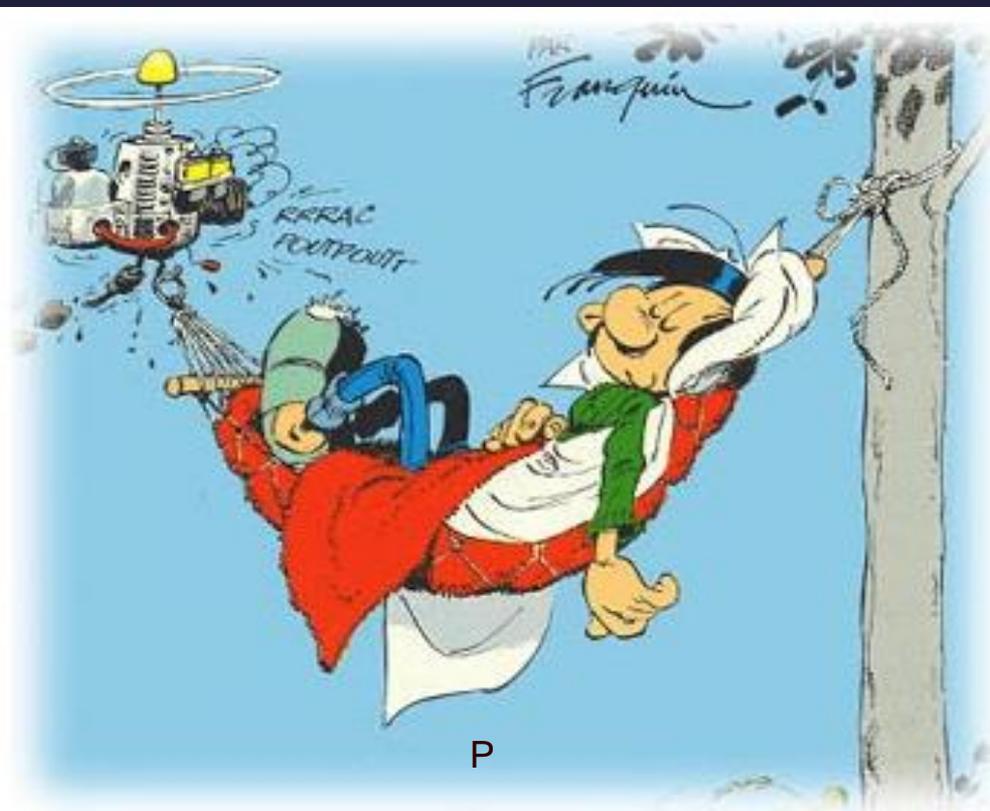
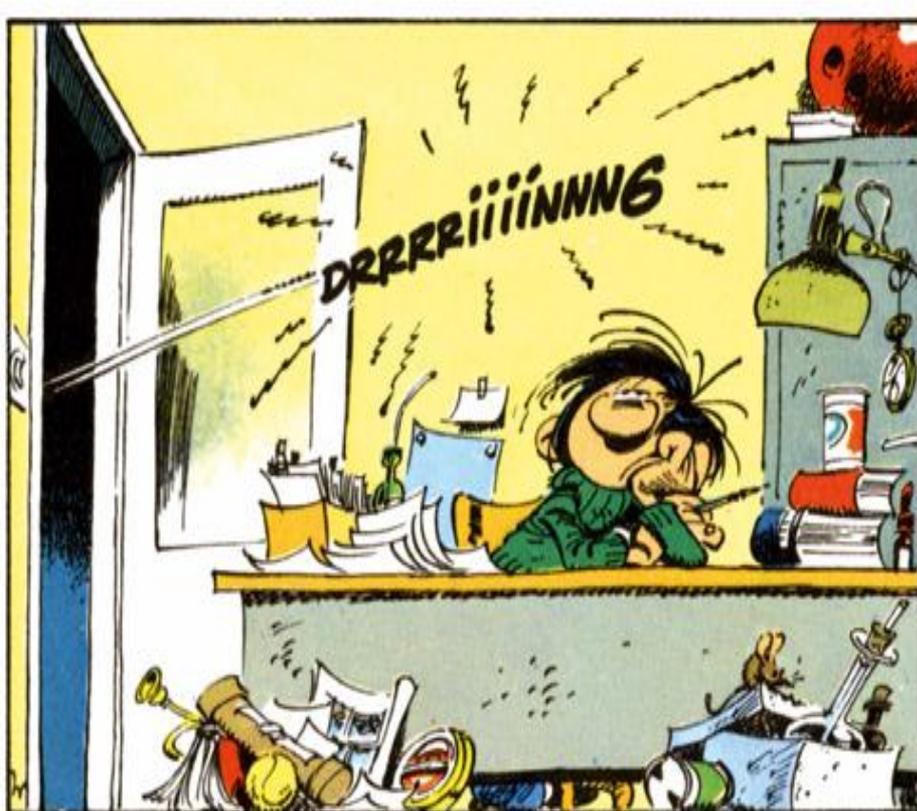


Les Hypersomnies hors SAS

■ F Soyez ,Centre étude du sommeil, Hôpital Privé d'Antony, septembre 2010

■ Fatigue

Somnolence



P

Position du problème

- La SDE est fréquente dans la population générale :
 - 5 à 15 %** selon sévérité et âge, méthodologie utilisée
- On considère que **25 % des accidents sur autoroute en France** sont en relation avec une SDE en relation ou non avec un SAOS

4.6- Avez-vous envie de dormir en conduisant ?

4.7- Avez-vous déjà eu un accident de travail lié à la somnolence ?

4.8- Avez-vous eu des accidents de voiture ?

Si oui, précisez :

• leur nombre :

.....

• étaient-ils liés à un accès de somnolence ?

• leurs dates approximatives :

.....

Prévalence des symptômes du syndrome d'apnées du sommeil, population française d'âge moyen (5212 pers)
N. Meslier, Rev Mal Respir 2007 , 4442 patients d'âge moyen

- **Plainte de SDE occasionnelle :**

26 % des hommes

31% des femmes

- **Plainte de SDE fréquente ou permanente:**

14,2% des hommes

18% des femmes

- **Plainte de fatigue chronique :**

11,4 % des hommes

21 % des femmes

Prévalence des symptômes du syndrome d'apnées du sommeil, population française d'âge moyen

N. Meslier, Rev Mal Respir 2007 , 4442 patients d'âge moyen

- Epworth moyen : 6
- 15% ont un Epworth > 10

Questionnaire de dépistage des troubles du sommeil

1 - Indiquez le ou les problèmes principaux qui vous ont amené à demander une consultation de sommeil.

.....

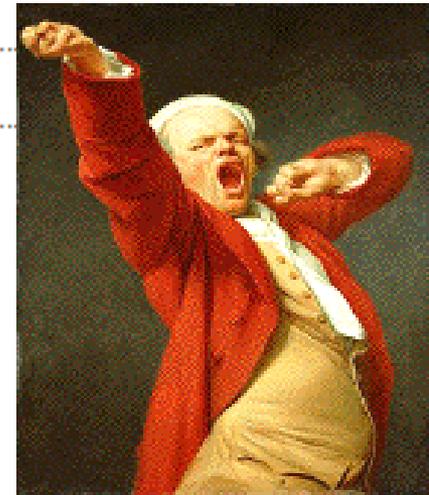
.....

