

## AUTRES TROUBLES

*item 110*

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



### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- \* Diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.
- \* Argumenter l'attitude thérapeutique devant un trouble insomnie chronique et un syndrome d'apnée obstructive du sommeil.

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaître l'architecture du sommeil normal de l'adulte rythme veille-sommeil
A	Définition	Sommeil normal : spécificités pédiatriques
A	Prise en charge	Conseils d'hygiène du sommeil
A	Définition	Savoir identifier et définir un trouble du sommeil chez l'enfant et chez l'adulte
A	Étiologies	Connaître les principales étiologies de troubles du sommeil
B	Prise en charge	Connaître les principes de la prise en charge des troubles du sommeil chez l'adulte et chez l'enfant
A	Prise en charge	Connaître la prévention des troubles du sommeil chez l'adulte et l'enfant
B	Diagnostic positif	Connaître le principal diagnostic différentiel de l'insomnie chronique
A	Examens complémentaires	Connaître le bilan et la CAT devant une insomnie
A	Prise en charge	Connaître les principales règles d'hygiène pour lutter contre l'insomnie
B	Diagnostic positif	Savoir identifier une hypersomnolence

Rang	Rubrique	Intitulé
B	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques du syndrome des jambes sans repos et des mouvements périodiques du sommeil
A	Définition	Connaître la définition du syndrome d'apnées du sommeil (SAS)
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître l'importance du SAS sur le plan épidémiologique
A	Étiologies	Connaître les facteurs de risque de SAS et les co-morbidités/complications associées
B	Prise en charge	Connaître les conséquences du SAS dans l'activité professionnelle et leurs implications pour la vie professionnelle
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques évocateurs de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAS) de l'adulte
B	Définition	Connaître les signes évocateurs d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant
B	Examens complémentaires	Connaître les modalités d'évaluation du syndrome d'apnées du sommeil
B	Prise en charge	Connaître les principes du traitement du syndrome d'apnées du sommeil
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques révélant une hypertrophie obstructive des végétations adénoïdes de l'enfant
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques révélant une hypertrophie amygdalienne obstructive de l'enfant
A	Contenu multimédia	Photographies d'un exemple typique d'hypertrophie amygdalienne obstructive



## POINTS CLÉS

- \* Il est important de distinguer les insomnies symptomatiques qui requièrent un traitement étiologique individualisé, du trouble insomnie chronique dont le traitement repose sur la TCC.
- \* La prescription d'hypnotique n'est pas recommandée en première intention dans le traitement du trouble insomnie chronique de l'adulte. Elle ne doit se faire que pour une courte période dans le cadre d'un trouble insomnie aiguë.
- \* La présence d'un syndrome des jambes sans repos doit systématiquement être recherchée devant une plainte d'insomnie chronique avec difficultés d'endormissement.
- \* Un syndrome d'apnées obstructives du sommeil doit systématiquement être évoqué devant une plainte d'hypersomnolence et de ronflement, que ce soit chez l'adulte mais aussi l'enfant.
- \* Une hypersomnolence sévère chez le sujet jeune doit faire évoquer une hypersomnie centrale (narcolepsie, hypersomnie idiopathique).

## 1. INTRODUCTION : LE SOMMEIL

Chez l'adulte, le sommeil normal survient la nuit, il dure en moyenne 7 à 8 heures, avec de grandes variations interindividuelles en fonction :

- \* de l'âge;
- \* du sexe;
- \* de l'individu lui-même (court/long dormeur, sujet du matin/du soir).

Chez l'enfant le sommeil normal est caractérisé par des besoins plus importants qui varient en fonction du développement et de l'âge. Les besoins moyens de sommeil sont de :

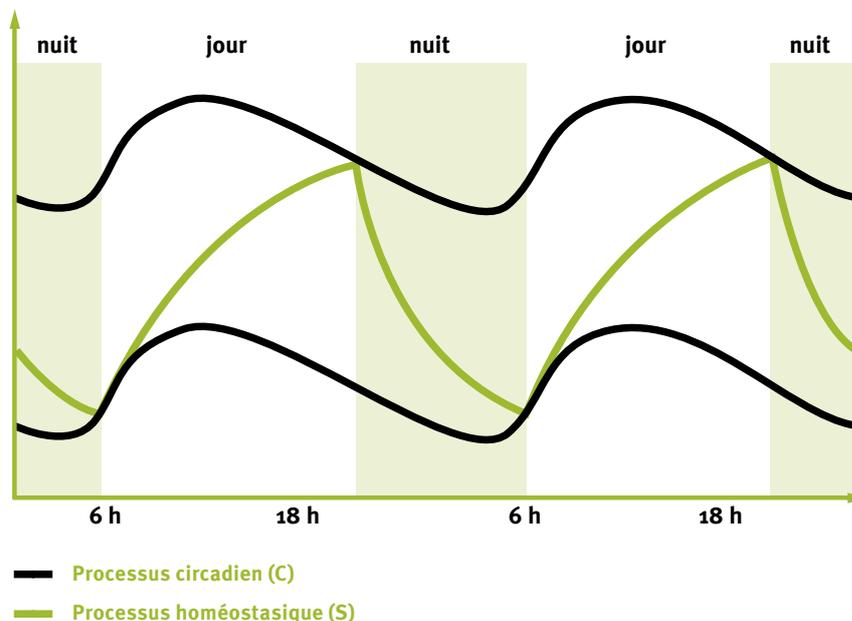
- \* 15 h à 1 an;
- \* 14 h à 2 ans;
- \* 13 h entre 3 et 4 ans;
- \* 12 h entre 5 et 9 ans;
- \* 11 h entre 10 et 12 ans;
- \* 9 à 10 h entre 12 et 14 ans;
- \* 8 h ensuite comme chez l'adulte.

Dans les premières années de la vie, jusqu'à 4 ans, le sommeil se répartit sur le jour et la nuit.

