



## Item108-Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC: <a href="#">Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale / HAS / 2006</a> - RPC: <a href="#">RPC du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) de l'adulte / Société de Pneumologie de Langue Française</a> - RPC: <a href="#">Mise au point sur les troubles du comportement liés à l'utilisation des benzodiazépines et produits apparentés / AFSSAPS / 2001</a> - Polycopié national: <a href="#">Psychiatrie</a> - Polycopié national: <a href="#">Pneumologie</a>	- Symptômes nocturnes / diurnes - Polygraphie ventilatoire nocturne - SAOS = IAH > 10/h (10-30-50) - Ventilation pression positive continue - Critères diagnostiques insomnie (4) - Insomnie primaire / secondaire - Agenda du sommeil ++ / actimétrie - Hygiène du sommeil et TCC en 1er - Hypnotique ssi échec 6M / 28J max - Hypersomnie = échelle d'Epworth - Tests diurnes: TME / TLE - Tétrade de la narcolepsie (H/C/H/P)	- Retentissement diurne (HS) - Prises médicamenteuses - SAOS = risque cardio-vasc. - Mesures hygiéno-diététiques - Pas de PSG en 1ère intention - BZD / hypnotique = 4S max - Somnolence = conduite CI

### Généralités sur l'examen clinique d'un patient consultant pour troubles du sommeil

#### Interrogatoire

- Ancienneté et mode d'installation du trouble
- Type de plainte (cauchemars / insomnie...)
- Retentissement socioprofessionnel (**A savoir !**)
- Symptômes associés / interrogatoire entourage

#### Agenda du sommeil

- Heure du coucher et du lever
- Temps d'endormissement
- Fréquence et durée d'éventuels réveils nocturnes
- Qualité du sommeil / sieste

### Syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)

#### Définitions

- **Apnée**: interruption totale du flux ventilatoire pendant  $\geq 10$  secondes
- **Hypopnée**:  $\downarrow$  partielle du flux ventilatoire  $\geq 50\%$  avec chute de la SpO2  $\geq 3\%$
- **SAOS**: apnées ou hypopnées pendant le sommeil / en pratique: **IAH  $\geq 5/h$** . Cependant, ce seuil n'est pas un seuil d'initiation d'un traitement

#### Epidémiologie

- !! Pathologie fréquente: 5% de la population générale
- H > F (sex ratio = x4) / âge moyen = 50-60ans / FdR = obésité ++

#### Diagnostic

- Examen clinique
  - **Symptômes nocturnes: signes positifs**
    - Interrogatoire du conjoint ++ : ronflements / apnées / reprises respiratoires
    - Insomnie / réveils nocturnes / nycturie / agitation et sueurs nocturnes

- **Symptômes diurnes: retentissement**
  - Somnolence diurne excessive (conséquences socio-professionnelles +++)
  - Céphalées matinales / troubles de l'attention / irritabilité / perte de la libido
  - !! Toujours évaluer la somnolence par l'échelle **d'Epworth**
- **!! Rechercher un facteur favorisant / aggravant**
  - **Favorisant: obésité** / HTA / syndrome métabolique
  - **Aggravant:** anomalie anatomique / **risque cardio-vasculaire** / glycémie
- **Examens complémentaires**
  - **Oxymétrie nocturne**
    - Pour dépistage: recherche des désaturations nocturnes
  - **Polygraphie ventilatoire nocturne (PVN) ++** : En première intention en cas de forte suspicion diagnostique et en l'absence d'argument pour une autre pathologie du sommeil
    - Pose le diagnostic si index apnées/hypopnées (**IAH**)  $\geq 5$  /heure (RPC du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) de l'adulte / Société de Pneumologie de Langue Française Attention, ce seuil n'est pas le seuil thérapeutique)
      - Évalue la sévérité: mineur (IAH = 5-15) / modéré (15-30) / sévère (30-50)
  - **Polysomnographie nocturne (PSG = EEG + polygraphie + EMG, etc)**
    - Pour recherche d'un retentissement sur le sommeil
- **Gravité du SAHOS**
  - **IAH > 30**
  - **Somnolence diurne**

#### Complications

- **Hypersomnolence:** le retentissement diurne est un critère diagnostique +++
- **Cardio-vasculaires:** **HTA** et athérosclérose / !! mais aussi: IC-ICoro-TdC-TdR-MS...
- **Métaboliques:** obésité +/- D2 = syndrome **métabolique**++ / insulino-résistance
- **Neuropsychologiques:** troubles mnésique / de la concentration / de la libido
- **Traumatiques:** ex: AVP par hypersomnolence

