobile, sans crier ou se manifester, à simplement regarder le plafond. Une consultation spécialisée s'impose car ces troubles peuvent témoigner d'un trouble grave du développement.

Les troubles du sommeil peuvent être révélateurs de pathologies médicales qu'il faut rechercher : affections aiguës ou chroniques. Il faut aussi et plus simplement rechercher des erreurs diététiques : repas insuffisant ou trop abondant, suppression prématurée du repas de la nuit, horaires non adaptés, bruits, etc. Les troubles du sommeil sont très fréquemment en lien avec une forte inquiétude parentale, notamment au sujet de la survie de l'enfant (que ces craintes soient fondées par des événements antérieurs ou non). Trop de stimulation peut nuire à la sérénité de l'endormissement, certains parents vont même jusqu'à réveiller l'enfant pour vérifier sa survie. Ailleurs les conflits au sein du couple dominant le tableau familial, la crainte de la séparation enfant - parents entre alors en écho avec la menace de séparation père - mère. Un enfant qui dort dans le lit de ses parents parce qu'il ne dort pas seul dans sa chambre peut-être un excellent contraceptif pour un couple en conflit fermé.

Quelques consultations thérapeutiques sont souvent utiles dans un trouble persistant, l'attention se portera sur l'histoire de l'enfant au sein de la famille, sur les habitudes du coucher (les rituels) très variables selon les familles et les cultures : bercements, chants, histoires racontées, etc. Le recours aux traitements hypnotiques symptomatiques sera évité en 1^{ère} intention. En cas d'intensité trop importante de l'insomnie ou de très mauvaise tolérance parentale (parents exténués) un traitement ponctuel (quelques jours) peut être proposé :

Ex. : Théralène® : 2 à 5 gouttes au coucher, pendant une semaine, puis arrêt.

CHEZ L'ENFANT

L'endormissement est un moment crucial car il ne peut qu'évoquer la séparation et la mort. C'est un moment d'importante régression et de vulnérabilité. L'enfant doit investir un objet ou une aire transitionnelle (petits rituels du coucher comme la tasse de lait, la troisième histoire) pour assumer cette distance sans la vivre comme une rupture. Par ailleurs, les phobies normales, entre 3 et 5 ans, (peur du noir, des voleurs, des monstres) peuvent être sources de difficultés d'endormissement. Il importe que les parents aient assez de souplesse et d'autorité pour éviter toute crispation.

1°/ Le coucher de l'enfant

L'opposition au coucher est fréquente entre 2 et 4 ans, à un moment où se négocie la propreté. L'enfant refuse d'aller au lit et/ou se relève, il crie, pleure et veut rester avec ses parents. Cette opposition peut s'inscrire au milieu d'autres comportements d'opposition. Il est important que l'enfant ressente qu'il possède une "certaine" maîtrise de la situation, sans devenir un petit tyran (voire un véritable).

La situation peut dégénérer en phobie du coucher : l'enfant est en proie à une forte angoisse, phobique. Elle peut succéder à une période de cauchemars ou de terreurs nocturnes.

2°/ Les troubles du sommeil ou parasomnies

Ensemble de perturbations associées au déroulement du sommeil.

- Parasomnies associées à un trouble de l'éveil

Les terreurs nocturnes

Elles sont à bien distinguer des autres troubles du sommeil (notamment cauchemars)

Elles touchent 1 à 3 % des enfants de moins de 15 ans

Elles surviennent davantage chez le garçon, de 3 à 12 ans.

Elles ont lieu dans la 1^{ère} partie de la nuit, au cours du sommeil lent, de 1 à 3h après l'endormissement.

L'angoisse est paroxystique et impressionnante : l'enfant est retrouvé assis dans son lit, après un cri ou un hurlement. Il a les yeux grand ouverts et paraît effrayé, voire halluciné. Il peut paraître se débattre et ne reconnaître pas ses proches. Les manifestations végétatives sont intenses : sueurs, mydriase, tachypnée et tachycardie. L'épisode ne dure généralement qu'1/4 d'heure puis l'enfant se rendort, spontanément. Au réveil, parfois difficile, l'amnésie de l'épisode est totale, ou bien seuls sont évoqués des éléments très frustes (boule, piquants...). Une énurésie est parfois associée. Ces terreurs peuvent être uniques ou répétitives.

Certains enfants connaissent une évolution phobique parfois sévère.

Un épisode n'est pas pathologique. C'est la répétition qui doit inquiéter.

Le somnambulisme

Il s'agit d'une activité motrice plus ou moins complexe (de quelques mouvements stéréotypés à une déambulation) inconsciente, sans souvenirs au réveil : l'enfant se

lève et déambule, le regard fixe, puis va généralement se recoucher. Parfois, l'enfant peut réaliser des tâches précises (descendre des escaliers...).

