

Formation continue Médecine de la personne âgée
Colloque du jeudi 15 janvier 2015, de 09h00 – 12h00
Auditoire Tissot CHUV

Troubles du sommeil d'origine neurologique

PARASOMNIES CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Dresse Cécile AMATEIS, Médecin agréée, Service de Gériatrie, CHUV, Lausanne

Dr José HABA-RUBIO, neurologue, Médecin associé, Centre d'Investigation et de Recherche sur le Sommeil, CHUV, Lausanne

Commentaires

Les comportements violents pendant le sommeil sont observés dans 2.1% de la population générale¹, et jusqu'à plus de 8% des personnes âgées². L'agitation nocturne peut avoir comme conséquences possibles le réveil du sujet, parfois confus, ou de celui qui partage sa chambre, des blessures (du sujet ou de son conjoint), des prises alimentaires inconscientes, des chutes du lit et une déambulation inconsciente la nuit. Ces agitations peuvent conduire les aidants à ne plus vouloir garder une personne à la maison et à la placer en institution. Parmi les causes d'agitation violente nocturne figurent les parasomnies, qui regroupent des phénomènes moteurs, mentaux ou verbaux qui surviennent pendant le sommeil et qui correspondent à des états de conscience dissociés : le patient est en partie endormi et en partie réveillé. On distingue les parasomnies par trouble de l'éveil, survenant au cours du sommeil profond (le somnambulisme, les éveils confusionnels et les terreurs nocturnes) et les parasomnies habituellement associées au sommeil paradoxal (comme le trouble du comportement en sommeil paradoxal). Des crises d'épilepsie partielles, notamment les crises frontales, peuvent aussi se manifester par des comportements moteurs très élaborés pendant le sommeil³. Les éléments de diagnostic de ces troubles sont résumés dans le tableau.

	Parasomnie par trouble de l'éveil (sommambulisme, éveils confusionnels, terreurs nocturnes)	Trouble du comportement en sommeil paradoxal	Epilepsie frontale nocturne
Age	Enfants/adulte jeune	>50 ans	Pas d'âge préférentiel
Sexe	F=H	H>F	F=H
Stade de sommeil (moment dans la nuit)	Sommeil lent profond (début de nuit)	Sommeil paradoxal (fin de nuit)	Indifférent
Fréquence	1 ou 2 par nuit	Variable	Par « clusters », plusieurs par nuit
Durée	Minutes	Secondes/minutes	< 1 min
Manifestations motrices	Non stéréotypées Déambulation Cris, mots, phrases	Non stéréotypées Comportements violents, gestuelle complexe, sans déambulation	Stéréotypées Dystonie
Conscience au réveil	Amnésie	Rappel de rêve	Amnésie
Polysomnographie	Réveils brusques en sommeil profond Ondes lentes synchrones	Sommeil paradoxal sans atonie musculaire	Activités paroxystiques (peuvent manquer)

