

PREMIÈRE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 3 - Maturation et Vulnérabilité

Question 43

TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ADULTE

Rédaction : B. Bonin - Relecture : D. Pringuey

Objectifs pédagogiques spécifiques

- Connaître le sens des termes hypersomnie, somnolence diurne excessive, trouble du rythme circadien, parasomnie
 - 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
 - Connaître les principales classes d'hypnotiques et leurs indications
-

I - GENERALITES

1 - LE SOMMEIL

Le sommeil est un besoin physiologique et fondamental qui occupe le tiers de l'existence de l'être humain. Fonction physiologique, vitale, rythmique, adaptative, le sommeil est indispensable à la vie tant au plan physique que psychique. Le sommeil, en effet, contient et permet le rêve, fonction essentielle de la vie psychique.

Organisation phasique

Chez l'adulte le sommeil est organisé en cycles avec alternance de phases de sommeil lent, de profondeur croissante (stade I, II, III et IV) et de phases de sommeil paradoxal (sommeil REM : rapid eye movements ou mouvements oculaires rapides).

Une nuit de sommeil comporte 4 à 5 cycles, chacun d'une durée d'environ 90 minutes.

Dans un cycle, les critères électro-encéphalographiques, électro-myographiques et électro-oculographiques objectivent 5 stades :

- stade I et II : sommeil léger
- stade III et IV : sommeil lent profond
- stade V : sommeil paradoxal SP ou REM (Rapid Eye Movements)

La durée totale respective de ces différents stades est en moyenne :

- stade I et II : 50 % de la nuit
- stade III et IV : 25 % de la nuit
- sommeil paradoxal : 25 % de la nuit

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

Cette configuration évolue également avec l'âge. Chez la personne âgée on décrit :

- une augmentation de la durée des stades I et II
- une diminution de la durée des stades III et IV
- une stabilité de la durée du sommeil paradoxal
- une augmentation de la fréquence des éveils nocturnes
 - 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 surviennent les rêves
- Atonie musculaire
- Mouvements oculaires rapides

2 - 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. L'origine intrinsèque (cause interne à l'organisme) ou extrinsèque (cause extérieure) est considérée pour la classification.
- les parasomnies : phénomènes anormaux qui surviennent au cours du sommeil : somnambulisme, cauchemars, terreurs nocturnes...

3 - EXAMEN CLINIQUE

Les troubles du sommeil sont une plainte subjective fréquente ; ils nécessitent néanmoins une écoute attentive, un examen clinique minutieux, parfois un interrogatoire de l'entourage.

L'examen doit rechercher :

- les antécédents
- les caractéristiques des troubles : circonstances d'apparition, ancienneté, forme, durée... en recherchant un trouble spécifique
- des facteurs circonstanciels
- l'existence d'une pathologie psychiatrique ou organique
- les signes d'accompagnement : phénomènes hypnagogiques, rites, ronflements, pauses respiratoires, éveils, polyurie, mouvements des membres...
- les répercussions diurnes : céphalées, lombalgies, fatigue, somnolence diurne, troubles cognitifs, irritabilité, troubles du comportement, de l'humeur, cataplexie...

4 - EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Certaines méthodes permettent de mieux préciser le trouble du sommeil et ses conséquences :

- calendriers, agendas de sommeil
- nombreux questionnaires spécifiques et échelles analogiques visuelles
- tests de performance (attention, labilité psychomotrice...)
- mesures objectives de la vigilance

L'enregistrement polygraphique du sommeil permet d'objectiver le trouble du sommeil par l'étude de l'architecture interne du sommeil. La polysomnographie comprend l'enregistrement simultané de :

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

En fonction des pathologies recherchées on peut également enregistrer :

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

II - 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 - INSOMNIES TRANSITOIRES

1) Définitions

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.

2) Prévalence

Ce sont les insomnies les plus fréquentes : 30 à 40 % de la population générale

3) Causes diverses

- Causes psychologiques : événements de vie, deuil, difficultés familiales, professionnelles, facteurs de stress...
- Mauvaise hygiène de vie : longues siestes, abus d'excitants, lever ou coucher irrégulier, hyperactivité physique le soir, suractivité professionnelle...
- Trouble somatique : douleur aiguë, toux, prurit, fièvre...
- Environnement : nuisances sonores, altitude, mauvaises conditions de coucher, hospitalisation...