Certaines activités peuvent être dangereuses.

L'accès peut durer une dizaine de minutes, plutôt en début de nuit.

Il est plus fréquent chez le garçon.

Les antécédents familiaux sont retrouvés dans 60-80 % des cas.

Il apparaît entre 5 et 12 ans et disparaît généralement spontanément après la puberté;

Une énurésie est parfois associée.

Il n'y a aucun dangers à réveiller l'enfant.

La répétition et certaines activités dangereuses peuvent amener à une prescription (rare) de type : Anafranil® ou Tofranil® chez l'enfant de plus de 6 ans.

- Parasomnies survenant durant la transition veille - sommeil

La somniloquie correspond au fait de parler pendant le sommeil, de quelques mots à un discours élaboré. Souvent brève (quelques secondes à quelques minutes), il n'y a pas lieu de s'inquiéter.

Les rythmies d'endormissement consistent en des balancements de la tête ou du corps, avec parfois des bruits de heurts plus ou moins violents contre le mur, pouvant même déplacer le lit. Des vocalisations peuvent s'y associer.

Elles peuvent apparaître dès l'âge de 4-5 mois

La prévalence diminue avec l'âge.

Elles sont généralement spontanément résolutive.

Elles ne sont pas pathologiques en soi, mais elles peuvent témoigner de carences affectives ou de troubles envahissants du développement.

Les crampes nocturnes

Elles surviennent pendant le sommeil sans le perturber.

Souvent au mollet

Elles sont bénignes.

Les myoclonies d'endormissement

Secousses brutales de toutes ou partie du corps pouvant empêcher le sujet de s'endormir ou pouvant le réveiller.

Elles sont bénignes.

- Parasomnies survenant pendant le sommeil paradoxal

Les cauchemars (ou rêves d'angoisse)

Ils surviennent typiquement entre 5 et 8 ans et disparaissent après la puberté.

Ils provoquent un réveil (brutal) de l'enfant pendant le dernier tiers de la nuit.

L'enfant pleure, gémit, appelle, mais est capable de raconter précisément un rêve effrayant à ses parents qu'il reconnaît.

L'enfant est totalement éveillé et bien orienté

Les manifestations végétatives sont modérées.

Ils sont généralement bénins.

Il n'y a pas de traitement de première intention.

C'est la répétition qui doit inquiéter et faire rechercher un trouble psychopathologique sous-jacent.

- Parasomnies survenant pendant le sommeil lent léger

Le bruxisme

Il consiste en un claquement ou un grincement des dents pendant le sommeil.

L'étiologie en est inconnue

Les attelles sont le principal traitement (si répercussions orthodontiques).

3°/ les dysomnies

Les insomnies d'endormissement sont fréquentes au cours de l'adolescence. Elles témoignent souvent d'une angoisse des changements de cette période, mais il convient de prendre garde à une dépression débutante ou avérée (qui s'accompagne davantage de réveils précoces). Il s'agit d'un symptôme d'appel qui réclame une prise en charge globale de la situation de l'adolescent.

Les hypersomnies sont fréquentes, surtout chez l'adolescent (14-15 ans) dont le rythme de sommeil est inversé. Parfois la narcolepsie débute pendant l'enfance.

Elle se caractérise par une somnolence intense et des accès de sommeil diurnes invincibles, associés à des accès de cataplexie (souvent déclenchés par le rire et les émotions), voire à des hallucinations hypnagogiques.

Un bilan neurologique est indispensable

Son traitement repose sur le méthylphénidate (Ritaline®).

4°/ Conduite à tenir

La conduite à tenir est variable en fonction de la répétition et de l'importance du tableau clinique. Une appréciation de l'organisation psychique de l'enfant, de ses conflits intrapsychiques, de son développement, ainsi qu'une évaluation de la qualité des relations parents - enfant permet d'orienter la prise en charge : consultation unique ou répétée, voire psychothérapie dans les cas les plus préoccupants.

Les traitements tranquillisants ou hypnotiques doivent être utilisés de manière exceptionnelle et transitoire, souvent utilisés pour rompre un cercle vicieux dans la relation parents - enfant. Ce n'est qu'un appoint thérapeutique et non une solution au problème.

CHEZ L'ADULTE

A) LES INSOMNIES

Les insomnies sont fréquentes chez l'adulte.

Le bilan d'une insomnie doit être complet.

La prise en charge d'une insomnie ne se résume pas à la prescription d'un "hypnotique".

