

Comment aborder l'hypersomnolence?

Vincent Jobin, M.D., FRCPC
et Pierre Mayer, M.D., FRCPC



Présenté dans le cadre de la conférence Les journées de pharmacologie, Université de Montréal, mai 2008

Le cas de Dominique

Dominique, 43 ans, se présente à votre bureau. Elle se plaint d'une somnolence au long cours qui l'empêche d'avoir une vie normale. Elle pourrait s'endormir n'importe où et n'importe quand, malgré 11 à 12 heures au lit par jour!

Comment aborder le problème?

D'abord, quantifier et qualifier la somnolence

Il est normal d'avoir un peu de somnolence en après-midi, mais lorsque cette somnolence devient excessive et limite le sujet dans ses activités, il faut investiguer. Une étude récente montre que 13 % des Américains rapportent une somnolence qui limite régulièrement leurs activités quotidiennes. Il s'agit donc d'un problème fréquent.

L'échelle d'Epworth (Tableau 1) est la plus utilisée pour quantifier la somnolence. À défaut de l'utiliser régulièrement lors d'une clinique bondée, elle devient un outil très utile lors d'un contexte légal ou, par exemple, si un arrêt de travail est envisagé pour cette condition. Une bonne anamnèse est aussi essentielle, comprenant l'hygiène du sommeil (l'heure du coucher, le temps d'endormissement, l'heure du réveil ou du lever, le besoin de faire la sieste), une révision de la médication et un dépistage de l'apnée du sommeil. On devra aussi vérifier s'il y a une dangerosité associée à cette somnolence, tel que nous le verrons plus loin. Souvent la fatigue accompagne la somnolence, mais il faut bien distinguer le manque d'énergie propre aux pathologies, comme le syndrome de fatigue chronique et la fibromyalgie, de la véritable somnolence qui fait « cogner des clous ».

Tableau 1

Échelle de somnolence d'Epworth : probabilité de s'assoupir ou de s'endormir dans huit circonstances de la vie quotidienne

- Lire en position assise
- Regarder la télévision
- Assis inactif dans un lieu public (théâtre, réunion)
- Passager d'un véhicule > 1 h
- Étendu l'après-midi lorsque les circonstances le permettent
- Assis, parlant à quelqu'un
- Assis tranquillement après un repas sans alcool
- Dans une voiture arrêtée au feu rouge ou dans le trafic

Pointage :

- 0 = aucun risque
- 1 = risque faible
- 2 = risque modéré
- 3 = risque élevé

Score global normal < 11/24

Huit questions à poser à un sujet somnolent (en fonction de la maladie recherchée)

I- Dormez-vous assez? (carence en sommeil)

La durée moyenne du sommeil est d'environ 7 h 30 en Amérique du Nord. Cependant, il est bien démontré que pendant les jours de travail, la plupart des individus ont tendance à écourter la durée de leur sommeil d'environ une heure par rapport aux jours de fin de semaine. Or, il est important de savoir que la dette en sommeil est cumulative. Par exemple, si on ampute d'une heure par jour le sommeil d'individus normaux pendant 14 jours, ils performeront aussi mal lors de tests psychométriques que s'ils n'avaient pas dormi pendant 48 heures d'affilée. De plus, les mêmes sujets auront tendance à diminuer la perception qu'ils ont de ces déficits avec la dette en sommeil qui s'accumule.

