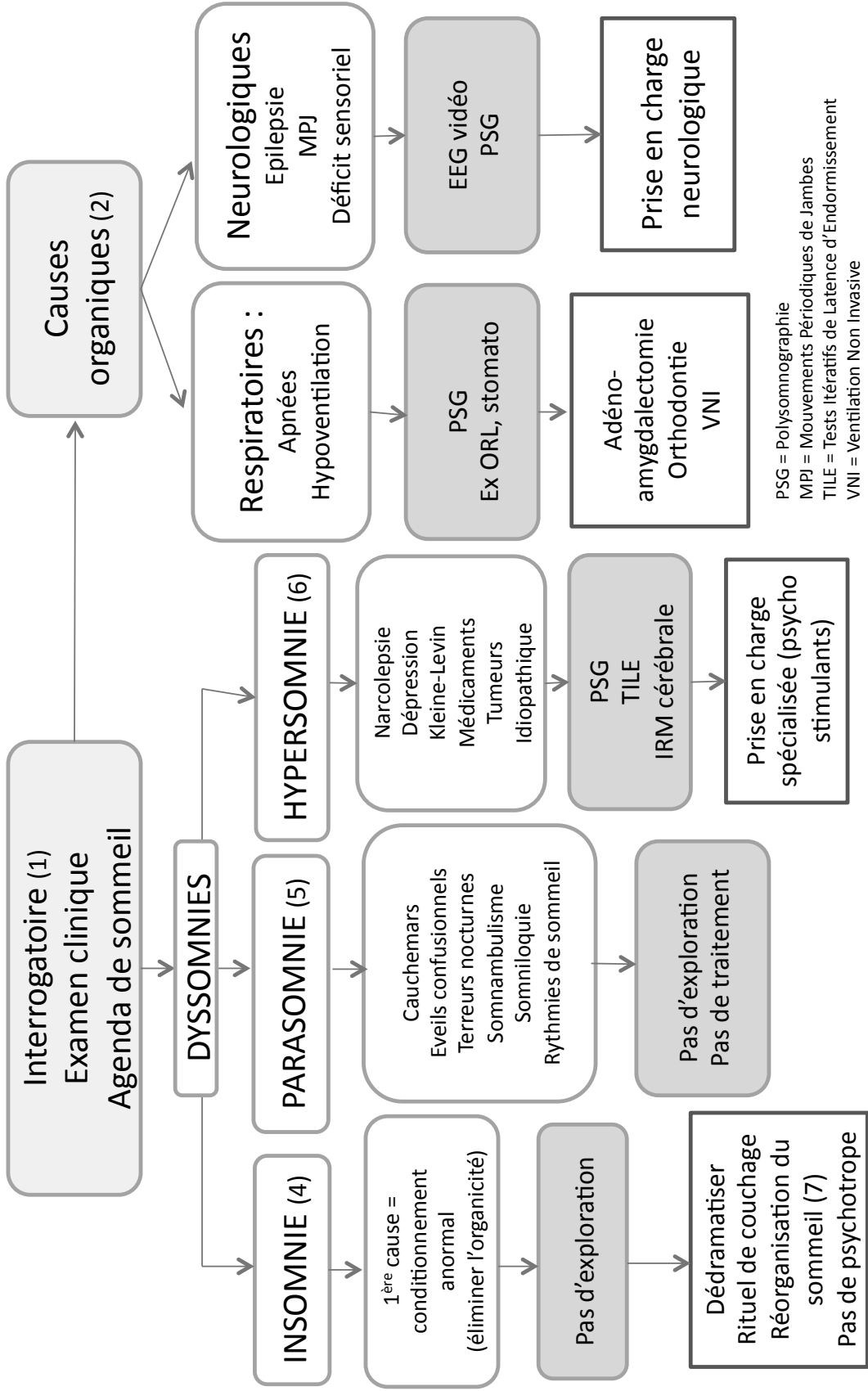


UE 4 , item 108 : troubles du sommeil de l'enfant.