.....

.....

.....

.....



Motifs de consultation sommeil

Centre Santé Sommeil HPA

- Evaluation centre à tropisme respiratoire
- 384 adultes primo consultants évaluables/428
- Du 01 01 10 au 01 08 10
- Motif premier de consultation

Motifs de consultation sommeil

Centre santé sommeil HPA

■ Cardiaque :	8%	
■ Métabolique :	1%	
■ Urologique :	1%	
■ Pneumologique:	5%	
■ Neurologique :	3%	
■ Insomnie :	7%	
■ Ronchopathie :	20%	
■ SDE :	31%	
■ Asthénie:	19%	soit 50%

EN PRATIQUE :

- SDE fréquente dans la population générale
- SDE fréquente dans la population SAS

- Multiples étiologies : y compris chez le patient SAS

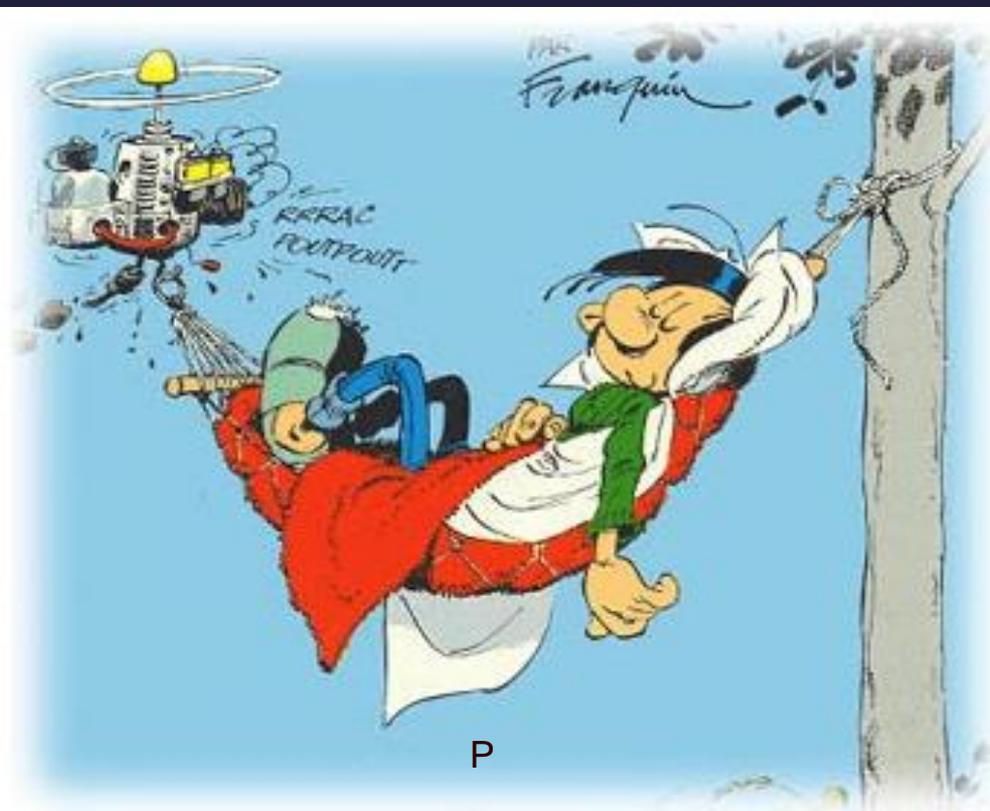
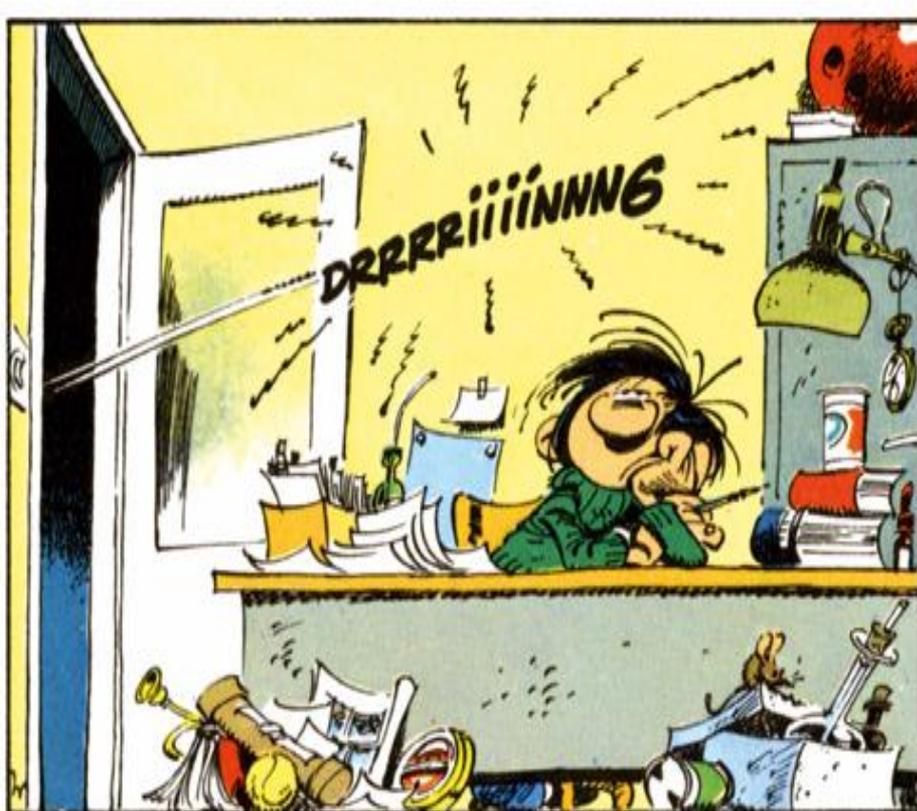
- Problème de la SDE résiduelle malgré traitement du SAS

Sémantique: Les mots pour le dire

- F Soyez ,Hôpital Privé d'Antony, septembre 2010

■ **Fatigue ?**

ou **Somnolence ?**



Suspectée , elle impose d'être évaluée, quantifiée

- Epworth > 10
- TILE
- TME
- En pratique

Suspectée , elle impose d'être évaluée, quantifiée

SITUATION	CHANCE D'ASSOUPLISSEMENT
Assis en train de lire	0 - 1 - 2 - 3
En train de regarder la télévision	0 - 1 - 2 - 3
Assis, inactif dans un lieu public (comme au théâtre, au cinéma, en réunion)	0 - 1 - 2 - 3
Comme passager d'une voiture (ou de transport en commun) pendant plus d'une heure sans un arrêt	0 - 1 - 2 - 3
Repos allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 - 1 - 2 - 3
Assis et parlant à quelqu'un	0 - 1 - 2 - 3
Assis tranquillement après le déjeuner sans excès d'alcool	0 - 1 - 2 - 3
Dans une voiture, alors qu'elle est arrêtée pendant quelques minutes dans le trafic (feu rouge, embouteillage...)	0 - 1 - 2 - 3

4.10- Évaluez votre fatigue au cours du dernier mois :

(Vous devez placer une croix sur la ligne à l'endroit que vous jugez le plus représentatif de votre situation

Sur le mois dernier, vous considérez que :

Je ne suis pas
fatigué(e) du tout



Je suis fatigué(e)
toute la journée

Définition de la SDE :

HAS Avril 2008

- 1) Légère : Somnolence indésirable ou épisodes de sommeil involontaire avec peu de répercussion sur vie sociale ou professionnelle et survenant au cours d'activité nécessitant peu d'attention : télévision, lecture, passager de voiture
- 2) Modérée : ayant une répercussion modérée sur vie sociale ou professionnelle et au cours d'activité nécessitant plus d'attention : concert, réunion
- 3) Sévère : perturbant de façon importante la vie sociale ou professionnelle et lors d'activités de la vie quotidienne : manger, parler, marcher, conduire.

