

ECHANGES®

N°1 - Décembre 2012

TROUBLES DU SOMMEIL



Centre d'exploration du système nerveux et du sommeil (CESNES) Hôpital Sainte Musse - Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne sur Mer



Sophie Benedetti
*Directeur des Ventes
 Prescripteurs France*
Béatrice Leclercq
*Directeur des Ventes
 région Sud-Est
 ORKYN'*



Dr Marie-Françoise Mateo, *PH Neurophysiologiste, responsable du CESNES*

« La grande particularité de ce centre est de prendre en charge les adultes et les enfants à partir de l'âge de 4 ans »

Grâce à la persévérance et aux efforts conjugués du Dr Marie-Françoise Matéo et de ses collaborateurs, se trouve aujourd'hui implanté au coeur de l'hôpital flambant neuf Sainte Musse de Toulon, le CESNES, centre d'explorations physiologiques du système nerveux et du sommeil.

■ Quelle est la genèse de cette structure originale ?

Tout a commencé en 1987 avec la mise en place d'un centre d'explorations neurophysiologiques. Très vite, au début des années 1990, les études sur le sommeil ont pris de l'importance et, dans la mesure où nous réalisons des enregistrements nocturnes chez les épileptiques, nous nous sommes tout naturellement intéressés aux troubles du sommeil dans cette population de patients. Parallèlement, nous avons établi une convention avec certains pneumologues de l'hôpital particulièrement impliqués dans les syndromes d'apnées du sommeil, mais nous ne partageons pas alors les mêmes structures hospitalières. Il a ensuite fallu attendre 2011 pour fédérer, au sein d'un même plateau technique de consultation, d'explorations et de soins (PTCES), pneumologues et neurologues ! L'objectif était de concentrer géographiquement consultations et explorations afin de faciliter la tâche des professionnels de santé et d'améliorer le confort des patients qui arrivent directement à l'accueil du CESNES, sans avoir à traverser tout un service d'hospitalisation!

■ Comment se compose l'équipe du CESNES ?

Onze techniciennes du sommeil se relaient pour assurer un service permanent 24h/24. Nous disposons de 6 chambres d'enregistrement dont 2 réservées aux enfants. La grande particularité du CESNES est en effet de prendre en charge les enfants à partir de 4 ans ; en France très peu de centres spécialisés pratiquent des polysomnographies chez le jeune enfant. Concernant les médecins, nous sommes trois neurophysiologistes, un psychiatre, trois pneumologues, et un médecin généraliste également rompu à la lecture des polysomnographies. Enfin, un cadre de santé complète cette

équipe, sans oublier nos secrétaires.

Les patients nous sont principalement adressés par des praticiens libéraux et certains spécialistes de l'hôpital, en particulier les endocrinologues. Par ailleurs, en qualité de centre référent agréé par la SFRMS (Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil), nous collaborons également avec la médecine du travail. Au plan géographique, les patients viennent essentiellement du Var et départements avoisinants, mais parfois de beaucoup plus loin, surtout les enfants.

■ Pouvez vous nous dire quelques mots de votre activité de recherche ?

Depuis 4 à 5 ans, existe au sein de l'hôpital une unité de recherche clinique dirigée par Jean-Philippe Suppini. Actuellement, 130 études sont en cours toutes phases et toutes disciplines confondues. Le CESNES a participé ces dernières années à des études de phase 3 et 4 et collaboré avec l'IRBA (Institut de Recherche en Biologie des Armées) afin d'étudier sur le personnel navigant dormant par quart les conséquences d'une mauvaise qualité de sommeil sur les capacités cognitives.

■ Le CESNES en chiffres

• 8 médecins, 11 techniciennes du sommeil, 6 chambres d'enregistrement

et en 2011 : 3104 consultations, 3424 encéphalogrammes
 780 enregistrements du sommeil, 611 électromyogrammes

■ La société ORKYN' est heureuse de vous faire découvrir le 1^{er} numéro de la revue Echanges Troubles du Sommeil qui met à l'honneur le Centre d'Exploration du Système Nerveux Et du Sommeil de l'Hôpital de Sainte Musse à Toulon. La parole y est donnée à tous les acteurs qui participent avec dynamisme et enthousiasme à la vie de cette structure et s'impliquent quotidiennement dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients souffrant de troubles du sommeil et des maladies associées.

