

Troubles du sommeil chez l'adulte

Professeur SOUIRTI Zouhayr
MD, PhD.

Service de Neurologie, CHU Hassan II de Fès

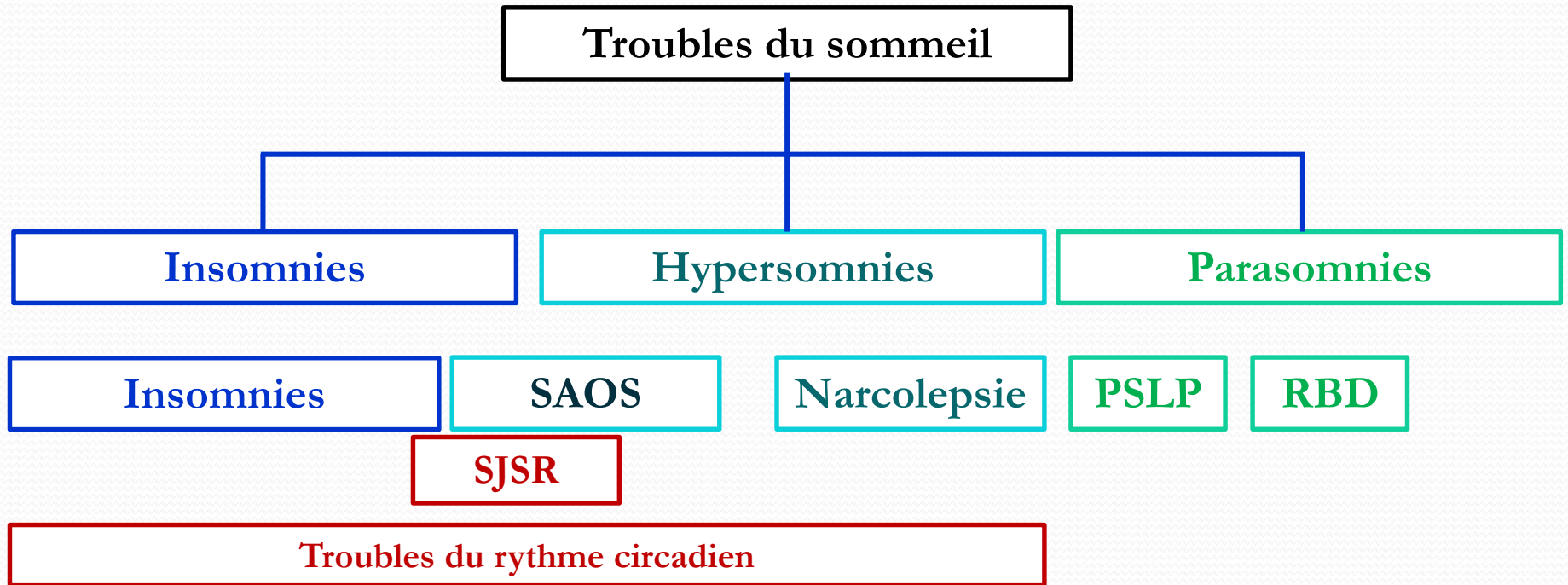
Centre de Médecine du sommeil, CHU Hassan II de Fès

Laboratoire des Neurosciences cliniques, Faculté de Médecine et de pharmacie de Fès

Introduction

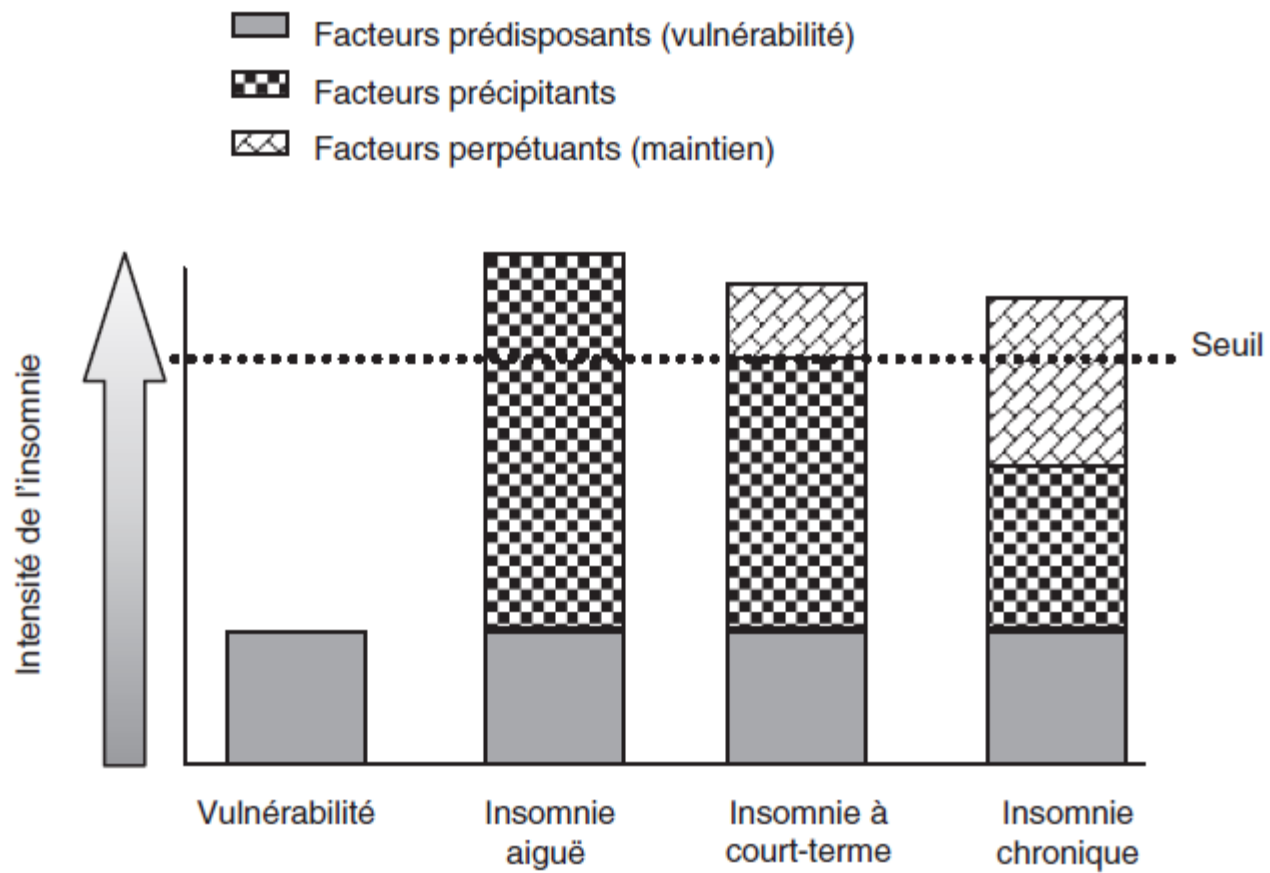
- Sommeil et sa pathologie: nouvelle discipline.
- Prévalence des troubles du sommeil
 - Insomnies
 - SAOS
- Développement de l'exploration du sommeil
 - Polysomnographie
- Interdisciplinarité
- Domaine de recherche