1°/ Définition

La définition de l'insomnie est purement subjective

L'insomnie se définit comme une plainte concernant à la fois la qualité du sommeil et la qualité de l'éveil. Les difficultés rencontrées sont le plus souvent des problèmes d'endormissement. Mais il peut s'agir d'éveils nocturnes ou de réveils trop précoces le matin. Parfois l'insomnie touche toutes les étapes du sommeil ou se traduit par une sensation de sommeil léger ou non reposant. La journée du lendemain est difficile avec sensation de fatigue, des "coups de barre", irritabilité, tension physique et psychique, difficultés de concentration, humeur morose. Des signes physiques existent également : douleurs cervicales, yeux qui piquent, coliques, mal au dos...

Les insomnies ont une prévalence de 3 à 48 % selon les études.

Elles augmentent avec l'âge.

Elles représentent 50 % des motifs de consultation chez le généraliste ou le spécialiste

15 % des patients prennent des somnifères de manière régulière

Il n'existe aucun examen complémentaire de confirmation diagnostique.

On différencie 2 types d'insomnie :

- les insomnies transitoires ou occasionnelles (les plus fréquentes)
- les insomnies chroniques

2°/ Les insomnies occasionnelles

L'insomnie occasionnelle (ou transitoire) fait partie de la vie normale.

Il est **normal** de voir son sommeil perturbé pendant quelques jours dans certaines circonstances. La difficulté tient au fait qu'une insomnie occasionnelle risque de se pérenniser.

Ce sont des insomnies dont la durée est inférieure à trois semaines. Elles peuvent survenir par périodes entrecoupées d'intervalles libres. Elles touchent de 30 à 50% de la population selon les études. Elles sont le plus souvent secondaires à des causes repérables.

Mauvaise hygiène de vie et causes iatrogènes

Tout ce qui tend à augmenter l'éveil et l'anxiété ou à provoquer des tensions risque de retentir sur la qualité de la nuit qui va suivre. Ainsi, il faut rechercher :

- la pratique de sport intensif à des horaires tardifs
- une irrégularité des horaires de sommeil
- des repas trop copieux ou trop arrosés
- une consommation excessive d'excitants : café, thé, boissons (cola), vitamine C
- une prise aiguë de toxiques
- la notion de stress, de surcharge de travail, de contrariété.

Insomnies liées à l'environnement

Ce sont des causes fréquentes d'insomnie :

- le bruit, source de nuisance qui peut conduire à une insomnie chronique.
- une température excessive : il est très difficile de dormir dans des conditions de température extrême. Il fait rarement très froid dans un appartement. En revanche, il peut y faire très chaud.
- l'altitude : habituellement, les difficultés apparaissent pour une altitude > 1500 m.
- un décalage horaire.

Maladies associées

Toutes les maladies associées qui occasionnent fièvre, douleurs ou gêne physique (toux, régurgitation, prurit...) sont potentiellement pourvoyeuses d'insomnie.

Les maladies cardiaques ou respiratoires décompensées également.

Certains médicaments peuvent déclencher une insomnie (début de traitement) :

Corticoïdes, Ventoline ou certains antidépresseurs.

Parfois ce sont des arrêts de traitements (effets rebonds) : Tranquillisants...

A la disparition de la cause occasionnelle, le sujet retrouve un sommeil normal. Mais quelquefois, la situation peut se chroniciser.

3°/ Les insomnies chroniques

L'insomnie chronique constitue un véritable problème, étiologique et thérapeutique.

L'insomnie est chronique lorsque les troubles durent au-delà d'un mois avec des altérations du sommeil qui surviennent au moins trois fois par semaine.

Elle touche entre 10 et 20% de la population selon les études

Le sexe ratio est de 2 femmes pour 1 homme.

Sa fréquence augmente avec l'âge.

On distingue :

- des insomnies primaires qui évoluent pour leur propre compte, sans cause apparente,
- et des insomnies secondaires, symptôme d'une cause qu'il faut rechercher.

a) Les insomnies primaires

Ce sont les insomnies "maladies" avec 3 formes cliniques :

- *L'insomnie psychophysiologique*

Elle représente à elle seule 15 à 20 % des insomnies chroniques

Forme la plus fréquente.

Début : vers 20-30 ans.

Elle se traduit essentiellement par des difficultés d'endormissement.

Elle se caractérise par :

- . Une sensation de tension au coucher
- . La peur de ne pas dormir
- . Un meilleur sommeil lorsque la personne dort dans un lieu inhabituel
- . L'absence de pathologie psychiatrique associée
- . L'impossibilité de faire la sieste dans la journée.

On parle d'insomnie conditionnée car elle est en quelque sorte "apprise" et entretenue par un comportement inadapté.

