

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Docteur, je dors mal !

Dr. Grégoire Gex
Service de Pneumologie

25 janvier 2018

Plan

- Introduction : prévalence et définition de l'insomnie
- Diagnostics différentiels
- Examens complémentaires
- Prise en charge de l'insomnie
 - Hygiène du sommeil
 - Médicaments
 - Approche cognitivo-comportementale (par le médecin de 1^e recours ?)

Prévalence de l'insomnie

Sondages¹

- 26% des Américains se plaignent de difficultés d'endormissement.
- 42% des Américains se plaignent de difficultés à rester endormis au moins 3 nuits/semaine.

Remarque : cela ne suffit pas pour retenir le diagnostic d'insomnie...

Etudes de prévalence

- Plus de 50 études sont disponibles, décrivant une prévalence d'insomnie entre 4% et 48%, selon les critères d'insomnie.²
- On retient communément une prévalence d'insomnie chronique de **10-15%**.³

¹ National Sleep Foundation: 2008 Sleep in America poll.

² Ohayon et al. Sleep Med Rev 2002;6:97-111

³ Kryger. Principles and Practice of Sleep Medicine. 6th Edition; 2017. Elsevier

Définition de l'insomnie chronique (ICSD-3 ; DSM-5)

- 1. Plainte**
 - Difficultés d'endormissement «*Insomnie d'endormissement*»
 - Réveils nocturnes «*Insomnie de maintien*»
 - Réveil trop précoce «*Réveil précoce*»
- 2. Répercussion diurne** Fatigue, tr. de la concentration/mémoire, irritabilité, diminution de motivation, diminution des performance sociales, etc.
- 3. Fréquence** Au moins 3x/semaine
- 4. Durée** Au moins 3 mois
- 5. Opportunité adéquate** Conditions adéquates pour dormir
- 6. Autre condition** Pas d'autre meilleure explication (autre trouble du sommeil, psychique, somatique, médicamenteux, toxique)

Définition de l'insomnie chronique (ICSD-3 ; DSM-5)

- Les sous-types d'insomnie ont disparu (primaire, secondaire, psychophysiological, paradoxale, idiopathique...) !
- L'insomnie secondaire peut être remplacée par l'**insomnie comorbide**, car
 - l'insomnie est le plus souvent en partie indépendante du trouble associé
 - L'insomnie nécessite un traitement spécifique (le traitement unique de la cause «primaire» ne suffit souvent pas pour traiter l'insomnie).

Ex :

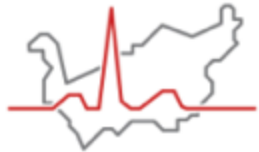
- trouble anxieux ou dépressif avec insomnie comorbide
- trouble somatoforme avec insomnie comorbide
- Arthrose avec insomnie comorbide
- Insuffisance respiratoire avec insomnie comorbide
- Dépendance à l'alcool avec insomnie comorbide

Diagnostics différentiels de l'insomnie

- Trouble du rythme circadien :
 - Retard de phase
 - Avance de phase
 - Travail de nuit à horaires variables
- Syndrome des jambes sans repos
- Syndrome de mouvements périodiques des jambes durant le sommeil
- SAS (40% des SAS ont une plainte d'insomnie)
- Sujet court dormeur
- Vieillesse normale (âge → sommeil + court, + fragmenté et + précoce)

Examens complémentaires

- **Agenda du sommeil** : toujours très utile (y compris pour le patient)
- **Actimétrie** : parfois utile
(ex : si on doute des horaires de sommeil)
- **Polysomnographie** : utile que si un tr. du sommeil autre est suspecté
(ex : somnolence diurne et non pas fatigue)
ou si une insomnie paradoxale est suspectée



