

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: Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale / HAS / 2006 - RPC: RPC du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) de l'adulte / Société de Pneumologie de Langue Française - RPC: Mise au point sur les troubles du comportement liés à l'utilisation des benzodiazépines et produits apparentés / AFSSAPS / 2001 - Polycopié national: Psychiatrie - Polycopié national: Pneumologie	- 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 ≥ 10 secondes
- **Hypopnée**: \downarrow partielle du flux ventilatoire $\geq 50\%$ avec chute de la $SpO_2 \geq 3\%$
- **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**) ≥ 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: ≥ 4 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 ≥ 3 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 ≥ 3 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 ≥ 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^{de} 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 !**)
 - **Informé** 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)