

Insomnie chronique: symptôme ou diagnostic? (1^{re} partie)

W. Entenmann, Jürg Schwander, Matthias Strub



Introduction

Les définitions de l'insomnie se basent uniquement sur les indications subjectives des patients. Sont considérés comme insomnie:

- les troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil,
- le réveil prématuré,
- un sommeil spontané ni assez long ni récupérateur.

De notre expérience au contact des insomniaques, nous savons à quel point il peut s'avérer difficile en pratique de se faire une idée d'une insomnie. L'insomnie est très souvent installée depuis longtemps, et le patient a déjà essayé tous les trucs de la famille, des voisins, du droguiste et d'Internet, souvent sans aucune amélioration. Il est dans la salle d'attente avec le faible espoir que nous pourrions l'aider. Les insomnies peuvent être bien traitées, pour autant que nous sachions où se situe le problème et comment l'aborder.

L'anamnèse montre tout d'abord si le patient a des attentes non réalistes de son sommeil, en matière de durée et de continuité, pour en retirer une récupération suffisante. Nous tentons également de savoir si son comportement (hygiène du sommeil) empêche un sommeil régulier et récupérateur.

Si ces points ne sont pas les plus importants, la question se pose de savoir si le trouble de l'endormissement ou du maintien du sommeil résulte d'une pathologie connue, pouvant être traitée spécifiquement, ou s'il s'agit d'une forme d'insomnie dite «primaire». Nous tentons en pratique de rechercher les étiologies les plus importantes des insomnies par un interrogatoire le plus simple possible (de préférence sur une fiche que le patient remplit).

Pour évaluer et documenter le sommeil, et ultérieurement le résultat du traitement, il est en outre nécessaire de fixer une mesure subjective de l'insomnie et de ses répercussions.

Nous voudrions dans cet article donner au praticien des outils simples pour qu'il puisse mieux évaluer et traiter les troubles insomniaques (vous trouverez sur notre site www.ksm.ch un questionnaire avec possibilités d'interprétation, que vous pouvez télécharger) (Ndt: en allemand uniquement).

Epidémiologie

L'insomnie est l'une des plaintes les plus fréquemment émises chez les médecins de premier recours. Sa prévalence est estimée entre 15 et 30% en Suisse [1] et dans d'autres pays industrialisés. Dans quelque 12% des cas il s'agit d'insomnies chroniques, datant de plus de 6 mois. La plupart des insomnies ne sont pas traitées, et même pas évoquées lors des consultations chez le médecin.

Les tentatives d'automédication vont des recettes ménagères (lait et miel, bouillotte), médicaments à base végétale, techniques de relaxation (training autogène) aux médicaments en vente libre (antihistaminiques) et à l'alcool. Les heures de lit sont généralement prolongées dans l'espoir d'améliorer le sommeil.

Si le patient demande de l'aide à un médecin, il recevra assez souvent des hypnotiques, ou d'autres sédatifs tels qu'antidépresseurs ou neuroleptiques. Une étude américaine a montré que chez 536 patients ayant reçu une prescription d'hypnotiques, dans 12% des cas seulement le dossier contenait une mention concernant le sommeil [2].

Définition de l'insomnie

Par insomnie, il faut entendre une diminution de la qualité et de la durée du sommeil, ou de la récupération.

- La durée moyenne de l'européen qui a bien dormi est actuellement de 7 h, mais peut varier de 5 à 10 h.
- C'est souvent l'endormissement qui pose problème au départ. Le délai avant l'endormissement est normalement de 30 minutes.
- Les problèmes de maintien du sommeil peuvent le mieux être compris par l'efficacité du sommeil. Une mauvaise efficacité est un écart entre la durée subjective du sommeil et le temps passé au lit. Ce rapport est normalement supérieur à 85%.

Aspects cliniques

Les insomniaques se plaignent d'une mauvaise qualité de leur sommeil et de n'être pas bien la journée (fatigue, irritabilité, baisse de la concentration, humeur maussade).

Correspondance:
Dr W. Entenmann
Clinique de Médecine
du sommeil
Badstrasse 44
CH-5330 Zurzach

entenmann@ksm.ch

Reconnaissance du sommeil/hyperarousal

Les personnes ayant une insomnie primitive ne sont-ils que des pessimistes du sommeil?

