Les traitements des insomnies





Réseau Morphée

www.reseau-morphee.fr

Traitement des insomnies

Insomnies transitoires

Dédramatisation

Renforcement d'une bonne hygiène du sommeil

- **Insomnie de début de nuit :**
  - **hypnotique ou anxiolytique au coucher en discontinu**
- **Insomnie de seconde partie de nuit :**
  - **faible dose d'antidépresseur ou hypnotique lors du réveil**
  - **éviter les hypnotiques au coucher**

Insomnie chronique

Traiter la cause (décalage, JSR, SAS, dépression)

Les thérapies comportementales

Réseau Morphée

Les différents hypnotiques

½ vie très courte	**Triazolam** **Zolpidem** **Zopiclone**	Halçion Stilnox Imovane, Noctirex + Générique	1 à 3 h. 2,4 h. en moyenne 5 h .en moyenne
½ vie courte	**Témazépam** **Loprazolam** **Lormétazépam**	Normison Havlane Noctamide	5 à 8 h. 8 h. 10 h.
½ vie intermédiaire	**Estazolam** **Flunitrazépam** **Nitrazépam**	Nuctalon Rohypnol + Générique Mogadon	17 h. 16 à 35 h. 16 à 48 h.

Réseau Morphée

Effet des benzodiazépines

- **Sur le sommeil**
  - Diminution de la latence du sommeil
  - Meilleur continuité du sommeil
  - Forte diminution du sommeil lent profond
  - Diminution du sommeil paradoxal
  - Augmentation du sommeil lent léger
- **Sur l'éveil**
  - Action sédative – baisse de la vigilance
  - Troubles de la mémoire

Réseau Morphée

Hypnotiques à long terme

- Perte d'efficacité
  - Demi vie courte et intermédiaire – 2 semaines
  - Demi vie prolongée - 3 à 4 semaines
  - A un mois persistance des effets subjectifs mais disparition des effets objectifs
- L'architecture du sommeil reste perturbé
  - Sommeil lent profond ↓ (respecté pour le zolpidem)
  - Sommeil paradoxal ↓
  - Sommeil lent léger ↑
- Diminution de la capacité de liaison des benzodiazépines au récepteur GABA A

Sevrage et sommeil

- «rebond» d'insomnie :
  - Des troubles d'endormissement
  - Une augmentation des éveils
  - Une diminution de la durée du sommeil
  - Rêves désagréables
- Des symptômes
  - demi-vie très courte - la nuit même
  - demi-vie courte - la nuit suivante
  - demi-vie longue - 2-3 nuits après
- Reprise de traitement à dose plus élevée

Un sevrage des hypnotiques

Les conditions préalables

- absence de stress important,
- pas de trouble psy en évolution
- motivation

Modalités

- Un seul hypnotique, de demi-vie intermédiaire
- Sevrage d'un hypnotique à la fois
- Diminution très progressif de la dose (1/4 de comprimé tous les 10 jours – plusieurs semaines)
- Sur 6 mois voire un an
- Avec une qualité de sommeil stable
- Techniques de relaxation, psychothérapie si le sevrage est difficile
- Association d'un antidépresseur à petite dose

Réseau Morphée

Les antihistaminiques

Des antihistaminiques purs:

- Doxylamine (Donormyl, Méréprine) ;
- Niaprazine (Nopron) ;
- Prométhazine (Phenergan) ;
- Alimémazine (Theralène)

Des associations:

- NOCTRAN : Benzodiazépine + antihistaminique + neuroleptique phénothiazinique
- MÉPRONIZINE: Antihistaminique phénothiazinique + anxiolytique (méprobamate)

Effet des antihistaminiques

- **Sur le sommeil**
  - Diminue la latence du sommeil
  - Augmente la continuité du sommeil
- **Sur l'éveil**
  - Diminution de la vigilance
  - Somnolence diurne (durée de vie longue)

