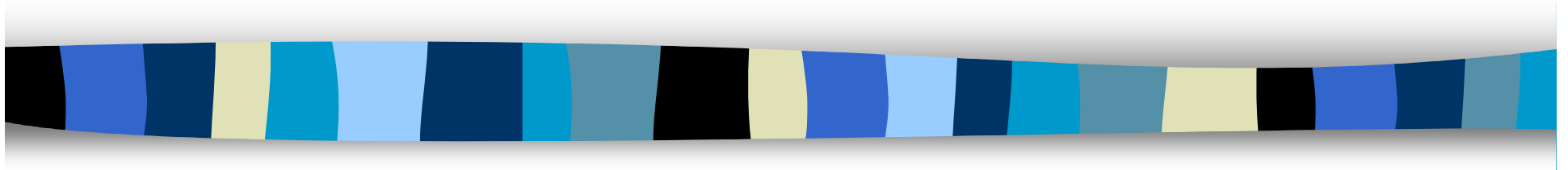


Troubles du sommeil de la PA



Dr Roche, Hôpital Gériatrique
CHRU de Lille



DEFINITION

- n Surtout subjectif
- n Plaintes d'un sommeil perçu par le patient comme difficile à obtenir, insuffisant, insatisfaisant ou non réparateur pendant plus d'un mois
- n Fréquent chez la PA



EPIDEMIOLOGIE

- n **1/3 des adultes** se plaignent de leur sommeil
- n 10% population à un trouble chronique
- n 6% à un trouble occasionnel???
- n 5% à une hypersomnie



INSOMNIES OCCASIONNELLES

n Passagères (quelques nuits)

n Ou brèves (<3 semaines)

n **Souvent secondaires**

(à un événement pénibles, pathologie médicale, changement d'environnement, bruit, température, literie, décalage horaire, rebond à l'arrêt de traitement...)



INSOMNIES CHRONIQUES

- n Endormissement trop long (>30mn)
- n Et/ou éveils nocturnes (>30 à 45 mn)
- n Et/ou réveil matinal trop précoce (temps de sommeil < 6H)
- n Plainte sur qualité du sommeil malgré durée normale

Sommeil normal de la PA



n Morcellement

- Éveils longs et fréquents sur toute la nuit

Allègement

- Plus de micro-éveils (<2s)
- Source de tr vigilance diurne et d'épisodes de somnolence (augmentation fréquence et durée des siestes)

Sommeil normal de la PA (2)



- n Difficultés de ré-endormissement
- n Rigidification des horaires préférentiels