### 1.1. Rythme veille-sommeil

De façon générale, l'alternance veille-sommeil est régie par deux processus :

- \* le processus homéostatique (processus S) : « Je dors car je suis fatigué »;
- \* le processus circadien (processus C) : « Je dors car c'est (mon) l'heure de dormir ».



**Figure 1.** Le processus homéostatique S s'accumule au fur et à mesure de l'éveil, il diminue lors du sommeil. Le processus circadien C définit une propension à l'éveil élevée la journée et faible la nuit avec un nadir vers 4 h du matin. Le déclenchement du sommeil et sa fin sont déterminés par l'interaction des deux processus.

**Le processus homéostatique**, accumulatif, augmente tout au long de la veille et diminue pendant le sommeil.

**Le processus circadien** dépend de l'oscillateur circadien que l'on appelle horloge biologique, située dans les noyaux suprachiasmatiques. L'horloge biologique module les états de vigilance mais aussi d'autres paramètres dont les sécrétions hormonales, la température interne, les cycles de division cellulaire et l'humeur. Le rythme endogène de l'oscillateur circadien est le plus souvent légèrement supérieur à 24 h, il doit donc être régulièrement « remis à l'heure » pour être exactement de 24 h. Pour cela, l'horloge biologique est soumise à l'influence de synchroniseurs externes, dont le principal est l'information photique (alternance lumière-obscurité) mais aussi les rythmes sociaux, l'activité physique et l'alimentation.

Les deux processus interagissent entre eux selon le modèle de la **Figure 1**.

## 1.2. Méthodes d'exploration du sommeil

L'examen de référence pour l'étude du sommeil est la polysomnographie. Il est souvent nécessaire pour confirmer le diagnostic de certains troubles du sommeil (syndrome d'apnées obstructives du sommeil...), mais il n'est pas indiqué à titre systématique dans d'autres troubles du sommeil (insomnie, troubles des rythmes circadiens). Il s'agit d'un enregistrement électro-physiologique qui permet de recueillir durant le sommeil du sujet les paramètres suivants :

- \* électro-encéphalogramme (EEG) : activité électrique du cortex cérébral ;
- \* électro-oculogramme (EOG) : détection des mouvements oculaires ;
- \* électro-myogramme (EMG) : mesure du tonus musculaire ;
- \* paramètres cardio-respiratoires (détection des variations du débit respiratoire, saturation, mouvements respiratoires thoraciques et abdominaux, rythme cardiaque) ;
- \* paramètres moteurs : détection des mouvements de jambes ;
- \* enregistrement vidéo concomitant.

L'EEG, EOG et EMG sont nécessaires à l'interprétation du sommeil normal, les autres paramètres permettent le diagnostic de pathologies du sommeil.

D'autres examens (décrits ci-dessous) peuvent par ailleurs être réalisés :

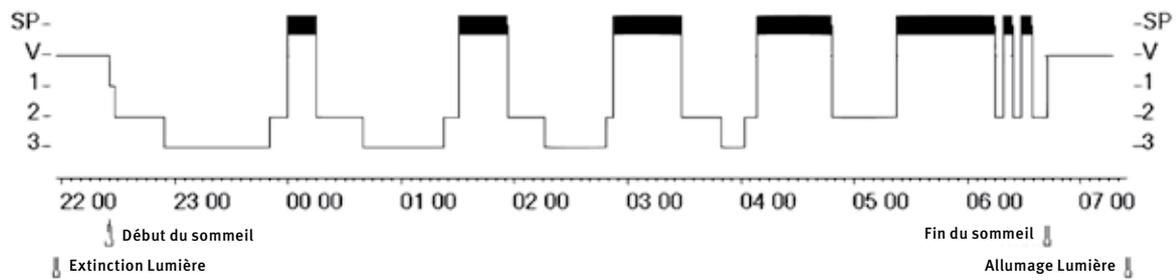
- \* agenda de sommeil ;
- \* actimétrie ;
- \* polygraphie ventilatoire ;
- \* tests itératifs de latence d'endormissement ;
- \* tests de maintien de l'éveil ;
- \* dosage hypocrétine (ou oréxine, qui est un nom différent donné pour la même molécule).

## 1.3. Architecture du sommeil normal

Deux types de sommeil sont à distinguer, ce sont deux états physiologiques extrêmement différents :

- \* **le sommeil lent (de léger à profond)** : caractérisé par une activité EEG qui se ralentit progressivement (50 à 75 % du sommeil total) ;
- \* **le sommeil paradoxal** : caractérisé par une activité EEG rapide, proche de la veille, des mouvements oculaires rapides et une abolition du tonus musculaire (25 % du sommeil total).

Les états de sommeil lent léger, sommeil lent profond et sommeil paradoxal alternent tout au long de la nuit selon une organisation dite en cycle. Un cycle de sommeil normal débute par du sommeil lent, dont la profondeur augmente progressivement, puis se termine par du sommeil paradoxal. Les cycles se répètent et leur architecture évolue au fur et à mesure que le sommeil dure. En début de nuit, le sommeil lent (et notamment profond) occupe la majeure partie du temps de sommeil, puis il se réduit (voire disparaît) alors



**Figure 2.** L'hypnogramme est une représentation graphique de la succession des différents stades de vigilance au cours de la nuit qui définit des cycles de sommeil. L'enregistrement débute peu après 22 h et se termine vers 7 h 30. Noter la prédominance du sommeil lent profond en début de nuit et celle du sommeil paradoxal en fin de nuit. V : Veille ; SP : Sommeil paradoxal ; N<sub>1</sub> : Stade 1 sommeil lent léger ; N<sub>2</sub> : Stade 2 sommeil lent léger ; N<sub>3</sub> : Sommeil lent profond.

que le temps de sommeil paradoxal augmente. L'alternance des cycles de sommeil peut être visualisée au moyen de l'hypnogramme.

Chez l'enfant, le sommeil profond est en quantité plus importante que chez l'adulte, et a un rôle majeur dans le développement cérébral et cognitif, l'intégration des connaissances et les apprentissages. Le sommeil lent profond permet aussi la sécrétion d'hormone de croissance et joue un rôle très important dans la croissance.

