

SOMMAIRE

Les troubles du sommeil
et leur prise en charge

- Les parasomnies2
- L'adolescent3
- Le syndrome d'apnées
obstructives5
- L'hypersomnie6
- Les moyens
diagnostiques7
- Prise en charge
thérapeutique9
- Centres du sommeil10
- Agenda de sommeil11

Directeur de la publication :
Dr Jacques Langue

Rédacteur en chef :
Dr Gilbert Danjou

Composition et Impression :
Vassel Graphique
Charvet Imprimeurs :
Bd des Droits de l'Homme
BP 58 - 69672 Bron cedex
www.vasselgraphique.com

Édité par
l'Association Française
de Pédiatrie Ambulatoire
AFPA

Le sommeil, du nourrisson à l'adolescent

volet 2 - suite du cahier FMC n° 248

Ce cahier de formation (volet 1 et volet 2) a été composé à partir des communications et présentations suivies en 2011 par le pédiatre.

Les troubles du sommeil de l'enfant (volet 2), séminaire de formation professionnelle conventionnée AFPA-OGC, Nîmes, mai 2011.

- **Marie-Josèphe Challamel**, ancienne responsable du Centre des troubles du sommeil, CH Lyon Sud ; **Hélène de Leersnyder**, pédiatre libérale à Paris, attachée à la consultation du sommeil de l'hôpital Necker, pour les thèmes : développement et physiologie du sommeil, couchage du nourrisson, parasomnies, troubles du sommeil d'origine non organiques, syndrome d'apnée du sommeil, hypersomnies.

- **Nathalie Franc**, pédopsychiatre, CHU de Montpellier a exposé les aspects psychopathologiques des troubles du sommeil.

- **Pascale Roy**, pédiatre libérale à Lyon, a traité les troubles du sommeil liés à des troubles digestifs.

- **Annie Laure Frenkel**, neurophysiologiste, spécialiste du sommeil a présenté les explorations paracliniques du sommeil.

Par souci de cohérence du cahier et afin d'éviter les redondances, les communications des différents intervenants ont parfois été amalgamées, qu'ils veuillent bien nous en excuser.

Résumé général

Partie I (voir le cahier FMC n° 248, pages 1 à 7) : physiologie du sommeil et couchage du nourrisson

Le sommeil est une fonction dont la qualité est un élément majeur de la qualité de vie. Les rythmes de sommeil se mettent en place progressivement mais rapidement dès le début de la vie. Des donneurs de temps environnementaux naturels et sociaux sont indispensables à cette mise en place et au maintien d'un bon sommeil. Dès le début, les parents doivent être informés des besoins de leur enfant en matière de sommeil et tout au long du développement, de l'importance du respect des rythmes de sommeil. De même, la façon de coucher un nouveau né doit faire l'objet d'une information dès la maternité. En effet, la mort inattendue du nourrisson qui survient au cours du sommeil durant les premiers mois de vie, est devenue plus rare depuis que des recommandations de couchage ont été établies et expliquées aux parents.

Partie II : Les troubles du sommeil et leur prise en charge

(Cahier FMC n° 248, pages 7 à 11). À chaque bilan, le pédiatre doit s'enquérir de la qualité du sommeil et, en cas de trouble, prendre le temps de l'investigation. Celle-ci est longue et minutieuse et nécessite une consultation particulière.

Les troubles les plus fréquents, insomnies et troubles du rythme circadien, sont souvent le fruit d'erreurs éducatives que de simples conseils de guidance peuvent suffire à corriger.

Lorsque s'installent des troubles du sommeil plus sérieux, il est nécessaire de bien les analyser au moyen d'un agenda de sommeil détaillé si possible, de rechercher d'éventuelles causes d'origine organique et parfois, de pratiquer un enregistrement du sommeil.

Une prise en charge rapide des troubles évite la chronicisation et la survenue de complications. Les traitements font essentiellement appel à la psychothérapie et en particulier aux thérapies comportementales et quand c'est indispensable à une prise médicamenteuse psychotrope de brève durée et/ou au traitement spécifique en cas de cause organique identifiée.

Mots clefs :

Rythme ultradien ;
rythme circadien ;
états de vigilance ;
mort inattendue du
nourrisson ;
parasomnies ;
syndrome d'apnées
obstructives
du sommeil ;
hypersomnie ;
narcolepsie ;
polysomnographie.

Partie II (suite)

Les troubles du sommeil et leur prise en charge

Les parasomnies plus impressionnantes que méchantes

Très fréquentes avant l'âge de six ans, les parasomnies peuvent être impressionnantes et inquiètent les parents. Il convient de leur expliquer ce que sont ces manifestations et de les rassurer.

Les parasomnies sont des phénomènes moteurs (sursauts anormaux, somnambulisme, terreurs nocturnes, éveils confusionnels), verbaux (somniloquie) ou sensoriels (hallucinations hypnagogiques hypnopompiques) indésirables, survenant pendant le sommeil ou lors des transitions éveil-sommeil.

Ces troubles de l'éveil correspondent à un éveil partiel en sommeil lent profond. Ils se manifestent essentiellement sous forme de somnambulisme et de terreurs nocturnes. Les parasomnies occasionnelles sont très fréquentes entre 3 et 10 ans (respectivement environ 9 % et 15 % des enfants dans cette tranche d'âge), ces manifestations diminuent régulièrement jusqu'à l'adolescence. Cette baisse de la fréquence des parasomnies est liée au fait qu'à partir de l'âge de 12 ans, la quantité de sommeil lent profond diminue au profit d'un sommeil plus léger.

