

Psychiatrie

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

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

Objectifs CNCI		
<ul style="list-style-type: none"> - 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 / PMZ
<ul style="list-style-type: none"> - RPC insomnie HAS o6 - RPC SAOS SPLF o8 - RPC BZD AFSSAPS o1 - Polycopié national psychiatrie: item 43 - Polycopié national pneumologie: item 43 	<ul style="list-style-type: none"> - 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) 	<ul style="list-style-type: none"> - 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

- 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 SpO₂ $\geq 3\%$
 - **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**) ≥ 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 ≥ 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^{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 +++ (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 ↑)
 - Somnolence: altération de la vigilance en *qualité* (qualité de la veille ↓)
- 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