
Démarche diagnostique devant une insomnie chronique.

Document rédigé par le Dr Sylvie Royant Parola et validé par la SFRMS

L'insomnie est définie comme la plainte d'un sommeil ressenti comme difficile à obtenir, insuffisant ou non récupérateur. Elle peut se traduire par différents types de difficultés : plainte d'endormissement, d'éveils fréquents ou de longue durée, d'un réveil trop précoce, d'un temps de sommeil perçu comme insuffisant, ou d'un sommeil de mauvaise qualité ou jugé comme non réparateur. Il est nécessaire que cette perturbation de la nuit soit associée à un retentissement sur le fonctionnement de la journée : modifications de la vigilance, adynamie, troubles cognitifs, du comportement ou de l'humeur (Sateia, 2000). L'insomnie étant associée à des causes aussi diverses que des troubles psychiatriques, un stress, des causes médicales, en particulier neurologiques, ou des troubles du sommeil spécifiques, il est important avant d'envisager un traitement de poser un diagnostic étiologique.

Concernant le caractère chronique de l'insomnie, il y a un grand flou dans la littérature, y compris dans les guidelines de l'American Academy of Sleep Medicine (Sateia 2000) qui précisent bien la durée des insomnies transitoires (moins d'une semaine) et des insomnies à court terme (jusqu'à 3 mois). En revanche rien de précis dans le texte de l'insomnie chronique. Seul le schéma de l'algorithme étiologique de l'insomnie, signale une durée supérieure à 4 semaines pour l'insomnie chronique. Il est donc difficile de qualifier une insomnie dont la durée est comprise entre 1 et 3 mois.

QUELS SIGNES RECHERCHER ?

Première étape : est-ce une vraie insomnie ?

Il faut en effet écarter les courts dormeurs. Le court dormeur peut se plaindre d'un sommeil trop court, mais il est en forme le lendemain, il ne répond donc pas aux critères d'insomnie. Dans les autres cas, faut-il apporter la preuve de l'insomnie ? La réalisation systématique d'un enregistrement polysomnographique a permis d'identifier dans la classification internationale des troubles du sommeil (ICSD 2) une entité, l'insomnie paradoxale, se traduisant par l'absence d'anomalie objective. En réalité, cette absence d'anomalie a été remise en question par différents travaux (Bonnet, 1997 ; Salin-Pascual, 1992) qui montrent l'existence de changements plus subtils dans la continuité du sommeil ou de la fréquence EEG traduisant un hyperéveil. Finalement cette plainte requiert la même attention que les autres même en l'absence d'anomalie à la polysomnographie. C'est la clinique qui prévaut en retenant la plainte du patient. Dès cette étape, il convient de rechercher des troubles du rythmes circadiens en particulier le retard de phase particulièrement fréquent chez le sujet jeune. Dans ce cas la plainte sommeil disparaît souvent lors des vacances avec un lever tardif.

Deuxième étape : Caractériser l'insomnie :

Évaluer l'intensité et le retentissement de l'insomnie ainsi que le fonctionnement diurne.

Outre l'interrogatoire qui précise si la personne a des difficultés d'endormissement, des éveils dans la nuit, un réveil trop précoce le matin et la fréquence de ces événements au cours d'une semaine, de nombreux questionnaires d'évaluation existent (revue par Sateia, 2000). Néanmoins l'outil le plus opérationnel est l'agenda du sommeil qui donne la représentation la plus pertinente de la plainte (Bastuji, 1985). Il n'y a pas de consensus dans la littérature sur la durée minimale nécessaire mais l'usage est de le faire remplir pendant au moins 15 jours afin

d'avoir plusieurs jours de repos inclus, à défaut de couvrir à la fois une période de travail et une période de vacances, observation idéale qui apporte des informations complémentaires enrichissantes sur les habitudes de sommeil du patient et sa typologie de sommeil.