Le somnambulisme

Typiquement, le somnambulisme se traduit par une déambulation nocturne inconsciente, non stéréotypée, yeux ouverts, visage inexpressif. L'enfant est calme, maladroit et docile. Parfois il urine.

On retrouve assez fréquemment des antécédents familiaux chez l'un ou les deux parents.

Le somnambulisme survient généralement en première partie de nuit par épisodes d'une à trente minutes. Plus rarement, l'enfant est agité, objet d'une déambulation anxieuse, il profère des propos incohérents et son agitation augmente lorsqu'on le touche. Ce type de crise caractérise plutôt le jeune adolescent et entraîne un risque accru de traumatisme ou de violence.

Dans tous les cas, l'enfant ne se souvient de rien et il est préférable de ne pas le réveiller.

Les terreurs nocturnes

Elles surviennent classiquement aux alentours de 11 heures du soir, l'enfant, assis dans son lit, hurle. Ses yeux sont ouverts et il a l'air effrayé. Ses paroles sont incohérentes, il est rouge ou au contraire très pâle, en mydriase, tachycarde et en sueur (ce que précise souvent la maman). Si on le réveille, il ne raconte rien car il ne mémorise pas. Comme le somnambulisme, les terreurs nocturnes surviennent généralement une à trois heures après l'endormissement et durent une à vingt minutes, souvent moins de cinq minutes. Les antécédents familiaux sont fréquents.

15 % des enfants entre 3 et 10 ans en font mais seulement 1 % à l'entrée dans l'adolescence.

Ces troubles de l'éveil surviennent toujours dans les trois premières heures quand le sommeil lent profond est abondant. Ce sont des **éveils dissociés** c'est-à-dire qu'il y a un éveil moteur alors que la personne demeure inconsciente, le cerveau dort et ne mémorise rien. L'existence de cette amnésie immédiate et subséquente est caractéristique. Ils sont parfois associés à de l'agressivité ou à un réflexe de fuite et à d'autres types de parasomnies comme la somniloquie. Il y a parfois une énurésie et une association avec des migraines.

Un enfant qui somnambule ou qui présente des terreurs nocturnes et se plaint d'avoir mal à la tête est généralement un migraineux.

Les éveils confusionnels

Les éveils confusionnels sont fréquents chez les enfants de moins de cinq ans. Leur début est plus progressif que celui des terreurs nocturnes. L'enfant gémit, s'agite, pleure, il a l'air réveillé, on a l'impression qu'il fait un caprice mais en réalité, il demeure in-

conscient et résiste à la consolation. Ces épisodes surviennent en début ou en fin de nuit ou encore au décours d'une sieste et durent 5 à 30 minutes. C'est ce qui arrive par exemple lorsque des enfants se réveillent de la sieste en hurlant.

Il existe aussi des parasomnies associés au sommeil paradoxal, survenant en deuxième partie de nuit comme les cauchemars, qui sont des mauvais rêves. Par ailleurs on rencontre, en plus des parasomnies, d'autres troubles moteurs liés au sommeil, comme le bruxisme (grincement des dents) ou l'impairité des membres inférieurs...

Quelques facteurs favorisants

La prévalence des parasomnies diminue avec l'âge, en fonction de l'ontogénèse du sommeil.

Certains facteurs comme la privation de sommeil et surtout les troubles des rythmes de veille-sommeil favorisent l'apparition de parasomnies. Celles-ci correspondent souvent à un stress nouveau, une augmentation de l'anxiété liée par exemple à l'entrée à l'école ou à l'entrée en sixième, très pourvoyeuse de terreurs nocturnes. La fièvre, l'activité sportive trop intense et trop tardive peuvent également déclencher des terreurs nocturnes. Il existe aussi des facteurs déclenchants internes comme la distension vésicale (éviter trop de boissons le soir), la mobilisation, le bruit.

Chez l'enfant qui fait des terreurs nocturnes, on déconseille les stimulations trop tardives, comme le judo après l'école, par exemple.

Chez le jeune enfant et le préadolescent, il est rare de retrouver un trouble psychopathologique à l'origine des troubles de l'éveil. En revanche, le syndrome d'apnées du sommeil, les secousses péri-

diques des jambes, les impatiences ou encore le reflux gastro œsophagien favorisent leur survenue. Les troubles psychopathologiques, tels que la dépression sont plus fréquents à l'adolescence.

Quels conseils aux parents ?

L'important est avant tout de rassurer les parents en leur expliquant ce qui se passe et en leur donnant quelques conseils, comme de faire attention aux portes et aux fenêtres, d'éviter les lits superposés et les objets dangereux car le risque d'accident existe et de ne pas réveiller les enfants somnambules ou en proie à une terreur nocturne qui sont en sommeil profond. Le réveil peut déclencher un réflexe de fuite ou des réactions agressives (le plus souvent chez les ados et les adultes). Éviter l'excès de boisson le soir et le sport trop tardif...

Quelle prise en charge ?

Il est parfois nécessaire de réorganiser les rythmes veille sommeil, par exemple en réintroduisant une sieste chez le petit.

On privilégie les approches non médicamenteuses : hypnose, relaxation, psychothérapie... il s'agit souvent d'enfants qui n'expriment pas beaucoup leurs affects.

Il convient de rester prudent avec les traitements médicamenteux : clobazam (Urbanyl®) à très faible dose, pas plus d'un mois et en diminuant, juste de façon à couper un cercle vicieux ou chez les enfants les plus grands, clonazepam (Rivotril®) à très petite dose.

La mélatonine (Circadin®) a été proposée, elle est bien tolérée mais elle n'est pas autorisée sauf chez l'enfant porteur de handicap.

