

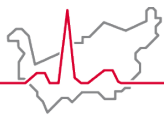


Hôpital du Valais
Spital Wallis

Le sommeil à l'âge avancé

du physiologique au pathologique

Dr Sacha Celik
Médecin Adjoint
SPPC/CCPP Martigny
Département de Psychiatrie et Psychothérapie



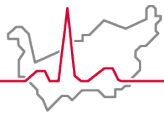
Sommaire

- **Aspects théoriques**
 - Le sommeil
 - Modifications physiologiques liées à l'âge
 - Troubles rencontrés à l'âge avancé
 - L'insomnie
 - Spécificités de l'âge avancé
 - Investigation
 - Traitements
- **Vignettes cliniques**



Hôpital du Valais
Spital Wallis

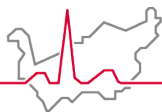
Aspects théoriques



Définition: les troubles du sommeil

La classification selon ICSD-2

- Les insomnies
- Troubles du sommeil en lien avec la respiration
- Les hypersomnies d'origine centrale
- Les troubles du rythme circadien du sommeil
- Les parasomnies
- Les mouvements anormaux en relation avec le sommeil
- Symptômes isolés
- Autres troubles du sommeil



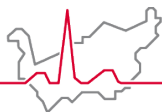
Le sommeil chez la personne âgée

Modifications physiologiques du sommeil liées à l'âge :

- **Altération de la continuité du sommeil**
 - Plus morcelé, ↗ micro-réveils et réveils ↗ changement de stade
 - Temps total sommeil (TTS) ↘
 - ↘ efficacité du sommeil (TTS/temps passé au lit)
 - ↘ seuil d'éveil au bruit
- **Modification de l'architecture du sommeil**
 - ↘ sommeil lent profond (stade IV) + sommeil REM
- **Modifications du rythme veille-sommeil (circadien)**
 - Atteinte de l'horloge biologique endogène et diminution de l'influence des synchroniseurs externes
 - Aplatissage de l'amplitude des rythmes
 - Sommeil biphasique ou polyphasique
 - Syndrome d'avance de phase
- **Difficulté de maintien de l'éveil**

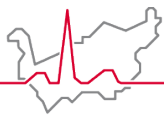
Le sommeil de la personne âgée

- La plainte concernant le sommeil du sujet âgé est fréquente (> 50%)
- **Elle peut correspondre aux modifications physiologiques liées à l'âge**
- Durée moyenne sommeil = 7h (grande variabilité)
- Sieste \Rightarrow pas interdite
- La consommation de psychotropes augmente avec l'âge
- Premier marqueur qualitatif de bon sommeil = absence d'hypnotique
- > 70 ans \Rightarrow **20% prennent des somnifères**



Les troubles du sommeil de l'âge avancé

- **SAOS**
 - ↗ prévalence avec l'âge (jusqu'à 20% >65 ans)
- **Syndrome d'Avance de Phase (SAP)**
 - ↗ prévalence avec l'âge
 - DD : insomnie avec réveil précoce (dépression)
 - Tt : Luminothérapie (inhibition mélatonine), exercice physique en plein air
- **Restless leg syndrome (RLS)**
- **Periodic leg movement in sleep (PLMS)**
 - ↗ prévalence avec l'âge (jusqu'à 34%)
 - CAVE : SSRI/NL
 - Y penser en cas d'insomnie réfractaire
- **Somnolence diurne excessive**
 - ↗ prévalence avec l'âge



Définition : l'insomnie

- **Définition générale :**

Plainte subjective concernant l'initiation, la durée, le maintien ou la qualité du sommeil associée à une altération du fonctionnement diurne et apparaissant malgré un environnement favorable au sommeil.

- **Insomnie primaire :**

insomnie non-organique ou psychophysiologique

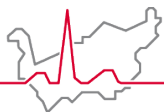
- **Insomnie secondaire :**

si associée à une co-morbidité psychiatrique ou somatique, à un abus de substance ou à un autre trouble du sommeil

Définition : l'insomnie psychophysiologique

Critères diagnostics selon CIM-10

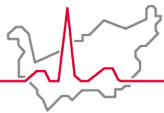
- a) Difficulté d'endormissement ou difficulté à rester endormi, ou sommeil de qualité non satisfaisante**
- b) Présence de cette perturbation du sommeil au moins trois fois par semaine pendant au moins un mois**
- c) Préoccupation par le manque de sommeil et appréhension excessive de ses conséquences, présente aussi bien la nuit que le jour**
- d) La quantité ou la qualité non satisfaisante du sommeil s'accompagne d'une souffrance marquée ou interfère avec les activités courantes de la vie quotidienne**



