# Les troubles du sommeil

Dr:Boudelliou.D
Université Ferhat Abesse ,Faculté de médecine
Novembre 2023

## Plan:

- I. Introduction.
- II. Définitions
- III. Physiologie du sommeil.
- IV. Les troubles du sommeil.
  - 1.Les dysomnies.
  - 2. Les parasomnies.
- V. Prise en charge.
- VI. Conclusion.

# **CAT DEVANT UNE INSOMNIE(TD)**

# I. Introduction:

- Le sommeil est un élément majeur de la qualité de vie de l'être humain, c'est une fonction instinctuelle
- Le sommeil représente plus d'un tiers de notre vie. Il est déterminant pour la croissance, la maturation cérébrale, le développement et la préservation de nos capacités cognitives. Il est essentiel pour l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales et pour le maintien de notre température interne.

- la réduction du temps de sommeil ou l'altération de sa qualité favorisent la prise de poids et l'obésité.
- La mise au repos de notre système cardiovasculaire au cours du sommeil est l'un des enjeux de prévention des années à venir.
- Les troubles du sommeil sont fréquents et variés. Près d'un tiers de la population en souffre, l'insomnie étant la plainte la plus rapportée. Du fait des répercussions importantes de ces troubles sur la qualité de vie, ils doivent être diagnostiqués pour être traités.

# II. :définitions:

1. Le sommeil: est un état psychophysiologique périodique et transitoire, caractérisé par la suspension de la vigilance, la suspension de la motricité volontaire et par sa réversibilité.

#### 2. Les troubles du sommeil:

- Les troubles du sommeil est une perturbation quantitative (durée) ou qualitative ou les deux à la fois du sommeil.
- Il ne sont pas toujours pathologiques et ne nécessitent pas une prise en charge médicale quand ils sont occasionnels
- deux types de troubes: les dyssomnies, les parasomnies

# Physiologie du sommeil

- Notre vie quotidienne est rythmée par deux états physiologiques fondamentaux:
- les états de veille
- les états de sommeil
- Le sommeil n'est pas continu, il est constitué de différents stades qui s'organisent de façon identique au cours de la nuit.
- ► En fonction de l'âge, il existe des modifications notables de la durée du sommeil et de la répartition des divers stades de sommeil.

# 1.Structure du sommeil:

- Une nuit se compose de 3 à 5 cycles ; chaque cycle dure 90 à 120mn et se compose successivement de 4 stades de sommeil lent et un stade de sommeil paradoxal. Pour un adulte jeune, une nuit de sommeil se compose de 75 à 80% de sommeil lent et 20 à 25% de sommeil paradoxal. Le sommeil du nourrisson est constitué par moitié de sommeil paradoxal
- ▶ 80% de sommeil paradoxal 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 2ème mois :
- ▶ il est normal que l'enfant ne « fasse ses nuits » qu'après 3 mois (ou 5kg)
- 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<sup>ème</sup> mois.

les études du sommeil sont basées sur l'enregistrement polysomnographiques:

C'est l'enregistrement sumultané de l'activité électrique du cerveau (EEG), les mouvements des yeux (électro-oculogramme), le tonus musculaire (électromyogramme) au niveau des muscles du menton, l'activité cardiaque (électrocardiogramme), et la respiration.

## **2. EEG:**

- La période de veille ; caractérisé par une activité électrique cérébrale EEG rapide( onde alpha/bétha ).
- La période du **sommeil lent** : présence de plus en plus **d'ondes lentes**.
- Complexe K, les spindles et les fuseaux de sommeil sont les figures physiologiques du sommeil lent léger.
- Sommeil lent : au stade d'endormissement ; mouvements oculaires lents , Respiration lente régulière, le tonus est conservé.
- Le sommeil paradoxal associe les signes de sommeil (atonie musculaire complète avec des seuils d'éveil élevés) et de veille (EEG rapide, mouvements oculaires rapides, respiration irrégulière).