Classification

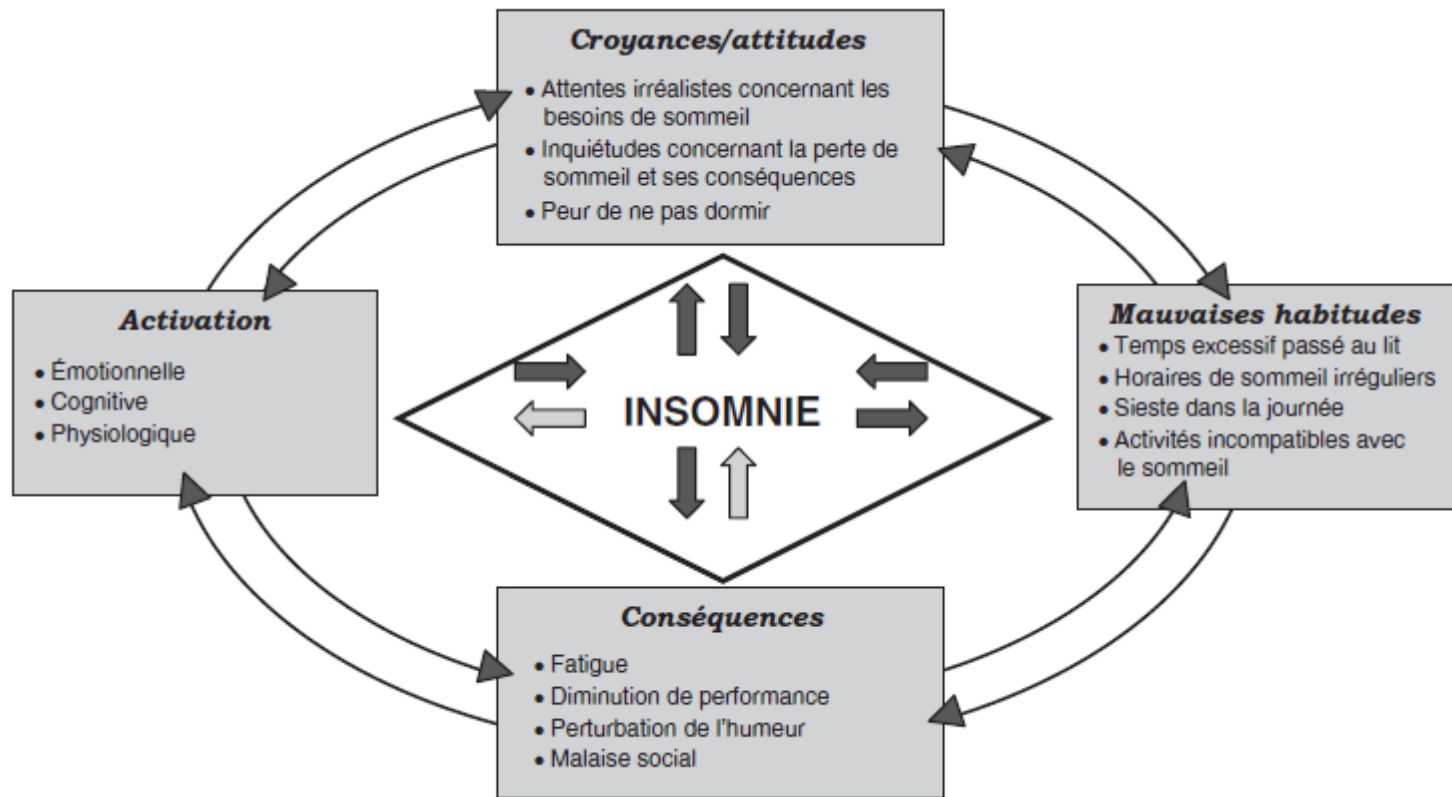


Les insomnies de l'adulte

- Prévalence:
 - 30 %: difficultés occasionnelles
 - 10%: insomnie chronique
- Motif d'absentéisme au travail
- Répercussion sur la qualité de vie
- Affections cardio-vasculaires?