Hôpital du Valais
Spital Wallis

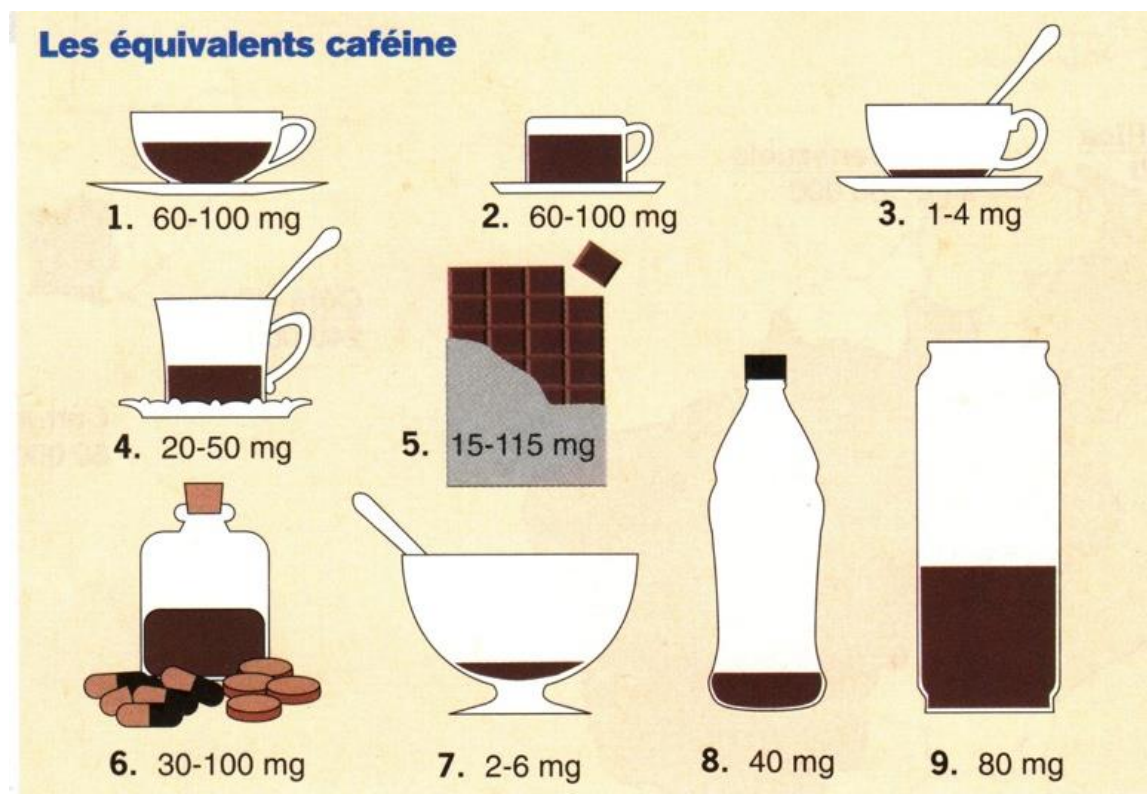
Prise en charge de l'insomnie

Améliorer l'hygiène du sommeil

- Proscrire les siestes !
- Faire de l'exercice physique le jour, en évitant l'activité physique intense le soir
- Éviter les stimulants (café, tabac) plusieurs heures avant le coucher
- Éviter l'alcool le soir (fragmente le sommeil) et les repas copieux.
- S'accorder 1h pour se détendre avant le coucher (éviter l'activité intellectuelle vespérale)
- Garder une chambre à coucher calme, sombre, aérée et confortable, à une température de 18-20 °C.
- Maintenir des horaires de coucher-lever réguliers (mais ne pas se coucher avant de sentir la somnolence!)
- Ne pas boire, manger, lire, regarder la TV ou utiliser son smartphone/tablette/ordinateur au lit.

