



CE QUI CAUSE LA SOMNOLENCE :

La somnolence correspond à une vigilance altérée en durée ou en qualité entraînant des répercussions gênantes dans la vie quotidienne. Sa perception par le patient est variable, de même que l'expression de la gêne ressentie : parfois une somnolence objectivée comme majeure par des tests de laboratoire ne se traduit que par des plaintes limitées. La somnolence la journée traduit souvent une déstructuration du sommeil que le patient perçoit rarement. Longtemps méconnue, la somnolence reste très largement sous-diagnostiquée. Sa fréquence est estimée entre 3% et 9% de la population selon les données épidémiologiques récentes. La somnolence est une cause reconnue d'accidents de la circulation ou du travail ainsi que d'une altération de la qualité de vie.

Au regard de la loi, depuis 1997 la somnolence est devenue une contre-indication à la conduite automobile, sauf en cas de traitement efficace. Un renforcement de cette législation est envisagé et sera discuté au parlement en 2004.

LE SYNDROME D'APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

Aujourd'hui le syndrome d'apnées du sommeil ou SAS a démontré sa grande fréquence qui atteindrait jusqu'à 4% de la population. Il se rencontre plus souvent chez l'homme de la cinquantaine, ronfleur, en excès de poids dans un cas sur deux.

La somnolence diurne est variable et se manifeste surtout par des endormissements involontaires dès que les circonstances sont peu stimulantes d'où la nécessité de lutter très fréquemment contre le risque de s'endormir. Souvent, la somnolence est un peu banalisée au cours du SAS et elle doit de ce fait être recherchée avec soin. Une évaluation subjective, dans des circonstances préférentielles de survenue, est possible par l'échelle d'Epworth. Celle-ci renseigne sur la sévérité de la somnolence et permet un suivi ultérieur. Le réveil matinal est souvent difficile, accompagné parfois de céphalées ou d'une gorge irritée par les ronflements. La fatigue dans la journée est quasi constante : physique, intellectuelle (concentration et mémoire altérées) et sexuelle. Elle conduit insensiblement le patient à limiter ses activités, en particulier de loisir. Le diagnostic différentiel avec un état dépressif peut s'avérer difficile d'autant que dans certains cas un authentique état dépressif peut coexister.

La nuit, c'est le ronflement qui domine le tableau clinique : ancien, continu, bruyant, il motive plus souvent la consultation que la fatigue ou la somnolence. Il n'est cependant pas constant et certains patients très sévères ne ronflent plus de façon perceptible entre les apnées. Une nycturie (besoin fréquent d'uriner la nuit), un sommeil agité, ponctué de cauchemars, une transpiration abondante sont également souvent signalés.

L'obésité est fréquente mais 50% des apnéiques ont un poids normal. Le cou est souvent court et large, la mâchoire inférieure est parfois en retrait par rapport à celle du haut. Les voies aériennes supérieures sont rétrécies mais, c'est l'insuffisance de contraction des muscles de la langue et du voile du palais qui serait en cause dans l'apparition des apnées.

L'enregistrement polysomnographique va montrer l'existence d'arrêts respiratoires durant plus de 10 secondes ou apnées, avec interruption complète du flux d'air mesuré au niveau du nez et de la bouche. Ceci survient alors que les efforts respiratoires au niveau du thorax et de l'abdomen persistent. Ceci différencie les apnées obstructives des apnées centrales au cours desquelles la commande de la respiration est interrompue au niveau des centres du cerveau, les mouvements thoraco-abdominaux étant de ce fait absents au cours de l'apnée. Parfois le débit respiratoire est seulement réduit, on parle alors d'hypopnées, si on objective une réduction de débit de moitié ou une diminution de la saturation en oxygène ou une réaction d'éveil brève, associée à la réduction de débit. On considère comme pathologique un index d'événements respiratoires (apnées + hypopnées) supérieur à 10. Ce seuil est inadapté chez les sujets âgés. La fréquence des apnées augmente en effet avec l'âge, ce qui rend un peu arbitraire l'attribution d'une limite pathologique. En fait la présence de manifestations cliniques gênantes et leur disparition sous traitement constituent un élément important du diagnostic.