L'adolescent, du manque de sommeil chronique à l'insomnie

Pratiquement tous les adolescents sont en déficit chronique de sommeil, plus ou moins bien supporté. Certains constituent à cette période de véritables troubles du sommeil qui retentissent lourdement sur leur vie quotidienne et leurs performances scolaires et font le lit d'une insomnie durable.

A temps de sommeil égal, un jeune adolescent est beaucoup plus somnolent et s'endort plus facilement dans la journée qu'un enfant. Cette *hypersomnie physiologique* est liée au fait que la quan-

tité et la qualité du sommeil lent profond diminuent de façon importante au-delà de l'âge de dix ans. Cette tendance à la somnolence est aggravée en période scolaire du fait des levers précoces, des temps de transport et du travail scolaire.

Plus il avance en âge et plus l'adolescent s'endort tard, réduisant encore sa durée de sommeil lent profond en début de nuit. Comme son sommeil est plus léger, il est fatigué et peine à se lever le matin, somnole dans la journée. Cette période est propice à l'apparition d'insomnies qui peuvent devenir chroniques.

Une étude portant sur 17 écoles et 51 000 élèves du Minnesota a montré qu'en retardant l'heure du début des cours : de 7h15 à 8h40, les élèves amélioreraient leurs performances scolaires, étaient plus motivés, avaient une meilleure estime d'eux-mêmes, une meilleure réceptivité aux enseignements et moins de problèmes d'attention et de concentration.

Bien qu'il existe une grande variabilité individuelle dans les besoins de sommeil, la moyenne des adolescents a besoin de 9 heures de sommeil par nuit. Une enquête Sofres menée en 2005 pour l'Institut du sommeil et de la vigilance montre que les adolescents français sont en manque chronique de sommeil car en moyenne, ils dorment 7h45 par nuit en semaine et se lèvent à 6h45. Ils rattrapent le week-end en dormant 9h10mn par nuit et en se levant aux alentours de 10h20.

Un adolescent français sur deux se sent somnolent au moins une fois par semaine et un sur trois s'endort parfois dans la journée. 37 % se plaignent d'insomnie et même 19 % d'insomnies fréquentes. Un sur dix prend quelque chose pour dormir ou se tenir éveillé.

Les troubles du sommeil, insomnie et retard de phase, doivent être systématiquement recherchés à l'interrogatoire.

- Avez-vous des problèmes pour vous endormir ?
- Êtes-vous somnolent dans la journée ?
- Combien d'heures dormez-vous en semaine et le week-end ?
- Avez-vous tendance à ronfler ou à être gêné pour respirer la nuit ?

Les adolescents trop fatigués sont en danger

Car les conséquences de la fatigue chronique des adolescents sont multiples et parfois graves : somnolence diurne, troubles de l'humeur, baisse des performances scolaires, difficultés à gérer ses émotions, troubles de la concentration et risque augmenté d'accidents de la voie publique.

On considère qu'un adolescent est en décalage de phase lorsqu'il perd plus de trois heures de son

sommeil en période scolaire, comparé à ses besoins évalués en période de vacances où la quantité et la qualité de son sommeil sont satisfaisantes. Ce décalage peut aboutir à une véritable déscolarisation du fait de retards et d'absences répétés, de somnolence en classe, de baisse des performances intellectuelles, de désinvestissement en sport et dans les activités associatives...

Certains facteurs favorisent ou aggravent ces troubles du sommeil, comme la pression scolaire et sociale, la baisse de l'influence parentale, l'usage tardif des écrans : télévision, Internet, téléphone portable... et des facteurs psychiques, l'anxiété et la dépression en particulier.

Une relation directe a été mise en évidence entre le temps de sommeil et la tendance à la dépression. Par ailleurs, la diminution du temps de sommeil est associée à une augmentation de la consommation d'excitants, café, alcool, tabac...

La diminution du temps de sommeil est également souvent corrélée avec une augmentation de la prise de poids. En partie parce que plus on reste éveillé, plus on mange et plus on est fatigué, moins on bouge mais aussi parce que le fait de dormir peu modifie le fonctionnement des centres de la satiété. La carence de sommeil est aussi corrélée à une baisse significative des défenses immunitaires. Le problème des adolescents est généralement le décalage de phase, coucher trop tardif et difficultés à se lever. Si ce décalage n'est pas trop important, il est possible de parvenir progressivement à récupérer un sommeil correct en se couchant un peu plus précocement et en maintenant des heures de lever régulières.

Si en revanche, le décalage est important, le recalage doit se faire en milieu hospitalier et passe par une privation de sommeil, l'utilisation de la luminothérapie au réveil pour couper la sécrétion de mélatonine et si besoin la prise de mélatonine le soir.

Même si les causes organiques sont très rares, il faut les rechercher, surtout devant un adolescent qui se réveille la nuit parce qu'il a mal quelque part.

POUR EN SAVOIR PLUS

Sur les rythmes de sommeil et les rythmes biologiques « Les horloges du vivant » d'André Klarsfeld aux Editions Odile Jacob - 2009.

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil de l'enfant (SAOS) n'est pas rare et peut avoir un retentissement considérable sur la qualité de vie de l'enfant et ses performances scolaires. Il faut le rechercher systématiquement chez l'enfant ronfleur.

Un enfant qui, la nuit, ronfle fréquemment, respire laborieusement, bouche ouverte, transpire, s'agite, présente des micro-éveils et parfois une énurésie, se repose dans de drôles de positions et qui, le jour est somnolent ou très agité et se plaint de maux de tête, est un enfant qui souffre d'apnées du sommeil.