« Chez l'enfant, un simple ronflement nocturne peut entraîner des troubles cognitifs »

Le Syndrome d'Apnées du Sommeil (SAS) affecte entre 4 et 7% des enfants. Il peut se manifester à tout âge, du nouveau-né à l'adolescent, avec un pic de fréquence entre 4 et 7 ans.

■ Les signes évocateurs d'un SAS chez l'enfant sont-ils différents de chez l'adulte ?

Chez l'enfant, une respiration bruyante et une hypersudation nocturne, de même qu'une fatigue matinale, sont des signes d'appel qui doivent faire penser au SAS. Contrairement à l'adulte, la somnolence diurne excessive est plutôt rare en pédiatrie - se méfier cependant des endormissements intempestifs dans la voiture au retour de l'école ! - remplacée par une hyperactivité alternant parfois avec des périodes de

grand calme, comme le décrivait déjà William Osler en 1892 !

A l'interrogatoire, on recherche l'existence de cauchemars, de parasomnies ou encore d'une énurésie.

Un sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité peut avoir des conséquences importantes sur un organisme en plein développement. Chez l'enfant, un simple ronflement nocturne peut entraîner des troubles cognitifs.

■ Quelles sont les spécificités de la polysomnographie et de la prise en charge thérapeutique ?

Les informations recueillies au cours de la consultation sont souvent suffisantes pour orienter la prise en charge mais pour confirmer le diagnostic, il est nécessaire de pratiquer une polysomnographie. Elle nécessite du matériel adapté à l'âge et une équipe entraînée aux enregistrements pédiatriques car les normes adultes ne sont pas applicables : pour exemple, chez le jeune enfant la durée de l'apnée est

ramenée à 5 secondes, contre 10 chez l'adulte.

Le traitement repose essentiellement sur l'adénoïdo-amygdalectomie. L'hypertrophie des amygdales et des végétations, principal facteur favorisant du SAS de l'enfant, entraîne un rétrécissement naturel des voies aériennes supérieures et favorise leur obstruction pendant le sommeil. En cas de SAS sévère, il nous arrive de proposer, en attente de la chirurgie, un traitement par PPC (pression positive continue).

Dr Christian Burle, PH Néonatalogiste - Lycee Bel Habib, PH Pédiatre



Un plateau technique à proximité, en activité 24h/24

■ Dr Burle, vous êtes néonatalogiste à l'Hôpital Ste Musse, dans quelles circonstances êtes-vous amené à solliciter les services du CESNES ?

Principalement dans le cadre de la surveillance des nouveaux nés à risque - prématurité, retard de croissance et autres pathologies - pour lesquels des examens répétés doivent être réalisés afin d'établir le pronostic et le suivi selon des protocoles bien codifiés. Les explorations EEG nous renseignent également sur la maturation neurologique et l'âge gestationnel des prématurés. Concernant les convulsions du nouveau né, l'électrophysiologie confirme le diagnostic, pas toujours évident cliniquement, précise le type d'épilepsie et oriente le pronostic. En fonction des données EEG recueillies, nous pouvons rassurer les parents en cas de convulsions bénignes et mettre en place un traitement et un suivi adaptés dans les cas plus sévères. Enfin, dans le domaine des encéphalopathies aiguës anoxo-ischémiques, plusieurs protocoles de protection neuronale sont en cours d'évaluation à l'échelon national. Notre service participe à deux d'entre eux. L'un consiste à placer les nourrissons en hypothermie contrôlée (33,5° pendant 72 h)

avant la 6^{ème} heure, l'autre à prélever du sang du cordon acheminé très vite dans un centre de cytologie en vue de greffe de cellules souches. Dans un cas comme dans l'autre, cela exige un diagnostic très rapide, en 4 à 5 h, sur la base de critères cliniques, biologiques et électrophysiologiques, avant la décision de transfert à Marseille, d'où la nécessité de disposer d'un plateau technique rapidement accessible, en activité 24h/24.

