



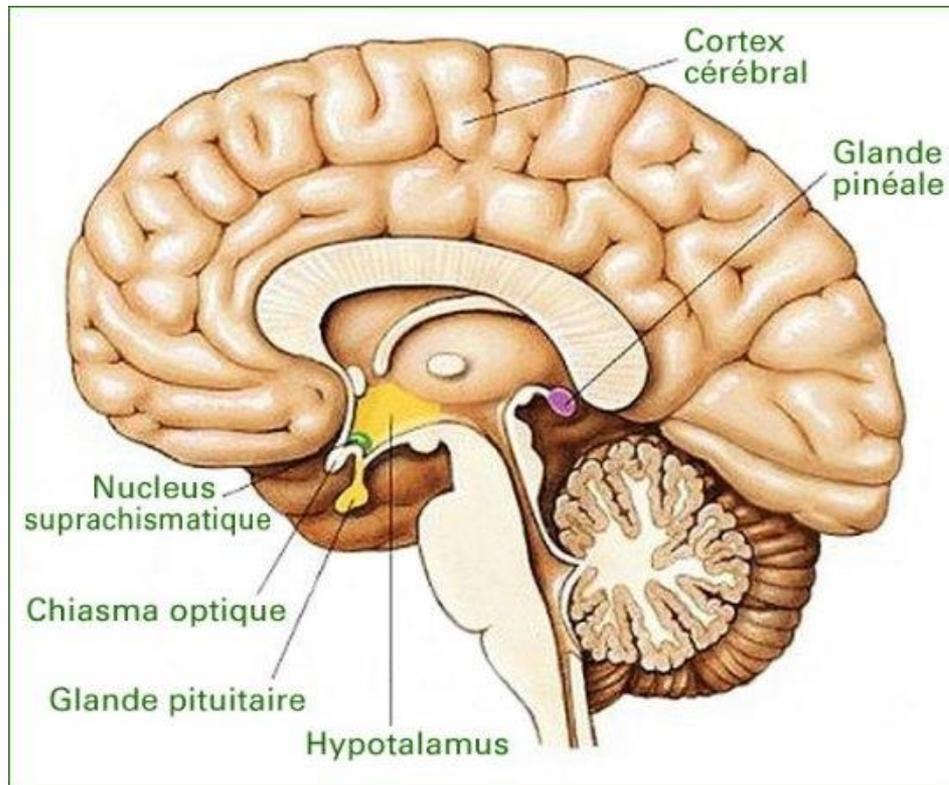
DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES DU SOMMEIL EN MEDECINE GENERALE

Dr Lise LANVIN
Service de Neurophysiologie Clinique
CHRU LILLE

Juin 2022

2 mécanismes impliqués dans la régulation du sommeil :

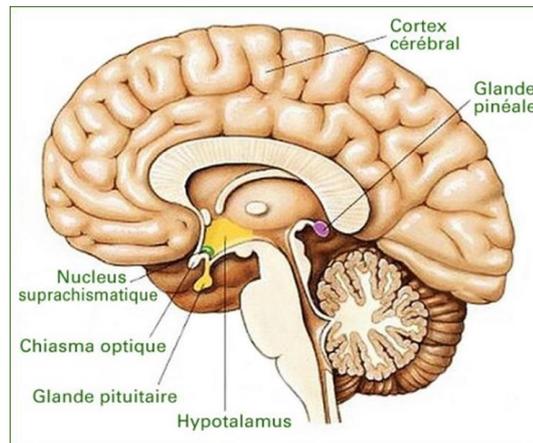
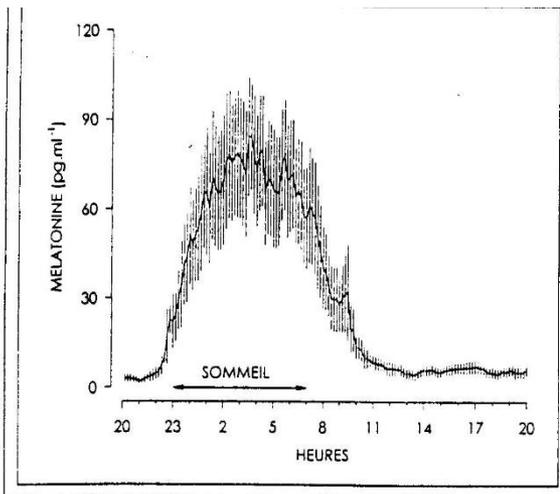
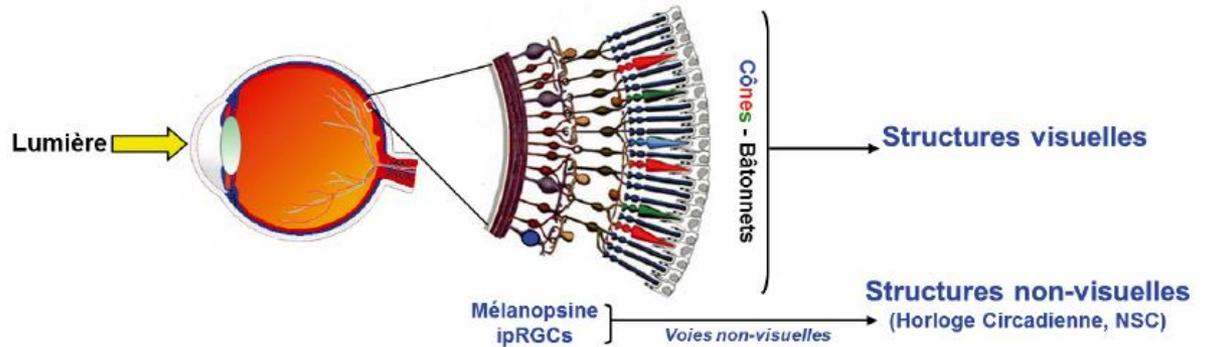
- 1. Processus circadien** = Rythme endogène médié par l'horloge biologique :
Noyau supra chiasmatique



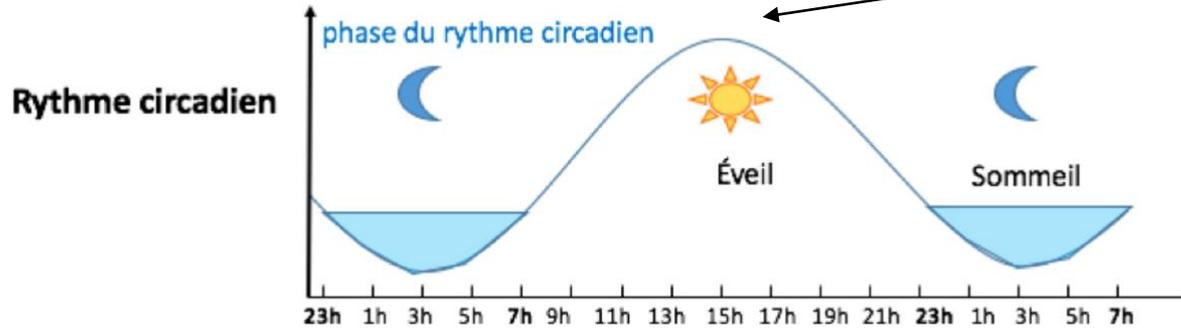
BASES PHYSIOLOGIQUES

Sécrétion de **mélatonine** par l'épiphyse (=glande pinéale)

Hormone contribuant à l'endormissement
Pic de sécrétion entre 2-4h du matin
Influencée par l'exposition à la lumière



