

Approche clinique des troubles du sommeil chez l'enfant et l'adolescent

Rédaction : D Sibertin-Blanc, C Vidailhet, D Purper-Ouakil - Relecture : C AUSSILLOUX – Relecture 2008 : JP Raynaud

Objectifs :

Savoir diagnostiquer un trouble du sommeil dans l'enfance.

Savoir repérer précocement les dysfonctionnements relationnels impliqués.

Savoir argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi dans les situations courantes.

1. Classification internationale des troubles du sommeil (I.C.S.D.¹)

Insiste sur le continuum entre les troubles du sommeil observés chez l'enfant et chez l'adulte.

S'appuie sur des critères cliniques et électrophysiologiques et distingue :

- Dysomnies = troubles du sommeil.

Comprennent les insomnies, hypersomnies et états de somnolence diurne, à condition de survenir plus de 3 fois par semaine pendant 3 semaines.

On distingue selon l'étiologie les dysomnies d'origine intrinsèque et celles d'origine extrinsèque (impliquant par ex. des facteurs d'environnement ou des psychotropes).

- Parasomnies = troubles paroxystiques survenant au cours du sommeil ou exacerbées par le sommeil.

On en distingue 4 types : les parasomnies associées au sommeil lent appelés aussi troubles de l'éveil (somniaquie, somnambulisme, terreurs nocturnes, bruxisme), les parasomnies associées au sommeil paradoxal (cauchemars), les parasomnies de la transition veille-sommeil (rythmiques de balancement) les parasomnies « frontières » (éveils paroxystiques, dystonie paroxystique nocturne).

- Troubles du sommeil associés à des maladies organiques, neurologiques ou psychiatriques.

Un agenda de sommeil rempli par les parents est souvent très utile.

Les véritables pathologies du sommeil exigent, elles, des examens complémentaires tels que les enregistrements polysomnographiques et actimétriques.

2. Les dysomnies

2.1. Les insomnies

Définition. L'insomnie est subjective : on parle d'insomnie lorsque le sujet se plaint d'un sommeil difficile à obtenir, insuffisant ou non-récupérateur. Chez les enfants les plus jeunes, les plaintes viennent surtout des parents qui s'inquiètent de leur somnolence, de leur fatigabilité, de leur irritabilité, de leur déficit attentionnel ou de leur hyperémotivité.

On distingue selon le moment de survenue :

- L'insomnie d'endormissement chez des enfants anxieux, sensibles au moindre bruit qui se manifeste par une opposition au coucher, expression d'une angoisse de séparation ou d'une phobie de l'obscurité entretenue par des réponses parentales inadéquates et excitantes.

- L'éveil nocturne lié à des terreurs nocturnes ou des cauchemars, obligeant les parents à des levers fréquents

- L'insomnie de fin de nuit (ou éveil précoce), avec une incapacité à se rendormir.

Selon la durée :

► L'insomnie transitoire et occasionnelle

Elle dure au plus quelques jours et est quasi normale dans certaines circonstances : infection passagère, rentrée des classes...

¹ International Classification of Sleep Disorders

Concerne 25 % des enfants à 3 ans et moins de 10 % à cinq ans.

Mais peut se pérenniser si l'intervention parentale destinée à initier l'endormissement ou le ré-endormissement est trop facilement offerte et proposée avant même que l'enfant la réclame.

Cette intervention peut agir alors comme « bénéfice secondaire » ou comme source d'excitation, dont il aura le plus grand mal à se priver en lui donnant de nouvelles raisons de s'endormir difficilement seul.

L'intervention médicale consiste à aider les parents à en prévenir le risque, par quelques propositions : associer le fait de s'endormir à un environnement calme et personnel, réinvestir sa chambre et son lit, apprendre l'enfant à s'endormir seul dans des conditions qu'il peut retrouver ou rétablir de lui-même dans la nuit, instaurer un rituel du coucher (câlin, chanson, petite histoire...)