Billiard, 2014



Trouble d'insomnie (DSM-V)

A. La plainte principale est une insatisfaction concernant la quantité ou la qualité du sommeil. Chez une personne âgée ayant un trouble cognitif ou chez l'enfant, la plainte peut être formulée par un aidant ou un autre membre de la famille

B. Rapport subjectif d'un ou plusieurs des symptômes suivants :

- difficulté à initier le sommeil ; chez l'enfant, ce symptôme peut se manifester par une difficulté à s'endormir sans la présence d'un parent
- difficulté à maintenir le sommeil caractérisée par des éveils fréquents ou problème à se rendormir après un éveil nocturne ; chez l'enfant, il s'agit d'un problème à se rendormir sans la présence d'un parent
- réveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir
- sommeil non réparateur
- résistance à aller se coucher (enfant)

C. La plainte de sommeil est accompagnée d'une détresse importante ou d'une perturbation du fonctionnement diurne avec la présence d'au moins un des symptômes suivants :

- fatigue ou manque d'énergie
- somnolence diurne
- difficultés cognitives (ex. : attention, concentration, mémoire)
- perturbation de l'humeur (ex. : irritabilité, dysphorie)
- problèmes comportementaux (ex. : hyperactivité, impulsivité, agressivité)
- problème occupationnel ou académique
- problème interpersonnel ou social
- impact négatif sur l'aidant naturel ou sur le fonctionnement familial (ex. : fatigue, somnolence)

D. L'insomnie est présente au moins trois nuits par semaine

E. L'insomnie est présente au moins pour une durée de trois mois

F. Les difficultés de sommeil sont présentes en dépit de circonstances adéquates pour dormir

Durée :

1. Insomnie aiguë (< 1 mois)
2. Insomnie sous-chronique (1-3 mois)
3. Insomnie chronique (> 3 mois)

Conditions comorbides :

- trouble psychiatrique (préciser)
- trouble médical (préciser)
- autre trouble (préciser)

Hygiène du sommeil

- Éviter la caféine quatre à six heures avant l'heure du coucher.
- Éviter de fumer à l'heure du coucher et lors des éveils nocturnes.
- Éviter de consommer de l'alcool près de l'heure du coucher
- Favoriser l'activité physique durant la journée ou en début de soirée, mais pas en fin de soirée
- Privilégier un environnement confortable, sombre et calme dans la chambre à coucher.

Restriction du sommeil

Étapes :

1. Déterminer une fenêtre de sommeil à l'intérieur de laquelle le patient pourra dormir : calculer la moyenne du temps dormi par nuit sur la base d'un agenda du sommeil complété par le patient pendant au moins une semaine (ex. : 6 h 00), la moyenne de temps passé au lit (ex. : 8 h 30) et l'efficacité du sommeil (71 %)

2. Déterminer une fenêtre de sommeil correspondant à la moyenne du temps dormi (ex. : 6 h 00) et déterminer l'heure du coucher (ex. : 00 h 00) et l'heure de lever (ex. : 6 h 00) selon les préférences du patient et le type d'insomnie présenté

3. Ajuster la fenêtre de sommeil hebdomadairement selon l'efficacité du sommeil de la semaine précédente :

- augmenter la fenêtre de sommeil de 15-20 minutes si l'efficacité du sommeil est supérieure à 85 %
- diminuer de 15–20 minutes si elle est inférieure à 80 % et maintenir la fenêtre de sommeil stable pour une autre semaine si elle se situe entre 80 et 85 %
- diminuer de 15–20 minutes si elle est inférieure à 80 %
- maintenir la fenêtre de sommeil inchangée pour une semaine supplémentaire si elle se situe entre 80 et 85 %

4. Ajuster la fenêtre de sommeil jusqu'à ce qu'une durée optimale de sommeil soit atteinte (selon facteurs tels âge, préférence du patient, horaires, style de vie)

Réserver au moins une heure de détente avant le coucher :

- permet d'éviter de provoquer un état d'activation
- favorise l'association entre les indices temporels de détente et le coucher

Aller au lit uniquement lorsque somnolent :

- favorise un endormissement rapide
- nécessite la distinction entre fatigue et somnolence

Si le sommeil ne survient pas dans les 15 à 20 minutes, se lever et faire une activité tranquille dans une autre pièce et retourner au lit uniquement lorsque somnolent :

- brise l'association entre les stimuli environnementaux (lit, chambre) et l'insomnie
- exige de privilégier une activité calme et d'éviter toute activité stimulante

Se lever à la même heure quotidiennement, peu importe la quantité de sommeil obtenue :

- permet de régulariser le cycle veille-sommeil et d'augmenter la pression de sommeil la nuit suivante

Réserver le lit et la chambre à coucher uniquement pour le sommeil et les activités sexuelles :

- brise l'association entre les stimuli environnementaux (lit, chambre) et l'éveil (lecture, télévision, tracas, résolution de problèmes)

Éviter de faire la sieste :

- renforce l'homéostasie du sommeil et minimise les difficultés de sommeil la nuit suivante

Contrôle du stimulus

Traitement médicamenteux

- Hypnotiques
- Mécanisme d'action:
 - liaison aux récepteurs GABA A.
 - Benzodiazépines, zolpidem, zopiclone, zaleplon
 - Agonistes des récepteurs MT₁/MT₂
 - Autre: antidépresseur, anti-histaminiques, anti-psychotiques.

