

Item 43

TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

MODULE 3. MATURATION ET VULNÉRABILITÉ

N° 43 - Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte

- Diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Le conseil avant d'aborder la question

Les troubles du sommeil sont dominés par les insomnies. Leur diagnostic repose en grande partie sur la qualité de l'interrogatoire, et parfois sur des enregistrements polysomnographiques. Le syndrome d'apnée du sommeil ne doit pas être négligé car il est traitable, et à l'origine de pathologies associées graves.

- Les troubles du sommeil sont fréquents chez l'enfant et l'adulte. Plus d'une personne sur trois se plaint de troubles du sommeil.
- On distingue 3 grands types de troubles du sommeil :
 - **L'insomnie** : sommeil considéré comme insuffisant, difficile à trouver ou non récupérateur (critères subjectifs),
 - **L'hypersomnie et la somnolence diurne excessive : excès de sommeil,**
 - **Les parasomnies** : événements moteurs nocturnes.

I. LE SOMMEIL NORMAL

- Six états de vigilance peuvent se différencier par l'enregistrement de l'électroencéphalogramme (EEG), de l'électrooculogramme et de l'électromyogramme (EMG) des muscles du menton :
 - Éveil : rythme alpha (8-14 cycles/sec) à l'EEG, activité musculaire.
 - Sommeil lent (SL) léger 1 (N1) : activité EEG de type thêta (4-7 cycles/sec) et diminution du tonus musculaire.
 - SL léger 2 (N2) : fuseaux et complexes K sur l'EEG.
 - SL profond 3 (N3) : ondes delta (< 4 cycles/sec) sur plus de 20 % du tracé EEG.
 - Sommeil paradoxal (SP) : rythme thêta à l'EEG, atonie musculaire et mouvements oculaires rapides.
- Un cycle de sommeil correspond à la succession de SL léger puis de SL profond et enfin de SP (d'une durée de 90 minutes en moyenne).
- Durant la nuit, il existe 3 à 5 cycles de sommeil selon les individus.
- Prédominance de SLP en début de nuit et de SP durant la seconde partie de la nuit.
- Durée totale de sommeil par nuit :
 - Chez le nouveau né : 16 à 18 heures de sommeil/j.
 - À 1 an : 13 à 14 h/j.
 - À 5 ans : 10 à 12 h/j.
 - À partir de 16 ans : 6 à 10 h/j selon les individus (temps de sommeil génétiquement déterminé).

II. PRISE EN CHARGE D'UN TROUBLE DU SOMMEIL

A. Clinique

Toute plainte portant sur la qualité du sommeil justifie :

- Un interrogatoire +++ en précisant l'histoire des troubles du sommeil +++, les traitements antérieurs et les antécédents, la plainte actuelle et la recherche d'une pathologie psychiatrique.
- La réalisation d'un agenda de sommeil pour visualiser le rythme veille-sommeil durant les 15 derniers jours.
- Un examen clinique à la recherche d'une pathologie organique associée.

B. Paraclinique

Les examens paracliniques sont justifiés lorsque l'interrogatoire n'est pas suffisant ou lorsqu'il existe une suspicion de pathologies organiques du sommeil (syndrome d'apnées du sommeil, mouvements périodiques du sommeil).

- **Polysomnographie** : enregistrement des paramètres permettant de définir le sommeil (EEG, EMG et électrooculogramme), des paramètres physiologiques respiratoires (débit nasal, flux naso-buccal, mouvements thoraco-abdominaux, saturation en oxygène) et cardiaques (électrocardiogramme).
- **Tests itératifs de latence d'endormissement** : permet d'évaluer la somnolence diurne excessive. Réalisation de 4 ou 5 siestes de 20 minutes dans des conditions standardisées. Calcul de la latence moyenne d'endormissement (si < 8 min : pathologique) et recherche d'endormissement en sommeil paradoxal.
- **Actimétrie** : permet d'établir le rythme activité-repos d'un sujet pendant quelques semaines, à l'aide d'un accéléromètre porté au poignet.

III. INSOMNIES

Il s'agit d'une pathologie très fréquente. Près de 50 % de la population se plaint ou s'est plainte d'insomnie. L'interrogatoire est primordial pour orienter le diagnostic. Un enregistrement polysomnographique est rarement nécessaire.