BASES PHYSIOLOGIQUES



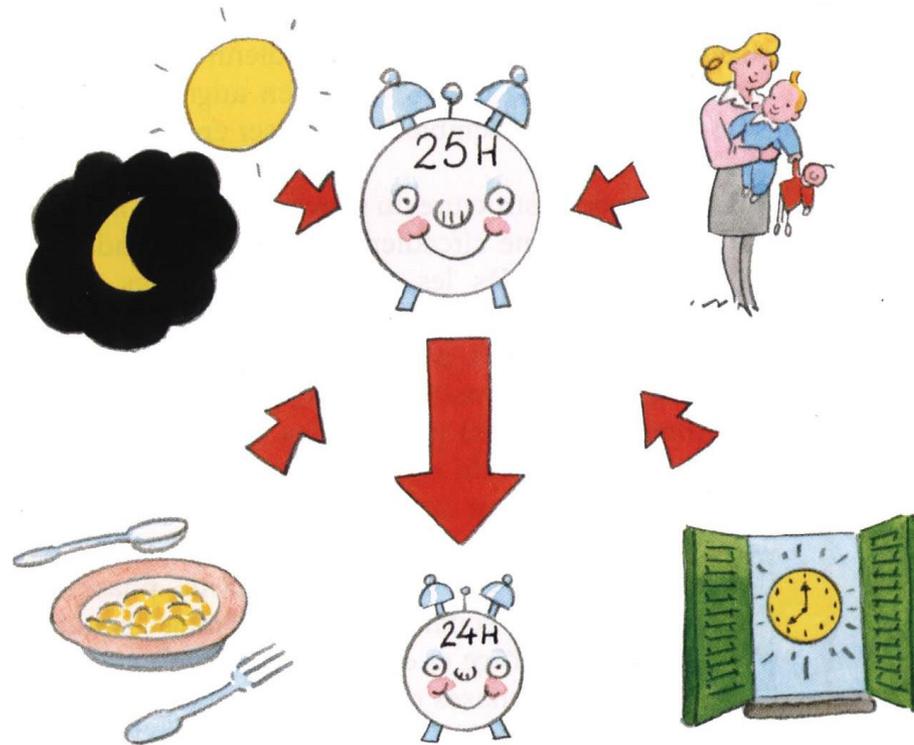
Température centrale
maximale (16-18h)
= pression circadienne d'éveil max

Température centrale minimale (3-5h)
= pression circadienne de sommeil maximale

BASES PHYSIOLOGIQUES

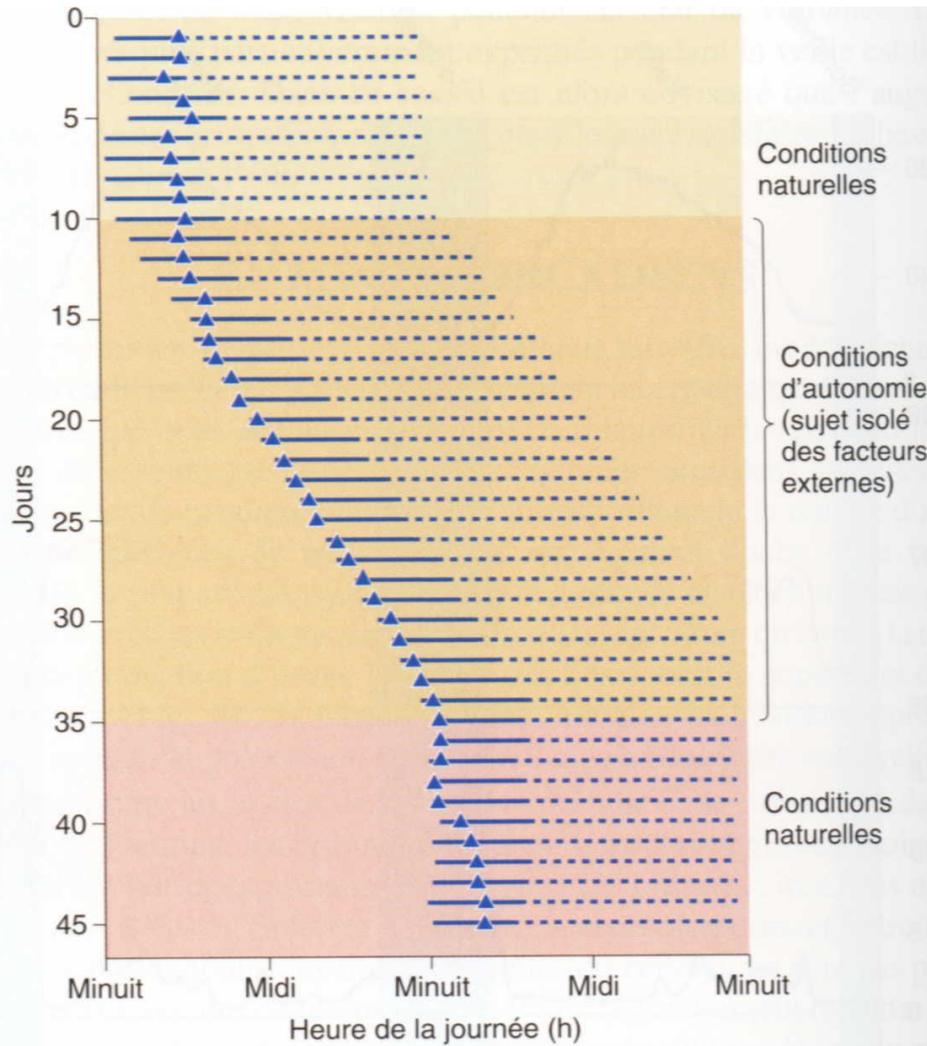
Cycle induit par l'horloge circadienne = 23h30 à 24h30 selon les individus,
(moyenne=24h10)

=> **Synchroniseurs externes = donneurs de temps**

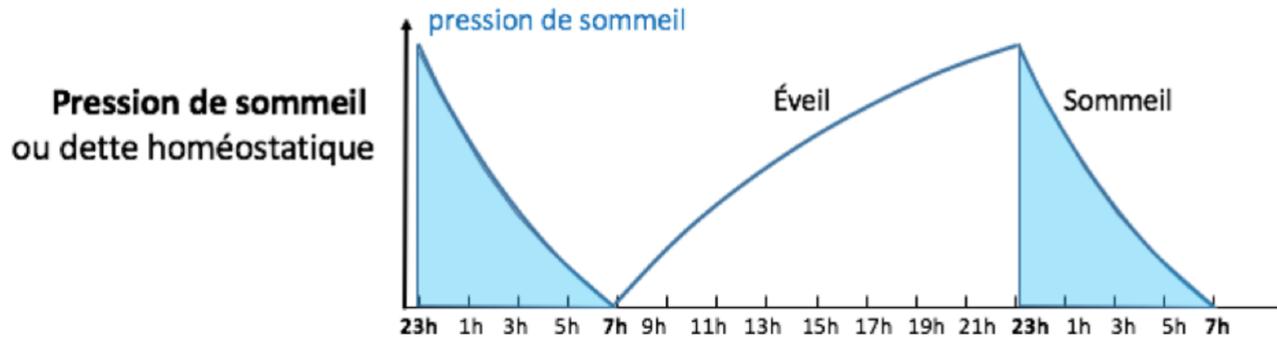


BASES PHYSIOLOGIQUES

Rythme
endogène



2. Processus homéostatique



Pression de sommeil = propension à s'endormir

↘ après un épisode de sommeil
↗ avec le temps passé éveillé

Lien avec l'adénosine = produit de dégradation de l'ATP qui s'accumule en éveil
Caféine (café) et théophylline (thé) = antagonistes de l'adénosine

