

Sudation nocturne

Walter H. Reinhart, Max Kuhn

Departement Innere Medizin, Kantonsspital Graubünden, Chur

Quintessence

- La sudation nocturne est un symptôme aspécifique fréquent. Si elle est peu marquée il suffit de contrôler les conditions de sommeil (chambre surchauffée, literie trop chaude, etc.), l'alcool et les médicaments.
- Une sudation nocturne marquée demande quelques examens. En présence de fièvre, perte pondérale ou autres symptômes et arguments cliniques il est important de rechercher d'une part des infections chroniques telles que tuberculose, brucellose, endocardite, ostéomyélite, abcès et VIH, et de l'autre un lymphome ou des tumeurs solides (ca de la prostate, hypernéphrome, tumeur germinale, ca médullaire de la thyroïde).
- Les pathologies endocriniennes telles qu'hyperthyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome et syndrome carcinoïde peuvent également être la cause d'une sudation nocturne. Il ne faut pas non plus oublier le reflux gastro-œsophagien.
- Le traitement vise la maladie de base, le traitement symptomatique n'est pas recommandé.

La demande du rédacteur en chef de Forum de rédiger un article sur la «sudation nocturne» pourrait déjà par elle-même être diaphorétique. Qu'en sait-on à part le réflexe acquis de penser à une tuberculose ou à un lymphome et le fait que nous en avons tous fait l'expérience une fois ou l'autre. Quelle est l'incidence de la sudation nocturne, quel en est le mécanisme, quels examens raisonnables faire ou demander et comment la traiter? Cet article va tenter de répondre à toutes ces questions.

Anamnèse

La sudation nocturne n'est que rarement un symptôme isolé mais elle est souvent mentionnée à l'anamnèse systématique [1]. A partir de quoi parler de sudation nocturne, quelles doivent être son intensité et sa fréquence? Il n'y en a aucune définition. Si elle est si marquée que le patient est littéralement trempé et doit changer les draps, il n'y a alors aucun doute et quelques examens sont absolument indiqués. Il existe par ailleurs des hyperhidroses focales dans des zones à fortes concentrations de glandes sudoripares: palmaire, plantaire et axillaire. Entre ces extrêmes se situent les cas de sudation généralisée (hyperhidrose), primaire (idiopathique) ou secondaire à des pathologies internes ou neurologiques. C'est le contexte global qui dira si et dans quelle mesure cette production sudoripare excessive doit faire l'objet d'examens.



Walter H. Reinhart

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

L'anamnèse est très utile. Si elle est sans particularité, les examens ne contribueront que rarement à préciser le diagnostic [2]. Il s'agit tout d'abord de savoir si les causes n'en sont pas banales, comme une chambre surchauffée, une aération insuffisante, des duvets trop chauds, une consommation excessive d'alcool le soir, etc., causes qui pourront alors la plupart du temps être supprimées.

L'anamnèse doit porter sur les points figurant dans le tableau 1 [↩](#), directement ou indirectement. Pour les médicaments, ce sont surtout les substances mentionnées dans le tableau 2 [↩](#) qui sont importantes. S'il y a des médicaments et une relation temporelle avec leur prise, il faut d'abord les arrêter ou en réduire la dose avant tout autre examen.

Examen clinique

En présence de symptômes généraux tels que fièvre, perte pondérale ou douleur, certains examens sont indiqués. Lors de l'examen clinique il faut particulièrement mesurer la température, les pulsations, la tension artérielle, le poids, examiner la peau (sudation, flush, signes d'endocardite), ausculter le cœur (valvulopathie?) et les poumons (tuberculose?), palper les ganglions lymphatiques et la rate, la thyroïde et rechercher des signes d'hyperthyroïdie. Un examen clinique consciencieux permet de préciser le diagnostic différentiel indiqué dans le tableau 3 [↩](#) et de choisir pas à pas la démarche diagnostique en fonction de la probabilité clinique.