La carence en sommeil reste la cause la plus fréquente de somnolence diurne, et il importe d'estimer la durée de sommeil des dernières semaines et de la comparer aux

Tableau 2

Investigation au laboratoire du sommeil

Test	Paramètres mesurés	Utilité
• Polysomnographie au laboratoire (PSG)	• EEG, EOG, EMG • Saturation en O ₂ , pouls, débit naso-buccal, mouvements thoraciques et abdominaux	• Utile pour le sujet somnolent sans cause évidente au questionnaire • Quantifier et qualifier le sommeil • Mouvements nocturnes des membres • Apnées du sommeil
• Test itératif de latence d'endormissement (TILE)	• EEG, EMG, EOG • Mesure de la latence moyenne d'endormissement lorsque le sujet reçoit comme consigne de dormir pour 4 à 5 périodes d'observation pendant une journée • Fait le lendemain d'une PSG	• Quantifier la somnolence • Faire le diagnostic de narcolepsie
• Test de maintien de l'éveil (TME)	• EEG, EMG, EOG • Mesure de la latence moyenne à l'endormissement lorsque le sujet reçoit comme consigne de rester éveillé pour 4 à 5 périodes d'observation pendant une journée	• Quantifier la vigilance • Objectiver si un sujet est apte à effectuer une tâche pour laquelle de la vigilance est nécessaire

besoins habituels du sujet. À cet effet, les changements observés la fin de semaine ou lors des vacances ainsi qu'un journal de sommeil peuvent être très utiles pour objectiver le problème. On peut alors réviser les mesures de base concernant l'hygiène du sommeil, puis on pourra recommander au sujet d'augmenter progressivement ses heures de sommeil afin de voir s'il y a un changement.

2- Dormez-vous à des heures régulières? (troubles circadiens – insomnie)

Il suffit de penser à l'effet d'un décalage horaire pour comprendre comment des horaires de sommeil irréguliers peuvent

entraîner de la somnolence. À peu près 7 % de la population active effectue des horaires de travail dits postés (horaire de soir, de nuit ou rotatifs). Environ 15 % de ces travailleurs présenteront des troubles du sommeil comprenant de l'insomnie et de la somnolence principalement causées par une carence en sommeil.

Pour le travail posté, plusieurs avenues thérapeutiques sont possibles. Dans un premier temps, la modification des horaires de travail (si possible) et de l'environnement de sommeil (chambre sombre, sans bruit) peuvent s'avérer efficaces. Parfois, des somnifères ou même une médication stimulante peuvent être utilisés. L'insomnie s'inscrit souvent à l'intérieur de trouble du rythme circadien. Il est important de différencier l'insomnie secondaire d'un autre diagnostic, comme la dépression ou l'insomnie primaire ou psychophysiologique.

3- Ronflez-vous? (apnée du sommeil)

L'apnée du sommeil est une maladie fréquente (comparable à l'asthme), et on retrouvera du ronflement chez la plupart des gens qui en sont atteints. Parfois, le sujet rapporte des apnées vécues (étouffements) ou témoignées par le voisin de lit pendant le sommeil.

L'apnée du sommeil peut engendrer une kyrielle de symptômes, autant diurnes que nocturnes. On la suspecte plus souvent chez les sujets obèses, mais cette maladie peut affecter des personnes minces, en particulier si elles ont des anomalies craniofaciales comme la macroglossie ou la rétro-micrognathie. La somnolence diurne est le principal symptôme amenant les patients à consulter. Dans un cas classique d'apnée, une polysomnographie à domicile permet d'établir le diagnostic. En présence d'une suspicion clinique élevée, il ne faut pas hésiter à demander une étude au laboratoire si cet examen est normal.

Suite du cas de Dominique

L'investigation

Notre patiente souffre de somnolence importante avec un score de 22/24 à l'échelle d'Epworth. Elle ne conduit pas par crainte de s'endormir. Le questionnaire n'apporte aucune piste d'explication. Son travail est de jour et les heures de sommeil sont régulières et prolongées. Elle n'a pas d'antécédents médicaux et ne prend aucun médicament. Elle n'a aucun symptôme de narcolepsie ni d'apnées du sommeil au questionnaire.

Dominique aura une polysomnographie avec test itératif de latence d'endormissement le lendemain matin. Le résultat montre un sommeil normal mais prolongé avec une latence moyenne d'endormissement de quatre minutes lors des quatre périodes d'observation du test.