# Caractéristiques électro-encéphalographiques des états de vigilance

#### ETATS DE VIGILANCE Caractéristiques électro-encéphalographiques

Eveil "actif": Yeux ouverts, activité rapide peu ample

showing my more for a will have to be more of the second o

Eveil "passif": Relaxé, yeux fermés, 8 à 12 ondes par seconde. Activité alpha

والمعارض والمتعارض والمتعا

Stade I : endormissement, sommeil de transition 3 à 7 ondes / seconde. Activité theta

www.manderorandelloperory. wantermanderoranderoranderorande

Stade II : Sommeil lent léger Fuseaux de sommeil et complexes K

many formally many and the

Stade III et IV : Sommeil lent profond 0,5 à 3 ondes / seconde

MMMM Mar

Stade V : Sommeil paradoxal activité rapide et ondes en "dents de scie"

- les rêves : semblent liés à <b>la mise au repos des neurones inhibiteur</b> s importante quantité d'informations <b>mémorisées</b> dans le cortex.	s, liberant une

Caractéristiques	Éveil	Sommeil calme Sommeil lent	Sommeil agité Sommeil paradoxal
Activité cérébrale	Activité rapide	S. lent léger S. lent profond  Activité de plus en plus	Activité rapide
(Électroencephalogramme)  Mouvements oculaires (Électro-oculogramme)	Yeux ouverts, mouvements	lente et ample  Yeux fermés, pas de	Yeux fermés, mouvements
Tonus musculaire (Électromyogramme)	oculaires rapides  Tonus musculaire important	mouvement oculaire  Tonus musculaire réduit	oculaires rapides  Tonus musculaire absent. Paralysie
Électrocardiogramme	Rapide, régulier	Lent, régulier	ZL  Apide. irrégulier
Respirogramme	Rapide, irrégulière	Lente, régulière	Assez rapide, irrégulière

Principales caractéristiques de l'éveil, du sommeil lent et du sommeil paradoxal enregistrées par polysomnographie. Chez le nouveau-né, le sommeil calme est l'équivalent du sommeil lent profond de l'adulte, le sommeil agité l'équivalent du sommeil paradoxal.

# 3. Variations physiologiques :

- ► Chaque **adulte** a besoin, en moyenne, de **8h** de sommeil par nuit.
- ► Il existe des **petits dormeurs** (5h par nuit) et des **grands dormeurs** (plus de 9h par nuit).
- ► Il existe des variations quantitatives selon l'âge

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.

# Evolution de l'organisation des rythmes veille sommeil au cours de la vie

On retrouve les mêmes stades de sommeil tout au long de la vie, mais leur organisation évolue.

#### Chez le foetus:

Le sommeil est étudié grâce au rythme activité-repos. Ceci a permis d'observer que le fœtus dort mais pas forcément en même temps que sa mère. L'organisation du sommeil chez le fœtus varie au cours de son développement. Après 36 semaines de gestation (8ème mois environ), la structure du sommeil est très proche de celle retrouvée chez le nouveau-né.

# Chez le nouveau-né à terme :

- Le sommeil est abondant et plus de la moitié est du sommeil agité. Les deux premières années d'un enfant sont primordiales pour sa vie de futur "dormeur".
- Au cours de cette période, se développent les principales caractéristiques du sommeil, déterminantes pour un bon sommeil à l'âge adulte.
- Le rythme veille-sommeil sur 24h se met en place progressivement au cours des 4 à 6 premières semaines de vie grâce à la maturation cérébrale et aux «donneurs de temps».

Ces donneurs de temps sont, en début de vie, les relations mère-bébé, les prises alimentaires à heures régulières, l'alternance lumière et obscurité

puis ultérieurement la régularité des heures de sieste, de coucher et de lever, vont progressivement permettre de stabiliser le rythme veille-sommeil sur l'alternance jour/obscurité. Le comportement des parents est essentiel à l'établissement d'un rythme jour-nuit stable de 24 heures.