Rem. : ne suffit pas dans l'insomnie modérée à sévère

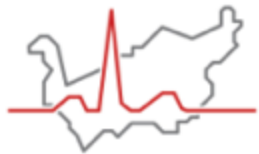
Les équivalents caféine



1 : Grand café
2 : Espresso
3 : Décaféiné

4 : Thé
5 : Chocolat
6 : Analgésique

7 : Chocolat chaud
8 : Boisson au cola
9 : Boisson énergétique



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Traitement médicamenteux

Traitement médicamenteux

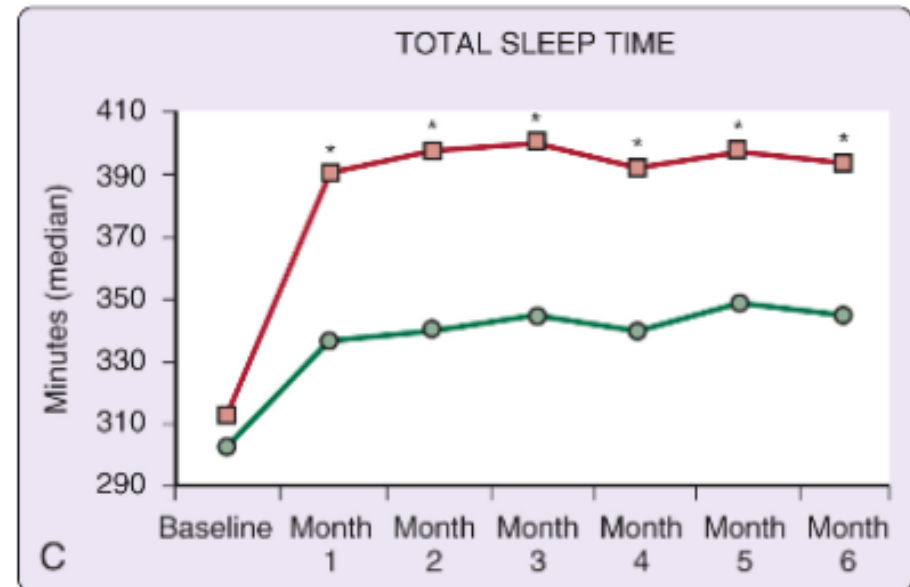
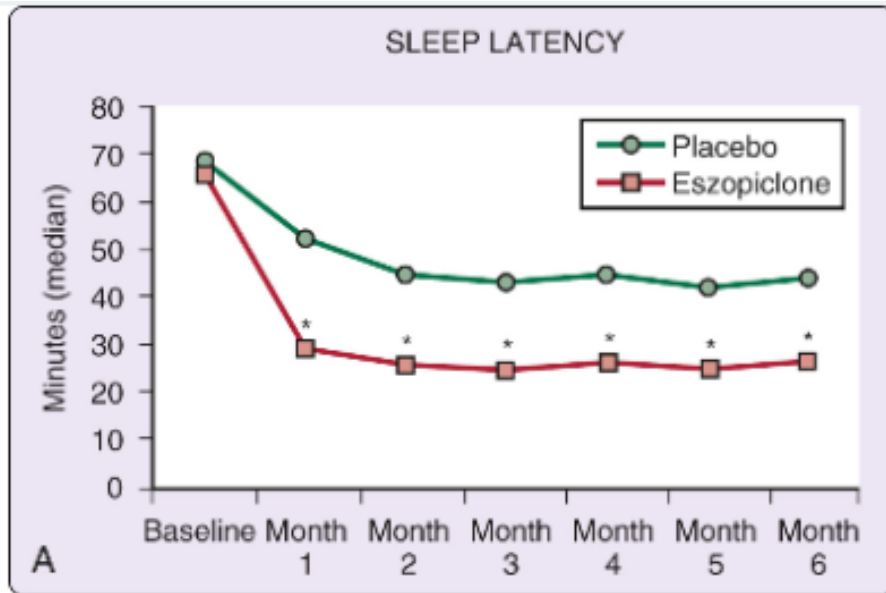
- Dans l'insomnie **aiguë**, avec facteur déclenchant clair non corrigeable, un somnifère peut être une bonne solution.
 - Les agonistes des récepteurs aux BZD sont le 1^e choix.
 - Choisir une molécule avec courte ½ vie (ex : zolpidem, Imovane)
 - Commencer par la plus petite dose possible (cave métaboliseurs lents).
 - Planifier une date de sevrage (ou date de diminution à 1-2 cp/semaine)
- Dans l'insomnie **chronique**, la TCC est le 1^e choix, mais un médicament est une alternative de traitement chez les patients pour lesquels une TCC n'est pas envisageable ou disponible.
 - Les agonistes des récepteurs aux BZD sont le 1^e choix aux USA.
 - En Europe, la trazodone (Trittico) est également proposée.
 - Réévaluer régulièrement si un arrêt est possible.

Agonistes des récepteurs BZD

| Substance | Nom commercial | Receptor Binding Specificity | Dose Range (mg) | Elimination Half-Life (hr) |
|---------------------------|----------------|--------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| Flurazepam | Dalmadorm | Nonspecific | 15–30 | 48–120* |
| Temazepam | Normison | Nonspecific | 15–30 | 8–20 |
| Triazolam | Halcion | Nonspecific | 0.125–0.25 | 2–6 |
| Zopiclone | Imovane | GABA _A , $\alpha_{1,2,3}$ | 3.75-7.5 | 4.4-7.3 |
| Zolpidem | Stillnox | GABA _A , α_1 | 5–10 | 1.5–2.4 |
| Zolpidem extended-release | Stilnox CR | GABA _A , α_1 | 6.25–12.5 | 1.6–4.5 |

Remarque : l'impact clinique de la sélectivité ou non sélectivité sur les récepteurs GABA n'est pas relevant.

Agonistes des récepteurs BZD



Rem. : L'amélioration des symptômes diurnes est moins claire, mais semble également présente avec les agonistes BZD de courte durée d'action

Agonistes des récepteurs BZD : effets indésirables

- Sédation le jour suivant
 - attention aux métaboliseurs lents !!!
 - toujours commencer à petites doses (risque accident)
 - Attention aux prises en cours de nuit
- Amnésie antérograde
- Insomnie de rebond :
 - dure seulement 1-2 nuits
 - Peut survenir déjà après 1-2 prises
- Syndrome de sevrage
 - Dure entre 3 jours et 3 semaines
 - Survient après longues prises

Agonistes des récepteurs BZD : effets indésirables

- Dépendance / abus / escalade de doses
 - Beaucoup plus rare qu'avec les BZD.
- Risque de chute / tr. cognitifs
 - Probable, mais évidences pas claires pour les ag. des récepteurs BZD
- Somnambulisme / night eating disorder / réactions paradoxales
 - Bien décrits, mais peu d'évidences pour la prévalence.

