

Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte

1^{re} partie – Troubles du sommeil de l'adulte

P^r Damien Léger, D^r Pascale Ogrizek

Centre du sommeil et de la vigilance, Hôtel-Dieu, 75181 Paris Cedex 04, France

damien.leger@htd.aphp.fr

Objectifs

- 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 sommeil est un besoin essentiel de l'organisme auquel nous consacrons un tiers de notre temps. Il ne s'agit donc pas simplement d'une question de confort ou de bien-être. Dans notre société moderne, où la performance est devenue une quasi-nécessité, toute perturbation de la qualité ou de la quantité de sommeil constitue un handicap dans la mesure où elle retentit sur le bon déroulement de la journée en diminuant les performances.

Avoir mal ou pas assez dormi est une plainte extrêmement fréquente et tellement banalisée que nombre de patients ne pensent même pas à en parler à leur médecin traitant. Pourtant, en France, 10 millions de personnes sont concernées par les troubles du sommeil, soit 19 % d'insomniaques de plus de 18 ans et 9 % d'insomniaques sévères, 5 à 10 % d'apnéiques, 7 % de syndrome des jambes sans repos et 10 % d'hypersomniaques. Aujourd'hui, la médecine du sommeil a fait de tels progrès qu'elle est devenue une spécialité à part entière qui permet de mieux explorer et traiter les pathologies du sommeil.

INSOMNIE (figure)

L'insomnie, véritable pathologie du sommeil et de l'éveil, vient largement en tête des plaintes portant sur le sommeil. En France, on estime que l'insomnie passagère ou chronique concerne plus de 12 millions de Français, soit un adulte sur trois, et est déclarée sévère par un tiers des personnes qui en souffrent. Ses conséquences économiques sont très importantes, tant pour les individus que pour la société et les systèmes de santé, si bien que l'insomnie peut être considérée comme un problème de santé publique. Pourtant, ce trouble qui, dans notre société est banalisé, est rarement pris au sérieux en clinique.

L'insomnie est en effet d'abord une plainte subjective complexe dont la compréhension doit tenir compte de l'altération de la perception du sommeil par l'insomniaque. La prise de conscience du sommeil ou la perception du fait de dormir est différente chez l'insomniaque et le bon dormeur. Cependant, des critères de définition et consensuels permettent aujourd'hui de bien différencier insomnie et simples plaintes de mauvais sommeil.

Définition

En fonction de ces critères, une personne est considérée comme insomniaque si elle se plaint d'au moins un des quatre troubles suivants :

- un trouble de l'endormissement avec une durée d'endormissement supérieure à 30 minutes (insomnie d'endormissement) ;
- un trouble du maintien du sommeil avec un réveil au cours de la nuit qui dure au moins 30 minutes ou deux réveils par nuit avec difficultés pour se rendormir (insomnie de maintien de sommeil) ;
- un réveil trop précoce, au moins une heure avant l'heure souhaitée (insomnie par réveil précoce) ;
- un sommeil non récupérateur ou de mauvaise qualité.

Pour parler d'insomnie, ces plaintes doivent se produire au moins trois fois par semaine, et ceci malgré de bonnes conditions de sommeil (absence de lumière, de bruit, température adéquate).

Ces troubles doivent également s'accompagner de conséquences du mauvais sommeil dans la journée de type fatigue, somnolence diurne, mauvaise humeur, irritabilité, troubles de

l'attention, de la concentration, de la mémoire, troubles du fonctionnement social, professionnel ou scolaire, baisse de l'énergie et manque de motivation. Lorsqu'elle persiste au-delà de trois mois, l'insomnie devient chronique.

Causes

Les causes de l'insomnie sont multiples et en général divisées en deux classes : les insomnies comorbides et les insomnies primaires. Avant de les envisager, il est nécessaire, comme le précise la définition, de s'assurer que l'insomnie n'est pas due à des erreurs d'hygiène de sommeil : prise de médicaments (corticoïdes, estrogènes, bêtabloquants, etc.) ou d'excitants (café, thé, alcool), environnement non propice au sommeil (lit inconfortable, bruit, lumière, température inadéquate, altitude), mauvaise répartition des horaires de sommeil (sieste dans la journée, horaires de sommeil anarchiques), décalage de l'horloge biologique (travail posté ou de nuit, « avance » ou « retard de phase », voyages intercontinentaux avec décalage horaire).

1. Insomnies secondaires ou comorbides

Parmi les insomnies comorbides, certaines sont secondaires à une maladie somatique et d'autres à un trouble psychiatrique.

Les troubles somatiques le plus fréquemment responsables d'insomnie sont les douleurs, les troubles respiratoires au cours du sommeil (apnées du sommeil, asthme, rhinite allergique), les troubles endocriniens, en particulier hyperthyroïdie et hypercortisolémie, les troubles prostatiques, les maladies neurologiques (Parkinson, démences, accidents vasculaires cérébraux), les troubles du rythme cardiaque...