#### 1.4. Conseils d'hygiène de sommeil

Le sommeil est un comportement de santé. Un comportement de santé correspond à tout comportement ou toute activité faisant partie de la vie quotidienne mais qui influe sur l'état de santé de la personne. Il fait partie intégrante des modes de vie d'un individu. Agir sur les comportements de santé permet d'optimiser la santé et la qualité de vie (prévention). Plus les changements seront durables, plus les bénéfices seront importants, et cela quels que soient l'âge du début ou la sévérité de la maladie.

Le sommeil est un comportement affecté par une multitude de facteurs associés au mode de vie de l'individu : alimentation, activité physique, facteurs environnementaux liés à la chambre à coucher, horaire de coucher et de lever, consommation de psychotropes.

Apprendre les règles d'hygiène de sommeil consiste à entraîner des modifications comportementales en lien avec la physiologie du sommeil. Il s'agit de fournir à l'individu des informations de base sur la physiologie du sommeil, ainsi que sur les facteurs environnementaux et les modes de vie pouvant favoriser la qualité ou la quantité du sommeil de nuit. Le non-respect des règles d'hygiène de sommeil peut perturber la physiologie du sommeil et compliquer un trouble du sommeil et réduire l'impact des prises en charge.

**Les conseils pour une bonne hygiène du sommeil sont** au niveau de :

- \* l'alimentation : favoriser la consommation de sucres lents au dîner ;
- \* l'exercice physique :
  - favoriser l'exercice physique régulier et le matin ;
  - favoriser activités calmes le soir ;
- \* des facteurs environnementaux liés à la chambre à coucher :
  - environnement calme, silencieux, dans le noir, frais ;
  - favoriser la lumière le matin ;
  - choisir un matelas confortable ;
  - limiter les écrans le soir ;
  - chez l'enfant, favoriser les rituels de coucher, et favoriser l'endormissement seul ;

- \* des horaires de sommeil :
  - heures de coucher et de lever régulières, jours de semaine et week-end compris ;
  - heure de coucher à déterminer pour couvrir ses besoins de sommeil ;
  - éviter les siestes longues ou tardives chez l'adulte ;
  - chez l'enfant respecter les moments et temps de siestes ;
- \* des psychotropes :
  - caféine à éviter 4 à 6 heures avant le coucher ;
  - nicotine à éviter 1 heure avant le coucher et lors des réveils de nuit ;
  - alcool : peut faciliter l'endormissement, mais favorise les réveils nocturnes ;
  - hypnotique : informer sur les risques.

### 1.5. Définition d'un trouble du sommeil

Un trouble du sommeil est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative du sommeil ou de l'éveil d'un individu, qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus physiologiques, psychologiques ou développementaux de la régulation veille-sommeil, sous-tendant :

- \* les comportements de sommeil et d'éveil ;
- \* et la régulation des grandes fonctions physiologiques de l'organisme.

Les troubles du sommeil sont le plus souvent associés à :

- \* une détresse ;
- \* ou une altération importante du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Pour identifier un trouble du sommeil, il faut repérer :

- \* des critères sémiologiques spécifiques du sommeil et de l'éveil autour de trois syndromes à spécifier :
  - **symptômes d'hypersomnolence** ;
  - **symptômes d'insomnie** ;
  - **symptômes ou signes de comportements pendant le sommeil** ;
- \* des critères sémiologiques associés à un dysfonctionnement des grandes fonctions physiologiques pendant le sommeil :
  - pneumologique ;
  - ORL ;
  - cardio-métabolique ;
  - neurologique ;
  - psychiatrique ;
- \* des critères de détresse psychologique (souffrance) ou de répercussion sur les activités quotidiennes (handicap) ;
- \* parfois des critères d'évolution temporelle ;
- \* le **plus souvent des indices physiologiques spécifiques issus d'un examen paraclinique spécifique du sommeil et de l'éveil** (polysomnographie, polygraphie ventilatoire nocturne, TILE, hypocrétine).

## 1.6. Principales étiologies de troubles du sommeil

Les principaux troubles du sommeil sont classés en fonction des perturbations principales (que l'on pourrait appeler « étiologie ») altérant le sommeil :

- \* les troubles insomnies caractérisés par des perturbations de **la balance entre système de régulation de l'éveil et du sommeil**. Il s'agit des :
  - troubles insomnie aiguë (<3 mois) ;
  - troubles insomnie chronique (>3 mois) ;
- \* les troubles respiratoires du sommeil caractérisés par des **perturbations de la respiration et/ou ventilation nocturne**. Il s'agit du :
  - syndrome d'apnées et hypopnées obstructives du sommeil (rétrécissement ou fermeture des voies aériennes supérieures pendant le sommeil tandis que l'effort respiratoire persiste) ;
  - syndrome d'apnées et hypopnées centrales du sommeil (réduction ou cessation du flux aérien par diminution ou arrêt de l'effort respiratoire) ;
  - syndrome d'hypoventilation pendant le sommeil, avec notamment le syndrome d'obésité hypoventilation (baisse de la ventilation alvéolaire avec augmentation anormale de la PaCO<sub>2</sub> pendant le sommeil) ;
- \* les troubles hypersomnolence d'origine centrale caractérisés par des **perturbations du fonctionnement des systèmes de l'éveil**. Il s'agit des :
  - narcolepsies de types 1 (avec déficit en hypocrétine) et 2 (sans déficit en hypocrétine) ;
  - hypersomnie idiopathique (HI) ;
  - syndrome de Kleine-Levin (SKL – épisodes d'hypersomnolence récurrents-rémittents) ;
  - hypersomnie associée à une autre pathologie (non liée à un trouble du sommeil ou de l'éveil) ;
- \* les troubles du rythme circadien veille-sommeil caractérisés par des **perturbations du rythme circadien** au regard du rythme jour/nuit. Il s'agit du :
  - syndrome de retard de phase (SRP) ;
  - syndrome d'avance de phase (SAP) ;
  - syndrome de rythme veille-sommeil irrégulier (SRVSI) ;
  - syndrome de rythme libre cours ;
  - syndrome de désadaptation au travail en horaires décalés ou de nuit (S désa) ;
  - syndrome du décalage horaire (S décal) ;
- \* les troubles parasomnies caractérisés par une **perturbation du fonctionnement des systèmes de sommeil**. Il s'agit des :
  - troubles parasomnies en sommeil lent avec :
    - les éveils confusionnels ;
    - les terreurs nocturnes ;
    - le somnambulisme ;
  - troubles parasomnies en sommeil paradoxal avec :
    - les troubles du comportement en sommeil paradoxal ;
    - les troubles des cauchemars ;
- \* les troubles moteurs liés au sommeil caractérisés par une **perturbation des processus de régulation motrice** pendant le sommeil. Il s'agit du :
  - syndrome des jambes sans repos (SJSR) ;
  - syndrome des mouvements périodiques de jambes pendant le sommeil (MPJS) ;
  - bruxisme lié au sommeil.