Pour parler d'insomnie, il est nécessaire que le fonctionnement diurne de l'insomniaque soit perturbé. Néanmoins il n'est parfois pas facile de faire la part entre ce qui est cause ou conséquence de l'insomnie. On recherchera une fatigue, des signes de somnolence, une irritabilité, des signes d'anxiété, des tensions somatisées, un hyperéveil avec hyperactivité, des signes de dépression. Outre l'interrogatoire clinique habituel, l'utilisation de questionnaires standardisés est conseillée, avec au minimum le questionnaire d'Epworth pour évaluer la somnolence, des autoquestionnaires pour l'anxiété (Stai, Cattell...) et la dépression (Pichot, Beck...) et des échelles de fatigue.

Rechercher des symptômes nocturnes associés :

Certains symptômes sont à rechercher car susceptibles d'induire une insomnie. Cet interrogatoire s'inscrit dans l'évaluation clinique habituelle du patient précisant les pathologies associées qui peuvent perturber son sommeil. Certaines sont évidentes comme un asthme nocturne, ou des douleurs de polyarthrite. En revanche d'autres symptômes peuvent ne pas être spontanément évoqués par le patient et il faudra les rechercher systématiquement.

- Ceux liés à une maladie connue ou suspectée :
 - *Un reflux gastro-oesophagien*. Il provoque surtout des éveils brefs et souvent brutaux associés à un inconfort épigastrique avec parfois un pyrosis perçu (Freidin et al, 1991).
 - *Des céphalées*. Ils sont fréquemment associés avec une intrication causale bidirectionnelle : des troubles intrinsèques du sommeil peuvent provoquer des céphalées, à l'inverse certaines céphalées peuvent entraîner des éveils répétés (Paiva, 1995).
 - *Des douleurs*. Toute douleur est insomnante (Moffitt, 1991). Les troubles rhumatismaux, neuromusculaires ou traumatiques sont particulièrement impliqués.
 - *Les attaques de panique nocturnes* (Stein, 1993). L'insomnie est très fréquente chez les personnes sujettes à des attaques de panique. Elles prennent parfois un aspect trompeur de troubles respiratoires avec l'impression de ne pas pouvoir s'endormir (ou de se réveiller) associée à la sensation d'étouffer.
 - *Une hyperthyroïdie*. Lorsque l'insomnie est apparue récemment sans explication évidente, il faut y penser car elle n'est pas toujours connue d'où l'intérêt de la rechercher et faire des dosages hormonaux au moindre doute (Lu, 1995).

- Ceux liés à des troubles du sommeil intrinsèques :
 - Le syndrome des jambes sans repos (SJSR ou impatiences) et les mouvements périodiques nocturnes.

Ces 2 syndromes provoquent des insomnies souvent sévères et sont associés dans 80% des cas. Les critères diagnostiques selon le workshop du NIH (Allen RP et al, 2003) identifient une tétrade symptomatique avec 1) un besoin impérieux de bouger les jambes souvent associé à des paresthésies, 2) une accentuation des symptômes au repos, surtout en position couchée, 3) une amélioration par l'activité physique, 4) une dépendance des symptômes en fonction de l'heure de la journée (plus accentués le soir et en début de nuit). L'endormissement est le plus souvent très perturbé, mais il peut être normal suivi d'un sommeil entrecoupé. En cas de suspicion d'un SJSR, il est nécessaire de faire un bilan du métabolisme du fer (dosage du fer et de la ferritine) car des anomalies sont souvent notées (Connor, 2003).

- Troubles respiratoires associés au sommeil.