Important pour « classer » le SAOS.

Confirmée il faut

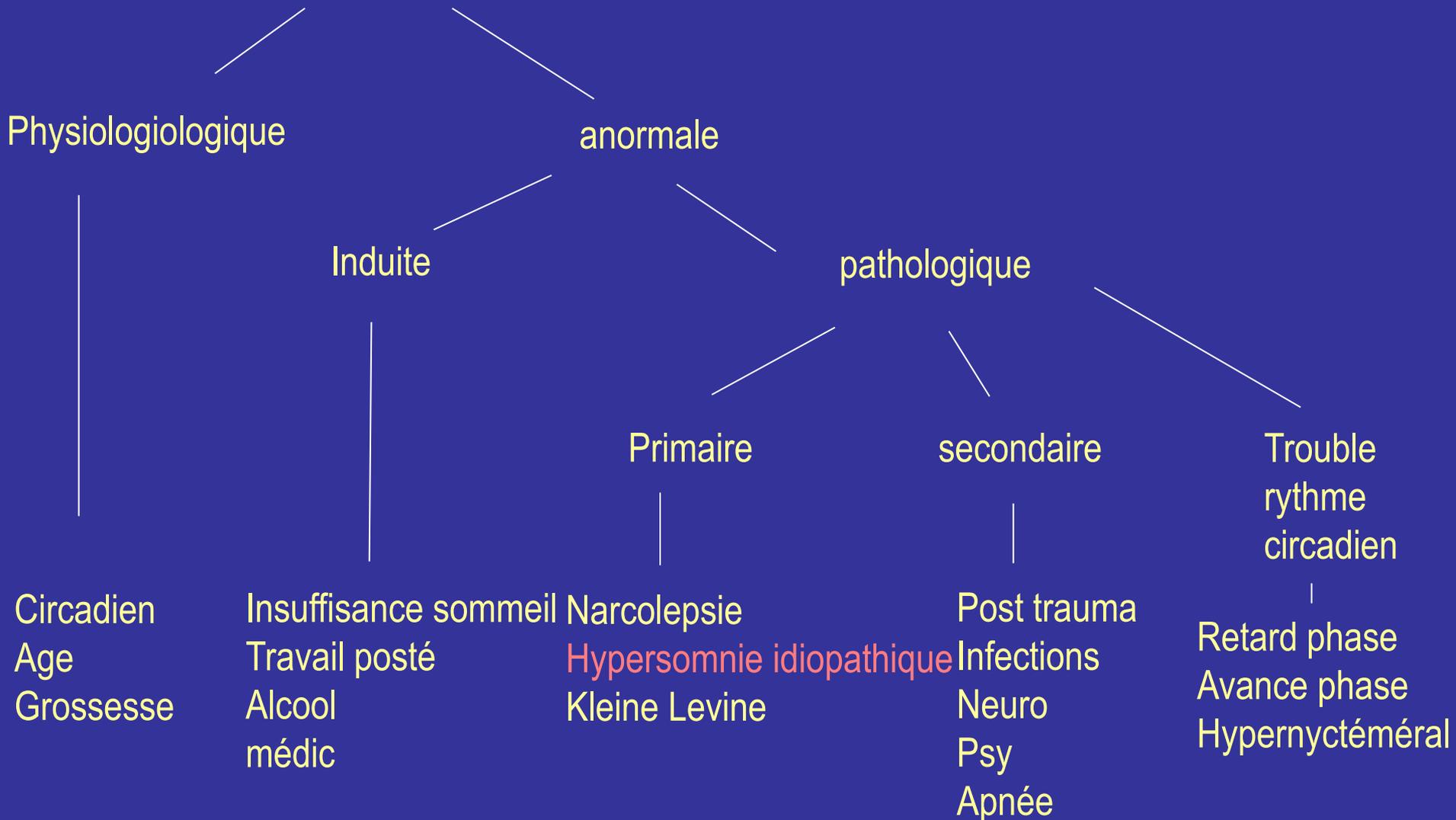
en préciser l'origine

FDR de la SDE

- Bixler EO : Excessive daytime sleepiness in a **general population** sample. *J Clin Endocrinol Metab* 2005
- Etude sur 16 583 sujets : 7 facteurs de risque significatifs de somnolence
- 1) **dépression** surtout si moins de 30 ans,
- 2) **surpoids**,
- 3) âge élevé, 4) une dette de sommeil,
- 5) diabète, 6) tabagisme ,
- 7) la présence d'apnées

SOMNOLENCE DIURNE EXCESSIVE

Somnolence diurne excessive (SDE)



Préambule

- La démarche diagnostique : avant tout **clinique** : interrogatoire ; examen physique ; évaluation PSY. Démarche systématique : questionnaire spécifique échelles validées.

Quatre groupes étiologiques :

Comportementales

Primaire

Secondaire (à une pathologie autre)

Trouble du rythme circadien veille-sommeil

A la limite du sujet mais majeur : **Les insomnies**

Préambule

Evoquer une cause « centrale » si

Epworth > 15

Sujet jeune

1) Facteur comportemental(+++): SDE induites

- **Durée insuffisante de sommeil**
(se méfier chez les gros dormeurs : 10h et plus parfois...)
- **Horaires de lever et coucher anarchiques**
- **Substances addictives:** alcool, café, opiacés, cannabis
- **Iatrogène :** M. hypno sédatifs , béta-bloqueurs , corticoïdes, théophylline, anti H1, neuroleptiques, antiépileptiques, codeinés Antidépresseurs tricycliques, dopamine ...
- **Nuisances nocturnes**



1) Facteur comportemental(+++): le travail : la santé ?

- 1/3 de la population dort moins de 6,5 H par nuit en semaine de travail; le besoin moyen est estimé à 7 h

Dette de sommeil, en faveur :

- SDE en fin de journée
- Endormissement récupérateur
- En vacances ?



