

**Conduite à tenir - Réseau Morphée**

**Devant un patient somnolent**

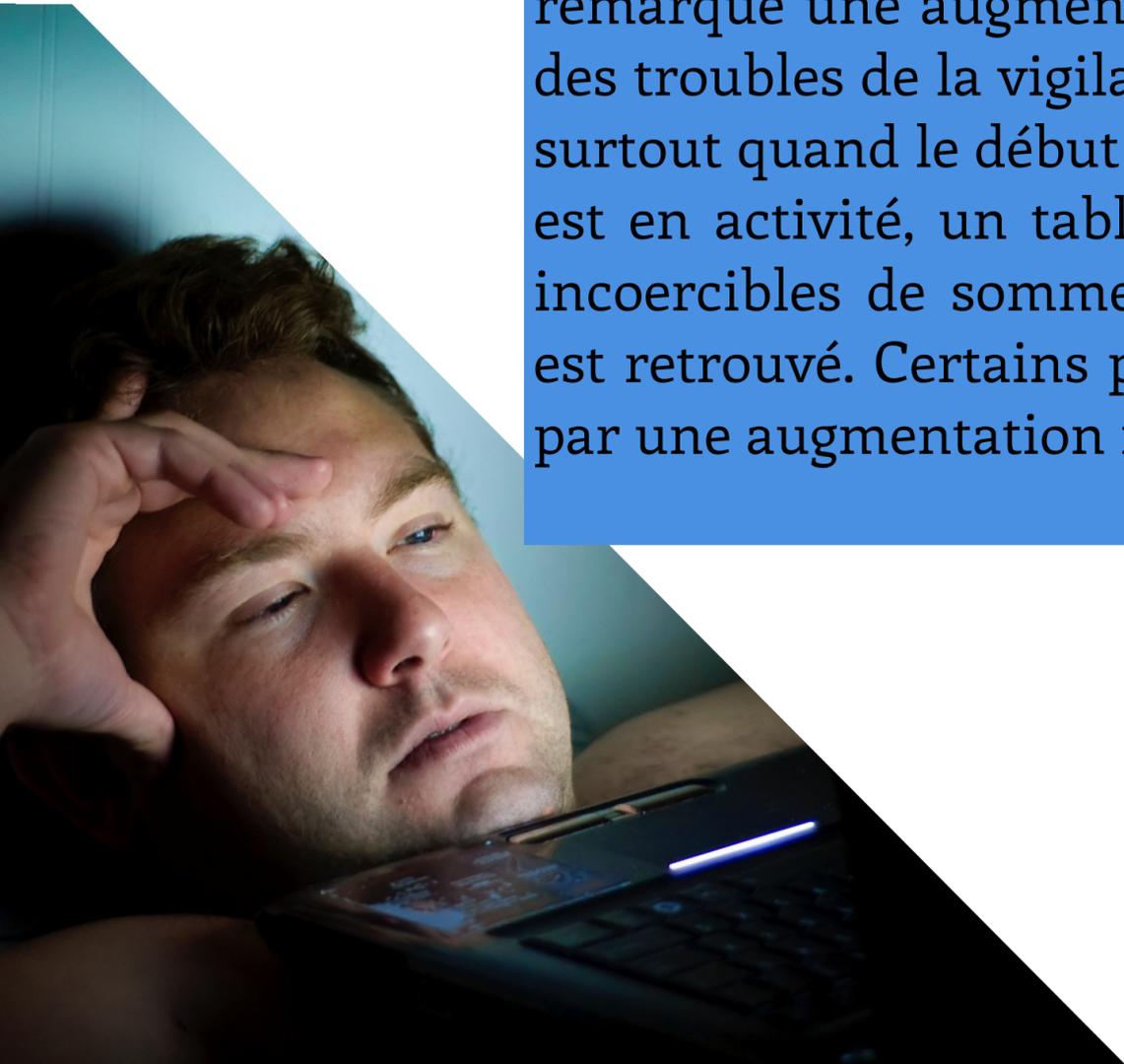
## Définition, prévalence ou fréquence

Une somnolence traduit une envie de dormir à des horaires inhabituels et doit être distinguée d'un état de fatigue. Une somnolence ponctuelle est normale, surtout après le déjeuner et en début de soirée chez la personne âgée. Une hypersomnolence ou somnolence diurne excessive est une somnolence sévère et quotidienne, qui peut modifier les fonctions cognitives et augmenter le risque d'accident, notamment de la route.