Effets des BZD

- Effet anti-éveil
- Inhibition transitoire du SP
- Inhibition du sommeil à ondes lentes
- Augmentation du stade 2

Agonistes des récepteurs MT1/MT2

- Mélatonine, chronobiotique, demi-vie 90 minutes, effet attendu sur la durée d'endormissement, le retard de phase
- Circadin 2mg
- Agomélatine (Valdoxan*): antidépresseur, anti 5HT₂
- Rozerem (rameltéon)
 - Indiqué dans les difficultés chroniques d'endormissement

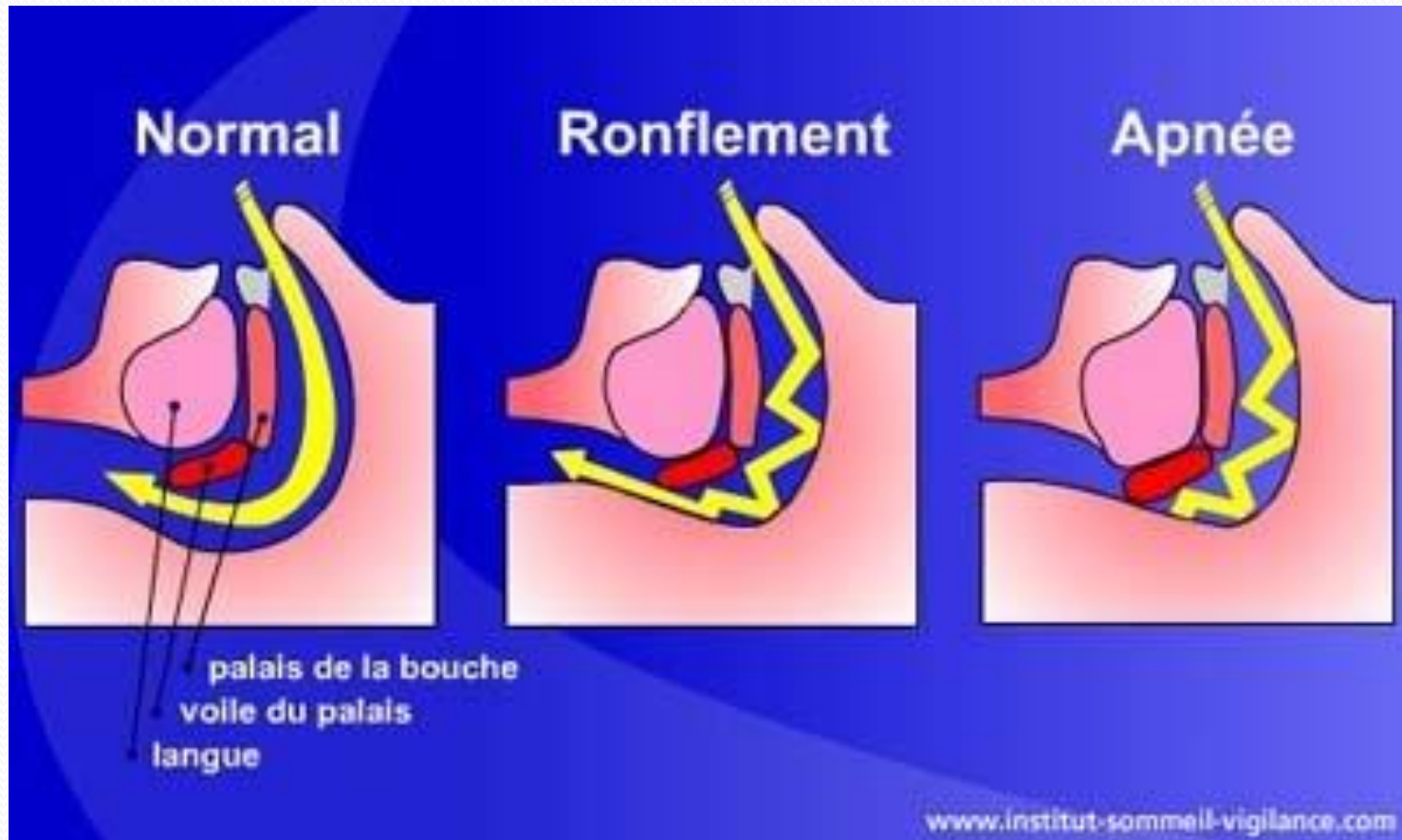
Traitement médicamenteux

- Privilégier les demi-vies courtes
- Prescrire la dose la plus faible possible
- Respecter les demi-posologies chez le sujet âgé:
 - Zolpidem 5mg, Zopiclone 3.5mg
- Pour la durée la plus courte possible
- Eviter les anxiolytiques
- Anticiper sur la fin du traitement
- Respecter les CI chez le SAOS non traité, les insuffisants respiratoires,
- Attention chez les obèses: une insomnie peut cacher un SAOS

Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

- 2 % des femmes et 4 % des hommes 2 seraient atteints de SAOS.
- La prévalence tend à augmenter parallèlement à la progression de l'obésité.
- **Une hypopnée** est définie par une baisse de plus de 30 % du flux d'air pendant au moins 10 secondes + une désaturation en oxygène d'au moins 3 % ou à un micro-éveil.
- **Une apnée** est une réduction de plus de 90 % ou un arrêt total du flux d'air d'au moins 10 secondes.