4) Traitement

- Conseils d'hygiène du sommeil

A faire :

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

Eviter :

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

➤ Prescription d'un traitement

Dans le cas de l'insomnie à court terme, la prescription d'un hypnotique à demi-vie courte (cyclopyrrolones : zopiclone (5 H), Imovane* ; imidazopyridines : zolpidem (2,4 H), Stilnox*) peut être envisagée à faible posologie, sur une courte période, quelques jours à quelques semaines, avec réévaluation régulière de la prescription. Il convient d'informer le patient des effets indésirables des médicaments, du risque de dépendance, de la possibilité d'une insomnie de rebond à l'arrêt de l'hypnotique.

3 - INSOMNIES SECONDAIRES

1- Causes psychiatriques

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

➤ Insomnie matinale - Etats dépressifs

Les dépressions s'accompagnent, dans 80 à 90 % des cas, d'insomnie. Toutes les formes d'insomnies peuvent être observées ; mais l'insomnie dépressive, en particulier dans la mélancolie, est cliniquement une insomnie matinale : réveil précoce (3 à 4 heures du matin) avec, dès le réveil, recrudescence des symptômes dépressifs (tristesse, ruminations, angoisse, fatigue, idéations suicidaires...).

➤ Insomnie d'endormissement - Anxiété

Les troubles anxieux et névrotiques sont souvent à l'origine d'une insomnie d'endormissement chronique, l'anxiété s'opposant à l'abandon dans le sommeil. Le coucher s'accompagne souvent d'une tension anxieuse avec crainte de l'insomnie, de ruminations, de rituels.

La prescription d'un hypnotique, d'un anxiolytique est souvent indiquée ; il convient cependant d'apprécier le risque de dépendance à l'hypnotique et de rappeler les conseils d'hygiène du sommeil.

➤ **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.

Le traitement hypnotique fait souvent appel à la prescription d'un antipsychotique ou au traitement de l'accès maniaque

➤ **Insomnie chronique**

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

La prescription d'hypnotiques ou d'anxiolytiques de la famille des benzodiazépines expose à la dépendance, voire à un usage addictif. La chimiothérapie fait appel aux phénothiazines sédatives, aux antidépresseurs sédatifs à faible posologie et surtout à la psychothérapie, à la relaxation.

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-duodéal, reflux gastro-oesophagien
- urinaires
- endocriniennes : diabète, hyperthyroïdie
- cardiaques
- pulmonaires : asthme, insuffisance respiratoire
- neurologiques : maladie de Parkinson, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, séquelles de traumatisme crânien, d'accident vasculaire cérébral

Le traitement de l'insomnie est celui de la cause, complété éventuellement par un traitement hypnotique (benzodiazépines) sur une courte durée.

3) Causes toxiques et iatrogènes

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

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

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

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

4 - INSOMNIE CHRONIQUE PRIMAIRE

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

On distingue :

- l'insomnie idiopathique qui évolue depuis l'enfance avec souvent des répercussions diurnes
- l'insomnie psychophysiologique ; il s'agit d'une insomnie conditionnée, acquise, dépendant à la fois de facteurs psychologiques, peur de s'endormir, anxiété anticipatoire de l'insomnie, et de facteurs physiologiques, conditionnement négatif du sommeil. L'insomnie, objectivée par la polysomnographie, est la préoccupation majeure du patient dont le sommeil est d'autant plus perturbé que le sujet redoute une nuit sans sommeil.
- la mauvaise perception du sommeil : hypnoagnosie ; le trouble du sommeil n'est pas retrouvé à l'examen polygraphique et n'a pas de conséquences diurnes.

Ces insomnies sont souvent à l'origine de polymédications anciennes qu'il convient de contrôler. Leur traitement fait appel à différentes méthodes : restriction du temps de sommeil, relaxation, psychothérapie, thérapies comportementales.