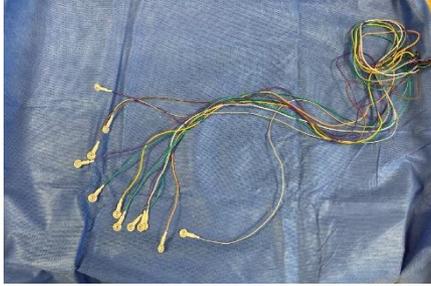
EXPLORATIONS

Agenda de sommeil

Indispensable pour toute plainte concernant le sommeil

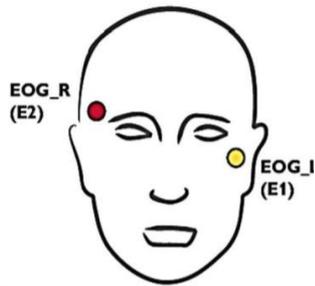
[Site internet du réseau morphée](#)

**gold standard de l'exploration du sommeil:
polysomnographie**

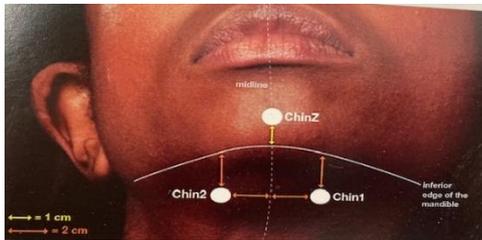


Electroencephalogram Activité électrique cérébrale

Possibilité d'ajouter des électrodes pour
montage épilepsie



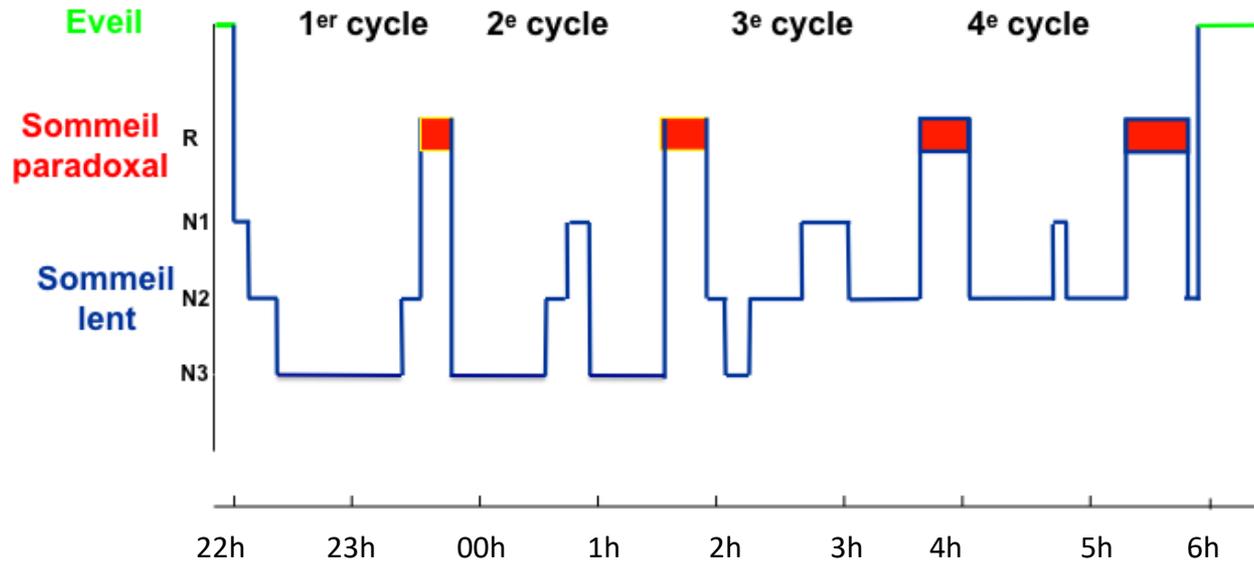
Electro oculogramme mouvements oculaires



Electromyogramme (menton) Activité musculaire

ORGANISATION DU SOMMEIL

HYPNOGRAMME



3 à 5 cycles par nuit

Un cycle = 90 minutes

GOLD STANDARD : POLYSOMNOGRAPHIE

Electroencephalogramme

Electro-oculogramme

Electromyogramme

ECG (1 seule dérivation)

GOLD STANDARD : POLYSOMNOGRAPHIE

Electroencephalogramme

Electro-oculogramme

Electromyogramme

ECG (1 seule dérivation)

Capteurs respiratoires

GOLD STANDARD : POLYSOMNOGRAPHIE

Electroencephalogramme

Electro-oculogramme

Electromyogramme

ECG (1 seule dérivation)

Capteurs respiratoires :

Débit aérien

Saturomètre

Phono (ronflements)

Sangles thoraciques et abdominales = évaluation des efforts respiratoires



GOLD STANDARD : POLYSOMNOGRAPHIE

Electroencephalogramme

Electro-oculogramme

Electromyogramme

ECG (1 seule dérivation)

Capteurs respiratoires :

Débit aérien

Saturomètre

Phono (ronflements)

Sangles thoraciques et abdominales = évaluation des efforts respiratoires



Syndrome d'apnées du sommeil obstructif :

Obstruction des voies aériennes supérieures
cause ORL, obésité, massif cranio-facial

Syndrome d'apnée du sommeil central :

Atteinte de la commande respiratoire
Cause neurologique, cardiologique

GOLD STANDARD : POLYSOMNOGRAPHIE

Electroencephalogramme

Electro-oculogramme

Electromyogramme

ECG (1 seule dérivation)

Capteurs respiratoires

GOLD STANDARD : POLYSOMNOGRAPHIE

Electroencephalogramme

Electro-oculogramme

Electromyogramme

ECG (1 seule dérivation)