Démarche diagnostique

Pour la démarche diagnostique de la sudation nocturne, ce n'est pas un programme global qui est recommandé mais une étape après l'autre. Notre algorithme de la figure 1 [↩](#) est une proposition tirée d'un travail des Etats-Unis [3] qui ne doit cependant pas être suivie à la lettre. Si l'anamnèse révèle une cause traitable telle que mauvaise hygiène du sommeil, consommation exagérée d'alcool ou prise de médicaments, il faut la corriger en tout premier lieu. Les médicaments incriminés du tableau 2 doivent être arrêtés ou diminués, leur forme galénique peut éventuellement être changée ou il est possible d'essayer un autre médicament de la même classe thérapeutique [4]. Si l'anamnèse et/ou l'examen clinique font suspecter une maladie sous-jacente, il faut la rechercher. Les paramètres inflammatoires protéine

Tableau 1. Sudation nocturne: importants éléments de l'anamnèse.

Indication	Remarques
– «Bouffées de chaleur» chez – femmes périménopausées – hommes orchidectomisés	– Attention: ne pas attribuer a priori une sudation nocturne à une ménopause
– Alcool et drogues – Médicaments	– Sudation nocturne fréquente, même dans sevrage
– Syndrome des apnées du sommeil – Reflux gastro-œsophagien – Risque de VIH, tuberculose	Voir tableau 2
– Fièvre (évt faire tenir un agenda) – Perte pondérale non intentionnelle – Douleurs localisées	– Recherche d'une infection, tumeur – Recherche d'une tumeur – Recherche ciblée

Tableau 2. Médicaments pouvant provoquer une sudation nocturne.

Antidépresseurs
– Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISSRS) – Antidépresseurs tricycliques
Antipyrétiques
– Paracétamol – Acide acétylsalicylique – Antirhumatismaux non stéroïdiens (ARNS)
Hormones
– Agonistes de la <i>gonadotropin releasing hormone</i> (GnRH), par ex. goséréline – Inhibiteurs de l'aromatase – Modulateurs sélectifs du récepteur des œstrogènes (SERM) – Substances hypoglycémiantes, par ex. insuline, sulfonylurées
Autres substances souvent utilisées
– Bêtabloquants – Antagonistes du calcium – Opioïdes – Inhibiteurs de la pompe à protons (oméprazole) – Tamoxifène – Théophylline

Tableau 3. Etiologies somatiques de la sudation nocturne.

Infections
– Tuberculose et mycobactéries atypiques – Infections bactériennes (endocardite, ostéomyélite, brucelloses, abcès) – Mycoses – Infections virales (hépatite C chronique, VIH)
Pathologies malignes
– Lymphomes – Tumeurs solides, surtout ca prostatique, hypernéphrome, tumeur germinale, ca médullaire de la thyroïde
Pathologies neurologiques
– Neuropathie autonome – Accident vasculaire cérébral – Syringomyélie
Pathologies endocrinologiques
(syndrome carcinoïde, hyperthyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome, ménopause)
Divers
(reflux gastro-œsophagien, <i>syndrome de fatigue chronique</i> , troubles paniques, syndrome des apnées du sommeil, artérite temporale, mastocytose)

C-réactive et vitesse de sédimentation peuvent refléter une maladie inflammatoire chronique dont il s'agit de rechercher la nature. La TSH recherche une hyperthyroïdie, la maladie endocrinologique la plus importante s'accompagnant d'une sudation nocturne. Si la radio-

graphie du thorax face/profil est normale, un traitement d'essai par un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) est recommandé du fait que le reflux gastro-œsophagien nocturne en est une cause fréquente.

Un carnet de température peut de même être rempli. En cas de fièvre, il faut en premier lieu rechercher des infections sournoises et des pathologies malignes. La tuberculose a toujours été associée à la sudation nocturne bien que fièvre, toux et fatigue en soient des symptômes plus fréquents. Les tuberculeux âgés transpirent plus rarement la nuit que les jeunes. Une radiographie du thorax est indiquée comme premier examen alors que le test de Mantoux est plutôt douteux. Pour la recherche d'autres infections chroniques sont recommandées des hémocultures ciblées aussi sur les pathogènes de l'endocardite à multiplication lente du groupe dit HACEK (*Haemophilus species*, *Actinobacilles*, *Cardiobacterium*, *Eikenella*, *Kingella*) [3] de même que la brucellose (chez les personnes s'occupant d'animaux et/ou de produits laitiers non pasteurisés). En cas de suspicion d'endocardite, une échocardiographie est recommandée en plus, et des examens radiologiques ciblés sont indiqués en cas de suspicion d'ostéomyélite ou d'abcès. L'indication à la sérologie VIH et hépatite doit être généreusement posée.