III - TROUBLES DE L'EVEIL ET HYPERSOMNIES

Ces troubles, qui concernent entre 2,5 et 8,7 % de la population selon les études, correspondent à une vigilance altérée en durée (hypersomnie) ou en qualité (sommolence diurne). A l'inverse de l'insomnie, ces troubles sont souvent méconnus, négligés, difficiles à diagnostiquer et à traiter d'autant que la déstructuration du sommeil est parfois mal perçue par le patient.

1 - CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

1 - Cliniques

L'excès de sommeil est plus ou moins permanent ou paroxystique : sommeil de nuit très allongé ou somnolence diurne.

Il constitue le symptôme unique ou s'inscrit dans un contexte pathologique.

Il peut être physiologique à certaines heures ou à certains âges. Ailleurs il est nettement anormal, dépendant de maladies diverses.

2 - Conséquences

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

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

3 - Physiopathologie

L'origine de l'excès réside dans de multiples facteurs :

- insuffisance aiguë ou chronique de sommeil
- sommeil pris à des heures anormales
- prise d'alcool
- prise de médicaments psychotropes
- troubles respiratoires avec fractionnement du sommeil de nuit
- état dépressif
- anomalies du rythme circadien
- lésions cérébrales
- narcolepsie ou hypersomnie idiopathique

4 - Traitement

Ne comporte que les dérivés amphétaminiques d'usage délicat et non dénué d'inconvénients.

2 - LE SYNDROME D'APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

1 - Définitions

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. Cette persistance des mouvements thoraco-abdominaux différencie les apnées obstructives des apnées centrales au cours desquelles ces mouvements seront absents.

Première cause de somnolence diurne, ce syndrome se rencontre le plus souvent chez l'homme de la cinquantaine, ronfleur, en excès pondéral.

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

2 - Clinique

- Au cours de la nuit : ronflements, arrêts respiratoires répétés suivis d'un éveil bref, rarement perçu par le patient, et d'une reprise respiratoire bruyante. On note une polyurie nocturne, un sommeil agité avec cauchemars, une transpiration abondante.

- Le réveil matinal est difficile avec céphalées, gorge irritée par les ronflements.

- Au cours de la journée on retrouve une somnolence diurne, des endormissements involontaires. Le patient se plaint d'asthénie, de troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire), d'anxiété, d'humeur dépressive.

3 - Terrain

- Obésité
- ORL :
 - hypertrophie amygdalienne
 - voile du palais hypotonique, long, épais
- Facteurs aggravants : alcool, benzodiazépines

4 - Complications

- Accidents de voiture, du travail
- Hypertension artérielle, accidents ischémiques cérébraux, coronariens

5 - Comorbidité

- Acromégalie, hyperthyroïdie
- Maladies neuromusculaires
- Bronchite chronique

6 - Bilan

- Polysomnographie
- Oxymétrie nocturne : diminution de 50 % du taux d'oxygène sanguin au cours des apnées
- Examen O.R.L.
- Bilan fonctionnel respiratoire, cardiovasculaire, métabolique

7 - Traitement

- Action au niveau des facteurs aggravants : poids, alcool, benzodiazépines
- Respiration en pression positive continue la nuit
- Traitement chirurgical dans certains cas : uvulo-palato-pharyngoplastie

3 - HYPERSOMNIE PAR INSUFFISANCE DE SOMMEIL

1 - Définition

Il s'agit d'une restriction chronique de sommeil, volontaire mais non intentionnelle, à l'origine d'une hypersomnolence diurne pour laquelle le patient consulte.

Cette insuffisance de sommeil est liée le plus souvent à un travail exigeant, un travail posté, la maladie d'un proche, la naissance d'un enfant...

L'existence d'une hypersomnie diurne différencie ce trouble des sujets courts dormeurs qui ont un temps de sommeil court mais sans conséquences diurnes.

2 - Clinique

Le sujet se plaint :

- réveil difficile
- somnolence l'après-midi
- altération des performances
- difficultés d'attention
- irritabilité
- fatigue

3 - Examen polygraphique

Il montre un sommeil riche en sommeil lent profond, un endormissement rapide confirmant la dette de sommeil.