L'oxymétrie qui enregistre la saturation du sang en oxygène en continu au cours du sommeil montre le retentissement des apnées sur le taux d'oxygène sanguin et sa diminution peut être très importante, jusqu'à 50% au cours de chaque apnée. Le sommeil est fragmenté par de nombreux éveils brefs ou micro-éveils à chaque fin d'apnée ou hypopnée. Le sommeil ne s'approfondit pas et le sommeil paradoxal est lui aussi souvent fragmenté, le tout aboutissant à un déficit important de la qualité du sommeil. Ces micro-éveils sont rarement perçus par le patient qui se fiant à la rapidité voire la brutalité de son endormissement, juge souvent son sommeil comme bon.

Les complications sont diverses, certaines dues à la somnolence comme l'incidence accrue d'accidents de voiture, d'autres au retentissement cardio-vasculaire : HTA, accidents ischémiques cérébraux ou coronariens, avec une incidence sur la morbi-mortalité cardiovasculaire globale démontrée. La résistance à l'insuline présente chez les patients obèses, diabétiques ou non, est fréquemment aggravée

La prise d'alcool ou d'anxiolytiques joue un rôle aggravant en majorant l'insuffisance des muscles dilatateurs du pharynx et en abaissant le seuil d'éveil. Il en est de même pour l'excès pondéral qui joue un rôle aggravant plutôt que causal car tous les SAS ne disparaissent pas après sa correction.

En dehors de la suppression des facteurs aggravants (excès de poids, prise de traitement, consommation d'alcool le soir), le traitement du SAS d'intensité modéré à sévère repose sur la mise sous pression positive continue (PPC) pendant le sommeil. Cette méthode consiste à envoyer à travers un masque étanche nasal ou facial de l'air sous faible pression dans les voies aériennes. L'écueil majeur de ce traitement toujours efficace est la difficulté que rencontrent certains patients à s'adapter ou à maintenir ce traitement au long cours : tolérance locale

médiocre et lassitude viennent alors rendre difficile le traitement au long cours. Les formes plus modérées peuvent voir leur état amélioré par une orthèse de propulsion mandibulaire. Ce dispositif consiste en deux gouttières de plastique adaptées aux dents du patient et solidarisées de façon à avancer un peu la mâchoire inférieure pour dégager plus d'espace au niveau du pharynx. L'uvulo palato pharyngoplastie (UPPP) est un geste chirurgical qui vise à raccourcir le voile du palais et élargir le pharynx. Elle peut être indiquée dans des formes légères si les anomalies de la morphologie du pharynx sont limitées à ce niveau et qu'il n'existe pas d'anomalie du squelette facial.

LE RONFLEMENT ET LE SYNDROME DE RESISTANCE DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES

Le ronflement est généralement associé à l'image d'un sommeil profond, l'existence chez 10% des ronfleurs d'apnées du sommeil ayant largement remis en cause cette idée. Même en l'absence d'un SAS caractérisé, le ronflement n'est pas le signe d'un sommeil profond, il peut au contraire être source de perturbations plus ou moins importantes du sommeil et de la vigilance.

La prévalence du ronflement est élevée, de 20% à 50%, elle est plus élevée chez l'homme et augmente avec l'âge. Le ronflement est dû à la vibration des tissus du pharynx. La morphologie (du voile du palais qui est plus long et plus épais) et le manque de tonicité déterminent la plus ou moins grande aptitude des tissus à vibrer. Le rétrécissement du pharynx et l'obstruction nasale sont également déterminants.

