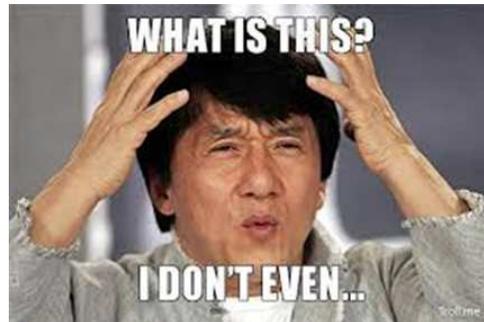


Troubles du sommeil

Somnolence diurne excessive



Marion Cholley-Roulleau

Guillaume Getz

SFTG – 12/01/2017

Pourquoi s'intéresser aux troubles de la vigilance ?

- Somnolence diurne excessive (SDE) → Aborde l'ensemble des pathologies du sommeil
- Place privilégiée du MG +++
- Affinité personnelle – Laboratoire du sommeil

- Déroulement de la séance :
 1. Cas cliniques (30 min)
 2. Partie théorique (30 min)
 3. Questions, essai PPC...et galette !

Objectifs

- Savoir reconnaître la somnolence
- Savoir explorer la somnolence
- Connaitre les étiologies de la somnolence
- Connaitre les grands principes du traitement
- Outils pratiques, carnet d'adresse



CC 1

- Mr Y vient vous consulter car il a eu un accident de voiture. Il pense s'être endormi au volant. Vous vous souvenez qu'il est chauffeur routier.
 1. Comment évaluez-vous sa somnolence diurne et quelles questions posez-vous ?
 2. Quels signes cliniques vous orienteraient vers un SAOS ?
 3. Organisez les examens complémentaires nécessaires et planifier la prise en charge
 4. Que devez-vous mettre en place vis-à-vis de son métier ?

CC 2

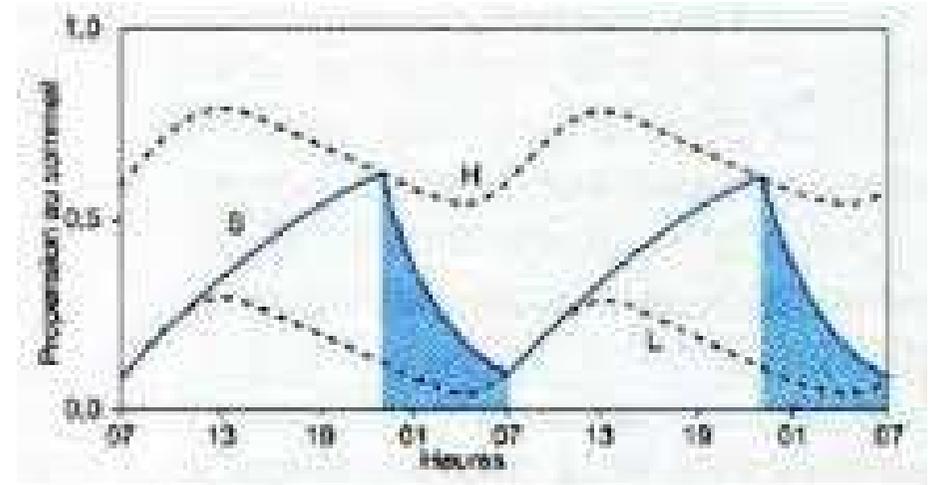
- Homme de 56, vivant en Afrique, vous consulte parce qu'il s'endort en réunion et le soir devant la télévision.

Atcd : HBP ; pas de traitement.

1. Que voulez-vous savoir pour évaluer sa somnolence ?
2. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
3. La polygraphie ventilatoire est normale, quel est votre diagnostic ?
4. Que conseillez-vous à votre patient pour amender sa somnolence ?