C'est un syndrome méconnu, beaucoup plus fréquent qu'on a tendance à le penser, puisqu'il toucherait 1 à 2 % des enfants entre 3 et 6 ans. Ce sont généralement des enfants atteints d'une hypertrophie amygdalo-adoïdienne qui gêne la respiration.

L'hyperactivité est une réaction de défense contre la somnolence liée au fractionnement du sommeil. Cette fragmentation du sommeil entraîne également d'autres troubles du comportement à type d'agressivité ou au contraire de timidité anormale. On retrouve souvent chez ces enfants des éveils confusionnels et/ou des terreurs nocturnes.

La prématurité augmente le risque de survenue d'un syndrome d'apnées du sommeil dans l'enfance mais aussi à l'âge adulte. Il y a d'autres facteurs de risque, les antécédents d'asthme, l'obésité, les antécédents familiaux de ronflement et d'apnées du sommeil, le bruxisme... Les enfants obèses ont un risque nettement supérieur, surtout si leur tension artérielle est élevée. Il a été montré qu'en cas d'association d'obésité et d'hypertension le risque d'apnées du sommeil était proche de 70 %.

On sait qu'il existe un continuum entre ronflement et syndrome des apnées du sommeil mais, comment savoir qui, parmi les 8 à 12 % d'enfants ronfleurs, seront ceux qui feront des apnées ?

Dans certains cas, on retrouve une cause : une malformation anatomique qui augmente les résistances au niveau des voies aériennes supérieures,

ou une pathologie neurologique, ou encore une origine « chimique » comme dans le cas du reflux gastro-œsophagien, par exemple.

L'enregistrement polysomnographique révèle un évènement obstructif, particulièrement en sommeil paradoxal quand le tonus musculaire est faible. L'augmentation de l'effort respiratoire entraîne l'éveil.

Ce syndrome des apnées du sommeil peut se compliquer d'une cassure de la courbe staturo-pondérale chez les plus jeunes, de troubles cardio-vasculaires et métaboliques chez les enfants plus âgés, de troubles cérébraux avec diminution des performances cognitives, en particulier mnésiques et visuo-spatiales... Ces troubles cognitifs sont démontrés chez l'adulte mais pas chez l'enfant. Il est cependant probable que le retentissement soit du même ordre car l'étude de Gozal et Pope publiée en 2001 dans la revue *Pediatrics** montre six fois plus de mauvais résultats scolaires parmi les enfants souffrant de syndrome des apnées du sommeil. L'adénoamygdalectomie améliore leurs résultats.

Le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil est généralement fait à domicile. Lorsqu'il est peu sévère on peut se contenter d'un traitement par corticoïdes locaux et Singulair® durant trois mois et revoir l'enfant. Si le syndrome est sévère, l'enregistrement polysomnographique de nuit, à l'hôpital est indiqué.

Le traitement par adénoamygdalectomie est généralement insuffisant et on lui adjoint le traitement médicamenteux et celui de la cause lorsqu'elle est connue. De plus en plus souvent, la prise en charge est décidée en consultation pluridisciplinaire, impliquant un ORL et un orthodontiste.

*Snoring During Early Childhood and Academic Performance at Ages Thirteen to Fourteen Years
David Gozal, MD, FAAP, Dennis W. Pope Jr, REPSGT -
Pediatrics - 2001.

Hypersomnie, penser à la narcolepsie

L'hypersomnie est généralement liée à une privation chronique de sommeil mais traduit parfois une maladie, en particulier la narcolepsie, qui nécessite une prise en charge spécifique.

Est considéré comme hypersomniaque un enfant qui semble dormir plus que la moyenne pour son âge, s'endort n'importe quand ou recommence à faire la sieste au-delà de l'âge de six ans, alors qu'il avait arrêté. La cause la plus fréquente de cette hypersomnie est la privation de sommeil chronique par retard de phase. Mais il existe d'autres causes comme le fait d'avoir une mauvaise qualité de sommeil (fragmenté) et certaines pathologies comme la narcolepsie.

La narcolepsie

La narcolepsie est une maladie auto-immune qui débute dans la moitié des cas avant l'âge de 20 ans, de prévalence équivalente en France, à celle de la sclérose en plaque (environ 1/2500) mais qui demeure méconnue car son diagnostic est souvent très tardif.

Chez l'adulte, elle se manifeste par une somnolence excessive avec des attaques de sommeil constantes et longues, des épisodes de cataplexie qui souvent orientent à tort vers un trouble psychique.

La cataplexie est un signe important pour le diagnostic de narcolepsie, il n'est cependant pas spécifique et il existe des narcolepsies sans cataplexie. Celle-ci se traduit par une diminution brutale du tonus musculaire, survenant à l'éveil, spontanément ou sous l'effet d'une émotion, souvent le rire, et entraînant une chute sans perte de connaissance.

La narcolepsie entraîne également des hallucinations hypnagogiques (sensations de rêves éveillés) et des paralysies du sommeil (incapacité de bouger ou de parler) à l'endormissement ou au réveil. Bien que fugaces, ces symptômes sont très angoissants.

Il est également possible de constater des conduites automatiques en état confusionnel, des secousses des membres inférieurs et des comportements anormaux en sommeil paradoxal.

Mais ces signes typiques sont fréquemment absents et/ou mal décrits chez les enfants. Pourtant, les enfants présentent souvent une symptomatologie très sévère, avec des endormissements à la

marque. Leurs difficultés scolaires et comportementales peuvent être importantes. Ils sont irritables, émotifs, développent une hyperactivité associée à des accès brusques de bâillements et de somnolence et une tendance aux siestes inopinées.

