

LES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr. KHAMER



Objectifs pédagogiques spécifiques

- Connaître le sens des termes liés au sommeil
- Savoir orienter l'examen clinique face à une plainte de trouble de sommeil telle que L'insomnie
- Connaître les principales causes d'insomnies secondaires d'origine psychiatrique : troubles anxieux, épisode dépressif majeur, état maniaque

Généralités

- Ce n'est qu'en 1928 par le psychiatre allemand Hans Berger, que la démonstration était faite de manière indiscutable que le sommeil n'était pas un état passif.
- Ces enregistrements de l'activité électrique cérébrale montraient très clairement des différences de rythmes électriques entre l'état éveillé et l'état de sommeil.
- Le sommeil devenait alors un état actif et l'étude de l'activité électrique cérébrale au cours du sommeil ne faisait que commencer.
- Le sommeil est un besoin physiologique et fondamental qui occupe le tiers de l'existence de l'être humain.
- 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
- 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 :
- La durée totale respective de ces différents stades est en moyenne :
 - o Stade I et II : 50 % de la nuit
 - o Stade III et IV : 25 % de la nuit
 - o Sommeil paradoxal : 25 % de la nuit

Stade I

- Endormissement
- Mouvements oculaires lents
- E.E.G. : activité thêta (4 à 7 cycles par seconde) et persistance possible d'activité
- alpha (8 à 13 c/s)

Stade II

- Sommeil léger
- E.E.G. : activité lente thêta (4 à 7 c/s) interrompue par des bouffées rapides (12 à 14 c/s)

Stade III

- Sommeil profond
- E.E.G. : activité lente delta (1,5 à 2 c/s) en proportion de 20 à 50 %

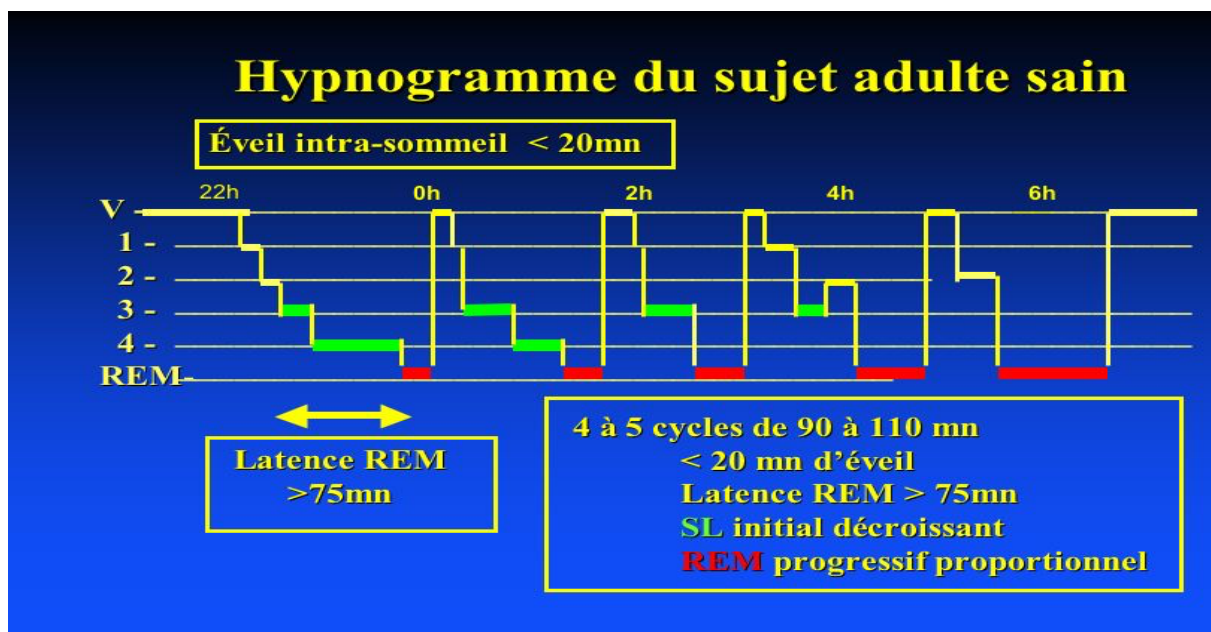
Stade IV

- Sommeil très profond
- E.E.G. : activité lente généralisée delta (1,5 à 2 c/s) en proportion supérieure à 50 % ; réactivité très faible.