Rappels physiologiques

- États de conscience
 - Veille
 - Sommeil lent (léger / profond)
 - Sommeil paradoxal
- Composante homéostasique
 - Plus la durée de veille est importante, plus la propension au sommeil est grande
- Composante chronobiologique
 - Rythme circadien
 - Périodes de creux de vigilance : 13-15h et 02-05h



Somnolence diurne excessive - Définition

- « Difficulté à se maintenir éveillé » - « Augmentation du risque d'endormissement »
 - > endormissements à des moments inappropriés
 - > Augmentation de la propension au sommeil

SDE - Contexte et conséquences

- Fréquent : 6% des adultes
- Modes de découverte variés
- Conséquences sévères en santé publique
 - Accidentologie (AVP / AT)
 - Moindres performances
 - Altération cognition / humeur
 - Risque cardio-vasculaire et métabolique

Démarche diagnostique devant une SDE

1. Interrogatoire

- Patient / entourage +++
- Mode de début / caractéristiques des accès de sommeil
- Atcds / ttt / mode de vie

2. Examen clinique

3. Echelle de somnolence d'Epworth

4. Agenda du sommeil / actimétrie

5. PV / PSG / enregistrement libre court de 24h

6. Tests objectifs de vigilance (TILE / TME)

Entretien clinique

- ! Différencier fatigue et somnolence (Pichot / Epworth)
- Caractériser la somnolence
 - Accès de sommeil volontaires / involontaires ?
 - Nombres, matin/après midi ?
 - Durée ?
 - Caractère rafraîchissant / non rafraîchissant ?
 - Age de début ?
 - Mode d'installation ?
 - « presque-accidents » au volant ?
- Évaluer la sévérité
 - Echelle d'Epworth

Echelle d'Epworth

Quelle a été la probabilité pour que vous vous assoupissiez ou que vous vous endormiez dans les conditions suivantes et non pas simplement parce que vous sentez fatigué?

Pensez à votre façon de vivre habituelle. Même si vous ne vous êtes pas récemment trouvé(e) dans de telles situations, essayez d'imaginer comment celles-ci pourraient vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en choisissant le chiffre le plus approprié pour chaque situation:

- 0: pas de risque de s'assoupir
- 1: petite chance de s'assoupir
- 2: possibilité moyenne de s'assoupir
- 3: grande chance de s'assoupir

Situation	Chance de s'assoupir			
Assis en lisant	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En regardant la télévision	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Assis inactif dans un lieu public (par exemple au théâtre ou lors d'une réunion)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Comme passager d'une voiture roulant depuis 1 heure sans arrêt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
En s'allongeant l'après-midi pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Assis en discutant avec un proche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Assis tranquillement après un repas sans alcool	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Total des points:

Evaluation

- 0–10 points: absence de somnolence
- 11–14 points: somnolence légère
- 15 points et plus: somnolence sévère

Normal $\leq 10/24$

Agenda du sommeil

- Evaluer le sommeil de nuit → **éliminer une insuffisance de sommeil !**
 - Régularité des horaires de sommeil ?
 - Insomnies d'endormissement ? de maintien ? de réveil précoce ?
 - Quantité et qualité de sommeil
- Connaitre les caractéristiques sommeil de la personne :
 - Besoin de sommeil (« et en vacances ? ») → Court / long dormeur ?
 - Typologie circadienne : du matin / du soir ?

Rechercher une étiologie

- Rechercher une pathologie du sommeil ?
 - SAOS ?
 - Troubles du rythme circadien ?
 - Travail posté ?
 - SJSR ?
 - Parasomnies ?
 - Rares : Hypersomnies centrales (narcolepsie / hypersomnie idiopathique) ?
- Rechercher une pathologie médicale
 - douleurs / RGO / dysthyroïdie/maladie neurologique/pulmonaire...
- Rechercher une pathologie psychiatrique
- Iatrogénie ? Prise de toxiques ?