Au moins 5% de la population française présente une somnolence sévère.

## Tableau clinique

L'hypersomnolence n'est pas toujours constatée par le patient pour qui la baisse de vigilance mène de façon insidieuse à des modifications comportementales (notamment la sieste). Il est fréquent que l'entourage remarque une augmentation de temps du sommeil nocturne et diurne et des troubles de la vigilance en situation monotone. Pour d'autres patients, surtout quand le début de l'hypersomnolence est plus aigu et/ou le patient est en activité, un tableau de lutte contre la somnolence avec des accès incoercibles de sommeil accompagnés d'un risque important d'accident est retrouvé. Certains patients essaient de compenser l'hypersomnolence par une augmentation importante du temps du sommeil.



## Etiologies :

La cause de loin la plus fréquente d'une hypersomnolence est une **insuffisance de sommeil**, surtout chez les jeunes en activité. L'insuffisance de sommeil est souvent occasionnée par des obligations professionnelles (travail posté, temps de trajet >45 minutes...) ou familiales. Une insuffisance du sommeil en semaine ne peut être compensée que partiellement par une augmentation du sommeil les jours de repos.

Les **troubles circadiens** sont également fréquents. Un retard de phase, fréquent chez les adolescents, entraîne une somnolence parfois très sévère le matin, suivie par une vigilance normale dans l'après-midi et des difficultés d'endormissement le soir. Un trouble d'avance de phase, plus fréquent chez les personnes âgées, entraîne une somnolence importante le soir avec un coucher précoce, suivi par un éveil également précoce et une vigilance normale au cours de la matinée.

Un **syndrome d'apnées du sommeil** (SAS) touche 3-7% de la population masculine aux Etats Unis et est responsable d'une hypersomnolence chez 58% des patient ayant un SAS sévère. La somnolence associée à un SAS est plus souvent modérée et peut ne pas être constatée par le patient. Elle est due à la fragmentation du sommeil par les troubles respiratoires.



## Etiologies :

Les **hypersomnies centrales** incluent les hypersomnies secondaires induites par les médicaments (plus de 600 spécialités en particulier antihistaminiques, neuroleptiques, antidépresseurs sédatifs...), les lésions du système nerveux central, les traumatismes cérébraux et trois maladies rares : la narcolepsie (la maladie de Gélineau), l'hypersomnie primaire et la maladie de Kleine Levine. Le tableau clinique de la narcolepsie inclut une hypersomnolence particulièrement sévère associée, chez les patients NT1, avec une cataplexie ou perte de tonus brusque souvent précipitée par de fortes émotions (souvent le rire) des hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques et des paralysies du sommeil. La narcolepsie peut survenir chez les enfants et les adultes, avec un début souvent brutal de la somnolence, suivi par les autres symptômes associés. La narcolepsie NT1 est due à la disparition des neurones à hypocrétine avec un effondrement du taux d'hypocrétine dans le liquide céphalo-rachidien. Chez les patients atteints d'une narcolepsie NT2 le taux d'hypocrétine est normal et il n'y a pas de cataplexie. L'hypersomnie primaire associe une hypersomnolence sévère avec un temps de sommeil souvent augmenté sur les 24 heures, un sommeil non récupérateur et une inertie du sommeil matinale importante. Les antécédents familiaux ne sont pas rares. Enfin les hypersomnies récurrentes sont très rares : la mieux connue est la maladie de Kleine Levine qui associe des périodes de vigilance normale entrecoupés de périodes d'hypersomnolence et troubles comportementaux qui durent quelques jours à quelques semaines.

