

ITEM 108 : TROUBLES DU SOMMEIL

Sommeil normal	<p>Sommeil lent : ralentissement et synchronisation de l'activité EEG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Léger : - Stade 1 : activité EEG thêta (4-7 cycles/s) + mouvements oculaires lents <ul style="list-style-type: none"> - Stade 2 : activité EEG thêta + grapho-éléments spécifiques (fuseaux du sommeil, complexes K) - Profond = stade 3 : activité EEG synchronisée lente de grande amplitude delta (0,5-4,5 cycles/s) <p>Sommeil paradoxal (REM sleep) : activité EEG désynchronisée rapide, mouvements oculaires rapides, atonie musculaire</p> <p>→ La succession de sommeil lent, léger et profond, et paradoxal définit un cycle de sommeil = 90 min</p> <p>→ 3 à 5 cycles de sommeil se succède en une nuit : les cycles de début de nuit sont plus riches en sommeil lent profond et ceux de fin de nuit en sommeil paradoxal</p>		
	Durées	<p>Temps total de sommeil = de 6h (court dormeur) à 10h (long dormeur), 7h30 en moyenne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sommeil lent léger : 50% du temps de sommeil total - Sommeil lent profond : 25% du temps de sommeil total - Sommeil paradoxal : 25% du temps de sommeil total <p>Chronotype :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du matin : sujets couche-tôt et en forme le matin - Du soir : sujets couche-tard et en forme le soir 	
	Régulation	Régulation homéostatique (processus S)	<p>= Sensation de fatigue : la propension à s'endormir (pression de sommeil) augmente avec la privation de sommeil et diminue avec le sommeil (rebond de sommeil)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La quantité d'ondes lentes delta reflète la profondeur du sommeil : un sujet en privation de sommeil aura un sommeil très profond avec une forte activité delta
		Régulation circadienne (processus C)	<p>= Contrôle de l'alternance veille-sommeil selon un rythme circadien, par l'horloge centrale des noyaux suprachiasmatiques : pression de sommeil maximale entre 1h et 5h le matin, et 14h et 16h l'après-midi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mélatonine : puissant effet hypnogène, synthétisée par la glande pinéale la nuit. Principale hormone de régulation des rythmes chronobiologiques. - Lumière = principal synchroniseur : inhibe la synthèse de mélatonine, effet éveillant
		Rythme ultradien	<p>= Rythme de vigilance d'environ 90 minutes qui règle la périodicité du sommeil paradoxal et des cycles de sommeil</p>
	Evolution avec l'âge	Nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> - Sommeil actif (50%), sommeil calme (40%) et sommeil transitionnel (10%)
		Enfant	<ul style="list-style-type: none"> - La durée totale du sommeil diminue avec l'âge : - Nouveau-né = 16-20h <ul style="list-style-type: none"> - A 1 an = 14h - A 6 ans = 11h - A 12 ans = 9-10h - Mise en place progressive des rythmes circadiens pendant les 3 premiers mois - Disparition de la sieste vers 4-6 ans → Le sommeil est important pour le développement : des troubles du sommeil peuvent avoir des répercussions sur les performances cognitives, le comportement, l'humeur et le métabolisme (notamment l'obésité)
		Adolescent	<ul style="list-style-type: none"> - Décalage du rythme circadien veille-sommeil (retard de phase) : couche-tard, lève-tard
		Adulte	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution du temps total de sommeil (TTS) - Diminution de l'efficacité du sommeil (TTS/temps passé au lit) - Augmentation des éveils nocturnes - Diminution du stade 3 et augmentation du stade 1 et 2, sommeil paradoxal constant
		Sujet âgé	<ul style="list-style-type: none"> - Avance de phase et aplatissement du rythme circadien (couche-tôt) - Sommeil de moins bonne qualité (fragmentation) - Somnolence diurne (sieste physiologique chez le sujet très âgé)
Exploration	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogatoire et examen clinique - Agenda de sommeil : apprécie l'architecture du sommeil sur plusieurs semaines - Tests/questionnaires : apprécie la qualité du sommeil, la somnolence diurne, et la sévérité des troubles - Polysomnographie = référence : enregistrement de l'EEG, des mouvements oculaires (EOG), du tonus musculaire (EMG des muscles mentonniers), de la respiration, des ronflements, de la SaO₂, du mouvement de jambes ± vidéo - Polygraphie ventilatoire : enregistrement de la respiration, du ronflement et SaO₂ 		

Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la somnolence diurne : tests itératifs de latence d'endormissement et tests de maintien de l'éveil - Paramètres circadiens : <ul style="list-style-type: none"> . Actimétrie (avec accéléromètre au poignet) : rythme veille-sommeil sur plusieurs jours, TTS . Enregistrement de température centrale . Profil de sécrétion de la mélatonine (Dim Light Melatonin Onset, DLMO) pour déterminer la phase du rythme circadien (non effectué en routine) Bilan des hypersomnies d'origine centrale : <ul style="list-style-type: none"> - Typage HLA - Dosage d'hypocrétine dans le LCS : en cas de difficulté diagnostique
--------	---

INSOMNIE

Insomnie = insatisfaction concernant la quantité ou la qualité du sommeil, avec des répercussions diurnes

- **30%** des adultes ont eu une **insomnie occasionnelle**, **19%** d'**insomnie** chronique, prédominance féminine, ↗ avec l'âge
- **Enjeu de santé publique** : 7-10% utilisent des médicaments, **augmentation de la morbidité dans l'insomnie chronique sévère**, altération des interactions socioprofessionnelles

Diagnostic	C	Diagnostic positif	<ul style="list-style-type: none"> - Plainte subjective ≥ 3 fois/semaine : <ul style="list-style-type: none"> . Difficulté d'endormissement . Réveils nocturnes . Réveil matinal précoce - Sensation de détresse et/ou retentissement diurne : fatigue, somnolence, troubles cognitifs, irritabilité, perturbation de l'humeur, céphalées, trouble de la libido, troubles gastro-intestinaux
		Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Circonstances initiales et modalités d'installation : facteur déclenchant - Typologie : <ul style="list-style-type: none"> . Difficultés d'endormissement : durée estimée, activité précédant le coucher, ruminations anxieuses, gêne physique au coucher . Réveils nocturnes multiples : nombre et durée, cause, durée de rendormissement, activité lors de l'éveil (polyurie, grignotage, tabac...) . Réveil précoce : heure du réveil définitif, cause, activité avant de se lever - Conséquences : symptômes fonctionnels, retentissement professionnel, social et affectif - Intensité : index de sévérité de l'insomnie (auto-questionnaire : moyenne > 14, sévère > 21)
	PC	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda de sommeil sur quelques semaines : heure de lever, coucher, temps passé à dormir, horaire des éveils nocturnes, qualité du réveil le matin, vigilance la journée - Actimétrie : appréciation des rythmes veilles-sommeil en conditions habituelles - Polysomnographie : en cas de suspicion d'un syndrome des jambes sans repos, SAOS ou parasomnie associée 	
	DD	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de retard de phase : coucher tardif associé à un lever tardif 	
Ins. transitoire	<ul style="list-style-type: none"> = Insomnie d'ajustement ou aiguë : durée < 3 mois, cause occasionnelle réversible - Stress psychologique : contrariété, deuil... - Stress physique : affection physique, douleur... - Facteur environnemental : niveau sonore, climat, altitude... - Mauvaise hygiène du sommeil → Risque de passage à la chronicité 		
Ins. chronique	<ul style="list-style-type: none"> = Insomnie persistante > 3 mois : souvent évolutive et complexe, associant plusieurs facteurs 		
	Insomnie chronique primaire	Insomnie psycho-physiologique	<ul style="list-style-type: none"> = Insomnie persistante primaire : survient à la suite d'un facteur initial stressant (deuil, séparation...), sans retour au sommeil normal même après disparition de la cause - Difficultés d'endormissement, trouble du maintien du sommeil - Hyperéveil cognitif et émotionnel - Appréhension du sommeil (conditionnement négatif), perçu comme non réparateur - Pensées dysfonctionnelles avec attentes irréalistes par rapport au sommeil, et amplification des conséquences : discordance entre le retentissement subjective et objectif
		Insomnie paradoxale	<ul style="list-style-type: none"> = Mauvaise perception du sommeil : plainte d'insomnie, de réveils prolongés, de « nuits blanches » disproportionnée par rapport aux troubles objectivés