On retrouve souvent au début de l'insomnie une cause tout à fait identifiable, psychologique ou organique : intervention chirurgicale douloureuse, examen raté, licenciement, naissance d'un enfant, travail de nuit... Dans un premier temps, la personne est confrontée à des expériences répétées de nuits perturbées par ces causes bien repérables et compréhensibles. Peu à peu, l'association habituelle des messages comportementaux ("je me mets au lit et je m'endors" est remplacée par une nouvelle association "je me mets au lit et je ne dors pas"). Le signal signifiant de la mise au lit perd ainsi son sens physiologique. Le dormeur est paradoxalement conditionné à ne pas dormir. Plus il veut dormir volontairement, moins il le peut. Cela donne l'occasion d'apparition de comportements aberrants comme celui de passer de plus en plus de temps au lit sans dormir. Le sommeil est synonyme de tension. La sieste dans ces conditions est quasi impossible.

- *L'insomnie de mauvaise perception du sommeil*

Il existe une plainte de mauvais sommeil ainsi qu'une plainte concernant la qualité de la journée mais l'étude du sommeil en laboratoire ne montre pas d'anomalie par rapport aux sujets normaux.

Il y a donc une apparente incapacité à apprécier la réalité du sommeil.

Cette entité est controversée.

Elle est souvent rattachée à la précédente forme d'insomnie.

- *L'insomnie idiopathique*

Il s'agit d'une insomnie qui débute dans l'enfance.

Elle se traduit en quelque sorte par un mauvais sommeil constitutionnel.

Il existe souvent des antécédents familiaux, ce qui donne à cette insomnie une étiologie plus biologique que celle évoquée pour l'insomnie psychophysiologique.

b) Les insomnies secondaires

On distingue 3 types d'insomnies secondaires :

- les insomnies secondaires organiques, d'origine physique
- les insomnies secondaires psychiatriques, d'origine psychique
- les insomnies secondaires d'origine iatrogène ou toxique

Les insomnies secondaires, d'origine organique, sont des insomnies liées

- soit à une maladie intercurrente,
- soit à un trouble organique qui ne survient, principalement ou exclusivement, qu'au cours du sommeil.

- *Les maladies intercurrentes*

Maladies fréquemment associées ou révélées par une insomnie :

- Hyperthyroïdie.
- Reflux gastro-œsophagien.
- Asthme, bronchite chronique, hypoventilation alvéolaire.
- Insuffisance respiratoire.

- Maladies cardiaques.
- Toutes causes de douleurs chroniques, inflammatoires.
- Maladies neurologiques (Parkinson...)
- Cancers.
- Diabète mal équilibré (hypoglycémie).

- ***Les troubles organiques liés au sommeil***

Ce sont des pathologies mal connues, trop souvent ignorées des médecins, non identifiées par le patient, et qui représentent près de 20% des causes d'insomnies. Il faut donc les rechercher soigneusement en interrogeant le patient et, si possible, le conjoint ou, à défaut, l'entourage proche.

Le syndrome des jambes sans repos ou impatience des membres inférieurs

Diagnostic fait à l'interrogatoire : le patient décrit, dès la mise au lit, la sensation de paresthésies désagréables à type de picotements, d'agacements, de sensations de brûlures ou "d'électricité" qui l'obligent à bouger ses jambes, à se lever ou à marcher. Il est soulagé par une douche fraîche ou le passage d'un gant froid sur les jambes, le massage de la crête tibiale et des mollets ou par la marche, pieds nus sur un carrelage froid. Cette gêne et ce comportement entraînent le plus souvent une insomnie d'endormissement majeure mais qui peut se reproduire en cours de nuit.

Dans les formes extrêmes, ce syndrome peut survenir dans la journée.

Le syndrome des mouvements périodiques nocturnes des membres

Associé au précédent dans 80% des cas, il n'est pas perçu par le patient.

Seule la personne dormant dans le même lit peut apporter son témoignage si les mouvements sont suffisamment importants.

Epidémiologie : 5 % de la population générale.

Sa fréquence augmente au cours de la vie (29% des plus de 50 ans).

Il se traduit par des secousses cloniques périodiques touchant préférentiellement les jambes et qui réveillent parfois le patient mais surtout le conjoint. Commençant par une flexion du gros orteil du pied, le mouvement peut se compléter par la flexion dorsale du pied sur la jambe, puis de la jambe sur la cuisse, comme un réflexe de triple retrait. Le mouvement est unilatéral ou bilatéral, parfois très violent. Ces secousses surviennent au rythme d'un mouvement toutes les 20 à 40 secondes, par périodes de plusieurs minutes qui se renouvellent trois à quatre fois dans la nuit. Suivis de réveils chez la majorité des patients.

Pathologiques si supérieur à 5 réveils par heure.

Certaines maladies sont favorisantes : l'insuffisance rénale, une carence en fer, la polyarthrite rhumatoïde. Les antidépresseurs sont des facteurs déclenchants dans 30 % des cas. Il en est de même de la grossesse.