4 - Thérapeutique

Le traitement consiste en un allongement du temps de sommeil avec réapprentissage d'une hygiène de vie.

4 - HYPERSOMNIE IATROGÈNE

La somnolence diurne liée à certains médicaments nécessite l'examen de sa durée, de son intensité, de ses conséquences sur la vie quotidienne et la conduite automobile. Un aménagement des posologies prescrites est nécessaire.

- Médicaments psychotropes

Les hypnotiques à demi-vie longue, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les thymorégulateurs 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.

5 - LA NARCOLEPSIE

1 - Clinique

Décrite par GELINEAU (1880), la narcolepsie, observée plutôt chez l'homme, débutant le plus souvent à l'adolescence, associe une tétrade symptomatique :

- une hypersomnie avec somnolence diurne quotidienne excessive, non permanente, survenant souvent aux mêmes heures pour un sujet : attaques de sommeil soudaines, incontrôlables ;
- des accès de cataplexie : abolition soudaine, de courte durée du tonus musculaire. Cette hypotonie peut être généralisée ou ne concerner que certains groupes musculaires (chute de la mâchoire, bascule de la tête, dérobement des genoux...). Les accès surviennent souvent à l'occasion d'émotions ;

- des hallucinations visuelles, auditives, surviennent à l'endormissement, dans un vécu d'angoisse ;
- les paralysies du sommeil se caractérisent par une incapacité totale à mobiliser les muscles, à respirer avec une amplitude normale ; elles surviennent lors d'un éveil, durant quelques minutes.

Le patient se plaint également d'un sommeil de mauvaise qualité ; l'endormissement est rapide mais il existe de multiples éveils nocturnes avec une activité onirique importante.

2 - Diagnostic

- Clinique : il est souvent porté avec un retard de plusieurs années. La cataplexie manque parfois au tableau clinique.
- Polysomnographie : le test itératif d'endormissement montre une latence courte d'endormissement (< 8 minutes) avec apparition rapide de sommeil paradoxal.
- Le typage HLA n'est pas indispensable au diagnostic mais écarte le diagnostic dans les cas incertains si l'association avec HLA DR2-DQ1 n'est pas retrouvée.

3 - Comorbidité

Une comorbidité peut être retrouvée avec :

- un syndrome d'apnée du sommeil
- un syndrome des mouvements périodiques des membres
- une affection neurologique : tumeur cérébrale, encéphalite, sclérose en plaques, traumatisme crânien

4 - Physiopathologie

L'approche physiopathologique de cette désorganisation des états de veille et de sommeil évoque actuellement un déséquilibre des systèmes cholinergiques (hypersensibilité) et monoaminergiques (hypofonctionnement). Le caractère génétique de cette maladie est attesté depuis de nombreuses années.

5 - Traitement

- Traitement de la somnolence et des accès de sommeil
 - Pharmacologique : modafinil (Modiodal*)
 - méthylphenidate (Ritaline*)
 - Siestes
- Traitement de la cataplexie, des hallucinations, des paralysies du sommeil
 - Pharmacologique : antidépresseurs (tricycliques, IRS)
 - Thérapies comportementales
- Traitement du mauvais sommeil
 - Pharmacologique : hypnotiques
 - Conseils d'hygiène du sommeil

6 - Aspects médico-légaux

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

6 - HYPERSOMNIE PRIMAIRE OU IDIOPATHIQUE

1 - Clinique

Débutant à l'âge adulte, cette hypersomnie apparaît isolée, sans cause connue ; il s'agit d'une somnolence diurne excessive (ivresse de sommeil) avec des périodes d'endormissements involontaires de quelques heures, non réparatrices. Le sommeil nocturne est en général satisfaisant mais long avec un réveil difficile, tardif à l'origine de conséquences socio-professionnelles. Le patient décrit parfois une impression de n'être jamais complètement éveillé.