Etiologies de la SDE

SDE Physiologique

- Insuffisance de sommeil +++
- Liée à l'âge / grossesse
- Circadien

SDE Pathologique (> 3 mois)

Secondaire à des décalages des rythmes circadiens

- Sd Retard/ Avance de phase
- Travail posté
- Jet lag

Secondaire à des perturbation du sommeil de nuit

- Insomnie
- SAS
- SJSR / MPNs
- Parasomnies

Hypersomnise d'origine centrale

- Narcolepsie
- Hypersomnie idiopathique
- Sd Kleine-Levin

Hypersomnolence secondaire à une maladie psychiatrique

- Troubles de l'humeur +++
- Névrose hystérique

Hypersomnolence liée à l'usage de substance / iatrogénie

- ATD / NLP / antalgiques / anti-H1 / agonistes-DA

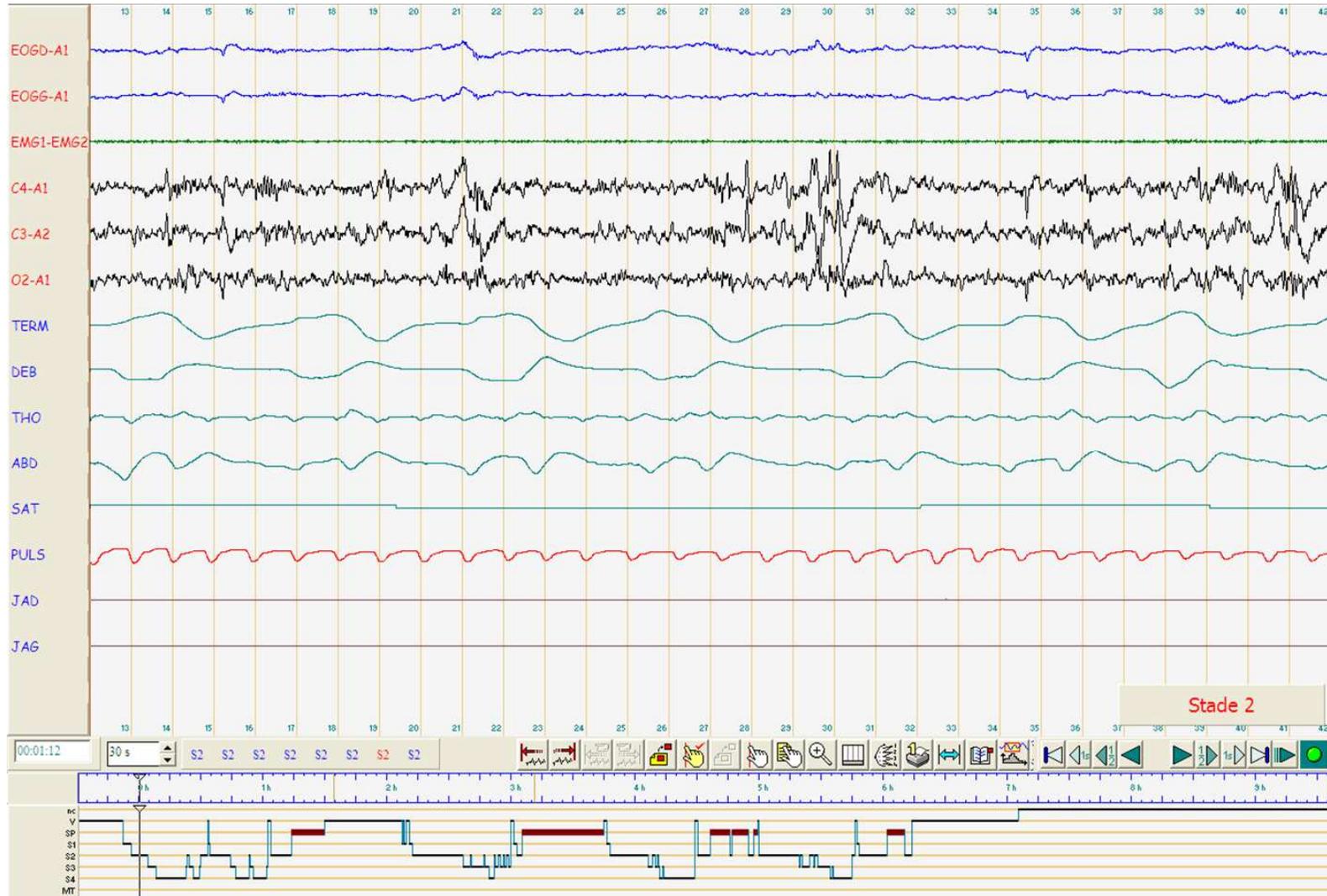
Hypersomnolence secondaire à une pathologie médicale