Les relations entre insomnie et troubles psychiatriques, en particulier anxiété-dépression, sont étroites, et il est souvent difficile de faire la part des causes et des conséquences. De plus, les mêmes mécanismes neurobiologiques peuvent être responsables de dysfonctionnement du sommeil et de pathologie psychiatrique. La dépression s'accompagne dans la majorité des cas d'insomnie sévère, mais une insomnie qui dure depuis longtemps retentit sur l'humeur et la qualité de vie et peut engendrer un état dépressif. De même, l'anxiété est source d'insomnie, et le fait de mal dormir est anxiogène. En pratique, la dépression est plus fréquemment associée à une insomnie par réveil précoce et l'anxiété à une insomnie d'endormissement ou de maintien du sommeil. Lorsque ces différentes causes ont été éliminées, l'insomnie peut être considérée comme primaire.

2. Insomnie primaire

L'insomnie primaire représente 30 % des insomnies chroniques. Décrite sous le terme d'insomnie psychophysiologique, elle se rencontre chez des patients ayant un profil psychologique particulier : mauvais dormeurs depuis l'enfance, ces insomniaques ont un rapport particulier avec leur sommeil sur lequel ils ont tendance à focaliser « tout ce qui ne va pas ». De plus, ils semblent avoir une mauvaise perception de leur sommeil, comme si la bascule entre l'éveil et le sommeil était déséquilibrée au profit de l'éveil. Ils éprouvent des difficultés d'endormissement, n'arrivant pas à

« lâcher » pour se laisser emporter par le sommeil et ont l'impression de ne pas fermer l'œil de la nuit, même si les enregistrements de leur sommeil en laboratoire prouvent le contraire.

Trois facteurs déterminants, les 3P, ont été décrits par Spielman dans le modèle de l'insomnie primaire :

- prédisposant : l'existence d'un terrain génétique insomniaque avec un sommeil fragile, particulièrement vulnérable à certaines situations déstabilisantes (stress, mauvais climat affectif, etc.) ;
- précipitant : l'insomnie est déclenchée par certains facteurs ;
- perpétuant : l'insomnie est perpétuée par de mauvaises habitudes, en particulier celle de passer trop de temps au lit.

Bilan

Un interrogatoire bien conduit au cours d'une consultation spécialement consacrée au sommeil et des outils simples permettent d'évaluer l'insomnie.

Au cours d'un long interrogatoire, il faut faire préciser les circonstances d'apparition du trouble du sommeil (événement particulier, maladie, hospitalisation, voyage, etc.), les habitudes de sommeil du patient (horaires détaillés de lever, de coucher et éventuellement de sieste en semaine, le week-end et en vacances), les conditions d'habitation (en particulier bruit, lumière, température de la chambre), les habitudes de vie (sport, tabac, alcool,



Figure Arbre diagnostique de l'insomnie.

etc.), les répercussions du mauvais sommeil sur la vie professionnelle, familiale et sociale, les traitements déjà utilisés. Un bilan biologique orienté en fonction de l'interrogatoire complète le bilan de base.

En fonction de l'interrogatoire, des échelles psychologiques (anxiété, dépression) ou de la somnolence (échelle de somnolence d'Epworth) sont proposées au patient. Dans tous les cas, un agenda du sommeil lui est remis. Cet outil simple et objectif qui permet de visualiser les horaires et le temps de sommeil peut aider certains patients à relativiser l'importance de leur insomnie.

L'actimétrie, qui enregistre les mouvements du patient (à l'aide d'un bracelet enregistreur de la taille d'une montre portée au poignet non dominant pendant plusieurs jours et nuits consécutifs), reflète les rythmes de repos et d'activité, les horaires de coucher et de lever, le temps passé au lit, le nombre et la durée des éventuels réveils nocturnes et siestes, le profil du soir ou du matin et renseigne sur la cause de l'insomnie.

L'enregistrement polysomnographique en laboratoire de sommeil ou en ambulatoire n'est pas systématique et ne se justifie que dans certains cas : suspicion d'une cause organique à l'origine du mauvais sommeil (syndrome des jambes sans repos, mouvements périodiques au cours du sommeil), insomnie chronique atypique, complexe ou rebelle au traitement.

Traitements

Avant d'aborder les différents moyens thérapeutiques, soulignons la nécessité de bien identifier le type d'insomnie et d'évaluer sa gravité. En cas d'insomnie chronique, plutôt que de chercher à restaurer, d'emblée et de façon irréaliste, un sommeil normal, il est préférable de déterminer avec le patient des objectifs à atteindre de façon progressive par paliers.