## 2. LA PLAINTÉ D'INSOMNIE

### 2.1. Données épidémiologiques

La plainte d'insomnie est extrêmement fréquente en population générale : 30 % des adultes ont présenté durant leur vie une insomnie transitoire, et 10 % un trouble insomnie chronique.

La persistance de plainte d'insomnie dans le contexte d'un trouble psychiatrique chronique est un facteur clairement identifié de rechute et/ou de récurrence de ce dernier.

La prévalence est plus élevée chez les femmes et augmente avec l'âge.

### 2.2. Diagnostic positif

#### 2.2.1. Le trouble insomnie

Le diagnostic de trouble insomnie est clinique. Après s'être assuré que le sujet a les opportunités suffisantes pour dormir, il s'agit de :

- \* **difficultés d'endormissement** ;
- \* et/ou **plusieurs éveils nocturnes** avec difficultés pour se rendormir ;
- \* et/ou **réveil matinal précoce** avec incapacité de se rendormir.

Le trouble insomnie chez l'enfant peut se traduire aussi par des difficultés d'endormissement avec opposition au coucher ou pleurs, des éveils nocturnes (souvent multiples) ou plus rarement par une nuit écourtée.

Le trouble insomnie doit être responsable d'un **retentissement diurne négatif** sur les activités du sujet et être associé à des symptômes généraux (fatigue, plaintes cognitives, irritabilité, perturbation de l'humeur, mais aussi céphalées, baisse du désir sexuel, symptômes gastro-intestinaux).

De ce fait, le trouble insomnie se manifeste sur la vie de l'individu, et non seulement sur ses nuits.

Le trouble insomnie chronique est associé à des symptômes depuis plus de 3 mois.

Le trouble insomnie aiguë ou transitoire (également appelée insomnie d'ajustement) dure moins de 3 mois et est le plus souvent en lien avec un facteur de stress déclenchant récent évident.

Le trouble insomnie chronique est lié au développement de comportements dysfonctionnels (se coucher trop tôt, faire des grasses matinées pour « récupérer », faire des siestes) entretenus par des schémas de pensée inadaptés (se forcer à dormir, attribuer à l'insomnie un grand nombre de problèmes diurnes, penser que rester dans le lit permettrait de récupérer...). L'échec de ces stratégies génère une anxiété, des ruminations excessives conduisant à un « hyperéveil mental » (pensées intrusives, incapacité perçue à arrêter l'activité mentale qui empêche l'endormissement) et une « hyperactivation » physiologique (incapacité à se détendre). Cet état d'hyperéveil conduit à une **pérennisation de l'insomnie**, on parle ainsi du cercle vicieux de l'insomnie.

Chez l'enfant de moins de 3 ans, le trouble est lié le plus souvent à un conditionnement anormal à l'endormissement : l'enfant ne s'est jamais endormi seul ou ne sait plus s'endormir seul, ou encore il est incapable de s'endormir sans biberon. Une insomnie chez l'enfant peut être favorisée par une absence ou une incohérence des routines de coucher proposées à l'enfant, un manque de fermeté des parents qui se laissent déborder par les multiples demandes de l'enfant pour éviter d'être mis au lit.

#### 2.2.2. Symptôme insomnie versus trouble insomnie

Le trouble insomnie doit être distingué d'une simple plainte d'insomnie (insomnie symptôme). **L'insomnie symptôme se retrouve dans de nombreux troubles psychiatriques**, en particulier

- \* des troubles de l'humeur :
  - épisode dépressif caractérisé : l'insomnie est l'un des symptômes principaux et souvent manifestée par un réveil trop précoce ;
  - épisode maniaque : l'insomnie est dans ce contexte rarement responsable de fatigue diurne ;
- \* troubles anxieux : l'insomnie se manifeste souvent par des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes multiples ;
- \* trouble stress post-traumatique : l'insomnie est souvent un symptôme central du trouble (syndrome d'hypervigilance), associée à des cauchemars (syndrome de reviviscence).

Dans ces situations, le symptôme insomnie est l'une des manifestations cliniques de la pathologie qui l'expliquera entièrement.

### 2.2.3. Trouble insomnie chronique comorbide

La distinction entre trouble insomnie primaire et secondaire n'est plus réalisée, au profit de la distinction entre trouble insomnie avec ou sans comorbidité.

Pour parler de trouble insomnie chronique comorbide d'un trouble psychiatrique, il faut que les plaintes d'insomnie soient suffisamment sévères et associées à des répercussions diurnes spécifiques. On parle de comorbidité car la plainte d'insomnie ne peut être expliquée entièrement par la pathologie associée ; il s'agit donc d'un trouble insomnie comorbide.