Les plaintes subjectives d'insomnie ne peuvent pas toujours se trouver confirmées par les examens polysomnographiques et l'observation de tiers, s'il ne s'agit pas d'une insomnie secondaire. Une sous-estimation de la durée subjective du sommeil comparativement aux mesures «objectives» en laboratoire du sommeil est l'une des perceptions perturbées dans l'insomnie «primaire».

L'étude suivante peut servir d'illustration [3]. En laboratoire du sommeil, elle a réveillé les sujets par une sonnerie, dans leur sommeil non-REM (stade II) et REM, avant de leur demander s'ils étaient réveillés ou endormis immédiatement avant d'entendre la sonnerie. Les résultats ont montré que les insomniaques ont dit beaucoup plus souvent que les dormeurs normaux qu'ils étaient réveillés, même si objectivement ils dormaient. Et les insomniaques à domicile ont sous-estimé la durée totale objective de leur sommeil, et surestimé par contre la durée d'éveil nocturne comparativement aux bons dormeurs. Ces résultats confirment ceux de précédentes études [4] et expliquent pourquoi les insomniaques ne présentent normalement pas plus de somnolence diurne [5].

Une explication possible du fait que la durée objective du sommeil soit généralement sous-estimée par les insomniaques se trouve dans leur EEG, avec une augmentation des fréquences rapides (activité de veille) et une diminution de l'activité lente [6]. Il a de plus été démontré que les insomniaques ont un métabolisme augmenté [7]. Ces constatations ont donné l'hypothèse que les insomniaques sont dans un «état de veille plus marqué», comparable à une «intoxication à la caféine».

Contrairement à cela, les personnes privées de sommeil pendant 1-2 jours essaient ensuite de mettre le plus possible de sommeil profond (ondes lentes) dans leur prochain sommeil, et ont une activité métabolique diminuée.

L'expérience clinique que les insomniaques ne s'endorment que rarement la journée dans des situations passives, ou lorsqu'ils s'allongent, est compatible avec ces observations d'un «état de veille plus marqué», bien que la fatigue soit l'une des principales plaintes de l'insomnie.

Sur l'échelle de somnolence d'Epworth (tableau 1), qui mesure la somnolence diurne, les valeurs des insomniaques sont généralement basses. 10 points sont considérés comme normaux. Une somnolence diurne plus marquée, qui ne résulte pas d'un manque de sommeil, doit faire penser à une étiologie secondaire de l'insomnie et doit donc absolument être investiguée.

Facteurs appris

Dans l'insomnie apprise (psychophysiologique), comme mentionné plus haut, l'insomnie persiste après une perturbation définie du sommeil par un épisode de stress (par ex. maladie aiguë), bien que le facteur déclenchant ait disparu (voir 2^e partie de cet article, Forum N° 43).

Subdivision des insomnies en fonction de leur durée

Une insomnie aiguë dure de quelques jours à plusieurs semaines. Une insomnie chronique est un sommeil perturbé depuis plus de six mois. Les épisodes d'insomnie aiguë sont des expériences que vivent la plupart des gens une fois au moins dans leur vie. Ils ont souvent une cause bien précise, comme un stress résultant de conflits personnels, d'examen, de problèmes au travail ou d'une perturbation de brève durée de l'environnement nocturne. Des maladies aiguës, opérations, changements de fuseau horaire, ou une alternance brusque du rythme veille-sommeil (travail en équipes) peuvent également provoquer des insomnies aiguës. Bien que ces formes aiguës d'insomnie disparaissent la plupart du temps spontanément, elles peuvent évoluer vers une insomnie chronique.

Tableau 1. Epworth Sleepiness Scale.

Quelle est la probabilité que vous vous endormiez ou assoupissiez dans les situations ci-dessous?

(C'est-à-dire franchement dormir, et pas vous sentir seulement fatigué.)

Les questions suivantes portent sur votre état au cours des 4 dernières semaines.

Il est possible que vous n'ayez pas vécu de telles situations ces derniers temps. Dites tout de même comment vous pensez que vous vous seriez comporté dans ces circonstances.