Capteurs respiratoires

EMG jambiers

Capteur de position

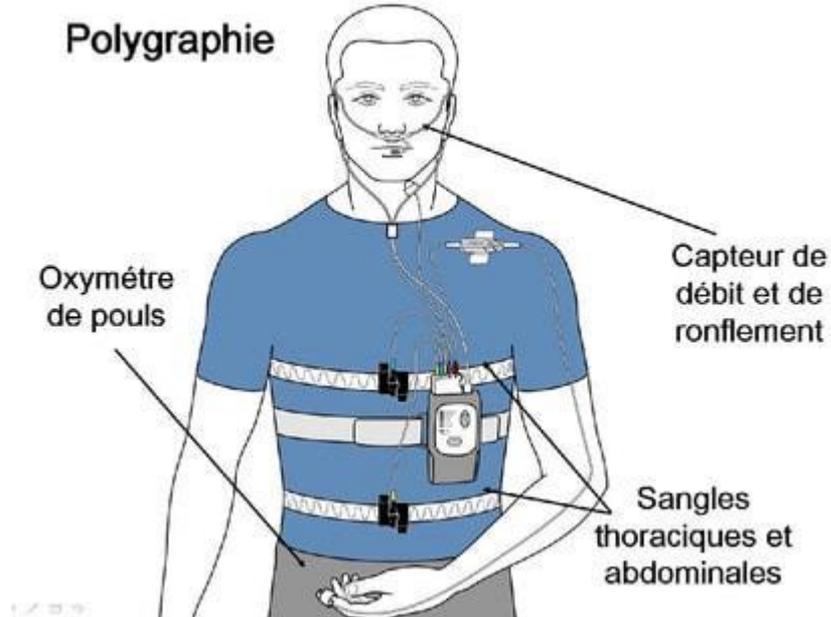
Camera



si forte suspicion de SAS : polygraphie ventilatoire

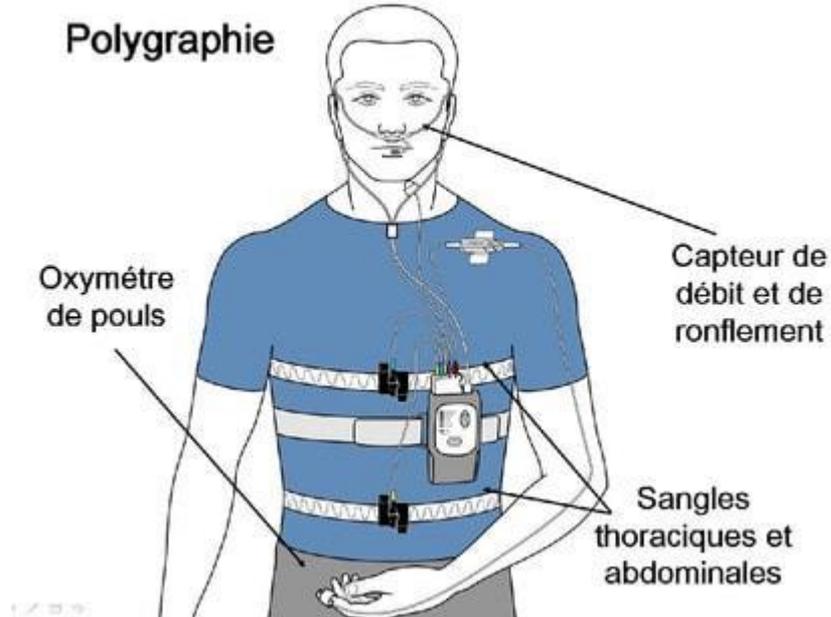
si forte suspicion de SAS : polygraphie ventilatoire

Pouls, saturation, ronflement, débit aérien, sangles thoraciques et abdominales



si forte suspicion de SAS : polygraphie ventilatoire

Pouls, saturation, ronflement, débit aérien, sangles thoraciques et abdominales



Limites :

- Hypopnées sous-estimées

3 grandes plaintes en lien avec le sommeil:

- je ne dors pas assez = **insomnie**
- je ne suis jamais reposé et/ou je dors trop = **somnolence diurne excessive**
- j'ai un sommeil agité = **parasomnies**

INSOMNIE

INSOMNIE

difficulté à s'endormir ou à rester endormi (trouble du maintien du sommeil ou réveil trop précoce).
qui a des répercussions diurnes : fatigue, troubles de l'attention, de la mémoire, de l'humeur ou du comportement, irritabilité, difficultés à bien fonctionner au travail, en famille ou en société, somnolence diurne, ou manque d'énergie.

Insomnie chronique si ces troubles ≥ 3 fois par semaine depuis ≥ 3 mois.

INSOMNIE

facteurs prédisposants : sexe féminin, composante génétique, faibles revenus, abus dans l'enfance, personnalité perfectionniste

facteurs déclenchants : deuil, séparation, chômage ou autre circonstance pénible, changement du rythme veille-sommeil et usage de médicaments (corticoïdes, bêtabloquants) ou produits (caféine, nicotine) pro-éveil

Comorbidités : principalement les troubles psychiatriques (quelle que soit leur catégorie) et plus rarement les pathologies médicales (douleurs, syndrome des jambes sans repos, handicap, asthme ou reflux nocturnes, apnée du sommeil).

Relation bi-directionnelle (donc pas « secondaire »)

AGENDA

Plainte d'insomnie

Indiquez par ↓ votre heure de coucher et par ↑ votre heure de lever

Indiquez par une zone hachurée votre temps de sommeil ou de sieste

Indiquez par une zone vide un long réveil

Indiquez votre sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R)

Horaires de la journée et de la nuit

		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Comment avez-vous trouvé votre nuit ?	Vous êtes-vous senti reposé en vous réveillant ?	Avez-vous été anxieux dans la journée ?	Avez-vous pris des hypnotiques aujourd'hui
																											1 - bonne	1 - pas du tout	1 - pas du tout	1 - oui
																											2 - moyenne	2 - un peu	2 - un peu	2 - non
																											3 - mauvaise	3 - très	3 - beaucoup	2 - non
1	Lun	2 Mar																												
J	Jour	Date																												
1	M	7 05																								3	1	3	2	
2	M	8 05																								3	1	3	2	
3	S	9 05																								2	1	3	2	
4	V	10 05																								2	2	2	2	
5	S	11 05																								2	2	2	2	
6	D	12 05																								2	2	2	2	
7	L	13 05																								3	1	2	2	
8	M	14 05																								3	3	3	2	
9	M	15 05																								3	1	3	2	
10	S	16 05																								3	1	3	2	
11	V	17 05																								2	2	3	2	
12	S	18 05																								3	2	2	2	
13	D	19 05																								2	1	3	2	
14	L	20 05																								2	1	3	2	
15	M	21 05																								3	1	3	2	



LA JOURNEE

Se lever à heure fixe, même si on a mal dormi



S'exposer à la lumière du jour le matin

Ne pas faire de sieste



Pratiquer une activité physique
(30 minutes de marche), de préférence le matin



Ne pas consommer d'excitant après 16h (café, coca..)



Ne pas consommer d'alcool dans la soirée

2 HEURES AVANT LE COUCHER

Faire une activité calme



Arrêter les écrans



Eviter de se réchauffer (pas de bain chaud ni de sport)



LA NUIT

Se coucher quand on est fatigué, dans une tranche horaire fixe

Dormir dans une chambre

- Sombre
- Pas trop chaude, à 18-20°C 
- Sans écran

Ne pas regarder l'heure 

EN CAS D'INSOMNIE GENANTE

Se lever et s'asseoir dans une autre pièce

Lire ou écouter une émission de radio ennuyeuse

Ne pas regarder d'écran

Se recoucher quand les signes de fatigue apparaissent



INSOMNIE



UNITE DES TROUBLES DE LA VEILLE ET DU SOMMEIL (Pr J.D. GUIEU) Tél. : 03 20 44 60 74
Hôpital R. SALENGRO - CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE - 59037 LILLE Cedex

CALENDRIER DE SOMMEIL

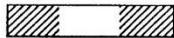
NOM :

PRENOM :

Indiquez par ↓ votre heure de coucher et par ↑ votre heure de lever



Indiquez par une zone hachurée votre temps de sommeil ou de sieste



Indiquez par une zone vide un long réveil



Indiquez votre sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R)

Horaire de la journée et de la nuit

	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Lun	2 Mar																							
J	Jour	Date																							
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									

Veuillez reporter dans la case correspondante la réponse qui convient à votre état	
Comment avez-vous trouvé votre nuit ? 1 - bonne 2 - moyenne 3 - mauvaise	
Vous êtes-vous senti reposé en vous réveillant ? 1 - pas du tout 2 - un peu 3 - très	
Avez-vous été anxieux dans la journée ? 1 - pas du tout 2 - un peu 3 - beaucoup	
Avez-vous pris des hypnotiques aujourd'hui ? 1 - oui 2 - non	