Physiopathologie du SAOS



Symptômes diurnes

Fatigue

Somnolence diurne

Sommeil non réparateur

Accident(s) de la route, du travail

Troubles de la mémoire

Troubles de la concentration

Changement d'humeur

Problèmes anxio-dépressifs

Diminution de la libido

Céphalées matinales

Symptômes nocturnes

Ronflements

Apnées constatées par le conjoint

Insomnie ou éveils fréquents

Sommeil agité

Réveils en sursaut

Sensation d'étouffement

Sudation nocturne

RGO

Nycturie (> 1 x/nuit)



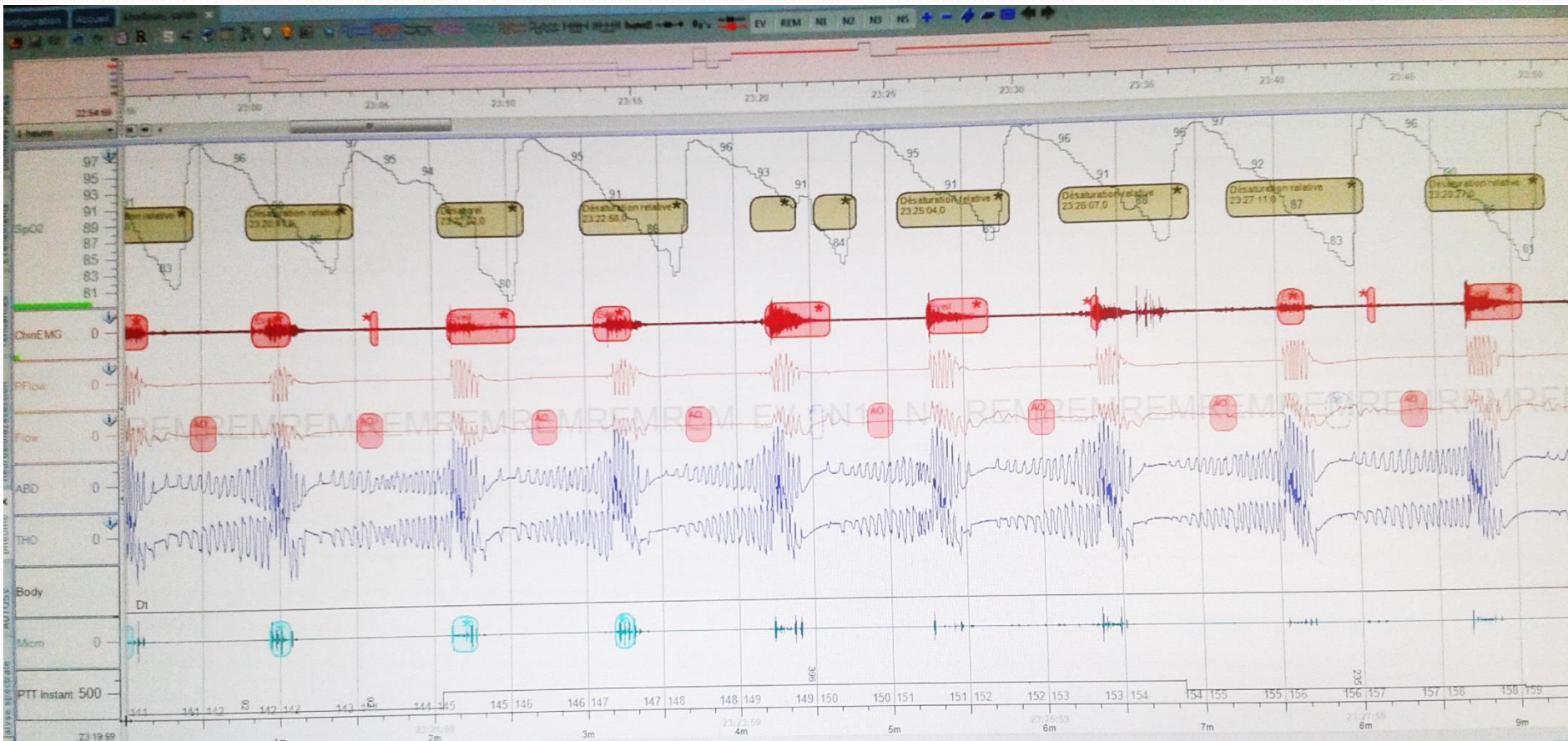


PPC



Syndrome d'apnées du sommeil central

- Entité clinique qui n'est pas fréquente
- Pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques
- Définition: cinq apnées ou hypopnées associées ou non à une respiration périodique de Cheyne-Stokes.
- SAS mixte: SAS en nombre significatif $< 50\%$



Vidéo 1



Vidéo 2



Narcolepsie

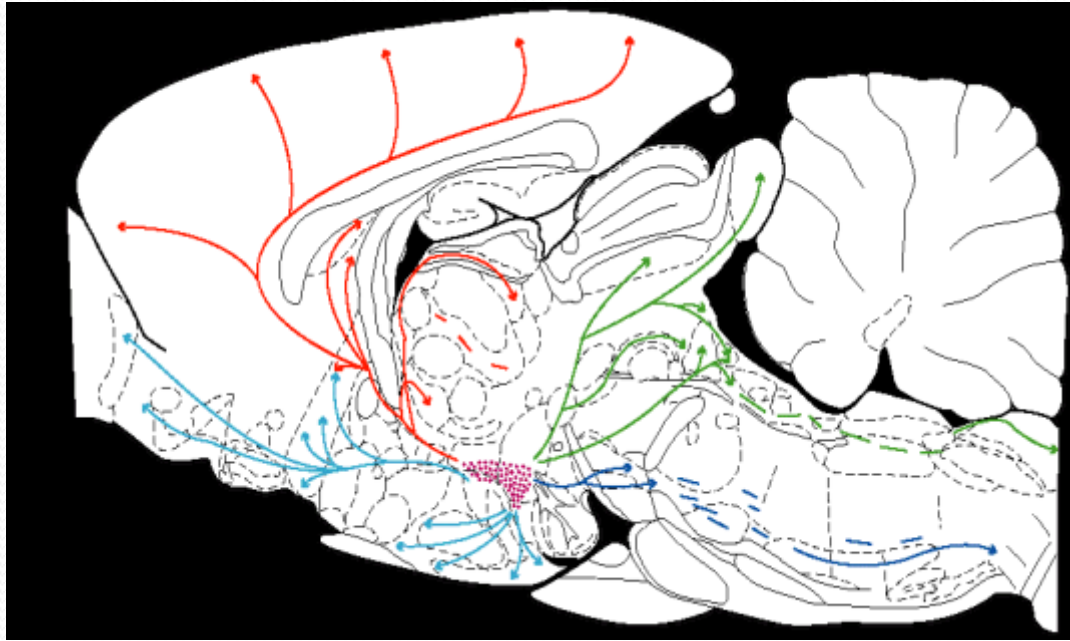
- Somnolence
 - Accès de sommeil rafraîchissants incoercibles
 - Symptôme le plus invalidant
 - Plus sévère quand âge de début jeune
- Cataplexie:
 - Diagnostic parfois difficile: hétérogène
 - Délai parfois > 4 ans après début de somnolence
- Symptômes associés surtout chez l'enfant:
 - Obésité, boulimie nocturne (début de la maladie)
 - Baisse performance scolaire
 - Changement de personnalité...