PSG = Polysomnographie
 MPJ = Mouvements Périodiques de Jambes
 TILE = Tests Itératifs de Latence d'Endormissement
 VNI = Ventilation Non Invasive

Troubles du sommeil de l'enfant

- *Diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.*
- *Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

↳ **Éléments en lien** : **64** : trouble anxieux, trouble dépressif, **65** : autisme, **103** : épilepsie, **199** : dyspnée, **113** : prurit, **268** : reflux gastro-œsophagien, **296** : tumeurs intra crâniennes, **332** : intoxications.

Les troubles du sommeil sont un motif fréquent de consultation en pédiatrie. Le plus souvent bénins et transitoires, en lien avec des processus complexes de maturation et d'installation des rythmes veille/sommeil, ils peuvent avoir un retentissement majeur sur la vie familiale et sur le sommeil des parents. On distinguera les pathologies organiques à symptomatologie nocturne et les dyssomnies, véritables pathologies du sommeil.

(1) Ces troubles doivent être abordés lors d'une consultation longue, dédiée au sommeil. L'interrogatoire et l'examen clinique permettent d'éliminer une pathologie neurologique ou respiratoire avec symptômes nocturnes. La tenue d'un agenda de sommeil par les parents, sur plusieurs semaines, permet d'évaluer de façon objective le temps de sommeil de nuit de l'enfant et la répartition des siestes. Il existe une variabilité individuelle des besoins de sommeil (phénotypes petits ou grands dormeurs). Un enfant qui dort peu avec des répercussions sur son comportement diurne, n'est pas un petit dormeur, mais est en privation de sommeil.

(2) Les pathologies respiratoires du sommeil sont explorées par un enregistrement polysomnographique et une mesure non invasive des échanges gazeux. La prise en charge d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil est, dans un premier temps, ORL (amygdaléctomie, adénoïdectomie, traitement d'une obstruction nasale) et/ou orthodontique (pose de distracteur). Le recours à la ventilation en Pression Positive Continue est plus rare, sauf chez les syndromiques ou les obèses. L'EEG vidéo est utile pour préciser la nature des mouvements anormaux nocturnes (crises convulsives, mouvements périodiques de jambes).

(3) Les dys-somnies concernent la durée de sommeil (insomnie si insuffisante, hypersomnie si allongée), ou la constatation de phénomènes moteurs ou sensoriels anormaux (parasomnies). Elles peuvent elles-mêmes avoir une cause organique à rechercher.

(4) L'insomnie est une plainte des parents d'un trouble de l'installation ou du maintien du sommeil nocturne de l'enfant. Elle est fréquente chez le nourrisson, en lien avec des difficultés à l'installation du rythme circadien stable (se fait en général avant 6 mois grâce à des donneurs de temps : interactions avec sa mère, régularité des prises alimentaires, exposition à la lumière du jour). Une insomnie persistante est souvent d'origine comportementale : conditionnement anormal à l'endormissement (ne sait pas s'endormir seul), poursuite des prises alimentaires nocturnes, manque de fermeté des parents avec absence de limites. Éliminer une prise de médicament insomniant : corticoïdes, psychostimulants... Se méfier des insomnies symptomatiques révélatrices d'une organicité : douleurs (otalgies, reflux gastro-œsophagien, prurit...), affections neurologiques (hyperactivité, autisme) psychiatriques (trouble anxieux, dépression) ou génétiques (Rett, Smith Magenis, Angelman, Prader Willi).

(5) Les troubles de l'éveil (somniaambulisme, terreurs nocturnes, éveils confusionnels) surviennent en sommeil profond et prédominent en première partie de nuit. Rechercher un facteur déclenchant : stress, anxiété, fièvre, privation de sommeil. Les parasomnies en sommeil paradoxal (cauchemars, paralysies de sommeil, troubles du comportement) concernent la seconde partie de nuit. Le diagnostic repose sur la description des phénomènes, parfois aidée de la vidéo. Il n'y a pas de nécessité à des investigations paracliniques sauf dans les formes atypiques ou anormalement fréquentes. Certaines parasomnies concernent la transition veille-sommeil : rythmies ou myoclonies d'endormissement, somniloquie.