Lorsque le diagnostic est fait, on peut amorcer un traitement par pression positive continue ou orienter le sujet vers un traitement par prothèse d'avancement mandibulaire. Parfois, des anomalies de la sphère ORL seront corrigées par chirurgie.

4- A-t-on changé vos médicaments? (somnolence médicamenteuse)

La somnolence est souvent induite par la médication, notamment par certains antidépresseurs ou antiépileptiques, les narcotiques et les benzodiazépines ainsi que les antihistaminiques de première génération. Des anti-hypertenseurs, comme la clonidine, peuvent aussi entraîner de la somnolence.

Il est également important de vérifier la prise de produits stimulants, comme la caféine, qui peuvent induire de l'insomnie avec une somnolence subséquente en raison d'une carence en sommeil. Dans un cas de somnolence médicamenteuse, un essai de sevrage est à faire, si possible.

5- Avez-vous d'autres problèmes de santé? (somnolence associée à une maladie physique)

Plusieurs conditions médicales comportent des anomalies du sommeil avec somnolence, comme les maladies neurologiques, endocriniennes ou psychiatriques. Souvent la somnolence peut être un effet secondaire du traitement.

6- Avez-vous des malaises dans les jambes qui vous empêchent de dormir? (impatience musculaires de l'éveil avec insomnie associée)

Les impatiences musculaires de l'éveil sont des malaises survenant en soirée, le plus souvent aux membres inférieurs, et qui s'amenuisent avec le mouvement ou la marche. Elles peuvent entraîner de l'insomnie et il importe alors de les traiter pour améliorer la qualité du sommeil. On voudra faire un bilan sanguin de base avec une FSC, un ionogramme, une fonction rénale, un dosage du calcium, du phosphore ainsi que de la ferritine.

Outre la correction des anomalies retrouvées au bilan sanguin, le traitement est à base d'agonistes dopaminergiques comme le pramipexole, d'antiépileptiques comme la gabapentine, ou plus rarement, de benzodiazépines ou de narcotiques.

Il est aussi possible que le sujet souffre de mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil. Il s'agit de mouvements répétitifs des membres pouvant parfois entraîner de l'insomnie ou une mauvaise qualité du sommeil. Ils peuvent être rapportés par le conjoint ou objectivés lors d'une polysomnographie. Souvent retrouvés chez le sujet normal, la plupart du temps aucun traitement n'est nécessaire. Parfois, dans un cas de somnolence réfractaire sans autre cause apparente, il peut être bénéfique de les éradiquer.

Tableau 3

Avenues thérapeutiques dans le traitement de l'hypersomnolence

Pathologie	Options thérapeutiques
Carence en sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Modifier l'hygiène du sommeil
Troubles circadiens	<ul style="list-style-type: none"> • Modifier l'hygiène du sommeil • Luminothérapie • Mélatonine
Apnée du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • Pression positive continue (CPAP) • Prothèse d'avancement mandibulaire • Chirurgie bariatrique ou ORL (dans certains cas)
Somnolence médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> • Modification si possible
Somnolence associée à une maladie physique	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter la cause sous-jacente
Impatiences musculaires de l'éveil avec insomnie associée	<ul style="list-style-type: none"> • Éliminer la cause sous-jacente (carence en fer [?]) • Agonistes dopaminergiques
Mouvements périodiques des jambes	<ul style="list-style-type: none"> • Antiépileptiques • Benzodiazépines • Narcotiques
Narcolepsie ou somnolence idiopathique	<ul style="list-style-type: none"> • Psychostimulants (amphétamines, modafinil)

Dr Jobin est professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal et pneumologue à la clinique du sommeil de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Dr Mayer est professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal ainsi que pneumologue et directeur de la clinique du sommeil de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Conclusion du cas de Dominique

Le diagnostic et le traitement

Elle souffre d'hypersomnie idiopathique, une pathologie rare qui reste un diagnostic d'exclusion. De façon caractéristique, la somnolence persiste peu importe le nombre d'heures de sommeil.