## 2.3. Examens complémentaires

Le recueil des informations cliniques peut être complété par un **agenda de sommeil** sur quelques semaines. Le patient indique chaque jour ses heures de lever, coucher, le temps estimé passé à dormir, les horaires de ses réveils nocturnes, la qualité du réveil le matin et de la vigilance la journée.

Une actimétrie peut également être réalisée. L'actimètre est un accéléromètre porté au poignet comme une montre. Il peut enregistrer pendant plusieurs semaines les niveaux d'activité du sujet, reflet de l'alternance veille-sommeil. Cet outil permet d'apprécier les rythmes veille-sommeil en conditions écologiques.

## 2.4. Diagnostic différentiel

Le diagnostic de trouble insomnie ne pose en général pas de difficultés. Cependant, l'insomnie d'endormissement doit être distinguée du **syndrome de retard de phase du sommeil** et du **syndrome de jambe sans repos** :

- \* **le syndrome de retard de phase du sommeil** est caractérisé par une période propice au sommeil retardée de plusieurs heures, le tableau clinique associe alors un coucher tardif associé à un lever tardif. Ce syndrome est particulièrement fréquent chez l'adolescent ;
- \* **le syndrome de jambe sans repos** est caractérisé par la présence de 4 critères :
  - sensations désagréables au niveau des jambes responsables d'un besoin irrésistible de les mobiliser (impatiences) ;
  - les symptômes sont aggravés par l'immobilité et la position allongée ;
  - les symptômes sont soulagés par le mouvement ;
  - les symptômes sont plus intenses le soir par rapport à la journée (caractère vespéral).

Dans 80 % des cas, le SJSR est associé à des mouvements périodiques des membres. Il s'agit de flexions périodiques des orteils, du pied, du genou ou de la hanche, durant quelques secondes. Ces contractions, si elles sont nombreuses, sont souvent responsables d'une importante fragmentation du sommeil. Le diagnostic des mouvements périodiques des membres est polysomnographique, le sujet n'en ayant que rarement conscience.

## 2.5. Principes de prise en charge du trouble insomnie

La thérapie cognitive et comportementale est le traitement de référence du trouble insomnie chronique de l'enfant et de l'adulte.

Son efficacité à court terme est comparable aux traitements hypnotiques, avec des bénéfices qui se maintiennent sur le long terme contrairement aux hypnotiques.

La TCC de l'insomnie permet par ailleurs de réduire ou d'interrompre une prescription chronique inappropriée de médicaments hypnotiques.

La TCC de l'insomnie comporte principalement trois volets :

- \* **l'éducation à l'hygiène de sommeil** ;
- \* **des mesures comportementales** ;
- \* **une restructuration cognitive**.

Des informations sont délivrées au fur et à mesure des séances sur la nature du sommeil normal, ses mécanismes.

Les mesures comportementales sont :

- \* la restriction du temps passé au lit ;
- \* le contrôle du stimulus.

Ces mesures sont suivies au moyen d'un agenda de sommeil que le patient complète le long de sa thérapie.

- \* La technique de restriction du temps passé au lit vise à augmenter l'efficacité du sommeil : temps estimé de sommeil divisé par le temps passé au lit.
- \* La technique du contrôle du stimulus vise à gérer l'horaire du coucher en fonction de la propension au sommeil afin de réassocier un signal physiologique clair afin de démarrer le sommeil.

La restructuration cognitive a pour but de corriger les pensées dysfonctionnelles qui perpétuent l'insomnie (objectifs irréalistes, anxiété de performance liée au sommeil, tendance à attribuer le mauvais fonctionnement diurne à l'insomnie...). Des techniques de relaxation sont également associées afin de lutter contre l'hyperactivation neurovégétative liée à l'insomnie.

La TCC de l'insomnie est une thérapie brève, conduite en général en 5 à 8 séances structurées de 45 à 60 minutes.

## 2.6. Prévention du trouble insomnie

La prévention du trouble insomnie chronique passe par les règles d'hygiène du sommeil et les mesures comportementales.

La prévention consiste à limiter aussi la consommation d'hypnotique. Les hypnotiques ne sont indiqués qu'en cas de trouble insomnie aiguë consécutif à un facteur de stress et toujours en association avec les règles d'hygiène du sommeil et les mesures comportementales. Par ailleurs, si des hypnotiques sont prescrits, ils doivent être prescrits sur une durée limitée à 4 semaines avec anticipation de l'arrêt du traitement.

La TCC de l'insomnie est le traitement de première intention dans le cadre du trouble insomnie chronique. En cas de prescription d'hypnotiques dans le cadre d'un trouble insomnie chronique, il faut envisager le sevrage progressif couplé aux mesures de TCC.

### 3. LA PLAINTÉ D'HYPERSOMNOLENCE

#### 3.1. Données épidémiologiques

La plainte d'hypersomnolence est extrêmement fréquente en population générale : 15 % de la population présentant une hypersomnolence modérée et 4-5 % une hypersomnolence sévère.

L'hypersomnolence représente un enjeu de santé publique du fait du risque majeur d'accident dont elle peut être responsable. L'hypersomnolence revêt de ce fait des implications médico-légales. En effet, l'hypersomnolence fait partie de la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire (arrêté du 18 décembre 2015).

#### 3.2. Diagnostic positif

L'hypersomnolence se définit par l'association, à des degrés divers :

- \* d'un allongement excessif du temps de sommeil de nuit ou de jour évaluable par un agenda du sommeil, voire par une actimétrie ;
- \* d'une mauvaise qualité de l'éveil durant la journée (sommolence diurne excessive) évaluable par l'échelle de somnolence d'Epworth ;
- \* d'une inertie du sommeil, correspondant à une difficulté à se réveiller au décours de la nuit.

La somnolence chez l'enfant est souvent accompagnée d'autres symptômes, dont certains peuvent être au premier plan :

- \* irritabilité ;
- \* instabilité motrice ;
- \* baisse de l'attention.

La somnolence chez l'enfant se manifeste volontiers en situation d'inactivité ou de passivité, il est très important de rechercher la notion d'endormissements en classe.