- maladie de Pk
- maladie génétique
- tumeur cérébrale
- trauma crânien
- tb endocrinien
-

Examens complémentaires

- **Polysomnographie** (EEG-EOG-EMG- capteurs respi-jambiers-video)
 - Temps total de sommeil
 - Latence d'endormissement, latence de sommeil paradoxal
 - Micro-macro architecture du sommeil
 - Continuité du sommeil
 - Recherche : parasomnie/ syndrome d'apnée du sommeil / mouvements périodiques nocturnes / trouble du comportement en sommeil paradoxal...
- **Polygraphie ventilatoire**
 - n'enregistre que les évènements respiratoire au cours du sommeil
 - Recommandée en 1^{ère} intention en cas de présomption clinique de SAOS, et en l'absence d'argument pour une autre pathologie du sommeil

PSG



Tests **objectifs** de la vigilance

- **TILE : Tests Itératifs de Latence d'Endormissement**

= facilité d'endormissement

- 5 tests durant la journée d'une durée de 20 minutes
- 9h-11h-13h-15h-17h → Moyenne de ces 5 mesures. Dimension chronobiologique
- Le patient est allongé dans le noir et doit se laisser aller au sommeil
- Scoring : 1 époque (> 15s/30) de n'importe quel stade de sommeil
- Paramètres étudiés : Latence d'endormissement, stades de sommeil, latence de SP
- Valeur normales : LE > 10 minutes (sommolence sévère < 8 min)
- Diagnostiques de narcolepsie / hypersomnie idiopathique

Tests **objectifs** de la vigilance

- **TME : Tests de Maintien d'Eveil**

= capacité de résister au sommeil, prédiction des performances de conduite

- 4 tests durant la journée d'une durée de 40 minutes
- 10h-12h-14h-16h → moyenne des 4 tests

- Le patient est en position semie-assise, dans la pénombre et doit résister contre le sommeil
« svp restez assis, demeurez éveillés le plus longtemps possible, regardez droit devant vous, ne vous stimulez pas »

- Scoring : 3 époques consécutives de stade 1 ou 1 époque de n'importe quel stade de sommeil + 10sec continue

- Valeurs normales : 33-40 minutes (pathologique : endormissement < 19 minutes)

Messages : devant une SDE :

1. Eliminer une insuffisance de sommeil +++
2. Eliminer une iatrogénie
 - ! Anxiolytiques / hypnotiques / NLP / ATD / antiH1 / Antalgiques
3. Rechercher et traiter un trouble de l'humeur
4. Eliminer un syndrome d'apnée du sommeil
 - Polygraphie ventilatoire ambulatoire
 - Polysomnographie
5. Rechercher des arguments pour une autre pathologie du sommeil → labo du sommeil

FOCUS : Syndrome d'apnée du sommeil obstructif (SAOS)