Indiquez la fréquence de vos endormissements en inscrivant le chiffre correspondant dans la colonne de droite.

jamais = 0 rarement = 1 ici ou là = 2 souvent = 3

Situation	Chiffre
Etre assis et lire	
Regarder la télévision	
Etre assis et écouter ou regarder une pièce de théâtre, une conférence ou assister à une assemblée	
Etre passager dans une voiture pour un trajet d'une heure non-stop	
L'après-midi, si les circonstances vous permettent de vous allonger et de vous reposer	
Etre assis à discuter avec quelqu'un	
Etre assis tranquillement après un repas de midi sans alcool	
Au volant d'une voiture si vous devez vous arrêter quelques minutes	
Total	

Les informations rétrospectives d'insomniaques chroniques montrent que leur problème est souvent sous-jacent à une situation de stress. La réaction émotionnelle individuelle (pondération) et l'apparition de troubles comportementaux jouent un rôle important dans cette chronicisation.

Des facteurs d'entretien importants sont:

- de grands soucis sur l'insomnie et ses conséquences pour les performances et le bien-être du lendemain;
- le développement de prévisions négatives autosatisfaites: «Si je me réveille maintenant, je ne pourrais de toute façon plus me rendormir pour le reste de la nuit»;
- des tentatives de traitement inefficaces, frustrantes, en prolongeant le temps passé au lit;
- l'alcool et les hypnotiques jouent aussi un rôle.

Subdivision des insomnies en fonction de leur gravité

La gravité d'une insomnie se mesure à celle des conséquences sur les activités courantes:

- Les insomnies légères n'entraînent aucune amputation des performances sociales et professionnelles. Il y a pratiquement chaque nuit des problèmes de manque de sommeil ou de mauvaise récupération, souvent asso-

ciés à l'impression d'agitation, d'irritabilité, parfois d'anxiété, d'épuisement et de fatigue.

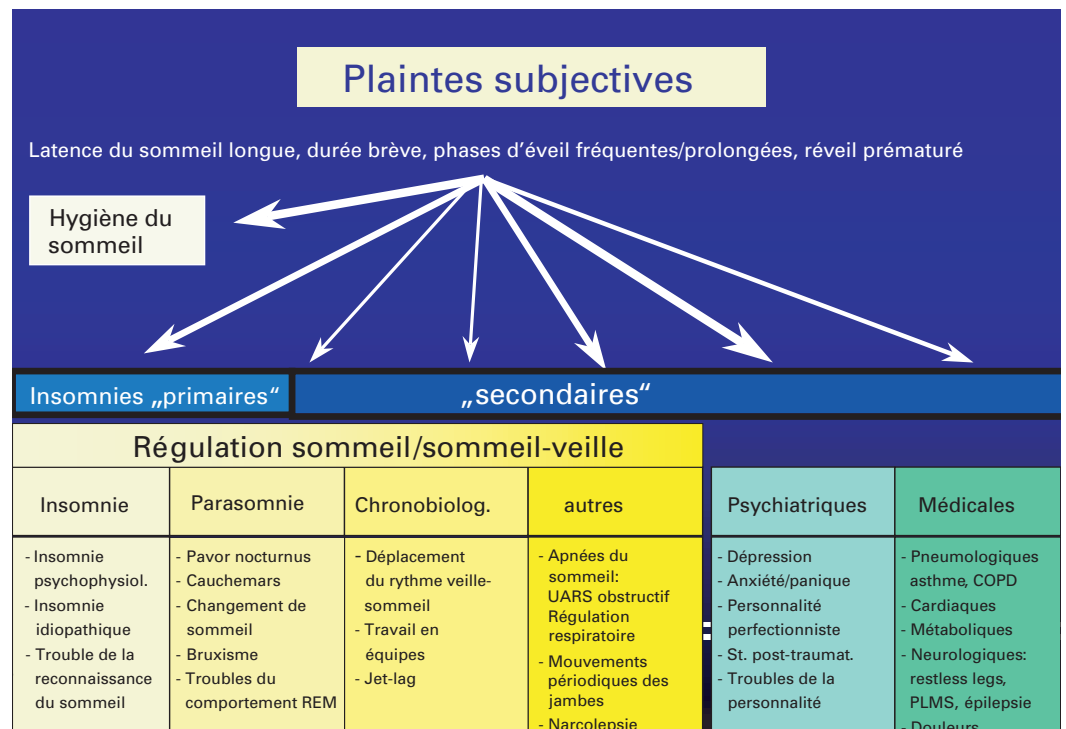
- Les insomnies modérées se caractérisent par des problèmes d'insuffisance de sommeil toutes les nuits. Il y a une amputation minime à modérée des activités sociales et professionnelles, et les patients signalent toujours agitation, irritabilité, anxiété et épuisement.
- Les insomnies graves sont toujours associées à une amputation importante des performances sociales (en général isolement) et professionnelles (en général baisse de rendement), en plus des symptômes déjà cités.