Chaque consultation permet de déterminer avec le patient en fonction du type d'insomnie quel est l'objectif principal à atteindre : diminution de la latence d'endormissement, du nombre et de la durée des éveils nocturnes, augmentation du temps de sommeil total ; on évalue l'objectif en se fixant un pourcentage précis d'amélioration avant de prescrire le traitement. L'objectif est régulièrement réévalué à chaque consultation en utilisant les mêmes outils (agenda du sommeil, échelles analogiques d'évaluation, actimétrie, consommation médicamenteuse...) ; lorsqu'il est atteint, on attend quelques mois de stabilisation avant de fixer un nouvel objectif.

1. Conseils d'hygiène de sommeil

Ils sont au premier plan :

- se coucher et se lever tous les jours à la même heure (même les week-ends, sans faire la « grasse matinée ») et ne pas dormir dans la journée ;
- éviter les activités excitantes en fin de soirée (sport, Internet, etc.) ;
- réserver la chambre et le lit au sommeil ;
- ne pas rester dans son lit si on ne dort pas, mais se lever, faire une activité calme en attendant que l'envie de dormir revienne ;
- éviter les excitants le soir (thé, café, alcool).

POINTS FORTS

à retenir

- **L'insomnie touche 1 adulte sur 5.**
- **Une consultation spécialement dédiée à l'insomnie accompagnée d'un agenda de sommeil est une étape déterminante dans le diagnostic et la prise en charge.**
- **La polysomnographie est réservée aux insomnies complexes et pour lesquelles on recherche une comorbidité ou une pathologie du sommeil intriquée (apnées, syndrome des jambes sans repos.**
- **Les thérapies cognitives et comportementales sont la meilleure alternative non médicamenteuse à l'insomnie.**
- **Un bilan fer (ferritinémie) est utile devant une symptomatologie de syndrome des jambes sans repos.**
- **Ronflement, sommeil non récupérateur et somnolence diurne sont les symptômes caractéristiques du syndrome d'apnées du sommeil.**
- **La pression positive continue est le traitement de référence du syndrome d'apnées du sommeil.**
- **La narcolepsie associe hypersomnie, cataplexies, hallucinations hypnagogiques et paralysies du sommeil.**

2. Traitements médicamenteux

Le traitement médicamenteux de l'insomnie se heurte à une situation paradoxale dans la mesure où il s'agit de traiter un symptôme chronique ou récurrent avec des médicaments efficaces à court terme et dont la durée de prescription est légalement limitée dans le temps. Parmi les différents médicaments hypnotiques, il s'agit de choisir, en fonction du type d'insomnie, celui qui aura le plus de chances d'être efficace en présentant un minimum d'effets secondaires.

Les hypnotiques sont les traitements les plus ciblés, mais en raison des risques d'accoutumance leur prescription est soumise à la règle des 28 jours.

Les **hypnotiques Z (zoplicone [Imovane] et zolpidem [Stilnox])** diminuent la latence d'endormissement et la durée des éveils nocturnes ; ils ont peu d'effet résiduel en raison de leur demi-vie courte et pratiquement **pas d'effet rebond** à l'arrêt du traitement. Ils sont donc souvent prescrits dans les insomnies aiguës ou d'adaptation.

Les **benzodiazépines** à demi-vie courte sont utilisées pour leurs propriétés hypnotiques ou anxiolytiques mais possèdent des effets résiduels fonction de la demi-vie, des effets secondaires (troubles de la mémoire, troubles cognitifs) et une baisse d'efficacité à long terme avec effet rebond à l'arrêt du traitement.

Ces médicaments dont la prescription est limitée à 28 jours ne devraient théoriquement pas être utilisés dans le traitement de l'insomnie chronique, mais en pratique la plupart des patients

insomniaques les utilisent depuis plusieurs mois, voire même plusieurs années, d'où la difficulté du sevrage. Celui-ci sera donc proposé et débuté très progressivement, de préférence pendant des périodes de vacances.

Les antidépresseurs et les anxiolytiques sont à discuter en fonction des comorbidités psychiatriques associées.

3. Traitements non médicamenteux

Plusieurs techniques comportementales sont considérées comme positives dans l'insomnie :

- les techniques de **relaxation** simple (training autogène de Schultz, sophrologie, etc.) pratiquées en séances de groupe ou individuelles sont souvent proposées en première intention. Elles peuvent être utiles lorsque la composante anxieuse est importante, mais leur utilisation dans l'insomnie n'est pas suffisamment structurée ;
- les **thérapies cognitives et comportementales** sont au contraire très bien protocolisées. Elles visent à rétablir une perception positive du sommeil par des comportements adaptés. Elles associent hygiène de sommeil, techniques de relaxation, restriction du temps passé au lit et contrôle du stimulus ;
- la restriction du temps passé au lit a pour objectif d'ajuster le temps passé au lit au temps de sommeil pour améliorer l'efficacité du sommeil (rapport du temps de sommeil sur le temps passé au lit) et atteindre un pourcentage supérieur à 85 %. Ainsi, il est

conseillé de retarder progressivement l'heure du coucher, de maintenir une heure de lever régulière et de ne pas faire de sieste dans la journée ;

- le contrôle du stimulus vise à restaurer un lien positif entre lit et sommeil en conseillant au patient insomniaque de réserver le lit uniquement au sommeil et de se lever si l'endormissement ne survient pas dans les 10-15 minutes, d'attendre que l'envie de dormir réapparaisse en pratiquant une activité calme.