2 - Diagnostic

- Clinique : cette hypersomnie ne s'accompagne pas de cataplexie, d'hallucinations, de paralysies du sommeil.
- Polysomnographie : les enregistrements montrent l'heure tardive du réveil spontané, un temps de sommeil sur 24 heures souvent supérieur à 12 heures. Le test itératif d'endormissement met en évidence un endormissement rapide (<10 minutes) en sommeil lent (non en sommeil paradoxal comme dans la narcolepsie).
- Diagnostic différentiel :
 - narcolepsie
 - causes psychiatriques d'hypersomnie
 - causes infectieuses ou organiques cérébrales

3 - Physiopathologie

Une désynchronisation du système noradrénergique est évoquée.

4 - Traitement

- Pharmacologique : antidépresseurs stimulants (tricycliques, IRS)
- Conseil d'hygiène de sommeil avec en particulier interdiction des siestes.

7 - HYPERSOMNIES RECURRENTES

1 - Définitions

Ce sont des affections rares caractérisées par des accès récurrents de somnolence intense ; les accès durent de plusieurs jours à plusieurs semaines, se reproduisant à des intervalles très variables ; entre les accès le sujet ne présente pas de troubles de la vigilance.

2 - Clinique et traitement

- Le syndrome de KLEINE LEVIN affecte l'adolescent de sexe masculin. Les épisodes de somnolence sont associés à une hyperphagie compulsive, une désinhibition avec hypersexualité, des troubles psychiques (étrangeté, hallucinations), du comportement (irritabilité, agressivité).

Le tracé électroencéphalographique est ralenti avec quelques bouffées théta. La polysomnographie montre un sommeil long, pauvre en sommeil lent profond, une latence courte du sommeil paradoxal.

Une thérapeutique par thymorégulateurs ne se justifie que lors d'accès fréquents.

- Certaines formes sont d'origine organique : tumeur cérébrale (3^e ventricule), complications évolutives de traumatisme crânien, d'encéphalite.
- D'autres formes apparaissent de cause psychiatrique : troubles dépressifs de l'humeur en particulier.

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

1 - Mouvements périodiques nocturnes des membres

Survenant pendant la nuit, à l'origine d'éveils, cette pathologie se manifeste par des secousses de quelques secondes, survenant de manière périodique toutes les 30 secondes, qui affectent surtout les membres inférieurs. A ces secousses s'associent une extension du gros orteil, une dorsiflexion du pied, parfois une flexion du genou, de la hanche.

Le sujet se plaint d'un sommeil non réparateur, d'insomnie de milieu de nuit, d'une sensation de fatigue des membres inférieurs le matin.

La polysomnographie montre les bouffées d'activation sur l'électromyogramme des membres inférieurs.

Ces mouvements, dont la fréquence croît avec l'âge, peuvent être associés à d'autres troubles du sommeil (narcolepsie, syndrome d'apnées du sommeil) ; ils apparaissent plus fréquents chez les patients traités par antidépresseurs.

2 - 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 polysomnographie montre l'existence fréquente de mouvements périodiques nocturnes des membres.

Ces impatiences, apparaissant vers la trentaine, ont une évolution fluctuante. Il faut noter leur fréquence au cours du dernier trimestre de la grossesse, chez les patients traités par antidépresseurs.

3 - Traitement

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

9 - AUTRES CAUSES D'HYPERSONNIE

1 - Hypersomnie psychogène

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

La polysomnographie montre un sommeil nocturne de qualité médiocre ainsi qu'un raccourcissement de la latence d'apparition du sommeil paradoxal. Le test itératif d'endormissement est normal.

Le traitement comporte la prescription d'antidépresseurs stimulants.

2 - 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.

3 - Hypersomnie de causes médicales

- Hypertension intracrânienne (vomissements, nausées)
- Tumeur cérébrale (hypothalamus, épiphyse)
- Accident vasculaire cérébral
- Affections dégénératives : maladies d'Alzheimer, de Parkinson
- Encéphalite, en particulier la trypanosomiase

IV - TROUBLES DES RYTHMES CIRCADIENS

Ce sont des troubles du sommeil et de l'éveil liés à une inadéquation entre les horaires réels de sommeil et les horaires souhaités. Ils témoignent d'une discordance entre le mode de vie et le rythme physiologique. L'agenda de sommeil est une aide précieuse pour le diagnostic.