- Les principales caractéristiques du cycle des stades de sommeil et de vigilance du nouveau-né :
- Une durée globale de sommeil de 16 à 17 heures par 24 heures
- ▶ Des cycles de sommeil très nombreux : 18 à 20 cycles par 24 heures.
- ▶ Une répartition des cycles sur 24 heures. Le nouveau né ne fait pas encore la distinction jour/ nuit.
- Des états de sommeil équivalents à ceux de l'adulte

- Vers l'âge de 3 mois: la structure du sommeil évolue et on peut alors reconnaître tous les stades décrits chez l'adulte.
- ► Chez l'enfant l'évolution du sommeil se fait par étapes :
- Dès 3 mois : le sommeil agité fait place au sommeil paradoxal (stable) rencontre chez l'adulte. Le sommeil calme laisse la place au sommeil lent

- À partir de 6 mois : les endormissements se font en sommeil lent comme chez l'adulte et le grand enfant.
- À 9 mois : la structure du sommeil ressemble à celle de l'adulte à peu de choses près et le sommeil devient rapidement stable au cours des 4 premières heures.

- ► Entre 9 mois et 6 ans :
- Les siestes disparaissent progressivement.
- Les caractéristiques du sommeil changent.
- La première partie de la nuit est presque exclusivement composée de sommeil lent profond, accompagné de réveils incomplets.
- La seconde partie présente des éveils brefs accompagnant chaque changement de cycle.
- On observe alors une stabilisation du sommeil paradoxal et une augmentation du sommeil lent.

Entre 6 et 12 ans : le sommeil est stable et les réveils sont très brefs.

Le sommeil lent profond occupe une bonne partie de la nuit, favorisant ainsi la survenue de comportements, en général sans gravité, tels que : • Les éveils confusionnels • Les terreurs nocturnes • Le somnambulisme

- L'adolescence : L'organisation du sommeil nocturne de l'adolescent est proche de celle de l'adulte. Les grands bouleversements hormonaux et les modifications comportementales qui surviennent à cette période ont un impact non négligeable qui se traduit par :
- Une diminution importante du sommeil lent profond (le plus récupérateur) au profit du sommeil lent léger.
- Un retard de phase fréquent : couchers et levers tardifs

- Les conséquences des anomalies du sommeil chez les adolescents :
- Une irritabilité augmentée :
- Des envies de bouger sans cesse.
- Des troubles de la concentration, de l'attention et de mémorisation,
- une difficulté à élaborer des projets.
- Un manque de lucidité vis-à vis des actes commis (prises de risques inconsidérés, comportements à risque).
- Une prise de poids. •
- Une augmentation du risque d'anxiété ou de dépression.
- Ces effets disparaissent lorsque l'adolescent peut dormir suffisamment et avec des horaires compatibles avec son activité.

- L'adulte:
- est confronté à deux contraintes agissant habituellement sur le sommeil :
- Les contraintes professionnelles : les horaires de début et de fin de travail, le temps du trajet, le stress au travail perturbent souvent le sommeil des adultes. De plus, 25% des adultes travaillent de nuit ou avec des horaires atypiques.
- Les contraintes familiales : les jeunes enfants, la vie de famille perturbent principalement le sommeil des mamans,

# Les personnes âgées:

- Les limites entre le sommeil normal et le sommeil pathologique sont parfois difficiles à définir chez les personnes âgées.
- Avec l'âge, le rythme veille-sommeil change, au même titre que toutes les fonctions physiologiques, ceci implique : Une modification de la répartition du sommeil sur 24 heures : à partir de 60 ans, nous dormons moins profondément la nuit.
- Un délai d'endormissement allongé.
- Une augmentation de la fréquence des troubles du sommeil : apnées du sommeil, insomnies, syndrome des jambes sans repos.
- Une augmentation du nombre et de la durée des éveils nocturnes.

