VISage
Vienne Santé Gérontologie

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n°55 - Juin 2008

LES TROUBLES DU SOMMEIL DE LA PERSONNE AGEE

Les troubles du sommeil exprimés sur le mode de l'insomnie (difficultés à s'endormir, réveils fréquents, difficultés à se rendormir, réveils matinaux) constituent une plainte fréquente parmi la population âgée de plus de 65 ans, avec des conséquences sur la journée (asthénie matinale, difficultés de concentration, envies de dormir, siestes) L'insomnie vraie entraîne des conséquences dans la journée.

ETIOLOGIE

1°/ Une modification du rythme circadien veille-sommeil

La modification majeure du sommeil est la tendance à la fragmentation du sommeil nocturne par de nombreux éveils et micro-éveils, responsables d'un sommeil instable, avec des difficultés à se rendormir. Les rythmes biologiques peuvent être influencés par les facteurs de l'environnement appelés synchroniseurs. Pour l'homme se sont les rythmes marqués par la période de travail, l'activité sociale et les repas, les alternances : lumière-obscurité, chaud-froid ou bruit-silence. Lors du vieillissement apparaît une désynchronisation interne, le rythme veille-sommeil se met en avance de phase sur le nycthémère, ce qui se traduit par un coucher plus précoce et un réveil matinal. La fragmentation du sommeil donne une augmentation des périodes de somnolence pendant la journée.

2°/ Les affections médicales ou psychiatriques

Affections douloureuses : néoplasie, maladie articulaire dégénérative, ulcère et reflux gastroesophagien, affection broncho-pulmonaire, artériopathie des membres inférieurs, problèmes urinaires (pollakiurie)
Affections dyspnéisantes : insuffisance cardiaque, problèmes respiratoires
Troubles neuropsychiatriques : anxiété, stress, syndrome dépressif souvent masqué chez la personne âgée avec un réveil précoce
Pathologies neurologiques dégénératives : démence type Alzheimer (déstructuration du sommeil, troubles comportementaux nocturnes), maladie de Parkinson (crampes, hallucinations)
Iatrogénie : diurétique, médicaments stimulants (béta 2 adrénergiques, corticoïdes, théophylline, psychotropes stimulants, médicaments dopaminergiques), consommation d'alcool ou de café

3°/ Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS)

C'est une cause fréquente avec la gêne pour l'entourage qu'il entraîne lié au ronflement. On retrouve souvent une obésité, une HTA, une phonation particulière, des troubles des fonctions cognitives, modifications de la personnalité, dépression. L'enregistrement polysomnographique est le seul examen affirmant le diagnostic. L'examen ORL a un intérêt physiopathologique et étiologique. Les complications du SAS sont l'HTA, les troubles du rythme cardiaque, la polyglobulie, l'énurésie, l'hypertension pulmonaire, l'impuissance et une privation chronique de sommeil. La prise en charge repose sur des mesures hygiénodiététiques, traitement par PPC (pression positive continue)

4°/ Les mouvements périodiques des jambes.

Ce syndrome concerne 40 % de la population de plus de 60 ans, il s'agit de mouvements en triple flexion, du genou sur la hanche avec extension du gros orteil, responsable d'un allègement du sommeil et de micro-éveils. **Le syndrome des jambes sans repos**, souvent associé aux mouvements périodiques correspond aux impatiences, dysesthésies des membres inférieurs lorsque le sujet est éveillé, l'obligeant à se lever et marcher. Le traitement fait appel à la L.DOPA au coucher ou agonistes dopaminergiques au coucher.

PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

En premier lieu, vérifier la réalité de l'insomnie, car le besoin de sommeil diminue avec l'âge et l'endormissement précoce entraîne un réveil précoce. L'agenda du sommeil est un outil d'évaluation de la qualité du rythme veille-sommeil. Il faut expliquer les modifications du sommeil liées au vieillissement normal lors d'une consultation
Traitement symptomatique de toutes les affections insomniantes, révision de l'ordonnance (médicaments psychostimulants, diurétiques…), ne pas méconnaître une dépression.

- Règles d'hygiène du sommeil adaptées au sujet âgé

➢ Renforcer les synchroniseurs externes :
- les comportements sociaux, rythmés par les périodes d'activité avec une activité physique dans la journée et les repas chez les retraités, se lever chaque matin à une heure régulière, sieste courte en début d'après-midi, retarder les heures de coucher, réaliser l'obscurité dans les chambres, tenir un calme absolu, conserver une température fraiche la nuit, s'éclairer le matin par une lumière blanche type halogène
- soumettre les sujets institutionnalisés à une bonne exposition lumineuse dans la journée pour fixer le rythme veille-sommeil.

➢ Habitude délassante avant le coucher permettant de s'endormir plus facilement (lecture, bain chaud ou tiède, promenade) éviter les repas chargés et les boissons excitantes en fin de journée

- Thérapeutiques pharmacologiques : toujours avoir à l'esprit le risque d'accident liés à l'usage de ces médicaments ; chutes, fractures, problèmes cognitifs.

➢ Hypnotiques benzodiazépiniques, qui entrainent une réduction du temps d'endormissement, une réduction du nombre des éveils nocturnes, une amélioration de la qualité du sommeil. Leurs effets secondaires sont la somnolence, la fatigue, des vertiges, un rebond d'anxiété diurne chez les sujets prenants des benzodiazépines à action brève, une diminution de la performance psychomotrice chez les sujets prenant des benzodiazépines à action prolongée.

➢ Zopiclone augmente la durée totale de sommeil lié à une plus grande quantité de sommeil lent, et sans modification sur le sommeil paradoxal. Ses principaux effets secondaires sont son goût amer, une bouche sèche, des cauchemars et des insomnies de rebond.

➢ Zolpidem entraine une réduction du délai d'endormissement avec augmentation de la durée totale du sommeil, une efficience du sommeil améliorée et un respect de l'architecture du sommeil. Ses effets secondaires sont des sensations vertigineuses ou de tête vide, une somnolence, des céphalées, des troubles gastro-intestinaux. Il ne donne pas d'altération des performances psychomotrices du lendemain. Il n'entraine pas d'insomnie de rebond à l'arrêt et pas de syndrome de sevrage.

➢ Anxiolytiques si le trouble du sommeil est lié à l'anxiété, antidépresseurs psychotoniques le matin ou sédatifs le soir si le trouble du sommeil est accompagné d'un état dépressif.

CONCLUSION

Devant tout trouble du sommeil souvent exprimé sous forme d'insomnie, il est impératif de prendre en charge le patient, de rechercher une étiologie, d'évoquer les différentes propositions thérapeutiques non pharmacologiques et pharmacologique et ainsi de refuser l'escalade thérapeutique et l'automédication.

Docteur Anne-Marie AMMEUX, Réseau VISage

***Attitudes pratiques en gérontologie**, de G. SEBBANE et J.G. PERILLIAT, Tome 2, pages 27 à 32, par C. SZEKELY et **Guide de pratique de gériatrie** de Sylvie LEGRAIN et Yves KAGAN, Collection MMI Edition et **Corpus de gériatrie** Tome 2 p 161-169 2m2 Edition*