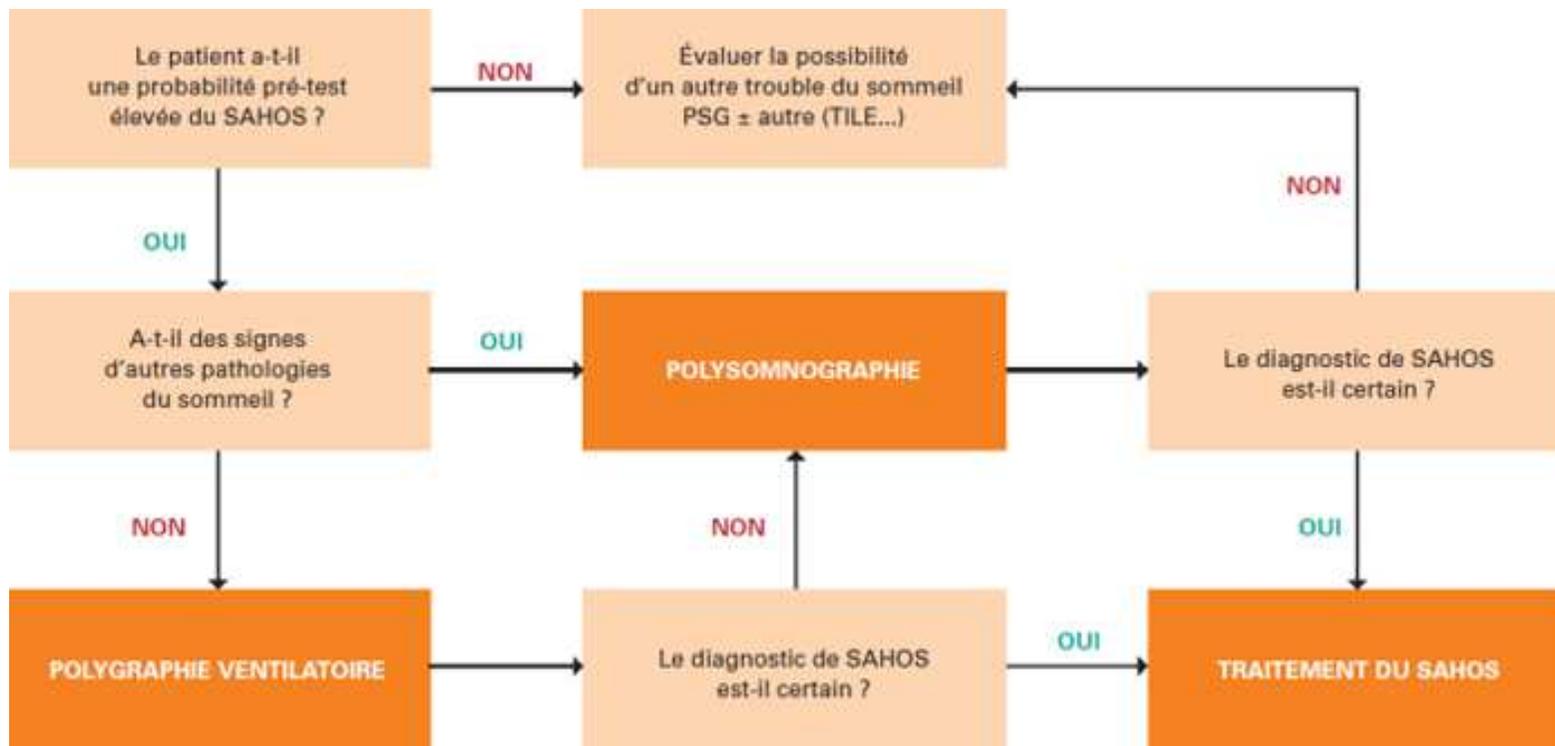
- Épidémiologie : prévalence 2-15 %
- Définition (AASM) : critères (A ou B) + C
 - A. Somnolence diurne, non expliquée par un autre facteur
 - B. Au moins deux des critères suivants :
 - ronflement sévère ou quotidien
 - Sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil
 - Sommeil non récupérateur
 - Fatigue diurne
 - Difficulté de concentration
 - Nycturie quotidienne
 - C. IAH > 5/h (en PSG ou PV)

(Rmq : Importance des apnées décrites par l'entourage. Evaluer les FRCV +++, anomalies morphologiques ORL)

Evaluer la sévérité du SAOS

- 1) Sévérité de la somnolence : Epworth
- 2) Présence de comorbidités cardio-vasculaires ou respiratoires
- 3) Risque professionnel (pour soi / pour les autres)
- 4) Index apnée-hypopnée (IAH) :
 - IAH 5-15/h : léger
 - IAH : 16-30/h : modéré
 - IAH > 30/h : sévère

Proposition de stratégie diagnostique pour suspicion de SAHOS.



Limites de l'IAH...