Les thérapies comportementales pratiquées généralement en séances de groupe d'une dizaine de patients donnent de très bons résultats à long terme. Elles se heurtent toutefois au manque de professionnels formés à ces techniques.

AUTRES TROUBLES DU SOMMEIL

Les autres troubles du sommeil seront abordés beaucoup plus succinctement dans cet article. Pour une vision plus complète, il est conseillé de se reporter au dossier consacré à l'ensemble des troubles du sommeil dans une précédente revue.

Syndrome des jambes sans repos

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est une affection neurologique caractérisée par des impatiences dans les jambes qui se manifestent au repos et perturbent le sommeil.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Troubles du sommeil de l'adulte ».

Cas clinique 1

Jean-Yves C. est un représentant commercial de 37 ans, célibataire, père d'une fille de 6 ans qu'il prend en charge une semaine sur deux. La semaine sans enfant, il a de très nombreux déplacements professionnels en France, principalement en voiture mais aussi en avion. Il doit alors se lever tôt le matin et dort souvent à l'hôtel le soir. Dans ses antécédents médicaux, on retrouve une hypertension artérielle traitée par Seloken (1 cp matin et soir), des lombalgies anciennes et douloureuses, un surpoids (90 kg pour 1,78 m), un épisode dépressif de quelques mois à la suite d'une séparation traité par Deroxat. Il conduit pour son travail entre 1 500 et 3 000 km par semaine, boit 8 cafés par jour, fume 30 cigarettes par jour et boit deux à trois verres de vin le soir. Depuis 6 mois, il se plaint de

difficultés d'endormissement (avec parfois plus d'une heure pour s'endormir), presque tous les soirs (sauf le week-end), et de réveils nocturnes fréquents la nuit. Son sommeil n'est pas récupérateur et il se plaint de fatigue et de troubles d'attention et de vigilance dans la journée.

- ① Quel diagnostic évoquez-vous chez ce patient, et pourquoi ?
- ② Par quels moyens (questionnaires) subjectifs et examens complémentaires objectifs pouvez-vous préciser cette plainte ?
- ③ Quelles sont les grandes familles de causes à évoquer devant ce type de plainte et lesquelles sont les plus probables chez ce patient ?
- ④ Quels conseils personnels et professionnels donneriez-vous à ce patient ?
- ⑤ Quelle serait votre attitude thérapeutique dans un premier temps ?

Cas clinique 2

Monsieur X., 55 ans, professeur d'histoire-géographie dans un collège, se plaint depuis 2 ans d'une fatigue survenant dès le matin. Il se réveille avec la sensation d'avoir mal dormi et de ne pas être reposé même s'il s'est couché tôt. Dans la journée, il n'est pas en forme, a du mal à se concentrer et a tendance à somnoler pendant les contrôles. Il a récemment failli s'endormir au volant et a évité de justesse l'accident. Il a pris 8 kg en 2 ans et pèse maintenant 85 kg pour 1,68 m.

- ① Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels éléments cliniques ?
- ② Quels examens demandez-vous pour étayer votre diagnostic ?
- ③ Quelles complications cliniques redoutez-vous chez ce patient ?
- ④ Quel est le traitement le plus approprié si le diagnostic recherché s'avérait positif ?
- ⑤ Quels conseils hygiéno-diététiques donneriez-vous à monsieur X. ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

Le diagnostic est essentiellement clinique et repose sur l'interrogatoire. Il doit être évoqué chez un patient dont le sommeil et les moments de repos sont perturbés par des sensations très désagréables, voire douloureuses au niveau des jambes, des pieds et parfois des bras. Il s'agit de paresthésies à type de brûlures, fourmillements, décharges électriques à la limite du supportable qui obligent le patient à bouger les jambes, les frotter, les doucher à l'eau froide, se lever et marcher pour être soulagé. Les impatiences surviennent au repos après une période plus ou moins longue d'immobilité et peuvent parfois perturber sévèrement les activités sociales (repas, spectacles, longs trajets, conférences) et la qualité de vie. Elles augmentent d'intensité le soir et la nuit et entraînent des insomnies avec difficultés d'endormissement et réveils au cours de la nuit. L'interrelation avec la dépression est fréquente.

Le SJSR, bien que relativement fréquent (8,5 % de la population française avec une prédominance féminine), est méconnu, si bien que les personnes qui en souffrent errent souvent de médecin en médecin avant que le diagnostic soit porté.