Hôpital du Valais
Spital Wallis

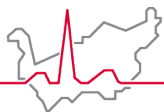
L'insomnie de la personne âgée

- **Insomnie primaire plutôt rare**
 - Diagnostic d'exclusion
- **Insomnie secondaire plus fréquente**



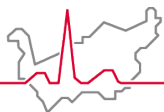
L'insomnie et la démence

- **Troubles du sommeil fréquents lors de démence**
- **Insomnie comme symptôme prodromique**
- **Anamnèse difficile \Rightarrow approche systématique**
- **L'insomnie dans la démence : penser à ...**
 - Etat confusionnel
 - Cause iatrogène
 - Douleurs
 - Trouble psychiatrique
 - Pathologie somatique
 - Autre trouble du sommeil
 - Environnement (voisin de chambre agité)



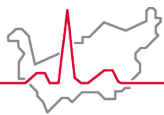
L'investigation

- **Anamnèse concernant le sommeil**
 - Exploration de la plainte concernant le sommeil
 - Conditions avant le sommeil (**environnement** + sujet)
 - Rythme veille-sommeil
 - Symptômes nocturnes (mouvements, douleurs, dyspnée, etc.)
 - Fonctionnement diurne
 - Style de vie
 - Fatigue, somnolence, siestes
 - Altération du fonctionnement (humeur, concentration, anxiété, irritabilité) = impact sur la qualité de vie
- **Rechercher une co-morbidité somatique**
 - Pathologies douloureuses
 - Pathologies cardiaques et pulmonaires (dyspnée nocturne)
 - Reflux gastro-oesophagien
 - Trouble fonction thyroïdienne
 - Affections neurologiques ⇒ AVC, MP, MA, etc.



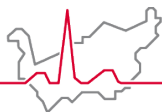
L'investigation

- **Rechercher une co-morbidité psychiatrique**
 - Présente dans 30-40% des insomnies
 - Dépression \Rightarrow co-morbidité psychiatrique la plus fréquente (réveil précoce)
 - Trouble anxieux \Rightarrow insomnie d'endormissement
 - Manie, trouble psychotique, etc.
- **Rechercher un autre trouble du sommeil**
- **Rechercher un abus de substance**
 - Stimulants (caféine)
 - Alcool
- **Anamnèse médicamenteuse**
 - Médication somatique
 - Psychotropes
 - Problème des somnifères
- **Examen clinique (somatique + psychiatrique)**
- **Agenda du sommeil / questionnaires** (*Epworth sleepiness scale* ou *Pittsburgh Sleep Quality Index*)
- **Actimétrie/polysomnographie**



Traitements non-pharmacologiques

- **Importance d'un bon diagnostic**
- **Traitement de la cause primaire**
- **Mesures d'hygiène du sommeil et psychoéducation**
- **Méthodes de relaxation**
- **Contrôle du stimulus et restriction de sommeil**
- **Psychothérapie cognitive**
« never try to sleep »

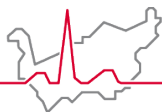


Traitement pharmacologique de l'insomnie

Avant de prescrire Ajuster la médication initiale

Primum non nocere

- **Antidépresseurs stimulants**
- **Hypnotic-dependent insomnia**
- Antalgiques opioïdes
- Corticoïdes
- β -bloqueurs, α -agonistes/antagonistes, diurétiques
- Statines
- Théophylline, Salbutamol



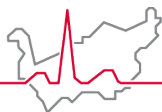
Agonistes des récepteurs aux BzD (Gabaergique)

- **Benzodiazépiniques**

- Désavantages :
 - Demi-vie longue \Rightarrow sédation résiduelle
 - Troubles cognitifs (transitoires \pm irréversibles)
 - Etat confusionnel, parasomnies
 - Chute
 - Aggravation pbs respiratoires

- **Non-benzodiazépiniques**

- Effet hypnotique plus sélectif
- CAVE : confusion nocturne + parasomnies
- Zolpidem, Zopiclone
 - Effet sédatif rapide et durée d'action courte
 - Insomnie d'endormissement
- Zolpidem retard
 - Insomnie de maintien
 - Risque de sédation résiduelle



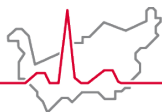
Traitement pharmacologique de l'insomnie

Antidépresseurs sédatifs (low-dose)

- Mirtazapine (15 mg)
- Trazodone (25-50 mg)
- Efficacité démontrée en cas d'insomnie secondaire à un état dépressif
- Efficacité non-démontrée dans l'insomnie primaire
- Choix néanmoins intéressant chez l'âgé

Clomethiazole (Distraneurin®)

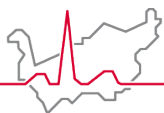
Mélatonine (Circadin®) ?