■ Qu'en est-il pour vous Dr Bel Habib ?

Pour nous pédiatres, la collaboration avec le CESNES concerne surtout les épilepsies, révélées en moyenne à l'âge de 3 ans, mais également les troubles du comportement et le retard psychomoteur, afin de rechercher un processus organique sous jacent. Les troubles du sommeil en pédiatrie sont en règle générale banaux, en relation avec l'alimentation ou certaines pathologies ORL et respiratoires. Ils sont le plus souvent résolus en consultation. Cependant, dans certains cas, on retrouve des troubles du comportement, une fatigabilité, un retard scolaire... qui nous incitent à demander une exploration du sommeil à la recherche d'apnées obstructives ou centrales. L'enregistrement vidéo couplé au tracé permet d'établir des corrélations électro-cliniques utiles lorsque le diagnostic n'est pas évident.



Cécile Croué, Orthophoniste libérale - Carole Semeria, Neuropsychologue libérale - Béatrice Le Gall, Neuropsychologue de l'hôpital - Sandrine Fosse, Stagiaire étudiante en psychologie

Procéder par étapes, des processus les plus élémentaires aux plus complexes

Derrière une consultation pour troubles du sommeil se cachent souvent plusieurs plaintes et comorbidités qui s'enchevêtrent.

■ Nous avons ici pour habitude de procéder par étapes explique Béatrice Le Gall, neuropsychologue de l'hôpital public, en évaluant d'abord les processus élémentaires : la vigilance, ensuite l'attention soutenue, avant de nous intéresser aux aspects plus complexes tels que les capacités de contrôle attentionnel. En pratique, nous utilisons des questionnaires mais aussi des tests neuropsychologiques sur table ou des outils informatisés qui nous aident à faire la distinction entre un simple état de fatigabilité et un véritable déficit attentionnel. A partir des observations cliniques et des tests réalisés, enchaîne Cécile Croué, orthophoniste, nous tentons de déterminer quel est l'impact du déficit attentionnel sur un trouble spécifique de l'apprentissage et inversement, y-a-t-il prédominance de l'un sur l'autre ? Aux problèmes de sommeil et d'attention s'ajoutent parfois une dyslexie, une dyspraxie, une précocité intellectuelle... Certains troubles peuvent en occulter d'autres qui nécessitent un bilan psychomoteur ou orthophonique. Par exemple, devant un enfant présentant

des troubles des apprentissages avec des problèmes d'attention ou de comportement, on demandera un bilan attentionnel. Chez un enfant dyslexique, on s'assurera auprès de l'orthoptiste de l'efficacité de l'oculomotricité et de l'intégrité du champ visuel. Heureusement, nous travaillons beaucoup en réseau en privilégiant les échanges multidisciplinaires en permanence, soulignent à l'unisson l'orthophoniste et les deux neuropsychologues. Grâce aux actions de formation du Dr Matéo, ajoute Carole Sémeria, beaucoup de paramédicaux de la région sont aujourd'hui davantage sensibilisés au SAS chez l'enfant. Une fois par mois, poursuit Béatrice Le Gall, nous nous réunissons avec le Dr Mateo pour discuter tous ensemble, psychiatre, neuropsychologues et paramédicaux, de cas cliniques difficiles. Pour Sandrine Fosse, étudiante en psychologie, réaliser un stage dans cet environnement est particulièrement enrichissant !

Graziella Ahamada, Patricia Casta, Claudie Leclercq, Corinne Rossa, (Françoise Dubois, Hélène Niclot, Barbara Garodel - absentes sur la photo) Techniciennes du sommeil - Karine Ratabouil, Cadre de santé - CESNES



■ Nous sommes 7 techniciennes du sommeil à travailler le jour. Dès notre arrivée à 6h30, nous commençons par enlever le matériel d'enregistrement sur les patients réveillés, cela peut prendre une bonne demi-heure, surtout chez les enfants et lorsque les électrodes sont collées ! Nous nous occupons aussi des patients qui ont eu un enregistrement à domicile et viennent restituer le polygraphe itinérant. A partir de 9h, l'essentiel de notre activité

est consacrée à la réalisation des EEG standard, ici ou dans d'autres services, au lit du malade avec un appareil portable. Nous réalisons également les tests d'endormissement et de maintien de l'éveil, en règle générale le vendredi ou le lundi matin à partir de 7h. A 13h, c'est l'heure de la relève ! L'après midi, les EEG standard et de sieste se font de 13h30 jusqu'à 18h. Les patients adressés pour EEG de nuit ou PSG arrivent vers 17h. Nous les accueillons

Des techniciennes du sommeil de jour ...