		Insomnie idiopathique	= Rare, débute souvent dans l'enfance, sans facteur déclenchant initial ni facteur pérennisant - Insomnie sans période de rémission, de prise en charge difficile
	<i>Insomnie chronique secondaire</i>	Psychiatrique	Fréquente, la plupart des troubles psychiatriques peuvent être responsables - Episode dépressif caractérisé : réveil trop précoce - Episode maniaque : insomnie sans fatigue diurne - Trouble anxieux : difficultés d'endormissement, réveils nocturnes - Etat de stress post-traumatique : syndrome d'hypervigilance, cauchemars - Trouble psychotique (signe précoce) → La persistance de l'insomnie dans un contexte psychiatrique chronique est un facteur identifié de rechute ou de récurrence
		iatrogène	- Prise de médicament : corticothérapie, hormones thyroïdiennes, psychostimulant, antidépresseur stimulant... - Sevrage : psychotrope (surtout hypnotique), opiacé, éthylique - Consommation excessive de caféine ou stupéfiant stimulant (cocaïne, amphétamines)
		Médicale	- Atteinte neurologique : Alzheimer, Parkinson, atteinte vasculaire, tumorale ou inflammatoire - Hyperthyroïdie - Symptôme insomniant : douleur, dyspnée, pollakiurie, RGO...
		Pathologie intrinsèque du sommeil	- Syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques nocturnes du sommeil - Syndrome d'apnée du sommeil
		Hygiène de sommeil	= Mauvaises habitudes : variations dans les horaires de sommeil, siestes diurnes prolongées, temps passé au lit excessif, stimulant le soir (caféine, nicotine, alcool, activité physique)...
<i>Insomnie de l'enfant</i>	= Trouble de l'installation et du maintien du sommeil nocturne : - Prévalence élevée : 25 à 50% avant 5 ans, 20% de 6 à 12 ans, 20 à 40% des adolescents - Prise en charge étiologique : approche comportementale et éducative, psychothérapie parents-enfant... Les traitements médicamenteux sont à éviter.		
	Cause environnementale	- Petit enfant : mauvaise habitude (bercement, biberon, lit des parents...), présence parentale lors de l'endormissement - Enfant/adolescent : consommation TV et informatique, téléphone portable avant le coucher...	
	Cause organique	- ORL : otite, apnée du sommeil... - Pneumologique : asthme... - Digestive : RGO, allergie aux protéines du lait de vache... - Etc.	
	Cause psychologique	- Nourrisson : difficultés relationnelles avec l'entourage, déficit éducatif - Signe précoce d'un trouble envahissant du développement ou d'un retard mental (insomnies calmes) - Angoisse de séparation avec les parents (dès 2 ans)	
<i>TTT</i>	Hypnotique	= Zolpidem (Stilnox®), zopiclone (Imovane®), benzodiazépine hypnotique (lormétazépam, loprozalam) - Indication : insomnie transitoire ou occasionnelle , pour une durée limitée → A éviter dans l'insomnie chronique (hors usage limité et ponctuel) - Prescription limitée à 4 semaines - Inconvénients : . Perte d'efficacité objective (surtout pour les benzodiazépines à ½ vie courte) . Phénomène de sevrage : effet rebond favorisant le cercle vicieux (moins marqué pour les benzodiazépines à ½ vie longue et les analogues) . Effets indésirables : somnolence diurne, interaction avec l'alcool, troubles mnésiques, épisodes confuso-oniriques	
	Alternative	= Selon le contexte clinique : - Antidépresseur sédatif : mirtazapine (Norset®) - Antihistaminique : hydroxyzine (Atarax®) - Mélatonine : . A libération immédiate (insomnie d'endormissement) . A libération prolongée (insomnie de maintien du sommeil)	