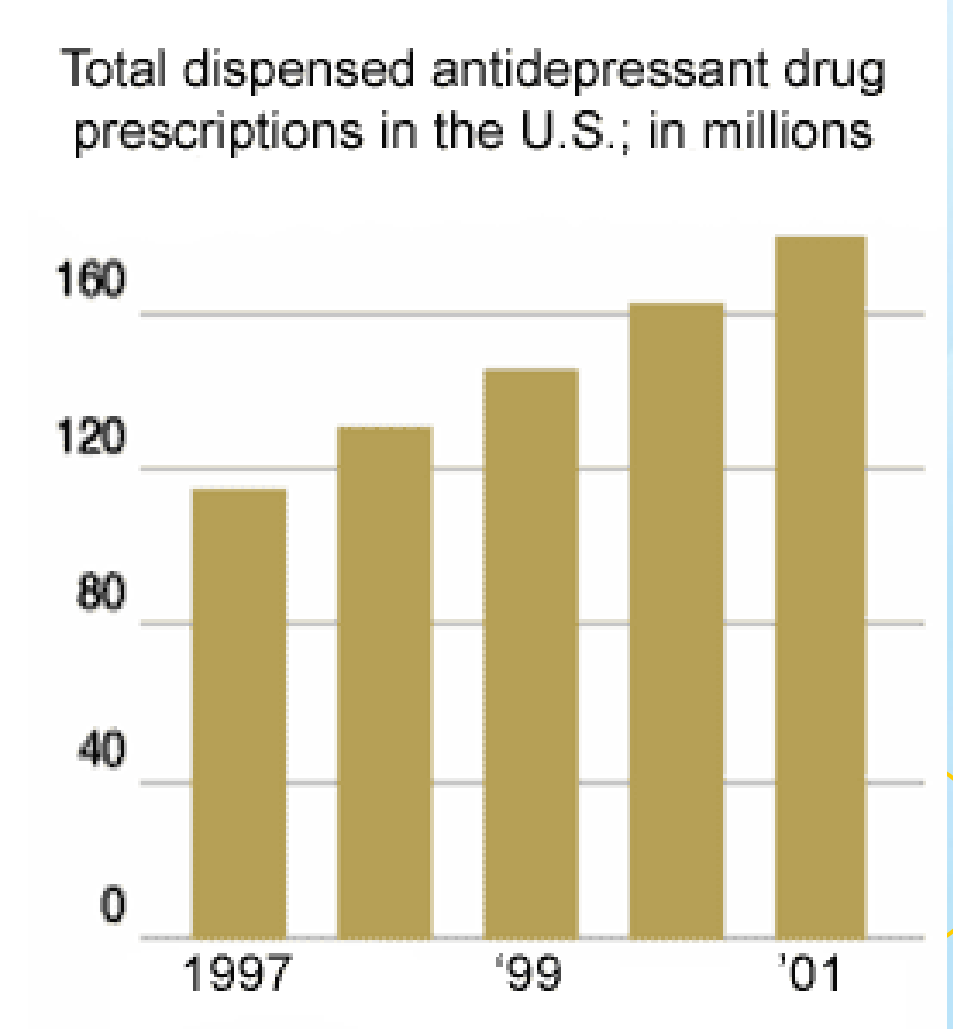
Les antidépresseurs sédatifs

Les tricycliques:
- Amitriptyline (Elavil, Laroxyl)
- Trimipramine (Surmontil)
- Doxépine (Quitaxon)

Les tétracycliques
- Miansérine (Athymil)

Les IRS:
- Paroxétine (Deroxat)
- Fluvoxamine (Floxyfral)

Les IRSNS:
- Venlafaxine (Effexor)
- Mirtazapine (Norset)



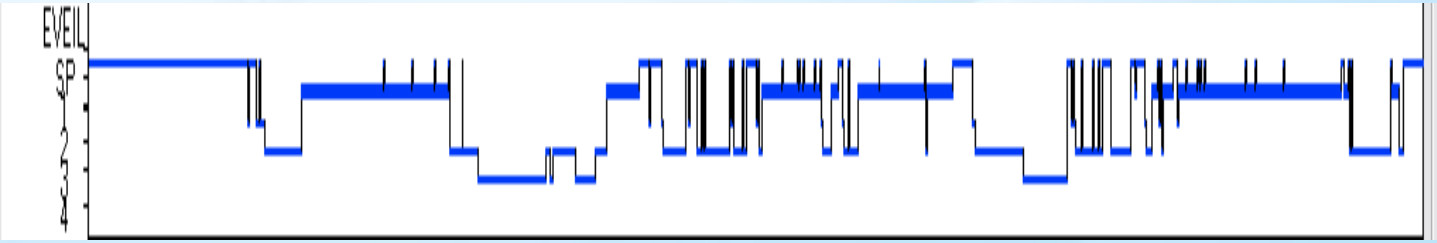
Antidépresseurs sédatifs

DCI	Tmax heures	T1/2 heures	Dose ADT	Dose hypno
Doxépine *Quitaxon*	2-8	20(10-30)	100-300	5-25
Amitriptyline *Laroxyl*	2-8	30(5-45)	100-300	10-25
Trimipramine *Surmontil*	2-8	25(15-40)	100-300	10-25
Mirtazapine *Norset*	1-3	25(13-40)	15-45	15

Réseau Morphée

Effet des antidépresseurs

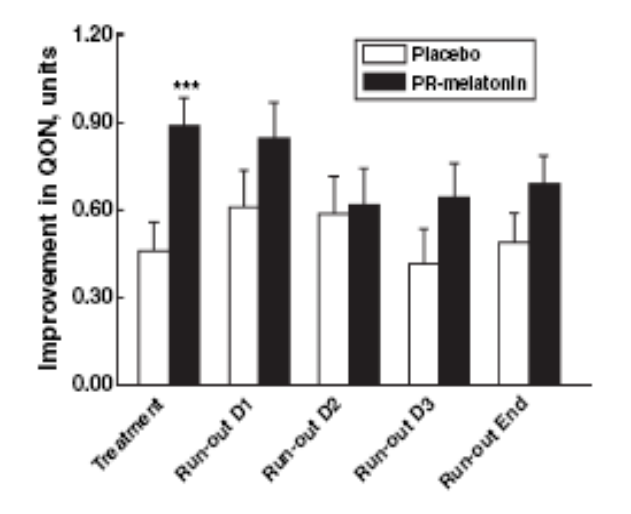
- **Sur le sommeil**
  - Diminue la latence du sommeil (types sédatifs)
  - Augmente la continuité du sommeil
  - Retarde l'apparition du sommeil paradoxal
  - Diminue la quantité de sommeil paradoxal
  - Augmente le sommeil lent en première partie de la nuit