#### 3.3. Examens complémentaires

Deux examens validés permettent d'évaluer de façon objective la plainte d'hypersomnolence. Ils doivent être systématiquement précédés d'un enregistrement polysomnographique : les tests itératifs de latence d'endormissement (TILE) et tests de maintien de l'éveil (TME).

Les tests itératifs de latence d'endormissement (TILE) mesurent la propension du sujet à s'endormir la journée. Les TILE sont utilisés pour poser le diagnostic d'hypersomnies centrales.

Les tests de maintien de l'éveil (TME) mesurent la capacité du sujet à rester éveillé durant la journée. Les TME sont utilisés pour évaluer l'efficacité du traitement de la somnolence. Le TME a de plus une valeur médico-légale (arrêté du 18 décembre 2015).

### 3.4. Diagnostic différentiel

Deux symptômes sont à distinguer de l'hypersomnolence :

\* **la fatigue :**

- sensation d'affaiblissement physique ou psychique ;
- survenant le plus souvent à la suite d'efforts physique ou psychique qui en impose l'arrêt ;
- réversible au moins partiellement avec la mise au repos ;

\* **la clinophilie :**

- rester allongé la journée tout en étant éveillé ;
- symptôme fréquemment observé dans les troubles de l'humeur.

### 3.5. Aspects médico-légaux

En cas d'hypersomnolence la loi (arrêté du 18 décembre 2015) fait une distinction entre les conducteurs détenteurs de permis de type léger et les conducteurs détenteurs de permis de type lourd.

Les conducteurs dotés de permis de type léger (voiture, moto) relèvent d'un examen clinique et/ou de tests paracliniques laissés à l'appréciation du médecin avec :

- \* une interruption temporaire de la conduite en attente de traitement ;
- \* la reprise peut avoir lieu 1 mois après l'évaluation de l'efficacité thérapeutique (pression positive continue, chirurgie, prothèse, traitement stimulant de l'éveil) pour une compatibilité temporaire de 3 ans. Cette reprise sera proposée à l'issue du bilan spécialisé. L'incompatibilité à la conduite est maintenue tant que persiste une somnolence malgré le traitement.

Les conducteurs dotés de permis de type lourd (camions, autobus, taxis, ambulances...) nécessitent de passer un Test de maintien de l'éveil (TME) pour confirmer l'efficacité thérapeutique et la possible reprise de la conduite, avec :

- \* une interruption temporaire de la conduite en attente de traitement ;
- \* la reprise peut avoir lieu 1 mois après l'évaluation de l'efficacité thérapeutique (pression positive continue, chirurgie, prothèse, traitement stimulant de l'éveil), pour une compatibilité temporaire d'un an. L'incompatibilité est maintenue tant que persiste une hypersomnolence malgré le traitement.

### 3.6. Les causes d'hypersomnolence

#### 3.6.1. Les causes fréquentes

**Les causes les plus fréquentes d'hypersomnolence sont la dette de sommeil chronique, l'obésité, l'épisode dépressif caractérisé, les psychotropes et la grossesse (principalement lors du premier trimestre).**

La dette de sommeil chronique entraîne un syndrome d'insuffisance de sommeil. Le sujet ne dort pas aussi longtemps qu'il le devrait pour maintenir un niveau d'éveil normal. La somnolence est volontiers plus forte en deuxième partie de journée. Le syndrome d'insuffisance de sommeil s'accompagne par ailleurs de signes fonctionnels divers, notamment cognitifs. L'interrogatoire est le plus souvent suffisant pour retenir le diagnostic en précisant les horaires habituels de sommeil et la notion d'un allongement du temps de sommeil durant les week-ends ou les vacances.

#### 3.6.2. Les causes rares

**Les causes rares d'hypersomnolence, mais entraînant des symptômes sévères sont les hypersomnies centrales avec les narcolepsies et les hypersomnies idiopathiques.**

**Les narcolepsies sont de deux types : 1 et 2.**

La narcolepsie de type 1 était anciennement appelée narcolepsie-cataplexie. Sur le plan physiopathologique, la narcolepsie de type 1 est liée à la perte de fonction des neurones à orexine/hypocrétine, un neurotransmetteur sécrété par une petite population de neurones de la partie dorso-latérale de l'hypothalamus. Le diagnostic de narcolepsie de type 1 doit être évoqué devant :

- \* la tétrade symptomatique qui associe :
  - une somnolence, sévère, caractérisée par des accès de sommeil diurnes multiples et courts, incoercibles, rafraîchissants, souvent accompagnés d'activité onirique ;
  - des cataplexies, abolitions brève et brutale du tonus musculaire, généralisées ou partielles, sans altération de la conscience, déclenchées par une émotion le plus souvent positive (rire, surprise). La cataplexie est un signe pathognomonique de la narcolepsie-cataplexie ;
  - des hallucinations nocturnes (hypnagogiques à l'endormissement, hypnopompiques au réveil) ;
  - des paralysies du sommeil (paralysie complète et transitoire, durant quelques secondes à quelques minutes survenant au moment de l'endormissement ou du réveil) ;
- \* un sommeil de nuit perturbé (insomnie, agitation nocturne) ;
- \* une prise de poids involontaire au début des symptômes (30 % des sujets narcoleptiques sont en surpoids).

Le diagnostic de narcolepsie de type 1 repose sur l'observation clinique lorsque les symptômes sont typiques. Il est recommandé cependant de pratiquer une polysomnographie suivie de TILE qui objectivent :

- \* un sommeil de nuit fragmenté ;
- \* une latence d'apparition du sommeil paradoxal courte ;
- \* une latence moyenne d'endormissement aux TILE inférieure à 8 minutes ;
- \* la présence de sommeil paradoxal sur au moins 2 des 5 TILE.

Le diagnostic formel est apporté par le dosage de l'orexine/hypocrétine dans le liquide céphalo-rachidien, qui révèle un taux bas voire effondré.