(6) En cas d'hypermnie, toujours éliminer une cause organique (tumeur cérébrale, prise de médicaments ou de toxiques, dépression) avant d'évoquer le diagnostic d'hypermnie idiopathique. La narcolepsie, avec ou sans cataplexie, se traduit par des endormissements inopinés en sommeil paradoxal sur l'EEG de longue durée. Le diagnostic est confirmé par les TLE, le typage HLA, +/- un dosage de l'hypocrétine. Le syndrome de Kleine Levin est une hypermnie récurrente de l'adolescent, survenant par accès associés à une mégaphagie compulsive et une hypersexualité.

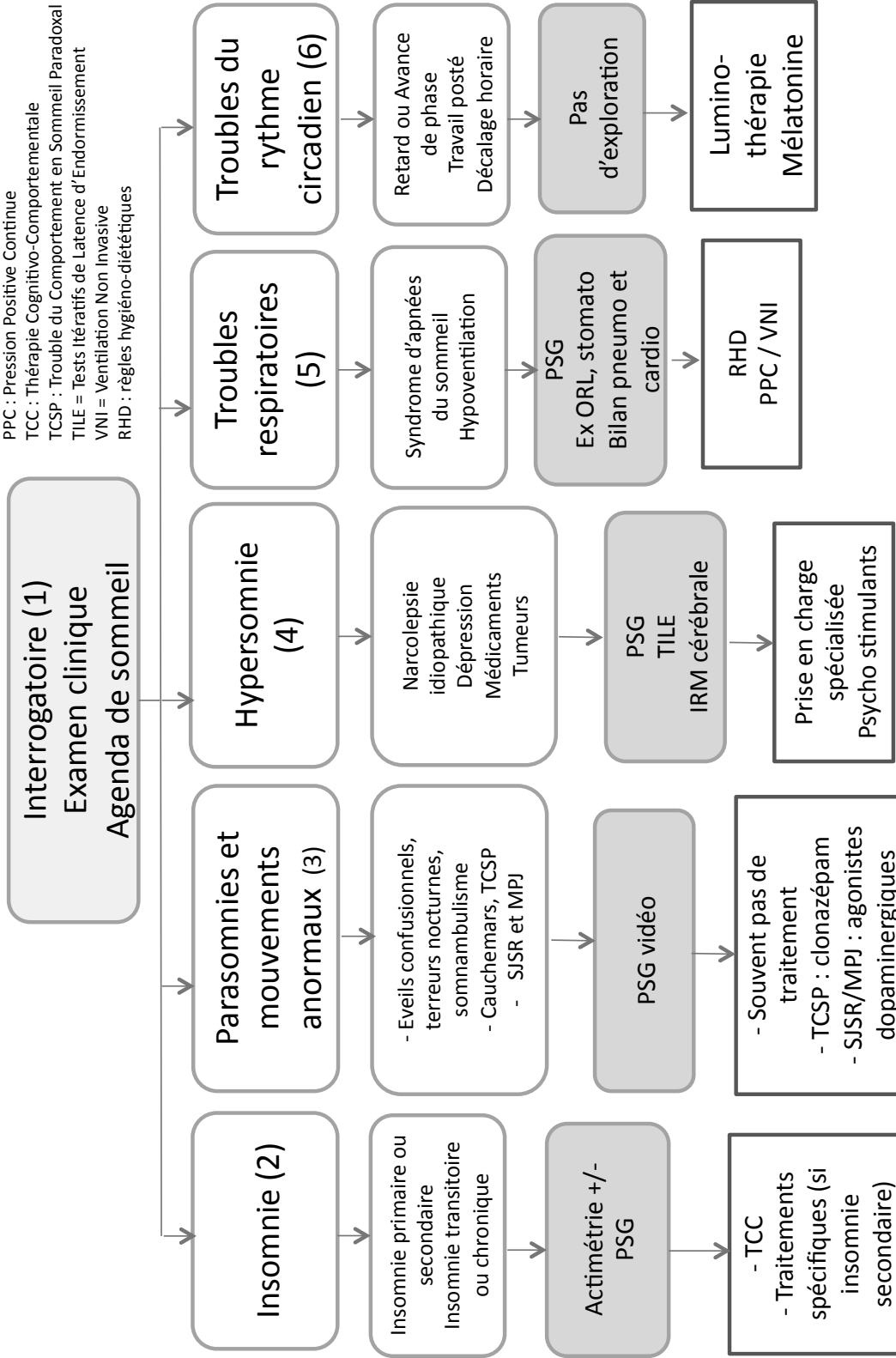
(7) La prise en charge des troubles du sommeil de l'enfant est le plus souvent comportementale : réorganisation des siestes sur 24h, institution d'un rituel de coucher, suppression des conditionnements anormaux à l'endormissement. Les prescriptions médicamenteuses sont exceptionnelles (car d'efficacité transitoire, avec parfois effets paradoxaux) sauf chez les enfants polyhandicapés (utilisation de la mélatonine). Les causes organiques associées sont à traiter. Une aide psychologique peut être proposée.