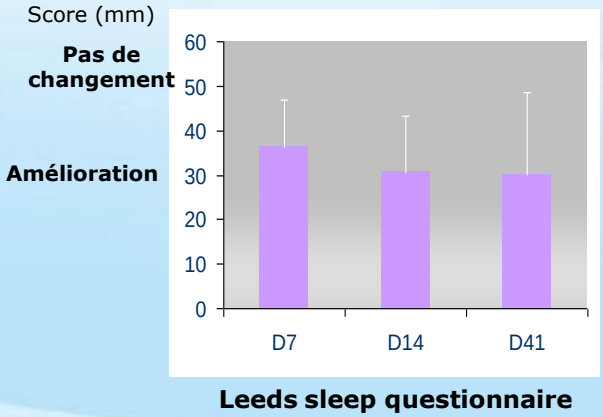
- **Sur l'éveil**
  - Diminution de la vigilance
  - Somnolence diurne (durée de vie longue) en début de traitement

Réseau Morphée

La mélatonine et ses agonistes



- Circadin
  - une étude à 6 mois
  - conserve l'efficacité chez les patients séniors

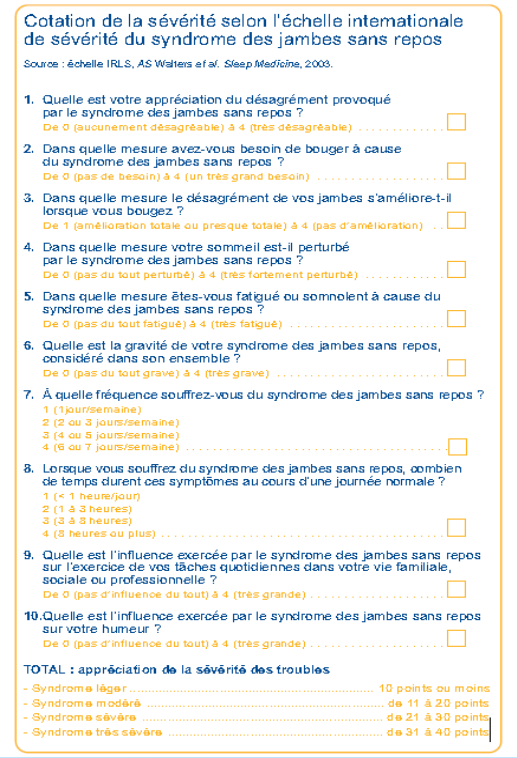


- Agomélatine
  - Antidépresseur
  - Améliore le sommeil

Réseau Morphée

SJSR

- SJSR idiopathique: ferritine > 50 ng/ml,
- SJSR sévère: IRLLS >20
- Mesures hygiéno-diététiques
- Agonistes dopaminergiques (ropinirole, pramipexole)
- Antiépileptiques (gabapentin)
- Benzodiazépines (clonazépam)
- Opiacés (codéine)



Cotation de la sévérité selon l'échelle intemationale de sévérité du syndrome des jambes sans repos

Source : échelle IRLS, AS Walters et al. Sleep Medicine, 2003.

1. Quelle est votre appréciation du désagrément provoqué par le syndrome des jambes sans repos ?
   De 0 (aucunement désagréable) à 4 (très désagréable) ☐
2. Dans quelle mesure avez-vous besoin de bouger à cause du syndrome des jambes sans repos ?
   De 0 (pas de besoin) à 4 (un très grand besoin) ☐
3. Dans quelle mesure le désagrément de vos jambes s'améliore-t-il lorsque vous bougez ?
   De 1 (amélioration totale ou presque totale) à 4 (pas d'amélioration) ☐
4. Dans quelle mesure votre sommeil est-il perturbé par le syndrome des jambes sans repos ?
   De 0 (pas du tout perturbé) à 4 (très fortement perturbé) ☐
5. Dans quelle mesure êtes-vous fatigué ou somnolent à cause du syndrome des jambes sans repos ?
   De 0 (pas du tout fatigué) à 4 (très fatigué) ☐
6. Quelle est la gravité de votre syndrome des jambes sans repos, considéré dans son ensemble ?
   De 0 (pas du tout grave) à 4 (très grave) ☐
7. À quelle fréquence souffrez-vous du syndrome des jambes sans repos ?
   1 (1jour/semaine)
   2 (2 ou 3 jours/semaine)
   3 (4 ou 5 jours/semaine)
   4 (6 ou 7 jours/semaine) ☐
8. Lorsque vous souffrez du syndrome des jambes sans repos, combien de temps durent ces symptômes au cours d'une journée normale ?
   1 (< 1 heure/jour)
   2 (1 à 3 heures)
   3 (3 à 8 heures)
   4 (8 heures ou plus) ☐
9. Quelle est l'influence exercée par le syndrome des jambes sans repos sur l'exercice de vos tâches quotidiennes dans votre vie familiale, sociale ou professionnelle ?
   De 0 (pas d'influence du tout) à 4 (très grande) ☐
10. Quelle est l'influence exercée par le syndrome des jambes sans repos sur votre humeur ?
    De 0 (pas d'influence du tout) à 4 (très grande) ☐

TOTAL : appréciation de la sévérité des troubles

- Syndrome léger ..... 10 points ou moins
- Syndrome modéré ..... de 11 à 20 points
- Syndrome sévère ..... de 21 à 30 points
- Syndrome très sévère ..... de 31 à 40 points