Une médication à base de stimulants, comme le méthylphénidate ou le modafinil, est alors débutée pour regagner un niveau fonctionnel adéquat.

À retenir

- La somnolence qui perturbe le travail ou la vie sociale ou qui est associée à un score d'Epworth ≥ 11 mérite une investigation.
- Il faut toujours évaluer la dangerosité (conduite automobile, métier à risque).
- Si aucune cause n'est évidente au questionnaire, l'examen de choix est une PSG accompagnée ou non d'un TILE pour objectiver la somnolence.
- Pour statuer si un sujet présente une vigilance adéquate pour effectuer un métier à risque, le TME est l'examen le plus utile. Dans le doute, une consultation à la clinique du sommeil peut être utile.

Des références sont disponibles, contactez-nous : clinicien@sta.ca

7- Avez-vous déjà eu des épisodes de paralysies lors d'une émotion comme la colère, le rire ou la peur? (narcolepsie)

La narcolepsie est une maladie rare qui comprend une tétrade classique d'attaques de sommeil, de paralysies liées aux émotions (cataplexie), d'hallucinations et de paralysies lors des transitions éveil-sommeil.

Récemment, on a objectivé un déficit en hypocréatine chez ces patients. Les symptômes débutent le plus souvent dans la vingtaine, mais parfois les sujets se sont accommodés toute leur vie de leurs symptômes et le diagnostic est fait tardivement. On pose le diagnostic lorsqu'on objective au laboratoire des endormissements directement en sommeil paradoxal témoignant ainsi d'une transition anormale entre l'éveil et le sommeil.

Le traitement se fait par un aménagement des heures de sommeil avec des siestes régulières qui peuvent être très bénéfiques, des psychostimulants, comme le modafinil, et des antidépresseurs pour la cataplexie lorsque celle-ci est problématique.

8- Est-ce que votre somnolence est dangereuse? (danger d'accident au volant ou métier à risque)

Il importe d'évaluer la dangerosité associée à la somnolence lors de la conduite automobile ou de déterminer si le sujet exécute des tâches à risque, comme le métier de contrôleur aérien. La dangerosité implique de la part du médecin qu'il prodigue des conseils sur la sécurité en attendant la fin de l'investigation et l'amorce du traitement. Ceux-ci peuvent comporter des restrictions quant à la conduite d'un véhicule automobile (ex. : le jour seulement, être accompagné, courtes distances, moins de 20 minutes) ou même l'arrêt de travail, s'il le faut.

Les lignes directrices canadiennes sur l'apnée du sommeil stipulent que dans les cas urgents, un patient devrait être évalué par un spécialiste ou par polysomnographie en deçà de quatre semaines.

Investigation supplémentaire

Si une première approche n'arrive pas à diagnostiquer et à corriger la somnolence, il importe de poursuivre le bilan. Le Tableau 2 résume les modalités diagnostiques qui sont disponibles dans les laboratoires de sommeil. L'examen de référence reste la polysomnographie, qui permet de mesurer les stades de sommeil et d'objectiver de façon la plus certaine les troubles respiratoires pendant le sommeil ainsi que les mouvements des jambes.

Lorsqu'on veut objectiver la somnolence ou faire le diagnostic de narcolepsie, un test itératif de délai d'endormissement (TILE) est indiqué. Ce test est à considérer chez tout sujet pour qui on voudrait débuter un traitement par psychostimulant au long cours. Par ailleurs, si on veut mesurer la vigilance pour attester que le sujet est apte à effectuer un métier à risque par exemple, le test de maintien de l'éveil (TME) est l'examen de choix. Lorsqu'il est question de ces examens, une consultation en clinique du sommeil est à considérer. Les principales avenues thérapeutiques de l'hypersomnolence sont présentées dans le Tableau 3. Nous espérons que ce survol rapide vous aura éveillé à ce problème de santé publique de plus en plus reconnu. **C**