

FORMATION CONTINUE

Les comportements moteurs complexes au cours du sommeil

H. Bastuji

Unité d'Hypnologie, Service de Neurologie Fonctionnelle, Hôpital Neurologique, 59 bd Pinel, 69677 Bron cedex, France

Disponible sur internet le 11 septembre 2004

I. INTRODUCTION

Les comportements moteurs complexes au cours du sommeil font partie d'un ensemble de manifestations qui correspondent à une activation du système nerveux, central et végétatif, et que l'on appelle parasomnies [27]. Si certaines de ces manifestations nocturnes sont considérées comme para-physiologiques et bénignes, en particulier chez l'enfant [23,32], d'autres posent de réels problèmes parce qu'elles surviennent fréquemment, sont associées à un comportement dangereux pour le sujet ou pour autrui ou se manifestent à l'âge adulte. Il peut s'agir de somnambulisme ou de terreurs nocturnes survenant au décours du sommeil lent, d'un trouble du comportement du sommeil paradoxal, de rythmies nocturnes ou encore d'épilepsie morphéique. Le diagnostic étiologique est alors primordial car il influence le pronostic et le type de thérapeutique utilisé. Ces situations peuvent nécessiter le recours à un avis spécialisé et souvent un enregistrement simultané de la polygraphie de sommeil et du comportement par vidéo.

2. SOMNAMBULISME

2.1. Épidémiologie

Le somnambulisme est un phénomène banal, considéré comme paraphysiologique ; en effet, près de 40 % des enfants entre 6 et 16 ans [32] peuvent présenter un accès de somnambulisme et seulement 1 à 6 % d'entre eux des accès pluri-mensuels qui perturbent le sommeil de l'enfant. Chez l'adulte, le somnambulisme est rare, évalué autour de 2 % [39]. Le somnambulisme est de plus en plus considéré comme un phénomène constitutionnel, d'origine génétique [24], partageant un terrain génétique commun avec la somniloquie [25]. On retrouve des antécédents de somnambulisme ou de somniloquie chez 60 à 80 % des somnambules [23].

Adresse e-mail : bastuji@univ-lyon1.fr (H. Bastuji).

2.2. Description

Le somnambulisme est un automatisme ambulatoire inconscient qui survient généralement une à trois heures après l'endormissement. Le sujet a le regard vide, l'air hébété, se déplace avec des mouvements lents, des gestes automatiques et maladroits. Son comportement est en général simple, le sujet s'assoit ou se lève et marche dans sa chambre ; il peut parfois être élaboré, le sujet ouvre et ferme des portes, il peut satisfaire ses besoins alimentaires ou autres, s'habiller et sortir dans la rue. Une somniloquie est souvent associée. La durée de l'accès est très variable, de quelques minutes à une demi-heure. Il est difficile de rentrer en contact avec le sujet pendant son accès ; l'éveil provoqué est difficile et le sujet reste confus et peut devenir violent. Au réveil, il est en général amnésique de l'épisode, mais garde parfois un vague souvenir de ce qui s'est passé.

2.3. Facteurs favorisant les accès

Chez un somnambule donné, la survenue des accès peut être favorisée par tout un ensemble de facteurs, tels que le rebond de sommeil après privation, les réveils provoqués en sommeil lent profond, le stress [39], la fièvre et les syndromes infectieux, l'alcool et les médicaments sédatifs hypnotiques [21,28,36] dont les antihistaminiques, le lithium [34].