Réseau Morphée

La phytothérapie

- En vente libre
  - La mélisse, l'oranger, le tilleul et la verveine odorant
- En pharmacie:
  - La valériane : effets objectifs vs subjectifs (↑SP SLP)
  - Millepertuis: Action sur les récepteurs 5HT 2, adénosine, GABA A et GABA B, et glutamate
- Effets indésirables
  - Physiques / psychologiques



Réseau Morphée

Luminothérapie

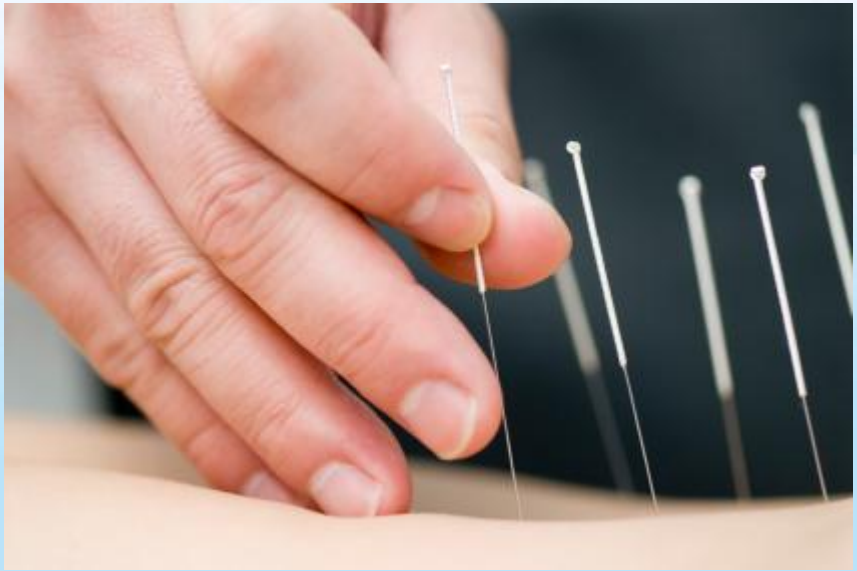


- Stimulation du noyau supra chiasmatique
- Synchronisation de l'horloge interne
- Au moins 2500 lux (à 50 cm de la lampe)
- Pour les troubles de rythme circadien et pour les dépressions saisonnières

Les autres traitements

- Acupuncture ?
- Ostéopathie ?
- PPC pour les SAS





En conclusion

- **Insomnies transitoires**
  - **Insomnie de début de nuit :**
    - hypnotique ou anxiolytique au coucher
    - en discontinu
    - ou par période
  - **Insomnie de seconde partie de nuit :**
    - faible dose d'antidépresseur
    - ou hypnotique lors du réveil
    - éviter les hypnotiques au coucher (surtout à demi-vie courte)
- **Insomnie chronique**
  - Traiter la cause (décalage, JSR, SAS, dépression)
  - Les thérapies comportementales