A. Insomnies occasionnelles et à court terme

- D'une durée de moins de 4 semaines.
- Secondaires à des facteurs environnementaux (altitude, bruit...), à un stress physique ou psychique, à l'arrêt d'un psychotrope (insomnie de rebond).

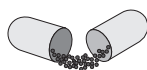
B. Insomnies chroniques

- D'une durée supérieure à 4 semaines.
 - Primaire ou insomnie psychophysiologique :
 - Insomnie sans étiologie retrouvée, sans somnolence diurne excessive. Il s'agit d'un état que l'on peut qualifier « d'hyperéveil ».
 - Secondaires :
 - Psychiatriques : syndrome dépressif (insomnie du petit matin), syndrome anxieux (insomnie d'endormissement), état maniaque, troubles obsessionnels compulsifs.
 - Syndrome des jambes sans repos (ou impatiences) : 4 critères diagnostiques
 - Besoin urgent de bouger les jambes, fréquemment associés à des troubles sensitifs, (souvent difficiles à décrire).
 - Troubles apparaissant ou s'aggravant au repos (position assise ou allongée)
 - Apparition ou aggravation le soir ou la nuit.
 - Amélioration de la symptomatologie lors du mouvement et notamment lors de la marche.
- Étiologies :
 - idiopathiques (le plus souvent antécédents familiaux retrouvés)
 - **secondaires** : carence martiale, diabète, insuffisance rénale, neuropathies, iatrogènes (neuroleptiques, certains antidépresseurs...), grossesse...
 - Diagnostic clinique, sur les données de l'interrogatoire.

- PSG uniquement en cas de doute diagnostique ou si suspicion de syndrome d'apnée du sommeil associé.
- **Iatrogènes ou toxiques** : amphétamines, alcool, café, théophylline, excitants.
- **Pathologies neurologiques** : maladie de Parkinson, démence.
- Pathologies douloureuses ou inflammatoires, notamment cancéreuses ou rhumatismales.
- Troubles de l'hygiène veille-sommeil
 - Augmentation du temps passé au lit, heure de coucher trop précoce...
 - Intérêt d'un enregistrement actimétrique pour visualiser le rythme veille-sommeil

C. Traitement

Le plus souvent, les hypnotiques ne sont pas nécessaires au traitement de l'insomnie. Le traitement étiologique de celle-ci est à privilégier.



- Règles d'hygiène de sommeil (pour toutes les insomnies) :
 - Limiter le temps passé au lit.
 - Se lever dès le réveil, approximativement à la même heure.
 - Se coucher à son heure, lorsqu'on ressent le besoin de dormir.
 - Se détendre avant de se coucher.
 - Faire de l'exercice dans la journée et non pas dans la soirée.
 - Maintenir un environnement facilitant le sommeil.
 - Éviter les repas copieux le soir.
 - Éviter les somnifères.
 - Éviter les substances excitantes (caféine, thé, alcool, tabac).
 - Gestion du stress de la journée.
- Traitement étiologique si insomnie secondaire.
- Approche cognitivo-comportementale, en complément des règles d'hygiène de sommeil si celles-ci sont insuffisantes (notamment pour les insomnies psychophysiologiques).
- Dans le cas d'un syndrome des jambes sans repos :
 - Aucun consensus pour cette pathologie
 - Deux traitements ont l'AMM : le ropinirole et le pramipexole
 - Autres médicaments efficaces : les benzodiazépines, la levodopa, certains antiépileptiques et les morphiniques.
- Hypnotiques :
 - Absence d'hypnotique idéal.
 - Prescription limitée à 28 jours.
 - Indication : insomnie transitoire
 - Hypnotiques :
 - Zolpidem (Stilnox®), 1 cp le soir au coucher.
 - Zopiclone (Imovane®), 1 cp le soir au coucher.
 - Mélatonine (Circadin®), 1 cp le soir 1 h à 2 h avant le coucher (AMM pour l'insomnie primaire du sujet de plus de 55 ans)
 - Tous ont des effets secondaires potentiels : troubles mnésiques, syndrome de sevrage, somnolence diurne, syndrome confusionnel chez le sujet âgé pour les benzodiazépines ; somnolence diurne, syndrome confusionnel pour le zolpidem et la zopiclone.