L'enregistrement polygraphique avec électrodes placées au niveau des muscles jambiers antérieurs fait le diagnostic.

Traitement : Benzodiazépines à éviter. Parfois utilisation de la L-Dopa.

Le syndrome d'apnées du sommeil

Un syndrome d'apnées du sommeil peut se révéler par une insomnie. Il s'agit dans ce cas le plus souvent d'apnées (> 10 secondes) à prédominance centrale, c'est-à-dire d'un arrêt de la commande des centres respiratoires.

25 % de la population masculine entre 30 et 60 ans.

Rare chez la femme après la ménopause.

Les signes cliniques n'en sont pas évidents. Ronflements nocturnes avec arrêts respiratoires répétés, suivis d'une reprise respiratoire bruyante. Chaque apnée se termine par un éveil bref, non perçu par le patient. C'est souvent le conjoint qui témoigne des arrêts respiratoires. Le sommeil est souvent agité; les sudations sont parfois abondantes. Le patient ne se plaint pratiquement jamais de son sommeil.

La fatigue est importante le matin. Il existe de gros troubles de la concentration et de la mémoire dans la journée. On sera particulièrement attentif à cette insomnie apparemment sans cause qui entraîne un retentissement aussi important le lendemain (sommolence diurne).

Signes associés : obésité (70 %), HTA fréquente (50 %), hypertrophie amygdalienne.

Examens complémentaires : la polygraphie du sommeil fait le diagnostic.

+ bilan fonctionnel respiratoire, cardiovasculaire et métabolique

Traitement : pression positive continue +++

Parfois, traitement chirurgical (ostéotomie bi maxillaire)

Traitement symptomatique de l'obésité (régimes...), de l'HTA...

Insomnies secondaires, d'origine psychique ou psychiatrique

Elles représentent plus de 50% des insomnies. Comme causes fréquentes, on retrouve :

La dépression

Il s'agit le plus souvent d'une insomnie de seconde partie de nuit, avec sensation d'un réveil précoce ou d'un sommeil très morcelé en fin de nuit.

Cette insomnie est souvent le premier signe d'une dépression dont il faut rechercher les signes débutants : irritabilité et agressivité, repli sur soi, ralentissement, goût à rien, obligation de se forcer pour faire la moindre chose, y compris les activités habituellement investies avec plaisir. Le patient vit à l'économie. Il fait face à ses obligations de travail et de vie familiale, mais s'écroule littéralement le week-end où il prolonge souvent son sommeil et fait la sieste. Si on lui demande s'il se sent déprimé, la réponse est rarement positive. Lorsque le symptôme n'est pas identifié comme signe de dépression et que l'on traite symptomatiquement l'insomnie par des hypnotiques ou des anxiolytiques, la dépression peut s'aggraver. Le tableau clinique est alors évident.

Cette insomnie peut s'intégrer dans une maladie psychiatrique connue. Son diagnostic est alors plus facile. Il faut apprendre au patient à repérer cette insomnie comme premier signe d'une rechute dépressive afin qu'il consulte le plus rapidement possible.

L'anxiété

L'anxiété est une grande ennemie du sommeil. Le plus souvent il s'agit d'une anxiété généralisée sans structuration particulière de la personnalité. Dans d'autres cas elle s'intègre dans des manifestations de type phobique ou obsessionnel. Le sommeil est souvent très fragmenté.

Les autres pathologies psychiatriques

L'insomnie peut faire partie d'un tableau psychiatrique tel qu'une névrose grave ou une psychose (syndrome maniaque...). Elle peut être chronique ou transitoire, mais

là encore, elle est souvent liée à une anxiété mobilisée lors de moments évolutifs aigus. Habituellement cette insomnie ne pose pas de problème diagnostique particulier. Néanmoins, il faudra se méfier de l'association à une autre cause d'insomnie surtout lorsqu'il existe un sommeil très agité pouvant évoquer une pathologie organique.

Insomnies secondaires, d'origine iatrogène ou toxique

Les médicaments

Les corticoïdes, la théophylline, les bêta-2-mimétiques, les hormones thyroïdiennes, certains antidépresseurs (tricycliques ou sérotoninergiques) sont connus pour provoquer des insomnies surtout en début de traitement. Les hypnotiques en prise chronique peuvent favoriser le maintien d'une insomnie. Ils sont également responsables d'une insomnie de rebond en cas d'arrêt brutal.

L'alcool

L'alcool a des propriétés hypnotiques à faible dose. Il est d'ailleurs utilisé par bon nombre de personnes comme un psychotrope "naturel" en raison de l'anxiolyse et de la légère euphorie qu'il procure. A forte dose, il facilite l'endormissement, mais très rapidement ensuite le sommeil est fractionné, accompagné de rêves pénibles.