Autres signes cliniques

- Hallucinations hypnagogiques
- Paralysie de sommeil
- Obésité avec prise de poids rapide au début de la maladie.
- Mauvais sommeil de nuit, parasomnies du SL et du SP,
- Dépression : 25-30% des cas.
- Composante familiale: rare (1-2%)

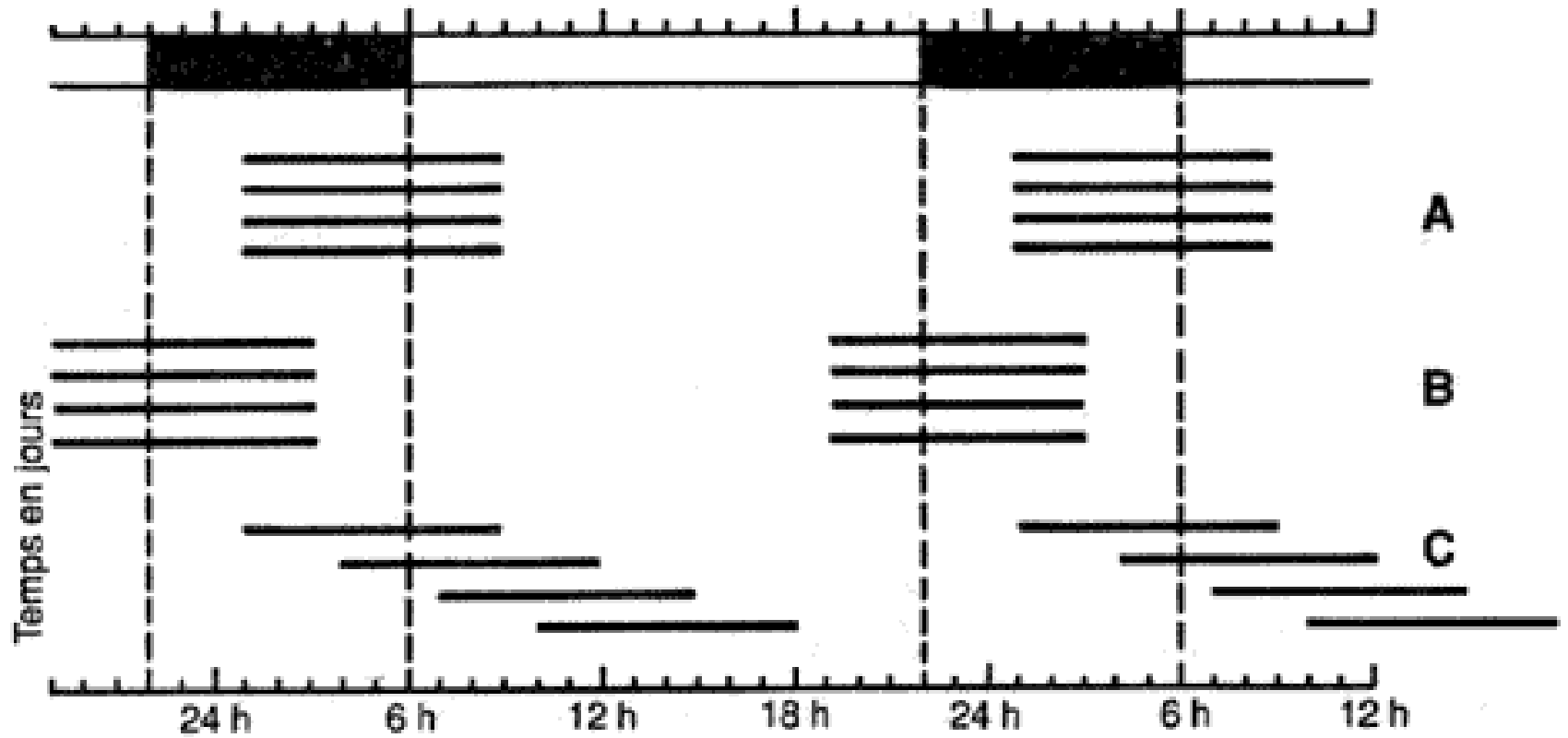
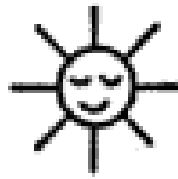
Critères diagnostiques

- Plainte de SDE depuis plus de 3 mois
- Présence de un ou 2 items
 - Cataplexie ET TILE ≤ 8 min et ≥ 2 SOREMPs (incluant possible SOREM de nuit: < 15 min)
 - LCR: Hypocrétine ≤ 110 pg /ml



Troubles du rythme circadien

- Trouble du sommeil type retard de phase
- Trouble du sommeil type retard de phase
- Travail posté
- Décalage horaire



Trouble du sommeil type retard de phase

- Les mécanismes exacts de ce trouble sont encore inconnus,
- Une prédisposition génétique semble être responsable d'un allongement de la période circadienne (>24 heures),
- mais cela ne serait pas suffisant pour provoquer le trouble qui est en majeure partie la conséquence d'un décalage entre l'heure circadienne et les signaux environnementaux.