Référence

- Challamel M.-J. Le sommeil de l'enfant. Masson, Paris 2009.

UE 4, item 108. Troubles du sommeil de l'adulte.

MPI = Mouvements Périodiques de Jambes
 PSG = Polysomnographie
 SJSR : Syndrome des Jambes Sans Repos
 PPC : Pression Positive Continue
 TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
 TCSP : Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal
 TILE = Tests Itératifs de Latence d'Endormissement
 VNI = Ventilation Non Invasive
 RHD : règles hygiéno-diététiques



Troubles du sommeil de l'adulte

- Diagnostiquer les troubles du sommeil de l'adulte.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

↳ **Éléments en lien : 108** : troubles du sommeil de l'enfant. **322** : iatrogénie.

Les troubles du sommeil sont un motif de consultation fréquent en médecine et tous les spécialistes peuvent y être confrontés : médecin généraliste, pneumologue, neurologue, psychiatre... Actuellement, les troubles du sommeil de l'adulte sont divisés en 5 catégories, insomnie, parasomnies et troubles des mouvements liés au sommeil, hypersomnies d'origine centrale, troubles respiratoires liés au sommeil et troubles du rythme circadien du sommeil.

(1) Les troubles du sommeil doivent être abordés et évalués lors d'une consultation dédiée au sommeil. L'interrogatoire permet ainsi de préciser notamment l'ancienneté du trouble, le retentissement sur la vie quotidienne, les habitudes de coucher... La tenue d'un agenda de sommeil sur 15 jours permet d'évaluer de façon objective le temps de sommeil de nuit et les différences entre la semaine et le week-end. En effet, il existe une grande variabilité interindividuelle (court dormeur, long dormeur, couche tard-lève tard et couche tôt-lève tôt) et bien souvent les patients sont en dette de sommeil en semaine et récupèrent le week-end. L'utilisation d'échelles peut aider à préciser la sévérité des troubles et le retentissement sur la vie quotidienne.

(2) L'insomnie est le plus fréquent des troubles du sommeil et on estime que 10 % des adultes souffriraient d'insomnie chronique. Il peut s'agir de difficultés d'endormissement, de difficultés dans le maintien du sommeil (multiples éveils nocturnes) ou de réveils précoces. L'insomnie est parfois ponctuelle et bénigne mais souvent, elle représente un trouble sévère et chronique ayant des répercussions importantes sur la santé et la qualité de vie du patient. On distingue les insomnies dites primaires, et les insomnies secondaires. L'insomnie primaire est souvent liée à des tensions somatiques (ruminations excessives, inquiétudes à propos du sommeil) associées un déconditionnement négatif se créant entre l'éveil et des stimuli normalement associés au sommeil (lit, heure de coucher...). Les insomnies secondaires peuvent être liées à la prise d'une substance (alcool, médicament, toxiques...), ou à toute pathologie médicale (douleurs...) ou psychiatrique (dépression, trouble bipolaire...).

Pour les insomnies primaires, les deux seuls traitements validés sont la thérapie cognitivo-comportementale et la prescription de certains hypnotiques.