	OUI	NON
Durant vos nuits :		
3.7- Existe-t-il des nuisances nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui :		
▪ voisins bruyants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ réveils des enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2- Prenez-vous un somnifère le soir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3- Prenez-vous de l'alcool le soir ? (vin, bière, autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quelle quantité :		
3.4- Combien de café buvez-vous par jour ?	
▪ Horaire du dernier café :h.....	
3.5- Combien de thé buvez-vous par jour ?	
▪ Horaire du dernier thé :h.....	
3.6- Consommez-vous d'autres excitants ou drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels :		

2) Hypersomnie primaire

- Non liée à un facteur comportemental
- Non liée à une pathologie organique

- Ce sont : la Narcolepsie
l'hypersomnie idiopathique
le syndrome de Kleine-Levin

NARCOLEPSIE

B)

- 6.3- Lorsque vous vous réveillez, avez-vous parfois l'impression de ne plus pouvoir bouger, ni parler car vos muscles ne vous obéissent plus ?
- 6.4- Vous arrive-t-il dans la journée de faire une chute, de sentir votre tête qui tombe ou de lâcher des objets lors d'une émotion ou lors du rire ?
- 6.5- Lorsque vous vous endormez ou que vous vous réveillez, avez-vous parfois l'impression de sentir une présence étrangère, de voir ou d'entendre des choses qui n'existent pas, un peu comme dans un rêve ?



La Narcolepsie : sémiologie

- **Accès de sommeil incoercibles** et réparateurs, plusieurs fois par jour
- Et souvent :
- **Sommeil agité**, angoissé, fragmenté
- Anomalie de la **balance** Veille/Sommeil
(absence d'hypocrétine : hormone du maintien de l'éveil)

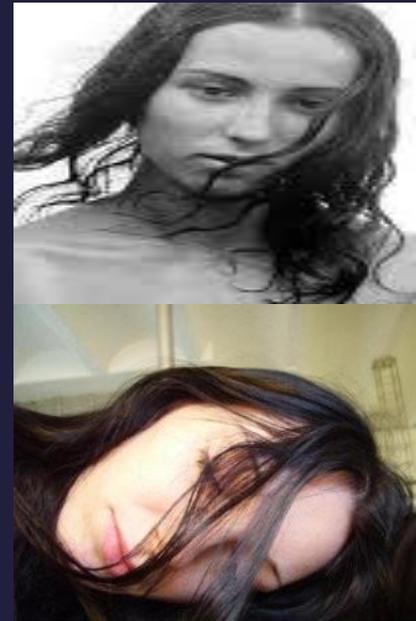


HLA : DR 15-DQ6

HLA DQB1*0602

La Narcolepsie

- 1/3000 : donc fréquent (0,5% au Japon)
- Début : première enfance à 50 ans ;
deux pics Dg : **15 ans** et **35 ans**



SDE **Cataplexie**

Hallucinations hypnagogiques

Paralysie du sommeil

Mauvais sommeil

La Narcolepsie : **SDE**

- **SDE** : pluriquotidiens, irrésistibles ,
durée variable : 2 à 5 mn à 0,5 à 1 heure
réparateurs

Bien évaluée par **Epworth**

- **Activité automatique diurne**: paroles hors contexte,
actions sans souvenirs

La Narcolepsie : **Cataplexie**

■ **Cataplexies** : baisses brutales de tonus musculaire :

Globales : chutes

Partielles : cou, genoux, main(maladresses),
muscles du visage

Fréquence très variable, parfois déclenchées par les
émotions , les joies (rire, colère),

Durée cataplexie variables : secondes à 2 mn
maximum

La Narcolepsie : Cataplexie



La Narcolepsie : Hallucinations

Hallucinations hypnagogiques : 50% des cas désagréables, visuelles, auditives, kinesthésiques (non spécifique),

À l'endormissement
Ou au réveil :
hypnopompique ...



La Narcolepsie : Paralysie du sommeil

- **Paralysie du sommeil : 50% des cas**
(une à dix minutes), très angoissante (non spécifique), endormissement ou réveil

sujet normal : 10 secondes,

X mn chez narcoleptique



La Narcolepsie: le sommeil

- Endormissement rapide, réveil en forme
- Sommeil de mauvaise qualité dans 1/3 cas :
 - Réveils fréquents, levers également
 - Somnolence possible
 - Activité onirique intense
(cauchemars)
 - Tb comportement en SP
 - Somnambulisme
 - MPJ (1/3 des cas)



La Narcolepsie :



- **PSG** : endormissement rapide, dans 50 % des cas en **sommeil paradoxal** (N: 60 à 90 mn)
nombreux réveils, SP instable et dissocié
- **TILE** : < 8 mn en moyenne, et endormissement en SP(dans les 15 mn qui suivent l'endormissement)
- **Scanner cérébral: normal**

La Narcolepsie :



Dosage d'hypocrétine-1

- Chez 90% des patients narcoleptiques avec cataplexie, le taux d'hypocrétine-1 est inférieur à 110 pg/ml dans le liquide céphalo-rachidien, ce qui est spécifique de cette maladie.
- Par contre, le dosage est normal quand il n'y a pas de cataplexie.

La Narcolepsie :



Génotype HLA

L'association au génotype HLA DQB1*0602 est très sensible (92% des cataplectiques) mais peu spécifique :

20% de la population normale porte ce groupe et 50% des narcoleptiques sans cataplexie.

C'est un critère de support.

La Narcolepsie :



■ Conséquences :

- difficultés scolaires et professionnelles,
- troubles relationnels,
- accidents : **Handicap +++**

- ## ■ Evolution : SDE : toute la vie;
- Cataplexie peut disparaître

NARCOLEPSIE et SAOS

- Association non rare car SAOS fréquent
- Attention : dans les SAOS sévères il peut y avoir des endormissements en SP
- Formes secondaires : Parkinson, Maladie de Steinert
- Formes associées : tumeur, AVC, SEP.

NARCOLEPSIE :

- **Modafinil** : Efficace : 70%
bien toléré (80%)

- **Méthylphénidate** : **Ritaline** :

Inhibe recapture de la dopa

- **Amphétamines** ...(Dexamine, Dexedrine)

- **Cataplexie** :antidépresseur type imipramine (anafranil) ou Venlafaxine(Effexor)

- **Sommeil agité** : hypnotiques



Deux tableaux proches

- La narcolepsie sans cataplexie et
- l'hypersomnie idiopathique sans allongement de la durée de sommeil.

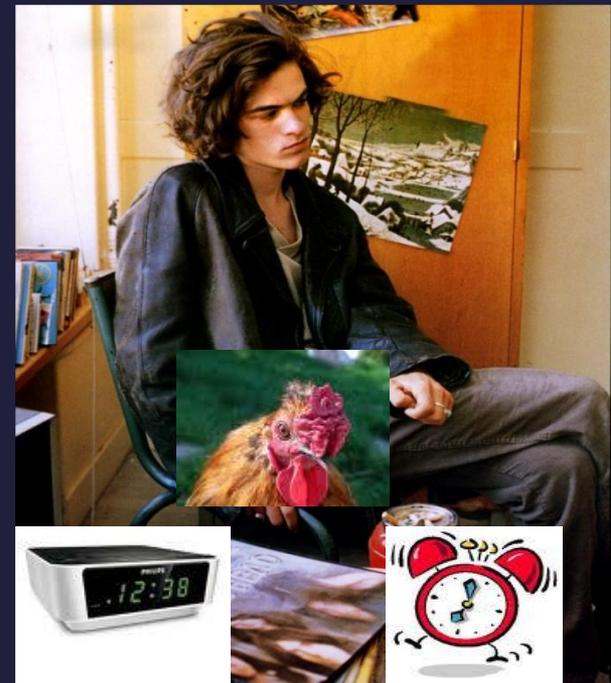
Peu différenciables cliniquement mais pour HSI : sommeil de bonne qualité, siestes non réparatrices

- Valeur du TILE pour la narcolepsie.
- Si TILE négatif : hypersomnie idiopathique...

