

## LES TROUBLES DU SOMMEIL

### I. GENERALITES

C'est un trouble fréquent puisqu'il se retrouve chez plus de 10 % de la population adulte (1).

La vie urbaine avec sa surpopulation (5 personnes pour 1 chambre à Alger), ses bruits et ses stress psychosociaux, vont contribuer à en augmenter la fréquence.

Si les troubles psychiatriques sont responsables de près de 50 % des insomnies durables, tous les troubles du sommeil ne sont pas pathologiques, ils ne nécessitent pas toujours une prise en charge médicale, lorsqu'ils sont occasionnels et justifiés ; en revanche les troubles durables peuvent conduire à de véritables infirmités. La plupart des patients évitent la consultation par une automédication, par des renouvellements automatiques d'ordonnances (2), ou par la prise de toxique le soir (kif-chira-alcool).

L'absence de laboratoire du sommeil amène les praticiens à se contenter d'examiner leurs patients à l'état de veille alors que les définitions et le diagnostic des troubles du sommeil, font appel à trois paramètres physiologiques obtenus lors de l'examen de patients endormis : l'électro-encéphalogramme, l'électromyogramme (muscles sous-mentonnés) et l'électro-oculogramme.

### II. PHYSIOLOGIE DU SOMMEIL

Chaque adulte a un besoin en sommeil qui varie de 5 heures (pour les courts dormeurs) à plus de 9 heures (pour les longs dormeurs). Une nuit de sommeil se compose de 3 à 5 cycles, chaque cycle, qui dure de 90 à 120 min environ, comporte successivement 4 stades de sommeil lent et 1 stade de sommeil paradoxal. Pour un adulte jeune, une nuit de sommeil se décompose en 75 à 80 % de sommeil lent et 20 à 25 % de sommeil paradoxal.

Chez le nouveau-né, on n'observe pas de stades de sommeil identique\* à ceux de l'adulte. La maturité du cerveau n'étant pas encore réalisée, on observe 2 stades, celui du sommeil calme et celui du sommeil actif qui s'accompagne de Mouvements oculaires rapides (M.O.K.) (Anderson et Ail., 1971). Le nouveau-né dort 15 heures sur 24 heures, par cycles de 2 heures, le rythme veille-sommeil est d'environ 4 heures, Vers l'âge de 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 8 heures environ/nuit. Chez les personnes âgées : il existe une diminution de la durée totale du sommeil, une augmentation du temps d'endormissement, une somnolence diurne avec tendance à faire la sieste. Après 70 ans, le sommeil paradoxal commence à décroître. Il s'installe une insatisfaction vis-à-vis du sommeil et une augmentation du temps passé au lit sans dormir. A cet âge, les troubles du sommeil sont plus fréquents : réveils fréquents, myo-clonies nocturnes, syndrome des jambes sans repos...

### L'ENREGISTREMENT ELECTRO-ENCEPHALOGRAPHIQUE

\* Chez un adulte jeune, éveillé, les yeux ouverts, on note un tracé d'ondes rapides (plus de 20c/s) et de faible amplitude. Ce sont des ondes bêta. Dans les régions temporales, on note des ondes plus lentes : ondes thêta 4 à 7 cycles/s.

\* Les yeux fermés, au repos, le tracé se caractérise par l'apparition d'ondes alpha (8 à 12 c/s) dont l'amplitude varie en fonction des sujets. Ce rythme, plus fréquent dans les régions postérieures, disparaît lors d'une opération mentale nécessitant attention et concentration, ou lors de l'ouverture des yeux.

\* Au cours du sommeil, le tracé va se ralentir après une phase d'endormissement qui varie de 10 à 15 min.

(1) MOUSSAOUI D. - «Epidémiologie de l'insomnie à Casablanca» - Congrès Mondial de Psychiatrie, Athènes, 1989.

(2) KACHA F. - HAMMOUDI A. «Profil de prescription des psychotropes par les non psychiatres - Etude sur 5000 ordonnances à Alger» - Congrès Maghrébin, Rabat, 1989.