#### Traitement

- **Mesures hygiéno-diététiques (A savoir !)**
  - Réduction pondérale +++
  - Arrêt de l'alcool / sevrage BZD / hygiène du sommeil
  - !! NPO recherche et prise en charge des **FdR CV:** contrôle PA, glycémie, etc.
- **Ventilation en pression positive continue (PPC) +++** : A partir d'un IAH > 15/heure
  - Masque nasal ou facial maintenant une pression positive dans les VAS
  - !! Observance fondamentale pour efficacité:  $\geq 4\text{h/nuit}$  toutes les nuits
- **Orthèse d'avancée mandibulaire**
  - Seulement si SAOS modéré et/ou rétrognathisme
- **Traitements chirurgicaux**
  - Uvulo-palato-pharyngoplastie (UPPP) ou désobstruction nasale
  - Seulement si SAOS modéré avec FdR anatomiques
- **Médico-légal**
  - Informer le patient d'**éviter de conduire** en cas de somnolence +++
  - Et **arrêt de travail** puis TME obligatoire si professionnel (chauffeur): **A savoir !**
- **Surveillance**
  - Pour la PPC: contrôler l'**observance** (remboursement que si  $\geq 3\text{h/nuit}$  !)
  - Au long cours / rechercher des C° (**CV**) / évaluer le retentissement

#### Stratégie thérapeutique après la polygraphie (simplifiée)

- **Si IAH entre 10 et 30 sans SDE (somnolence diurne excessive) ni risque CV (SAHOS léger à modéré)**
  - Essai OAM en 1ère intention
  - MHD
- **Si IAH entre 10 et 30 avec SDE et/ou risque CV**
  - Polysomnographie puis PPC (si diagnostic confirmé)
- **Si IAH > 30 (SAHOS sévère)**
  - PPC + MHD en 1ère intention

## Insomnie

### Définition: critères diagnostiques (4)

- Altération de la quantité: difficulté à initier ou à maintenir le sommeil
- **et/ou** altération de la qualité du sommeil: sommeil non réparateur
- ayant un **retentissement** diurne (socio-professionnel) +++
- et se produisant  $\geq 3\text{x/semaine}$  malgré des conditions de sommeil favorables

- **Remarque:** insomnie dite chronique si > 6 mois

#### Etiologies

- **Insomnie primaire**
  - **Insomnies transitoires**
    - Fréquentes / réactionnelles à un stress / occasionnelles et réversibles
  - **Insomnie psychophysiologique (« persistante primaire »)**
    - Insomnie acquise à la suite d'un épisode transitoire par conditionnement négatif
    - (cf anxiété anticipatoire entretient l'insomnie: cercle vicieux..)
- **Insomnie secondaire**
  - **Etiologies médicamenteuse et toxiques**
    - **Alcool** +++ / caféine / tabac, etc.
    - Sevrage en **BZD** ou hypnotiques, corticoïdes, etc.
  - **Etiologies organiques**
    - Toute pathologie douloureuse: maladies rhumatismales, cancers ++
    - Hyperthyroïdie
    - Polyurie quelque soit l'étiologie
    - Maladies neurologiques: Parkinson / Alzheimer
    - Troubles du sommeil: SAOS / jambes sans repos / mouvements périodiques
  - **Etiologies psychiatriques**
    - Trouble thymique: dépression (réveil précoce) / manie (endormissement tardif)
    - Trouble anxieux: insomnie d'endormissement, ruminations anxieuses, etc.
    - Trouble psychotique: schizophrénie: maintien de l'éveil par délire

#### Diagnostic

- **Examen clinique = interrogatoire +++**
  - **Terrain:** atcd somatiques / psychiatriques / **chronotype** du patient
  - **Prises:** médicamenteuses (BZD) / toxique (alcool)
  - **Anamnèse:** facteur déclenchant / ancienneté / évolution
  - **Signes fonctionnels**
    - **caractériser l'insomnie:** d'endormissement / de maintien / de réveil
    - **rechercher des signes associés:** ronflements / apnées / dépression..
    - **évaluer le retentissement:** asthénie / somnolence / professionnel (**A savoir !**)
- **Examens complémentaires**
  - **Agenda du sommeil +++**
    - Auto-évaluation par le patient pendant  $\geq 1$  mois
    - Note: heure d'endormissement, éveils nocturnes, réveil
  - **Actimétrie**
    - Objective le temps de sommeil en enregistrant les mouvements
  - **Polysomnographie**
    - **!! Non indiquée** dans le cadre d'une insomnie **sauf** (**A savoir !**)
      - suspicion d'un autre trouble du sommeil (SAOS / SIMI)
      - insomnie sans cause évidente résistante aux traitements