INSOMNIE

UNITE DES TROUBLES DE LA VEILLE ET DU SOMMEIL (Professeur Ph DERAMBURE) Tél : 03/20/44/60/74
Hôpital Roger SALENGRO - CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE - 59037 LILLE CEDEX

CALENDRIER DE SOMMEIL

NOM :

Prénom :

Cet agenda est à remplir pendant les 15 jours précédents la consultation

			Indiquer par ↓ votre heure de coucher et par ↑ votre heure de lever												Comment avez-vous trouvé votre nuit ? 1 - bonne 2 - moyenne 3 - mauvaise	Vous êtes-vous senti reposé en vous réveillant ? 1 - pas du tout 2 - un peu 3 - très	Avez-vous été anxieux dans la journée ? 1 - pas du tout 2 - un peu 3 - beaucoup	Avez-vous pris des hypnotiques aujourd'hui ? 1 - oui 2 - non									
			Indiquer par une zone hachurée votre temps de sommeil ou de sieste																								
			Indiquer par une zone vide un long réveil																								
			Indiquer votre sommeil entrecoupé par de nombreux petits éveils (R)																								
			Horaire de la journée et de la nuit																								
			12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Jour	Date																										
1	Lun	1/09																									
1	Jeu	4/10																									
2	Ven	5/10																									
3	Sam	6/10																									
4	Dim	7/10																									
5	Lun	8/10																									
6	Mar	9/10																									
7	Mer	10/10																									
8	Jeu	11/10																									
9	Ven	12/10																									
10	Sam	13/10																									
11	Dim	14/10																									
12	Lun	15/10																									
13	Mar	16/10																									
14	Mer	17/10																									
15	Jeu	18/10																									

Syndrome anxio-dépressif

SJSR : diagnostic clinique

5e critère : éliminer les diagnostics différentiels

Diagnostic différentiel	Dysesthésies au repos : type et topographie	Amélioré par le mouvement	Aggravé par l'immobilité	Recrudescence vespérale	Examen clinique	Examen complémentaire
Polyneuropathie/mononeuropathie	Douleurs, paresthésies, (MI pour polyneuropathie)	Non	Non	Non	Déficit sensitif > moteur	ENMG
Polyneuropathie des petites fibres	Douleurs des MI	Non	Non	Non	Hyposensibilité thermoalgique dysautonomie	Biopsie
Inconfort positionnel	Paresthésies systématisées des MS et des MI	Oui	Non	Non	Normal	—
Fibromyalgie	Douleurs diffuses, musculaires, articulaires	Non	Non	Non	Douleurs à la pression des muscles	—
Arthrose	Douleurs articulaires	Non	Non	Non	Douleurs provoquées, œdème	—
Insuffisance Veineuse des MI	Lourdeur des MI en station debout	Oui	Oui	Non	Varices, œdème des MI	Écho-doppler des MI
AOMI	Claudication, Douleurs favorisées par le décubitus	Non	Non	Oui (stade avancé)	Pouls faible/asymétrique	Écho-doppler des MI
Akathisie secondaire aux neuroleptiques	Envie de bouger, impossibilité de rester assis	Oui	Oui	Non	Syndrome extrapyramidal	—
Akathisie hypotensive	Envie de bouger les MI en position assise	Oui	Oui	Non	Dysautonomie	—
Crampes nocturne	Mollets, cuisse, MS	Oui	Non	Oui	Normal	Ionogramme
Myélopathie et radiculopathie	Douleurs neuropathique systématisées	Non	Non	Non		Imagerie
Syndrome des jambes douloureuses avec mouvement des orteils	Douleurs des MI (MS rare)	Non	Non	Non	Possible atteinte périphérique	ENMG

ENMG : électromyogramme ; AE : antiépileptique ; AD : antidépresseurs ; DA : agonistes dopaminergiques ; MI : membres inférieurs ; MS : membres supérieurs ; membres inférieurs ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien ; IRSN : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline.

4 critères pour le diagnostic positif

- un besoin impérieux de bouger les jambes, généralement associé ou lié à des sensations inconfortables et désagréables dans les jambes ;
- l'apparition ou l'aggravation pendant une période de repos ou d'inactivité (par exemple en position allongée ou assise) du besoin impérieux de bouger les jambes et des sensations inconfortables et désagréables ;
- l'amélioration partielle ou complète du besoin de bouger par un mouvement, tels que l'étirement ou la marche, au moins aussi longtemps que dure cette activité, du besoin impérieux de bouger les jambes et des sensations inconfortables et désagréables ;
- l'apparition ou l'aggravation le soir ou la nuit plutôt que pendant la journée du besoin impérieux de bouger les jambes et des sensations inconfortables et désagréables.

Prise en charge du SJSR :

Évaluation de la sévérité : échelle IRLS-SG (site réseau morphée)

Supplémentation en fer si ferritinémie < 75 ng/mL

(NFS, ferritinémie, CRP) + bilan étiologique si carence

Hygiène de sommeil/éviter privation de sommeil

Diminution conso OH-thé-caféine-tabac

Eviter les traitements aggravants (AD/neuroleptiques/antihistaminiques/IPP)

Activité intellectuelle minutieuse/ contact froid

Adresser en neurologie si persistance d'un SJSR modéré à sévère

Possible prise ponctuelle d'antalgique palier II (codéine/tramadol)

Prise en charge du SJSR :

Évaluation de la sévérité : échelle IRLS-SG (site réseau morphée)

Supplémentation en fer si ferritinémie < 75 ng/mL

(NFS, ferritinémie, CRP) + bilan étiologique si carence

Hygiène de sommeil/éviter privation de sommeil

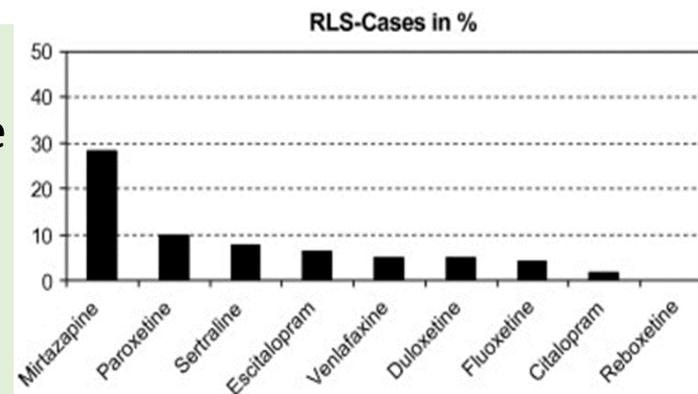
Diminution conso OH-thé-caféine-tabac

Eviter les traitements aggravants (AD/neuroleptiques/antihistaminiques/IPP)

Activité intellectuelle minutieuse/ contact froid

Adresser en neurologie si persistance d'un SJSR modéré à sévère

Possible prise ponctuelle d'antalgique palier II (codéine/tramadol)





ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



CONSENSUS FRANÇAIS SOUS L'ÉGIDE DE LA SFRMS SUR LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS OU MALADIE DE WILLIS-EKBOM

Comment poser le diagnostic d'un syndrome des jambes sans repos ?[☆]



How to diagnose restless legs syndrome

L. Leclair-Visonneau^a, M.-F. Vecchierini^b,
C. Schröder^{c,d}, C. Charley Monaca^{e,*}

^a Laboratoire d'explorations fonctionnelles, Inserm CIC-04, Inserm U1235, université de Nantes, CHU de Nantes, 44000 Nantes, France