Réseau Morphée

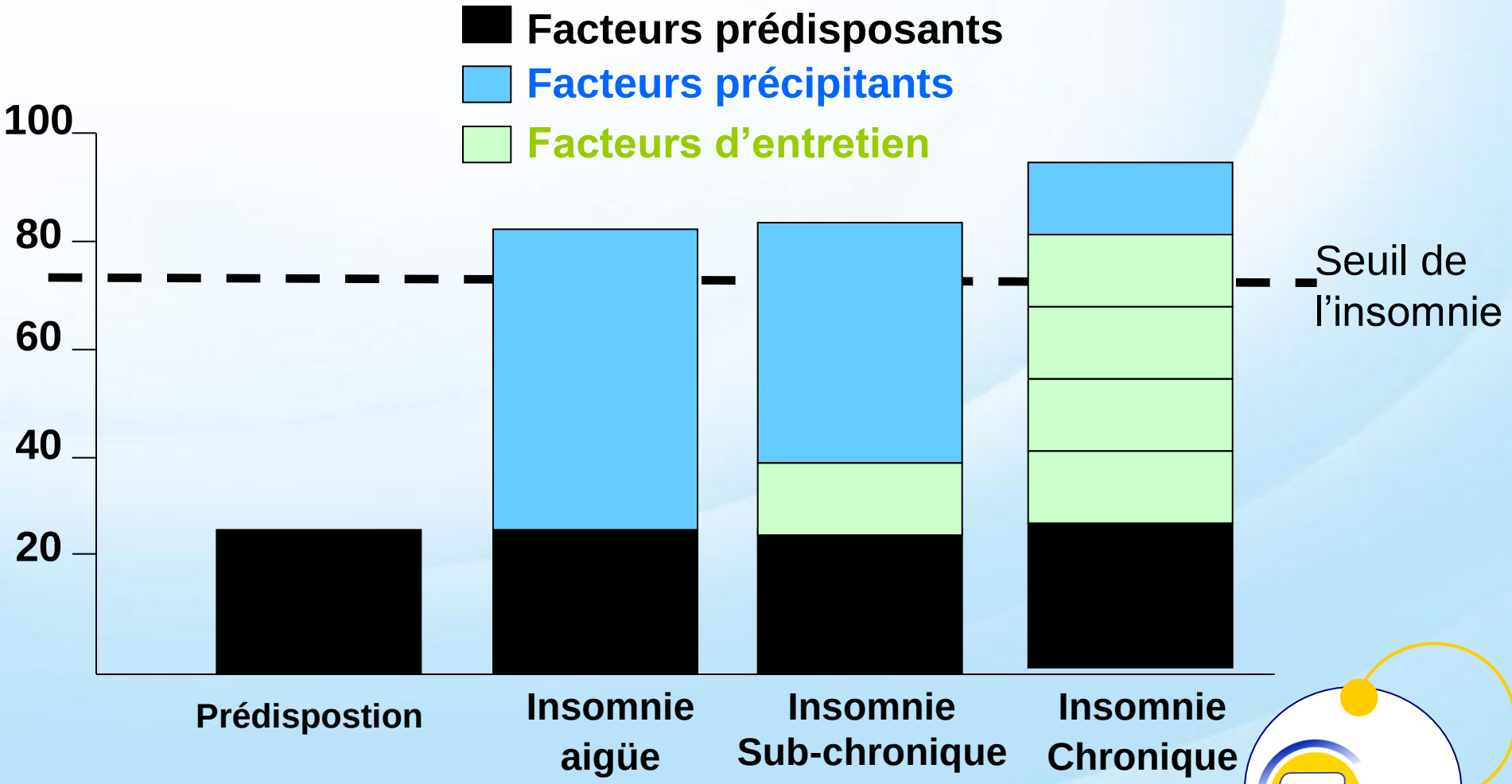
Traitement comportemental et cognitif

Réseau Morphée

Indication privilégiée: Insomnie psychophysiologique

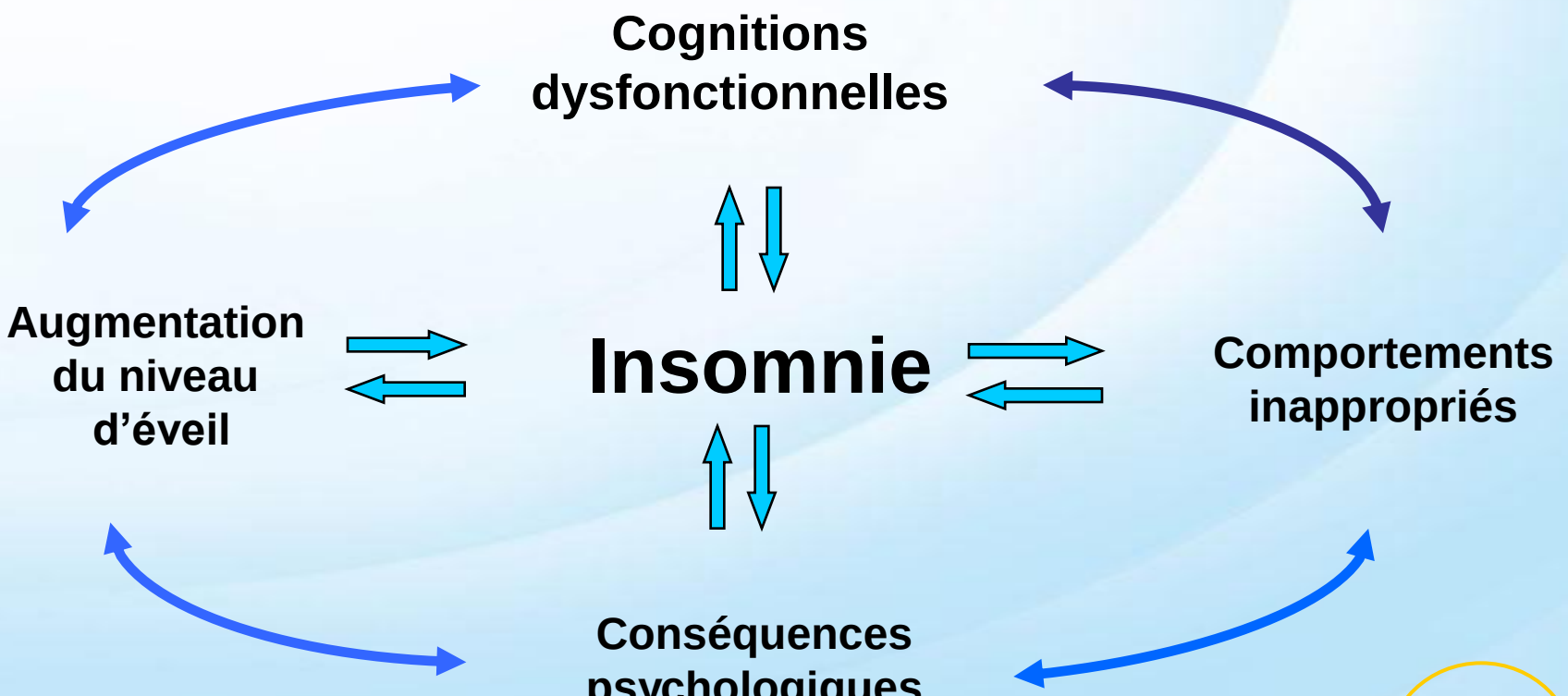
- ICSD
- difficultés d'endormissement et/ou éveils nocturnes
- retentissement diurne
- facteurs de conditionnement
- 15 à 25% des insomnies chroniques

Modèle comportemental et cognitif



d'après Spielman (1991)

Analyse fonctionnelle



Les objectifs

- Retrouver le signal déclencheur du sommeil (mise au lit)
- Mobiliser les facteurs hypnogènes naturels
- dédramatiser