- Des modifications de l'architecture du sommeil : disparition du sommeil lent profond et diminution du sommeil paradoxal.
- Un décalage de phase fréquent avec un coucher de plus en plus tôt (on dit qu'il y a une avance de phase)
- Ces phénomènes expliquent pourquoi les personnes âgées se plaignent souvent d'un mauvais sommeil (sommeil fragmenté, instable, difficultés pour retrouver le sommeil).

# Le rôle du sommeil

- Le sommeil joue un rôle important et les conséquences d'un mauvais sommeil ont un impact sur :
- Le maintien de la vigilance à l'état de veille (risque de somnolence diurne et de troubles de l'attention).
- Le maintien de la température corporelle tout au long des 24 heures.
- La reconstitution des stocks énergétiques des cellules musculaires et nerveuses.
- La production d'hormones et en particulier l'hormone de croissance et la mélatonine.

- La régulation de fonctions telles que la glycémie
- L'élimination des toxines.
- La stimulation des défenses immunitaires.
- La régulation de l'humeur et de l'activation du stress. Les mécanismes d'apprentissage et de mémorisation.

## III/ Les troubles du sommeil:

Les troubles du sommeil se caractérisent par :

- Une diminution ou une augmentation anormale de la durée du sommeil
- Une détérioration significative de la qualité du sommeil
- Une atteinte de la vigilance la journée : survenue d'épisodes de somnolence à des moments inappropriés (en pleine journée)

On distingue 2 grands groupes de troubles du sommeil :

1/ Dyssomnies: Anomalies quantitatives et/ou qualitatives

2/ Parasomnies: Troubles du comportement pendant le sommeil

## 1/les dysomnies:

## a. Les insomnies:

L'insomnie est le trouble du sommeil le plus fréquent. Elle peut être :

- Initiale : difficulté à s'endormir.
- ▶ Intermittente : avec des réveils nocturnes fréquents au cours de la nuit.
- ► Terminale : réveil précoce
- Totale:
- Elle se manifeste par des difficultés d'endormissement, des réveils au cours de la nuit avec difficultés pour se rendormir, un réveil trop précoce le matin et/ou une sensation de sommeil non récupérateur survenant au moins trois fois par semaine depuis au moins un mois. Elle s'accompagne toujours de conséquences dans la journée : fatigue, difficultés de concentration ou d'attention, irritabilité, altération de la qualité de vie.

## **b-Les hypersomnies:**

- 1- Syndrome d'apnée du sommeil : se caractérise par une somnolence diurne excessive, associée à:
- des pauses respiratoires de quelques secondes,
- un ronflement, une asthénie, des troubles du caractère et des céphalées matinales.
- Des troubles de la mémoire et de l'attention
- Une irritabilité et une baisse de la libido
- Une envie d'uriner la nuit

Les troubles du rythme peuvent mettre en danger la vie du malade.

Les apnées du sommeil peuvent être décelées grâce au conjoint (en raison des ronflements par exemple). Les pathologies associées sont l'hypertension artérielle et les atteintes cardiovasculaires en général. Le risque d'accident vasculaire cérébral est augmenté de 2 à 3 fois. Des enregistrements du sommeil sont à même de confirmer le diagnostic.

# **2- Narcolepsie** (maladie de Gélineau) :

Elle est probablement d'origine auto-immune(dgc:typage HLA)
Elle se caractérise par des endormissements
incontrôlables, parfois dans des situations très actives
comme au travail ou au cours de discussions caractérisée par une
tétrade :

# \* Somnolence diurne

- \* Cataplexie : brusque résolution du tonus musculaire avec effondrement postural et chute.
- \* Paralysie du sommeil : paralysie temporaire, sujet conscient, mais incapable de bouger pendant moins d'une minute.
- \* Hallucination hypnagogique : hallucination qui survient lors des passages de l'état d'éveil au sommeil.