Traitement pharmacologique de l'insomnie

Neuroleptiques sédatifs

- Pas d'efficacité démontrée dans le traitement de l'insomnie primaire
- A éviter chez l'adulte \Rightarrow ES multiples
- Cas particulier de l'âgé
 - Arsenal thérapeutique réduit \Rightarrow prescription *off label*
 - Les NL peuvent être préférables aux BzD !
 - Utilisation lors d'état anxieux majeur
 - Utilisation lors d'insomnie du patient dément
- **Quétiapine, Olanzapine, etc.**



Hypnotic-dependent Insomnia

Sleep Medications

111

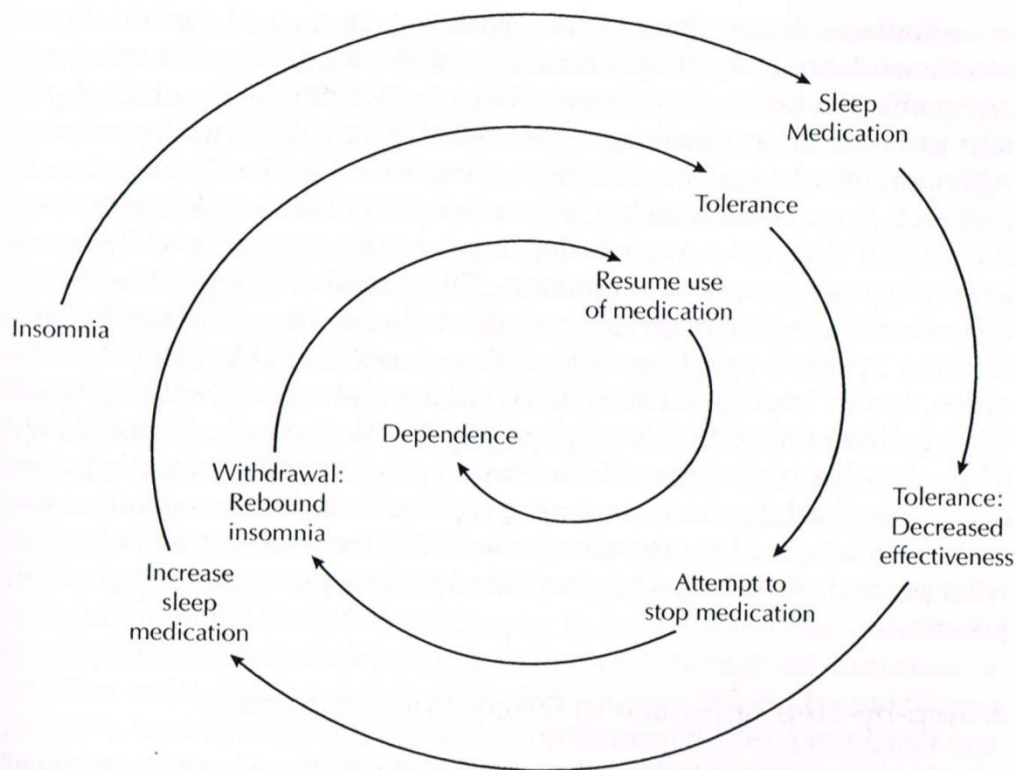
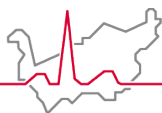


Figure 7.1. The cycle of hypnotic-dependent insomnia. Source: C.M. Morin (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press. Reproduced with permission.



Références

- 1. Giannakopoulos, P. and M. Gaillard, ***Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé***. 2010: Editions Médecine & Hygiène.
- 2. Morin, C. and C. Espie, ***Insomnia : a Clinical Guide to Assessment and Treatment***. 2004, New-York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- 3. Medicine, A.A.o.s., ***The International Classification of Sleep Disorders, revised***, 2001.
- 4. Schutte-Rodin, S., et al., ***Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults***. J Clin Sleep Med, 2008. 4(5): p. 487-504.
- 5. Kamel, N.S. and J.K. Gammack, ***Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment***. Am J Med, 2006. 119(6): p. 463-9.
- 6. OMS, ***CIM-10***. 1994: Masson.