L'ancienneté, l'intensité, la permanence du ronflement mais aussi des interruptions répétées de celui-ci accompagnées de reprises bruyantes au cours de la nuit doivent inciter à explorer le sommeil surtout s'il s'accompagne d'un sommeil agité, léger, fragmenté et d'un retentissement diurne : réveil difficile, céphalées, fatigue. L'existence d'une somnolence diurne est une indication formelle de polysomnographie. Celle-ci révélera parfois un SAS ou un syndrome de résistance des voies aériennes supérieures. (SRVAS).

Dans tous les cas, la perte de poids, la suppression des hypnotiques ou des anxiolytiques myorelaxants, de la prise d'alcool le soir auront un effet bénéfique sur le ronflement. L'évaluation et le traitement d'une obstruction nasale chronique peuvent également améliorer la situation. Le conditionnement à dormir sur le ventre ou le côté peuvent avoir un bon résultat si le ronflement est lié à la position ce qui est assez souvent le cas.

Le syndrome de résistance des voies aériennes supérieures (SRVAS) comporte une augmentation des efforts musculaires déployés lors de chaque inspiration. L'air est inspiré en quantité un peu réduite mais suffisante. Cependant les efforts musculaires provoquent des micro- éveils et une fragmentation consécutive du sommeil provoquant une somnolence qui peut être sévère. La polysomnographie met en évidence les micro - éveils, l'augmentation de l'effort et les limitations du débit à l'inspiration mais ne montre pas ou peu d'apnées ou d'hypopnées, pas de désaturations en oxygène Les traitements sont les mêmes que pour le syndrome d'apnées du sommeil.

LA NARCOLEPSIE

La maladie de Gélinau a été décrite dès 1880, il s'agit de la 2ème cause somnolence diurne après le syndrome d'apnées du sommeil (SAS). Sa prévalence serait de 2 à 6 pour 10 000.

Elle débute généralement entre 15 et 30 ans mais des formes précoces à partir de 5 ans ou tardives après 50 ans ont été décrites. Ses manifestations cliniques sont souvent très caractéristiques, leur présence impose une exploration du sommeil pour confirmer le diagnostic. Trop souvent les signes ne sont pas reconnus par les praticiens et le délai moyen entre l'apparition du premier symptôme et le diagnostic serait encore de plusieurs années. Il faut donc la rechercher systématiquement devant toute somnolence excessive du sujet jeune.

Les symptômes de la narcolepsie associent une somnolence diurne excessive: une cataplexie, des hallucinations et la sensation de paralysies à l'endormissement ou au réveil. Le sommeil est de mauvaise qualité, instable et fragmenté. Rapportée à une désinhibition du sommeil paradoxal, ce trouble a été montré lié à un déficit en une protéine du cerveau, l'orexine. Cette substance éveillante a été identifiée dans l'hypothalamus il y a quelques années et suscite beaucoup d'espoirs concernant de nouveaux traitements.

La somnolence consiste en des « attaques » de sommeil brutales, incontrôlables, favorisées par les circonstances non stimulantes. D'une durée habituelle de quelques minutes, ces accès peuvent être plus brefs, réalisant des micro sommeils révélés par des comportements automatiques, plus ou moins cohérents. La somnolence est handicapante et ce d'autant plus qu'elle apparaît tôt dans la vie, perturbant la scolarité puis la vie professionnelle.

La cataplexie correspond à la perte brutale bilatérale du tonus musculaire durant quelques secondes ou quelques minutes. Les accès sont déclenchés par les émotions : le rire, la colère, la surprise. Raconter une histoire drôle, répliquer à quelqu'un, rire, prendre la parole en public, se sentir ému déclenchent souvent les accès. Ceux-ci peuvent être plus ou moins complets : de l'effondrement sur le sol à la sensation de faiblesse localisée: genoux qui se déroboent, tête qui fléchit, et plus moins fréquents. Lorsque les accès de cataplexie surviennent plusieurs fois par jour, ils peuvent conduire le patient au repli social.