Stade I : le tracé montre des pointes vertex, ondes pointues au niveau des régions centrales. Le tracé se ralentit et son amplitude diminue (disparition des ondes alpha - présence des ondes thêta 3 à 7c/s). A ce stade, le sommeil est léger et le sujet peut être facilement réveillé.

Stade II : Après 5 min de stade I, apparition de fuseaux d'ondes rapides et amples à 12-14 c/s. Complexes K (déflexions lentes d'ondes rapides véritables indicateurs de l'endormissement).

Stade III : le tracé se ralentit encore, onde delta de 0,5 à 2c/s, amples et synchrones.

Stade IV : sommeil profond, caractérisé par un tracé continu d'ondes delta souvent monomorphes symétriques et synchrones.

SOMMEIL PARADOXAL : appelé REM (Rapid Eye Movement). Apparition d'un tracé qui ressemble à celui de l'endormissement et, parallèlement, s'installent une inhibition du tonus musculaire, des mouvements oculaires rapides, des clonies de la face, des contractions musculaires des muscles de l'oreille moyenne, des rêves, une accélération du pouls et de la respiration.

Chez la femme on note une vasodilatation des organes génitaux, chez l'homme une rigidité pénienne.

### **III- L'EXAMEN D'UN INSOMNIAQUE**

**A. APPRECIER LA QUANTITE DU SOMMEIL** : les plaintes subjectives sont fréquentes, elles sont souvent corrélées à l'existence d'anomalies du sommeil, elles sont difficiles à apprécier sans étude polygraphique.

On tentera de préciser l'heure de l'endormissement, sa durée, le nombre de réveils nocturnes et leur durée, l'heure du réveil. L'appréciation de la durée totale du sommeil doit être envisagée par rapport à l'âge et aux normes habituelles du patient.

**B. APPRECIER LA QUALITE DU SOMMEIL** : il faut tenter d'apprécier l'impact du sommeil et sa valeur réparatrice.

La qualité de vie et le fonctionnement diurne doivent être précisés ainsi que la facilité à s'endormir et à se réveiller, la présence au cours du sommeil de phénomènes désagréables tels que cauchemars, rêves pénibles, angoisses, idées obsédantes, mentisme, idées délirantes, hallucinations, etc.

#### **C. APPRÉCIER L'HYGIÈNE DE VIE**

- Le type de travail et son retentissement sur le sujet (travail de nuit -horaires irréguliers - bruits excessifs - conflits relationnels) ;
- habitudes alimentaires : prises d'excitants : café - thé - alcool, préciser les quantités et les horaires ;
- Facteurs environnementaux : transports publics utilisés lors d'un trajet trop long, bruyants, exercices physiques (horaires et durées), prises de toxiques (toxicomanies) ;
- Maladies somatiques ou psychiatriques, douloureuses, dyspnéiques, désorganisant le rythme veille-sommeil, prise de traitement et les horaires.

#### **D. ENREGISTREMENT POLYGRAPHIQUE DU SOMMEIL**

- Electro-encéphalogramme
- Electro-myogramme
- Electro-oculogramme

#### IV. CLINIQUE

On distingue 2 grands groupes de troubles du sommeil : les dyssomnies et les parasomnies.

Les dyssomnies sont caractérisées par des perturbations de la quantité, de la qualité et de l'horaire du sommeil. On en distingue trois sous-groupes : les insomnies, les hypersomnies et les troubles du rythme veille-sommeil.

Les parasomnies se caractérisent par la survenue, au cours du sommeil, d'événements épisodiques inhabituels. On en distingue trois sous-groupes : le somnambulisme, les terreurs nocturnes et les cauchemars auxquels on peut ajouter des troubles sans gravité : somni-loquie, bruxisme, head banging, troubles du comportement liés au sommeil en phase paradoxale.

##### A. DYSSOMNIES

**a- Le trouble le plus fréquemment** rencontré à nos consultations concerne l'insomnie ou Trouble de l'endormissement et du maintien du sommeil (T.E.M.S.). L'insomnie peut être :

- initiale : difficultés à s'endormir ;
  - intermittente ou médiane : éveils fréquents au cours de la nuit ;
  - ou terminale : éveil précoce avec impossibilité de retourner au sommeil.
- Les insomnies chroniques sont souvent mixtes.