Les substances toxiques

Le café à fortes doses, la coca, les amphétamines, la nicotine ont des effets stimulants qui entraînent un fractionnement du sommeil. L'habituación à ces produits n'est que partielle, et lors d'une prise régulière qu'ils continuent à avoir un effet délétère sur le sommeil.

Autres causes

Nous avons vu le rôle des facteurs environnementaux dans les insomnies transitoires. Ils peuvent entraîner une insomnie chronique. C'est en particulier le cas d'une mauvaise hygiène de vie avec des horaires de sommeil très irréguliers.

4°/ Cas particuliers des troubles du rythme circadien

Ce ne sont pas à proprement parler des insomnies car le patient dort bien s'il est libre d'organiser son temps.

Troubles liés à des rythmes imposés

Professionnellement l'individu peut être soumis à des horaires de travail particuliers comme les horaires décalés, le travail en 3X8, le travail de nuit ou les déphasages répétés liés à des vols aériens transcontinentaux (décalage horaire).

Il n'y a jamais d'accoutumance à de telles ruptures de rythmes. Certaines personnes les supportent mieux que d'autres. Ce sont plutôt les couche-tard et qui ont besoin de peu de sommeil. L'âge intervient également : l'avancée en âge s'accompagne souvent de difficultés croissantes. Les premiers signes d'alerte qu'il faut prendre en compte sont l'apparition d'une insomnie avec l'utilisation de plus en plus fréquente ou régulière d'hypnotiques pour dormir. Secondairement apparaissent des troubles de

l'humeur avec une dépression caractérisée. Il est alors indispensable de supprimer les ruptures de rythmes pour traiter le patient. L'intolérance à ce type de travail peut conduire à la nécessité d'un reclassement professionnel.

Les troubles intrinsèques

Certains troubles du rythme circadien peuvent se présenter comme une insomnie primaire.

Le syndrome de retard de phase du sommeil

C'est le plus fréquent (5-10% des insomnies).

Touche 0,1 à 0,4 de la population générale.

Débute à l'adolescence ou chez l'adulte jeune.

Pas de facteur déclenchant particulier précis.

Il se traduit par un endormissement tardif, au-delà d'1 ou 2 heures du matin, associé à un réveil tardif, spontané, parfois en début d'après-midi. Ce décalage entraîne un fort retentissement sur la vie scolaire ou professionnelle. En l'absence d'obligations horaires, la durée et la qualité du sommeil sont normales.

Les causes sont à la fois comportementale et biologique. Il s'agit de sujets "couche-tard / lève-tard" constitutionnels, qui ont tendance à ne pas répondre aux synchroniseurs. Leur comportement, avec des activités entreprises tard le soir, ne fait que renforcer leurs difficultés.

Enregistrement actimétrique.

Intérêt de tenir un agenda de sommeil sur 3 semaines.

Diagnostic différentiel : maladies neurologiques ou endocriniennes

Comorbidité psychiatriques possibles : dépression (masquée)...

Traitement : - Chronothérapie.

- Eviter les hypnotiques

Le syndrome d'avance de phase du sommeil

Survient chez les sujets âgés.

Description inverse du syndrome de retard de phase : besoin de sommeil irrésistible en fin d'après midi et réveil définitif vers 2-3 heures du matin.

Enregistrement actimétrique et explorations fonctionnelles (sujets âgés)

Intérêt de tenir un agenda de sommeil sur 3 semaines.

B) LES HYPERSOMNIES

Une somnolence diurne nécessite un bilan étiologique approfondi.

Les hypersomnies induites

- Insuffisance de sommeil
- Travail posté
- Décalage horaire
- Traitements médicamenteux
- Prise d'alcool ou d'autres toxiques.

La narcolepsie - cataplexie (Syndrome de Gélineau)

La narcolepsie est encore relativement peu connue. Si elle n'entraîne aucun phénomène douloureux, aucune limitation motrice, elle est cependant handicapante du fait d'accès de sommeil récurrents et d'épisodes d'atonie musculaire pouvant gêner considérablement l'activité. La banalité apparente des accès de sommeil et le caractère émotionnel des épisodes d'atonie musculaire expliquent le diagnostic souvent tardif.

Epidémiologie :

Les évaluations les plus récentes retiennent une prévalence de la maladie de 20 à 25 pour 100 000. L'âge de début se situe entre la première enfance et le début de la cinquantaine avec un pic principal entre 15 et 20 ans et un pic secondaire entre 35 et 40 ans. Plus fréquente chez l'homme.

Signes cliniques :

Les signes cardinaux de la maladie sont la somnolence diurne excessive culminant en des accès de sommeil irrésistibles et les cataplexies ou abolitions du tonus musculaire à déterminisme émotionnel ; les signes auxiliaires comprennent les hallucinations hypnagogiques, les paralysies du sommeil et le mauvais sommeil.