► **L'insomnie chronique**

Elle constitue un véritable problème étiologique et thérapeutique.

Elle peut être d'origine secondaire et l'interrogatoire des parents et l'examen de l'enfant peut mettre à jour :

- Des facteurs d'environnement (bruits, promiscuité...), des prises régulières de substances excitantes (café, alcool...), de médicaments psychotropes (antidépresseurs...) ou à effets psychotropes (corticoïdes...).
- Elle peut être aussi d'origine psychique et accompagner une dépression, un état maniaque, un trouble psychotique, un état anxieux chez des enfants souffrant d'angoisse de séparation.
- La présence de douleurs, de troubles digestifs, d'une pollakiurie occasionnant plusieurs réveils nocturnes, de prurit ou tout autre symptôme à prédominance nocturne ; chacun d'eux invite à parfaire l'examen médical et à orienter les examens paramédicaux à la recherche d'une maladie infectieuse, rhumatismale, neurologique ou cancérologique, dont la liste ne peut être close.

L'insomnie persistante primaire.

L'insomnie est apparue à un moment précis dans l'histoire de l'enfant à l'occasion d'un événement de vie (deuil, séparation, hospitalisation...) mais persiste ensuite longtemps après. Aux difficultés d'endormissement s'ajoute un trouble du maintien du sommeil, comme si le sommeil était devenu le moment d'une irrépressible appréhension. Malgré la sensation de fatigue, il n'y a pas de somnolence diurne, critère diagnostique décisif. Et les essais de sieste échouent en raison de la même difficulté d'endormissement que pour le réveil de nuit.

Les troubles du rythme circadien.

L'horloge interne est dérégulée, soit pour des raisons de prédisposition génétique, soit du fait d'incohérences éducatives, soit dans un contexte de crise adolescente. Il peut s'agir d'un syndrome de retard de phase, lorsque le sujet a pris l'habitude de dormir tard et donc se réveille tard, ou d'un syndrome d'avance de phase, plus rare, lorsque au contraire il a pris l'habitude de dormir tôt, avec comme conséquence, une désynchronisation complète par rapport au rythme social empêchant entre autres la scolarité.

Cette désynchronisation est facilement mise en évidence par l'agenda de sommeil.

2.2. Les hypersomnies

Elles comprennent les hypersomnies « vraies » avec une durée de sommeil anormalement longue et la somnolence diurne excessive, définie par la survenue d'un endormissement anormalement rapide dans des circonstances inappropriées. Celle-ci peut d'ailleurs être due à un besoin excessif de sommeil ou à un manque de sommeil consécutif à une mauvaise qualité du sommeil nocturne. Une hypersomnie doit être évoquée devant :

- Une quantité totale de sommeil augmentée de plus de 2 – 3 heures par rapport à la normale pour l'âge.
- Un enfant difficile à réveiller le matin.
- La poursuite ou la réapparition de la sieste d'après-midi au delà de l'âge de 6 ans.
- Des endormissements en voiture sur des trajets courts.
- Une hyperactivité excessive
- Des difficultés scolaires non expliquées.

Les formes secondaires sont les plus fréquentes dans l'enfance et l'adolescence et toutes les causes observées chez les adultes doivent être recherchées.

► **Formes secondaires**

Les étiologies sont diverses :

- Devant une forme transitoire, un état grippal, une maladie infectieuse banale.

- Devant une forme durable, une mononucléose infectieuse, une hépatite, une maladie de Lyme...
- Devant une forme permanente, une encéphalite, une tumeur cérébrale par déstructuration du sommeil et de sa rythmicité circadienne. Chez les enfants entre 2 et 11 ans, les affections neurologiques, le retard mental et l'épilepsie sont les étiologies les plus fréquentes.
- Quelle que soit la forme, l'hypersomnie peut être aussi le signe d'un trouble métabolique (hypothyroïdie, hypoglycémie), d'une insuffisance du dosage des traitements ingérés ou prescrits pour ces maladies ou encore traduire une prise médicamenteuse en excès (somnifères, sédatifs) ou celle d'un produit toxique
- Elle peut aussi accompagner tout état psychopathologique sévère : un syndrome de stress post-traumatique ou une dépression).
- Elle peut témoigner d'une privation chronique de sommeil due à des incohérences éducatives.