	PEC comportementale	Hygiène de sommeil	<ul style="list-style-type: none"> = Approche éducative sur le sommeil - Se coucher et se lever tous les jours à la même heure ± 30 minutes - Limiter le temps passé au lit - Environnement facilitant le sommeil : chambre obscure, insonorisée, climatisée (18-20°) - Ne pas faire d'exercice physique intense après le repas, éviter les bains chauds - S'exposer à la lumière le matin - Eviter de dormir la journée (siestes courtes) - Eviter les stimulants (caféine, nicotine, alcool...) - Eviter les repas lourds et tardifs
		TCC	<ul style="list-style-type: none"> - Composante éducative : hygiène du sommeil - Composante comportementale: restriction du temps passé au lit, contrôle du stimulus (gérer l'horaire de coucher selon la propension au sommeil) - Psychothérapie cognitive et techniques de relaxation

SOMNOLENCE EXCESSIVE ET TROUBLES DE L'ÉVEIL

Somnolence excessive = état subjectif et objectif d'éveil physiologique abaissé, propension au sommeil ou assoupissement

- Endormissement pathologique : endormissement anormalement rapide ou dans des circonstances inappropriées
- Très fréquent (4-20%), avec une **répercussion sur le fonctionnement individuel** (cognitif et comportemental) et **sociétaire**

→ A différencier de la **fatigue** (à la suite d'un effort psychique ou physique) et de la **clinophilie** (rester allongé éveillé)

Aspect
médico-
légal

- La **somnolence diurne** (d'origine comportementale, organique, psychiatrique, iatrogène ou secondaire à une insomnie) est une condition médicale **incompatible avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire**
- **Interruption temporaire de conduite** en attente de traitement, maintenue tant que persiste une somnolence
- Compatibilité temporaire en cas de TTT efficace : - **1 an** pour les véhicules légers (permis A, B ou E)
- **6 mois** après tests de maintien de l'éveil pour poids lourds

Interrogatoire

- **Somnolence diurne** : besoin de lutter contre le sommeil, endormissements involontaires en divers circonstances de la vie courante, accidents liés à la somnolence...
- Témoignage de l'entourage (conjoint...) : **attention à la sous-évaluation habituelle par les patients**

Questionnaire

- **Echelle d'Epworth** (la plus couramment utilisée) : évaluation de la somnolence dans 8 situations avec un score de 0 à 3 pour chaque situation → score/24, anormal si > 10

Evaluation

Technique
instrumentale
avec EEG

Test itératif de latence d'endormissement (TILE)

- = Mesure de la **latence d'endormissement** et du **stade de sommeil** à 5 reprises dans la journée, toutes les 2 heures, dans des conditions standardisées (abri de la lumière et du bruit, en position allongée), en demandant au sujet de se laisser aller au sommeil
- Latence moyenne d'endormissement **normale > 10 minutes**
- Latence < **8 minutes** en cas de **hypersomnie centrale** : endormissement en sommeil paradoxal (narcolepsie) ou non (hypersomnie idiopathique)
- Latence < **5 minutes** en cas de **somnolence très sévère**

Test de maintien de l'éveil (TME)

- = Dans les mêmes conditions, sujet assis, essayant de résister au sommeil (capacité à rester éveillé) : pathologique < **20 minutes** → **valeur médico-légale (définition des aptitudes au poste et à la conduite automobile)**

Etiologie

Somnolence physiologique : **âges extrêmes** (jeune enfant et sujet âgé), **grossesse** (principalement au 1^{er} trimestre)

Somnolence excessive :

1) Induite (privation chronique, médicaments, toxiques)

- **Trouble du rythme circadien veille-sommeil** (travail posé, vols trans-méridiens...)

- **Iatrogène** : **benzodiazépine, antipsychotique, thymorégulateur, antidépresseur, antiépileptique, antihistaminique, antalgique opioïde**

- **Toxique** :

- . Prise : **cannabis, alcool, opiacé**

- . Sevrage : **cocaïne, amphétamine, caféine**

2) Pathologique secondaire

- Pathologie altérant le sommeil de nuit : la somnolence est la conséquence d'un sommeil **non-récupérateur** :

- . Syndrome d'apnées du sommeil

- . Syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques nocturnes

- . Affections neuropsychiatriques (ex : **épisode dépressif caractérisé avec hypersomnie** (plus fréquent chez le sujet jeune, la femme, ou dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un trouble affectif saisonnier)

- . Pathologies chroniques sévères (douleurs, cancers, etc.)