- *Somnolence diurne excessive* :

Les accès de sommeil sont pluri-quotidiens. Ils sont de durée variable selon les circonstances dans lesquelles ils se produisent. Ils sont irrésistibles ou difficilement résistibles. Ils connaissent des horaires électifs, dans l'heure suivant le lever, dans la deuxième partie de la matinée, en début d'après-midi. Ils sont rafraîchissants et cela est un caractère fondamental. Ils se produisent dans les circonstances les plus variées. Une conséquence de la somnolence est l'activité automatique, rangement d'objets dans des lieux insolites, paroles totalement en dehors du contexte, conduite d'un véhicule sur plusieurs kilomètres sans aucun souvenir du parcours effectué.

- *Cataplexie* :

La cataplexie est une abolition du tonus musculaire affectant un groupe de muscles :

- . muscles du visage (provoquant rictus et impossibilité d'articuler les mots)
- . muscles du cou, d'où la chute de la tête en avant ;
- . muscles extenseurs des jambes avec déverrouillage des genoux ;
- . ou la totalité des muscles, entraînant la chute.

Le point le plus remarquable de ces cataplexies est leur déterminisme émotionnel, le plus souvent par une circonstance positive : rire, satisfaction, moins souvent par une circonstance négative : colère, déception. Elles constituent le signe le plus spécifique de la maladie.

Signes cliniques associés : non indispensables au diagnostic :

. *Hallucinations* : Les hallucinations hypnagogiques (à l'endormissement) ou hypnopompiques (au réveil) sont l'exagération du phénomène normal. Elles sont somesthésiques, visuelles, auditives. L'hallucination la plus souvent rapportée est celle d'une présence étrangère dans la pièce où se trouve le patient, présence humaine ou parfois animale. Elle peut être effrayante, au point que certains sujets placent une arme dans le tiroir de leur table de nuit ou un chien dans leur chambre. Elles sont retrouvées à un moment ou l'autre de l'évolution de la maladie chez plus de la moitié des sujets.

. *Paralysies du sommeil* : Les paralysies du sommeil sont une incapacité à mobiliser les membres et à respirer avec une amplitude normale, survenant à l'endormissement ou au réveil et souvent accompagnée d'une hallucination hypnagogique.

. *Troubles de la qualité du sommeil* : Le narcoleptique s'endort rapidement après le coucher mais se réveille très souvent à partir du milieu de la nuit ou avant. Le sommeil est haché par des éveils et il arrive que le sujet se lève plusieurs fois dans la nuit. Une somniloquie est fréquente, de même que des mouvements périodiques des membres dans le sommeil, une activité onirique profuse, voire des troubles du comportement du sommeil paradoxal au cours desquels le sujet est susceptible de se lever et d'agir son rêve.

Examens complémentaires :

- Polysomnographie : elle confirme le diagnostic.
- Typage HLA. (sujets caucasoïdes)
- Scanner ou IRM cérébrale : Il n'aide pas au diagnostic mais constitue parfois une mesure de prudence (enfant +++).

Diagnostic différentiel :

- Pathologies psychiatriques
- Epilepsie
- Insuffisance vertébro-basilaire.

Traitement :

- Traitement de la somnolence diurne excessive

Contre la somnolence et les accès de sommeil irrésistibles, le traitement de première intention est aujourd'hui le modafinil (Modiodal®), médicament éveillant pur, non amphétaminique, actif dans 60-70% des cas, et n'entraînant que peu d'effets secondaires. En cas d'échec on peut utiliser des dérivés amphétaminiques tel le méthylphénidate (Ritaline®). Ces prescriptions sont généralement de courte durée. Des mesures non pharmacologiques sont également à conseiller : sommes répartis dans la journée, organisation des heures de travail en fonction de l'horaire de la somnolence.

- Traitement de la cataplexie

Le meilleur traitement des cataplexies est la clomipramine. Toutefois un certain nombre d'effets secondaires possibles en limitent l'emploi et lui font préférer en première intention des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine (Prozac®), paroxétine (Déroxat®).

Le mazindol et la sélégiline, seuls médicaments actifs à la fois contre la somnolence et la cataplexie représentent une autre voie possible. Enfin, le gamma hydroxybutyrate pris le soir diminue la cataplexie, mais son usage est aujourd'hui limité étant donné le risque d'abus.

- Traitement du mauvais sommeil

Quant au mauvais sommeil, il relève des hypnotiques benzodiazépiniques ou non benzodiazépiniques. Le gamma hydroxybutyrate réduit les éveils nocturnes, mais son usage est limité pour les raisons ci-dessus indiquées.