Perte globale d'efficacité du sommeil

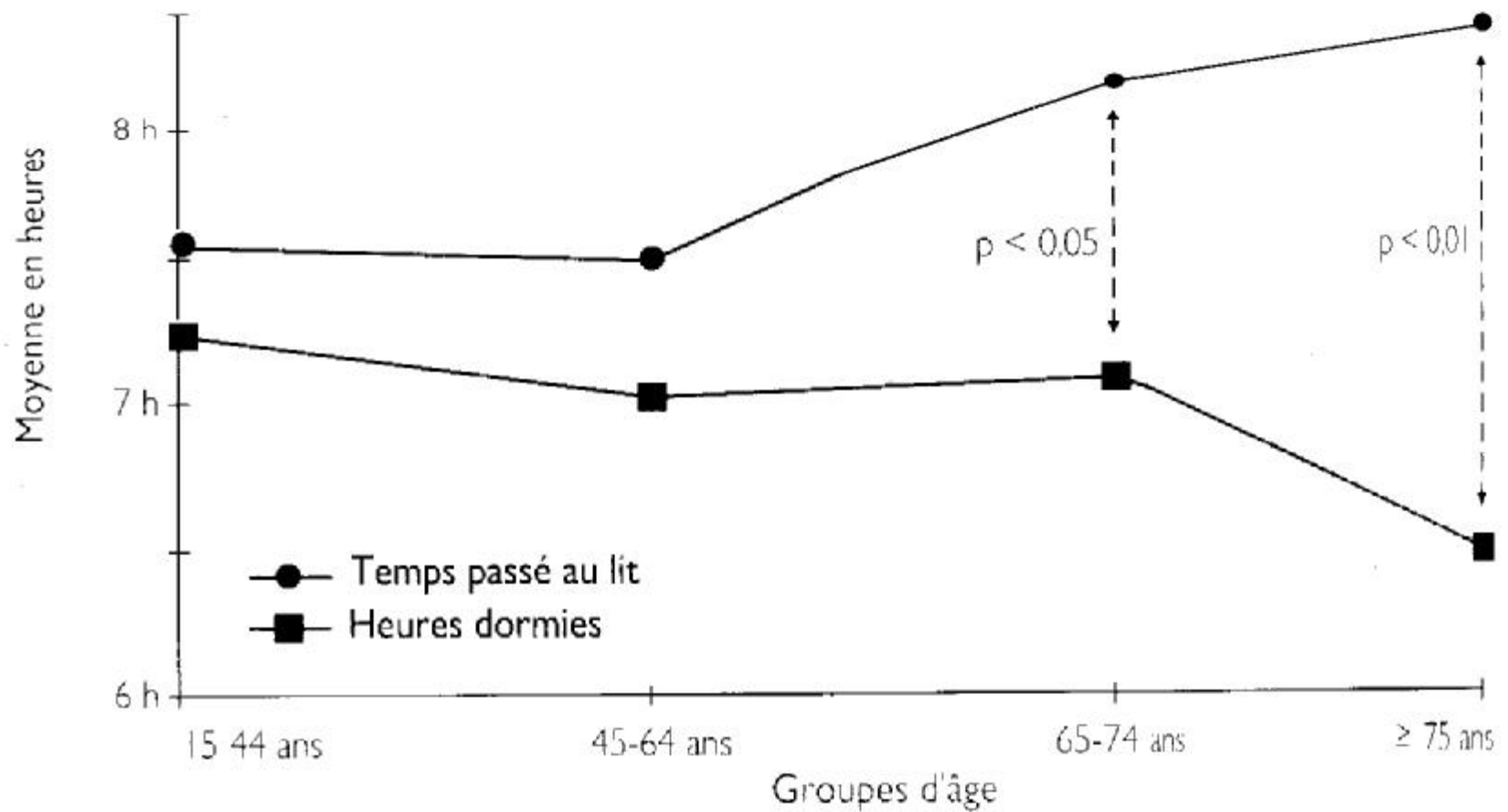
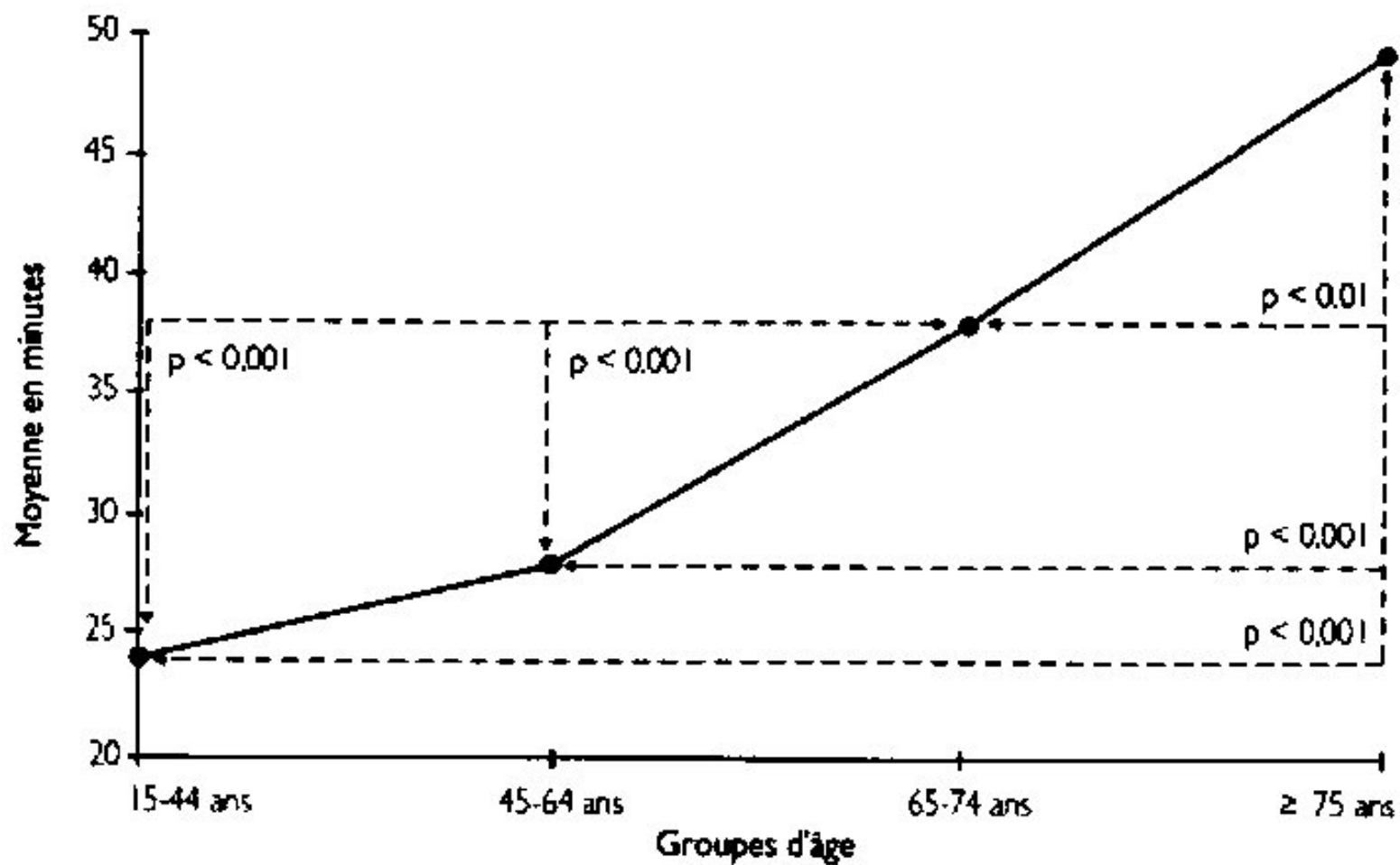