A la réduction de la durée totale du sommeil, s'associent les troubles de la vigilance et des performances, des troubles de l'humeur et du caractère au cours de la journée. Ces troubles sont secondaires à la réduction du temps de sommeil toujours présent.

**b- L'hypersomnie ou Trouble de la somnolence excessive (T.S.E.)** : y penser car elle est responsable d'accidents de la circulation. Eviter chez ses patients la prescription de postes de travail à risque.

- 1) Le syndrome d'apnée du sommeil se caractérise par une somnolence diurne excessive, des pauses respiratoires de 10 à 20 secondes, un ronflement majeur, une asthénie, des troubles du caractère, de l'agitation et de l'anxiété, des céphalées matinales. Les patients n'ont pas conscience des apnées. Leur étiopatho-génie est variable, l'arrêt respiratoire est parfois d'origine centrale, il peut relever d'un blocage des voies aériennes supérieures. Enfin, l'étiologie peut relever de l'association des deux mécanismes.

L'enregistrement polygraphique du sommeil (EEG + ECG + enregistrement du rythme respiratoire) montre l'apnée, précise l'hypoxie et la bradycardie ; les troubles du rythme peuvent mettre en danger la vie du malade (arythmie - insuffisance cardiaque - HTA).

- 2) Narcolepsie : ou maladie de Gelineau, caractérisée par une tétrade : somnolence diurne excessive, catalepsie, paralysie du sommeil et hallucinations hypnagogiques.
  - La somnolence diurne est considérée comme le symptôme essentiel. Elle se distingue de la fatigue et se manifeste par des accès de sommeil pluriquotidiens déclenchés par les habitudes monotones.
  - Catalepsie : ce sont de brusques résolutions du tonus musculaire avec effondrement postural et chute (touchant une partie ou toute la musculature striée). Ces épisodes, de durée brève (quelques secondes à quelques minutes), se retrouvent chez 80 % des patients, ils sont déclenchés par les émotions, l'activité sportive, le rire, l'activité sexuelle ; à la fin de l'épisode, le patient retrouve toute sa motricité.
  - Paralysie du sommeil : rapportée par 1 patient sur 4, elle se manifeste par une paralysie temporaire, partielle ou totale lors des transitions entre éveil et sommeil. Le sujet est conscient, mais totalement incapable de bouger pendant moins d'une minute
  - Hallucinations hypnagogiques : hallucinations auditives ou visuelles ou illusions très vives accompagnées d'expériences de rêves survenant lors du passage de l'état d'éveil au sommeil. Le patient reste conscient de l'environnement. La narcolepsie se caractérise par des périodes de sommeil

paradoxal dès le début du sommeil (moins de 10 min après le début du sommeil). Elle débute progressivement avant l'âge de 15 ans, puis évolue sans rémission.

L'enregistrement polygraphique montre d'emblée un tracé de sommeil paradoxal, quelquefois précédé par 1 à 2 min de sommeil lent.

- La maladie serait due à un défaut de contrôle des limites des différents états de vigilance, et l'étude immunogénétique montre que ces patients sont porteurs de l'antigène HLA DRW 15, DW2, DW6. Deux modes de transmission ont été proposés (autosomique dominant avec pénétrance incomplète et multi-factorielle). Cette affection a une prévalence de 1 pour 2000.

- 3) Syndrome de Kleine-Levin : trouble plus fréquent au cours de l'enfance, il peut disparaître après quelques années. L'hypersomnolence est périodique et le patient ne se lève que pour se nourrir, pendant plusieurs jours.

Une hypersexualité et des troubles du caractère font partie du tableau clinique. Le patient est normal en dehors de ces épisodes qui sont suivis d'une totale amnésie.

- 4) Syndrome des jambes sans repos : au repos, les jambes sont douloureuses et inconfortables, le mouvement supprime cette sensation et soulage le patient. Il peut être associé à des myo-clonies morphéiques et empêcher le sujet de s'endormir.

- 5) Hypersomnie idiopathique : débute à l'adolescence ou chez l'adulte jeune ; le sommeil, même prolongé (12 à 24 h), n'est pas réparateur, le réveil matinal est difficile, il n'existe pas de sommeil diurne et le malade peut y résister.