► Formes primitives

Elles sont identiques à celles de l'adulte, mais plus rares chez l'enfant et l'adolescent :

- La Narcolepsie - cataplexie (syndrome de Gelineau)
- Le syndrome de Kleine-Levin, débutant à l'adolescence
- Hypersomnie idiopathique
- Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil

3. Les parasomnies

Elles apparaissent à la période préscolaire, avec la disparition des siestes et la réorganisation de l'architecture du sommeil. Elles concernent 43 % des enfants scolarisés. Elles forment un ensemble composite de symptômes paroxystiques classés en fonction du moment de leur survenue dans le cycle du sommeil.

3.1. Parasomnies survenant en phase de sommeil lent

Elles se caractérisent par une activité motrice, mentale et /ou végétative survenant en phase de sommeil lent profond (stade IV) à la fin du premier ou du deuxième cycle de sommeil, suspendant ainsi l'arrivée de la phase de sommeil paradoxal suivante.

- **Terreurs nocturnes**

Elles peuvent se voir dès la deuxième moitié de la 1ère année et jusqu'à 4-5 ans chez 1 à 3 % des enfants, surtout chez les garçons.

Elles sont caractérisées par un éveil brutal incomplet, accompagnés de pleurs ou de cris survenant 1 à 3 heures après l'endormissement.

L'enfant, les yeux ouverts, paraît effrayé, comme face à une scène terrifiante. Il ne reconnaît pas ses parents venus à son chevet le rassurer et même refuse leur aide.

Au bout de quelques minutes, ¼ d'heure tout au plus, l'enfant se calme et apaisé, poursuit son sommeil. L'épisode est généralement unique dans la même nuit. Le lendemain, il ne se souvient de rien.

De survenue sporadique, elles ne justifient pas de traitement particulier sinon de rassurer les parents. Elles disparaissent spontanément au bout de trois quatre ans. Elle dure jusqu'à l'adolescence chez le 1/3 des enfants qui en souffrent. Leur persistance justifie une investigation plus approfondie de la personnalité.

- **Somnambulisme**

Les accès surviennent entre 5 et 12 ans, surtout chez les garçons et disparaissent généralement à la puberté. Chaque accès suit un déroulement à peu près identique chez un même sujet : l'enfant se lève subitement, déambule d'un pas incertain dans sa chambre, les yeux ouverts, le regard fixe, avec parfois une somniloquie, sans être coupé de toutes les perceptions de l'environnement. En effet, il évite les obstacles, obéit aux suggestions insistantes de regagner son lit, non sans manifester une vive irritation. Après avoir spontanément regagné son lit, au bout de quelques minutes, rarement plus d'une demi-heure, il retrouve un sommeil paisible.

Certains enfants ont durant leur crise des gestes plus élaborés, comme animés par un scénario : ils se rendent sans hésitation dans la chambre de leurs parents ou la cuisine, vident une armoire, fouillent le réfrigérateur, se mettent à manger, à faire la vaisselle ou à uriner dans un coin de la pièce.

Ils peuvent s'emparer d'un objet dangereux, tomber d'une mezzanine, ouvrir une fenêtre et l'enjamber comme s'ils avaient perdu tout sens du danger.

Nombreuses sont les formes mineures passant inaperçues : l'activité déambulatoire est réduite, l'enfant s'assoit au bord de son lit, les yeux ouverts et se recouche rapidement.

Cette courte séquence d'éveil comportemental, sans éveil psychique (et sans rêve) ne laisse aucun souvenir le lendemain matin, à moins que l'enfant n'ait été réveillé en heurtant un obstacle.