Figure 2. Délai moyen d'endormissement en fonction des groupes d'âge



Rythmes circadiens



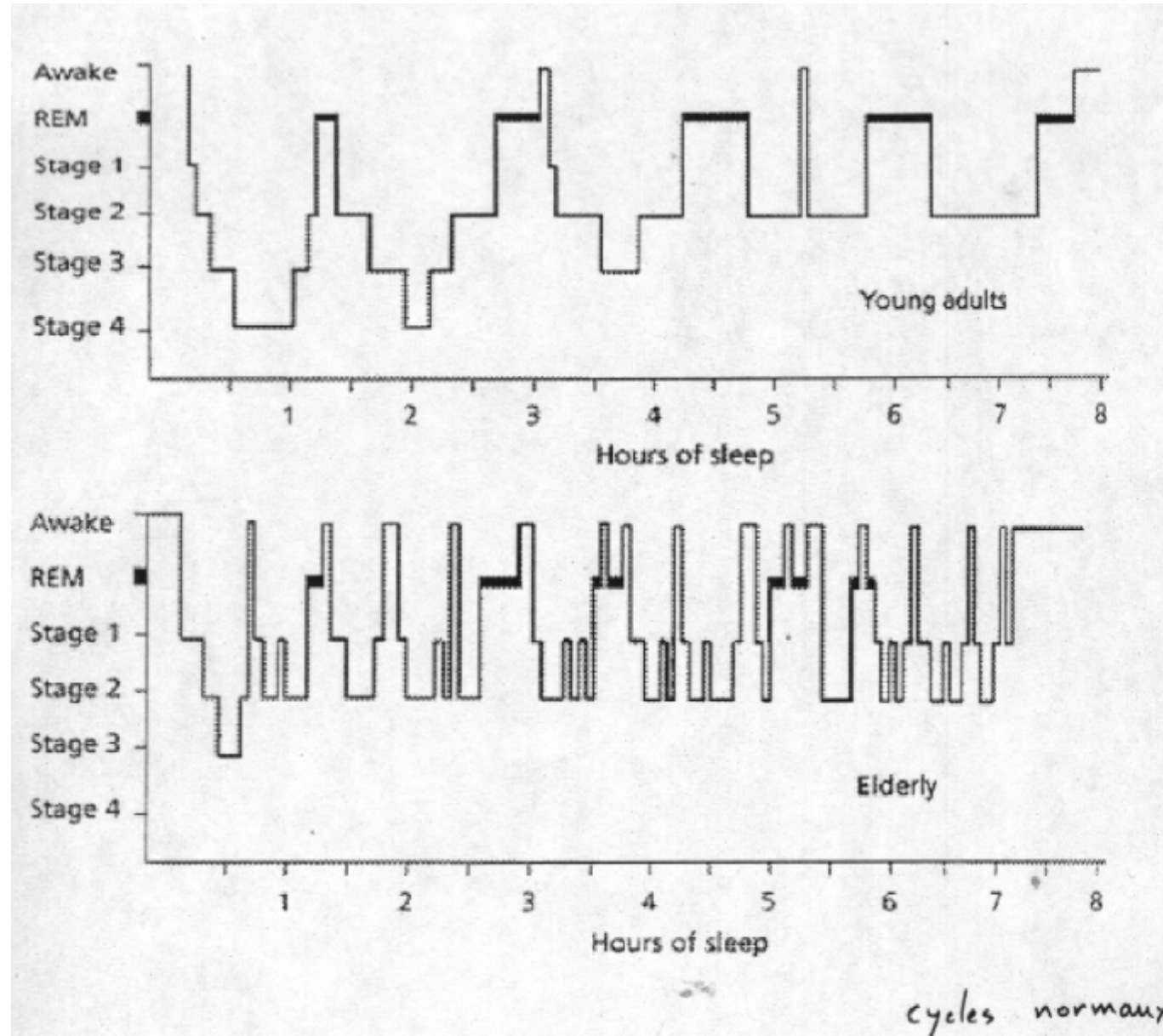
- n Avance de phase du rythme de la t° du corps
 - n Avance du pic de sécrétion du cortisol
- => besoin d'un coucher et lever précoce pour se sentir reposé
- n Augmentation diurne et nocturnes de noradrénaline plasmatique (rôle dans les éveils nocturnes?)
 - n Retard sécrétion d'urine (= plus de mictions nocturnes)