Contre-indications à discuter : BPCO sévère, SAOS, abus de substances, hépatopathie avancée, grossesse, services de piquets

Autres médicaments

| Medication | FDA Indication | Insomnia Dosage (mg) | T _{max} (h) | T _{1/2} (h)* | Most Frequent Side Effects | Relative Contraindications to Use | Most Promising Clinical Use |
|-----------------------------|----------------|----------------------|----------------------|-----------------------|---|--|---|
| Amitriptyline (Saroten) | MDD | 10–100 | 2–5 | 10–100 | Sedation Dizziness Weight gain Orthostatic hypotension Dry mouth Blurred vision Constipation Urinary retention | History of myocardial infarction, ischemia, or conduction abnormalities Closed-angle glaucoma Parkinson disease Seizure disorder Hepatic disease Patients with suspected bipolar disorder | Insomnia comorbid with MDD, chronic pain, or anxiety |
| Doxepin (Siquane) | MDD Anxiety | 1–25 mg | 1.5–4 | 10–50 | Sedation Dizziness Weight gain Orthostatic hypotension Dry mouth Blurred vision Constipation Urinary retention | History of myocardial infarction, ischemia, or conduction abnormalities Closed-angle glaucoma Parkinson disease Seizure disorder Hepatic disease Patients with suspected bipolar disorder | Efficacy with relative absence of side effects in 1–6 mg Insomnia comorbid with MDD, chronic pain, or anxiety Treatment of early morning awakenings |
| Trazodone (Trittico) | MDD | 25–150 | 1–2 | 7–15 | Sedation Dizziness Headache Dry mouth Blurred vision Orthostatic hypotension Priapism | Hepatic disease Renal disease | Insomnia comorbid with MDD Insomnia comorbid with substance abuse |

Autres médicaments

| Medication | FDA Indication | Insomnia Dosage (mg) | T _{max} (h) | T _{1/2} (h)* | Most Frequent Side Effects | Relative Contraindications to Use | Most Promising Clinical Use |
|---------------------------------|--|----------------------|----------------------|-----------------------|---|--|---|
| Mirtazapine (Remeron) | MDD | 7.5–30 | 0.25–2 | 20–40 | Sedation Dry mouth Increased appetite Weight gain Constipation | Patients with suspected bipolar disorder Hepatic disease Renal disease | Insomnia comorbid with MDD |
| Olanzapine (Zyprexa) | Schizophrenia Mania | 2.5–20 | 4–6 | 20–54 | Sedation Agitation Dizziness Constipation Orthostatic hypotension Akathisia Weight gain Increased incidence of cerebrovascular events in dementia patients | Dementia patients Hepatic disease Prostatic hypertrophy Closed-angle glaucoma Paralytic ileus Urinary retention Hypotension History of myocardial infarction, ischemia, or conduction abnormalities | Insomnia in individuals with psychosis, mania-spectrum, anxiety |
| Quetiapine (Seroquel) | Schizophrenia Mania MDD | 25–200 | 1–2 | 7 | Sedation Orthostatic hypotension Dry mouth Tachycardia Weight gain | Hepatic disease Patients with hypotension, cerebrovascular disease, heart failure, history of myocardial infarction or ischemia, or conduction abnormalities | Insomnia in individuals with psychosis, mania-spectrum, anxiety, or comorbid MDD |
| Pregabalin (Lyrica) | Fibromyalgia Pain Partial seizures | 50–300 | 1 | 4.5–7 | Sedation Dizziness Dry mouth Cognitive impairment Increased appetite Discontinuation effects | Renal impairment Substance abuse risk | Insomnia in patients with pain, fibromyalgia Insomnia occurring in those with partial seizures |