Hypnotiques

- + Pas de renouvellement en systématique !
- + Pas d'hypnotique si pathologie respiratoire !
- + Pas d'arrêt brutal d'un traitement hypnotique !



IV. HYPERSOMNIES

Devant toute hypersomnie, il est important d'éliminer avant tout bilan une privation chronique de sommeil. L'interrogatoire permet ensuite d'orienter vers une étiologie. Un enregistrement polysomnographique est souvent nécessaire.

A. Primaires

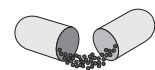
1. La narcolepsie cataplexie

■ Clinique (tétrade narcoleptique) :

- Somnolence diurne excessive : accès d'endormissement incoercibles. Sommeil diurne de quelques minutes réparateur.
- Cataplexie (chute du tonus musculaire lors d'une émotion).
- Hallucinations hypnagogiques (survenant lors de l'endormissement) ou hypnopompiques (survenant lors d'un éveil).
- Paralysie du sommeil, survenant lors de l'endormissement.
- Paraclinique : polysomnographie et tests itératifs de latence d'endormissement (latence moyenne < 8 min et au moins deux endormissements en SP).

Traitement

- Hygiène de sommeil à respecter, réalisation de siestes de courte durée dans la journée.
- Traitement de la somnolence diurne excessive : Modafinil (Modiodal®), 1 à 5 cp/j, médicaments d'exception, prescrit par un spécialiste du sommeil ou un neurologue ; méthylphénidate (Ritaline®) en seconde intention.
- Traitement des cataplexies : oxybate de sodium (Xyrem® le seul ayant l'AMM), antidépresseurs tricycliques ou inhibiteurs de recapture de la sérotonine.
- Prise en charge à 100 %, ALD hors liste.
- Existence de narcolepsies secondaires : maladie de Parkinson, myotonie de Steinert, lésions hypothalamo-hypophysaires...



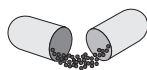
2. L'hypersomnie idiopathique avec temps de sommeil allongé

■ Clinique

- Sommeil nocturne de longue durée de plus de 10 heures.
- Somnolence diurne excessive avec accès d'endormissement dans la journée.
- Ivresse de sommeil, le matin au lever.

■ Paraclinique

- Polysomnographie et enregistrement de 24 heures : absence de syndrome d'apnées du sommeil, de mouvements périodiques du sommeil. Temps de sommeil sur 24 heures de plus de 10 heures.



Traitement

- Hygiène de sommeil +++.
- Traitement de la somnolence diurne excessive : Modafinil (Modiodal®), 1 à 5 cp/j, médicaments d'exception prescrit par un spécialiste du sommeil ou un neurologue.
- Prise en charge à 100 %, ALD hors liste.

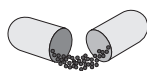
3. Hypersomnie sans temps de sommeil allongé

■ Clinique

- Sommeil nocturne d'une durée de 6 à 10 heures.
- Somnolence diurne excessive avec accès d'endormissement dans la journée.

■ Paraclinique

- Polysomnographie et tests itératifs de latence d'endormissement : absence de syndrome d'apnées du sommeil, de mouvements périodiques du sommeil. Temps de sommeil compris entre 6 et 10 heures. Latence moyenne d'endormissement aux tests itératifs < 8 min avec moins de 2 endormissements en sommeil paradoxal.



Traitement

- Même prise en charge que l'hypersomnie avec temps de sommeil allongé.

4. Syndrome de Kleine-Levin

■ Clinique

- Rare.
- Sujet jeune, le plus souvent de sexe masculin.
- Hypersomnie récurrente associée à une hyperphagie, une hypersexualité et des troubles psychiques.
- Durée des accès d'hypersomnie : une semaine en moyenne.
- Récurrent tous les 3 à 6 mois.

■ Paraclinique

- Éliminer une étiologie à cette hypersomnie récurrente.