Stades du sommeil

- n 1-2 Sommeil lent léger (50% du temps de sommeil)
 - **Augmentation stade 1** => Allègement du sommeil
- n 3-4 Sommeil lent profond (25% temps sommeil)
 - Mais **seulement 10% après 60 ans**, parfois quasi disparition du stade 4
- n SP Sommeil paradoxal (25% temps sommeil)
 - Moins présent dans les 1er cycles chez le sujet jeune
 - Répartition uniforme sur toute la nuit chez l'âge
 - Durée totale inchangée avec l'âge
 - Mais **réveils nocturnes fréquents** même à ce stade

Enregistrement polysomnographique



Facteurs à l'origine de troubles du sommeil



- n Douleurs
- n Hypertrophie prostate
- n Mal neurologiques (Park, Alz...)
- n Sd jambes sans repos
- n Dépression
- n Iatrogénie
- n Dépendance / hypnotiques
- n Alcool, caféine
- n Patho cardio-respiratoire
- n Mauvaises habitudes /sommeil
- n Peu d'activité diurne...

Facteurs à l'origine de troubles du sommeil

n Apnée du sommeil

- Somnolence diurne
- Céphalée au réveil
- Tr du caractère, nervosité
- Asthénie
- Éveils nocturnes fréquents
- Ronflement avec pauses respiratoires prolongées (5 de plus de 10 sec / h de sommeil et désaturation)



Alcool et sommeil



- n Prise avant le coucher
=> Diminution durée
endormissement
- n Mais **perturbation
2nd moitié de nuit**
- n Majore le risque de
chutes nocturnes

Maladie de Parkinson et sommeil



- n Temps endormissement allongé
- n Réveils plus fréquents
- n Aggravation avec l'évolution de la MP
 - Pb/ bonne position dans le lit
 - Crampes, cauchemars, dystonies...
- n Surdosage Levodopa
 - Augmente temps éveil nocturne, majore le risque d'hallucinations nocturnes
- n Adaptation TTM (étalement, prise tardive ou diminution)

Bonnes conduites / sommeil



- n Horaires réguliers de coucher et lever
- n Ne pas rester trop au lit éveillé
- n Activité quotidienne à la lumière
- n Eviter caféine, alcool, nicotine dans l'après-midi et le soir
- n Chambre calme, pas trop chaude

RMO



- n Respect des bonnes conduites
- n TTM étiologique
- n Si besoin utiliser un hypnotique
- n PA privilégier dosage bas et $\frac{1}{2}$ vie courte (BZD => + de stade 2 –de sommeil profond et SP)
- n Durée brève (<4sem)

C'est terminé...