Chacune des formes cliniques appelle des stratégies thérapeutiques différentes :

- *Le somnambulisme « simple »*. Le plus fréquent, il concerne environ 15 % des enfants, deux fois sur trois un garçon. Il débute vers l'âge de 5-6 ans, survient tout au plus une fois par mois, l'accès restant unique au cours de la même nuit. Les accès tendent à disparaître au bout de quelques mois, sinon avec la puberté, ce qui justifierait pour certains l'abstention thérapeutique. Les parents ont souvent présenté eux-mêmes des épisodes de somnambulisme.

- *Le somnambulisme « à risques »*. Concerne 1 à 6 % des enfants. Se distingue de la forme « simple » par la fréquence des antécédents familiaux de somnambulisme, la fréquence hebdomadaire des accès (2 à 3 par semaine), la durée plus longue de chaque accès, l'importance des risques d'accidents, en particulier de défenestration, justifiant des mesures préventives pendant le sommeil de l'enfant.

Un traitement par amineptide s'impose : Survector®, 50 à 150 mg, une demi-heure avant le coucher pendant 2 mois, avec un arrêt progressif sur 15 jours.

- *Le somnambulisme « terreur »*. Plus rare. Les premières crises apparaissent entre 3 et 6 ans, à fréquence égale chez garçons et filles. L'accès commence tôt après l'endormissement, comme une terreur nocturne, avec son cortège de manifestations neurovégétatives et comportementales réveillant l'entourage. Puis survient l'accès de somnambulisme. L'état initial de terreur peut se poursuivre avec une intensité redoublée si les parents tentent de retenir l'enfant, de le réveiller ou de le consoler. L'accès peut se renouveler plusieurs fois au cours de la même nuit. Survient sur un terrain psychopathologique dominé par l'anxiété, justifiant une approche thérapeutique spécifique et complémentaire. Les risques de défenestration, d'actes dangereux ne doivent pas être négligés.

- Somniloquie

L'enfant parle en dormant sans s'en rendre compte. Il prononce un mot isolé ou tient des discours plus ou moins compréhensibles pendant quelques minutes, rarement plus. Ce symptôme bénin survient surtout en phase de sommeil lent léger (stade 1 et 2). Il est souvent présent lors de moments conflictuels.

- Bruxisme

Grincement des dents lié à l'activité non fonctionnelle des muscles masséters. Survient surtout lors du stade 2. Le stress émotionnel le facilite. S'il est intense, il peut provoquer des dégâts dentaires.

3.2. Parasomnies survenant durant la transition veille-sommeil

- Les rythmies nocturnes (*jactatio capitis nocturna*)

On les observe chez les nourrissons, à partir de 5-6 mois. Parmi les enfants de 4 ans, 8 % ont ce trouble qui peut se poursuivre jusqu'à l'adolescence sans avoir de caractère pathologique. Il est caractérisé par un balancement régulier de la tête, voire de l'ensemble du corps, d'une fréquence de 60 à 80 /mn, durant une quinzaine de minutes, rarement plus, survenant avant et pendant l'endormissement ou le ré-endormissement au cours de la nuit.

Par sa violence souvent bruyante, s'accompagnant parfois de vocalisations, il indispose l'entourage.

Isolé, ce trouble est bénin et d'évolution spontanément résolutive.

Il correspondrait à des manœuvres autoérotiques pour alléger l'anxiété et provoquer la survenue du sommeil. Aucun traitement n'est habituellement nécessaire.

Mais il peut faire partie d'un tableau clinique préoccupant : état carenciel, trouble précoce et envahissant du développement, syndrome de Lesch-Nyhan....

Dans les formes sévères, des conseils sont parfois utiles : matelas à même le sol, protection du pourtour du lit, pour éviter les nuisances sonores et les heurts traumatiques. Un traitement pharmacologique (benzodiazépine) peut être prescrit.