La présence de quatre critères obligatoires permet de poser le diagnostic :

- besoin impérieux de bouger les jambes (habituellement accompagné ou causé par des sensations désagréables, pénibles au niveau des jambes) ;
- amélioré transitoirement par un mouvement, soulagement partiel ou total de l'inconfort en marchant ou en étirant les pieds et les jambes ;
- survenant ou exacerbé au repos ou si le sujet est inactif (comme par exemple assis ou allongé) ;
- survenant ou aggravé le soir ou la nuit.

- À ces critères essentiels s'ajoutent des critères additionnels :
- difficultés d'initiation ou de maintien du sommeil ;
 - mouvements involontaires périodiques durant le sommeil et périodiques ou aperiodiques durant l'éveil ;
 - examen neurologique normal dans les formes idiopathiques ;
 - début à tout âge mais prédominant à l'âge mûr ;
 - notion d'histoire familiale.

L'intensité du SJSR est variable d'un patient à l'autre. Dans la plupart des cas, le SJSR est idiopathique, mais certaines formes sont secondaires à une carence en fer, une grossesse, une insuffisance rénale chronique, une arthrite rhumatoïde, d'autres sont induites par les médicaments (tricycliques, IRS, lithium, antagonistes dopaminergiques, xanthines) ou associées aux neuropathies et à la maladie de Parkinson.

Le bilan d'un SJSR comporte un examen neurologique, qui se révèle normal dans les cas de SJSR primaires, et un bilan biologique pour dépister une éventuelle carence martiale à traiter le cas échéant. La polysomnographie n'a d'intérêt que pour rechercher des mouvements périodiques du sommeil (80 % des patients qui présentent un SJSR ont également des mouvements périodiques du sommeil), exclure d'autres pathologies du sommeil associées (apnées du sommeil) ou évaluer l'efficacité des traitements.

La sévérité du SJSR peut être évaluée par l'échelle de sévérité internationale à dix items ou l'échelle d'Allen qui comporte trois stades de sévérité selon l'heure d'apparition des symptômes.

Tableau Définition du SAHOS

Le SAHOS est défini par la présence des critères A ou B et du critère C :

- A** Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs
- B** Deux au moins des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs :
 - ronflement sévère et quotidien
 - sensations d'étouffer ou de suffoquer pendant le sommeil
 - éveils répétés pendant le sommeil
 - sommeil non réparateur
 - fatigue diurne
 - difficultés de concentration
 - nycturie (plus d'une miction par nuit)
- C** Critère polysomnographique :
apnées + hypopnées ≥ 5 par heure de sommeil (IAH ≥ 5)

Dans les formes sévères (21 % des cas) où le SJSR est responsable de troubles du sommeil avec retentissement sur la qualité de vie, à côté des conseils hygiéno-diététiques (horaires de sommeil réguliers, pratique d'une activité physique modérée dans la journée, pas de consommation de thé et café), il est utile de proposer un traitement médicamenteux.

Les agonistes dopaminergiques (ropinirole [Adartrel] et pramipexole [Sifrol]) sont les seuls médicaments à avoir reçu l'AMM pour le traitement des formes d'intensité modérée à très sévère, idiopathiques du SJSR. De 50 à 72 % des patients répondent de façon positive aux agonistes dopaminergiques. Les doses utilisées dans le SJSR sont très inférieures à celles utilisées dans le traitement de la maladie de Parkinson, d'où un risque d'effet indésirable (en particulier de somnolence diurne) réduit.

Chez les patients non répondants, les benzodiazépines, les anticonvulsivants ou les opiacés sont parfois prescrits hors AMM et après avis spécialisé.

Apnées du sommeil (tableau)

Les troubles respiratoires du sommeil sont dominés par le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) qui touche 2 % des femmes et 4 % des hommes de 30 à 60 ans. L'obésité est un facteur de risque majeur : 60 à 70 % des SAOS sont obèses, et 40 à 50 % des obèses morbides ont un SAOS. Ce syndrome caractérisé par un collapsus répété des voies aériennes supérieures au cours du sommeil est responsable d'une fragmentation du sommeil qui induit une importante baisse de la vigilance dans la journée. De nombreuses études ont montré que la somnolence due au syndrome d'apnées du sommeil est une cause importante d'accidents de la circulation et du travail. Le syndrome d'apnées du sommeil est de plus associé à une augmentation du risque cardiovasculaire et est un facteur de risque indépendant d'hypertension artérielle, de maladie coronarienne, de troubles du rythme cardiaque.

Le diagnostic doit être évoqué devant un patient, le plus souvent un homme, qui se plaint de somnolence diurne avec sensation de sommeil non réparateur et dont le conjoint signale des ronflements et des épisodes de pauses respiratoires au cours du sommeil.