« L'essentiel de notre activité est consacrée à la réalisation des EEG »

et leur expliquons le déroulement de l'examen. Ceux qui viennent pour PSG sont invités à remplir un questionnaire du soir sur leurs habitudes de sommeil. Bien souvent, il nous faut gérer le stress et l'anxiété des patients, petits ou grands, mais aussi des parents qui accompagnent les plus jeunes ! Avant de quitter le service, à 20h30, nous préparons le matériel qui sera installé par nos collègues de la nuit. Durant la journée, à chaque fois que nous le pouvons, nous travaillons à la prélecture des tracés d'EEG ou de PSG, à laquelle nous a formées le Dr Matéo. Certaines d'entre nous devraient prochainement suivre un enseignement spécialisé afin d'obtenir un

diplôme universitaire des « Technologies du sommeil et de la vigilance ».

La polysomnographie (PSG), réalisée en laboratoire du sommeil, enregistre simultanément :

- les variables qui définissent le sommeil : EEG (Electroencéphalographie), électro-oculogramme, électromyogramme mentonnier
- la respiration : flux naso-buccal
- les mouvements thoraciques et abdominaux
- l'oxymétrie
- l'ECG (Electrocardiographie)
- la position du corps et les mouvements des jambes (EMG - Electromyographie)



La prise en charge des troubles respiratoires au cours du sommeil s'inscrit dans la pratique quotidienne des pneumologues

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) y occupe une place croissante. Individualisée il y a moins de 50 ans, cette « jeune » pathologie est aujourd'hui considérée comme un problème de santé publique.

■ Comment expliquez-vous cette évolution ?

Aujourd'hui, la prévalence du SAOS dans la population générale, probablement sous estimée, varie entre 5% et 10% selon les études. Elle est plus élevée chez les hommes (14 hommes pour 10 femmes), même si cet écart tend à se réduire souligne Adriana Raspopa. Pour Daniel d'Amore, son augmentation résulte non seulement du vieillissement de la population et de la progression de l'obésité, mais aussi d'un dépistage accru en partie lié à l'intérêt croissant de la communauté médicale pour cette « jeune » pathologie - individualisée il y a moins de 50 ans - qui augmente la morbidité cardiovasculaire et multiplie par 3 le risque d'accident de la route !

Avez-vous systématiquement recours à la polysomnographie pour diagnostiquer un SAOS ?

Si le tableau clinique est évident, une simple polygraphie ambulatoire peut suffire à confirmer le diagnostic. Au cours d'une consultation nous raconte Daniel d'Amore,

il m'est même arrivé de demander d'emblée l'installation d'une PPC (Pression Positive Continue) pour un patient qui se plaignait d'endormissements itératifs au volant ! L'enregistrement polygraphique a été réalisé ensuite afin de documenter la demande d'entente préalable... Mais ce n'est pas toujours aussi simple enchaîne Adriana Raspopa, surtout lorsque le SAOS s'inscrit dans un mal être général, avec des symptômes évocateurs de dépression, ce d'autant que les 2 pathologies sont souvent associées ! Discuter avec le conjoint pendant la consultation est souvent riche d'enseignement ...

La qualité relationnelle entre le prestataire, le patient... et le médecin est un élément clé de la réussite du traitement par PPC

La polysomnographie est alors l'examen de référence poursuit Daniel d'Amore. Lorsque le tracé révèle la présence de plus de 30 apnées et hypopnées/h, nous proposons de mettre en route un traitement par PPC, parfois même à

partir de 10, en cas de sommeil déstructuré, de micro-éveils très fréquents ou de patients très symptomatiques.