Contrairement aux adultes qui s'endorment peu de temps et se sentent beaucoup mieux, les « siestes » des enfants sont longues et peu réparatrices. Plus de 80 % des enfants narcoleptiques sont en excès de poids, la grande majorité ayant grossi brutalement et rapidement de plus de 4 kilos et même souvent de 10 à 20 kilos en début de maladie.

Ces tableaux atypiques expliquent les errances diagnostiques et sont souvent, confondus avec une hypothyroïdie, une myasthénie, un tableau d'épilepsie ou encore une dépression...

Les diagnostics différentiels sont l'hypersomnie idiopathique (qui n'entraîne jamais de cataplexie), le syndrome des apnées du sommeil (obésité, ronflement, pauses respiratoires) et d'autres troubles du sommeil comme les troubles du rythme circadien, les somnolences liées à la prise de psychotropes ou de drogues... toutes les pathologies qui fragmentent le sommeil peuvent entraîner une hypersomnie.

Une telle symptomatologie nécessite un bilan hospitalier avec une anamnèse détaillée assortie d'un agenda du sommeil et complétée par un enregistrement polysomnographique de 24 heures suivi par un test itératif d'endormissement, qui montre un sommeil de mauvaise qualité avec des endormissements en sommeil paradoxal.

Le bilan clinique et en particulier neurologique, recherche une étiologie à cette narcolepsie. En effet, dans 20 % des cas, la narcolepsie du jeune enfant est secondaire à une maladie génétique ou à une tumeur, dont la recherche justifie la réalisation d'une IRM.

Le dosage de l'hypocrétine 1 (peptide sécrété par des neurones hypothalamiques impliqués dans le maintien de l'éveil et le contrôle de la prise alimentaire), dans le LCR est effondré, en lien avec une dégénérescence de ces neurones de l'hypothalamus postérieur. Mais ce dosage est rarement fait.

Le bilan sanguin qui permet le typage HLA bqb1 0 602 positif peut apporter un argument en cas de diagnostic litigieux car chez le jeune enfant, il arrive que l'enregistrement ne soit pas probant. Le traitement vise à rétablir la vigilance par

l'utilisation de psychostimulants et de siestes programmées, le contrôle des cataplexies et l'amélioration de la qualité du sommeil.

La prise en charge doit être la plus rapide et efficace possible car il est particulièrement difficile pour ces enfants de rattraper leur retard lorsque des difficultés scolaires importantes se sont installées.

La somnolence est traitée par Modiodal® (modafinil) et en cas d'échec, on essaie le methylphenidate. Les accès cataplectiques ne sont plus actuel-

lement traités par clomipramine (Anafranil®) mais plutôt par venlafaxine (Effexor®) ou fluoxetine (Prozac®). Une prise en charge psychosociale et comportementale est indispensable.

Le rythme de sommeil de ces enfants doit être régulier avec des siestes programmées de vingt minutes deux à trois fois par jour. Ils ont généralement besoin d'un soutien scolaire : tiers temps, aide de vie scolaire et d'un soutien psychologique et associatif.

LE MAUVAIS SOMMEIL DE L'ENFANT PORTEUR DE HANDICAP MENTAL

Plus de 60 % des enfants souffrant de troubles neurologiques, troubles envahissant du développement ou autre handicap mental, souffrent également de troubles du sommeil, souvent persistants. Difficultés anxieuses d'endormissement et réveils nocturnes sont un élément du diagnostic de l'autisme et des troubles autistiques ; l'insomnie est constante dans certaines pathologies comme la maladie de Smith Magenis où les enfants ont une inversion de leur rythme circadien de la mélatonine (pic vers midi) et très fréquente chez les épileptiques...

D'autre part, il est généralement particulièrement difficile chez ces enfants de leurs faire décrire leurs maux et d'inventorier les causes organiques qui doivent être systématiquement recherchées. Parfois les difficultés de sommeil sont simplement liées à une mauvaise position de coucher, à la présence d'un reflux gastro-oesophagien ou à des douleurs variées, dentaires en particulier...

Plus encore que pour d'autres enfants, ces consultations pour troubles du sommeil sont longues et compliquées. Déterminer le type de trouble du sommeil et en repérer les causes nécessite une enquête minutieuse, qui passe au peigne fin chaque moment de la journée, du lever au coucher. Il faut comprendre l'économie familiale qui s'est installée autour des problèmes de cet enfant et entendre l'épuisement des familles.

Les moyens diagnostiques des troubles du sommeil

Un trouble du sommeil négligé impacte profondément et durablement la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. L'investigation de ce trouble est souvent longue et fastidieuse mais elle est essentielle pour une prise en charge adaptée et précoce.

La consultation pédiatrique

Il faut entendre la plainte et au besoin faire revenir la famille pour prendre le temps d'une consultation dédiée à l'investigation du sommeil.

L'interrogatoire fait préciser les horaires de coucher, de lever, de siestes... en semaine, le week-end et durant les vacances. Il fait préciser les modalités d'endormissement et les autres donneurs de temps : les repas, le mode de garde... L'accès aux écrans : à quelles heures ? Combien de temps par

semaine, par jour ? Tout seul ou non ? Pour regarder quel genre d'émission ?

Il évoque aussi les relations familiales, l'histoire de la famille... et bien sûr la vie scolaire, le comportement de l'enfant dans la journée...

Puis, l'interrogatoire et l'examen clinique complet recherchent une cause organique éventuelle.

A l'issue de cette consultation, il convient de rassurer les parents et de leur donner des conseils de guidance.

Et de leur expliquer comment remplir un agenda de sommeil avec lequel il reviendront en consultation trois semaines à un mois plus tard.