Etiologie	3) Pathologique primaire : pathologie intrinsèque liée à une atteinte d'un système d'éveil (hypersomnies d'origine centrale) :					
	. Narcolepsie de type 1 ou type 2 ; hypersomnie idiopathique					
	. Trouble du rythme circadien veille-sommeil : une perturbation du rythme circadien veille-sommeil peut entraîner une somnolence diurne dont le traitement reposera sur la correction du trouble du rythme circadien :					
	Trouble respiratoire du sommeil	Syndrome d'apnée du sommeil (SAS) : - Obstructif : IAH > 5 avec symptômes nocturnes (ronflements...) et diurne (somnolence excessive...) - Central (rare) : IAH > 5 avec majorités d'événements centraux, possiblement associée à une respiration périodique de Cheynes-Stokes → insuffisance cardiaque sévère, opioïde Syndrome d'augmentation des résistances des voies aériennes supérieures (SARVAS) : variante du syndrome d'apnée du sommeil obstructif Prévalence : 4% des hommes, 2% des femmes				
		Nosologie	- Apnée : interruption du flux respiratoire > 10 secondes - Hypopnée : ↓ du flux respiratoire > 50% pendant > 10 secondes ou > 30% avec désaturation > 3% et/ou micro-éveil visualisé à l'EEG - IAH : index d'apnées/hypopnées par heure de sommeil - Apnée/hypopnée obstructive : obstruction des VAS avec ↗ des efforts respiratoires - Apnée/hypopnée centrale : ↓ de la commande ventilatoire - Augmentation des résistances des VAS : ↗ des efforts respiratoires avec micro-éveil, sans hypoxémie ni diminution du flux respiratoire			
		FdR	= Age, sexe masculin , obésité, tabac, alcool, cou court, épais, macrogнатhie, rétrognathie - Fréquemment associés à l'HTA, l'insuffisance cardiaque, le diabète ou des atcd d'AVC			
		C	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d9ead3;">Symptômes nocturnes</th> <th style="background-color: #d9ead3;">Symptômes diurnes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> - Ronflement (sonore, souvent très ancien) - Pauses respiratoires constatées par le conjoint, avec reprise bruyante de la respiration - Eveils en suffocation - Nycturie - Sueurs nocturnes </td> <td> - Somnolence diurne - Céphalées matinales - Troubles de concentration/mémoire - Irritabilité, trouble de l'humeur - Baisse de la libido - Asthénie matinale </td> </tr> </tbody> </table>	Symptômes nocturnes	Symptômes diurnes	- Ronflement (sonore, souvent très ancien) - Pauses respiratoires constatées par le conjoint, avec reprise bruyante de la respiration - Eveils en suffocation - Nycturie - Sueurs nocturnes
	Symptômes nocturnes	Symptômes diurnes				
	- Ronflement (sonore, souvent très ancien) - Pauses respiratoires constatées par le conjoint, avec reprise bruyante de la respiration - Eveils en suffocation - Nycturie - Sueurs nocturnes	- Somnolence diurne - Céphalées matinales - Troubles de concentration/mémoire - Irritabilité, trouble de l'humeur - Baisse de la libido - Asthénie matinale				
	Trouble respiratoire du sommeil	PC	= Diagnostic si IAH > 5 , forme sévère si IAH > 30 - Polygraphie respiratoire : en 1^{ère} intention , examen de dépistage, suffisant pour les formes sévères - Polysomnographie : examen de référence (précise les micro-éveils) → Chez l'enfant : SAS sévère si IAH > 5			
Risques		- Accident ou autres conséquences de la somnolence diurne - Risque cardio-vasculaire : HTA, insuffisance coronarienne, AVC, trouble du rythme cardiaque - Chez l'enfant : cassure de la croissance staturo-pondérale, trouble du comportement (irritabilité, hyperactivité, fatigabilité), déficit cognitif à type d'inattention et de trouble de la mémoire, diminution des performances scolaires, conséquences cardiovasculaires à long terme				
TTT		- Pression positive continue (au masque nasal) = référence : efficace mais contraignant - Orthèse d'avancement mandibulaire : port la nuit, efficacité moindre - Chirurgie d'avancement mandibulaire : traitement lourd, efficace, d'indications limitées - Correction des facteurs aggravants : traitement positionnel , réduction pondérale, arrêt alcool et hypnotiques - Chez l'enfant : amygdalectomie (1^{ère} intention), traitement orthodontique				
Syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques nocturnes		Syndrome des jambes sans repos	= Sensation désagréable des membres inférieurs : survenant au repos, maximale le soir (avant l'endormissement et au cours des éveils nocturnes), améliorée par le mouvement (marche, mobilisation), avec besoin impérieux de bouger les jambes - Plus fréquent chez la femme, ↗ avec l'âge, antécédents familiaux, 80% associé à des MPN - Physiopathologie impliquant des facteurs génétiques, le métabolisme du fer, et le système dopaminergique. - Chez l'enfant : forme peu connue, sous-diagnostiquée. Diagnostic différentiel du TDAH.			
	DD	- Insuffisance veineuse chronique, neuropathie, akathisie, AOMI				