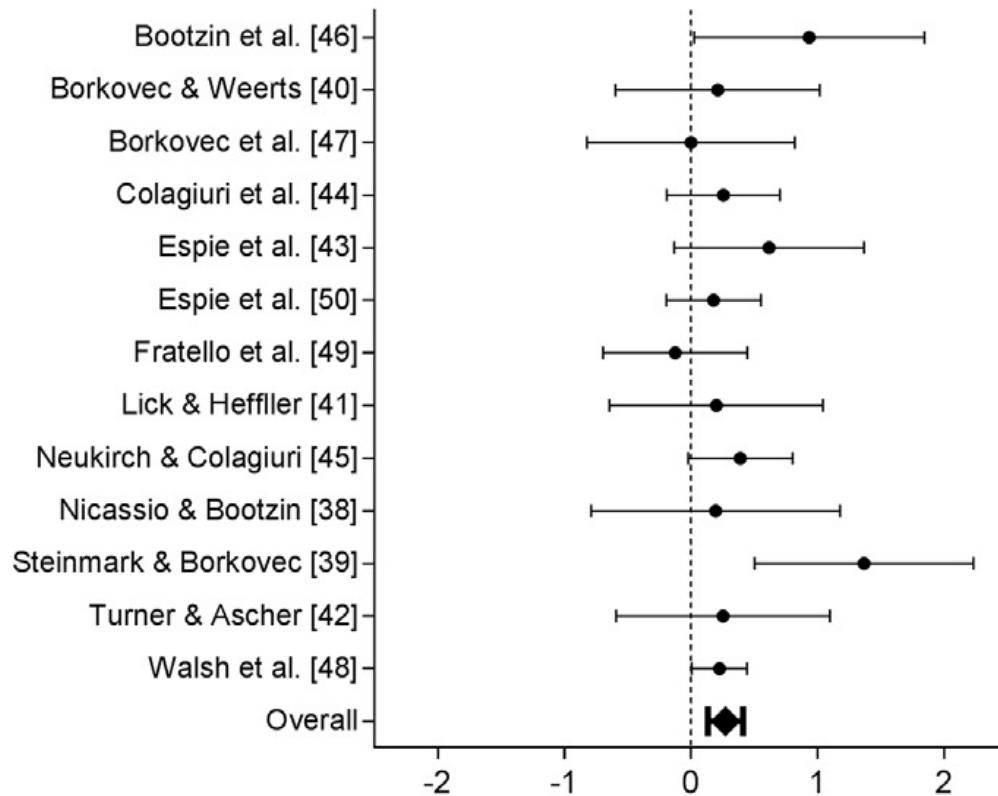
Autres médicaments

| Medication | FDA Indication | Insomnia Dosage (mg) | T _{max} (h) | T _{1/2} (h)* | Most Frequent Side Effects | Relative Contraindications to Use | Most Promising Clinical Use |
|--|---|----------------------|----------------------|-----------------------|--|--|--|
| Chloral hydrate (Nervifene, Chloralhydrat) | Insomnia Alcohol withdrawal Anxiety | 250–2000 | 0.5 | 7–10 | Sedation Nausea Diarrhea Parasomnias <u>Renal damage</u> may occur with chronic use Discontinuation effects | Those at risk for <u>substance abuse</u> Suicidal individuals (<u>overdose risk</u>) Gastritis Intermittent porphyria Hepatic or renal failure | — |
| Melatonin (Circadin) | OTC hormone | 0.3–10 | 0.3–1 | 0.6–1 | Headache Sedation | Men and women attempting to conceive | Alzheimer dementia Children with neurodevelopmental disorders |
| Diphenhydramine (Benocten) | OTC allergy Insomnia | 25–50 | 2–2.5 | 5–11 | Sedation Dizziness Dry mouth Blurred vision Constipation Urinary retention | Severe hepatic failure Closed-angle glaucoma Bladder obstruction Gastrointestinal obstruction Ileus Urinary retention | Insomnia in those with allergy or upper respiratory infections |
| Doxylamine (Sanalepsi N) | OTC insomnia | 25–50 mg | 1.5–2.5 | 10–12 | Sedation Dizziness Dry mouth Blurred vision Constipation Urinary retention | Severe hepatic failure Closed-angle glaucoma Bladder obstruction Gastrointestinal obstruction Ileus Urinary retention | |