- 6) Syndrome de Pickwick : sujet obèse présentant hypersomnie par accès et apnée au cours du sommeil.

### ***c) Troubles du rythme sommeil-veille***

- Troubles transitoires secondaires aux décalages horaires (personnel aviation long courrier ; personne ayant une activité professionnelle nocturne).
- Troubles permanents, le rythme du sommeil est altéré alors que la qualité du sommeil est conservée : syndrome des phases de sommeil retardées ou avancées, occasionnant endormissement tardif ou précoce avec réveil correspondant.

## **A. PARASOMNIE**

Plusieurs types de troubles peuvent exister chez la même personne.

**a- Somnambulisme** : ce sont des manifestations psycho motrices survenant au cours du sommeil. Elles sont de trois types :

- somnambulisme commun : survient chez plus d'un enfant sur dix, entre 5 ans et l'adolescence, à la suite d'un conflit ou d'un traumatisme. Il disparaît spontanément avec l'âge ;
- somnambulisme épileptique : qui correspond à des crises psychomotrices morphéiques ;
- somnambulisme névrotique qui présente des comportements plus élaborés et souvent orientés vers un but symbolique (aller dans la chambre des parents).

Ces troubles peuvent être associés à des terreurs nocturnes, à une énurésie et ils surviennent chez des enfants présentant le plus souvent des antécédents familiaux similaires (80 %). Ces accès peuvent durer jusqu'à trente minutes, ils surviennent dans la première partie de la nuit. L'aspect des sujets est assez caractéristique, comme sous hypnose ; ils sont conscients de l'environnement, mais ils y sont indifférents et tolèrent les perceptions douloureuses. Ils peuvent se déplacer, répondre par monosyllabes aux

questions, mais leur aspect demeure ralenti et automatique. S'ils obéissent aux suggestions de retour vers leur lit (sauf pour somnambulisme épileptique), il faut éviter de les réveiller s'ils se trouvent dans des situations délicates ou dangereuses.

A l'électro-encéphalogramme, l'accès somnambulique est souvent précédé par des bouffées d'ondes lentes de grande amplitude ; pendant les déambulations le tracé ressemble à celui des sujets éveillés.

**b- Terreurs nocturnes** : éveil soudain, accompagné d'agitation, de crise d'anxiété et d'hyperactivité neurovégétative. Ces crises surviennent à la V<sup>e</sup> ou 2<sup>e</sup> heure de sommeil ; le sujet n'en garde aucun souvenir. L'EEG révèle que les terreurs surviennent pendant le sommeil à ondes lentes (stade 4) et qu'elles sont précédées par des bouffées d'ondes lentes de grande amplitude.

**c- Cauchemars** : ce sont des rêves anxiogènes qui surviennent au stade du sommeil paradoxal. En général, le sujet en garde un souvenir précis et un sentiment pénible au moment du réveil. Ils peuvent survenir dans un tableau de stress posttraumatique.

**d- Somniloquie** : parler au cours du sommeil est assez banal. Au cours du sommeil paradoxal, les phrases sont plus correctes et la voix habituelle, au cours du sommeil lent les phrases sont entrecoupées et parfois inaudibles. Le sujet n'en a aucune conscience.

**e- Bruxisme** : grincement des dents pendant le sommeil. Il survient plus fréquemment chez les enfants, principalement au cours des stades 1 et 2 du sommeil ou pendant les réveils partiels. On ne retrouve pas d'anomalies à l'EEG.

**f- «Head banging» (jactatio capitis nocturnus)** : trouble habituellement limité à l'enfance, ayant lieu principalement aux stades 1 et 2 du sommeil et caractérisé par un balancement rythmique de la tête ou du corps lors de l'endormissement, et des phénomènes hypna-gogiques sensoriels et moteurs.

**g- Enurésie** : miction répétée nocturne, (2 fois par mois au moins) chez un enfant de 5 à 6 ans, ou 1 fois/mois chez l'enfant plus âgé, et non due à un trouble physique. Le trouble n'est pas en relation avec un stade particulier du sommeil et semble souvent la conséquence de frustrations psychologiques et des situations conflictuelles (énurésie secondaire). On incrimine également une hormone sécrétée par les surrénales : la vasopressine qui a une action sur le muscle lisse vésical et la production urinaire nocturne.