^b Centre du sommeil de l'Hôtel-Dieu de Paris, 44000 Nantes, France

^c Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pôle psychiatrie, santé mentale et addictologie, université de Strasbourg, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

^d Équipe 9, CNRS UPR 3212, Institut des neurosciences cellulaires et intégratives (INCI), 5, rue Blaise-Pascal, 67084 Strasbourg cedex, France

^e Neurophysiologie clinique, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

Disponible sur Internet le 23 janvier 2019



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



CONSENSUS FRANÇAIS SOUS L'ÉGIDE DE LA SFRMS SUR LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS OU MALADIE DE WILLIS-EKBOM

Traitement du syndrome des jambes sans repos nouvellement diagnostiqué[☆]



Treatment of newly diagnosed restless legs syndrome

N. Limousin^a, M. Flamand^b, C. Schröder^{c,d},
C. Charley Monaca^{b,*}

^a Neurophysiologie clinique, CHU de Tours, 37000 Tours, France

^b Inserm UMR 1171, CHU, université de Lille, neurophysiologie clinique, 1, place de Verdun, 59045 Lille cedex, France

^c Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, santé mentale et addictologie, pôle psychiatrie, université de Strasbourg, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

^d Équipe 9, CNRS UPR 3212, Institut des neurosciences cellulaires et intégratives (INCI), 5, rue Blaise-Pascal, 67084 Strasbourg cedex, France

Disponible sur Internet le 24 décembre 2018

Suivi du SJSR :

Recrudescence des symptômes :

idem PEC initiale (ferritinémie +++)

Vérifier que le traitement est pris 1-2h avant le début des symptômes

Chercher des signes de SAS

Éliminer un **syndrome d'augmentation** si patient sous agoniste dopaminergique
Un syndrome d'augmentation doit être suspecté devant :

- Aggravation des symptômes en intensité, transformation douloureuse de la gêne sensitive
- Extension topographique : aux cuisses et pieds, atteinte des membres supérieurs
- Extension temporelle : début des symptômes dans l'après midi
- Apparition plus rapide des symptômes au repos qu'avant
- Un effet des traitement plus court qu'avant

Surveillance TCI si agoniste

Possible diminution du traitement si asymptomatique depuis plusieurs années

INSOMNIE

PSG?

Pas de PSG sauf arguments pour :

- un SAS
- des mouvements périodiques des jambes sans SJSR

Hygiène de sommeil (40% de réponse)

Restriction de sommeil/contrôle du stimulus (40%)

TCC

5% résistants

Prise en charge des comorbidités +++

(syndrome anxiodépressif, SJSR, SAS...)

Sevrage en hypnotiques :

Risque des hypnotiques :

- Chutes/confusion
- Troubles cognitifs
- Allège le sommeil (mais amnésiant)

Modalités d'arrêt :

- sevrage très progressif
- hygiène de sommeil, conduite à tenir en cas d'insomnie

Privilégier la MELATONINE LP (CIRCADIN, CHRONOBIANE) pour l'insomnie du sujet âgé (après hygiène de sommeil)

Insomnie de l'enfant :



20-50% des < 5 ans

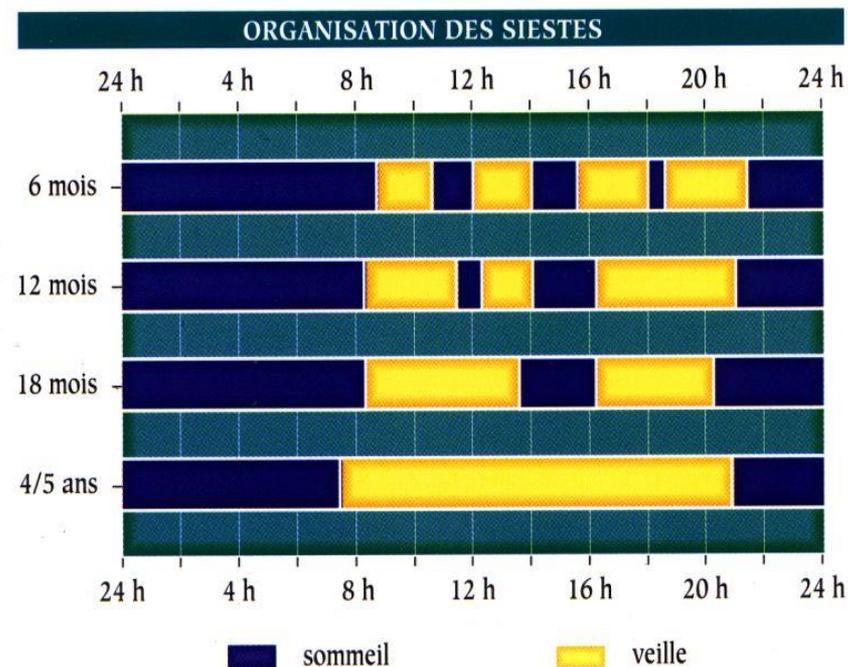
Attention au diagnostic d'insomnie par excès :
il est normal de présenter des éveils la nuit

A 3 mois, 8 éveils en moyenne par nuit, de 1 à 10 min
A 18 mois, 4 -5 éveils

INSOMNIE

Insomnie de l'enfant :

AGE	TEMPS DE SOMMEIL NECESSAIRE		
	Total sur 24h	Sommeil de nuit	Sommeil de jour
1 semaine	17h		
9 mois	16h	13h	3h
12 mois	15h	13h	2h
2 ans	14h	12h	2h
3-4 ans	13h	11h30	1h30
5-9 ans	12h	12h	Pas de sieste
10-12 ans	11h	11h	
12-14 ans	9-10h	9-10h	
Adolescent	10h	10h	
Adulte	8h	8h	



Perte de la sieste vers 4 et 6 ans

Insomnie de l'enfant :

Causes :

1. Environnementales (70%)

- Conditionnement anormal au sommeil
- Erreurs alimentaires
- Siestes trop longues ou trop tardives
- Absences de limite
- Endormissement inapproprié (bercement, biberon, télé, lit parent ...)

Insomnie de l'enfant :

Causes :

1. Environnementales (70%)

- Conditionnement anormal au sommeil
- Erreurs alimentaires
- Siestes trop longues ou trop tardives
- Absences de limite
- Endormissement inapproprié (bercement, biberon, télé, lit parent, bras...)



Comportements distincts

Ne pas laisser l'enfant s'endormir

- dans les bras
- avec un biberon

Insomnie de l'enfant :

Causes :

1. Environnementales (70%)

Insomnie de l'enfant :

Causes :

1. Environnementales (70%)

2. Organiques :

- maladies chroniques (asthme, douleurs...)
- SAS
- affections dermatologiques (prurigineuses) : eczema
- médicaments psychostimulants : cortico, béta2mimétique
- sd douloureux (dents, otites, hernie..) = l'enfant continue à pleurer dans les bras
- alimentaire :
RGO, APLV
- SJSR/MPJ

3. Psychologiques et psychiatrique, troubles du neurodéveloppement

Phase normale d'hyperactivité de fin de journée

=> **RITUEL D'ENDORMISSEMENT**

Objectif : rassurer et calmer

Activités :

- de moins en moins stimulantes
- idéalement dans le même ordre
- Brefs (max ¼ d'heure)

Importance de l'objet transitionnel

Possible rituel différent entre parents et grands-parents

Evolution des rituels avec l'âge



Pas d'écran 1-2h avant le coucher

Quelque soit le moment de la journée :

Pas d'écran avant 3 ans

Pas de console de jeu seul avant 6 ans

Pas d'Internet (même accompagné) avant 9 ans

En tous les cas, pas d'écran :

- **avant de dormir**
- **durant les repas**
- **dans la chambre**

Extinction graduelle : éliminer l'attention parentale en tant que renforçateur :

- rituel, explication données à l'enfant
- les parents sortent
il n'entrent qu'à **3 minutes**, en restant à un mètre, en rassurant (max 30s)
puis **5 min**
puis 10 min
puis 15 min et toutes les 15 min

Bedtime fading : Recréer l'association lit/sommeil :

- coucher plus tard, vers l'heure d'endormissement en maintenant l'heure de lever
- quand sommeil correct, avancer progressivement l'heure de coucher (15min /j par ex)

Renforçateurs positifs +++ (stickers ...)