Une bonne hygiène du sommeil

- Eviter tous les excitants, café, thé...
- Pas de repas copieux le soir et éviter l'alcool au dîner.
- Eviter de pratiquer un sport / activités stimulantes après 19h00 (fin au moins 2h avant le coucher)
- Favoriser toutes activités relaxantes le soir : lecture, musique..
- Un bain chaud pris 2h avant le coucher peut aider cette détente et favoriser le sommeil (ou l'effet inverse en effaçant la fatigue)
- Garder une chambre aérée, à une température de 18 – 20°
- Trouver son rythme de sommeil et le respecter

Réseau Morphée

Traitement comportemental (1)

Contrôle du stimulus

- Conserver à la chambre et au lit leur caractère intime et protégé des activités extérieures
- proscrire les activités d'éveils dans le lit (lecture, radio, TV)
- sortir du lit et de la chambre si l'endormissement ne survient pas dans les 10 -15 minutes
- entreprendre une activité calme
- ne retourner au lit que lorsque que le besoin de dormir réapparaît
- renouveler ces 3 étapes autant de fois que nécessaire

(Bootzin, 1972)

Traitement comportemental (2)

Restriction de sommeil objectif

- ajustement du temps passé dans le lit au temps de sommeil (amélioration de l'efficience)
- principes :
  - retarder l'heure du coucher
  - maintenir une heure de lever régulière
  - atteindre une efficience supérieure à 85%
  - ne pas faire de sieste durant la journée

(Spielman, 1987)

Traitement cognitif

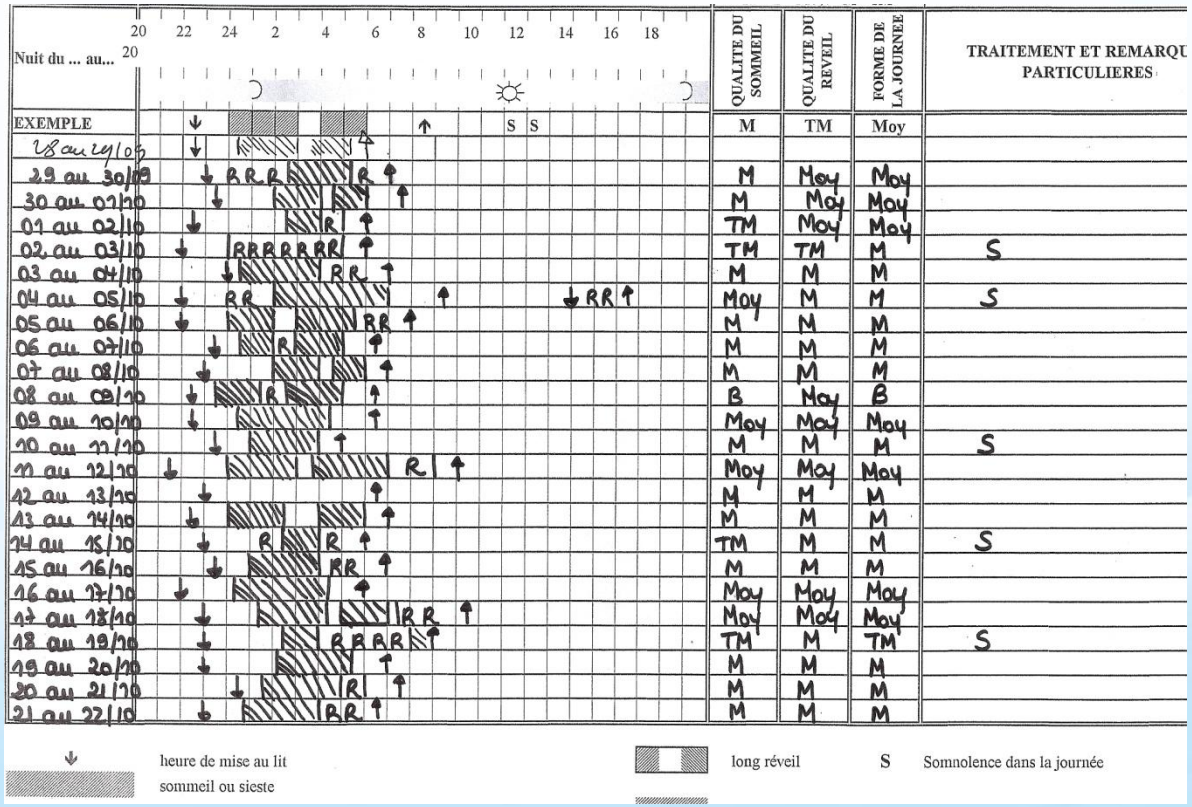
- Identification des pensées dysfonctionnelles
  - attentes irréalistes
  - évaluations et interprétations erronées
  - ruminations excessives
  - généralisation, focalisation et souvenirs sélectifs

- Restructuration cognitive
  - modifications des attentes
  - ré-attribution des causes et conséquences
  - dédramatisation

(Espie, 1991)