Il existe une deuxième forme de narcolepsie, appelée de type 2, au cours de laquelle les cataplexies sont absentes et pour lesquelles le taux d'orexine/hypocrétine reste normal.

**L'hypersomnie idiopathique** est associée à des accès de sommeil diurnes sont longs (plusieurs heures) et non restaurateurs de vigilance normale. Le sommeil de nuit est très souvent prolongé (supérieur à 10 heures), et d'excellente qualité. Le réveil reste cependant très difficile, définissant l'inertie du réveil, pouvant aller jusqu'à une ivresse du réveil avec confusion.

### 3.6.3. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil

#### 3.6.3.1. Définition

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) est un trouble respiratoire du sommeil caractérisé par le rétrécissement ou par une fermeture des voies aériennes supérieures pendant le sommeil tandis que l'effort respiratoire persiste, au moins pendant une partie de l'événement.

#### 3.6.3.2. Données épidémiologiques

Le SAOS est une pathologie fréquente, touchant 5-10 % de la population générale, associé dans plus de la moitié des cas à de l'hypersomnolence.

Les facteurs de risques sont :

- \* sexe masculin ;
- \* surpoids/obésité, périmètre cervical > 40 cm ;
- \* hypertrophie amygdalienne, score de Mallampati  $\geq 3$ , macroglossie, obstruction nasale ;
- \* endognathie, rétrognathie, hypomaxillie ;
- \* prise de Benzodiazépines.

Les complications de ce syndrome sont d'ordre cardio-vasculaires, métaboliques (hypertension artérielle, manifestations ischémiques cardiaques ou cérébrales, insulino-résistance, syndrome métabolique, diabète) et psychiatriques (troubles de l'humeur en particulier le syndrome dépressif).

Le risque du SAOS est également lié à l'hypersomnolence du fait du risque majeur d'accident dont elle peut être responsable. Le SAOS associé à une hypersomnolence fait partie de la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire (arrêté du 18 décembre 2015). Il s'agit d'y être particulièrement vigilant chez le chauffeur professionnel.

Chez les enfants les complications de ce syndrome sont également sur le développement cérébral et cognitif, l'intégration des connaissances, les apprentissages, les performances scolaires, et la régulation de l'humeur et des comportements diurnes. Il peut également exister un retard de croissance.

### 3.6.3.3. Aspects cliniques

Chez ces sujets, le diagnostic de SAOS doit être évoqué devant :

- \* des symptômes diurnes :
  - somnolence excessive ;
  - sommeil perçu comme non réparateur ;
  - céphalées matinales ;
  - altérations cognitives ;
  - baisse du désir sexuel et baisse de l'excitation sexuelle ;
  - irritabilité ;
- \* des manifestations nocturnes :
  - ronflement, parfois pauses respiratoires observées par l'entourage ;
  - polyurie nocturne (plus de 2 mictions par nuit) ;
  - hypersalivation ;
  - sueurs nocturnes ;
  - pauses respiratoires constatées par l'entourage ;
  - sensation d'étouffement.

Chez les enfants, les signes évocateurs d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil peuvent être également : sommeil agité, comportements pendant le sommeil, respiration bruyante ou difficile pendant le sommeil, cou en hyper-extension pour respirer pendant le sommeil, réveil difficile.

### 3.6.3.4. Examens complémentaires

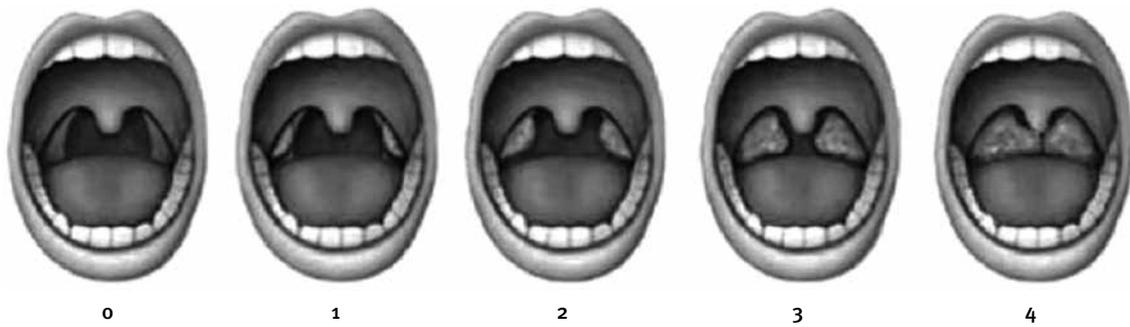
La suspicion diagnostique doit être confirmée par enregistrement nocturne (polygraphie ventilatoire ou polysomnographie). Cet enregistrement met en évidence de nombreux arrêts respiratoires liés à l'obstruction des voies aériennes supérieures :

- \* apnées : interruption complète de la respiration de plus de 10 secondes ;
- \* hypopnées : diminution partielle de la respiration de plus de 10 secondes, associés à une désaturation en oxygène et/ou un micro-éveil.

Un index d'apnée/hypopnées (IAH) supérieur ou égal à 5 par heure de sommeil confirme le diagnostic. L'intensité du SAOS se définit par l'IAH :

- \* légère : IAH entre 5 et 15/h ;
- \* modérée : IAH entre 15 à 30/h ;
- \* sévère : IAH supérieur à 30/h.

Chez l'enfant il faut savoir rechercher une **hypertrophie obstructive des végétations adénoïdes** (en particulier devant une respiration buccale principale, avec bouche ouverte la journée, et un contexte d'infection ORL à répétition ou de rhinite allergique) et une **hypertrophie obstructive amygdalienne** (par l'examen endobuccal avec la détermination du grade de Friedman).



**Figure 3.** Grades de Friedman (pour le volume amygdalien) : 0 – luette et piliers visibles ; 1 – A cachés dans la loge ; 2 – A dépasse la loge ; 3 – A dépasse loge sans passer le milieu ; 4 – A jointives.