Etiologie	Syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques nocturnes	Syndrome des jambes sans repos	Cause	<ul style="list-style-type: none"> - Idiopathique (à forte composante familiale) - Insuffisance rénale sévère - Carence martiale - Maladie de Parkinson - Iatrogène : antidépresseurs, neuroleptiques, lithium 	
		Mouvements périodiques nocturnes		<p>= Mouvements répétitifs et stéréotypés des membres inférieurs, parfois supérieurs, pouvant survenir pendant le sommeil et la veille (extension du gros orteil, dorsiflexion du pied, voire flexion du genou ou de hanche), sans que le sujet en ait conscience</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaque mouvement peut s'accompagner d'un allègement du sommeil ou d'un micro-éveil, pouvant conduire à une fragmentation du sommeil - Diagnostic : enregistrement EMG des muscles tibiaux antérieurs (± vidéo) lors de la polysomnographie → index de mouvement > 15/h 	
		TTT		<ul style="list-style-type: none"> - Correction de facteurs favorisants : sevrage médicamenteux, carence martiale, équilibration de diabète - Médicament : <ul style="list-style-type: none"> . Agoniste dopaminergique à faible posologie : ropinirole, pramipexole, rotigotine . Hors AMM : dérivé codéiné, antiépileptique (gabapentine, prégabaline, clonazépam) 	
	Hypersomnie centrale	Narcolepsie-cataplexie			<p>= Syndrome de Gélineau : accès de somnolence diurne irrésistible ± cataplexie (type 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Début généralement entre 20 et 30 ans, prévalence = 1/2000 - Physiopathologie : perte des neurones sécréteurs d'hypocrétine de l'hypothalamus (rôle dans le contrôle de l'éveil). Mécanisme auto-immun ?
			C		<ul style="list-style-type: none"> - Somnolence diurne irrésistible : accès de sommeil diurnes multiples et courts (< 2 min), incoercibles, rafraîchissants, souvent avec activité onirique - Cataplexie (pathognomonique mais inconstante) : relâchement du tonus musculaire déclenché par une émotion (le plus souvent positive), durant d'une fraction de seconde à quelques minutes, sans perte de connaissance, complète avec affaissement du sujet, ou incomplète (lâchage de la mâchoire, d'objet, des genoux...) - Paralysie du sommeil lors de l'endormissement (hypnagogique) ou du réveil (hypnopompique) : impossibilité de bouger sans perte de connaissance - Hallucinations hypnagogiques (plus rarement hypnopompiques) : visuelle (personne étrangère dans la chambre), auditive ou somesthésique - Sommeil fragmenté, sieste récupératrice - Prise de poids involontaire au début des symptômes
			PC		<ul style="list-style-type: none"> - Polysomnographie : fragmentation du sommeil, sommeil paradoxal rapide - TILE : latence moyenne d'endormissement < 8 minutes, avec un endormissement en sommeil paradoxal sur ≥ 2 sessions/5 - Dosage d'hypocrétine dans le LCS effondré (type 1) ou non (type 2) : en cas de doute diagnostique - Typage HLA : DQB1*0602 étroitement associé à la narcolepsie-cataplexie (97%), 25% dans la population générale => valeur prédictive négative.
			TTT	Somnolence	<ul style="list-style-type: none"> - Aménagement de siestes - Modafinil (Modiodal®) en 1^{ère} intention - Gamma-hydroxy-butyrate en 2^{ème} intention (hors AMM en l'absence de catalepsies) - Pitolisant (Wakix®) - Méthylphénidate
			TTT	Cataplexie	<ul style="list-style-type: none"> - Gamma-hydroxy-butyrate (Xyrem®) - Antidépresseur IRSNA : venlafaxine
	Hypersomnie idiopathique				<p>= Somnolence diurne plus ou moins continue sur la journée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau débutant chez l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte, forme familiale fréquente
		C			<ul style="list-style-type: none"> - Somnolence diurne ± continue, avec accès de sommeil non irrésistible - Inertie du sommeil : réveil laborieux, ivresse du sommeil - Siestes non rafraîchissantes - Temps total de sommeil : allongé (> 11h) ou normal (6-11h)