L'agenda du sommeil

Pour bien appréhender un trouble du sommeil, le prendre en charge et suivre son évolution, la

constitution d'un **agenda du sommeil** est indispensable. C'est un peu fastidieux car il s'agit de remplir quotidiennement durant au moins trois semaines, une grille précise du sommeil et de la vigilance diurne. Il faut noter chaque jour les heures de lever, de coucher, les réveils nocturnes, les heures de repas... mais cet outil permet de confirmer la réalité et la nature du trouble, d'évaluer la motivation du patient, la gravité des symptômes et sert de base de travail et de surveillance pour la thérapie comportementale.

Il existe des échelles d'évaluation psychopathologiques (MADRS ou Hamilton), panels de questions réservées aux adolescents qui peuvent être posées par le pédiatre et permettent d'établir un score et d'orienter la prise en charge, vers une dépression par exemple.

Les explorations paracliniques

L'enregistrement du sommeil permet par exemple, de révéler des insomnies paradoxales, chez des personnes qui se plaignent de ne pas dormir mais en réalité dorment la nuit et gardent un bon niveau de vigilance le jour. Ces fausses insomnies concerneraient 15 % des plaintes d'insomnie.

On peut avoir recours à différents types d'enregistrements :

L'actimétrie

C'est un agenda « live », comme un Holter du rythme veille-sommeil. Les données sont transmises par une sorte de montre qui communique sans fil avec un ordinateur. Cet examen n'a pas de codification sécurité sociale. La montre coûte envi-

ron 350 euros avec son logiciel. En pratique, l'actimétrie n'est demandée que si l'agenda du sommeil n'est pas réalisable.

L'oxymétrie

Ses indications sont limitées chez l'enfant qui peut être atteint d'un véritable syndrome obstructif sans désaturation.

La polygraphie ventilatoire

C'est l'enregistrement de la ventilation pendant le sommeil. Elle nécessite la mise en place de capteurs en ceinture aux niveaux abdominal et thoracique et d'un capteur nasal. Le problème, cependant est qu'on ne sait pas si la personne dort vraiment.

La polysomnographie

Comprend tous les capteurs précédents. Le temps de pose, long, une heure à une heure et demie, et la lecture des enregistrements prennent une à deux heures. C'est un examen pris en charge par l'assurance maladie.

Le test de mesure des latences d'endormissement

Il est pratiqué en cas de suspicion de narcolepsie. Il mesure en laboratoire, la tendance à s'endormir dans la journée.

Les délais sont longs pour obtenir ces examens car on ne peut utiliser qu'un appareil pour un malade par nuit et ces examens prennent du temps.

La plupart des laboratoires de sommeil travaillent désormais beaucoup en ambulatoire, la personne se rend au centre du sommeil pour la pose des électrodes et rentre dormir chez elle.

QUAND ADRESSER UN ENFANT EN CENTRE DU SOMMEIL?

Quand le sommeil est le moment privilégié de manifestations inquiétantes, quand les parents ont peur et qu'ils ont l'impression que l'enfant est en danger (souvent ils ont remarqué des apnées qui les inquiètent), quand le sommeil ne semble pas efficace (enfant somnolent ou très agité, un enfant qui s'endort dans la journée, lorsqu'il y a persistance ou réapparition de siestes...).

En cas de trouble du développement mental ou physique récent ou d'aggravation récente avec perte d'acquisitions et/ou de la survenue d'un trouble du comportement, en particulier les troubles du comportement alimentaire, anorexie ou boulimie.

Et puis encore, les anomalies respiratoires (SAS), l'insomnie vraie de l'enfant, la suspicion de narcolepsie, le décalage de phase important, les parasomnies dangereuses avec agitation... tous les troubles nocturnes qui perturbent la vie diurne nécessitent des explorations.

En revanche, les parasomnies banales et l'insomnie du nourrisson ne sont pas des indications d'enregistrement car ces symptômes n'ont pas de retentissement diurne.

Prise en charge thérapeutique des troubles du sommeil

La prise en charge des troubles du sommeil chez l'enfant est avant tout psychothérapique et sur mesure. Le recours aux médicaments est parfois indispensable mais doit être prudent.

Les thérapies non médicamenteuses

La sophrologie

est utilisable chez les enfants au-delà de l'âge de dix ans. C'est une méthode de relaxation axée sur la respiration et le lâcher prise. Le travail respiratoire crée une hyperoxie qui favorise la somnolence. Le travail de lâcher prise est un travail mental qui apprend, par exemple, à gérer le stress créé par le bruit car les personnes insomniaques ont un sommeil léger et le bruit qui les réveille génère une anxiété importante.

Ce traitement est validé dans l'insomnie anxieuse. Il doit être pris en charge par un sophrologue diplômé d'État.

Une séance d'une heure coûte en moyenne 50 à 60 euros, non remboursés. Il faut en moyenne quatre à six séances à une ou deux semaines d'intervalle et faire des exercices de quelques minutes plusieurs fois dans la journée. Certaines personnes sont réfractaires à cette méthode et d'autres obtiennent d'excellents résultats, reprenant complètement le contrôle de leur sommeil.

Les thérapies cognitives et comportementales

travaillent à partir des données de l'agenda du sommeil, dans le but de modifier les comportements inadaptés et les émotions négatives qui perturbent le sommeil.

Par exemple en identifiant les éléments qui perturbent l'endormissement, en mettant en place un bon rituel de sommeil, en travaillant à dénouer les mécanismes de l'anxiété de séparation...