L'hypersomnie idiopathique

avec allongement de la durée totale de sommeil

- SDE moins paroxystique mais majeure et **continue** chez un sujet jeune , avec plusieurs réveils matins
- Quelle que soit horaire du lever ,persiste en vacances
- S'installe en quelques mois (alors que les gros dormeurs le sont depuis toujours , avec hérédité)
- Plus rare que la narcolepsie
- Dure toute la vie



L'hypersomnie idiopathique

avec allongement de la durée totale de sommeil

- **Sommeil diurne non réparateur** et de longue durée
- **Sommeil de nuit stable**, de bonne qualité, non fragmenté et long
- **Réveil difficile** : **ivresse du sommeil** qui peut entraîner des troubles cognitifs , une désorientation temporo-spatiale
- Siestes peu réparatrices
- Il faut éliminer les privations de sommeil, les retards de phase et les dépressions

L'hypersomnie idiopathique

avec allongement de la durée totale de sommeil

- PSG : sommeil normal mais long : > 10H
- Actimétrie des 24h
- EEG des 24 h
- TLE < 8 mn sans endormissement en SP

- Imposé : scanner SNC, évaluation psychiatrique (+++), examen neurologique

KLEINE LEVIN ou hypersomnie récurrente

- Hypersomnies brutales et sévères ($> 16h$), **périodiques**
- Plus de 2 jours , moins de 30 puis disparaissent totalement et récidivent :
- 3 à 4 épisodes par an
- Post accès : comportement maniaque ou dépressif, insomnies puis tout redevient normal
- Durée variable : jusqu'à 20 ans ; évolution psychose possible

KLEINE LEVIN ou hypersomnie récurrente

- Adolescents (mâle) :
 - troubles cognitifs, irritabilité,
 - parfois trouble du **comportement alimentaire**
 - Parfois **désinhibition sexuelle**
- EEG ralenti (Encéphalite?),
- Examen neurologique normal

L'hypersomnie liée aux règles

Aspect clinique

Monosymptomatique (sommolence)

Episodes récurrents de somnolence parfois associée à des troubles comportementaux et cognitifs qui surviennent en relation avec les règles.

Durée des épisodes : 1 semaine

Efficacité de la thérapeutique oestroprogestative

3) Les hypersomnies secondaires

- **Maladies neurologiques** : tumeurs cérébrales, séquelles AVC, Parkinson, Alzheimer, Sclérose en plaque, hydrocéphalie à pression normale ...
- **Maladies psychiatriques** : « lourdes » : schizophrénie, trouble de la personnalité; **dépression.**

Beck : vingt items , langue française

Questionnaire de Beck

Consignes

Lisez attentivement toutes les questions pour chaque groupe, puis entourez le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris.

Assurez-vous d'avoir lu tous les énoncés d'un groupe avant de cocher la case correspondante (une seule case par groupe de question).

A -

- 0 - Je ne me sens pas triste.
- 1 - Je me sens cafardeux (se) ou triste.
- 2 - Je suis tout le temps cafardeux (se) ou triste et je ne peux m'en sortir.
- 3 - Je suis si triste et si malheureux (se) que je ne peux pas le supporter.

B -

- 0 - Je ne suis pas particulièrement découragé(e) ni pessimiste au sujet de l'avenir.
- 1 - Je me sens découragé(e) par l'avenir.
- 2 - J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie.
- 3 - J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer.

3) Les hypersomnies secondaires

■ **Maladies infectieuses :**

Mononucléose, HIV, hépatite B,
Guillain Barré (asthénie initiale +++)

Maladies endocriniennes :

thyroïde, acromégalie (SAS fréquent),
adénome langerhansien (hypoglycémie
chronique), tumeur hypophysaire

Les hypersomnies secondaires

- **Les insuffisances organiques** :
respiratoires, cardiaques, rénales ,
hépatiques
au cours desquelles les SAS d'ailleurs ne
sont pas rares

Divers :

hémochromatose

médicamenteuses : responsables d'asthénie ,
de SDE, de troubles du sommeil

Les apnées et apparentés

- **Ronflement** , sommeil agité, nycturie, céphalées matinales, suffocation nocturne, homme , cou court et obèse : Facile

SAS ? : polygraphie

- **Ronflement** , homme jeune, femme , non obèse :

SARVAS? : polysomnographie

(le ronflement n'est pas systématique pour le SARVAS mais fréquent)

Donc ronflement :

- Polygraphie si SAS typique
- Polysomnographie si suspicion SARVAS
- Examen ORL clinique et endoscopique

SAOS et SDE , à savoir

- La moitié des patients ayant un SAS ont une SDE si évaluation au score d'Epworth
- Les autres plaintes exprimées sont : fatigue, sommeil non récupérateur, ou manque d'énergie
- Mécanisme : fragmentation du sommeil
diminution des stades 3 et 4
désaturations et lésions cérébrales

Le syndrome des jambes sans repos et le syndrome d'impatience



A)

6.1- Au moment où vous vous couchez, avez-vous des sensations particulières dans les jambes du type picotements, brûlures, agacement qui vous gênent pour vous endormir ?

6.2- Votre conjoint(e) a-t-il (elle) l'impression que vous bougez les jambes dans votre sommeil ?

B)

Le syndrome des jambes sans repos et le syndrome d'impatience

Cette entité comporte deux types de manifestation :

- **Le syndrome d'impatience** des membres inférieurs (sensation désagréables au cours de la veille, au repos)
- **Les mouvements périodiques** qui se produisent au cours du sommeil, inconscients

Le syndrome des jambes sans repos et le syndrome d'impatience

- Syndrome d'impatience \leftrightarrow mouvements périodiques dans 80 % des cas
- Mouvements périodiques : 30 % se plaignent d'impatiences
- **Donc l'interrogatoire ne suffit pas**
- Formes associées

Le syndrome des jambes sans repos et le syndrome d'impatience

Epidémio : 8,5 % des français au moins une fois/an , surtout les femmes : X2



5% des 18/24 ans 11% des 50/64 ans
2% en souffrent tous les jours

existent aussi chez l'enfant +++ :
dg différentiel : hyperactivité



Le syndrome d'impatience (SIME)

- besoin irrésistible –**douloureux**- de bouger,



- avec dysesthésies : brûlures, décharges électriques , fourmillement, ruissellement, secousses, contractures...