B. Secondaires

1. Les troubles respiratoires obstructifs nocturnes

■ Clinique :

- Sont de 2 types : syndrome d'apnées du sommeil et syndrome de résistance des voies aériennes supérieures.
- Évoquer ces deux diagnostics si existence de quelques-unes des signes suivants : ronchopathie, pauses respiratoires constatées par l'entourage, somnolence diurne excessive, nycturie, hypertension artérielle mal contrôlée, céphalées matinales,

sueurs nocturnes, troubles mnésiques ou de concentration, sommeil estimé comme non réparateur.

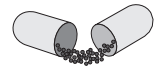
- Plus fréquent en cas de surcharge pondérale et/ou de pathologies ORL (hypertrophie amygdalienne, de la luette...) et/ou stomatologiques (rétrognathie).

■ **Paraclinique :**

- Polysomnographie afin de comptabiliser les événements respiratoires nocturnes (apnées, hypopnées) par heure de sommeil = index apnées-hypopnées (IAH).
- Apnées : pauses respiratoires de plus de 10 secondes.
- Hypopnées : diminution de la ventilation durant plus de 10 secondes.
- Critères diagnostiques :
 - IAH > 5 et somnolence: Syndrome d'apnées du sommeil.

Traitement

- Diminution de la surcharge pondérale.
 - Arrêt de l'alcool et des médicaments myorelaxants.
 - Traitement ORL et/ou stomatologique si nécessaire.
 - Traitement par pression positive continue si IAH > 30
-



Devant SAOS toujours penser à :

- + Perte de poids
- + Information et éducation du patient
- + Appareillage par pression positive continue
- + Réévaluation/surveillance de la COMPLIANCE au traitement
- + Permis de conduire (valable pour toutes les pathologies du sommeil en général)

2. Les mouvements périodiques du sommeil

■ **Clinique :**

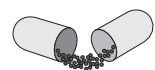
- Mouvements périodiques stéréotypés, répétitifs, caractérisés par une extension du gros orteil, puis une dorsiflexion du pied et parfois une flexion du genou voire de la hanche. Les membres inférieurs sont le plus souvent concernés. Cependant, ces mouvements peuvent être présents aux membres supérieurs.
- Périodicité des mouvements : surviennent toutes les 20 à 40 secondes.

■ **Paraclinique**

- Polysomnographie : visualisation des mouvements périodiques et appréciation de leur nombre et de leur retentissement sur la qualité du sommeil.
 - Index de mouvements > 15/h : pathologique.
-

Traitement

- Identique à celui du syndrome des jambes sans repos
-



3. Psychiatriques

- Tous les troubles psychiatriques peuvent entraîner des troubles de la vigilance, et notamment le syndrome dépressif.

4. Neurologiques

- **Tumorales** du fait de l'hypertension intracrânienne mais aussi en raison de la localisation de la tumeur (tumeur de la région hypothalamique postérieure ou de la région pédonculaire).
- **Vasculaires** : infarctus thalamique ou bithalamique.
- **Dégénératives** : paralysie supra nucléaire progressive, atrophie multisystématisée, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer.
- **Sclérose en plaques.**
- **Infectieuses** : trypanosomiase africaine, virale (EBV).

5. Post-traumatiques

- Somnolence ou hypersomnie survenant dans l'année suivant le traumatisme.
- Pas de lien avec la gravité du traumatisme.
- Souvent secondaire à des troubles psychiques : syndrome post-traumatique.

6. Endocriniens et métaboliques

- Hypothyroïdie
- Syndrome de Cushing
- Encéphalopathie métabolique (hépatique, anoxique, rénale).

C. Induites

1. La dette de sommeil chronique

- Temps de sommeil insuffisant de façon prolongée du fait d'une mauvaise hygiène de sommeil ou des contraintes de la vie familiale ou socio-professionnelle. C'est la première cause de somnolence diurne excessive.

2. Médicamenteuses

- De nombreux médicaments peuvent entraîner une somnolence voire une hypersomnie.
- Les substances le plus souvent incriminées sont :
 - Les psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques...)
 - Les antiépileptiques
 - Les antihistaminiques
 - Les antalgiques et notamment les morphiniques
 - Les myorelaxants
 - Les bêtabloquants