Dans l'Overlap syndrome qui associe une BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) et un SAOS, l'hypoxémie nocturne nous amène parfois à adjoindre à la PPC une oxygénothérapie nocturne, voire à installer une VNI (ventilation non invasive) à la place de la PPC.

Comment s'effectue la surveillance d'un patient sous PPC ?

En règle générale, nous revoyons nos patients 1 à 3 mois après la mise en route de la PPC, explique Daniel d'Amore. Durant cette période, ils ont vu plusieurs fois leur prestataire de soins à domicile qui nous a transmis des informations quant au déroulement du traitement.

A partir de janvier 2013, les données enregistrées - temps d'utilisation, apnées résiduelles, pressions... - seront transmises en temps réel aux caisses d'assurance maladie et aux médecins. Cette télésurveillance mise en place progressivement devrait permettre une

meilleure réactivité et donc un gain d'efficacité. Et les deux pneumologues de conclure : « la qualité relationnelle entre le prestataire, le patient... et le médecin est un élément clé de la réussite du traitement par PPC ».



Dr Jean-Michel Tartière, PH Cardiologue - Chef du pôle cardiovasculaire

« Le SAS est un « intégrateur » de risque cardiovasculaire »

Sa responsabilité dans la genèse des principales pathologies cardiovasculaires étant de plus en plus clairement établie, tous les patients de cardiologie devraient dans l'absolu bénéficier d'un dépistage du SAS !

■ Mais il est plus simple et moins coûteux de faire une glycémie que de réaliser une PSG, donc en pratique, notre dépistage cible d'une part les patients les plus gravement atteints, du fait de leur pathologie ou de la difficulté à la contrôler - c'est le cas en particulier de l'HTA -, et d'autre part ceux qui présentent le profil type du ronfleur somnolent obèse, volontiers diabétique et hypertendu !

Attention cependant au profil type souligne Jean-Michel Tartière. Ainsi, dans l'insuffisance cardiaque, les apnées du sommeil sont fréquentes mais les patients souvent moins somnolents et moins obèses mais plutôt insomniaques et fatigués.

L'oxymétrie nocturne est un bon moyen de dépistage mais ne permet pas de séparer les apnées obstructives des apnées centrales, fréquentes chez l'insuffisant cardiaque et dont le traitement est différent. C'est pourquoi nous avons recours à la PSG pour déterminer le type et la sévérité du SAS.

Le SAS central résulte d'une instabilité de la commande respiratoire par le système nerveux central. La succession d'apnées et d'hypopnées durant le sommeil entraîne la stimulation du système nerveux sympathique dont témoigne l'augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle... qui n'améliore pas l'IC ! Par ailleurs, les épisodes d'hypoxémie peuvent favoriser la survenue nocturne de troubles du rythme supraventriculaires, dépistés à la lecture des ECG et du Holter tensionnel. Aujourd'hui, nous disposons d'arguments suffisants pour affirmer que le traitement du SAS par ventilation nocturne améliore le pronostic des insuffisants cardiaques ainsi que leur qualité de vie.

Dr Véronique Di Costanzo, PH Endocrinologue - Chef du pôle de Médecine et Spécialités

« Ici, la prise en charge de l'obésité se fait au sein d'une structure multidisciplinaire spécialisée »

L'activité du pôle de Médecine et Spécialités que dirige le Dr Véronique Di Costanzo s'étend à de nombreuses pathologies dont certaines sont fréquemment associées au SAS. C'est le cas du diabète et de l'obésité.

■ Depuis les années 90, les enquêtes successives ObEpi ont montré une progression régulière de l'obésité dans notre pays. Les chiffres de 2012 font état d'une prévalence proche de 15% chez les adultes. Cette obésité, qui fait le lit des maladies métaboliques et vasculaires et favorise la survenue du SAS, est dite viscérale et se mesure par un tour de taille augmenté. Aujourd'hui, on évalue à 40% le nombre d'obèses souffrant d'un SAS, chiffre pouvant s'élever jusqu'à 70-80% dans les obésités les plus sévères ! Autant dire que la recherche d'un SAS chez un obèse est pratiquement toujours systématique, et dans tous les cas lorsqu'il existe un ronflement nocturne et une somnolence diurne...