Critères diagnostiques

- A. Il existe un retard dans l'initiation de l'épisode principal de sommeil. Ce retard est objectivé par une plainte chronique et récurrente d'incapacité à s'endormir à un horaire conventionnel voulu associée avec une incapacité à se réveiller à une heure socialement acceptable et voulue.
- B. Quand le sujet est autorisé à choisir ses horaires préférés, il présente un sommeil de qualité normale et de durée normale pour l'âge et maintient un déphasage de son rythme veille sommeil sur 24 heures. Ce déphasage est stable d'un jour à l'autre.
- C. L'utilisation d'un agenda de sommeil ou de l'actigraphie pendant au moins sept jours montre : un retard stable dans les horaires de l'épisode habituel de sommeil.
- D. Le trouble du sommeil n'est pas mieux expliqué par un autre trouble du sommeil, un trouble médical ou neurologique, l'utilisation de médicaments, ou l'abus de substances.

Trouble du sommeil type avance de phase

- Contrairement au syndrome de retard de phase, ce syndrome est beaucoup plus rare
 - prévalence de 1% dans la population d'âge mûr.
- Il est exceptionnel chez l'adulte jeune. Dans ce dernier cas il faut suspecter des facteurs génétiques:
 - une mutation sur les gènes de l'horloge biologique.
- Les facteurs environnementaux peuvent précipiter, maintenir ou exacerber le type avance de phase.

Trouble du sommeil type avance de phase

- **Critères diagnostiques**

- A. Il existe une avance dans l'initiation de l'épisode principal de sommeil.
- B. quand le sujet est autorisé à choisir ses horaires préférés, présente un sommeil de qualité normale et de durée normale pour l'âge et maintient un déphasage de son rythme veille sommeil sur 24 heures. Ce déphasage est stable d'un jour à l'autre.
- C. l'utilisation d'un agenda de sommeil ou de l'actigraphie pendant au moins sept jours montre: une avance stable dans les horaires de l'épisode habituel de sommeil.
- D. le trouble du sommeil n'est pas mieux expliqué par un autre trouble du sommeil, un trouble médical ou neurologique, l'utilisation de médicaments, ou l'abus de substances.

Travail posté

- **Critères diagnostiques:**

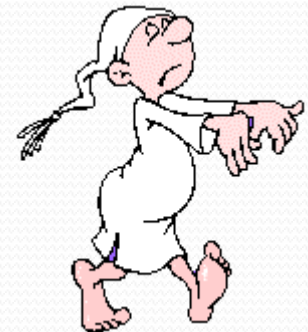
- A. Le sujet se plaint d'insomnie ou de somnolence excessive concomitante d'un horaire de travail récurrent qui chevauche les horaires habituels de sommeil.
- B. Les symptômes sont associés aux périodes de travail posté
- C. L'utilisation d'un agenda du sommeil ou de l'actigraphie pendant moins 7 jours montre un mauvais alignement des plages de sommeil et des horaires de coucher et de lever qui se décalent de jour en jour avec une période supérieure à 24 heures.
- D. Le trouble du sommeil n'est pas mieux expliqué par un autre trouble du sommeil, un trouble médical ou neurologique, l'utilisation de médicaments, ou l'abus de substances.

Décalage horaire

- Critères diagnostiques:
 - A. Le sujet se plaint d'insomnie ou de somnolence diurne excessive lors d'un voyage aéroporté transméridien ayant traversé au moins deux fuseaux horaires. (soit 3 heures de décalage horaire minimum).
 - B. Il existe une détérioration des fonctions diurnes, un malaise général, ou des symptômes somatiques comme des troubles gastro-intestinaux dans les 24 à 48 heures après le voyage.
 - C. Le trouble du sommeil n'est pas mieux expliqué par un autre trouble du sommeil courant, un trouble médical ou neurologique, l'utilisation de médicaments, ou l'abus de substances.

Parasomnies

- Les parasomnies sont une manifestation des états dissociés de sommeil, qui sont un mélange ou une superposition de l'état de veille et du sommeil
 - troubles du sommeil lent profond tels que le somnambulisme, les terreurs nocturnes ou les éveils confusionnels
- ou du sommeil paradoxal (trouble comportemental en sommeil paradoxal, cauchemars).



	PSLP	TCSP	Epilepsie
Age	Sujets jeunes	Sujets âgés	Sujets jeunes
Sexe	1:1	H>F	1:1
Comorbidités	Migraine	Parkinson AMS Narcolepsie	Manifestations épileptiques diurnes
Antécédents familiaux	OUI	+/-	OUI
Iatrogénie / toxique	Z-drugs Lithium	Antidépresseurs	-



	PSLP	TCSP	Epilepsie
Horaire	1-3h après endormissement	2 ^{ème} partie de nuit	Variable Quelques minutes après endormissement
Nombre	<3	1-5	>5
Durée	Quelques sec à min	Quelques sec	Quelques sec
Comportement	Peur, fuite	Violent, combats	Stéréotypés
Amnésie	Quasi-constante	Variable	Variable
Contenu mental	Pauvre, absent	Souvenir de rêve	Pauvre, stéréotypé
Facteurs précipitants	Privation de sommeil Stress	NS	NS