2.4. Données de la polygraphie de sommeil

Les accès apparaissent en sommeil lent et surtout en sommeil lent profond ; ils se manifestent souvent par une réaction d'éveil avec des ondes lentes delta rythmiques très amples qui prédominent en regard des régions frontales (Fig. 1) [30]. Il n'est pas toujours possible d'enregistrer des accès francs au cours d'une polygraphie nocturne ; il a été récemment proposé d'enregistrer les patients lors d'une nuit de récupération après privation de sommeil pour favoriser l'apparition d'un accès [29]. Par ailleurs, l'enregistrement de mini accès cliniques ou polygraphiques est fréquent. Sur le plan clinique, on peut observer un éveil en sommeil



Fig. 1. Réaction d'éveil en ondes lentes au décours du sommeil lent profond avec accès de somnolence chez un somnambule de 25 ans.

lent avec léger redressement du haut du corps ou somnolence et sur le plan polygraphique des réactions d'éveil en ondes lentes. Chez ces patients, ont été rapportés une augmentation du nombre et de la durée des réactions d'éveil en ondes lentes [5,7,11], des éveils fréquents en sommeil lent profond et une instabilité de ce sommeil [12,18,20], et un allongement de la première phase de sommeil paradoxal [6].

Sur le plan physiopathologique, l'hypothèse d'un éveil dissocié, incomplet, évoqué par Broughton [8], est aussi suggérée par les résultats d'une étude en tomographie par émission de photon simple (SPECT) chez un patient montrant une dissociation entre une activation thalamo-cingulaire sans activation des autres systèmes thalamo-corticaux [3].

Les somnambules n'ont pas de profil psychologique particulier [37], cependant le caractère violent des accès pourrait être en relation avec des problèmes ou des traumatismes psychologiques [22]. La persistance des accès à l'adolescence et à l'âge adulte pourrait être reliée à la coexistence de troubles psychologiques [17]. La réapparition d'accès de somnambulisme chez l'adulte ou l'extrême fréquence des accès chez l'enfant doit faire rechercher un syndrome d'apnées du sommeil associé [19].

2.5. Formes à risque

Des formes particulières de somnambulisme posent de réels problèmes diagnostiques ou vitaux. Le somnambulisme terreur peut être confondu avec des crises d'épilepsie partielle, temporale ou frontale. Au cours du somnambulisme dit « à risque », la personne peut commettre un acte dangereux pour elle-même ou pour les autres sans en avoir conscience. Dans la littérature sont décrits des cas de meurtre [9,41], parfois fratricide [1], ou de violence sexuelle [2,46].

2.6. Diagnostic différentiel

Avant de retenir ce diagnostic, il convient d'éliminer l'épilepsie morphéique et le comportement onirique du

sommeil. En pratique, un enregistrement polygraphique avec vidéo est recommandé si les épisodes sont fréquents, stéréotypés, violents, s'ils surviennent en fin de nuit, à un âge tardif, ou encore s'il n'y a pas d'antécédents familiaux de somnambulisme ou somnolence.

2.7. Traitement

On ne traite que les formes dites « à risque » ou à accès répétés, fréquents. Les traitements médicamenteux efficaces sont les benzodiazépines [31], qui peuvent être prescrites à long terme sans perte d'efficacité [50], et certains antidépresseurs [35].

Chez un individu, enfant ou adulte, ayant déjà présenté des accès de somnambulisme, il convient de respecter un certain nombre de règles. Ces règles comportent des mesures de protection de l'environnement (éviter les lits en hauteur, sécurité d'ouverture des portes et des fenêtres), des mesures d'hygiène de sommeil évitant les privations de sommeil et irrégularités du rythme veille/sommeil, la prise de traitements qui favorisent les accès (en particulier les antihistaminiques) : dans certains cas, la prise en charge psychologique peut être utile probablement en diminuant la réactivité au stress. L'efficacité de l'éveil programmé [15] et de l'hypnose [26] a été rapportée.

3. TERREURS NOCTURNES

L'accès de terreur nocturne correspond à un éveil brutal en SLP avec cri et manifestations végétatives et comportementales de peur intense. Le contenu mental associé, lorsque le sujet s'en souvient, est relativement peu élaboré et correspond à une image ou une situation effrayante. Le sujet est confus et désorienté, il ne répond pas correctement aux stimulations externes ; il est amnésique ou garde un souvenir vague de l'épisode. Comme pour le somnambulisme, les accès surviennent plus volontiers en début de nuit au cours du sommeil lent profond. Fréquent chez l'enfant entre 7 et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10296976>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10296976>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)