- IAH depuis 10-20 ans !
 - Critères de scoring des évènements respiratoires ont changés au cours du temps !
 - Techniques de mesures différentes ! (PSG sur-estime, PV sous-estime l'IAH)
 - Même critère de sévérité : à 20 - 80 ans ? ♀ - ♂ ? FRCV ? Profondeur désat ?...
 - Prévalence IAH 0-15/h chez les « superhealthy » (pas de SDE, pas de FRCV) :
→ 2/3 hommes et 1/3 femmes, avec les critères de SAOS mais aucune plainte !
- trouver d'autres critères pour prédire les complications !
Score composite ? IAH + genre + comorbidités + critères physio (activation SNA, SaO2...)

→ Chez qui traiter les apnées du sommeil ?

→ Dans quel but ?

➤ PPC et prévention **secondaire** des MCV :

Etude SAVE (NEJM, sept 2016) :

- ✓ amélioration TA/Epworth/qualité de vie
- ✓ Pas d'effet en prévention secondaire du RCV

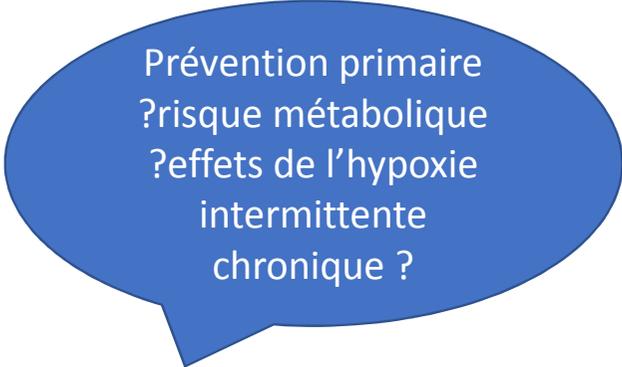
Etude RICCADSA (AJRCCM, Aout 2016) :

- ✓ Pas de réduction significative du RCV en association brute en prévention secondaire
- ✓ mais effet significatif après ajustements sur comorbidités / observance PPC

➤ PPC et DT2

Etude SHAW (Martinez-Ceron, Fev 2016, AJRCCM)

- ✓ Améliore l'équilibre glycémique et l'insulinorésistance (0,3% HBA1C)



Prévention primaire
?risque métabolique
?effets de l'hypoxie
intermittente
chronique ?

Prise en charge du SAOS

- Dans tous les cas : règles hygiéno-diététiques, pratique d'une activité sportive d'endurance, favoriser la perte de poids
- PPC : ttt de référence pour IAH >30, mais observance variable, et abandon
 - Régression des troubles respiratoire nocturnes
 - Régression des symptômes (nycturie, céphalées matinales, SDE, forme diurne)
 - Effet protecteur du risque métabolique ou cardio-vasculaire ? en prévention primaire / secondaire ?
- Dispositifs buccaux (orthèse d'avancée mandibulaire)
- Chirurgie : uvulopalato-plastie +/- amygdalectomie

FOCUS 2 : Syndrome des jambes sans repos (consensus 2016)

- Epidémiologie :
 - 8,5% adultes en population générale
 - 2% SJSR quotidien
 - 2-4% chez l'enfant
- Diagnostic clinique (IRLSSG 2013)
 - 4 critères obligatoires :
 1. Sensations désagréables dans les membres inférieurs
 2. Débutant ou s'aggravant en position inactive (canapé, lit)
 3. Partiellement ou totalement soulagés par le mouvement (marcher, s'étirer)
 4. Survenant exclusivement ou principalement le soir ou la nuit
 - 5. Eliminer les diagnostics différentiels : neuropathie, crampes, gêne positionnelle, myalgie, insuffisance veineuse, arthrite, balancement des pieds

- Histoire de la maladie
 - Âge de début, évolution
 - Age où les symptômes sont devenus quotidiens
 - Survenue pdt la grossesse ?
 - Echelle de sévérité du SJSR (IRLS)
- Critères de support :
 - Histoire familiale de SJSR
 - Réponse au traitement par agonistes dopaminergiques
 - Présence de mouvements périodiques nocturnes pendant le sommeil (MPMs)
 - Absence de SDE sévère
- Caractériser SJSR primaire / secondaire
- Retentissement clinique :
 - sommeil / cognition / humeur / irritabilité
 - Echelle de somnolence d'Epworth
 - Échelle de qualité de vie dans le SJSR
- Examen clinique : éliminer un diagnostic différentiel