Hypersomnie centrale	Hypersomnie idiopathique	PC	<ul style="list-style-type: none"> - Polysomnographie : éliminer une autre cause de somnolence diurne - TILE : latence moyenne d'endormissement < 8 minutes, avec < 2 endormissements en sommeil paradoxal - Polysomnographie de 24h ou actimétrie : mesure du temps de sommeil - Si doute diagnostique : imagerie cérébrale, entretien psychiatrique - Imagerie cérébrale, avis psychologique ou psychiatrique si doute diagnostique
		TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Modafinil en 1^{ère} intention, méthylphénidate en 2nd intention (hors AMM) ou d'autres molécules éveillantes
Autres causes rares	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de Kleine-Levin : hypersomnie récurrente, par crises d'une durée de quelques jours, avec un temps total de sommeil très long, chez des adolescents ou jeunes adultes, prédominance masculine, associée à des troubles du comportement (prise alimentaire compulsive, désinhibition sexuelle), troubles cognitifs et amnésie partielle de l'épisode - Lésion cérébrale : <ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme crânien - Encéphalite (trypanosomiase africaine) - Lésions ischémiques (ramollissement bi-thalamique) ou tumorales - Maladie de Parkinson, maladie de Steinert, sclérose en plaque 		

TROUBLES DU RYTHME CIRCADIEN VEILLE-SOMMEIL

= Troubles de l'horaire d'endormissement et du décours temporel du cycle veille-sommeil

Cause : - **Perturbation intrinsèque** du système circadien

- **Perturbation extrinsèque** (travail de nuit...) avec altération de l'entraînement de l'horloge
- **Affection médicale** ou **prise médicamenteuse/toxique**

Classification	Syndrome de retard de phase	<ul style="list-style-type: none"> = Dérèglement de l'horloge interne : sujet prenant l'habitude (ou génétiquement déterminé) de dormir tard et de se réveiller tard → difficultés d'endormissement, somnolence diurne lorsqu'ils s'obligent à se coucher tôt - Très fréquent, touche majoritairement l'adolescent et l'adulte jeune
	Syndrome d'avance de phase	<ul style="list-style-type: none"> = Incapacité à rester éveillé le soir, avec des éveils matinaux précoces - Plus rare, préférentiellement chez le sujet âgé
	Décalage horaire	<ul style="list-style-type: none"> = Insomnie, somnolence diurne et réduction des performances - Transitoire, lié à des vols trans-méridiens (plus marquée lors de voyage vers l'est)
	Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble du rythme circadien lié au travail posté (3x8) : somnolence diurne, insomnie, baisse de performance avec risque accru d'accident - Irrégularité de la veille et du sommeil : sommeil morcelé en plusieurs épisodes de courte durée - Rythme en libre cours (non entraîné) : décalage quotidien d'environ 1-2h de la période de sommeil
PEC	PC	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} intention : agenda de sommeil, actimétrie - 2nd intention : - Mesure de rythme : température, mélatonine, cortisol - Test de suppression de la mélatonine par la lumière
	TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Régularisation des activités de la vie quotidienne avec bonne hygiène de sommeil - Luminothérapie - Prescription de mélatonine