## 3- Syndrome de Klein-Levin:

trouble fréquent au cours de l'enfance, l'hypersomnie est périodique et le patient ne se lève que pour se nourrir, pendant plusieurs jours.

## 4. Hypersomnie idiopathique:

débute à l'adolescence ou chez le sujet adulte jeune, le sommeil n'est pas réparateur et le réveil matinal est difficile.

Cette maladie est beaucoup plus rare. Elle est caractérisée par un allongement pathologique du temps de sommeil, une somnolence diurne importante et un sommeil non récupérateur. Les hypersomnies peuvent être d'origines psychiatriques, infectieuses, neurologiques ou endocriniennes. Les solutions passent par des stimulants de l'éveil qui sont efficaces.

**5.yndrome de Pick Wick :** sujet obèse présentant une hypersomnie par accès et apnées au cours du sommeil.

#### c. Troubles du rythme veille-sommeil: ou du rythme circardien

- Troubles transitoires en rapport avec le décalage horaire (personnel navigant, gardes, de nuit, travail posté...).
- Troubles permanents.

#### **2/Les Parasomnies**:

#### a. Le somnambulisme

Ce sont des manifestations psychomotrices survenant au cours du sommeil.

Il y a trois types:

- Le somnambulisme commun.
- Le somnambulisme névrotique.
- Le somnambulisme épileptique

Ces troubles peuvent être associés à des terreurs nocturnes, à une énurésie et se retrouvent surtout chez l'enfant ayant des ATCD familiaux similaires.

Ces accès peuvent durer jusqu'à 30mn et surviennent dans la 1<sup>ère</sup> partie de la nuit. Le sujet est comme sous hypnose, il peut se déplacer, répondre aux questions, mais reste ralenti avec une activité automatique. Il faut éviter de le réveiller.

#### b. Les terreurs nocturnes:

Eveil soudain accompagné d'agitation, de troubles neurovégétatifs et d'anxiété. Ces crises surviennent au début du sommeil chez les enfants. Le sujet n'en garde aucun souvenir.

#### c. Les cauchemars:

Ce sont des rêves anxiogènes qui surviennent au cours du sommeil paradoxal. Le sujet garde généralement un souvenir avec un sentiment pénible.

#### d. La somniloquie:

C'est le fait de parler au cours du sommeil. C'est un symptôme banal et le sujet n'en garde aucun souvenir.

#### e. Le bruxisme:

C'est le grincement des dents au cours du sommeil, survient fréquemment chez les enfants qui n'en gardent aucun souvenir.

#### f.Le head banging:

Trouble de l'enfance qui survient aux stades 1 et 2 du sommeil lent.

Il est caractérisé par le balancement rythmique de la tête ou du corps avec des phénomènes sensoriels et moteurs.

#### g. L'énurésie:

Miction répétée, nocturne : 2×/mois au moins chez un enfant de 5-6 ans et au moins une fois par mois chez le sujet + âgé. Il n'existe pas d'anomalie physique.

h- Syndrome des jambes sans repos : au repos, les jambes sont douloureuses et inconfortables ; il peut y avoir des myoclonies empêchant le sujet de s'endormir. Le mécanisme de cette pathologie, qui touche 5 % de la population adulte, n'est pas connu. Cependant il semble qu'une activité insuffisante de certains neurones, une carence en fer, une insuffisance rénale ou encore un diabète peuvent en être la cause

- Quatre éléments définissent ce syndrome :
- Les impatiences : souvent difficiles à définir avec parfois des sensations douloureuses au niveau des membres inférieurs, elles surviennent ou s'aggravent nettement le soir ou la nuit
- exacerbation en position allongée le soir au lit entraînant la possible apparition d'une insomnie d'endormissement.
- ► Elles sont plus ou moins soulagées par le mouvement. Dans 80% des cas, sont constatés la nuit des mouvements involontaires périodiques au cours du sommeil dont la personne n'a pas conscience.