(3) Les troubles de l'éveil, appelés également parasomnie du sommeil lent profond (éveils confusionnels, terreurs nocturnes et somnambulisme) peuvent toucher les adultes même s'ils sont plus fréquents chez les enfants. Ils surviennent en première partie de nuit et il faut rechercher un facteur déclenchant : stress, anxiété, privation de sommeil, fièvre, certains médicaments (neuroleptiques). Les parasomnies du sommeil paradoxal (cauchemars et trouble du sommeil en sommeil paradoxal) surviennent en 2^e partie de nuit.

Le diagnostic des parasomnies chez l'adulte repose sur l'interrogatoire et sur la polysomnographie couplée à un enregistrement vidéo. Dans le cadre des parasomnies du SLP et les cauchemars, aucun traitement n'est en général nécessaire.

Les troubles des mouvements liés au sommeil sont représentés par les mouvements périodiques de jambes. Ce sont des mouvements involontaires, qui touchent les muscles des jambes et plus particulièrement les muscles des extrémités, entraînant une flexion du pied et des orteils. Le diagnostic est posé sur la polysomnographie. Ils sont souvent associés au syndrome des jambes sans repos qui lui est un diagnostic clinique.

(4) L'hypersomnie se manifeste principalement par un excès de sommeil et/ou une somnolence diurne excessive. Avant de conclure à une hypersomnie centrale, il faut éliminer une pathologie organique (tumeur cérébrale, prise de toxique, dépression...). Il existe 2 principaux types d'hypersomnie centrale, l'hypersomnie idiopathique et la narcolepsie. Ce sont 2 pathologies rares mais qui peuvent être extrêmement invalidantes. La narcolepsie, avec ou sans cataplexie, se caractérise par des endormissements incoercibles en sommeil paradoxal. Il existe une transmission génétique qui fait que 98 % des narcoleptiques ont un groupe HLA particulier (DQB1 06-02). Le diagnostic se fait en général à l'adolescence et repose sur la polysomnographie couplée à des tests itératifs de latence d'endormissement.

(5) Les troubles respiratoires liés au sommeil sont explorés par polysomnographie et une mesure non invasive des échanges gazeux. On distingue le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) et le syndrome d'apnées centrales du sommeil (SACS). Le SAOS est une pathologie rare et ne sera pas abordé dans ce chapitre. Le SAOS est une pathologie beaucoup plus fréquente (2 à 4 % de la population générale). La clinique est hétérogène et peut associer somnolence diurne excessive, ronflement, sensation de sommeil non réparateur, difficultés de concentration, nycturie... Sa sévérité est définie par le nombre d'événements respiratoires par heure de sommeil (index d'apnée-hypopnées = IAH), on parle ainsi de SAOS sévère pour un IAH \geq 30/H. La somnolence est également importante à prendre en compte pour l'évaluation de la sévérité (risque accidentel). Son diagnostic impose la réalisation d'un bilan pneumologique (EFR et GDS) notamment si le patient est fumeur et/ou obèse et d'un bilan cardio-métabolique car le SAOS représente un facteur de risque cardio-vasculaire indépendant. Il peut être associé à un syndrome obésité-hypoventilation (IMC > 30 kg/m² + PaCO₂ > 45mmHg). Sa prise en charge repose sur des règles hygiéno-diététiques et sur une ventilation par pression positive continue, voire une ventilation non invasive selon le degré d'hypoventilation.

(6) Le trouble du rythme circadien à type de retard de phase se traduit par un retard de la période de sommeil et donc une incapacité à s'endormir et à s'éveiller à des heures socialement acceptables. Il en résulte une insomnie d'endormissement et une somnolence matinale importante. Ce trouble touche fréquemment les adolescents et les adultes de jeunes.

Le trouble du rythme circadien à type d'avance de phase se traduit par une tendance à s'endormir et à s'éveiller à des horaires trop précoces par rapport à des heures socialement acceptables. Le traitement de ces troubles repose sur la lumbinothérapie (le matin pour le retard de phase, en fin d'après midi pour l'avance de phase) et sur la mélatonine pour le retard de phase.

Références

- Billiard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Masson, Paris 2012.
- <http://cep.splf.fr/enseignement-national-de-pneumologie/>