Valériane : Même effet que placebo. Très peu d'effets secondaires et de risques

Placebo vs aucun traitement

Latence d'endormissement perçue



$k = 13, g = 0.272, p < 0.001$

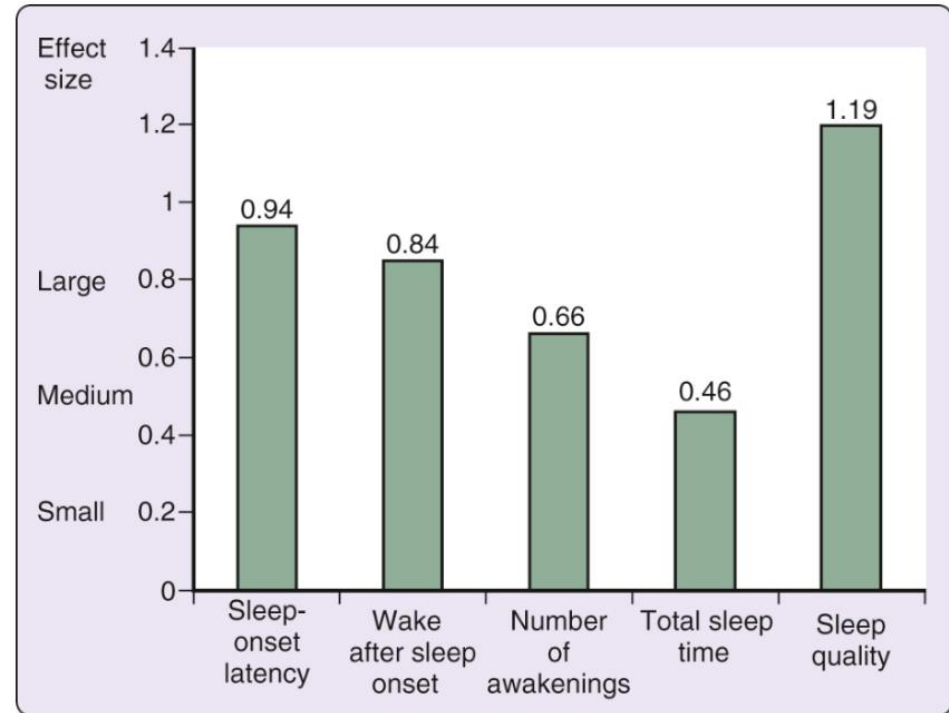
Médicaments : résumé

- Agonistes des Récept. BZD en 1^e choix
- Essayer un 2^e choix si :
 - Agoniste BZD inefficace ou non toléré
 - Situation spéciale :
 - Dépression :
 - Les agonistes BZD peuvent être combinés avec des antidépresseurs
 - Medic. unique : amitriptyline, doxepin, mirtazapine, trazodone (hautes doses) et quetiapine
 - Abus de substance :
 - Trittico
 - Pas le chloral hydrate et plutôt pas la pregabaline
 - Allergies :
 - antihistaminiques purs (diphenhydramine, doxylaminédoxépine)
 - Autre avec activité antihistaminique forte (doxépine, mirtazapine, amitriptyline, trazodone, olanzapine et quetiapine)
 - Psychose ou manie ou hypomanie : quetiapine et olanzapine
 - Douleurs chroniques : amitriptyline, doxepin, gabapentin, and pregabalin.

Thérapie cognitivo-comportementale

Efficacité de la TCC

- Nombreuses études randomisées contrôlées (87 dans la dernière méta-analyse de 2017*)
- 70 à 80% des patients bénéficient cliniquement de la TCC
(probable sous-estimation vu l'inclusion d'études avec composante unique de « TCC », versus TCC multi-modale, et inclusion d'insomnies comorbides).
- 50% des patients présentent une rémission complète de l'insomnie (moyenne de 10 ans d'insomnie avant)



Efficacité de la TCC

- Amplitude d'effet similaire aux agonistes BZD :
 - Petit avantage de TCC sur la latence d'endormissement et la qualité de sommeil.
 - Petit avantage des agonistes BZD sur le temps total de sommeil.
- Efficacité similaire pour insomnie d'endormissement et de maintien
- L'efficacité semble similaire pour patients plus âgés, avec ou sans somnifères.
- Pour l'insomnie comorbide (avec tr. psy ou somatique), la TCC marche aussi, mais un peu moins bien.
- L'efficacité se maintient à 6 mois. Peu d'études après 6 mois.

Efficacité de la TCC sur les symptômes diurnes

- Plusieurs études ont montré une amélioration sous TCC des symptômes diurnes : fatigue, qualité de vie, fonctionnement diurne subjectif, symptômes psychiques.
- Pour les symptômes diurnes, la TCC semble plus efficace que les somnifères, qui ne semblent pas avoir d'effets sur ceux-ci.*

* Morin et al. Behav Res Ther 2016 ; 87: 109–116.

Le médecin de 1^e recours peut-il faire une TCC ?

- Oui, le médecin traitant peut faire des interventions brèves de type TCC avec une efficacité satisfaisante.
(avis personnel vu l'absence d'études avec intervenants non formés officiellement...)
- Des séances de TTC brèves ont été démontrées utiles, ex :
 - Étude randomisée contrôlée sur 20 patients* :
 - 2 séances de 25 min. de TCC condensée vs conseils d'hygiène du sommeil.
 - A 3 mois, les patients sont revus avec questionnaire d'insomnie (ISQ) :
Normalisation du score chez 55.6% des patients en TCC vs 0% c/o contrôles
- Il n'y a pas d'effets indésirables
- Il n'y a pas de contre-indication

→ Essayez !

* Edinger et al. SLEEP 2003;2:177-182.

TCC condensée

- 1) Faire remplir un agenda du sommeil sur 3-4 semaines
(disponible à notre secrétariat pneumologie@hopitalvs.ch)

- 2) Revue de l'agenda du sommeil (nuit typique) :
 - Efficacité du sommeil (rapport de temps de sommeil / passé au lit lumière éteinte)
 - Heure d'extinction des lumières - heure d'endormissement
 - Nb et durées des réveils intra-nuit
 - heure réveil matinal
 - Habitudes au coucher (TV, lecture, planifications, soucis...)
 - Durée des siestes

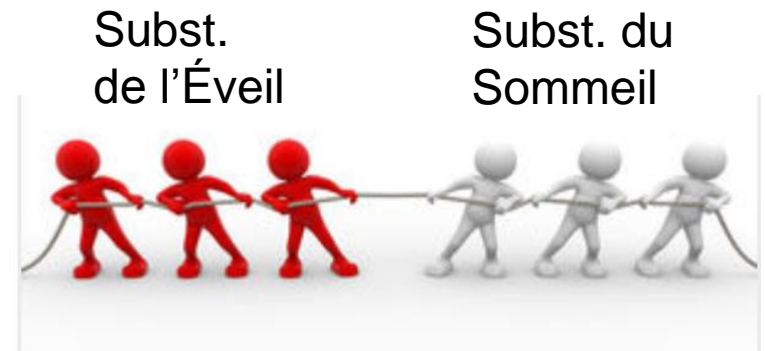
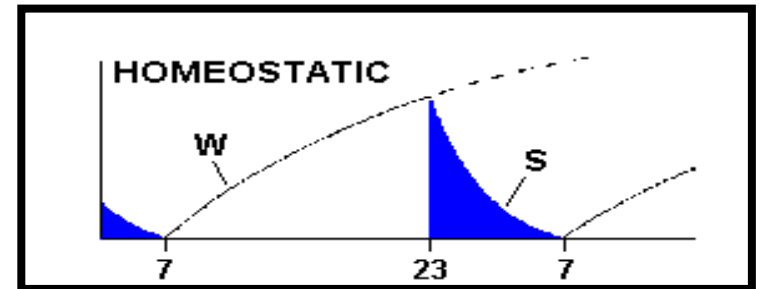
TCC condensée