Concernant le diabète de type 2 et le SAS,

le lien de causalité n'est pas strictement établi, en raison du facteur confondant qu'est l'obésité, mais il semblerait que chez les patients apnéiques non obèses, le risque de diabète soit accru et que l'insulinorésistance et le contrôle glycémique soient améliorés par le traitement par PPC.

Chez les patients obèses, il est clair qu'une perte de poids de 5 à 10 % permet d'améliorer le SAS. Grâce à la chirurgie bariatrique, on peut même obtenir dans certains cas une disparition complète des signes cliniques et polysomnographiques. Cette chirurgie, qui répond à des critères précis, s'inscrit dans le cadre de la prise en charge globale multidisciplinaire de l'obésité que nous pratiquons ici à Ste Musse. L'éducation thérapeutique dans laquelle je suis

particulièrement investie depuis de nombreuses années y occupe une large place.

Chez les patients obèses, il est clair qu'une perte de poids de 5 à 10% permet d'améliorer le SAS

Pour exemple, le programme Ob-Session propose, en hospitalisation de semaine pendant plusieurs jours avec suivi ambulatoire au long cours, différents ateliers de diététique, d'activité physique et, plus original et très plébiscité, ... d'arthérapie ! L'un de nos objectifs à court terme est de créer un atelier dédié au SAS, qui serait également accessible aux patients non obèses.

Sandrine Dechezelle, Sophie Even, (Marie-Claude Dravet, Audrey Salomon - absentes sur la photo) Techniciennes du sommeil CESNES

« sur le pont »...

...comme de nuit

« Quand tout est calme, nous nous consacrons au scorage des polysomnographies »

■ Nous sommes 4 techniciennes de nuit, 2 chaque nuit pour les 6 lits d'enregistrement. A partir de 20h15, nous installons sur les patients le matériel - capteurs et sangles - préparé par l'équipe de jour puis nous lançons les enregistrements. Cela nous prend en moyenne 30 mn par patient, c'est souvent un peu plus long avec les enfants qu'il faut rassurer.

Les chambres sont équipées pour accueillir un parent qui reste toute la nuit dans le cas des plus petits.

Ensuite, nous vérifions toutes les heures les branchements et la bonne position des

capteurs. Nous pouvons en permanence surveiller les patients sur écran, grâce à l'enregistrement vidéo couplé, ce qui nous permet d'intervenir rapidement en cas de besoin : anxiété, difficultés d'endormissement, ou autre.

A partir de 23h, quand tout est calme, nous nous consacrons au scorage des enregistrements de la nuit précédente, à raison de 1 à 2 tracés par nuit sachant que la durée de lecture est d'environ 2h pour un tracé. Le matin, avant de quitter le service à 6h30, nous réveillons les patients qui doivent aller travailler et leur faisons remplir un questionnaire



sur la nuit passée. Les autres peuvent rester dormir et seront réveillés par l'équipe de jour. Sandrine et Sophie, l'une ancienne infirmière en chirurgie et l'autre en pneumologie, nous confient à quel point elles sont ravies de leur « reconversion » en techniciennes du sommeil ! Elles ont découvert un autre aspect du métier d'infirmière, très valorisant, après une formation de plusieurs mois auprès de l'équipe de jour et du Dr Matéo.



Les potentiels évoqués, complément de l'électroencéphalographie

Au CESNES, nous assurons l'exploration du système nerveux central, avec l'électroencéphalographie, mais aussi périphérique grâce à l'électromyographie et aux potentiels évoqués.

Barré par exemple, l'EMG confirme la polyradiculonévrite aiguë et démyélinisante. C'est également l'examen de choix pour explorer des atteintes nerveuses localisées résultant d'une compression d'un nerf périphérique, dans les syndromes canaux - carpien ou cubital par exemple - ou les névralgies communes, de type sciatique ou cervico-brachiale.