En cas de suspicion de pathologie maligne, par ex. avec une perte pondérale, nous rechercherons à juste titre d'abord un lymphome, pour lequel la sudation nocturne avec fièvre et perte de poids est un symptôme dit B. Un scanner du thorax et de l'abdomen, avec évt une biopsie ganglionnaire donneront le diagnostic. Le scanner permet aussi de déceler un hypernéphrome. D'autres tumeurs solides doivent être recherchées tout spécialement: ca prostatique (PSA, toucher rectal, éventuellement biopsie), tumeur germinale (palpation testiculaire, éventuellement échographie et bêta-HCG), ca médullaire de la thyroïde (calcitonine sérique). Et finalement il faut aussi penser à d'autres pathologies endocrinologiques rares (tableau 3) qui peuvent être décelées par des examens de laboratoires spécifiques.

Physiopathologie de la sudation nocturne

La transpiration sert physiologiquement au contrôle de la température corporelle du fait que son évaporation rafraîchit la peau. Les glandes sudoripares présentes partout sur la peau sont contrôlées par un centre hypothalamique thermosensible, mais aussi par le cortex dans la transpiration résultant d'émotions, par des nerfs cholinergiques du système nerveux sympathique. La sudation nocturne résulte par conséquent d'une dysrégulation de ce système pendant la nuit. Les facteurs déclenchant une sécrétion sudoripare thermorégulatrice sont des cytokines, par ex. l'interleukine-6, augmentée dans les lymphomes et associée à la sudation nocturne [5]. Un autre mécanisme est une dysfonction thermostatique sous l'effet d'une activité perturbée des neurotransmetteurs sérotoninergiques ou noradrénergiques, par ex. si les taux d'œstrogènes baissent en périménopause ou lors de la prise de médicaments ayant un effet neuromodulateur.