**Figure 4.** Hypertrophie obstructive amygdalienne.

Chez l'enfant, le diagnostic est établi au moyen d'une polysomnographie, les critères objectifs permettant de retenir un SAOS chez l'enfant sont plus stricts que chez l'adulte ( $> 1/h$ ).

### 3.6.3.5. Principes de prise en charge

**Lorsque le SAOS est sévère, le traitement de référence est la pression positive continue (PPC) appliquée au moyen d'un masque.**

L'indication d'un traitement pour un SAOS léger à modéré doit être posée en fonction du contexte clinique (retentissement fonctionnel, facteurs de risque cardio-vasculaire), et une alternative à la pression positive continue doit être privilégiée :

- \* prise en charge d'un éventuel surpoids ou obésité ;
- \* orthèse d'avancée mandibulaire (Orthèse mandibulaire portée la nuit, induisant une propulsion en avant de la mandibule permettant de libérer les voies aériennes supérieures) ;
- \* prise en charge chirurgicale ORL (chirurgie du voile du palais, des amygdales, des piliers et de la paroi postérieure du pharynx), dont la balance bénéfique/risque doit être pesée, mais qui peut avoir un intérêt tout particulier chez l'enfant si une hypertrophie obstructive des végétations adénoïdes ou une hypertrophie obstructive amygdalienne est impliquée dans le SAOS.

Il faut y associer des mesures hygiéno-diététiques et une éducation thérapeutique du patient pour favoriser l'observance et une prise en charge des comorbidités cardio-vasculaires et métaboliques. Enfin, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil non traité est une contre-indication à la prescription de benzodiazépines.

## 4. LA PLAINTÉ DE COMPORTEMENT PENDANT LE SOMMEIL

Les parasomnies regroupent un ensemble hétérogène de manifestations comportementales survenant au cours du sommeil. Les parasomnies du sommeil lent profond sont particulièrement fréquentes chez l'enfant qui présente plus de sommeil lent que l'adulte.

### 4.1. Les parasomnies du sommeil lent profond

Les parasomnies du sommeil lent profond (SLP) comportent :

- \* le somnambulisme ;
- \* les terreurs nocturnes ;
- \* les éveils confusionnels.

Ces parasomnies relèvent d'anomalies de la transition entre le sommeil lent profond et la veille. Ces parasomnies surviennent le plus souvent dans le premier tiers de la nuit et sont accompagnées d'une amnésie partielle ou complète des épisodes. Elles concernent volontiers les enfants et disparaissent habituellement au cours de l'adolescence. Le diagnostic est clinique.

**Le somnambulisme** est caractérisé par des manifestations motrices qui sont au premier plan. L'expression comportementale est en général simple, le sujet s'assoit ou se lève et marche dans sa chambre. Les yeux sont ouverts, le regard est vide, les gestes sont lents, souvent maladroits et relevant d'automatismes.

**Les terreurs nocturnes** sont généralement initiées par un grand cri. Elles sont caractérisées par l'importance des manifestations comportementales et neurovégétatives de peur (tachycardie, hypersudation, difficultés respiratoires, mydriase, érythrose cutanée). Le sujet est peu accessible à la réassurance. Le contenu mental, lorsqu'il est remémoré est en général peu élaboré, correspondant à une image ou une situation effrayante. Au réveil, et cela contrairement aux cauchemars (cf. infra), l'enfant n'a pas de souvenir de l'épisode et ne présente pas d'anxiété ; le retour au sommeil est alors facile.

**Les éveils confusionnels** se caractérisent par la faible composante motrice et neurovégétative au cours de l'épisode. Les accès sont volontiers longs, jusqu'à plusieurs dizaines de minutes. Ils sont plus fréquents chez l'enfant et sont caractérisés par une désorientation, un ralentissement psychomoteur avec lenteur idéatoire, difficultés d'élocution et de compréhension. Des comportements instinctuels, sexuels ou alimentaires peuvent survenir.

Les parasomnies du sommeil lent profond peuvent être responsables d'un retentissement diurne, en particulier d'hypersomnolence.

### 4.2. Le trouble du comportement en sommeil paradoxal

Il s'agit d'une agitation nocturne liée à la mise en acte des rêves du sujet. Elle survient le plus souvent en deuxième partie de nuit et est liée à la perte de l'atonie musculaire habituelle du sommeil paradoxal. Le sujet présente des comportements moteurs plus ou moins élaborés, avec des mouvements brusques, parfois violents pouvant être responsables de chutes du lit, de blessures pour le patient lui-même ou son partenaire. Le diagnostic est clinique et polysomnographique, l'enregistrement révélant un tonus musculaire anormalement élevé en sommeil paradoxal.

Le trouble du comportement en sommeil paradoxal concerne principalement le sujet âgé de sexe masculin. Très souvent, le trouble accompagne ou précède de plusieurs années des pathologies neurodégénératives, essentiellement les **syndromes parkinsoniens**.

### 4.3. Diagnostic différentiel

L'épilepsie frontale nocturne peut poser un problème diagnostique avec les parasomnies. Cette forme exclusivement nocturne d'épilepsie doit être évoquée devant :

- \* le caractère stéréotypé des crises ;
- \* de multiples crises par nuit ;
- \* des mouvements dystoniques, dyskinétiques.

Le problème diagnostique réside dans le fait que l'EEG de surface est souvent normal.

Le trouble dissociatif nocturne reste un diagnostic d'élimination, il correspond à des manifestations dissociatives d'expression essentiellement nocturne.



#### POUR APPROFONDIR

Rapport Haute autorité de santé. *Évaluation clinique et économique des dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)*, 2014 [[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/rapport\\_sahos\\_-\\_evaluation\\_clinique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/rapport_sahos_-_evaluation_clinique.pdf)].



Rapport Haute autorité de santé. *Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale*, 2006 [[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale)].



Micoulaud-Franchi JA., Guichard K., Broussin P., Philip P., *Le sommeil et ses pathologies – Approche clinique transversale chez l'adulte*, Paris, Ellipses, 2019.