#### 3-Les troubles de comportement en rapport avec le sommeil paradoxal:

Chez le sujet plus âgé lors de privation de sommeil ou au cours d'affection neurologique.

# Particularités liées à l'âge des troubles du sommeil:

- 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.
- 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.

- Enfant: les parasomnies
- Adolescent: les dyssomnies (insomnie d'endormissement)
- Adulte: insomnies
- Sujet âgé: Une augmentation de la fréquence des troubles du sommeil : apnées du sommeil, insomnies, syndrome des jambes sans repos.

### Les répercussions des troubles du sommeil sur la santé

- Les principales complications des troubles du sommeil sont liées au manque de sommeil et à la somnolence diurne excessive:
- Altéreration des capacités cognitives (concentration, mémoire, etc.)
- augmention du risque de dépression.
- des conséquences sur le système métabolique et cardio-vasculaire.
- Une perturbant les hormones de la faim, de la satiété et du système glucidique, risque d'obésité et du diabète de type 2.
- ► HTA: une association significative entre un temps de sommeil inférieur à six heures et l'hypertension artérielle
- Des difficultés scolaires (apprentissage), professionnelles (performance, absentéisme), familiales et sociales (trouble de l'humeur), une cause majeure d'accident au travail et d'accident de la route

## Prise en charge

- 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
- Le questionnaire du sommeil

- > 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.

- 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).
- 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.

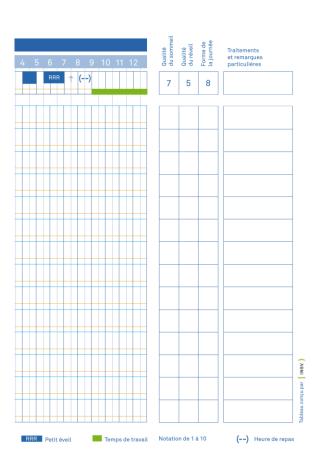
# Agenda du sommeil

MON AGENDA POUR LE SOMMEIL COMPRENDRE ET PRENDRE SOIN DE SON SOMMEIL
NOM:
PRENOM:
•••••••••••••••••••••••
MES NOTES SUITE A MA CONSULTATION DU/2023
••••••••••••••••••••••••••••••
•••••••••••••••••••••••••••••
•••••••••••••••••••••••••••••••
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
••••••

# Agenda du sommeil



# Agenda du sommeil



#### L'actimétrie

- 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.
- ▶ 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 resp<mark>iratoires ou de capteurs jambiers afin d'éliminer une pathologie organique.</mark>

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

#### VI / Prise en charge:

Dysomnies:

#### a. Les insomnies:

- Pas de prescription systématique de somnnifères .
- Traitement étiologique de l'étiologie organique ou psychiatrique.

En cas d'insomnie occasionnelle: hygiène du sommeil.

#### b. Le sommeil d'apnée du sommeil:

- Dans les cas sévères, on préconise la pose de plastie.
- TRT chirurgical en cas d'anomalie des voies aériennes supérieures : ablation de végétations, correction d'une déformation nasale, ...

#### c. La narcolepsie:

- Hygiène de vie et heures de sommeil régulières.
- Eviter un comportement à risque : conduite de véhicule, certains sports : natation,...
- Les psychostimulants ; méthyl phénidate, Modafinil
- Certains auteurs préconisent les ATD tricycliques, exemple : Clomipramine (Anafranil®),

#### d.<u>Le syndrome de Kleine-Levin:</u>

Certains auteurs utilisent des sels de lithium.

#### e.Le syndrome des jambes sans repos:

Les benzodiazépines ont prouvé leur efficacité (exemple : Lorazépam (Témesta®).

#### Les parasomnies:

#### a. Somnambulisme:

- Il faut éliminer une maladie du SNC ou une épilepsie psychomotrice.
- Les benzodiazépines peuvent être utilisées.
- L'hypnose peut être utilisée avec succès.