Stade V

Ou Sommeil Paradoxal ou Sommeil REM (mouvements oculaires rapides)

- - Sommeil profond au cours duquel survient les rêves
- - Atonie musculaire.
- - Mouvements oculaires rapides



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 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...

A. LES DYSSOMNIES

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
 - 7 % des ordonnances comportent un hypnotique.

2. Insomnie 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)

3. Insomnie 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

Insomnie d'endormissement - Anxiété

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
- **pulmonaires** : asthme, insuffisance respiratoire

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
- **Le sevrage alcoolique** est également à l'origine d'une insomnie presque totale.
- **Certains médicaments** : corticoïdes, antidépresseurs stimulants, hypnotiques au long cours.

Troubles de l'éveil et Hypersomnies

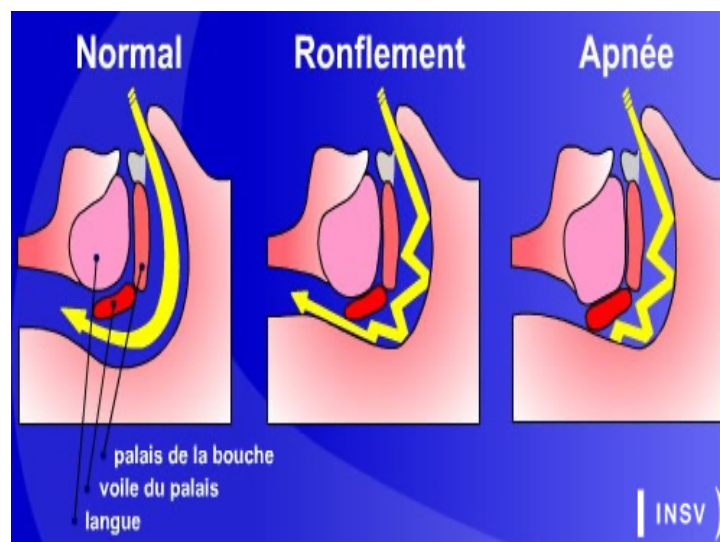
Ces troubles correspondent à une vigilance altérée en durée (hypersomnie) ou en qualité (sommolence diurne).

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**.

1. Le syndrome d'apnée 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.
- On note une polyurie nocturne, un sommeil agité avec cauchemars, une transpiration abondante.



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.

3. Hypersomnie iatrogène

la narcolepsie, observée plutôt chez l'homme, débutant le plus souvent à l'adolescence, associe :

- une hypersomnie avec somnolence diurne quotidienne excessive, attaques de sommeil soudaines, incontrôlables ;
- des accès de cataplexie : abolition soudaine, de courte durée du tonus musculaire.
- des hallucinations visuelles, auditives, surviennent à l'endormissement, dans un vécu d'angoisse ;
- les paralysies du sommeil

Diagnostic

Polysomnographie

Traitement

Pharmacologique : modafinil (Modiodal*), Conseils d'hygiène du sommeil

4- 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*).

5- Autres causes d'hypersomnies

• Hypersomnie psychogène

Cette hypersomnie s'inscrit dans le contexte d'une pathologie psychiatrique : état dépressif, l'hystérie. ..

• 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 nocturne...)
- 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.

B/ PARASOMNIES

Les parasomnies correspondent à des phénomènes anormaux qui surviennent pendant le sommeil.