La chronothérapie

est une méthode utilisée dans les décalages de phase, essentiellement les adolescents en retard de phase. Le décalage de phase est une des pathologies les plus difficiles à traiter et c'est une pathologie grave. Il est plus facile de réussir si on le prend tôt. Un adolescent qui vient sur sa demande pour un trouble évoluant depuis six mois et accompagné de ses parents a de bonnes chances de réussir à se recaler. En revanche, lorsque les symptômes évoluent depuis des années et que le jeune n'est pas soutenu par ses parents, il est très difficile de réduire le décalage. Parfois la chronothérapie

nécessite une hospitalisation et dans tous les cas le soutien des parents est nécessaire.

Il en existe trois méthodes.

- La plus douce, mais elle prend du temps, consiste à avancer progressivement le réveil d'une demi-heure ou un quart d'heure, par paliers à définir, jusqu'à ce que chaque palier soit stabilisé. L'enfant se couche quand il veut, le soir à partir de 22 h par exemple mais ne fait pas de sieste.

- La plus simple consiste en une privation de sommeil pendant toute la nuit puis toute la journée suivante jusqu'à l'heure fixée pour le coucher, par exemple 22h et maintien de l'heure du réveil le lendemain avec interdiction de se coucher dans la journée.

- Enfin la méthode qui consiste à retarder l'heure du coucher de trois heures en trois heures en faisant le tour du cadran sur une « journée » de 27 heures. Par exemple un jeune qui s'endort d'ordinaire à 3 h du matin n'aura pas l'autorisation de se coucher avant 6 h le premier jour, puis 9 h le second et ainsi de suite. On décale de jour en jour mais lorsque la personne se couche, elle dort autant qu'elle veut. La rééducation prend une semaine. Et ensuite il faut maintenir l'heure de réveil et l'interdiction de dormir dans la journée. Cette méthode est de moins en moins utilisée car elle nécessite une surveillance familiale pendant toute la journée.

La lumninothérapie

consiste à utiliser une lampe très puissante de l'ordre de 10 000 lux pendant dix minutes à une demi-heure dans la première heure qui suit le réveil. Tout en étant éventuellement actif, par exemple en prenant son petit déjeuner. La lumninothérapie doit être poursuivie au moins trois semaines à un mois et ses uniques contre indications sont les pathologies dégénératives de la rétine.

Une marche active chaque matin est également efficace.

Les médicaments

Les anxiolytiques (Atarax®, Xanax®, Urbanyl®...) et les somnifères (Stilnox®, Imovane®...) peuvent être une aide s'ils sont utilisés sur une courte durée, c'est pourquoi, même s'il convient d'éviter au maximum d'y avoir recours, il ne faut pas les diaboliser. Chez l'enfant, l'administration de médicaments psychotropes reste exceptionnelle, elle est moins rare chez l'adolescent.

En cas d'insomnie anxieuse, un traitement médicamenteux n'excédant pas trois semaines permet de couper le cercle vicieux angoisse-insomnie et favorise l'efficacité de la prise en charge psychologique. Chez le grand enfant, on peut également utiliser la mélatonine qui n'est pas un véritable somnifère. Elle est bien tolérée, bon marché, s'achète en préparation pharmaceutique de 2 à 4 mg par gélule (la forme retard : Circadin®, est plus chère, moins efficace et n'a pas d'AMM chez l'enfant). La posolo-

gie est d'une gélule le soir, prise 1 à 2 heures avant le coucher.

D'autres médicaments spécifiques, antidépresseurs (Athymil®), psychostimulants (Modafinil®)... sont utilisés pour traiter la pathologie responsable des troubles du sommeil.

En cas de trouble du sommeil complexe et/ou invalidant, consulter en centre spécialisé permet une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire.

POUR EN SAVOIR PLUS

Réseaux santé sommeil : <http://www.reseau-morphee.fr/>

<http://www.hypnor.fr/>

Laboratoires pour l'enregistrement des enfants et/ou des adolescents et /ou des consultations de sommeil (sous réserve, liste non exhaustive)

Dr Hélène de Leersnyder - Hôpital Necker - Service d'EEG 149, rue de Sèvres 75015 Paris - Tél. 01 44 49 51 85

Dr V. Viot-Blanc - Hôpital Lariboisière - Explorations fonctionnelles - 2, rue A. Paré 75010 Paris - Tél. 01 45 22 11 67

Dr A. Brion - 40-61, av. Beaumarchais 75011 Paris - Tél. 01 43 38 51 12

Dr A. Denjean, H. Trang - Hôpital Robert Debré - Physiologie et Explo. Fonct. - 48, bd Sérurier 75019 Paris - Tél. 01 40 03 20 20

Dr M. Lecendreux - Hôpital Robert Debré - 48, bd Sérurier 75019 Paris - Tél. 01 40 03 22 89

Dr I. Arnulf, E. Orvoen-Frija, Konofal, Minz, Brion, Pottier - Hôpital de la Pitié-Salpêtrière - Fédération du Sommeil - 47, bd de l'Hôpital 75651 Paris 13 - Tél. 01 42 17 69 04

Dr M.-F. Vecchierini - Hôpital Bichat - Service d'Explorations Fonctionnelles - 46, rue H. Huchard 75877 Paris Cedex 18 - Tél. 01 40 25 84 01

Dr P. Escourrou, H. Nedelcoux, G. Roisman, Ph Depoortere, MF. Delaperche, P. Ogrizek - Hôpital Antoine Bécère - Centre de Médecine du Sommeil - 157, avenue de la Porte de Trivaux 92141 Clamart - Tél. 01 45 37 46 40

Dr T. Quera-Salva, S. Hartley - Hôpital Raymond-Poincaré - Service de réanimation médicale - 104, bd R. Poincaré 92380 Garches - Tél. 01 47 10 77 81