3) Education de base sur le sommeil

- Différences individuelles de besoin de sommeil (moy. 7-8h/nuit +/- 2h)
- Effet du vieillissement : le besoin de sommeil diminue (10h → 5h)
- Les 2 facteurs qui induisent le sommeil :
 - La Pression homéostatique de sommeil
 - Le rythme circadien
- La plasticité du sommeil :
 - Nous sommes faits pour faire face à des nuits plus courtes :
 - Pas dangereuses
 - Induisent un rattrapage de sommeil lent-profond le lendemain (sommeil réparateur), qui constitue normalement que 15-25% de la durée totale de sommeil.

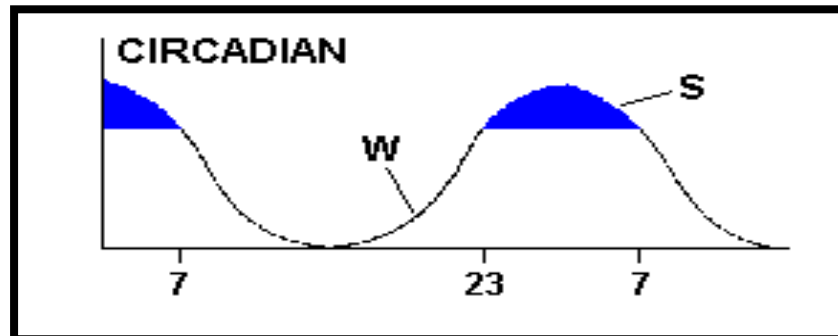
La pression homéostatique de sommeil

- Quand le cerveau est réveillé, il produit une **substance S** dans le LCR, qui s'accumule durant la journée.
- Plus cette substance est élevée, plus le cerveau veut dormir. Donc, plus on reste éveillé longtemps, plus la pression de sommeil nous aidera à dormir.
- Dès les 1^{ères} minutes de sommeil, cette subst. diminue et donc aussi notre besoin/pression de sommeil (! SIESTE !).
- Le sommeil vient qd les subst. induisant le sommeil (subst. S + mélatonine) sont plus nombreuses que les substances induisant l'éveil (stress et soucis (y c. « il faut que je dorme! », travail intellectuel...))



Le rythme circadien

- Une horloge interne aide notre cerveau à être éveillé le jour et à dormir la nuit, par l'intermédiaire notamment de la mélatonine.
 - Il est difficile de dormir avant que le pic de mélatonine arrive.
 - L'amplitude de cette aide dépend de
 - La régularité des horaires de sommeil
 - La cohérence des marqueurs Jour – Nuit au fil du temps
- Ex : Il fait nuit, je suis dans mon lit, MAIS je réfléchis en travaillant sur mon iPad.