1 - Syndrome d'Avance de Phase

Ce trouble se caractérise par un endormissement et un réveil précoces avec une durée habituelle de sommeil conservée. Le réveil vers 2, 3 heures du matin s'accompagne d'un besoin de sommeil en fin d'après-midi. Ce trouble s'observe surtout chez les personnes âgées.

2 - Syndrome hypernycthéral

Il s'agit de cycles veille - sommeil d'une durée supérieure à 24 heures avec un décalage progressif des horaires de sommeil d'environ 1 heure chaque jour, l'endormissement devenant de plus en plus tardif. On peut observer une insomnie totale suivie d'une somnolence diurne. Ce trouble est principalement observé dans la cécité d'origine périphérique, la schizophrénie, la démence.

3 - Syndrome de Retard de Phase

Ce syndrome, qui évoque un échappement du rythme veille - sommeil aux synchroniseurs externes, débute en général à l'adolescence et concerne le plus souvent l'homme. L'endormissement survient tardivement, après 2 heures du matin (heure constante pour un sujet à la différence de l'heure toujours décalée du syndrome hypernycthémeral), de manière permanente. Le sommeil est satisfaisant en qualité et en quantité si l'heure du réveil spontané, 7 à 8 heures après le coucher, est compatible avec les exigences de la vie quotidienne.

La symptomatologie apparaît lorsque l'heure de réveil doit être avancée pour obéir aux exigences des horaires conventionnels : quantité insuffisante de sommeil, somnolence diurne, asthénie, troubles de l'humeur... sachant que le sujet ne parvient pas à avancer l'heure de l'endormissement.

La tenue d'un agenda de sommeil sur un mois permet le diagnostic.

La thérapeutique est la chronothérapie par retard progressif des horaires de sommeil jusqu'à ce que l'heure d'endormissement parvienne à l'heure souhaitée. La photothérapie matinale représente une autre approche thérapeutique. La prescription d'hypnotiques n'est pas indiquée en raison du risque important de dépendance dans ce syndrome.

4 - Changement de fuseaux horaires

Nommé "Jet Lag", ce syndrome correspond à une désynchronisation des rythmes veille - sommeil liée au franchissement de fuseaux horaires. L'intensité des symptômes augmente avec le nombre de fuseaux franchis et certains facteurs : dette antérieure de sommeil, climat, conditions de voyage... Le symptôme premier est une insomnie d'endormissement lors d'un voyage vers l'Est, un réveil prématuré lors d'un voyage vers l'Ouest. Le tableau clinique associe fatigue, accès de somnolence, diminution des performances psychomotrices et parfois une instabilité thymique.

Au plan polysomnographique on observe une augmentation du sommeil à ondes lentes, une diminution du sommeil paradoxal lors d'un voyage vers l'Est, une augmentation du sommeil paradoxal lors d'un voyage vers l'Ouest.

Ce trouble s'amende en une semaine environ, sachant que le réajustement des rythmes endogènes se fait plus rapidement lors d'un voyage vers l'Ouest que lors d'un déplacement vers l'Est. Un hypnotique à action courte peut favoriser l'environnement pendant ou après le vol.

5 - Travail posté

Les horaires décalés ou variables de travail peuvent être à l'origine de troubles du sommeil (sommeil perturbé dans sa quantité et sa qualité) et de la vigilance (somnolence). Une surconsommation de substances stimulantes est souvent observée, celle-ci aggravant l'altération du sommeil.

Les rotations avant (horaires retardés de travail), les alternances courtes (2 à 3 nuits consécutives) apparaissent être mieux tolérées physiologiquement ; de même l'adaptation apparaît plus facile chez certains sujets. Mais l'âge est un facteur de mauvaise adaptation du travail posté. Les hypnotiques sont peu efficaces à long terme.

V - PARASOMNIES

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

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

1 - PARASOMNIES PAR TROUBLE DE L'EVEIL

1 - Ivresse du sommeil

Survenant essentiellement chez l'enfant ou l'adulte jeune, c'est un éveil nocturne caractérisé par un état d'obnubilation avec parfois une désorientation temporo-spatiale, des comportements inadaptés. L'intensité de cet éveil confusionnel est plus importante s'il survient en début de nuit ; souvent le sujet n'en garde pas de souvenir. Une hypersomnie idiopathique peut être associée.