Dr S. Royant-Parola - Clinique du Château de Garches - Laboratoire d'exploration du sommeil - 11 bis, rue de la Porte Jaune 92380 Garches - Tél. 01 47 95 63 00

Dr A.L. Frenkel - Hôpital Jean Verdier - Av. du 14 Juillet 93140 Bondy - Tél. 01 48 02 65 61

Dr M. Herman, MP. d'Ortho - Hôpital Henri-Mondor - Service d'Explorations fonctionnelles - 51, av. du Mal de Lattre-de-Tassigny 94010 Créteil - Tél. 01 49 81 26 72

Dr Esnault-Lavandier, Mabin - Hôpital Morvan - Service d'explorations fonctionnelles neurologiques 29285 Brest Cedex - Tél. 02 98 22 33 33

Dr B. Nogues - Hôpital Laennec - Centre de Sommeil - 16, rue Maréchal Foch 44093 Nantes Cedex

Dr A. Autret, B. Lucas - Hôpital Bretonneau - Centre de Sommeil - 2, boulevard Tonnelé 37044 Tours Cedex - Tél. 02 47 47 37 23

Dr Huby, Girod, Didi, Nicolleau - Laboratoire de sommeil CHS La Chartreuse - 1, boulevard Chanoine Kir 21033 Dijon - BP 1514 - Tél. 03 80 42 49 66

Dr Charbonneau, Bataillard - Centre Hospitalier - Sce Pneumologie et EFSN - 25200 Montbéliard - Tél. 03 81 91 61 97

Dr J.C. Meurice, Ph. Neau - J. Paquereau, J.-J. Chavagnat - Hôpital La Milétrie Sce d'explorations fonctionnelles - 350, av. Jacques Cœur BP 577 86021 Poitiers Cedex - Tél. 05 49 44 43 87

Dr P. Tapie, Tuillas - Hôpital Dupuytren - Centre d'étude Régionale du Sommeil - 2, av. Martin Luther King 87042 Limoges Cedex - Tél. 05 55 50 61 23

Dr P. Beudin - Hôpital Gabriel Montpied - Service Explorations fonctionnelle du système nerveux - 63003 Clermont-Ferrand - Tél. 04 73 31 60 36

Dr P. Levy, J.-L. Pepin - Hôpital Albert Michallon - Laboratoire de neurophysiologie 38043 Grenoble Cedex 9 BP 217 - Tél. 04 76 76 55 18

Dr P. Franco, L. Kocher - Hôpital Mère Enfant - Unité du Sommeil - 59, boulevard Pinel 69677 Bron Cedex - Tél. 04 27 85 60 52

Dr Alain Nicolas - Centre Hospitalier Le Vinatier Unité d'Exploration Hypnologique - 95, boulevard Pinel 69677 Bron cedex - Tél. 04 37 91 54 80

Dr P. Chaltellain, B. de la Giclais, S. Van Huppel - Unité du Sommeil du centre hospitalier intercommunal Annemasse - Bonneville - 17, rue du Jura 74107 Annemasse Cedex - Tél. 04 50 87 40 40

Dr O. Coste, P. Philip, D. Cugy, J. Paty, Gorhayeb - Hôpital Pellegrin - Clinique du Sommeil 33073 Bordeaux - Tél. 05 56 79 48 06

Dr M. Tiberge, Bourbon - Hôpital Rangueil - Explorations fonctionnelles neurologiques 31054 Toulouse Cedex - Tél. 05 61 32 26 98

Dr E. Mullens - Fondation du Bon Sauveur d'Albi - Laboratoire du sommeil - 1, rue de la Vazière 81003 Albi Cedex BP 94 - Tél. 05 63 54 21 48

Dr B. Carlander, Dauvilliers - Hôpital Guy de Chauliac - Service de neurologie B-4, av. Bertin Sans 34295 Montpellier - Tél. 04 67 33 72 40

Dr Blaive, D. Pringuey, D. Dolisi, C. Firly-Cherrey, F. Kohl, G. Suisse, R. Tamisier - Hôpital Pasteur Fédération du Sommeil - 30, av. de la voie Romaine 06002 Nice Cedex BP 69 - Tél. 04 92 03 85 93

Dr Mateo-Champion - Hôpital Font-Pré - Explorations Neurologiques - 83100 Toulon - Tél. 04 94 61 60 66

Dr P. Genton - Centre Saint Paul - 300, bd Sainte-Marguerite 13009 Marseille - Tél. 04 91 75 13 40

Dr M. Rey - Hôpital de la Timone - Centre du Sommeil - 264, rue Saint Pierre 13385 Marseille - Tél. 04 91 38 58 33

Dr Philippe Cornus - 2, av. des Déportés de la Résistance 13100 Aix-en-Provence - Tél. 04 42 33 50 31



Quand un bébé digère bien, sa maman aussi fait ses nuits.



Blédilait Confort Premium, la formule haute tolérance digestive

Les troubles digestifs bénins sont transitoires mais peuvent être mal vécus par les parents. **Blédilait Confort Premium** prend en charge l'**immaturité digestive** du nourrisson grâce à sa formulation spécifique :

- Un mélange épaississant équilibré d'amidons de pomme de terre et de maïs pour assurer une prise de biberon sereine et **contribuer à limiter les remontées vers l'œsophage**
- 44 % de caséines acidifiées pour une floculation fine et pour **faciliter la vidange gastrique**
- Une teneur en lactase renforcée pour **une bonne digestion du lactose**

La gamme Blédilait : des solutions pour tous les nourrissons



Bébés bien portants



Relais d'allaitement



Troubles digestifs bénins



blédina
DU CÔTÉ DES MAMANS