#### b.Le Head-banging:

Des mesures de sécurité doivent être prises pour éviter les blessures. En cas de besoin, on peut donner les ATD tricycliques.

#### c.Les troubles du sommeil paradoxal:

Indication du Clonazépam (Rivotril®).

#### d.L'énurésie:

Il faut toujours éliminer une cause organique. On recherche à l'examen, un facteur génétique, une arriération mentale, un psychotraumatisme... Il faut expliquer aux énurétiques qu'ils ont un modèle de sommeil distinct et qu'ils ne ressentent pas toujours le besoin d'uriner. Ils peuvent être traités par la prescription de petites doses d'un antidépresseur tricyclique (Clomipramine).

Des techniques comportementales peuvent être utilisées comme l'utilisation d'un système d'alarme, l'éducation de la vessie et la restriction des liquides le soir.

#### e.Les autres parasomnies:

Les cauchemars et la somniloquie ne nécessitent aucun traitement.

On peut en cas de bruxisme recommander la pose au cours de la nuit, d'une attelle en caoutchouc sur les dents.

### **Conclusion:**

Les médecins généralistes, les pédiatres, les psychiatres sont quotidiennement confrontés aux questions des parents et des patients concernant le sommeil.

Savoir écouter, empathique (mettre l'accent sur la souffrance des autres), s'orienter sur la pathologie et du moins proposer des règles d'hygiène du sommeil, ceci permet souvent la résolution très rapide de la grande majorité des troubles.

- 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 prescr<mark>iption d'un "hypnotique".</mark>

### CAT devant une insomnie

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 est 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 sont le trouble du sommeil le plus fréquent, elles augmentent avec l'âge.
- Elles représentent 50 % des motifs de consultation chez le généraliste ou le spécialiste
- Les conséquence sur le quotidien de l'individu
- Les limites et les risques liés à la prescription médicamenteuse spécifique (dépendance)

- On différencie 2 types d'insomnie :
- 1.les insomnies transitoires ou occasionnelles (les plus fréquentes)
- 2.les insomnies chroniques
- Facteurs influencent le sommeil: mode de vie, les études ,post de travail, activité physiques, prise d'alcool, de substances psychoactifs

#### 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'un 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,
  - 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

- 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.

- 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.
- ▶ 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 :

- 1.Les insomnies secondaires organiques, d'origine physique
- ▶ 2.Les insomnies secondaires psychiatriques, d'origine psychique
- > 3.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 :insomnie d'endormissement
- Le syndrome des mouvements périodiques nocturnes des membres
- Le syndrome d'apnées du sommeil

- 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.

### 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:
- Troubles anxieux grave
- une psychose (syndrome maniaque...). Elle peut être chronique ou transitoire, mais là encore, elle est souvent liée à l'anxiété

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 béta-2-mimétiques
- les hormones thyroïdiennes, certains antidépresseurs surtout en début de traitement.
- Les hypnotiques : prise chronique. Ils sont responsables d'une insomnie de rebond en cas d'arrêt brutal

#### L'alcool

L'alcool a des propriétés hypnotiques à faible dose. un psychotrope "naturel« : l'anxiolyse et la légère euphorie. 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'habituation 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
- Le rôle des facteurs environnementaux dans les insomnies chroniques: 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).
- La comorbidité dépressive est fréquente

- Le syndrome d'avance de phase du sommeil des 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 heurs du matin. Enregistrement actimétrique et explorations fonctionnelles (sujets âgés) Intérêt de tenir un agenda de sommeil sur 3 semaines

- 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).
- 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 normale.

## CAT

- Évaluation et diagnostique
- L'interrogatoire
- L'agenda du sommeil
- L'actimétrie
- L'enregistrement polysomnographique :l'étiologie
- Un examen somatique complet et un bilan paraclinique étiologique sont indispensables devant les troubles du sommeil chroniques.