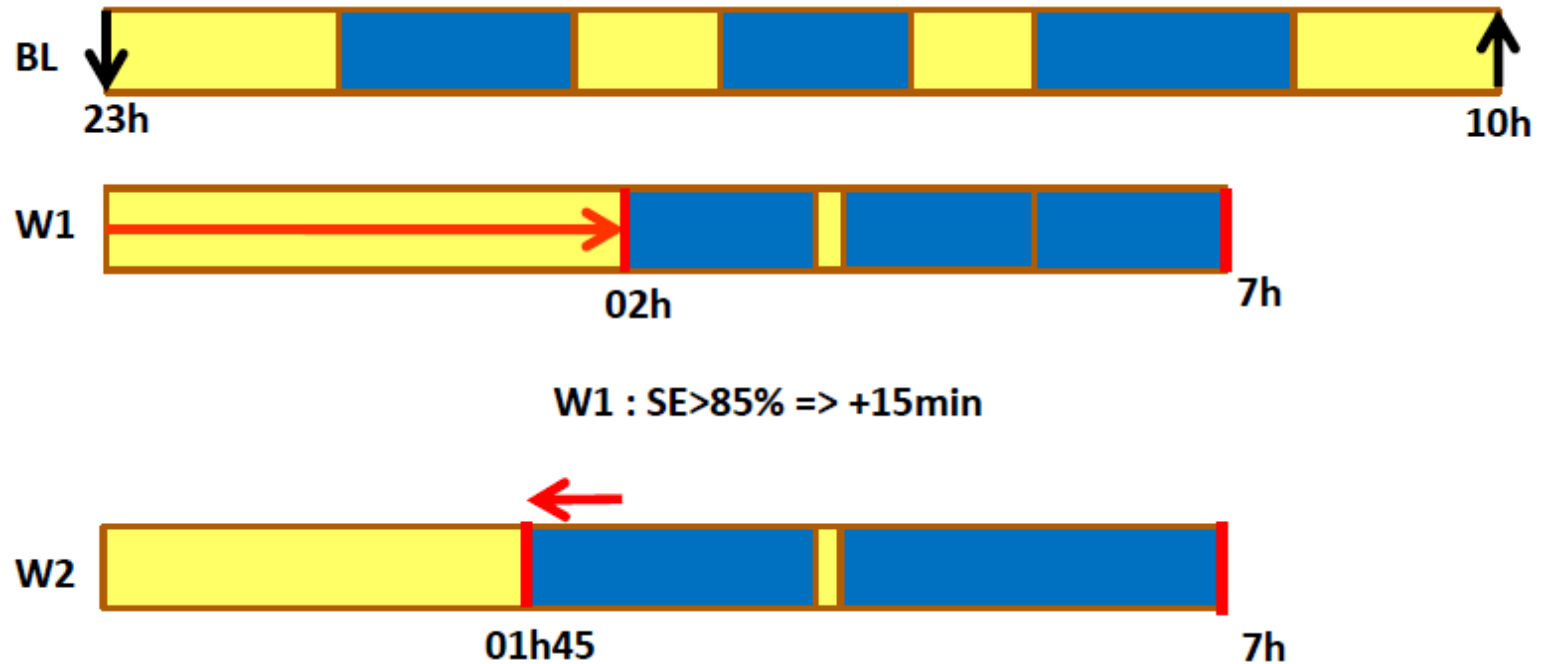


TCC condensée

- 4) Contrôle du stimulus d'endormissement et restriction de sommeil
- Eliminer les activités incompatibles avec l'endormissement du lit et de la chambre à coucher (TV, lecture, planification, soucis...)
 - N'aller au lit que lorsqu'on est somnolent.
 - Eliminer toute sieste.
 - Suivre des horaires de sommeil réguliers et restreignant le temps passé au lit :
 - **Le temps passé au lit ne doit pas dépasser la durée de sommeil moyenne + 30 minutes.** Plus le temps passé au lit est court, plus la pression de sommeil va augmenter (mais pas < 5h).
 - L'heure de lever est fixée avec le patient (fixe y c. le weekend).
 - L'heure de coucher la plus précoce est déterminée pour ne pas dépasser le temps passé au lit maximum.

Ces consignes sont données de façon écrite au patient (ordonnance).

Principe de la restriction de sommeil



TCC condensée

- 5) Suivi de l'application de ces consignes par agenda du sommeil
 - Encourager
 - Tenter de résoudre les problèmes rencontrés.
 - En cas d'efficacité insuffisante, on peut intensifier la restriction de sommeil en demandant de sortir du lit en cas d'éveil > 20 minutes, en ne se recouchant que lorsqu'on sent que l'endormissement devient imminent.

- 6) Lorsque le sommeil est meilleur, augmenter progressivement le temps passé au lit (seulement si efficacité du sommeil > 85%)

Ajouts pour une TCC moins condensée

7) Renforcement de l'approche cognitive

- Réduire les craintes excessives par rapport au sommeil.
- Corriger les croyances délétères sur l'insomnie et ses conséquences diurnes.
- But : Diminuer l'activation émotionnelle, cognitive et physiologique, qui ont un effet négatif sur le sommeil.

→ dédramatiser et réduire la focalisation sur le sommeil.

Corriger les fausses croyances

- Avoir des attentes irréalistes :
 - « Il faut que je dorme 8h », « Les heures avant minuit comptent double », « Je dois dormir autant que mon conjoint »...)
 - Confondre l'insomnie avec les changements liés à l'âge.
- Amplifier les conséquences de l'insomnie :
 - « Le manque de sommeil est dangereux ». « Je ne suis pas performant quand j'ai mal dormi ».
- Attribuer l'insomnie à de fausses causes :
 - «Cerveau abimé», ménopause, etc.
 - Une cause extérieure induit le sentiment que le changement doit venir de l'extérieur
- Avoir de mauvaises habitudes pour contrer l'insomnie :
 - Temps excessif passé au lit
 - Horaires de sommeil irréguliers
 - Siestes dans la journée
 - Somnifères

Approches complémentaires

Relaxation

- Moins efficace que les mesures précédentes.
- Plusieurs techniques (ex : relaxation musculaire progressive)
- But : diminuer l'éveil autonome, la tension musculaire et les pensées intrusives.
- Demande souvent du coaching initial, puis de l'entraînement.

Pleine conscience

- Basé sur la conscience non jugeante du moment présent.
- Demande de l'entraînement.

Un site à recommander

- Ce site propose un traitement cognitivo-comportemental en ligne de l'insomnie.
- Il suit les standards classiques de ce traitement.
- Son efficacité a été documenté par une étude bien conduite.
- Plusieurs autres programmes similaires en anglais ont également été prouvés efficaces par d'excellentes études.



www.therasomnia.com