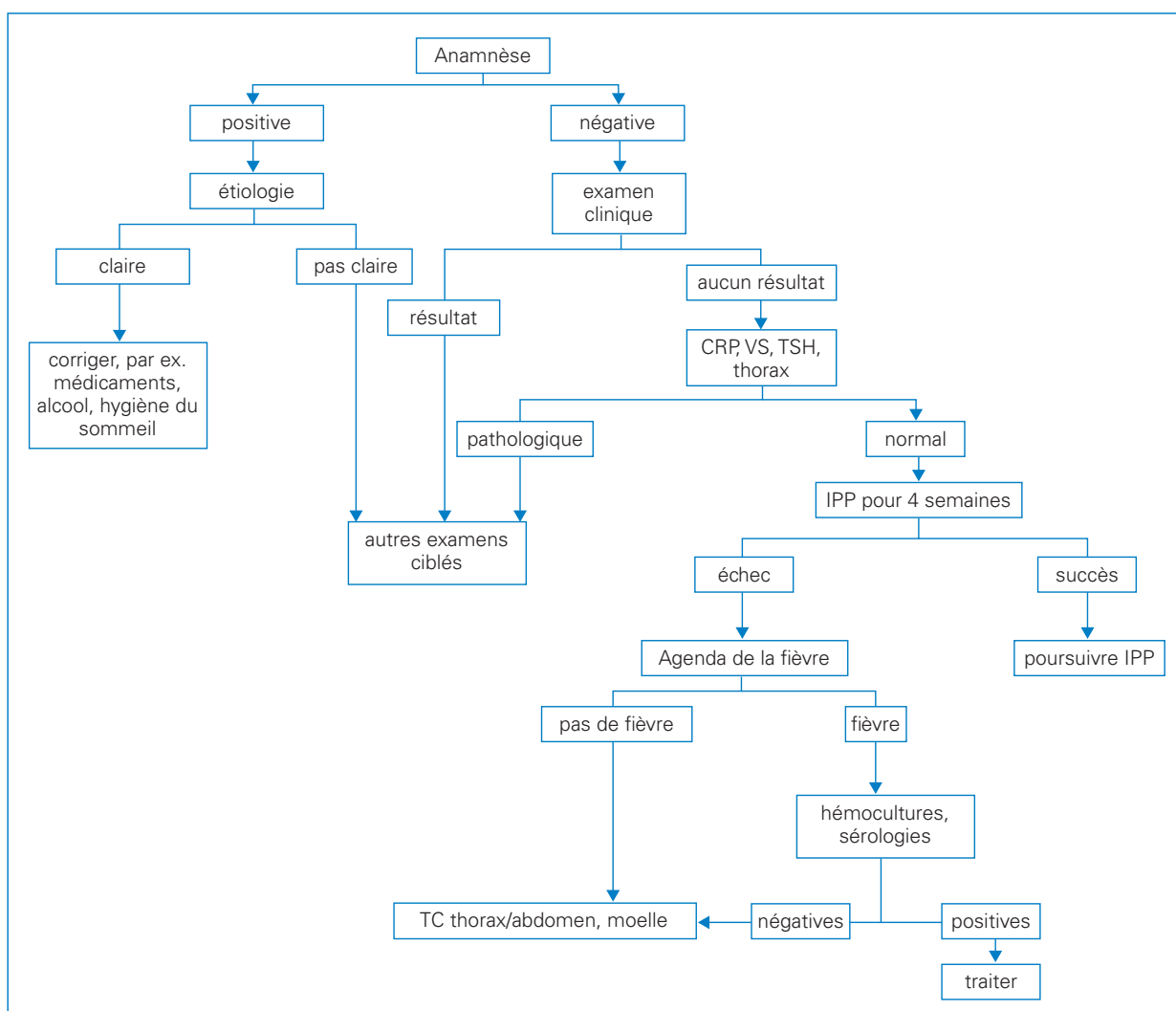


Figure 1
Algorithme d'investigation de la sudation nocturne.

Traitement

La sudation nocturne est un symptôme, pas un diagnostic, elle ne peut ni ne doit être traitée isolément en tant que telle. Si la symptomatologie est marquée, il faut rechercher et traiter la maladie de base, comme cela a été décrit plus haut, et la sudation nocturne disparaîtra. Pour les formes légères, c'est d'abord l'hygiène du sommeil qui doit être améliorée, avec interruption des médicaments (tableau 2) le cas échéant. Dans l'hyperhidrose idiopathique, il est possible d'essayer les anticholinergiques, qui sont souvent gênants avec la xérostomie et ne sont pas pris à long terme. Bêtabloquants ou benzodiazépines peuvent être utiles si la sudation est une réaction à un stress émotionnel (par ex. sudation nocturne après cauchemar). Les troubles de la ménopause doivent être traités en tant que tels. Par souci d'être complet, disons encore que les hyperhidroses localisées palmaires ou axillaires très gênantes peuvent être traitées par applications topiques de chlorhydrate

d'aluminium, injections de Botox ou sympathectomie par thoracoscopie.

Correspondance:

Prof. W. Reinhart
 Departement Innere Medizin
 Kantonsspital Graubünden
 CH-7000 Chur
walter.reinhart@ksg.ch

Références

- Mold JW, Mathew MK, Belgore S, DeHaven M. Prevalence of night sweats in primary care patients; an OKPRN and TAFP-Net collaborative study. *J Fam Pract.* 2002;51:452.
- Smetana GW. Approach to the patient with night sweats. www.uptodate.com, 2010.
- Viera AJ, Bond MM, Yates SW. Diagnosing Night Sweats. *Am Fam Phys.* 2003;67:1019.
- Cheshire WP, Fealey RD. Drug-induced hyperhidrosis and hypohidrosis: incidence, prevention and management. *Drug Saf.* 2008;31:109.
- Kurzrock R, Redman J, Cabanillas F, et al. Serum interleukin 6 levels are elevated in lymphoma patients and correlate with survival in advanced Hodgkin's disease and with B symptoms. *Cancer Res.* 1993; 53:2118-22.