Le syndrome d'impatience (SIME)

- Le plus souvent **membres inférieurs**
- parfois les **membres sup.**
- Le + souvent bilatéral
- Surtout le soir , la nuit , à l'endormissement ou en cours de sommeil, parfois le jour si immobilité.
- **S'améliore avec le mouvement**
- Survient après 30 à 40 mn de repos (télé voiture)



Le syndrome d'impatience (SIME)

- Il perturbe le sommeil : 43%
 - **insomnie d'endormissement,**
 - **réveils de milieu de nuit**
- 30% de ces patients ont une SDE
- Lit à part , problème de couple, dépression, anxiété
- ↑↑avec grossesse, chaleur, café, thé, vin blanc
- **Formes I** : < 45 ans , facteur famille
- **Formes II** : neuropathie, PR, , carence martiale. | Rénale. anémie

Le syndrome des jambes sans repos :

MPJ

Les Mouvements périodiques au cours du sommeil :

- Involontaires et le plus souvent non conscients
- Se répètent tous les 20 à 40 secondes, dans tous les stades de sommeil (↓ en SP)
- Micro éveils EEG ou dysautonomiques
- Rarement se produisent à l'éveil

Le syndrome des jambes sans repos : MPJ

- Les plaintes : SDE,
insomnie de maintien,
sommeil fragmenté de mauvaise
qualité ,
notion de pas en forme.
(Epworth souvent normal)
- Peuvent survenir chez des sujets normaux qui
ne se plaignent de rien (↑ avec l'âge)

Le syndrome des jambes sans repos : MPJ

- Formes associées : même caractéristiques cliniques , diagnostiques et parfois thérapeutiques :

SAS,(on ne compte pas les MPJ en fin d'apnées)

Narcolepsie, hypersomnie idiopathique,
Troubles comportements du SP

Le syndrome des jambes sans repos : MPJ

Diagnostic :