Pour explorer les voies sensorielles, visuelles, auditives, sensibles et motrices dans le cadre de maladies inflammatoires, dégénératives, ou tumorales, nous avons

recours aux potentiels évoqués (PE). C'est le cas par exemple des PE visuels dans la SEP, en présence d'une névrite optique.

Dans le syndrome de Guillain Barré par exemple, l'EMG confirme la polyradiculonévrite aiguë et démyélinisante.

En complément de l'encéphalographie, les potentiels évoqués sont également intéressants dans les bilans neurophysiologiques des états de vigilance et de coma. Ainsi,

dans les comas végétatifs, post anoxiques, post AVC ou post traumatiques, l'absence de réponse corticale à la stimulation d'un nerf lors de PE somesthésiques est associée à un mauvais pronostic.

A l'inverse, la présence d'une onde P300 lors de potentiels évoqués cognitifs est un indicateur de réveil des comas. Ces examens, réalisés en réanimation au lit du patient, nécessitent une certaine habitude et des logiciels spécialisés, conclut Jacques Grapperon.

■ L'électromyographie (EMG) nous permet d'explorer le système nerveux périphérique dans le cadre de pathologies diffuses, polyradiculonévrites primitives ou secondaires au diabète, à l'alcoolisme, ou à certaines prises médicamenteuses... Cet examen nous est indispensable dans la recherche étiologique pour voir si le processus en cause implique l'axone ou la myéline. Dans le syndrome de Guillain

Dr Rabih Ali Ahmad, PH Neurophysiologiste - CESNES

« Le syndrome des jambes sans repos s'associe souvent la nuit à des mouvements périodiques des membres inférieurs qui perturbent le sommeil »

■ **Comment se caractérise le syndrome des jambes sans repos (SJSR), pas toujours très bien connu des médecins ?**

Les patients, plus souvent des femmes, se plaignent de sensations désagréables au niveau des membres inférieurs - fourmillements, picotements, brûlures, décharges électriques - variables d'un individu à un autre. Ces sensations apparaissent ou s'aggravent lors des périodes de repos ou d'inactivité, en position allongée ou assise, surtout le soir ou la nuit. Ils éprouvent alors, pour être soulagés, un besoin impérieux de bouger les jambes, de marcher ...

Ces sensations apparaissent ou s'aggravent lors des périodes de repos ou d'inactivité, surtout le soir

Au fil du temps, les troubles peuvent survenir la journée et gagner les membres supérieurs. On retrouve fréquemment des antécédents familiaux. Le SJSR peut également être

la conséquence d'une carence en fer, de la prise de certains médicaments - antidépresseurs, neuroleptiques, ... - ou de maladies telles que la polyarthrite rhumatoïde, les neuropathies des membres inférieurs ou une insuffisance rénale chronique.

Chez certains patients, il faut penser à éliminer d'autres pathologies parmi lesquelles une insuffisance veineuse chronique.

En cas de doute et en fonction du contexte, nous sommes amenés à pratiquer des examens neurophysiologiques, principalement électromyographie (EMG) et polysomnographie.

Y-a-t-il une relation entre SJSR et SAOS ?

Il n'y a pas de lien direct entre ces deux pathologies mais le syndrome d'apnées s'associe souvent la nuit à des mouvements périodiques des membres inférieurs, mis en évidence par l'EMG lors d'une polysomnographie, et qui perturbent le sommeil, avec en particulier des difficultés

d'endormissement. C'est souvent l'insomnie qui amène les patients à consulter.

Les mouvements périodiques de jambes surviennent la nuit pendant le sommeil, à type de dorsiflexions qui se répètent de façon périodique. Ils sont considérés comme pathologiques lorsque leur fréquence est supérieure à 15/h.

Le SJSR est lié à un dysfonctionnement du système dopaminergique, responsable d'une hyperexcitabilité neuronale à l'origine des sensations sensibles désagréables décrites précédemment.

En l'absence de cause identifiée, son traitement repose donc principalement sur la prise de L Dopa ou d'agonistes dopaminergiques. On traite également la carence en fer si nécessaire.

Bien sûr, en cas de SAOS associé, on propose au patient une prise en charge adaptée.