Une polysomnographie au laboratoire de sommeil ou un holter en ambulatoire avec enregistrement des paramètres respiratoires confirme le diagnostic en mettant en évidence des apnées (interruption du flux ventilatoire d'au moins 10 secondes) qui peuvent être obstructives (avec persistance d'un effort respiratoire), centrales (absence d'effort respiratoire ou mixtes [début de type central et fin de type obstructif]). Le nombre d'apnées ou d'hypopnées (baisse de plus de 50 % du flux inspiratoire ou de moins de 50 % associée à une désaturation supérieure à 3 % ou à un microréveil) qui durent plus de 10 secondes par heure de sommeil permet de déterminer l'indice d'apnées-hypopnées (IAH) et d'évaluer la gravité du SAOS :

- IAH compris entre 5 et 15 : SAOS mineur ;
- IAH compris entre 15 et 30 : SAOS modéré ;
- IAH supérieur à 30 : SAOS sévère.

La découverte d'un SAOS s'accompagne toujours d'un bilan clinique (en particulier prise de la TA, du tour de cou, mesure de l'indice de masse corporelle [IMC]), biologique (recherche d'une polyglobulie et de facteurs de risque cardiovasculaires associés) et d'un bilan ORL pour explorer les cavités aériennes supérieures et rechercher une cause éventuelle d'obstruction.

Les conséquences du SAOS sont multiples :

- à court terme : la fragmentation du sommeil et l'hypoxémie sont à l'origine de la somnolence diurne et d'une hypoxémie nocturne avec diminution du débit sanguin cérébral, d'où une altération des fonctions cognitives ;
- à moyen et long terme, le SAOS a des conséquences endocriniennes et métaboliques (troubles de l'hormone de croissance, modification des hormones sexuelles, anomalies de la thyroïde, obésité et diabète), des conséquences cardiovasculaires (hypertension artérielle, insuffisance coronarienne, insuffisance ventriculaire gauche, troubles du rythme et de la conduction), d'où une augmentation de la morbi-mortalité cardiovasculaire. Le SAOS augmente de 40 % le risque de présenter un syndrome métabolique, qui constitue un facteur de risque vasculaire.

Rappelons que le syndrome métabolique est défini par les critères suivants : obésité abdominale ou centrale ($H > 94$ cm / $F > 80$ cm) et au moins 2 des facteurs :

- HTA : PAS ≥ 130 ou PAD ≥ 85 , ou HTA traitée ou diagnostiquée ;
- glycémie à jeun $\geq 5,6$ mM ou diabète de type 2 précédemment diagnostiqué ;
- \downarrow HDL cholestérol (CT) : $h < 1,03$ mM / $f < 1,29$ mM ou hypercholestérolémie traitée ;
- \uparrow triglycérides (TG) $\geq 1,7$ mM ou hypertriglycémie traitée.

Le traitement de référence est la pression positive continue (PPC ou CPAP des Anglo-Saxons) qui consiste à insuffler, à l'aide d'un petit appareil relié à un masque (nasal ou buccal), de l'air à une pression comprise entre 5 et 15 cm d'eau dans les voies aériennes supérieures au cours de la nuit. Pour que le traitement soit efficace, on estime qu'il doit être utilisé au moins 4 heures

par nuit. L'efficacité du traitement sur la réduction de la somnolence et du risque cardiovasculaire a été démontrée par de nombreuses études. Toutefois, malgré l'efficacité, l'acceptation de ce traitement reste relative en raison de la contrainte qu'il impose au patient et à son entourage. Pour améliorer l'observance, il est fondamental de prendre le temps de bien expliquer au patient les risques d'un SAOS non traité. Il existe actuellement des groupes d'éducation thérapeutique pour aider les patients apnéiques à mieux supporter leur traitement par PPC.

En cas de refus du traitement ou de SAOS modéré ne justifiant pas une PPC, une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) peut être proposée s'il n'existe pas de contre-indication dentaire (après avis du stomatologiste). Elle consiste à favoriser un avancement de la mandibule pour améliorer la ventilation nocturne par le port d'une orthèse uniquement au cours de la nuit.

Les traitements chirurgicaux, l'uvulo-palato-pharyngoplastie (UVPP) pour élargir l'oropharynx, avec ablation des tissus mous excédentaires et remise en tension des parois pharyngées, a des résultats inconstants. L'ostéotomie bimaxillaire d'avancée en cas de dysmorphose rétrusive peut se discuter chez des sujets jeunes présentant un SAOS sévère. Dans tous les cas, lorsqu'il existe une surcharge pondérale, les mesures diététiques tenteront d'obtenir une réduction pondérale.