Réseau Morphée

Femme 36 ans, insomniaque

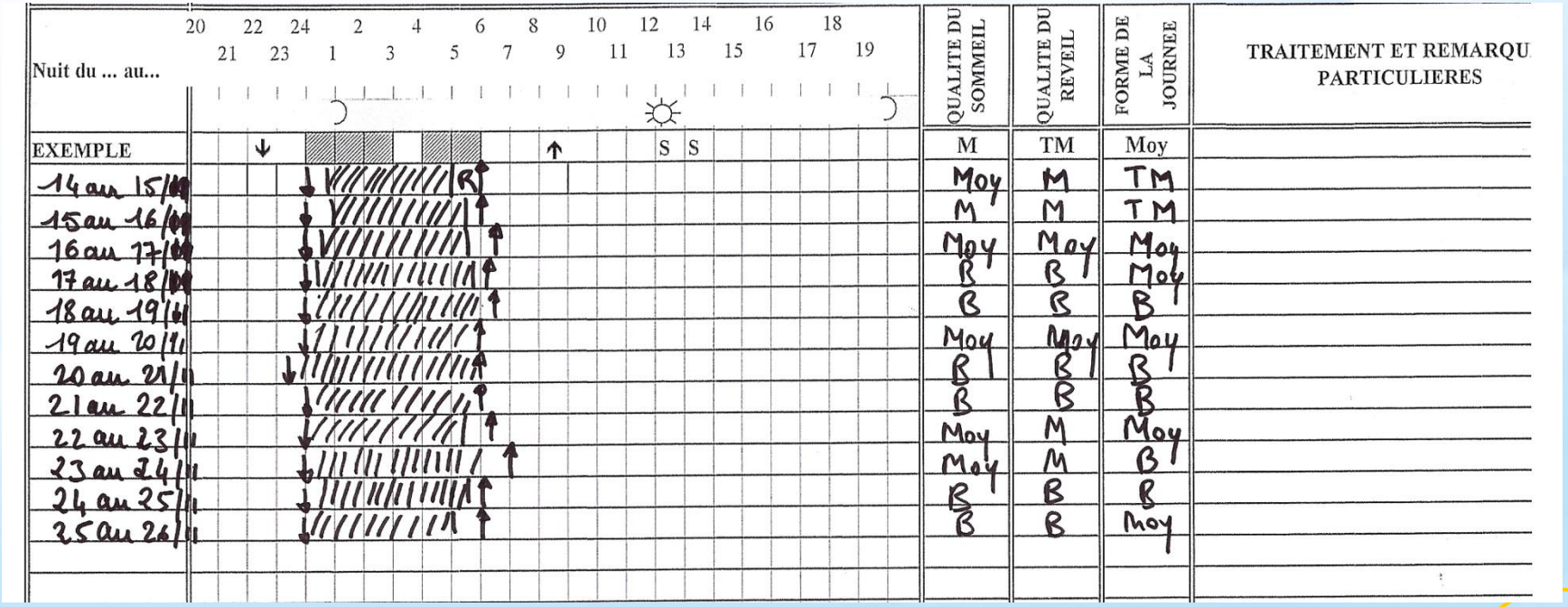


Insomnie, pas de dépression. Obstruction nasale, somnolence occasionnelle.
PSG élimine SAS mais mauvais sommeil avec SLP diminué et TST 353 mn
Efficacité à 83%

Proposition de TCC avec restriction du temps passé au lit: 24h-6h

Réseau Morphée

Femme de 36 ans, après restriction



Nuit du ... au...

20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18
21 23 1 3 5 7 9 11 13 15 17 19

	QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME DE LA JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQU PARTICULIERES
EXEMPLE	M	TM	Moy	
14 au 15/	Moy	M	TM	
15 au 16/	M	M	TM	
16 au 17/	Moy	Moy	Moy	
17 au 18/	B	B	Moy	
18 au 19/	B	B	B	
19 au 20/	Moy	Moy	Moy	
20 au 21/	B	B	B	
21 au 22/	B	B	B	
22 au 23/	Moy	M	Moy	
23 au 24/	Moy	M	B	
24 au 25/	B	B	B	
25 au 26/	B	B	Moy	

Réseau Morphée

Programme de Gestion du Sommeil

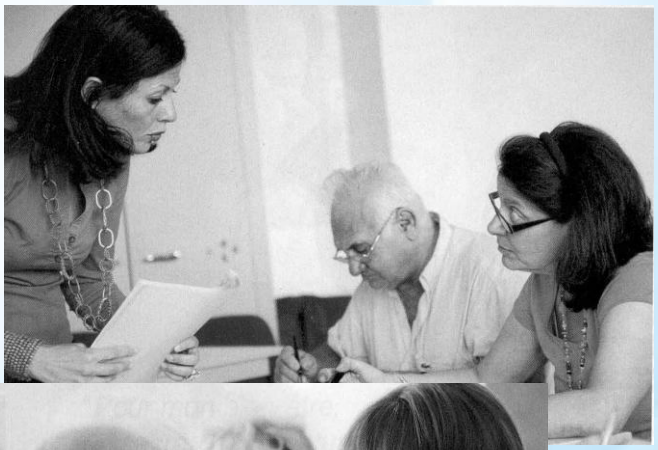
- Techniques comportementales
  - Restriction du sommeil: technique flash= 6h au lit!
  - Contrôle des stimuli
- Techniques cognitives
- Programme éducatif
  - Hygiène du sommeil
  - Physiologie du sommeil
  - Utilisation des hypnotiques