3.3. Les cauchemars ou parasomnies en cours de sommeil paradoxal

C'est un rêve mais qui aboutit au réveil par ses contenus effrayants et dont l'enfant garde un souvenir précis, à la différence des terreurs nocturnes. Il survient généralement en fin de nuit. Ils se voient surtout entre 3 et 6 ans, survenant par périodes pour diminuer progressivement.

Leur répétition peut signifier un état de souffrance psychique dont d'autres symptômes viennent témoigner (troubles anxieux, dépression, stress post-traumatique, etc.) et requérant des traitements appropriés.

4. Les troubles du sommeil secondaires

4.1. Les affections médicales

Les troubles du sommeil peuvent révéler de nombreuses maladies du fait de la douleur, de l'anxiété, de l'épuisement, mais aussi être le signe d'une affection neurologique cérébrale ou vasculaire. Leur liste ne peut être ici exhaustive et renvoie à tous les chapitres de la médecine et de la chirurgie. C'est pourquoi, tout trouble du sommeil chez un enfant doit commencer par un interrogatoire de l'enfant et de ses parents, par un examen clinique rigoureux pour orienter le diagnostic, choisir avec pertinence des examens complémentaires et prescrire un traitement étiologique approprié.

4.2. Les prises de substances

Une insomnie, une hypersomnie, une somnolence diurne peuvent être dues à une prise de produits ayant des effets psychotropes, soit indésirables ou accidentels, soit volontairement recherchés.

D'éventuelles associations médicamenteuses seront explorées avec précision.

L'interrogatoire de l'enfant, de l'adolescent et surtout de son entourage à la recherche de prise de médicaments prescrits ou non, l'examen de ses antécédents, de son contexte familial, relationnel et psychologique est bien sûr essentiel. Une hospitalisation s'impose en urgence dès lors que des signes d'altération de la conscience surviennent ou qu'un tel risque est pressenti.

Elle est recommandée devant tout trouble du sommeil prolongé pour établir un bilan de l'état général et procéder à des examens toxicologiques spécifiques.

4.3. Les troubles psychiatriques

Les troubles du sommeil sont souvent les premiers symptômes d'une affection psychiatrique constituée ou en voie de constitution, ceux que les parents repèrent et pour lesquels ils demandent une aide insistante.

Sans négliger de répondre au plus près de leur demande, le traitement des troubles du sommeil, une exploration du contexte familial et psychologique de l'enfant justifie parfois une consultation spécialisée, surtout s'ils sont associés à des difficultés scolaires ou des troubles du comportement récents, même très discrets.

Les troubles anxieux, les états dépressifs, les états de stress post traumatique, comme la plupart des états de souffrance psychique chez les enfants sont accompagnés de troubles du sommeil non spécifiques : insomnie surtout, avec des difficultés d'endormissement, une opposition au coucher, une phobie du « noir », des réveils nocturnes, des cauchemars, un éveil matinal précoce.

Les troubles du sommeil peuvent aussi survenir en cours de toute pathologie psychiatrique avérée et traitée, justifiant d'y ajouter un traitement spécifique. La signification de leur survenue est bien sûr à explorer au sein du contexte thérapeutique et/ou institutionnel.

5. Approche clinique selon l'âge

Les spécificités à l'adolescence

- Les troubles du sommeil sont habituels à cet âge.

Des enquêtes épidémiologiques ont montré que 70 à 80% des adolescents se plaignent de leur sommeil : endormissements et ré-endormissements difficiles et prolongés, fatigue au réveil avec un sentiment d'insatisfaction du sommeil et somnolence diurne, se prolongeant une partie de la matinée. Ces troubles du sommeil traduisent à minima leurs conflits internes, mais aussi leur déplacement contre l'autorité parentale, garante des règles éducatives dont l'heure du coucher fait partie.

- La tendance à se coucher tard devient ainsi la règle, expression d'une volonté d'autonomisation, justifiée éventuellement par les impératifs scolaires.

Cette privation de sommeil peut être compensée le week-end par « la grasse matinée ».

- Sinon survient « un syndrome de retard de phase ».

Il concerne 7 % des adolescents.