SOMNOLENCE ET HYPERMOMNIES

La somnolence, difficulté à se maintenir éveillé, est un symptôme qui peut témoigner :

- d'un sommeil insuffisant ou décalé (par désynchronisation de l'horloge biologique : avance ou retard de phase, travail posté) ;
- de la prise de certaines substances psychotropes : antihistaminiques, benzodiazépines, antipsychotiques et antidépresseurs, alcool, drogues ;
- d'un sommeil de mauvaise qualité (apnées du sommeil) ;
- d'une pathologie du système nerveux central (narcolepsie ou hypersomnie idiopathique).

La somnolence est souvent confondue avec la fatigue alors que la fatigue chronique ne s'accompagne pas obligatoirement (contrairement à la somnolence) d'une tendance à s'endormir involontairement dans la journée.

Évaluation de la somnolence

Elle repose sur l'interrogatoire et sur des examens spécifiques. L'interrogatoire porte sur la durée et la qualité du sommeil nocturne. La durée habituelle de sommeil chez l'adulte moyen est d'environ 7 heures. En dessous de cette moyenne, la somnolence diurne est fréquente. Si la personne se réveille non reposée d'un sommeil de plus de 7 heures, la qualité du sommeil doit être mise en cause (recherche notamment d'un syndrome d'apnées du sommeil et d'un syndrome des jambes sans repos).

L'échelle de somnolence d'Epworth, fondée sur l'autoévaluation des risques de s'endormir dans des situations de la vie courante, complètera l'interrogatoire ; un score supérieur à 10 témoigne d'une somnolence anormale.

Des tests objectifs d'évaluation de la somnolence peuvent être pratiqués en laboratoire de sommeil :

- le test des latences multiples d'endormissement repose sur l'enregistrement polysomnographique de 5 siestes de 20 minutes réparties sur la journée. Le calcul de la latence moyenne d'endormissement permet de calculer le niveau de somnolence (pathologique si inférieur à 10 minutes) et de déterminer s'il y a eu endormissement en sommeil paradoxal (signe en faveur d'une narcolepsie) ;
- le test de maintien d'éveil est le test en miroir du précédent qui permet de mesurer la capacité à rester éveillé au cours de 5 périodes de vigilance soutenue de 40 minutes ;
- l'actimétrie (voir insomnie) permet d'envisager sur une période de plusieurs jours à plusieurs semaines les périodes d'activité et de repos sur le cycle de 24 heures.

La somnolence altère l'attention, les performances et la qualité de vie et est responsable de 10 à 20 % des accidents de la route.

L'aptitude médicale à la conduite est règlementée par l'arrêté paru le 28 décembre 2005 au *Journal officiel*. Il stipule que la

somnolence est une contre-indication à la conduite automobile. Pour être autorisés à la reprise de la conduite, les conducteurs professionnels somnolents traités doivent être évalués par un test de maintien d'éveil confirmant l'efficacité de leur traitement sur leur vigilance.

La narcolepsie ou maladie de Gélineau

La narcolepsie est une maladie rare (0,05 à 0,02 %) due à la dégénérescence probablement auto-immune des neurones à orexine-hypocrétine. Elle se caractérise cliniquement par l'association de quatre symptômes (la classique tétrade narcoleptique qui n'est présente que chez 25 % des patients) :

- une somnolence diurne, malgré une durée de sommeil nocturne normale, avec des attaques de sommeil souvent en pleine activité ;
- des cataplexies caractérisées par un brusque relâchement du tonus musculaire d'une partie (déverrouillage des genoux, affaissement de la tête) ou de la totalité du corps durant quelques secondes et provoquées par des émotions en général positives (blagues, compliments, bonnes nouvelles) ;

Pour en savoir plus



► Troubles du sommeil Monographie (Rev Prat 2007;57[14]:1518-82)

Consulter le site : je-dors-trop.fr

► Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France

Léger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M
(J Sleep Res 2000;9:35-42)

► Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil en population générale

Ohayon MM
(Rev Prat 2007;57:1521-8)

► Manifestations and management of chronic insomnia in adults

NIH. National Institutes of Health state of the science conference statement
(Sleep June 13-15 2005 ;28 :1049-57)

► Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for using of activity in the study of sleep and circadian rhythms: an update for 2002

Littner M, Kushida CA, Anderson WM, et al.
American Academy of Sleep Medicine
(Sleep 2003;26:337-41)

► Le syndrome des jambes sans repos

Krieger J
John Libbey Eurotext Ed. Paris : 2006.

► Epidemiology of restless legs syndrome in French adults: a nationwide survey: the INSTANT Study

Tison F, Crochard A, Léger D, Bouée S, Lainey E, El Hasnaoui A
(Neurology 2005;65:239-46)

► Restless Legs Syndrome Diagnosis and Epidemiology workshop at the National Institutes of Health Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology

A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health International Restless Legs Syndrome Study Group
Allen RP, Picchiatti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisir J
(Sleep Med 2003;4:101-19)

► Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome

Walters AS, Le Brocq C, Dhar A, Hening W, Rosen R, Allen RP, Trenkwalder C
International Restless Legs Syndrome Study Group
(Sleep Med 2003;4:121-32)

► The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents

Terán-Santos J, Jiménez-Gómez A, Cordero-Guevara J
Cooperative Group Burgos-Santander
(N Engl J Med 1999;340:847-51)

► Long term cardiovascular outcomes in men with obstructive sleep apnoea-hypopnoea with or without treatment with continuous positive airway pressure: an observational study

Marin JM, Carrizo SJ, Vicente E, Agusti AG
(Lancet 2005;365:1046-53)

► Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine: Practice parameters for clinical use of the multiple sleep latency test and the maintenance of wakefulness test.