Subdivision des insomnies en fonction de leurs facteurs étiologiques

Toutes les subdivisions des troubles du sommeil: ICSD (The International Classification of Sleep Disorders 1997), DSM IV (American Psychiatric Association 1994) et ICD 10 (OMS 1994) tentent de faire une distinction entre formes secondaires (suite à d'autres maladies ou problèmes) et primaires (ne résultant pas d'une maladie).

Ce qui se fait également en pratique, bien que d'après notre expérience, de nombreuses formes d'insomnie soient mixtes, comportant plusieurs perturbations.

Figure 1. Insomnie: diagnostic différentiel vaste.

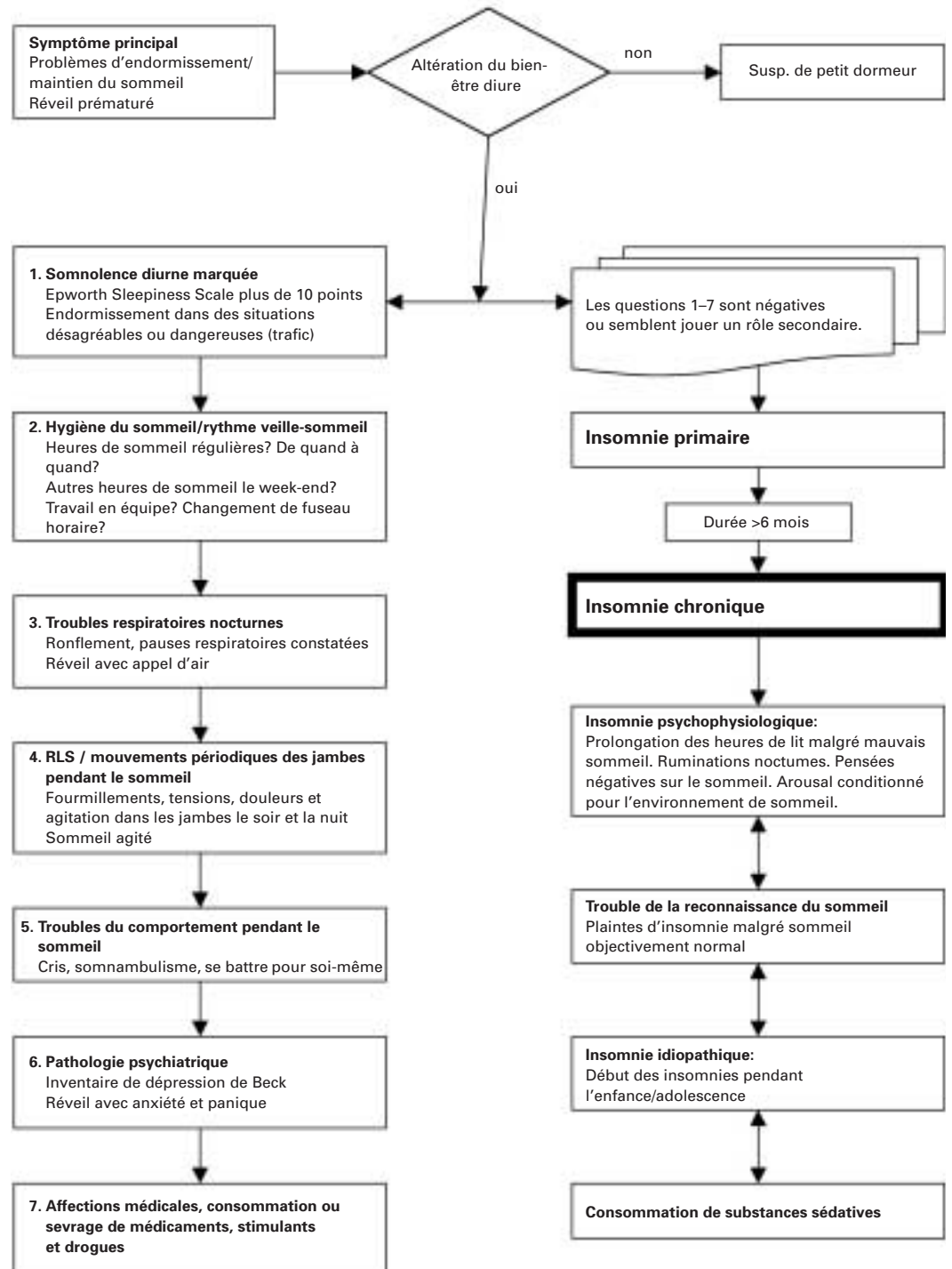


Il y a 3 groupes principaux d'étiologies secondaires (voir figure 1):

- insomnie comme symptôme d'un autre problème de sommeil (p.ex. problèmes respiratoires en dormant)

- insomnie secondaire à un trouble psychique (par ex. dépression)
- insomnie résultant d'une maladie, de médicaments ou d'autres substances (par ex. asthme nocturne, alcool).