1- PARASOMNIES PAR TROUBLE DE L'EVEIL

Somnambulisme ;Terreurs nocturnes

2- PARASOMNIES PAR TROUBLE DE LA TRANSITION VEILLE –SOMMEIL

Somniloquie

3- PARASOMNIES ASSOCIEES AU SOMMEIL PARADOXAL

Cauchemars.

4!PARASOMNIES SURVENANT PENDANT LE SOMMEIL LEGER.

Le bruxisme

CAT DEVANT UNE INSOMNIE

Introduction

- Les troubles du sommeil sont fréquent ,vu qu'ils concernent près d'un individu sur trois.
- Souvent transitoires mais parfois deviennent chroniques avec des répercussions notamment sociales et professionnels.

LE SOMMEIL NORMAL

Les besoins pour l'adulte : 5 – 9 h/ jour.

- Une nuit de sommeil : 4– 6 cycles .
- Un cycle : 90 – 120 min .

Cycle : 4 stades de sommeil lent + 1 stade de sommeil paradoxal .

Sujet âgé : diminution de la durée du sommeil , augmentation du temps d'endormissement avec après l' âge de 70 ans baisse de la durée du sommeil paradoxal

L'EXAMEN DES TROUBLES DU SOMMEIL

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.

Interrogatoire

A - ATDC familiaux et personnels.

- Maladies somatiques ou psychiatriques.
- Prise de toxiques.

B- Etude de l'histoire du trouble :

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

D- vigilance diurne :

- Disponibilité intellectuelle et physique;
- Somnolence, asthénie, caractère et humeur;
- Mémoire, concentration et attention.

E- Hygiène de vie :

- Horaire de vie, régularité du couché;
- Travail posté;
- Exercice physique; sport;
- Alimentation, repas du soir;
- Alcool, drogue et stimulant.

L'insomnie

L'insomnie est une plainte subjective qui désigne à la fois une durée insuffisante du sommeil et un sommeil non réparateur.

- **Insomnie d'endormissement:**

des plaintes d'incapacité à trouver le sommeil , (retrouvée dans les troubles anxieux).

- **Insomnie intermittente:**

Par des éveils au cours de la nuit, impression de sommeil haché.

- **Insomnie matinale:**

Par un éveil matinal précoce et définitif (3 à 4 heures du matin) , évocateur le plus souvent d'un trouble dépressif.

CAT

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

Hygiène de sommeil

1. Il faut avant tout restreindre le temps passé au lit au sommeil .
2. Les heures du coucher et surtout du lever doivent être constantes.
3. Si vous avez déjà des problèmes de sommeil, évitez les siestes.
4. L'exercice physique est recommandé mais il faut l'éviter en fin de soirée. éviter une activité intellectuelle intense prolongée tard dans la nuit.
5. Maintenir des horaires de repas constants et surtout d'éviter les repas trop lourds en fin de soirée.
6. Eviter les excitants comme le café, les cigarettes et bien sûr l'alcool.
7. Il faut également créer les meilleures conditions d'environnement .
8. Sachez aussi éviter la "ruminantion" au lit .
9. Surtout, évitez l'auto-administration de somnifères.

Remarque

Tout ce qui apporte calme et sérénité, tout ce qui diminue stress et anxiété, est favorable au sommeil;

- Faites une bonne promenade.
- Pensez à vous relaxer.
- Évacuez les tensions de la journée.
- Écoutez de la musique douce.
- Buvez des tisanes sédatives et consommez des produits laitiers.

Traitement pharmacologique

- **Les hypnotiques**

- Il faut choisir un produit qui n'induit pas une toxicomanie :

Zolpiden : Stilnox * cp 10 mg; excellent hypnotique non barbiturique ,et non benzodiazépinique.

A défaut un anxiolytique peut être prescrit (de courte durée) :

« lorazépam: temesta * cp 2,5mg »

«Hydroxyzine: atarax * cp 25 ou 100 mg ».