Les hallucinations se manifestent lors de l'endormissement ou du réveil et sont souvent accompagnées par des paralysies du sommeil : le dormeur reste prisonnier d'un corps qu'il ne peut plus commander. Le plus souvent angoissantes ou effrayantes, elles sont principalement visuelles et sensorielles mais jamais auditives, à la différence de la schizophrénie au cours de laquelle les « voix » sont fréquentes. Ces manifestations correspondent à l'intrusion brutale du sommeil paradoxal alors que le sujet est réveillé.

Le sommeil nocturne est décrit comme médiocre : léger, instable, fragmenté par de nombreux éveils. Il existe fréquemment un état dépressif associé (30% des cas).

Le diagnostic est facile s'il existe des accès de cataplexie. Sinon, il sera confirmé par les tests itératifs d'endormissement (TIE) qui montrent un endormissement rapide, en moyenne en 4 minutes et la présence de sommeil paradoxal (SP).

Il existe des formes familiales de narcolepsie mais elles sont rares. La concordance chez des jumeaux homozygotes est de 17 à 35% et le risque pour un enfant de parent narcoleptique d'être atteint est de 1 à 2% (ce qui correspond à une augmentation du risque de 20 à 40 fois).

Il faut distinguer la narcolepsie de l'hypersomnolence diurne idiopathique dans laquelle on retrouve une hypersomnie sévère avec un sommeil nocturne long et profond et un réveil difficile. Au cours de la journée les siestes aggravent plutôt la somnolence alors qu'elles sont réparatrices pour le patient narcoleptique. Les latences multiples d'endormissement confirment parfois, mais pas toujours, la rapidité des endormissements mais ne montrent pas de SP.

La somnolence du sujet déprimé est une vigilance diurne médiocre associée à un repli au lit fréquent la journée et un sommeil nocturne de qualité variable. Les latences d'endormissement sont en général dans les limites de la normale voire allongées.

La somnolence excessive est contrôlée par le modafinil chez environ 2/3 des narcoleptiques, à une dose de 100 à 400 mg. En cas d'échec le recours à la ritaline ou à la dexamphétamine peut donner de bons résultats à doses élevées mais ces produits présentent des effets indésirables sévères : risque de dépression, de psychose induite, d'assuétude ou de troubles cardiovasculaires. La cataplexie répond favorablement aux antidépresseurs tricycliques (clomipramine) ou aux IRS (fluoxétine) La pratique de siestes brèves est recommandée, quand cela est possible, car elles sont réparatrices et garantissent une vigilance améliorée pour l'heure voire les heures qui suivent.

L'HYPERSOMNIE IDIOPATHIQUE

Sa fréquence estimée serait de l'ordre de 1 à 2 pour 10000, mais ceci mériterait d'être confirmée lors d'études épidémiologiques fiables. Elle débute volontiers avant 30 ans, avec ou sans antécédents familiaux, sans facteur déclenchant particulier. Son origine est encore mystérieuse, une composante génétique est probable.

La forme complète de la maladie associe une somnolence diurne permanente, un sentiment de n'être jamais pleinement éveillé, ponctué d'endormissements involontaires plus facilement contrôlables que dans la narcolepsie. Ces accès de sommeil sont longs et non réparateurs : le réveil, qu'il suive une nuit de sommeil ou une sieste, est difficile: le patient met du temps à émerger vers un état de conscience claire, il peut même se révéler désorienté dans le temps et l'espace au réveil. Le plus souvent il n'entend pas sonner le réveil tant son sommeil est profond ou se rendort immédiatement. Se lever le matin est une difficulté majeure évoquée par ces patients et ce malgré des stratégies souvent très élaborées : réveils multiples, sonneries de téléphone, radio ou chaînes hi-fi programmées à au niveau maximal n'empêcheront pas le sujet, indifférent au bruit, de poursuivre son imperturbable sommeil. Seul des parents, un conjoint, un ami déterminé sont efficaces pour permettre au patient de terminer sa nuit à l'heure voulue. Les conséquences scolaires et sociales sont rapidement importantes : incapable d'être à l'heure le matin le sujet peut susciter un certain rejet de son milieu professionnel et l'agacement de ses proches. A la différence de la narcolepsie, le sommeil nocturne est long, profond et de bonne qualité. Les signes ne sont pas toujours aussi sévères mais la difficulté à terminer le sommeil est très caractéristique. L'enregistrement polysomnographique confirmera la somnolence subjective et surtout permettra de vérifier l'absence d'une autre cause d'hypersomnie. Les enregistrements de 24 heures montrent l'heure tardive du réveil spontané et la capacité à dormir 10 heures d'affilée, voire plus puis à faire une sieste de plusieurs heures. Le temps de sommeil sur 24 heures est souvent supérieur à 12 heures. Les Tests Itératifs d'Endormissement confirment souvent la réalité de l'hypersomnie