Figure 2.
Evaluation de l'insomnie par interview structuré (adapté d'après [8]).



Examen de patients souffrant d'insomnie

L'examen des troubles du sommeil se base surtout sur une anamnèse du sommeil. Elle permet de découvrir les causes principales d'insomnie non primaire, ou de les exclure. Il faut commencer par obtenir les renseignements suivants, qui permettront également de contrôler l'évolution:

- durée subjective du sommeil
- estimation de la latence d'endormissement
- efficacité du sommeil
- heures de coucher et de lever (agenda du sommeil pendant 2 semaines si possible)
- heures de coucher la semaine et le week-end.

Pour ne rien oublier, il vaut la peine d'évoquer systématiquement quelques points [8]. La figure 2 présente un résumé du schéma d'investigation.

Voici encore quelques remarques pratiques:

Somnolence diurne

S'il y a des arguments évidents en faveur d'une somnolence diurne, au sens strict, à savoir endormissement vrai dans des situations passives, ayant un caractère perturbant de jour (plus de 10 points sur l'Epworth Sleepiness Scale), il faut toujours penser à une insomnie non primaire et aller plus loin dans les investigations (voir tableau 2).

Hygiène du sommeil et rythme veille-sommeil

Font partie de l'hygiène du sommeil tous les éléments de l'environnement (bruit, température, lumière), qualité du lit, discussions au lit,

et ensuite la structure de la journée dont alitement régulier et suffisamment long, rituel d'endormissement, stimulants (alcool, nicotine) et drogues (haschich, etc.).

Problèmes respiratoires

Ronflement, réveil avec dyspnée et appel d'air pendant le sommeil peuvent provoquer des réactions de réveil à répétition et des problèmes d'insomnie. Même si l'insomnie ne fait pas partie des symptômes majeurs du syndrome des apnées du sommeil, il faut toujours penser à ce problème.

Les plaintes typiques des patients souffrant d'un grave syndrome des apnées du sommeil, avec pauses respiratoires prolongées et saturation d'oxygène basse, se distinguent des troubles de l'Upper Airway Resistance Syndrome (UARS), dans lequel la continuité du sommeil est perturbée par des réactions de réveil brèves et répétées, mais sans arrêts respiratoires (apnées) et sans baisse de la saturation d'oxygène.

Les patients UARS se plaignent souvent de troubles fonctionnels aspécifiques tels qu'insomnie, céphalées diffuses ou côlon irritable [9]. Et comme il n'y a pas, ou rarement seulement, de chutes de la saturation d'oxygène, un UARS ne peut être confirmé ni par pulsoxymétrie ni par la plupart des formes de polygraphie, mais impose un examen polysomnographique.

Restless Legs Syndrome et mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil («impatiences»)

La tétrade symptomatique:

- besoin impérieux de bouger les jambes, souvent associée à des paresthésies,
- agitation motrice,
- accentuation des symptômes au repos, surtout en position couchée et amélioration à l'activité physique,
- dépendance des symptômes en fonction de l'heure de la journée (plus accentués le soir et en début de nuit)

correspond aux critères diagnostiques du Restless Legs-Study Group [10].

Dans au moins 60% des cas de tels problèmes se retrouvent dans la famille. Le diagnostic devient difficile si d'autres parties du corps que les jambes sont atteintes.

Si ces troubles sont présents en début de nuit, l'endormissement est perturbé. Il n'est pas rare que l'endormissement soit normal, mais que le sommeil soit interrompu par ces troubles ultérieurement.

80% des patients RLS ont aussi des mouvements périodiques des jambes en dormant. D'après notre expérience, les mouvements périodiques des jambes s'observent toujours plus souvent avec l'âge, mais ils ne sont que rarement seuls en cause dans une insomnie.