Interrogatoire : +++ si impatience

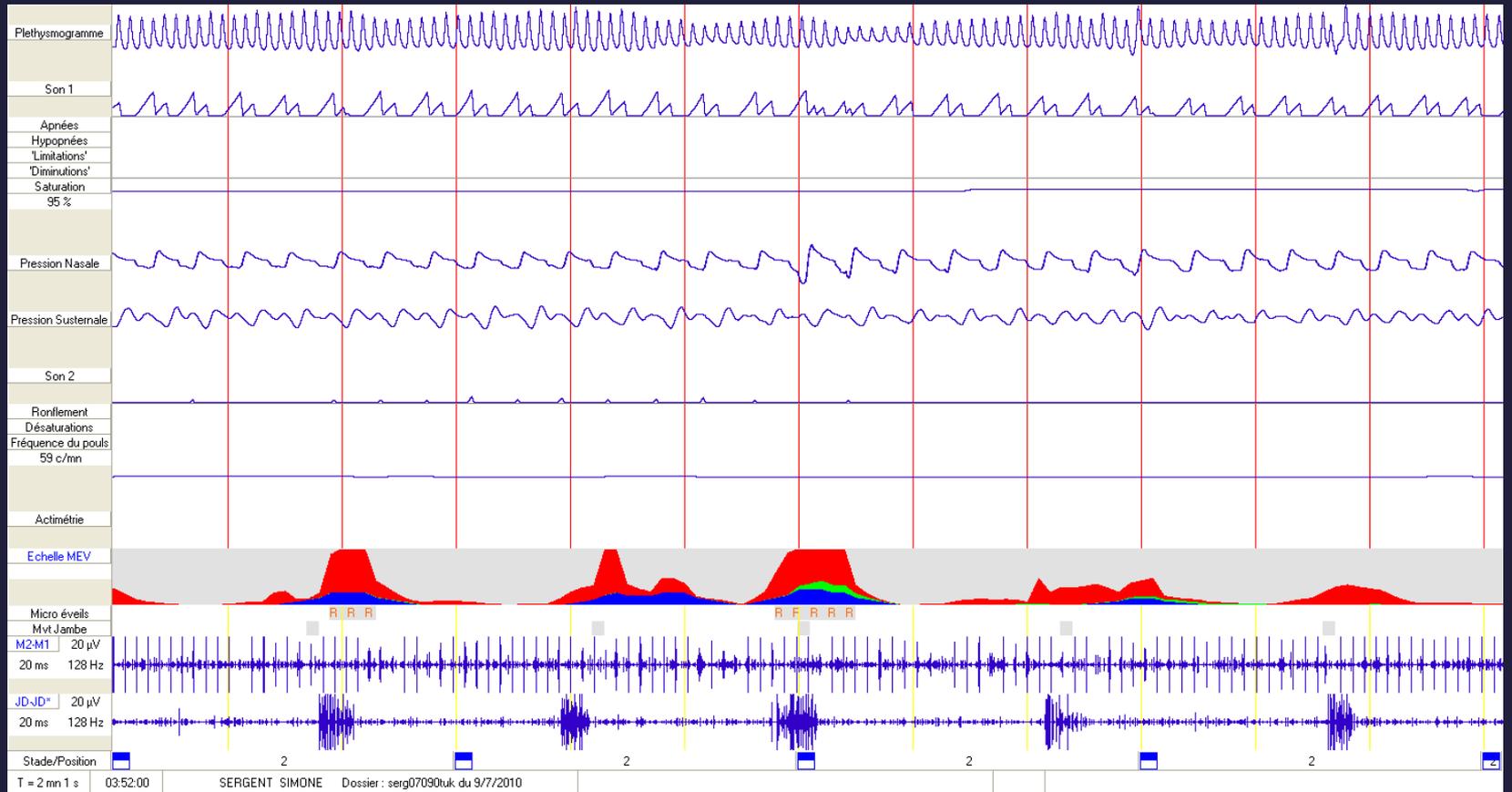


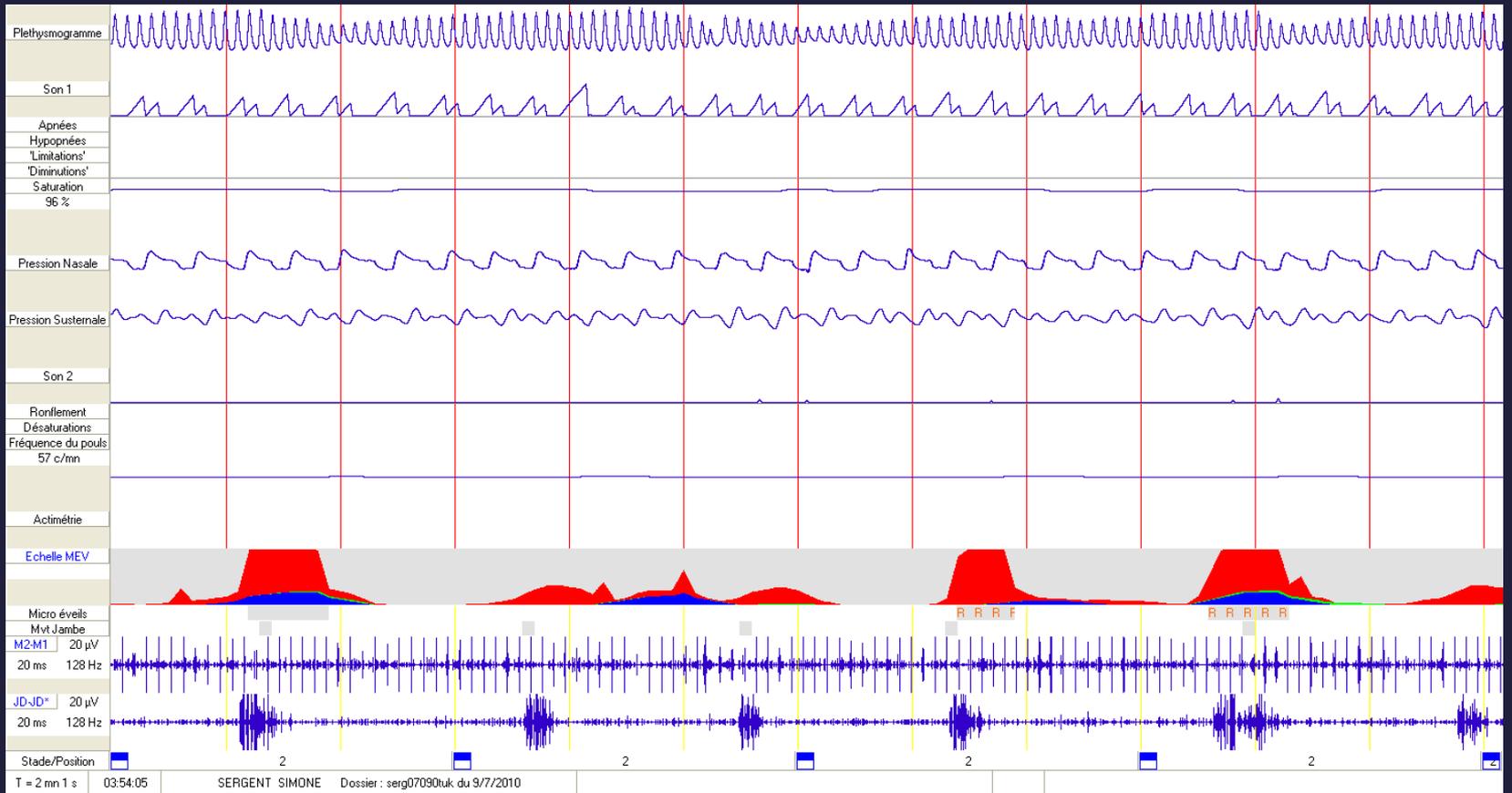
PG : Capteurs sur jambier antérieur

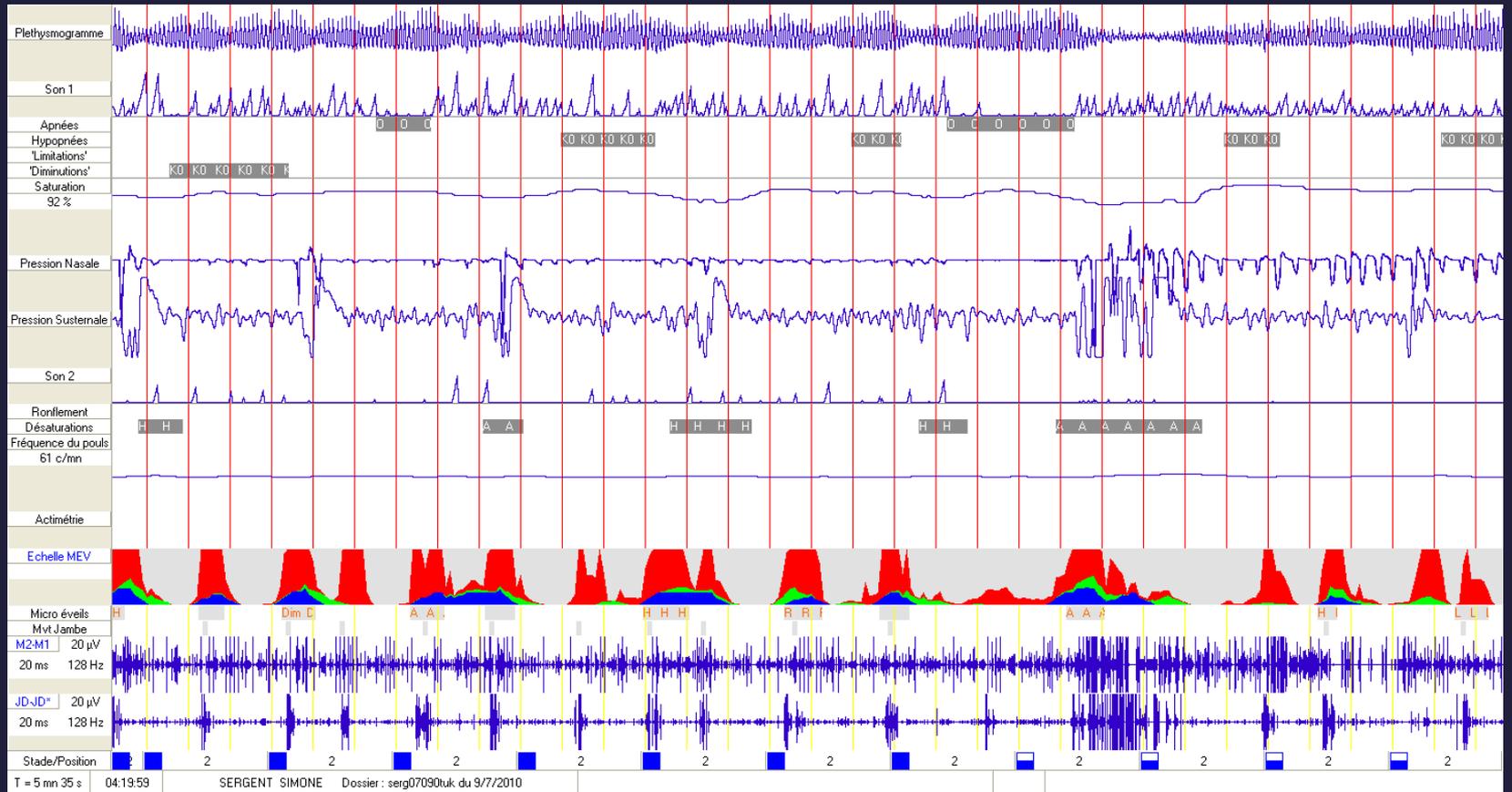
Mouvements de 0,5 à 5 secondes espacés de 4 à 90 secondes

Index patho : > 5 enfant > 15 adulte

En pratique : probablement 30/h







MPJ et Impatience : Mécanisme

Possible explication commune :
défaut de mise au repos du système nerveux ,

Trouble métabolisme du fer qui stabilise les récepteurs dopaminergiques

- Prédisposition familiale (+++),
transmission autosomique dominante
- Parfois authentique maladie neurologique associée , médullaire ou périphérique

Le syndrome des jambes sans repos : MPJ

- Métabolisme du fer .Carence martiale ,Thé
- Manque d'Activité physique (pas trop tard)
- Grossesse
- Insuffisance rénale , diabète, Parkinson : sont des facteurs favorisants.
- Eliminer :Atteinte neurologique médullaire ou nerfs périphériques, rachis.

Le syndrome des jambes sans repos : MPJ

- **Prise d'antidépresseurs** (si sujets de moins de 65 ans , pas chez les sujets âgés et surtout si inhibiteurs de la recapture de la sérotonine)
- **Les neuroleptiques.**
- **Les antiH1 dérivés de la phénothiazine**

Le syndrome des jambes sans repos :

MPJ : Traitement

- **BZD** avec tachyphylaxie : action sur les MEV, pas sur MPJ
- **Agonistes dopaminergiques** :
 - ropinirole : Requip et Adartrel et
 - pramipexole : Sifrol
 - bipéridil : Trivastal

Effets II : Nausées, somnolence vespérale

Le syndrome des jambes sans repos :

MPJ : Traitement

- **Opiacés** : codéine , propoxyphène , tramadol, oxycodone, mais dépendance : \leftrightarrow cas graves en deuxième intention

Effets II : constipation , somnolence, rétention, troubles cognitifs

- **Tégrétol** (carbamazépine) et **Neurontin** (gabapentin) sont utilisés si dopa agonistes non efficaces.