Une plainte d'hypersomnolence peut être au **premier plan d'un trouble psychiatrique**, notamment les troubles dépressifs, mais est typiquement non objectivée par les explorations de la somnolence.

L'évaluation d'une hypersomnolence nécessite un interrogatoire et examen clinique complet afin de décrire la nature et la sévérité de la somnolence, les antécédents personnels et familiaux, les symptômes associés, les signes d'autres maladies (notamment neurologiques) et les traitements qui peuvent contribuer à la somnolence.

La sévérité d'une somnolence est à quantifier utilisant l'échelle d'Epworth (figure 1) pour les adultes et l'ESEA (Figure 2) ou le PDSS pour les enfants. Une variabilité de la somnolence au cours de la journée, son aggravation en situation monotone et son éventuelle amélioration au cours de vacances sont à rechercher. Tout patient détenteur d'un permis de conduire doit être interrogé sur son risque accidentel : somnolence au volant, accidents évités de justesse et accidents dus à l'hypovigilance.

Le temps de sommeil peut être établi par l'interrogatoire (heures de coucher et de lever en semaine et en période de repos y compris temps de sieste), par agenda du sommeil ou par actimétrie sur une période de 14 jours. Le temps de sommeil doit être confronté aux besoins de sommeil qui sont calculés sur la deuxième semaine d'une période de repos afin d'éviter les temps de sommeil augmentés par une dette de sommeil. Une différence de plus d'une heure entre les besoins de sommeil et le vrai temps de sommeil en semaine peut être la cause d'une hypersomnolence. (Cf. Tableau 1 : les besoins de sommeil chez les enfants et les adultes)

Un trouble circadien est à rechercher devant une somnolence fluctuante au cours de la journée avec un grand écart (plus de 3heures) entre les horaires de lever et coucher entre la semaine et les périodes de repos.

**Tableau 1**

Age	Temps du sommeil recommandé	Limites de la normale
Enfants de 6-13 ans	9 à 11 heures	7 à 12 heures
Adolescents 14-17 ans	8 à 10 heures	7 à 11 heures
Jeunes Adultes 18-25 ans	7 à 9 heures	6 à 11 heures
Adultes 26-64 ans	7 à 9 heures	6 à 10 heures

National sleep Foundation, 2017

**Figure 1 : Epworth**

Afin de pouvoir mesurer chez vous une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

- 0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir
- 1 = faible chance de s'endormir
- 2 = chance moyenne de s'endormir
- 3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir			
	0	1	2	3
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

**TOTAL :**

**Figure 2 : ESEA**

Il se peut que tu aies **envie de dormir** dans la journée. Si tu as envie de dormir **dans la journée**, dans une des situations suivantes, entoure le chiffre qui correspond le mieux à ce que tu ressens.

- 0 = jamais envie de dormir
- 1 = parfois envie de dormir
- 2 = souvent envie de dormir
- 3 = toujours envie de dormir

SITUATION	0	1	2	3
	jamais	parfois	souvent	toujours
Assis au calme en lisant, dessinant ou en écrivant	0	1	2	3
En regardant la télévision	0	1	2	3
En jouant seul au jeu vidéo, au game boy ou à l'ordinateur	0	1	2	3
En jouant dehors avec tes amis ou en faisant du sport	0	1	2	3
Dans une voiture ou dans un train qui roule depuis plus d'une heure	0	1	2	3
En classe le matin	0	1	2	3
En classe après le repas de midi	0	1	2	3
A la récréation	0	1	2	3
Le dimanche si tu t'allonges pour te reposer	0	1	2	3
Le matin au réveil	0	1	2	3

Echelle de somnolence adaptée à l'enfant et à l'adolescent. Version Française. M. Lecendreux, E. Konofal. (03/2001).