Tableau 2.
Quand faut-il penser à un autre diagnostic qu'à une insomnie primaire?

Symptômes nocturnes:

ronflement, pauses respiratoires, réveil avec impression d'étouffement

Restless Legs Syndrome avant de dormir ou pendant la nuit

agitation motrice pendant le sommeil

troubles du comportement

réveil avec céphalée

Symptômes diurnes:

somnolence diurne

Restless Legs Syndrome le soir

perturbation du rythme veille-sommeil suite à changement de fuseau horaire, travail en équipes ou mauvaise hygiène du sommeil (règle: variabilité des heures de coucher ou de lever: 2 heures)

Troubles du comportement pendant le sommeil

Le réveil avec des troubles du comportement tels que crier, parler, poursuivre un rêve ou le somnambulisme sont des troubles du sommeil du groupe des parasomnies. Il faut toujours exclure des crises épileptiques nocturnes dans le diagnostic différentiel. Un examen n'est nécessaire que si le sommeil de la personne ou de son entourage est perturbé, s'il y a mise en danger de sa vie ou de celle de son entourage, ou suspicion d'épilepsie. Ce diagnostic doit se faire dans un centre de médecine du sommeil ou d'épileptologie.

Troubles psychiques

40% environ des insomniaques traités dans un centre de médecine du sommeil présentent une pathologie psychiatrique, la plupart du temps des troubles anxieux ou des dépressions [11]. Au cabinet du médecin de premier recours, cette proportion devrait être inférieure.

Pathologies médicales et neurologiques provoquant typiquement des insomnies

En plus de causes médicales (maladie de base perturbant le sommeil), l'alcool, la caféine, des médicaments et des drogues peuvent être en cause dans les insomnies (tableaux 3 et 4). L'al-

Tableau 4. «Stimulants» et leur influence sur le sommeil.

Caféine: dérivé des xanthines, agit sur le sommeil surtout par antagonisme du récepteur de l'adénosine (demi-vie $4,9 \pm 1,8$ h). La sensibilité individuelle est très variable.

Nicotine: chez les fumeurs chroniques, la latence du sommeil est plus longue et les phases de réveil sont plus fréquentes. Avec la brève demi-vie de la nicotine ($2 \pm 0,7$ h) il peut également y avoir des réactions de sevrage nocturnes, qui perturbent elles aussi le sommeil.

Alcool: en consommation chronique, l'alcool augmente les interruptions du sommeil et diminue le sommeil profond. Après sevrage, nouvelle perturbation du sommeil pouvant durer des mois. L'alcool peut provoquer des troubles respiratoires pendant le sommeil et accentuer un RLS.

cool, très souvent utilisé comme aide à l'endormissement en raison de son effet sédatif, provoque essentiellement des troubles du maintien du sommeil ou un réveil au petit matin.

Neurologie

- pathologies cérébro-vasculaires
- démence
- maladie de Parkinson
- crises d'épilepsies nocturnes
- céphalées nocturnes
- traumatismes crânio-cérébraux

Médecine

- hypo-/hyperthyroïdie
- reflux gastro-œsophagien
- asthme nocturne
- BPCO
- fibromyalgie
- hyperplasie de la prostate
- cardiopathies

Médicaments, stimulants et drogues

Les insomnies peuvent être dues à des médicaments, stimulants et drogues, ou être accentuées (voir tableau 4).

Il ne faut pas négliger les réactions paradoxales aux benzodiazépines par ex., qui ne sont pas si rares.

Traitement

Si l'anamnèse révèle des éléments en faveur d'une forme secondaire d'insomnie, il faut traiter ce problème spécifiquement tout en suivant l'évolution du sommeil sous ce traitement. Nous savons que nous pouvons traiter efficacement les dépressions sans améliorer l'insomnie.

Tableau 3. Troubles insomniaques avec des médicaments souvent utilisés.

Antidépresseurs:

Inhibiteurs de la recapture de sérotonine: ISRS, tricycliques tels que clomipramine (Anafranil)

Inhibiteurs de la MAO, p.ex. moclobémide (Aurorix)

Inhibiteurs spéc. de la recapture de noradrénaline (Edronax)

Autres: venlafaxine (Efexor)

Moins ou pas: trimipramine (Surmontil), trazodone (Trittico), néfazodone, miansérine (Tolvon), amitriptyline (Saroten ret.)