Caractérisé par une insomnie d'endormissement, une incapacité à se lever aux horaires souhaités associée à une somnolence diurne surtout matinale.

Installé durablement, il peut devenir très invalidant, entraîner une déscolarisation et une désocialisation, aggraver les relations intrafamiliales et être ainsi un facteur dépressogène puissant. Le traitement consiste en une resynchronisation progressive : on maintient fixe l'heure du réveil tout en retardant progressivement l'heure du coucher.

- Les troubles du sommeil peuvent être aussi des signes annonciateurs de troubles psychopathologiques que l'entretien avec l'adolescent et ses parents permettra de découvrir.

Toute la pathologie de l'adolescence est concernée, et les troubles du sommeil peuvent être alors un bon analyseur de l'évolution clinique et de l'efficacité du traitement.

6. Exploration des troubles du sommeil chez l'enfant et l'adolescent

Agenda de sommeil

C'est un instrument d'évaluation et de communication des troubles du sommeil.

Par le recueil des paramètres quantitatifs et qualitatifs du sommeil (heures d'endormissement et de lever, réveils éventuels, prise de médicaments), il permet une approche objective des symptômes lorsqu'il est rempli pendant une période suffisante (3 semaines).

On peut y associer des échelles visuelles analogiques permettant d'évaluer les conditions de l'éveil et de la veille : somnolence, anxiété, dépression...

Enregistrement polygraphique du sommeil

Il permet l'analyse détaillée du sommeil : son organisation (cyclicité), sa structure (stades) et ses microstructures (microéveils).

Il peut être fait en laboratoire ou en ambulatoire grâce à des appareils portatifs (Holter de sommeil)

Le sommeil est analysé sur les bases de l'E.E.G. associé à l'électromyogramme (tonus musculaire axial) et l'oculogramme (mouvements oculaires).

D'autres signaux physiologiques peuvent être ajoutés selon l'orientation diagnostique : des signaux respiratoires (débit respiratoire, taux sanguin d'oxygène...) cardio-vasculaires, thermiques...

Des enregistrements vidéo peuvent mettre en évidence des mouvements nocturnes anormaux.

Test itératif d'endormissement (T.I.L.E.)

On fait allonger l'enfant dans le noir, dans une chambre calme, toutes les deux heures, en lui donnant comme consigne de s'endormir s'il en a envie (premier test à 9 heures et cinquième à 17 heures).

Si l'enfant s'endort, on le laisse dormir 20 minutes et s'il ne s'endort pas on attend 20 minutes avant d'arrêter le test.

La plupart des enfants s'endorment au moins une fois pendant ce test et le temps nécessaire pour s'endormir (latence d'endormissement), calculé en moyenne pour les 5 fois, doit être supérieur à 12 minutes chez l'enfant et le préadolescent, et supérieur à 7 minutes chez l'adolescent.

Les enfants anormalement somnolents s'endorment pendant la majorité des essais et le font généralement en moins de 5 minutes.

Techniques instrumentales utilisant l'EEG pour évaluer une somnolence :

► Mesure de la latence moyenne d'endormissement

On mesure la latence d'endormissement (définie par des critères EEG) à 5 reprises dans la journée, toutes les 2 heures, dans des conditions standardisées (à l'abri de la lumière et du bruit, à température confortable, en position allongée), en demandant au sujet de se laisser aller au sommeil, de faire son possible pour s'endormir.

Une latence moyenne d'endormissement (pour les 5 tests) supérieure à 10 minutes est considérée comme normale.

On considère qu'il existe une somnolence pathologique si la latence moyenne d'endormissement est inférieure à 5 minutes. Entre 5 et 10 minutes, on se trouve dans une zone d'indécision.

► Test de maintien d'éveil

Ce test s'effectue dans les mêmes conditions de lumière, de bruit et de température, mais avec un sujet en position assise et une consigne de résister au sommeil.

On considère qu'il existe une somnolence pathologique si la latence moyenne est inférieure à 11 minutes.