- Place de la PSG dans le SJSR : diagnostic clinique +++
 - Si doute diagnostique / si suspicion mouvements périodiques nocturnes associés / pour éliminer un SAOS / si SDE sévère
- Bilan pré-thérapeutique (comorbidités)
 - Rechercher une carence martiale (NFS + ferritinémie) et supplémenter si < 50 ng/L)
 - Rechercher une Insuffisance rénale ou un diabète (creat + HBA1c)

Démarche diagnostique SJSR

1. Confirmer le diagnostic

- 5 critères (IRLSSG 2013)
- Éliminer diagnostics différentiels



2. Eliminer une iatrogénie

- ATD / NLP (diminuer ou arrêt)



3. Rechercher une carence martiale

- Anémie, Grossesse 3èT, insuffisance rénale
- Supplémentation martiale si ferritinémie < 50 ng/mL



4. Evaluer la sévérité du SJSR

- IRLS / répercussions nocturnes et diurne avec échelle de qualité de vie

5. Proposer des techniques non médicamenteuses

Stop vin blanc, champagne, ...

avancer l'horaire du coucher pour ne pas ressentir les symptômes,

favoriser activité demandant une forte concentration le soir,

Hypnose ?



6. Traitement médicamenteux \Leftrightarrow **uniquement formes sévères à très sévères (IRLS > 20)**

- Agonistes dopaminergiques : si formes très sévères, si dépression, si I rénale
- Anti-épileptiques : si SJSR très douloureux, si autre plainte algique, si anxiété, si trouble du contrôle des impulsions
- Opioides légers (niv 2) (tramadol°, topalgic°, efferalgan codéiné)

En résumé

SJSR léger à modéré

- Traitement de la cause
- Corriger l'hygiène de sommeil
- Supplémentation en fer
- +/- opioïdes à la demande

SJSR modéré à sévère

- Traitement de la cause
- Corriger l'hygiène de sommeil
- Supplémentation en fer
- Soit Agonistes dopaminergiques (très sévère, dépression, I rénale)
- Soit antiépileptiques (forme douloureuse, tb anxieux, tb du contrôle des impulsions)
- Opiïdes sinon

Effets indésirables agonistes dopaminergiques

- Troubles du contrôle des impulsions
 - Jeux pathologiques
 - Compulsions alimentaires
 - Augmentation de la libido
- Somnolence diurne
 - Ne pas conduire après avoir pris le traitement
- Syndrome d'augmentation
 - D'autant plus chez personnes âgées, si DA à posologie élevée et T $\frac{1}{2}$ courte, symptômes sévères en début de ttt
 - Aggravation des symptômes : + précoces dans la journée, + intenses, diffusent à d'autres parties du corps, réponse paradoxale aux agonistes DA
 - stop DA

Merci de votre attention !

Boite à outils

- Agenda de sommeil
- Echelle de somnolence d'Epworth
- Echelle de sévérité de l'insomnie (ISI)
- Echelle de sévérité du SJSR (IRLS)
- Echelle de qualité de vie adaptée au SJSR
- Questionnaire de BERLIN (SOAS)

Contacts

CHU de Nantes

Centre du sommeil – Laboratoire des exploration fonctionnelles neurologiques

Hôpital G&R Laennec

Bd Jacques-Monod - Saint-Herblain

44093 Nantes Cedex 1

Tél. 02.40.16.54.87

Fax : 02.40.16.54.91

secretariat.sommeil@chu-nantes.fr

Sites utiles

- <http://www.sfrms-sommeil.org/>
- <http://reseau-morphee.fr/>
- <http://respiradom.fr/>
- <http://www.sommeil-mg.net>
- <http://www.prosom.org/>
- Sommeil de l'enfant :
<http://www.s161810184.onlinehome.fr/dvd/Morphee.swf>
- <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/>

Pour aller plus loin...