# Les moyens thérapeutiques

- Action et l'environnement et hygienne de sommeil
- Les moyens psychothérapeutiques: TCC, relaxation
- Les moyens médicamenteux:
- Les hypnotiques
- Les anxiolytiques
- Les antidépresseurs
- Les neuroleptiques sédatifs

# L'hygienne du sommeil

- Pour un sommeil de bonne qualité:
- Adopter des horaires de sommeil réguliers.
- Se coucher et se lever à des heures régulières facilite en effet le sommeil.
- Se lever tous les jours à la même heure, week-end compris, a un effet synchroniseur du rythme veille-sommeil.
- Le réveil doit être dynamique pour bien éveiller son corps : lumière forte, exercices d'étirement, petit déjeuner complet.
- La pratique d'un exercice physique régulier dans la journée favorise l'endormissement. Eviter l'exercice physique en soirée, en particulier avant d'aller dormir.
- Se reposer ou faire une courte sieste en début d'après-midi. Il suffit de fermer les yeux 5 à 20 minutes en relâchant le corps. Le sommeil viendra rapidement si le besoin est là. La sieste permet de maintenir la vigilance pour le reste de la journée.
- Eviter les excitants après 16 heures. Café, thé, cola, vitamine C retardent l'endormissement et augmentent les réveils nocturnes.

- Consultation1 (10 min): le patient signale un trouble du sommeil
- Distribution d'un questionnaire à remplir à la maison parasomnies, chronotype, Somnolence, Fatigue, Dépression)
- Donner un agenda, passer du temps à expliquer
- Fixer un rendez-vous de 1 h, dans 2 semaines

- Consultation2:
- Définir le chronotype du patient («du soir», «du matin» et soir
- ► Lecture de l'agenda (définir le temps de sommeil total TST moyen sur les 2 semaines) —
- Définir avec lui 3 règles de base:
- Réduisez votre temps au lit «pression du sommeil
- Réveillez-vous toujours à la même heure, (le réveil est le principal de rythme circadien, avec l'exposition à la lumière du matin, il va «stabiliser» le rythme
- N'allez pas au lit si vous n'êtes pas somnolent

- Consultation 3 (10 min): téléphonique après une semaine
- Adhérence aux 3 consignes
- Consultation 4 (20 min): consultation en présentiel
- Discuter des progrès, difficultés
- Entretien motivationnel
- Selon agenda faire une «titration du sommeil»
- Règle des 30/30. Si latence d'endormissement est < 30 min, si les réveils intra-nuits sont < 30 min, augmenter le temps passé au lit de 15 min.
- ► Consultation 5(10 min): téléphonique après une semaine
- Revoir les règles pour un meilleur sommeil
- ► Le patient doit comprendre que si son sommeil est mauvais (en fonction des stress ), il doit diminuer son temps au lit, s'il est bon l'augmenter

#### Algorithme de prise en charge (proposition):

- 1. Thérapie cognitivo-comportementale spécifique pour l'insomnie (TCCi)
- 2. Valériane
- 3. Mélatonine
- 4. Trazodone à faible dose ou, si dépression associée, mirtazapine ou agomélatine ou doses antidépressives de trazodone
- 5. Antihistaminiques sédatifs à courte demi-vie
- 6. Benzodiazépines et analogues à relativement courte demi-vie (< 6 h) pour une durée la plus courte possible (≤ 4 semaines)

#### Recommandations générales :

- Regrouper la prise des médicaments comportant un effet sédatif le soir (si plusieurs prises par jour, mettre la plus grande dose le soir)
- Privilégier les molécules à demi-vie relativement courte afin d'éviter les effets résiduels le lendemain
- Arrêter les hypnotiques de manière graduelle, la TCCi durant la période de sevrage améliorerait le succès de la prise en charge<sup>3</sup>

- Traitement de l'insomnie secondaire: est un traitement étiologique
- L'association d'un hypnotique au traitement étiologique est possible en respectant les contres indications et les interactions médicamenteuses

# Conduite pratique