avec une latence moyenne d'endormissement courte (<10 mn) et l'absence de sommeil paradoxal lors des endormissements.

LES HYPERSOMNIES PSYCHOGENES

Jadis appelées hypersomnies névrotiques, elles apparaissent surtout dans le cadre des troubles de l'humeur : un état dépressif sur 10 environ s'accompagnerait d'une somnolence plutôt que d'une insomnie. Il s'agit alors volontiers d'un sujet jeune, présentant un état dépressif d'intensité modérée avec une augmentation de l'appétit plutôt qu'une anorexie

Les dépressifs bipolaires qui alternent dépression et euphorie souffriraient plus souvent d'une hypersomnie. De plus, les conséquences habituelles de la dépression : le repli sur soi, le désintérêt pour l'avenir et les activités habituelles, le fait de se réfugier au lit contribuent à majorer, voire à déterminer l'hypersomnie

Une symptomatologie voisine est observée dans la dépression saisonnière ou trouble affectif saisonnier (SAD, Seasonal Affective Disorder). Il s'agit typiquement d'une dépression de la femme d'âge moyen dont les symptômes apparaissent à l'automne, connaissent leur acmé vers décembre - janvier avant de s'atténuer vers mars pour disparaître en mai. Le sommeil nocturne est long, profond avec un endormissement rapide parfois très précoce dans la soirée. Le réveil matinal est difficile, tardif. La somnolence au cours de la journée et comparable à celle de l'hypersomnie idiopathique, les jours de congés sont souvent consacrés à de siestes répétées, de valeur réparatrice variable. Le maintien d'une activité socio-professionnelle devient rapidement difficile.

Le trait caractéristique est la totale disparition des symptômes à la belle saison : le sujet retrouve des besoins de sommeil normaux, une vigilance intacte et le dynamisme qui lui faisait défaut, au-delà même parfois de la normale. La dépression saisonnière bénéficie d'une thérapie originale : la photothérapie ou exposition à la lumière qui joue un rôle thérapeutique et préventif. Elle consiste en l'exposition à une lumière intense (plus de 2000 lux) pendant une à deux heures par jour, de préférence le matin.

Il existe de façon comparable à l'insomnie réactionnelle une hypersomnie réactionnelle secondaire à un stress ou des événements vitaux. En général d'intensité modérée et de durée brève, elle donne rarement lieu à consultation car elle est perçue comme bénéfique par le patient. En revanche, survenant chez une personnalité expansive, l'hypersomnie peut occuper le premier plan et se manifester sous forme d'accès récurrents invalidants.

LES MOUVEMENTS PERIODIQUES NOCTURNES DES MEMBRES

Les mouvements périodiques des membres affectent le plus souvent les jambes et se manifestent par des secousses de quelques secondes survenant de façon assez régulière, environ toutes les 30 secondes. Ils associent une extension du gros orteil, une flexion du pied,

voire du genou et de la hanche. Leur fréquence croît de façon importante avec l'âge: elle atteindrait 30% après 50 ans et 45% après 65 ans.