SOMNOLENCE

Echelle d'Epworth

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

- 0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir
- 1 = faible chance de s'endormir
- 2 = chance moyenne de s'endormir
- 3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir
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 (cinéma, théâtre, réunion)	0 1 2 3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0 1 2 3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 1 2 3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0 1 2 3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0 1 2 3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0 1 2 3

TOTAL :

>10

SOMNOLENCE

Somnolence diurne

Somnolence diurne

PHYSIOLOGIQUE

Ultradien

Grossesse

Enfant

Somnolence diurne

PHYSIOLOGIQUE

Ultradien
Grossesse
Enfant

Agenda +++

INDUITE

Privation de sommeil +++
OH
Médicaments

SOMNOLENCE



Variabilité interindividuelle

Temps de sommeil nécessaire

« moyen » dormeur : 7h30

« courts » dormeurs : <6h (5%)

« longs » dormeurs : >9h (15%)

Très tôt : à la naissance : 11H à 23 H
Enfant long dormeur : dort >2h/groupe d'âge

Chronotype

« couche tôt » = matinal

« couche tard » = vespéral

Déterminé génétiquement

Peut être marqué dès l'enfance

Vacances = meilleure période d'évaluation

Privation de sommeil fréquente chez le long dormeur de typologie vespérale

Somnolence diurne

PHYSIOLOGIQUE

Ultradien
Grossesse
Enfant

PATHOLOGIQUE

INDUITE

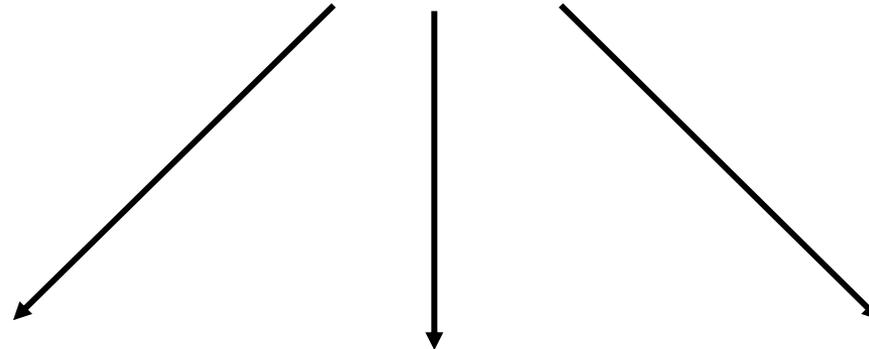
Privation de sommeil +++
OH
Médicaments

Somnolence diurne

PHYSIOLOGIQUE

Ultradien
Grossesse
Enfant

PATHOLOGIQUE



PERTURBATION DU SOMMEIL DE NUIT

- SAS
- MPJ

TROUBLE DU RYTHME CIRCADIEN

- Avance de phase
- Retard de phase

INDUITE

Privation de sommeil +++
OH
Médicaments

HYPERMOMNIE CENTRALE

- Hypersomnie
- narcolepsie

Somnolence diurne

PHYSIOLOGIQUE

Ultradien
Grossesse
Enfant

PATHOLOGIQUE

INDUITE

Privation de sommeil +++
OH
Médicaments

**PERTURBATION
DU SOMMEIL DE NUIT**
-SAS
-MPJ

**TROUBLE DU
RYTHME CIRCADIEN**
- Avance de phase
- Retard de phase

HYPERMOMNIE CENTRALE
- Hypersomnie
- narcolepsie

Polygraphie en ville si forte suspicion de SAS
polysomnographie sinon (ville ou CH)
Ne pas oublier l'hygiène de sommeil

Somnolence diurne

PHYSIOLOGIQUE

Ultradien
Grossesse
Enfant

PATHOLOGIQUE

INDUITE

Privation de sommeil +++
OH
Médicaments

PERTURBATION DU SOMMEIL DE NUIT

- SAS
- MPJ

TROUBLE DU RYTHME CIRCADIEN

- Avance de phase
- Retard de phase

HYPERMOMNIE CENTRALE

- Hypersomnie
- narcolepsie

Sommeil décalé mais de bonne qualité
Pas de plainte si pas de contrainte sociale
Hygiène de sommeil puis centre du sommeil si échec

Somnolence diurne

PHYSIOLOGIQUE

Ultradien
Grossesse
Enfant

PATHOLOGIQUE

~~PERTURBATION
DU SOMMEIL DE NUIT~~
-SAS
-MPJ

~~TROUBLE DU
RYTHME CIRCADIEN~~
- Avance de phase
- Retard de phase

INDUITE

~~Privation de sommeil +++~~
OH
Médicaments

HYPERSOMNIE CENTRALE

- Hypersomnie
- narcolepsie

↓
PSG /Évaluation
objective de la somnolence
en unité de sommeil

À évoquer d'emblée si
- Cataplexies

- Hallucinations aux transition veille-sommeil
- Paralysies du sommeil

Tests itératifs des latences d'endormissement (TILE)

= évaluation de la somnolence



4 à 5 siestes à heures fixes

Patient allongé, dans le noir

Consigne de se laisser aller au sommeil

PARAMÈTRES ÉTUDIÉS :

- **Latence moyenne d'endormissement**

= moyenne des latences d'endormissement de 4 à 5 siestes

- **Présence de sommeil paradoxal** (argument pour une narcolepsie)

Tests de maintien d'éveil (TME) = évaluation de la capacité à rester éveillé



4 siestes à heures fixes

Patient assis, lumière faible

Consigne de lutter contre le sommeil

Si endormissement, arrêt du test immédiatement

Sinon arrêt à 40 minutes

OBLIGATOIRE pour tout patient conduisant dans le cadre professionnel et présentant un syndrome d'apnée du sommeil, une narcolepsie ou une hypersomnie