Antihypertenseurs:

centraux: méthylodopa (Aldomet), clonidine (Catapresan)

β -bloquants

Mais pas: antagonistes du calcium, inhibiteurs de l'ECA et antagonistes du récepteur de l'angiotensine

Bronchodilatateurs:

dérivés des xanthines: théophylline et aminophylline

Hormones à doses supraphysiologiques:

glucocorticoïdes

hormones thyroïdiennes

Sympathicomimétiques centraux:

stimulants: méthylphénidate (Ritaline), modafinil (Modasomil), pémoline

antihypotenseurs

S'il s'agit d'une insomnie primaire, ce sont les thérapies non médicamenteuses qui sont pour nous au premier plan, ce que nous défendrons dans la 2^e partie de cet article.

En principe, les insomnies aiguës se traitent si nécessaire par des médicaments, mais pendant une période limitée. Pour les insomnies chroniques, il est clair que ce sont les moyens non médicamenteux qui interviennent d'abord.

Traitement médicamenteux de l'insomnie

Un traitement hypnotique ne résout pas les causes de l'insomnie de sorte que le sommeil du patient restera troublé après l'arrêt du traitement, à moins que les facteurs perturbateurs aient disparu (insomnie aiguë) ou que des changements de mode de sommeil aient été introduits avec le traitement.

Indication au traitement hypnotique aujourd'hui uniquement benzodiazépines ou leurs dérivés

Dans une *insomnie aiguë*, les benzodiazépines à court terme peuvent être indiquées. Tout en étant bien tolérées, elles sont rapidement utiles et permettent de prévenir une évolution vers une insomnie apprise (psychophysiologique). Le choix de la substance est fonction de sa demi-vie:

- Pour les problèmes d'endormissement, nous utilisons de préférence des nouveaux somnifères benzodiazépine-like tels que le zolpidem ou le zaléplone, à demi-vie brève. Les benzodiazépines à brève durée d'action tels que le midazolam ou le triazolam peuvent être utilisés comme alternatives. Ces médicaments provoquent un endormissement rapide, mais il n'est pas rare que le dormeur se réveille après quelques heures et ne puisse plus se rendormir.
- S'il faut traiter un problème de maintien du sommeil, les médicaments à demi-vie plus longue sont indiqués, comme le zopiclone ou l'oxazépam. L'effet indésirable gênant du zopiclone est la dysgueusie, rare et réversible.
- Nous n'utilisons que rarement les benzodiazépines à longue durée d'action, dont l'effet a tendance à se prolonger le lendemain (fatigue / somnolence).

Mode d'administration: continu ou intermittent

Toutes les benzodiazépines modifient le sommeil. Les ondes delta par ex. diminuent à l'électroencéphalographie. Mais les patients jugent leur sommeil bon en général. Nous n'augmentons que très rarement la dose si leur effet s'atténue.

- Traitement continu: Plusieurs études ont montré que l'administration continue donne une induction du sommeil plus efficace que

l'intermittente. Mais en raison du risque d'accoutumance et de dépendance, ces médicaments ne doivent être administrés qu'à court terme en continu. A l'arrêt de ces médicaments, il peut se produire un phénomène de rebond, avec insomnie et anxiété. Cela ne signifie pas que le sommeil est impossible sans médicaments, mais c'est un phénomène transitoire pouvant être bien maîtrisé par les mesures appropriées (voir traitement non médicamenteux) et une information sur l'évolution. Des études récentes montrent que la thérapie non médicamenteuse a des résultats tout aussi bons que le traitement médicamenteux dans les insomnies aiguës (voir 2^e partie de cet article).

- Traitement intermittent: Dans les troubles du sommeil persistants, malgré une thérapie comportementale adéquate, un traitement intermittent par ces somnifères peut être entrepris. A une fréquence de 2-3 prises par semaines, il n'y a généralement pas d'accoutumance et cela permet en même temps de diminuer la pression de devoir dormir. Mais il a été démontré que le sommeil des nuits sans médicament reste mauvais, alors qu'il est ressenti bon ou meilleur les nuits avec médicament. Ce qui signifie qu'un tel traitement doit toujours s'accompagner de techniques non médicamenteuses.