La somnolence diurne peut être un des signes révélateurs de ce trouble mais plus souvent le patient se plaint d'insomnie ou de sommeil léger, non réparateur, associée à une fatigue importante. Bien souvent c'est le conjoint qui signale des coups de pied ou un pédalage nocturne. Les draps sont parfois arrachés, voire usés au niveau des talons.

La polysomnographie confirme l'existence des secousses au niveau du muscle jambier antérieur. Celles ci ont une durée de 0,5 à 5 secondes, et surviennent en bouffées répétées à intervalle de 4 à 90 secondes. Elles s'accompagnent souvent d'un micro éveil. On considère ces secousses comme anormales quand il y en a plus de 5 par heure. Elles prédominent pendant la première moitié de la nuit et sont fréquentes chez des patients présentant une autre pathologie du sommeil comme une narcolepsie ou un syndrome d'apnées du sommeil. On les retrouve souvent associées à une anémie, une insuffisance rénale, un traitement antidépresseur. Les symptômes évocateurs sont donc particulièrement discrets mais bien souvent ce trouble est associé au syndrome des jambes sans repos.

LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS OU IMPATIENCES

Le syndrome des jambes sans repos comporte des signes si caractéristiques, qu'ils suffisent au diagnostic s'ils sont au complet. Cette sensation de fourmillement, de picotements, de brûlure, parfois difficile à décrire survient ou s'aggrave au repos, elle s'accroît avec la fatigue et se manifeste surtout le soir et en particulier au coucher. Elle est souvent déclenchée par l'immobilité forcée : avion, spectacle constituant des circonstances d'apparition fréquentes. Elle est soulagée par le mouvement et s'accompagne d'un besoin irrésistible de bouger d'où son nom d'impatiences.

Ces impatiences vont perturber l'endormissement ou le ré-endormissement. Elles apparaissent souvent vers la trentaine et leur évolution est fluctuante au cours du temps avec de longues périodes de rémissions, bien qu'elles tendent en général à s'aggraver avec l'âge. Elles peuvent prédominer d'un côté et affecter également les membres supérieurs.

Elles sont particulièrement fréquentes au cours du dernier trimestre de la grossesse. Si l'enregistrement polysomnographique n'est pas nécessaire au diagnostic, il montre, quand il est pratiqué, que dans 4 cas sur 5 des mouvements périodiques nocturnes sont associés. Comme pour les mouvements périodiques, les impatiences sont plus fréquentes chez les patients sous antidépresseurs, en particulier les IRS.

Le traitement de ces deux affections fréquemment associées est commun : en première intention le recours à une benzodiazépine sédatrice comme le clonazépam, en augmentant progressivement la dose à partir de 0,5 mg est logique dans la mesure où il fait disparaître les micro-éveils et accélère l'endormissement. En revanche, il n'a pas d'effets sur les mouvements eux-mêmes. Son principal inconvénient est l'épuisement de ses effets qui s'installe après quelques mois de prise continue ; il est donc souhaitable de recourir rapidement à une prise discontinue avec fenêtre thérapeutique en fin de semaine ou lors des vacances. Certains médicaments contre la maladie de Parkinson (agonistes dopaminergiques) sont efficaces sur la disparition des mouvements, et ce au long cours. Ils présentent l'inconvénient de provoquer parfois des rebonds d'impatiences en cours de nuit ou dans la journée.

LE TRAVAIL POSTE

Le travail à horaires décalés ou variables concerne une partie croissante de la population, y compris dans des professions où la conduite ou le pilotage de machines nécessitent une vigilance optimale. Si la connaissance du fonctionnement de nos horloges internes a fait des grands progrès, en revanche la législation et la médecine du travail ont encore à améliorer les conditions du travail posté pour réduire ses conséquences sur la somnolence.