Adapté de : Haba-Rubio, J. Rev Med Suisse 2012; 8: 157

Somnambulisme

Le somnambule se lève et marche, il est difficile à réveiller, il peut être confus au réveil et n'a pas de souvenir de rêve. Dans de rares cas, le somnambule se rappelle de très brèves images, souvent désagréables et peu scénarisées. Ils n'ont généralement aucun souvenir le lendemain². Le somnambulisme touche préférentiellement l'enfant et l'adulte jeune (4 à 17%), mais des rares cas surviennent chez la personne âgée (la prévalence estimée chez l'adulte est entre 2,5 et 4 %)⁴. La très grande majorité des somnambules adultes étaient déjà somnambules enfants. Il s'agit d'une affection avec une forte composante génétique: des antécédents familiaux de somnambulisme sont trouvés chez 60 à 80% des somnambules. Les épisodes de somnambulisme correspondent à des réveils incomplets en sommeil lent profond. Une étude par SPECT réalisée pendant un épisode de somnambulisme a montré une activation sélective du circuit thalamo-cingulaire, combinée à l'inhibition des autres systèmes d'éveil thalamo-corticaux⁵. Les circonstances qui augmentent le sommeil profond (une nuit de récupération après privation de sommeil) et la fragmentation du sommeil (des stimulations extérieures ou des pathologies du sommeil -des apnées ou des mouvements périodiques des jambes-) favorisent les épisodes de somnambulisme, ainsi que la prise d'hypnotiques à demi-vie courte (par exemple le zolpidem). Le traitement repose sur des mesures non médicamenteuses, comme sécuriser l'environnement du lit et de la chambre, et avoir une bonne hygiène de sommeil (notamment éviter les privations de sommeil). En particulier chez les adultes il faudra diagnostiquer et traiter les pathologies pouvant fragmenter le sommeil (tel que le syndrome d'apnées ou les mouvements périodiques des jambes). Il n'existe aucun traitement pharmacologique ayant été étudié de façon contrôlée sur le somnambulisme, mais il existe des rapports d'efficacité avec des benzodiazépines de longue durée d'action (clonazépam), la carbamazépine à petites doses le soir et des tricycliques.

Le trouble du comportement en sommeil paradoxal ou TCSP

D'abord décrit par Jouvet chez le chat, après des lésions expérimentales du tegmentum pontin, ce trouble a été individualisé chez l'homme par Schenk *et al* en 1986⁶, il correspond à la mise en action d'un rêve lors du sommeil paradoxal, un stade de sommeil pendant lequel il devrait exister une atonie musculaire. Cela s'associe à un changement du contenu des rêves, qui deviennent plus violents et agressifs. Il existe des TCSP associés à la prise de certains médicaments (principalement des antidépresseurs) et des TCSP associées à certaines pathologies neurologiques. Il existe aussi une forme « idiopathique » qui survient généralement chez les hommes de plus de 50 ans. Plusieurs études montrent que cette forme « idiopathique » précède (souvent de plusieurs années) le développement d'une maladie neurodégénérative (en particulier des alpha-synucléinopathies : maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy, atrophie multisystématisée)⁷. Face à un patient qui risque de se blesser ou de blesser le conjoint, il faut tout d'abord sécuriser l'environnement. Dans la mesure du possible, il faut supprimer les traitements antidépresseurs. Dans les autres cas, il faut traiter le TCSP avec un traitement médicamenteux. Ces traitements comportent le clonazépam (entre 0,5 et 2 mg) et la mélatonine (dose efficace varie de 3 à 12 mg).

Références

1. Ohayon MM, Caulet M, Priest RG. Violent behavior during sleep. *J Clin Psychiatry* 1997;58:369-376; quiz 377.
2. Leu-Semenescu S, Arnulf I. [Disruptive nocturnal behavior in elderly subjects: could it be a parasomnia?]. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement* 2010;8:97-109.
3. Provini F, Plazzi G, Tinuper P, Vandi S, Lugaresi E, Montagna P. Nocturnal frontal lobe epilepsy. A clinical and polygraphic overview of 100 consecutive cases. *Brain* 1999;122 (Pt 6):1017-1031.
4. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Heikkila K, Koskenvuo M. Prevalence and genetics of sleepwalking: a population-based twin study. *Neurology* 1997;48:177-181.
5. Bassetti C, Vella S, Donati F, Wielepp P, Weder B. SPECT during sleepwalking. *Lancet* 2000;356:484-485.
6. Schenck CH, Bundlie SR, Ettinger MG, Mahowald MW. Chronic behavioral disorders of human REM sleep: a new category of parasomnia. *Sleep* 1986;9:293-308.
7. Iranzo A, Fernandez-Arcos A, Tolosa E, et al. Neurodegenerative disorder risk in idiopathic REM sleep behavior disorder: study in 174 patients. *PLoS One* 2014;9:e89741.