

# Psychiatrie

## Item 43: Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte

Plan
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="#">Syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAOS)</a></li> <li>- <a href="#">Insomnie</a></li> <li>- <a href="#">Hypersomnie</a></li> <li>- <a href="#">Parasomnies</a></li> <li>- <a href="#">Autres dyssomnies</a></li> </ul>

Objectifs CNCI		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte</li> <li>- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient</li> </ul>		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / PMZ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- RPC insomnie <a href="#">HAS o6</a></li> <li>- RPC SAOS <a href="#">SPLF o8</a></li> <li>- RPC BZD <a href="#">AFSSAPS o1</a></li> <li>- Polycopié national psychiatrie: <a href="#">item 43</a></li> <li>- Polycopié national pneumologie: <a href="#">item 43</a></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes nocturnes / diurnes</li> <li>- Polygraphie ventilatoire nocturne</li> <li>- SAOS = IAH &gt; 10/h (10-30-50)</li> <li>- Ventilation pression positive continue</li> <li>- Critères diagnostiques insomnie (4)</li> <li>- Insomnie primaire / secondaire</li> <li>- Agenda du sommeil ++ / actimétrie</li> <li>- Hygiène du sommeil et TCC en 1er</li> <li>- Hypnotique ssi échec 6M / 28J max</li> <li>- Hypersomnie = échelle d'Epworth</li> <li>- Tests diurnes: TME / TLE</li> <li>- Tétrade de la narcolepsie (H/C/H/P)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retentissement diurne (HS)</li> <li>- Prises médicamenteuses</li> <li>- SAOS = risque cardio-vasc.</li> <li>- Mesures hygiéno-diététiques</li> <li>- Pas de PSG en 1ère intention</li> <li>- BZD / hypnotique = 4S max</li> <li>- Somnolence = conduite CI</li> </ul>

### - 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 SpO<sub>2</sub>  $\geq 3\%$
  - **SAOS:** apnées ou hypopnées pendant le sommeil / en pratique: **IAH  $\geq 5/h$**
- **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) ++
    - Pose le diagnostic si index apnées/hypopnées (**IAH**)  $\geq 5$  /heure ([SPLF o8](#))
    - Evalue 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
- 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**++
  - Neuropsychologiques: troubles mnésique / de la concentration / de la libido
  - Traumatiques: ex: AVP par hypersomnolence
- Traitement
  - Mesures hygiéno-diététiques (PMZ)
    - 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) +++
    - Masque nasal ou facial maintenant une pression positive dans les VAS
    - !! Observance fondamentale pour efficacité:  $\geq 4h/$ **nu**it toutes les nuits
  - Orthèse d'avancée mandibulaire
    - Seulement si SAOS modéré et/ou rétrognathisme
  - Tt 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): **PMZ**
  - Surveillance
    - Pour la PPC: contrôler **l'observance** (remboursement que si  $\geq 3h/$ **nu**it !)
    - Au long cours / rechercher des C° (**CV**) / évaluer le retentissement

## – 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  $\geq 3x/$ **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 ++
      - 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 (PMZ)
- 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** (PMZ)
      - 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 » +++ (PMZ)
    - 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
  - Tt 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 +++ (PMZ)
    - **Informer** 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  $\uparrow$ )
  - Somnolence: altération de la vigilance en *qualité* (qualité de la veille  $\downarrow$ )
- Etiologies
  - Hypersomnies primitives
    - Narcolepsie (syndrome de Gélinau) / **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 (PMZ)
    - → 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
- Traitement
  - Médico-légal: commission du **permis de conduire** (interdiction si TME+) (**PMZ**)
  - Tt étiologique: chaque fois que possible (notamment Tt d'une insomnie: cf supra)
  - Tt médicamenteux: Moafinil (Modiodal®) / prescription initiale par spécialiste seulement

## – 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 <15ans / garçon entre 3 et 6ans ++
    - = hurlements associé à des manifestations neurovégétatives intenses
      - Hurlement 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
- Parasomnies associées au sommeil paradoxal (SP) = adultes +++
  - Cauchemards
    - = 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
    - Tt 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) / Tt par agonistes dopaminergiques