Dr Catherine Mallecourt
PH Neurologue
Chef du service de Neurologie



« En phase aiguë, 80 % des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) présentent des apnées du sommeil »

Le SAOS est un facteur de risque d'AVC, sa prévalence est 4 à 6 fois plus importante chez les patients ayant eu un AVC que dans la population générale.

■ Chaque année nous recevons dans le service plus de 600 patients victimes d'un AVC !

Actuellement, nous réalisons peu d'enregistrements polysomnographiques en phase aiguë mais plutôt en post AVC, à distance de l'événement - 3 à 6 mois plus tard - chez les patients à risque, obèses, hypertendus..., ou chez lesquels nous avons repéré certains signes de SAOS durant l'hospitalisation : asthénie le jour, pauses respiratoires la nuit ...

Ensuite, la prise en charge spécifique du SAOS est réalisée par le Dr Matéo et son équipe tandis que nous assurons le suivi neurologique des patients.

L'efficacité d'une prise en charge post - AVC précoce par la PPC sur la récupération neurologique et la prévention de récurrences est confirmée.

Si vous souhaitez recevoir les prochains numéros d'ECHANGES Troubles du Sommeil merci d'adresser votre nom, prénom, fonction et adresse à :

IPANEMA Healthcare Consulting
Elisabeth Dufour
19 rue des Batignolles 75017 Paris
ou par mail : elisabeth.dufour@gmail.com



Dr Olivier Tible - PH attaché Psychiatre - CESNES

« L'insomnie doit être prise au sérieux ! »

L'insomnie est une plainte subjective de mauvaise qualité de sommeil, secondaire à un mauvais endormissement, un défaut de maintien du sommeil, un réveil précoce ou une fatigue au réveil, sans contexte environnant qui puisse l'expliquer.

l'adolescent qui se couche tard -, ou avance de phase dans la dépression, le travail posté, le jet lag ...

L'insomnie est donc bien un problème de santé publique et à ce titre doit être prise au sérieux !

Les insomnies psychophysiologiques qui touchent 5% de la population résultent d'un conditionnement : on dort mal une 1ère nuit à cause d'un souci, puis la nuit suivante la peur de ne pas dormir crée l'insomnie qui elle-même entretient la peur, il s'ensuit un effet boule de neige...

Causes ou conséquences, l'insomnie est souvent associée à des troubles émotionnels, tels que l'irritabilité ou la peur, et psychiatriques, à type d'anxiété, dépression, attaques de panique, troubles bipolaires, ... Le mot clé est réactivité émotionnelle qui,

avec l'insomnie, constitue un signe d'alerte justifiant un avis spécialisé.

En pédiatrie, l'insomnie peut accompagner les parasomnies, les terreurs nocturnes, l'énurésie. Elle peut être aussi un symptôme précurseur d'un trouble anxieux mal reconnu en France mais qui doit être dépisté : l'anxiété sociale, se traduisant volontiers chez l'enfant, par un refus de l'école. Dans les TDA (Troubles du Déficit de l'Attention) avec hyperactivité on peut voir également une insomnie chronique associée aux troubles anxieux.

Enfin, il ne faut pas oublier que derrière une plainte d'insomnie, peuvent se cacher des pathologies organiques, en particulier un syndrome des jambes sans repos ou un syndrome d'apnées du sommeil qui sera caractérisé par la polysomnographie.

■ Rappelons qu'une personne sur trois rencontrera un problème d'insomnie durant sa vie et une sur dix souffrira d'insomnie chronique, c'est à dire pendant plus d'un mois.

Responsable à minima d'une simple fatigue, l'insomnie peut générer une somnolence excessive diurne et des difficultés de concentration, sources de complications parfois sévères : retard de croissance et difficultés scolaires chez l'enfant, problèmes cardiovasculaires et accidents du travail et de la voie publique chez l'adulte.

L'insomnie est donc bien un problème de santé publique et à ce titre doit être prise au sérieux !

Par le simple interrogatoire, on élimine une insomnie d'ajustement au stress, en règle générale ponctuelle, un problème de rythme circadien : retard de phase - c'est