	PSLP	TCSP	Epilepsie
Traitement	Sécurisation de l'environnement Eviction des facteurs déclenchants Clonazéпам	Clonazéпам Mélatonine Exploration d'un syndrome parkinsonien	Suivi spécialisé épilepsie Carbamazépine Oxcarbazépine

Dauvilliers, 2015

Syndrome des jambes sans repos

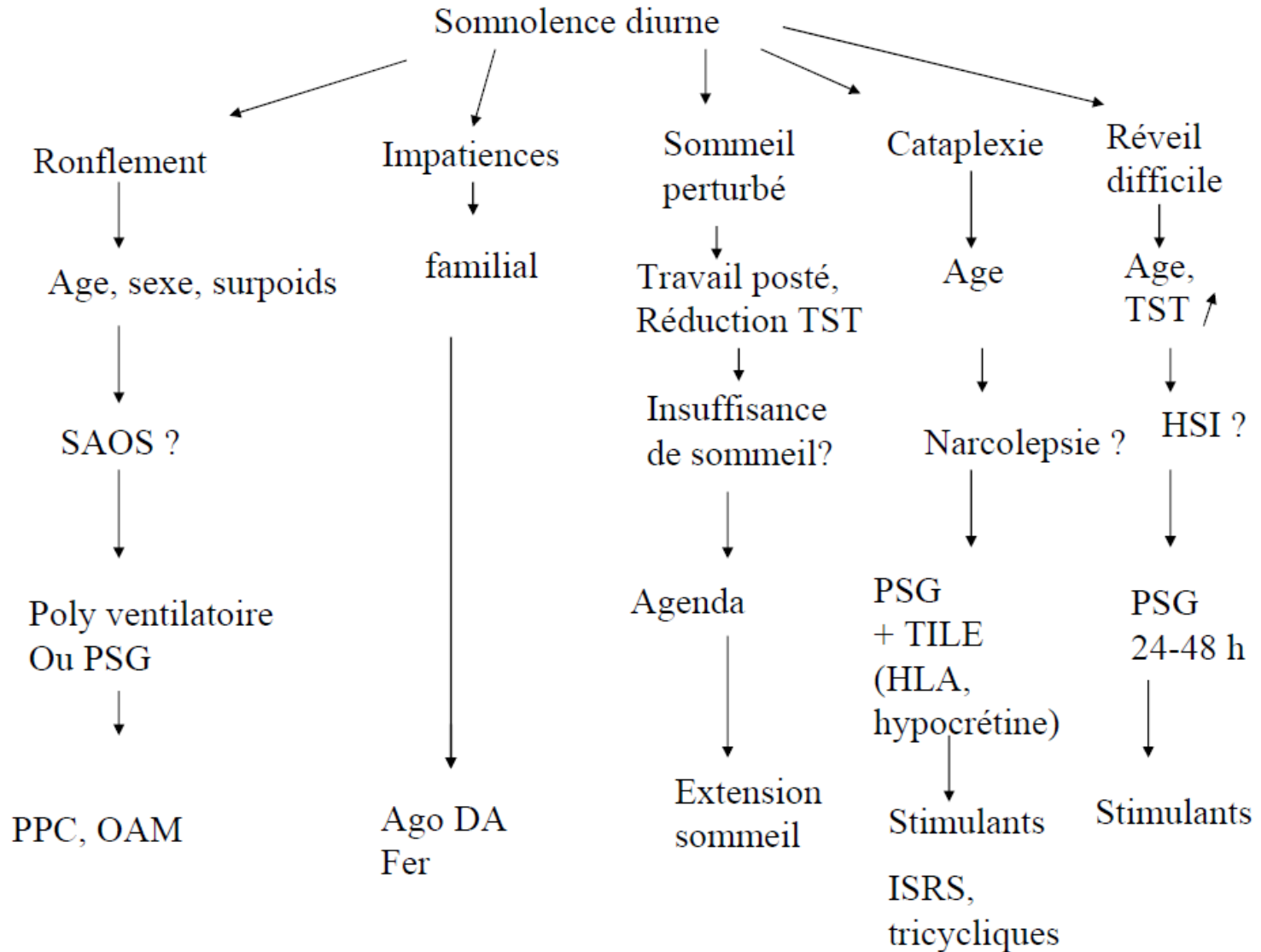
- Défini par:
 - l'inconfort, le besoin de bouger les jambes survenant au repos, le soir ou la nuit, calmé par un mouvement et associé à une agitation motrice...
- Cause fréquente d'insomnie et de fatigue diurne
- Souvent méconnu, il peut entraîner une altération importante de la qualité de vie

- **A. Critères essentiels (impérativement présents pour poser le diagnostic)**

1. Une sensation désagréable siégeant dans les membres inférieurs, plus rarement en une autre partie du corps, obligeant à bouger les membres
2. La sensation désagréable et l'obligation de bouger débutent ou s'aggravent dans les périodes de repos ou d'inactivité (allongé ou assis)
3. La sensation désagréable et l'obligation de bouger sont partiellement ou totalement soulagées par les mouvements
4. La sensation désagréable et l'obligation de bouger sont ou deviennent plus sévères le soir et la nuit par rapport au jour

- **B. Caractéristiques cliniques venant à l'appui du diagnostic**
 1. Mouvements périodiques des membres dans la veille ou le sommeil: 60-80%
 2. Histoire familiale d'impatiences des membres inférieurs: 50%
 3. Réponse au traitement dopaminergique: 80-90 %
- **C. Caractéristiques cliniques associées**
 1. Evolution spontanée du trouble
 2. Troubles du sommeil
 3. Données du bilan clinique et de l'examen physique

Conclusion





Merci et bonnes nuits