2 - Somnambulisme

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

3 - Terreurs nocturnes

Les terreurs nocturnes, fréquentes chez l'enfant, sont également rares chez l'adulte. Souvent déclenchées chez l'adulte par l'abus d'alcool, le manque de sommeil, une fièvre, des apnées du sommeil, ces terreurs nocturnes surviennent en début de nuit à type de hurlements peu compréhensibles et de manifestations neurovégétatives intenses, ne provoquant pas de réveil, ne laissant pas de souvenir.

Un traitement anxiolytique par benzodiazépines peut être prescrit en cas de sévérité, de dangerosité des troubles.

2 - PARASOMNIES PAR TROUBLE DE LA TRANSITION VEILLE - SOMMEIL

1 - Sursauts du sommeil

Symptomatologie bénigne et fréquente (60 % de la population), les sursauts du sommeil surviennent à l'endormissement, gênant parfois celui-ci. Il s'agit de myoclonies à type de secousses brutales de tout ou partie du corps.

2 - Somniloquie

La somniloquie est le fait de parler pendant son sommeil, de l'émission de quelques sons à des conversations élaborées. Elle survient le plus souvent en sommeil lent. Cette symptomatologie banale, plus souvent observée chez l'homme, ne nécessite pas de traitement.

3 - Crampes nocturnes des membres inférieurs

Ce sont des contractions douloureuses involontaires des muscles du mollet, du pied, qui surviennent pendant le sommeil et l'interrompent. Cette symptomatologie est fréquente chez la femme enceinte, la femme âgée. Un traitement myorelaxant peut être proposé.

3 - PARASOMNIES ASSOCIEES AU SOMMEIL PARADOXAL

1 - Cauchemars

Les cauchemars, rêves effrayants et angoissants, réveillent le dormeur qui conserve le souvenir de la scène rêvée. Cette parasomnie ne s'accompagne pas de troubles neurovégétatifs, comme dans les terreurs nocturnes, mais l'angoisse persistante peut empêcher le retour du sommeil.

Survenant au cours du sommeil paradoxal, banals si occasionnels, les cauchemars persistants doivent faire rechercher un trouble psychopathologique sous-jacent, un syndrome de stress psychotraumatique par exemple.

Les cauchemars peuvent être favorisés par la prise de certains médicaments : antiparkinsoniens, bêta-bloquants, certains hypnotiques.

2 - Paralysies du sommeil

Il s'agit, lors d'un éveil nocturne, d'une abolition transitoire du tonus musculaire avec impossibilité pour le patient, pendant quelques secondes, de se mobiliser. Les paralysies du sommeil s'observent dans la narcolepsie mais peuvent aussi survenir après une période de privation de sommeil ou de désorganisation circadienne.

3 - Troubles nocturnes de l'érection

Des douleurs, à l'origine d'un réveil, d'une angoisse, accompagnent les érections survenant pendant le sommeil paradoxal. En cas de chronicité du trouble une psychothérapie peut être envisagée.

4 - Troubles du comportement en sommeil paradoxal

C'est une pathologie retrouvée chez l'homme après 50 ans ; en raison d'une disparition de l'atonie musculaire physiologique contemporaine du sommeil paradoxal, les patients vivent et agissent leurs rêves ; des comportements complexes, violents, peuvent être dangereux.

On peut observer en particulier ce trouble chez les patients narcoleptiques traités par psychostimulants, chez certains patients déprimés traités par antidépresseurs.

La thérapeutique fait appel au clonazepam (Rivotril*).

4 - PARASOMNIES SURVENANT PENDANT LE SOMMEIL LEGER

Le bruxisme est caractérisé par des contractions musculaires involontaires des mâchoires produisant des grincements de dents qui peuvent être à l'origine d'altérations dentaires. Le bruxisme, qui survient au cours des stades I et II du sommeil, serait favorisé par les facteurs de stress. Un traitement anxiolytique par benzodiazépines peut améliorer ce trouble.