**h- Troubles du comportement liés au sommeil paradoxal** : chez les personnes âgées, lors de privation de sommeil paradoxal ou au cours d'affections neurologiques, peuvent apparaître, pendant le sommeil paradoxal, des comportements violents et une perte de l'atonie.

## V. DIAGNOSTIC

L'insomnie est l'affection la plus fréquente :

- il faut chaque fois éliminer une cause organique, toxique ou une mauvaise hygiène de vie (syndrome douloureux ou dyspnéique, prise de stimulants, affection psychiatrique ou neurologique).
- Préciser le type de trouble, sa durée, ses horaires, son évolution, occasionnel ou chronique, ses circonstances, la conscience des troubles.
- Faire, quand le diagnostic est douteux, un enregistrement poly-graphique du sommeil, lorsque cela est possible.

## VI. THERAPEUTIQUE

**A. DYSOMNIE :** en France, plus de 2 millions d'insomniaques prennent régulièrement des hypnotiques. Cette escalade est possible lorsque l'insomnie devient une maladie à faire disparaître au lieu d'être considérée comme un symptôme à décoder.

**a) *L'insomnie doit retenir toute l'attention du thérapeute :***

Savoir distinguer l'insomnie transitoire psychophysiologique, réactionnelle à des causes internes ou externes souvent identifiables.

- Ces insomnies, les plus fréquentes, peuvent rentrer dans l'ordre après la disparition de l'événement anxiogène (deuil, examen, perte, voyage, problèmes à résoudre, etc.) ou bien donner lieu à des comportements inhabituels perturbant le sommeil. S'installe alors une insomnie chronique (peur du sommeil - anxiété - insomnie), l'anticipation de l'insomnie va, chaque fois, créer les conditions anxieuses de l'insomnie. Ces sujets s'endorment souvent en lisant ou en regardant la télévision, c'est-à-dire lorsqu'ils ne pensent plus à dormir.

La notion de gravité et de chronicisation va dépendre de la personnalité, de l'âge, de l'événement causal et des diverses mesures d'hygiène de vie, enfin de la qualité et de la précocité de la prise en charge.

Il faut faire appel d'abord à des mesures d'hygiène : heures de coucher et de réveil régulières, exercices physiques, température ambiante légèrement fraîche, éviter les excitants (thé, café), éviter de faire le bilan avant de s'endormir. Si c'est nécessaire, prescrire une prise de tisane sédative le soir au coucher. Si ces mesures ne sont pas suffisantes : l'apprentissage d'une technique de relaxation peut être bénéfique car elle prépare à la détente nécessaire au sommeil. Toute activité diminuant l'anxiété est bénéfique (balnéothérapie).

- Si l'insomnie est chronique, penser à un traitement par déconditionnement, ne pas utiliser le lit pour autre chose que le sommeil (pas de lecture, pas de télévision au lit), ne se mettre au lit que lorsqu'on a sommeil et ne pas rester au lit lorsque le sommeil ne vient pas. Le réveil, lui, doit être à heure fixe, laissant la possibilité d'avoir sommeil plus tôt le lendemain et ainsi récupérer chaque fois une partie de l'équilibre perdu.

L'insomnie chronique ne devrait pas relever d'un traitement phar-macologique, mais certains patients s'accrochent aux hypnotiques, il faut alors choisir un produit non barbiturique, celui qui induit le moins de toxicomanie, qui a une action brève ou moyenne (Lorazépam ou Témazépam par exemple (\*), à doses filées 1/2mg à 1mg pendant au plus trois semaines en diminuant les doses avant d'arrêter le traitement).

En cas de prise pendant plusieurs mois, voire une année, faire un sevrage en diminuant lentement, si des difficultés se présentent, faire un sevrage en milieu hospitalier.

Le Stilnox (Zolpiden) cp. 10 mg est un excellent hypnotique non barbiturique et non benzodiazépinique.