Littner MR, Kushida C, Wise M et al.
(Sleep 2005;28:113-21)

– des hallucinations à l'endormissement ou au réveil, sortes de rêves éveillés souvent très angoissants pour le patient ;
 – des paralysies du sommeil qui durent quelques minutes pendant lesquelles le sujet est incapable de bouger ou de parler, qui sont des équivalents de cataplexie se produisant au moment de l'endormissement.

Les quatre symptômes n'existent pas chez tous les narcoleptiques. La somnolence est toujours présente, les cataplexies existent dans 70 % des cas, les hallucinations et les paralysies du sommeil sont considérées comme des symptômes accessoires. Le sommeil des narcoleptiques est peu réparateur et perturbé par de nombreux réveils et par des parasomnies (somniaquie, troubles du comportement en sommeil paradoxal). Le diagnostic est clinique et repose sur la présence des 4 symptômes décrits.

Sur le plan biologique :

– au typage HLA : le gène de susceptibilité DQB1 0602 est positif dans la majorité des narcolepsies avec cataplexie et dans 40 % des narcolepsies sans cataplexie ;
 – le dosage de l'hypocrétine ou orexine (neurotransmetteur sécrété par l'hypothalamus) dans le LCR est ≤ 110 micro-unités/mL (normal = 200 micro-unités/mL), mais cet examen réservé au domaine de la recherche n'entre pas dans la pratique courante.

L'enregistrement polysomnographique avec test itératif de latence d'endormissement (TILE) peut être très utile dans les cas où le diagnostic est litigieux. L'existence à l'EEG d'endormissement plus rapide que la normale et en sommeil paradoxal (latence de sommeil paradoxal inférieure à 60 min), et au TILE d'une latence moyenne d'endormissement inférieure à 8 min et d'au moins deux endormissements en sommeil paradoxal constituent des critères diagnostiques de narcolepsie.

L'évolution est variable, mais la narcolepsie ne guérit pas. Avec le temps, le patient apprend à mieux gérer son hypersomnolence et ses cataplexies. Les hallucinations et les paralysies du sommeil disparaissent généralement après quelques années. Le traitement associe une bonne gestion du sommeil (horaires réguliers et courtes siestes dans la journée), des molécules éveillantes pour la somnolence diurne et les accès de sommeil :

– adrafinil (Olmifon) 600 à 1 200 mg/j ;
 – ou modafinil (Modiodal) 100 à 400 mg/j ;
 – ou si échec de Modiodal : méthylphénidate (Ritaline) 20 à 60 mg/j ;
 et pour les cataplexies :

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

■ L'insomnie primaire est définie par une absence de conséquences de l'insomnie sur le fonctionnement diurne.

B / VRAI ou FAUX ?

■ Le SAS augmente de 40 % le risque de présenter un syndrome métabolique.

C / QCM

Dans quel cas demander un enregistrement polysomnographique du sommeil ?

- 1 Chez un patient ayant une hypersomnolence diurne.
- 2 De façon systématique en cas d'insomnie.
- 3 Pour rechercher un syndrome des jambes sans repos ou des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil.
- 4 Pour vérifier l'efficacité d'un traitement hypnotique.
- 5 Pour vérifier l'efficacité d'un traitement par PPC pour un SAS.

Réponses : A : F. L'insomnie primaire est une insomnie pour laquelle on ne retrouve pas de cause / B : V / C : 1, 3.

– des antidépresseurs tricycliques ;
 – ou sérotoninergiques ;
 – le gamma-hydroxybutyrate (Xyrem) a reçu l'AMM pour la narcolepsie avec cataplexie. Il est efficace sur la dysomnie et les cataplexies.

La narcolepsie est une maladie mal connue, et le délai entre l'apparition des premiers signes et la confirmation du diagnostic s'étend souvent sur plusieurs années, les patients étant considérés à tort comme des malades psychiatriques qui dorment par manque d'intérêt et perte du goût de vivre. L'association hypersomnolence diurne et cataplexie doit faire évoquer une narcolepsie. ■

À PARAÎTRE : • 2^{de} partie : « Troubles du sommeil de l'enfant »

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

ABONNEZ-VOUS OU RÉABONNEZ-VOUS EN LIGNE

egora.fr
GLOBAL MEDIA SANTE