L'interrogatoire doit rechercher les symptômes :

- D'un SAS : ronflement, pauses respiratoires, céphalées matinales et nycturie
- D'une narcolepsie : cataplexie, hallucinations hypnagogiques, paralysies du sommeil et siestes courtes et récupératrices
- D'une hypersomnie primaire : temps de sommeil augmenté de façon importante et de façon stable, inertie du sommeil, sommeil non réparateur et siestes non récupératrices
- D'une hypersomnie récurrente : vigilance normale en période intercritique avec accès d'hypersomnolence et troubles du comportement
- D'un trouble psychiatrique

Les antécédents familiaux de SAS et d'hypersomnie primaire ou de parents avec des besoins importants de sommeil sont à rechercher.

L'examen clinique recherche les signes d'un SAS (obésité, rétroposition mandibulaire, macroglossie, score de Mallampati >2, hypertrophie amygdalienne, obstruction nasale). Un examen neurologique détaillé recherche une lésion centrale responsable de la somnolence.

L'évaluation du temps de sommeil par l'interrogatoire est souvent trompeuse. Un agenda correctement tenu sur une période de plusieurs semaines est moins utile qu'une actimétrie qui objective le rythme veille-sommeil sur une période de quelques jours à plusieurs semaines, et permet un calcul du temps passé au lit et du temps estimé de sommeil et met en évidence un trouble circadien.

## Conduite thérapeutique et modalités de suivi

Toute hypersomnolence doit être systématiquement explorée en raison du risque accidentel. Une hypersomnolence accompagnée des symptômes associés à une narcolepsie nécessite une orientation rapide vers un centre national d'hypersomnie rare. Une hypersomnolence avec une suspicion de SAS nécessite une exploration qui peut être faite initialement en ville avec une polygraphie ventilatoire (PV). Si la PV est négative, une polysomnographie (PSG) est formellement indiquée.

Si le temps du sommeil est court par rapport aux besoins et/ou les horaires sont irréguliers sans trouble circadien typique, une extension du temps passé au lit (à 9 heures) est à proposer avec la mise en place d'horaires régulières. L'augmentation du temps de sommeil et la mise en place d'horaires réguliers est à suivre par agenda et/ou actimétrie et devraient amener à une disparition totale de la somnolence.

Pour la correction d'un trouble circadien, l'éviction des toxiques et médicaments sédatifs est essentielle.

Le traitement d'une hypersomnolence dépend de la cause :

- pour les patients SAS : une pression positive nasale nocturne ou une orthèse,
- pour les narcoleptiques et hypersomniaques : un traitement par stimulant avec, si besoin pour les narcoleptiques NT1, des anticataplectiques prescrits initialement en centre spécialisé

L'hypersomnolence est une contre-indication à la conduite d'automobile : les patients doivent impérativement être conseillés concernant le risque accidentel avec mise en arrêt de travail si besoin.

Une fois l'hypersomnolence traitée, la vigilance est à évaluer annuellement par les tests de maintien d'éveil (TME) chez les conducteurs professionnels, et tous les trois ans ou en cas de changement de traitement chez les narcoleptiques et hypersomnies primaires. Chez les conducteurs permis B pour qui la correction d'une insuffisance du sommeil ou le traitement d'un SAS ou trouble circadien a normalisé la vigilance subjective, les TME ne sont pas nécessaires.





## A retenir

O La cause la plus fréquente d'une hypersomnolence est une insuffisance du sommeil

O Les symptômes d'un SAS et d'une narcolepsie sont à rechercher systématiquement

O Une hypersomnolence n'est pas compatible avec la conduite automobile et doit obligatoirement faire l'objet d'une enquête étiologique.

### Les ressources (cliquez) :

Liste des centres de référence :

[http://www.sfrms-sommeil.org/vie-professionnelle/centres-de-](http://www.sfrms-sommeil.org/vie-professionnelle/centres-de-referance/maladies-rares/)

[referance/maladies-rares/](http://www.sfrms-sommeil.org/vie-professionnelle/centres-de-referance/maladies-rares/)  
Réseau Morphée - [www.reseau-morphee.fr](http://www.reseau-morphee.fr)