Catapressan chez patient hypertendu

Les troubles du rythme circadiens



Trouble du rythme circadien

veille sommeil

- Il existe une désynchronisation des horaires de veille et de sommeil

- **Volontaire :**

Travail posté



Franchissement des fuseaux horaires

Cabaret 2000 présente

BOEING BOEING

de Marc Camille



Avec :

- Luigi DI GIOVANNI
- Françoise DE PAEUV
- Michaël VERCAMMEN
- Antoine VANDENBERGHE
- Sandra GIAMBRA
- LYOIS

Mise en scène : Jacky DRUAUX

TARIF : 14€ & 10€ Enfants 8€

Du 18-12 au 04-01-09

J-V-S-20h30 et D-16h et 29-30-31/12-20h30
31/12 Soirée Réveillon-20h Buffet & Zakouski / 21h Spectacle
20€ & 14€ (enfants)

CENTRE DE DELASSEMENT MARCINELLE

Avenue des Muguetz 76 à Marcinelle
www.cabaret2000.com

071/29.74.02 071/43.81.91

Trouble du rythme circadien

veille sommeil

- Pathologique : les syndromes d'avance et de retard de phase :



adolescents +++
activités sportives



internet , télévision
jeux vidéo

devoirs (plus rare !)



Peuvent être associés à des troubles dépressifs ou anxieux

Troubles circadiens

B) Vos habitudes de sommeil

- 3.10- Avez-vous des difficultés pour vous endormir ?
- 3.11- Vous réveillez-vous souvent à partir de 2 ou 3 heures du matin ?
- 3.12- Combien d'heures dormez-vous en moyenne la nuit ? heure(s)
- 3.13- A quelle heure vous couchez-vous ? heure(s)
- 3.14- A quelle heure vous levez-vous ? heure(s)
- 3.17- Quelle est votre heure habituelle de réveil définitif pendant la semaine ? entreh..... eth.....
- 3.18- Combien d'heure de sommeil pensez-vous avoir besoin pour être en forme ? heure(s)
- 3.19- Combien d'heure en moyenne, dormez-vous la nuit ? heure(s)
- 3.20- Avez-vous des horaires particuliers ? (3x8, horaires décalés, travail de nuit...)
- Si oui, précisez :
- 3.22- Si vous avez un sommeil décalé, est-il ?
- spontané ?
 - lié à un rythme imposé ? (3x8, travail de nuit...)

Trouble du rythme circadien veille sommeil

- Fréquents chez **les mal- voyants**

avec un décalage quotidien de deux heures
dans le sens des aiguilles d'une montre

Avance de phase

- Sujets âgés +++ ou des « matinaux »
- Baisse performances après midi et soir
- Endormissement avant 21H et réveil avant 5h
- Sommeil de bonne qualité
- DG différentiel : **dépression**

Avance de phase : Traitement

- Luminothérapie le soir : 300 watts pendant une à trois heures , devant la télé ou lors lecture
 - Efficacité en 8 à 30 jours
 - Traitement au très long cours
-
- Circadin :

Retard de phase

- En forme la nuit , du soir , pas du matin,
« **couche tard** »
- Dorment bien mais se réveillent tard
- Symptômes améliorés si pas de contrainte horaire : durant les vacances
- Somnifères fréquents : souvent considérés comme des insomniaques
- DG différentiels : insomniaques et hypersomniaques (syndromes anxieux?)

Retard de phase : traitement

- Chronothérapie : on recule de trois heures l'heure du coucher, tour de l'horloge , puis hygiène sommeil hyper stricte
- Luminothérapie : tous les matins dès le réveil pendant deux à trois heures (trente minutes au départ si professionnel actif : petit déjeuner ou lecture puis à son bureau)

Luminothérapie

- Lampe à incandescence type halogène :
mais chaleur, forte dépense énergétique,
probablement insuffisante si dépression
associée
- Lampe fluorescente à haute fréquence pour
éviter le clignotement : luminosité confortable
et 10 à 30 fois supérieure aux halogènes
- Éviter les UV : non utiles , cataracte, Kc

Border line : les insomnies

- Peuvent être responsables de SDE, de fatigue
- 30% de la population française, sévère dans 10 % des cas
- Se définit comme une plainte avec difficulté d'endormissement, des réveils au cours de la nuit, un réveil trop précoce le matin
- Au moins trois fois par semaine , depuis au moins un mois
- Conséquences : sont obligatoires : fatigue, concentration, attention, irritabilité

Border line : les insomnies

Les causes les plus fréquentes :

- Dépression : insomnie de milieu et de fin de nuit avec réveil précoce de petit matin
- Anxiété : insomnie d'endormissement: pensées, rumination anxieuses
- Stress : seconde moitié de la nuit avec impression de somnoler à partir de 4-5 h du matin

Border line : les insomnies

- Puis cercle vicieux auto entretenu : « peur de ne pas dormir » qui débouche sur **l'Insomnie psychophysiologique** , la plus fréquente des insomnies chroniques, une authentique maladie autonome

La cause de l'insomnie a disparu , mais l'insomnie persiste par un mécanisme de conditionnement qui évolue pour son propre compte.

Border line : les insomnies

- Penser à éliminer les causes type :
 - SAS, jambes sans repos ,
 - Alcool (sevrage ou intoxication) , Thé , Café
 - Médicamenteuses,(corticoïdes, antidépresseurs, théophylline , béta-bloqueurs)
- Maladie physique :
 - Douleurs chroniques , pollakiurie,
 - RGO, Asthme, Rhinite allergique

Border line : les insomnies

- Penser à éliminer les causes type :
 - Nuisances nocturnes : bruit, chaleur, froid
 - - rythme de vie non régulier
 - - literie
 - Télévision, internet, téléphone portable
 - -travail de nuit, temps de trajet excessif

Conseils pour mieux dormir

ENFANT, ADULTE, SENIOR

- Evitez tous les excitants le soir : café, thé, vitamine C, cola
- Ne pratiquez plus de sport après 20h00
- Favorisez les activités relaxantes le soir : bain tiède au moins 2 heures avant le coucher, lecture, tisane...
- Evitez les repas trop copieux et l'alcool le soir
- Trouvez votre rythme de sommeil et respectez-le
- Au lit, évitez la télévision, le travail, le repas
- Ecoutez les signaux du sommeil (bâillements, yeux qui piquent)

Conseils pour mieux dormir

ADULTE, SENIOR

- Si vous vous réveillez le matin même très tôt, levez-vous et commencez la journée, mais ne cherchez pas à tout prix à vous rendormir
- N'utilisez pas de médicaments pour dormir sans avoir consulté votre médecin
- Essayez de trouver la solution la plus efficace avec votre médecin et soyez acteur de votre traitement



Au sujet de la dépression

- Les patients jeunes (<40 ans) ont du mal à s'endormir
- Les patients > 40 ans se plaignent de réveil matinal précoce
- Les femmes présentent plus de sommeil à ondes lentes que les hommes , de même les jeunes par rapport aux plus âgés