- Les insomnies secondaires, dues soit à des affections psychiatriques (état dépressif, état confusionnel, etc.), soit neurologiques (démences) ou somatiques (douloureuses ou dyspnéisantes), doivent d'abord bénéficier d'un traitement de l'affection en cause et secondairement d'un traitement symptomatique.
- Certaines insomnies (personnes âgées, pilote, travail posté) répondent à un traitement hormonal (mélatonine qui est un métabolite de la sérotonine produit par la glande pinéale).

**b) *Syndrome d'apnée du sommeil :*** dans les cas sévères, mise en place :

- d'une ventilation nasale à pression positive constante ;
- d'une uvulopharyngopalatoplastie ;
- favoriser la diminution pondérale et la prescription de protriptyline (concordine).
- Traitement chirurgical en cas d'anomalie des voies aériennes supérieures.

(\*) Les benzodiazépines diminuent le stade 1 du sommeil, augmentent le stade 2 et diminuent les stades 3 et 4

c) **Narcolepsie** : information du patient des risques encourus.

- Hygiène de vie et régularité des horaires ;
- sieste régulière pendant la journée ;
- éviter tout comportement à risque (conduite de véhicule, escalade dangereuse), le travail doit être limité au sol, etc.;
- antidépresseurs tricycliques et I.M.A.O. utilisés avec succès contre la cataplexie (clomipramine 10 à 75mg/j) ;
- stimulants pour lutter contre la somnolence (Avlocardyl à forte dose) non amphétaminique : Olmifon, ou amphétaminique : Ritaline 5mg, le, 30min avant chaque repas.

d) **Syndrome de Kleine-Levin** : le Lithium a été utilisé dans certains cas avec succès, associé à un psycho-somatique-stimulant (non amphétaminique. Olmifon) ou amphétamine (Ritaline) Penoline (Cylert).

e) **Syndrome des jambes sans repos** : les Benzodiazepines à doses filées sont efficaces : Clonazepam (Rivotril), Lorazépam (Temesta), dans les cas sévères, la L. Dopa a été utilisée.

f) **Les troubles** du rythme veille-sommeil peuvent bénéficier d'un ajustement progressif en retardant le sommeil jusqu'à atteindre le rythme désiré.

## B. LES PARASOMNIES

**1- Somnambulisme** : éliminer une épilepsie psychomotrice ou affections du SNC qui ne répondent pas aux sollicitations et au cours desquelles les stéréotypies sont inadaptées à l'environnement. Les benzodiazepines qui suppriment le stade 4 du sommeil peuvent être utilisées pour diminuer les accès somnambuliques (risque de rechute après arrêt), mais la psychothérapie et l'hypnose ont été également utilisées avec succès.

**2- Head banging**: des mesures de sécurité doivent être prises pour éviter les blessures. Un traitement est rarement nécessaire ; en cas de besoin : antidépresseurs tricycliques et benzodiazepines.

**3- Troubles liés au sommeil paradoxal** : le Clonazepam, après avoir éliminé les causes neurologiques éventuelles, peut améliorer le comportement violent. Les autres parasomnies ne nécessitent pas de traitement : bruxisme - cauchemars - somnolence.

## BIBLIOGRAPHIE

1. KAPLAN H.I. - B.J. SADOCK - Troubles du sommeil - Manuel de Psychiatrie Clinique - Maloine, Paris, p. 185 à 194.
2. BENOIT O. - FORET J. - Le sommeil humain - Masson, 1992, 202p.
3. JOUVET M. - BENOIT O. - Mécanismes des états de sommeil -Physiologie du sommeil -, Ed. Masson, Paris, 1984, p.1 à 29.
4. MONTPLAISIR J. - GADBOUT R. - Troubles du sommeil et de la vigilance - Psychiatrie clinique - Lalonde, Grunberg et Coll., Gaétan Morin éd., 1988, p. 546 à 574.
5. KACHA F. - «Etiologie des troubles du sommeil» - Table ronde, Congrès Médical Maghrébin, Casablanca, Mai 1983.
6. KHARRATI H. - MOUSSAOUI D. - L'insomnie chez les adultes de 20 à 45 ans à Casablanca - Revue Maghrébine de Psychiatrie - Vol. I, Juin 1991, p. 39 à 42