Autres possibilités médicamenteuses de l'insomnie

Un autre groupe est celui des antidépresseurs somnigènes. Avec leurs propriétés sédatives et l'absence ou presque de perturbation de l'architecture du sommeil, ils sont particulièrement indiqués pour le traitement des insomnies liées aux troubles affectifs ou anxieux. Il n'y a aucune accoutumance, tolérance et dépendance à craindre. Ils peuvent être utilisés pour le traitement à plus long terme des insomnies. Bien qu'il faille des doses inférieures à celles nécessaires au traitement des maladies psychiques, leurs effets indésirables peuvent compliquer ce traitement. Leur emploi spécifique dans les troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil est plus difficile sans amputer le bien-être diurne. Mirtazapine, trimipramine, amitriptyline, miansérine ou trazodone sont des exemples d'antidépresseurs somnigènes.

Les neuroleptiques légers (par ex. lévopromazine, promazine, pipampérone, clotiapine, chlorprothixène) peuvent également être utilisés. Mais ils sont assez souvent mal tolérés et provoquent un «hang over» matinal. Leur entrée en action est en plus difficile à contrôler. Ce n'est qu'après 4 heures après avoir pris leur médicament que certains patients en ressentent l'effet somnigène.

Quintessence

- Une insomnie ne doit jamais être considérée d'emblée comme un diagnostic, mais toujours comme un symptôme, avec un diagnostic différentiel.
- Nous avons présenté nos conceptions en matière de diagnostic et de traitement.
- Si le traitement entrepris n'a pas donné d'amélioration après 4–6 semaines, il faut aller plus loin dans le diagnostic avant l'escalade médicamenteuse.
- Si le traitement de la cause probable d'une insomnie secondaire n'améliore pas le sommeil, une thérapie non médicamenteuse pourra très souvent améliorer le sommeil.
- En l'absence de résultat, l'anamnèse doit être reprise plus en détail, et que le problème doit être abordé d'une autre manière. C'est là qu'il peut s'avérer indiqué de faire appel à un centre spécialisé [12].

Les antidépresseurs et les neuroleptiques peuvent déclencher ou aggraver un «Restless Legs Syndrome», raison pour laquelle il faut si possible renoncer à ces médicaments dans une telle situation.

L'efficacité des médicaments à base végétale dans le traitement des insomnies n'est confirmée que pour la valériane, et encore. La valériane peut améliorer légèrement le sommeil. Le millepertuis s'utilise davantage contre les symptômes d'accompagnement d'une dépression, et il a un effet généralement favorable sur le sommeil. Certaines études ont montré l'efficacité du ginkgo ou du kawa kawa.

(Traduction Dr Georges-André Berger)

Références

- 1 Haldemann R, Good M, Holsboer-Trachsler E. Epidemiologische Studie über Schlafstörungen bei Patienten in Schweizer Allgemeinpraxen. Schweiz Rundsch Med Prax 1996;85:1656–62.
- 2 Shorr R, Bauwens S. Diagnosis and treatment of outpatient insomnia by psychiatric and non-psychiatric physicians. Am J Med 1992;93:78–82.
- 3 Mercer JD, Bootzin RR, Lack LC. Insomniac's perception of wake instead of sleep. Sleep 2002;25:564–71.
- 4 Carskadon M, Dement W, Mitler M, et al. Self report versus sleep laboratory findings in 122 drug free subjects with the complaint of chronic insomnia. Am J Psychiatry 1976;133:1382–8.
- 5 Stepanski E, Zorick F, Roehrs T, Young D, Roth T. Daytime alertness in patients with chronic insomnia compared with asymptomatic control subjects. Sleep 1988;11:54–60.
- 6 Krystal AD, Edinger JD, Wohlge-muth WK, Marsh GR. NREM sleep EEG frequency spectral correlates of sleep complaints in primary insomnia subtypes. Sleep 2002 15;630–40.
- 7 Bonnet MH, Arand DL. 24-hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. Sleep 1995;18:581–8.
- 8 Sateia MJ, Doghramji K, Hauri PJ, Morin CM. Evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. Sleep 2000;23:243–308.
- 9 Gold AR, Dipalo F, Gold MS, O'Hearn D. The symptoms and signs of upper airway resistance syndrome. Chest 2003;123:87–95.
- 10 Walters AS, et al. Towards a better definition of the Restless Legs Syndrome. Mov Disord 1995;1:634–42.
- 11 Buysse DJ, Reynolds CF, Kupfer DJ, et al. Clinical diagnosis in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: A report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. Sleep 1994;17:630–7.
- 12 www.swiss.sleep.ch donne une liste des centres de médecine du sommeil accrédités en Suisse