Du ronflement aux apnées, différentes gênes respiratoires au cours du sommeil peuvent perturber le dormeur. L'insomnie ne fait pas partie des symptômes majeurs du syndrome d'apnées, néanmoins il faut toujours penser à cette étiologie en particulier lorsque le sommeil

est non reposant et que le réveil est accompagné de céphalées. Le sommeil très entrecoupé en fin de nuit, ce qui fait penser en priorité à la dépression, peut très bien être lié à des apnées apparaissant dans les périodes de sommeil paradoxal du petit matin. Dans ces 2 cas, le patient se plaint d'une fatigue diurne avec une somnolence inhabituelle dans l'insomnie primaire.

Interroger le conjoint

L'interrogatoire du conjoint quand c'est possible est très important. Il nous apprend si le sommeil est calme ou agité, si la respiration est régulière et calme, si les jambes sont sans cesse en mouvement, ou encore, s'il existe des comportements moteurs complexes. Néanmoins en cas d'insomnie banale, le témoignage du conjoint n'apporte pas d'information très décisive. En revanche il est nettement plus contributif pour évoquer le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil lorsqu'il existe un ronflement (Hoffstein, 1993).

Rechercher des troubles psychiatriques ou psychopathologiques

Les troubles psychiatriques ont une forte prévalence parmi les insomniaques (Benca, 1992). Ce sont avant tout la dépression et l'anxiété sous toute ses formes : généralisée, troubles compulsifs, troubles phobiques (Garma, 1998) mais aussi des somatisations (Benoit et Goldenberg, 2004) qui sont impliqués. Des troubles de la personnalité sont souvent associés à une anxiété plus ou moins bien contrôlée. La recherche des signes cliniques se fait tout d'abord par l'interrogatoire, associé à l'utilisation d'échelle clinique d'évaluation de l'anxiété et de la dépression. Si besoin un bilan psychométrique réalisé par un psychologue ou l'avis d'un psychiatre sera demandé. Les antécédents familiaux, en particulier de dépression, sont à préciser. La notion d'une maladie dépressive chez un des parents, de tentative de suicide, ou de suicides réussis doit faire rechercher des signes en faveur d'une maladie maniaco-dépressive. La notion d'un environnement stressant soit sur le plan professionnel, soit sur le plan personnel est à préciser.

Évaluer les habitudes du patient

Situer le contexte de l'insomnie permet éventuellement de comprendre l'insomnie, ou tout au moins de repérer les mauvaises habitudes qui vont entretenir l'insomnie.

- Du rythme de vie et de travail : des horaires de sommeil très irréguliers peuvent se voir soit en raison d'une mauvaise hygiène de vie, soit d'un travail contraignant comme un travail en 3x8 ou à horaires décalés.
- Des conditions du sommeil : chambre, literie, nuisance sonore, température de la chambre.
- Des habitudes alimentaires : à la recherche d'erreurs manifestes le soir (repas trop copieux, absence de repas...).
- Consommation abusive d'alcool ou de toxiques dont l'effet délétère sur le sommeil est connu (cocaïne par exemple).
- Utilisation de médicaments pour d'autres pathologies à la recherche de produit ayant une influence sur le sommeil comme les corticoïdes, les broncho-dilatateurs, ou certains antihypertenseurs.
- Utilisation d'hypnotiques : Fréquence ? Doses ? Associations de produits?
- Consommation excessive de stimulants, avec au premier chef, le café. Mais il ne faut pas oublier la vitamine C et les boissons à base de cola.

QUELS DIAGNOSTICS ÉVOQUER ?

Le bilan clinique précédent permet d'avancer au niveau diagnostique grâce à des algorithmes décisionnels (Saetia, 2000 ; Royant-Parola, 2001).

La confirmation d'une plainte d'insomnie la nuit, accompagnée de conséquences diurnes

permet d'affirmer l'insomnie et d'écarter l'hypothèse d'un court dormeur méconnu.

S'il existe une somnolence diurne associée (intérêt du score d'Epworth), on recherche une cause d'hypersomnolence : sommeil insuffisant, syndrome d'apnées du sommeil, syndrome des jambes sans repos, troubles du rythme veille-sommeil, cause médicale ou neurologique, narcolepsie, utilisation de substances qui causent une insomnie. Certaines formes de dépression en particulier bipolaire, s'accompagnent d'un mauvais sommeil nocturne et d'une plainte de somnolence diurne (Detre, 1972).