#### Traitement

- **Traitement étiologique**
  - !! Toujours rechercher et traiter une cause d'insomnie secondaire
  - Prise médicamenteuse / d'alcool / BZD / douleur / pathologie psychiatrique..
- **Mesures hygiéno-diététiques: « hygiène du sommeil » +++ (A savoir !)**
  - Pas d'excitants / supprimer la sieste / contrôle de l'environnement au coucher
  - Ne se coucher que si on a sommeil / Ne pas rester au lit si éveil nocturne
  - Se lever à heure fixe quelle que soit la nuit / marquer le réveil (douche, lumière)
- **Psychothérapie: thérapies cognitivo-comportementales ++**
  - Contrôle du stimulus / Restriction de sommeil
  - Thérapie cognitive / Relaxation
- **Traitement médicamenteux = hypnotiques**
  - **En 2<sup>de</sup> intention** seulement si échec MHD/TCC bien conduit pendant **> 6 mois**
  - BZD (1/2 **courte**): durée **courte**: 3-5j si occasionnelle / **28 jours** max si transitoire
  - Hypnotiques (ex: zolpidem: Stilnox®) **28 jours maximum** en continu +++ (**A savoir !**)
  - **Inform** le patient des effets secondaires +++
    - → accoutumance-tolérance / dépendance / rebond et syndrome de sevrage
- **Surveillance**
  - Avec le médecin traitant / agenda du sommeil ++

## Hypersomnie

### Définition

- **Hypersomnie**: altération de la vigilance en quantité (temps de sommeil ↑)
- **Somnolence**: altération de la vigilance en qualité (qualité de la veille ↓)

### Etiologies

- **Hypersomnies primitives**
  - **Narcolepsie (syndrome de Gélineau) / tétrade caractéristique**
    - Somnolence: accès brutaux et irrésistibles
    - Cataplexie: abolition soudaine et complète du tonus
    - Hallucinations: hypnogogiques (endormissement) et hypnopompiques (réveil)
    - Paralysies du sommeil: impossibilité de bouger malgré l'éveil (nuit)
  - **Hypersomnie primaire idiopathique**
    - Rare / débutant dans l'adolescence / « ivresse du sommeil »
- **Hypersomnies secondaires (+++)**
  - **Privation de sommeil**: fréquent et non pathologique / somnolence compensatrice
  - **Troubles du sommeil**: hypersomnie secondaire à tout type d'insomnie (cf supra)
  - **Troubles psychiatriques**: EDM atypique / schizophrénie (syndrome déficitaire), etc.
  - **Hypersomnie iatrogène**: hypnotiques / anti-dépresseurs / anxiolytiques (effet anti-H1)
  - **Troubles somatiques**: encéphalite (trypanosomiase africaine) / AVC..

### Diagnostic

- **Examen clinique = interrogatoire**
  - **Terrain**: atcd psychiatriques / autres troubles du sommeil: insomnie +++
  - **Prises**: médicamenteuse (BZD) / toxique
  - **Anamnèse**: ancienneté / facteur déclenchant / évolution
  - **Signes fonctionnels**
    - **Caractériser l'hypersomnie**: échelle **d'Epworth** hypersomnie si > 10/24
    - **Rechercher des signes associés**: céphalées-irritabilité (SAOS) / paresthésies..
    - **Evaluer le retentissement**: socio-professionnel / conduite de véhicule (**A savoir !**)
  - **Information médico-légale**
    - **!! Contre-indication à la conduite si pathologie de la vigilance**
- **Examens complémentaires**
  - **Rechercher une insomnie**: agenda du sommeil / actimétrie / PSG
  - **Tests diurnes**
    - Test de maintien d'éveil (TME): évaluation de la vigilance
    - Test de latence d'endormissement (TLE): évaluation de la somnolence
    - Narcolepsie si endormissement < 8 minutes