PAS de visée diagnostique

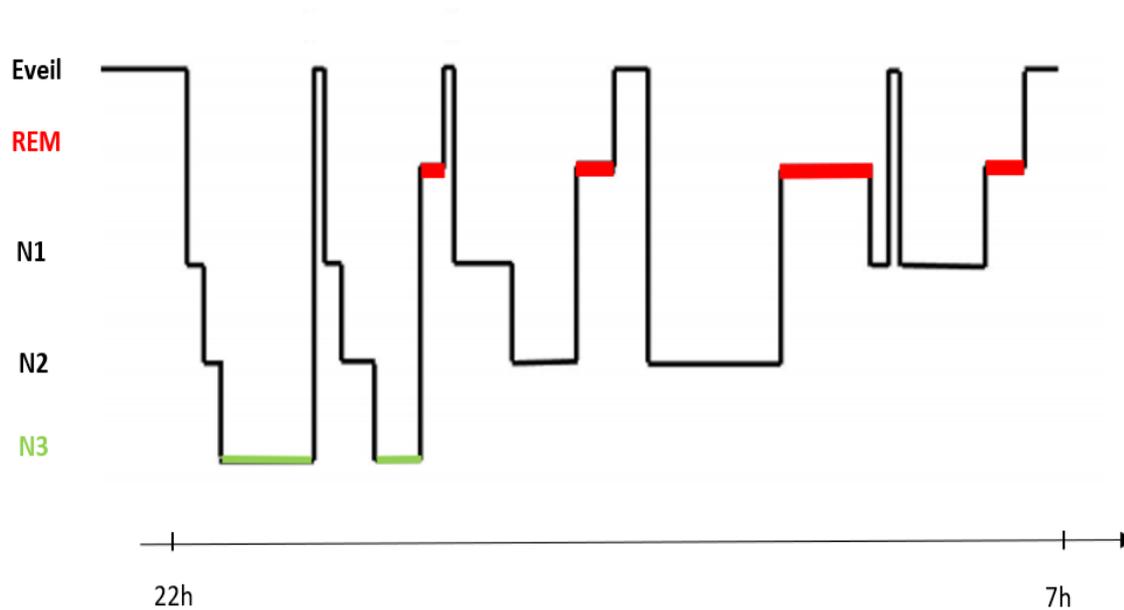
Insomnie + somnolence : traquer

- **le syndrome d'apnée du sommeil (SAS)**
- **le syndrome dépressif**
- **MPJ**

PARASOMNIES

Comportement moteur ou psychomoteur anormal survenant pendant le sommeil ou à la lisière entre éveil et sommeil

PARASOMNIES



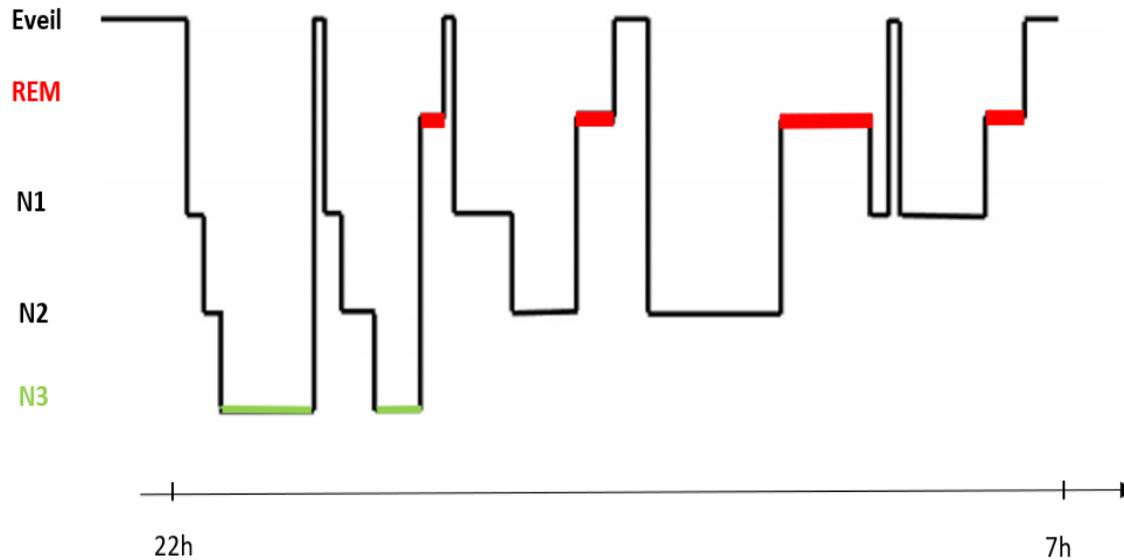
Parasomnies de sommeil lent profond :

- Somnambulisme
- Terreur nocturne
- Eveil confusionnel

Parasomnies de sommeil paradoxal :

- Trouble du comportement en sommeil paradoxal
- Cauchemars

PARASOMNIES



Parasomnies de sommeil lent profond :

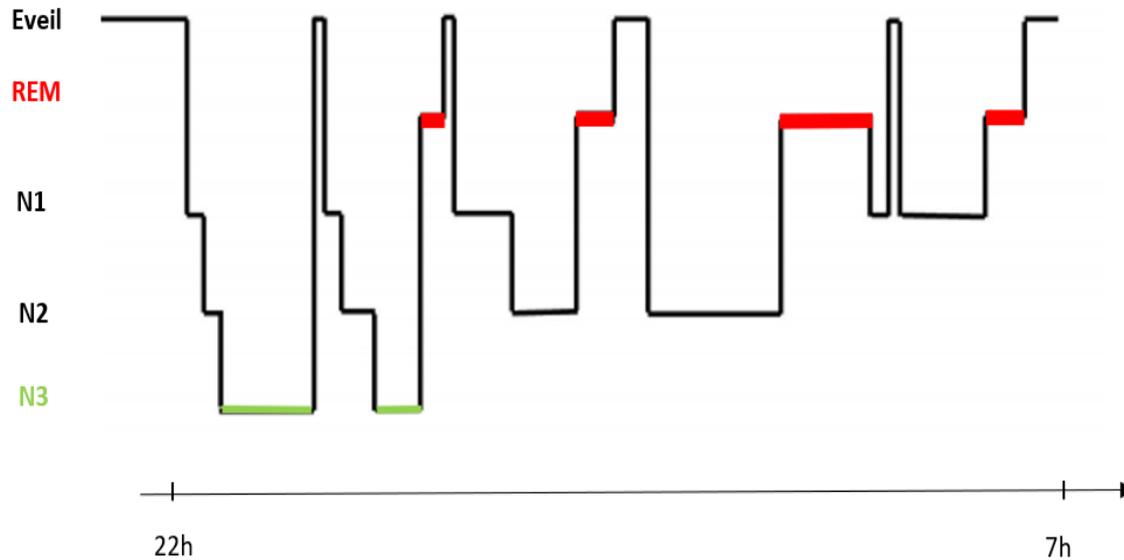
- Somnambulisme
- Terreur nocturne
- Eveil confusionnel

Parasomnies de sommeil paradoxal :

- Trouble du comportement en sommeil paradoxal
- Cauchemars

= propension à faire des éveils dissociés

PARASOMNIES



Parasomnies de sommeil lent profond :

Somnambulisme
Terreur nocturne
Eveil confusionnel

Parasomnies de sommeil paradoxal :

Trouble du comportement en sommeil paradoxal
Cauchemars

Diagnostic différentiel :

- MPJ
- crises épileptiques

Prise en charge des parasomnies de sommeil lent profond :

Rassurer

Eviter les facteurs favorisants:

- Augmentant le SLP : manque de sommeil, sport tardif, fièvre...
- Augmentant les éveils : stress, bruits, RGO, alcool ...

Sécuriser l'environnement +++

+Hypnose

Adresser si :

- Arguments pour une épilepsie

Épisodes stéréotypés, pas de stade de sommeil privilégié, brèves, nombreuses)

- Parasomnies de sommeil lent profond si

- ✓ Conséquences diurnes
- ✓ Début à l'âge adulte
- ✓ Mise en danger
- ✓ Épisodes fréquents
- ✓ Arguments pour un SAS

- Suspicion de TCSP

PARASOMNIES

TCSP



PARASOMNIES

TCSP

chambre 8