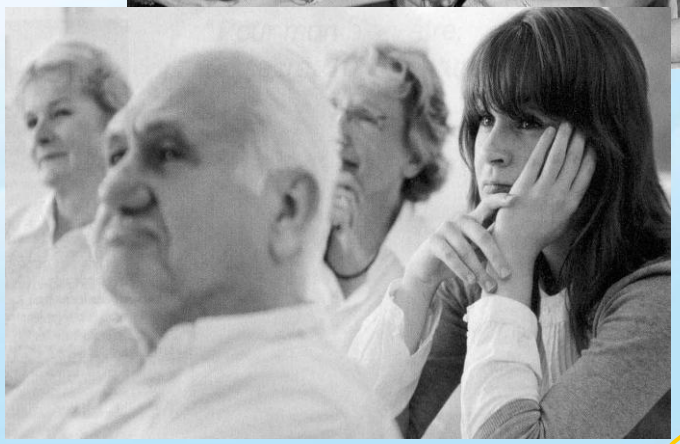
(Morin, 1993)

Réseau Morphée

Les GET du Réseau Morphée

- Indication privilégiée: « l'insomnie psychophysiologique »
- 3 séances en groupe de 8 à 10
- Animées par une psychologue
- Pour participer tel 09 77 93 12 04

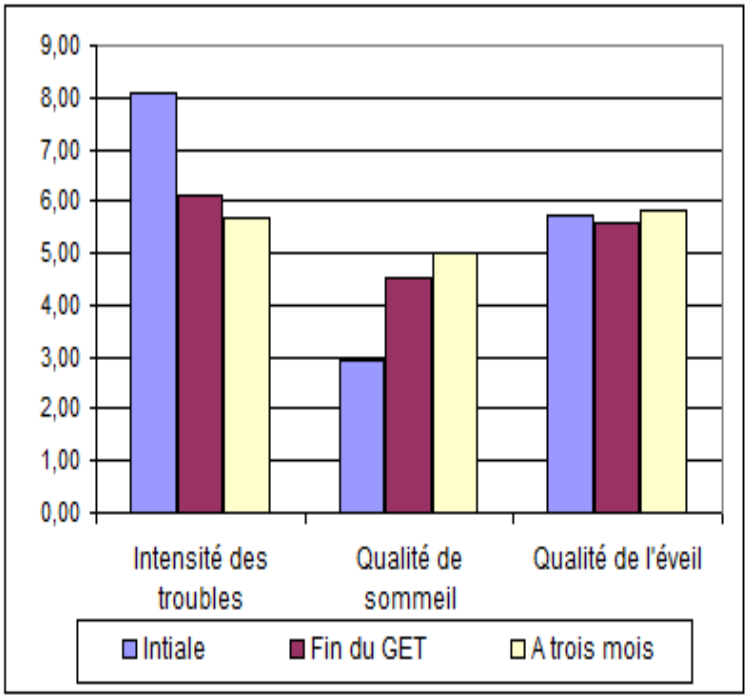


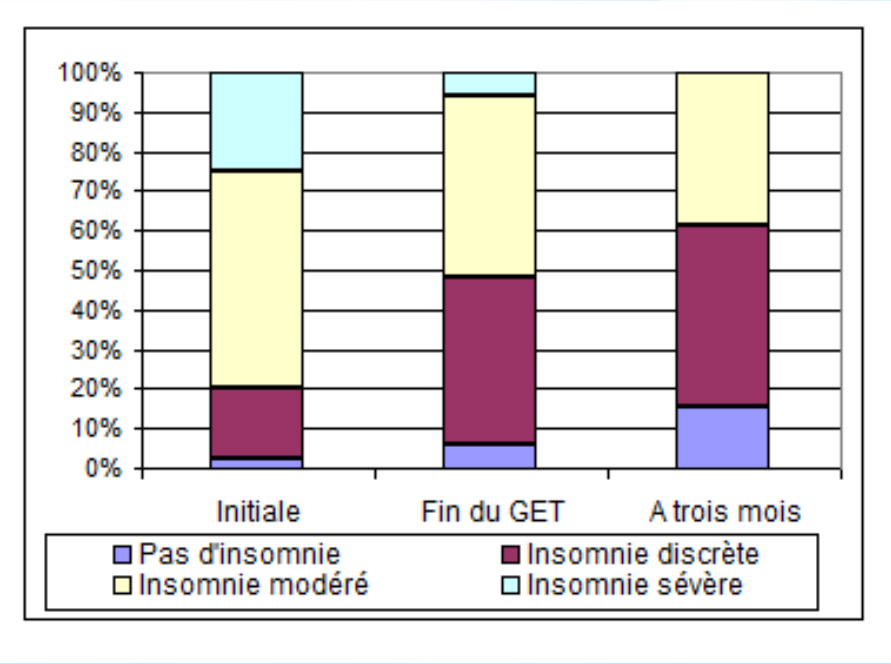


Programme: information, dédramatisation, renforcement des comportements positifs, consignes de restriction de temps passé au lit

Réseau Morphée

Les résultats…





Pour adresser vos patients

- Votre patient appelle le réseau au 09 77 93 12 04
- Le réseau lui adresse un dossier de prise en charge
- Une fois le dossier de prise en charge retourné le réseau propose au patient les dates des GETs

Conclusion

- Efficacité des TCC dans l'insomnie chronique (Morin et al., *Sleep* 1999; 22: 1134-1156)
- Développement insuffisant, au regard de la prévalence des troubles
- Nécessité de relais
  - Par les Généralistes (avec formation TCC)
  - Par les Psychologues (avec formation sommeil)
- Présence des GET du Réseau Morphée