Enfin, certaines psychothérapies comportementales sont parfois entreprises.

L'hypersomnie récurrente - Syndrome de Kleine-Levin

De faible prévalence, elle est plus fréquente chez le garçon.

Il s'agit d'épisodes d'hyper somnolence diurne avec un allongement du temps de sommeil nocturne.

Signes associés :
- Hyperphagie
- Troubles des conduites sexuelles (masturbation)
- Troubles du caractère et de l'humeur
- Troubles des fonctions cognitives supérieures.

Diagnostic confirmé par enregistrement polygraphique sur 24 - 48 heures.

Traitement médicamenteux : Lithium (Théralite®)

Psychothérapie associée.

Hypersomnie idiopathique

De faible prévalence, elle débute pendant l'enfance.

Il s'agit d'une hypersomnie isolée sans cause connue.

Des accès de sommeil sont possibles (sans cataplexie ni paralysie du sommeil)

Traitement : symptomatique.

C) EVALUATION ET DIAGNOSTIC DES TROUBLES DU SOMMEIL

Toute plainte pour trouble du sommeil nécessite une évaluation comprenant au moins un interrogatoire exhaustif et la tenue d'un agenda du sommeil.

L'actimètre est un outil d'évaluation objective des troubles du sommeil.

Quant à la polysomnographie, elle est réservée à certaines insomnies.

- L'interrogatoire

Précise les besoins de sommeil du patient et ses habitudes ; recherche des erreurs d'hygiène de vie, prend en compte le mode de vie et les obligations professionnelles ou familiales du patient; recherche une cause organique; évalue l'anxiété sous-jacente et l'existence d'une dépression.

Le témoignage de l'entourage est parfois important.

Certains questionnaires (Epworth...) permettent de préciser et quantifier la somnolence.

- L'agenda du sommeil

L'agenda est un relevé du sommeil qui décrit chronologiquement les éléments importants du sommeil (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'insomniaque le complète chaque matin d'après le souvenir de sa nuit. C'est un moyen d'évaluation à la portée de tout clinicien qui permet de visualiser la plainte du patient et d'apprécier son évolution sous traitement. Il est nécessaire d'obtenir la tenue d'un agenda sur une période d'au moins 3 semaines pour repérer des problèmes de comportement.

- L'actimétrie

Un actimètre est un petit appareil de la taille d'une montre qui se porte au poignet non dominant et qui enregistre tous les mouvements, même de faibles amplitudes. Sachant qu'il existe une corrélation entre le rythme activité - repos et le rythme circadien, cet appareil

donne une excellente indication sur les horaires de sommeil et les éveils dans la nuit. Il permet d'objectiver l'organisation du sommeil du patient. La comparaison de l'agenda à l'actimétrie donne une indication sur les capacités du patient à apprécier son sommeil. En cas d'activité anormalement élevée au cours de la nuit, évocatrice d'une pathologie organique associée, des explorations complémentaires sont éventuellement à envisager.

- *L'enregistrement polysomnographique*

Ce n'est pas une exploration systématiquement réalisée dans l'insomnie. Il permet de définir l'organisation des différents stades de sommeil grâce à des capteurs enregistrant l'électroencéphalogramme, l'électro-oculogramme, l'électromyogramme. D'autres paramètres sont mesurés par l'intermédiaire de capteurs respiratoires ou de capteurs jambiers afin d'éliminer une pathologie organique. Cet examen dans l'insomnie n'a d'intérêt que s'il est réalisé après un sevrage complet en hypnotiques et en tranquillisants depuis au moins 15 jours. Il est réalisé en laboratoire de sommeil par les techniques classiques ou en ambulatoire chez le patient grâce à des appareils portables miniaturisés.

Les troubles du sommeil sont avant tout un diagnostic clinique qui repose sur l'interrogatoire. Bien que les causes soient le plus souvent psychologiques ou psychiatriques, il faut savoir éliminer une cause organique.

Un examen somatique complet et un bilan paraclinique étiologique sont indispensables devant les troubles du sommeil chroniques.

La réalisation d'un enregistrement polysomnographique permet de préciser l'étiologie en cas de difficultés diagnostiques.

La prise en charge d'un trouble du sommeil ne se résume pas à la prescription d'un "hypnotique".

Pour en savoir plus

Billiard M. : *Le sommeil normal et pathologique*, Ed. Masson, Paris, 1998 (2^{ème} édition).

Navelet Y., Ferrari P. : *Troubles du sommeil*, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Ed. Médecine - Sciences, Flammarion, Paris, 1993, 8, 54-65.

N° Spécial de la Revue du Praticien, 1996, 46, 2404-2452.

[Retour Accueil du site](#)

[Retour sommaire Enseignement](#)