Le sommeil obtenu dans la journée est en effet souvent raccourci par rapport au sommeil obtenu la nuit. Il est perturbé à la fois par des facteurs externes (bruit, lumière...) et des facteurs internes. La composition du sommeil subit en effet l'influence de notre horloge interne, le sommeil est donc aussi de moins bonne qualité. De même, la vigilance au travail doit être maintenue à une période où l'individu est normalement endormi. Elle est donc moins bonne car elle survient à un moment où l'horloge interne a mis l'organisme dans les conditions du repos. De plus elle est perturbée par le déficit antérieur de sommeil.

La consommation excessive de stimulants, de café, d'hypnotiques et parfois d'alcool, n'apporte aucun bénéfice et doivent être évitées. Avec l'âge, le travail posté est souvent moins bien supporté et les difficultés s'accroissent avec le temps, sans que l'on puisse dire si le vieillissement ou l'ancienneté du travail posté sont en cause.

Les conséquences du travail posté sur le sommeil varient selon le sens de la rotation et sa fréquence. « Rotations avant » (horaires de travail retardés) et alternances courtes (2 ou 3 nuits consécutives) sont physiologiquement les mieux tolérées. L'aménagement des horaires peut donc améliorer la situation, de même que la photothérapie facilite l'adaptation aux changements d'horaires et stimule la vigilance. Les facteurs de personnalité, la profession exercée et la qualité de l'environnement social jouent également un rôle déterminant.

L'HYPERSOMNIE PAR INSUFFISANCE DE SOMMEIL

Aiguë ou chronique, choisie ou subie, délibérée ou fortuite, consciente ou non, l'insuffisance de sommeil est susceptible de conséquences réelles sur la vie diurne. S'agit-il d'une pathologie ou d'une mauvaise adaptation? La société et le monde du travail entretiennent des relations ambiguës avec le besoin de sommeil. Il est le plus souvent sous-estimé, voire nié. Des études menées dans les pays industrialisés montrent que le temps de sommeil est souvent inférieur d'au moins une heure au besoin estimé par le sujet. Le temps dévolu au sommeil s'est réduit du fait de la modernité : électricité, télévision, mais aussi sous la pression du temps de travail croissant en particulier pour les femmes et les cadres.

Le syndrome d'insuffisance de sommeil est un trouble durable de la vigilance lié à une restriction volontaire mais non intentionnelle de sommeil. Le patient consulte pour une somnolence diurne plus ou moins marquée. Celle-ci prédomine après le repas. Le réveil du matin peut être difficile, la récupération s'effectuant les jours de congés sous la forme de grasses matinées. Il s'agit typiquement d'un trouble de l'âge moyen, du sujet ayant une activité professionnelle chargée. Des charges familiales, un niveau d'exigence personnel important, le désir d'en faire et d'en vivre le maximum, un certain plaisir à lutter contre le

sommeil, à le maîtriser sont les facteurs favorisant le déficit chronique de sommeil. Dans d'autres cas, la restriction de sommeil est subie, secondaire à la maladie d'un proche, la naissance d'un bébé, un travail à horaires variables. La somnolence diurne est souvent banalisée. Le lien entre somnolence diurne et déficit de sommeil est souvent connu mais relativisé.

La polysomnographie montre un sommeil "concentré" riche en sommeil lent profond, efficace, un endormissement rapide. Les latences d'endormissement sont courtes confirmant la dette de sommeil, et s'améliorent parfois dans la journée au fur et à mesure que les tests autorisent une récupération.

La présence de la somnolence diurne différencie ces patients des courts dormeurs qui ont un temps de sommeil bref mais n'en perçoivent aucune conséquence diurne.

Le traitement consiste en l'allongement de la durée du temps consacré au sommeil, la nuit ou si cela est impossible, dans la journée sous forme de siestes. Certains traits de personnalité peuvent rendre cet aménagement difficile à accepter par certains alors même que sa nécessité est clairement perçue. Pourtant les bénéfices seront évidents : les journées seront certes plus courtes mais les performances meilleures. La prise de stimulants dans ce contexte est à déconseiller formellement.