Sinon on recherche l'étiologie de cette insomnie chronique (Lichstein KL, 2006; Stepanski EJ et al 2006)

Un trouble lié au sommeil avec :

- L'évocation du diagnostic de *syndrome d'apnées du sommeil* devant une insomnie associé à un ronflement, des apnées notées par l'entourage, une somnolence diurne, une obésité . Une polygraphie, si les signes sont très évocateurs, ou une polysomnographie permettra d'affirmer le diagnostic.
- La possibilité d'un *syndrome des jambes sans repos* ou d'un *syndrome des mouvements périodiques nocturnes*. On recherchera un trouble du métabolisme du fer avec en particulier un dosage de la ferritine (normale > à 50 ng/ml), après avoir éliminé un syndrome parkinsonien ou des signes en faveur d'une neuropathie périphérique. Une polysomnographie en cas de suspicion de mouvements périodiques est conseillée pour affirmer le diagnostic.

Une pathologie médicale associée

Évoquée sur la notion d'une pathologie préexistante pouvant expliquer l'insomnie. L'insomnie est alors secondaire à cette pathologie (RGO, pathologies occasionnant des douleurs pénibles, pathologie thyroïdienne...). Les pathologies neurologiques en particulier dégénératives comme les démences, les syndromes parkinsoniens pose souvent de grandes difficultés diagnostiques.

Une pathologie psychiatrique associée

Que ce soit un trouble de l'humeur, un trouble anxieux, un trouble de la personnalité, ou un autre trouble psychiatrique, permettant de retenir le diagnostic d'insomnie secondaire à un trouble psychiatrique.

L'utilisation de substances toxiques ou de médicaments

L'utilisation abusive d'alcool, de caféine, de sédatifs ou hypnotiques, ou bien encore le suivi d'un traitement connu pour augmenter la vigilance (corticoïdes, broncho-dilatateur, certains antihypertenseurs) conduit au diagnostic d'insomnie secondaire à l'utilisation de médicaments ou de substances toxiques.

Un trouble du rythme veille-sommeil

Qu'il soit lié à un rythme particulier (3x8), à des jet-lags répétés, à une avance ou un retard de phase, à un syndrome hyper nycthéméral. Dans ces cas, un agenda du sommeil, associé éventuellement à une actimétrie a un intérêt diagnostique.

Une insomnie primaire

Que ce soit une insomnie ayant débuté dans l'enfance, une mauvaise perception du sommeil, une insomnie psychophysologique. Cette dernière se caractérisant par une réaction d'éveil lors de la mise au lit, avec une anxiété et une sensation de tension liées au coucher. Il existe une anticipation négative de l'insomnie et un temps passé au lit beaucoup trop important. Ce diagnostic est retenu après élimination des autres causes d'insomnie. Une insomnie psychophysologique pouvant succéder à une autre

cause d'insomnie, il faut bien faire la part entre le type d'insomnie initiale et l'insomnie actuelle. En effet l'insomnie psychophysiologique évolue pour son propre compte et son diagnostic ne peut être retenu qu'après disparition des causes initiales de l'insomnie.

QUELS EXAMENS PRATIQUER ?

Agenda : Dans la mesure où le patient ne présente pas de difficultés de compréhension ou d'impossibilité physique à le remplir, l'agenda doit faire partie du bilan systématique de toute insomnie. C'est à la fois une aide diagnostique et un élément de surveillance de l'évolution.

Bilan psychométrique : pour évaluer les aspects psychologiques du fonctionnement du patient (niveau d'anxiété, de dépression, de somatisation, apprécier les modes de défenses de la personnalité, sa rigidité), pour rechercher des troubles de la personnalité. A faire selon le contexte de la pathologie.