### Traitement

- **México-légal**: commission du **permis de conduire** (interdiction si TME+) (**A savoir !**)
- **Traitement étiologique**: chaque fois que possible (notamment traitement d'une insomnie: cf supra)
- **Traitement médicamenteux**: Psychostimulant Moafinil (Modiodal®) / prescription initiale par spécialiste seulement / IRS pour la cataplexie
- **Mesures associées**: ALD 30 / Education du patient / MHD

## Parasomnies

### Définition

- Parasomnie = troubles du comportement survenant au cours du sommeil
- **!! Pas de retentissement sur la qualité de la veille** (≠ insomnies / hypersomnies)

### Parasomnies par troubles de l'éveil = enfant +++

- **Eveils confusionnels**
  - Apparition progressive / chez l'enfant jeune: < 5ans +++
  - = **épisodes confusionnels au réveil**
    - désorientation / comportements inadaptés +/- stéréotypés
    - **!! pas de peur / pas d'hallucinations / pas de souvenir le lendemain**
    - (= « ivresse du sommeil » si l'épisode a lieu le matin au réveil)
- **Somnambulisme**
  - **!! Fréquent**: 15% des enfants à 15ans auront fait ≥ 1 crise de somnambulisme
  - = **activité motrice complexe nocturne**
    - Se lève / yeux grands ouverts / visage inexpressif / déambulation lente
    - Enfant docile: se laisse facilement reconduire dans son lit

- **Terreurs nocturnes**
  - p = 1 - 3% chez l'enfant
  - = **hurlements associé à des manifestations neurovégétatives intenses**
    - **Hurllement** incohérent / yeux ouverts / angoisse intense
    - **Signes neurovégétatifs**: tachycardie / pilo-érection / hypersudation / mydriase
    - **Anamnèse**: 1ère partie de nuit / altération du contact au réveil / **amnésie** de l'épisode
    - **Différentiel avec le cauchemar**: non complètement réveillable / amnésie de l'épisode / non conscience de la présence des parents

**Parasomnies associées au sommeil paradoxal (SP) = adultes +++**

- **Cauchemars**
  - = rêves effrayants et angoissants / si répétés: rechercher une trouble psychologique
  - **!! diagnostic différentiel avec terreurs nocturnes car**:
    - réveillent le dormeur / pas d'amnésie / pas de troubles neurovégétatifs
- **Troubles nocturnes de l'érection**
  - = douleur associée aux érections du SP (érections pendant SP = physiologique)
- **Troubles du comportement en SP**
  - = patients vivent et agissent leurs rêves
  - H > 50ans +++ / !! comportements violents ou dangereux possibles

**Autres parasomnies**

- **Sursaut de sommeil**: myoclonies à type de secousses brutales à l'endormissement
- **Somniloquie**: le fait de parler pendant son sommeil (de sons à conversations entières)
- **Crampes nocturnes des membres inférieurs**: contractions douloureuses involontaires
- **Bruxisme**: contractions musculaires involontaires de la mâchoire (!! altération dentaire)

## Autres dyssomnies

**Syndrome d'impatience des membres inférieurs (= syndrome de jambes sans repos)**

- **!! Fréquent** (8.5% de la population) / prédominant à l'âge mûr / F > H
- **Critères diagnostiques obligatoires (4)**
  - Besoin impérieux de bouger les jambes
  - Amélioré transitoirement par la marche/étirement
  - Survenant ou exacerbé par le repos / inactivité
  - Survenant ou exacerbé le soir / la nuit
- **Critères diagnostiques associés**
  - Accompagné de paresthésies (brûlures/fourmillement)
  - **!!** mais examen neurologique normal
- **Traitement**
  - Traitement médicamenteux = agonistes dopaminergiques (ropirinole: Adartel®)
  - Prescription d'une **ferritinémie**: supplémentation si carence martiale

**Syndrome des mouvements périodiques des membres**

- Mouvements cloniques (sursaut) involontaires des jambes et répétitifs: > 15x/h
- Signes associés: extension de l'hallux / dorsiflexion du pied / flexion du genou / hanche
- Diagnostic par PSG (EMG) / traitement par agonistes dopaminergiques

## Synthèse pour questions fermées

Quel est le trouble du sommeil le plus fréquent en France ?

SAOS

1 examen biologique à réaliser devant un syndrome des jambes sans repos ou mouvement périodique des jambes ?

Ferritinémie (recherche carence martiale)