LES HYPERSOMNIES SECONDAIRES A UNE PRISE MEDICAMENTEUSE

Les patients psychiatriques sont très exposés aux effets secondaires des traitements psychotropes sur la vigilance: tranquillisants, antidépresseurs, neuroleptiques, régulateurs thymiques, anti-convulsivants, anti-parkinsoniens. Les produits risquant d'induire une somnolence seront bientôt signalés par des pictogrammes spécifiques.

Hypnotiques et tranquillisants :

Banale en début de traitement, la somnolence que perçoit le patient s'estompe après quelques jours. Ceci ne doit pas rassurer trop vite le patient, car la baisse de vigilance observée aux tests de performance persiste. Les réflexes en particulier restent plus lents. La somnolence résiduelle observée le matin après la prise d'un médicament pour dormir doit conduire à diminuer les doses ou à changer de traitement après l'avis de son médecin traitant.. Les sujets âgés sont plus sensibles à la somnolence

Neuroleptiques :

La somnolence dépend de la dose, elle est variable selon les patients, les médicaments mais aussi le stade d'évolution de la maladie. Elle est parfois inévitable au début du traitement, lorsque l'agitation ou un état d'angoisse majeur doivent être calmés.

Antidépresseurs :

La plupart des antidépresseurs peuvent provoquer une somnolence pendant les premiers jours du traitement. Là également, les effets sont variables d'un produit à l'autre et surtout d'un patient à l'autre

Autres :

Les médicaments contre l'allergie surtout les antihistaminiques les plus anciens, les médicaments contre l'épilepsie, la maladie de Parkinson, la migraine, la douleur peuvent provoquer une somnolence plus ou moins sévère. Il en est de même pour certains médicaments contre l'hypertension artérielle. Les progestatifs sont susceptibles d'induire une somnolence. Lorsqu'une somnolence gênante et durable apparaît, alors que l'on prend un

traitement de ce type, il est indispensable de mentionner cet effet au médecin qui a prescrit ce traitement, surtout si l'apparition de la somnolence et l'instauration du traitement coïncident. Lorsque le traitement est ancien, il est parfois difficile d'établir si le traitement est vraiment responsable.

L'HYPERSOMNIE POST-TRAUMATIQUE

Elle se manifeste par une somnolence diurne associée à un sommeil de nuit désorganisé. Elle apparaît en général dans l'année qui suit un traumatisme crânien ayant comporté une perte de connaissance, indépendamment de la sévérité de celui-ci. Elle peut s'intégrer ce que l'on appelle « syndrome subjectif du traumatisé crânien » qui associe des douleurs de la tête et du cou, une insomnie, un état dépressif, des troubles de la mémoire et de la concentration et parfois des modifications du caractère... elle est alors souvent négligée. Elle peut également survenir de façon isolée sans autres manifestations associées.

Parfois difficile à mettre en évidence aux tests d'endormissement, elle est souvent associée un sommeil nocturne fragmenté et de mauvaise qualité. L'imagerie cérébrale ne montre en général aucune lésion.

LES HYPERSOMNIES DE CAUSE MEDICALE

Les infections virales en particulier la grippe peuvent s'accompagner d'une somnolence importante. Celle-ci est secondaire à l'activation du système immunitaire. D'autres maladies infectieuses ou atteignant l'immunité comme : la mononucléose infectieuse ou certaines hépatites virales peuvent laisser persister longtemps une somnolence associée à la fatigue. Les encéphalites, avec au premier plan la maladie du sommeil ou trypanosomiase africaine ou l'encéphalite de Von Economo qui a ravagé l'Europe au début du siècle donnent des troubles de la vigilance majeurs. L'apparition brutale d'une hypersomnie peut être le signe d'apparition d'une d'une maladie grave en général d'une lésion du cerveau mais ces cas sont rarissimes. Il existe alors d'autres signes : maux de tête, nausées, vomissements ou déficits divers.