PARASOMNIE

Parasomnie = manifestations motrices, verbales ou sensorielles complexes, indésirables, survenant à l'endormissement, pendant le sommeil ou lors d'éveils incomplets

- Physiologiques : survenue occasionnelle chez > 50% population générale

- Pathologiques : survenue répétée

Classification : fonction du stade de sommeil au cours duquel elles se produisent

En sommeil lent profond	= Eveils incomplets ou dissociés (éveil moteur sans éveil cortical) : survenue en 1 ^{er} tiers de nuit, avec généralement une activité automatique relativement simple, et amnésie complète ou partielle de l'épisode	
	- Composante familiale fréquente	
	- Facteur déclenchant (↗ de la profondeur du sommeil ou éveil intra-sommeil) : privation de sommeil, activité physique intense, irrégularité des horaires de sommeil, fièvre, médicament, stress, SAS, mouvements périodiques du sommeil... - TTT en cas de forme sévère : clonazépam	
En sommeil paradoxal	Somnambulisme	= Déambulation inconsciente , avec désorientation temporo-spatiale, lenteur de parole : comportement plus ou moins adapté, mais ralenti, souvent associé à une somniloquie - Durée de quelques secondes à quelques dizaines de minutes - Très fréquent : 10 à 30% des enfants entre 5 et 12 ans - DD : épilepsie nocturne frontale
	Terreurs nocturnes	= Manifestations de terreur intense avec cri strident, pleurs, expression de panique, yeux ouverts, manifestations végétatives majeures (rougeur, tachycardie, palpitation, tachypnée...) - Touche généralement l'enfant, rare à l'âge adulte - Très impressionnant pour l'entourage, mais l'enfant ne garde aucun souvenir s'il n'est pas réveillé → A différencier du cauchemar : en 3 ^e partie de nuit, sans amnésie de l'épisode
	Eveils confusionnels	= Confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale, comportements automatiques ou inappropriés , donnant l'impression d'être partiellement endormi et partiellement réveillé - Fréquent chez l'enfant, parfois observé chez l'adulte sous traitement sédatif
En sommeil paradoxal	Troubles du comportement en sommeil paradoxal	= Pendant le sommeil paradoxal, préférentiellement en fin de nuit : comportement moteur élaboré , généralement agressif ou défensif , sans déambulation, avec risque de blessure en cas de chute du lit, en rapport avec le rêve du patient - Sujet d'âge mur > 50 ans, prédominance masculine - Fréquemment associé et précédant une maladie dégénérative extrapyramidale (Parkinson, AMS) - TTT : clonazépam Rivotril® (hors AMM)
	Paralyse du sommeil	- Possiblement en l'absence de narcolepsie
	Cauchemars	= Rêves angoissants, avec un fort contenu émotionnel, qui réveillent le sujet - Fréquent chez l'enfant, plus rare chez l'adulte - Survenue plutôt en 3 ^{ème} partie de nuit, symptomatologie minime, sans désorientation au réveil, souvenir de l'épisode avec un contenu mental riche, ré-endormissement difficile
Autres	Enurésie nocturne	= Mictions involontaires récurrentes > 5 ans
	Rythmie d'endormissement	= Mouvements répétitifs rythmiques et stéréotypés de la tête (cogement, roulement), ou du tronc et du cou (bercement, roulement) - Survenant au moment de l'endormissement, voire lors du sommeil - Essentiellement observé dans la petite enfance, peut persister chez l'adulte - Réaction à l'environnement : entend et obéit si on lui demande d'arrêter les mouvements
	Bruxisme	= Grincement des dents pendant le sommeil lent léger, désagréable pour l'entourage, et source d' abrasion des surfaces dentaires - Traitement orthodontique : correction de l'usure des dents associées
	Somniloquie	= « Parler pendant son sommeil » : isolée ou associée à d'autres parasomnies (somnambulisme, trouble du comportement en sommeil paradoxal...)
	Trouble alimentaire	= Episodes récurrents de prise involontaire d'aliments et de boissons la nuit