Les investigations biologiques comme dosage du fer sérique, de la ferritine ou certaines investigations à visée chronobiologique (dosages de 6 sulfatoxy-mélatonine urinaire) seront réalisées selon le contexte étiologique.

Actimétrie : Cette technique n'a pas été retenue par l'American Academy of Sleep Medicine (AASM) comme examen indispensable dans l'évaluation de l'insomnie. Néanmoins l'actimétrie donne une bonne estimation du temps de sommeil dans l'insomnie, même si elle a tendance à surestimer la durée du sommeil dans l'insomnie psychophysiologique et psychiatrique (P.Hauri, 1992). En revanche l'actimétrie apparaît comme une bonne technique pour apprécier la variabilité du sommeil ou mesurer les effets du traitement (Chambers MJ, 1994).

La polysomnographie à visée diagnostique: Elle n'est pas considérée par l'AASM comme un examen de routine dans l'évaluation de l'insomnie. Elle doit être réalisée en cas de suspicion de syndrome d'apnées du sommeil ou de mouvements périodiques, de doute sur une narcolepsie ou de comportements violents associés au sommeil, ou d'une insomnie sévère sans cause psychologique ou physique évidente. Elle sera pratiquée en seconde intention en cas :

- d'insomnie associée à une somnolence importante persistante après traitement,
- d'insomnie persistante après échec d'un traitement bien conduit.

BIBLIOGRAPHIE

- Allen RP, Picchiotti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisi J; Restless Legs Syndrome Diagnosis and Epidemiology workshop at the National Institutes of Health; International Restless Legs Syndrome Study Group. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med.* 2003 Mar;4(2):101-19
- American Sleep Disorders Association. International Classification of Sleep Disorders, revised: diagnostic and coding manuals. Rochester, MN: American Sleep Disorders Association, 1997.
- Bastuji H., Jouvet M. Intérêt de l'agenda de sommeil pour l'étude des troubles de la vigilance. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1985; 60(4) 299-305 .
- Benca R.M., Obermeyer W.H., Thisted R.A., Gillin J.C. Sleep and psychiatric disorders : a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 1992 ; 49 : 651-668.
- Benoît O., Goldenberg F., L'insomnie chronique. Masson, Paris, 2004.
- Bonnet M.H., Arand D.L. physiological activation in patients with sleep state misperception . *Psychosom Med* 1997; 59 (5): 533-540
- Chambers MJ, actigraphy and insomnia. A closer look. Part I. *Sleep* 1994; 17 (5):405- 408
- Connor JR, Boyer PJ, Menzies SL, et al. Neuropathological examination suggests impaired brain iron acquisition in restless legs syndrome. *Neurology* 2003 ; 61: 304-9
- Detre T, Himmelhoch J, Swartzburg M, Anderson CM, Byck R, Kupfer DJ. Hypersomnia and manic-depressive disease. *Am J Psychiatry*. 1972 Apr;128(10):1303-5.
- Freidin N., Fisher M.J., Taylor W. et al. Sleep and nocturnal acid reflux in normal subjects and patients with reflux oesophagitis. *Gut* 1991; 32 (11): 1275-1279.
- Garma L. Les insomnies psychiatriques, In : *Troubles du sommeil et de l'Eveil*. Masson éditeurs, 1998.
- Hauri PJ, Wisbey J (1992). Wrist actigraphy in insomnia. *Sleep*, 15:293-301.
- Hoffstein V., Szalai J.P., Predictive value of clinical features in diagnosing obstructive sleep apnea, *Sleep* 1993; 16(2): 118-122;
- Lichstein KL. Secondary insomnia: a myth dismissed. *Sleep Med Rev.* 2006 Feb;10(1):3-5
- Lu CL, Lee YC, Tsai SJ, Hu PG, Sim CB: Psychiatric disturbances associated with hyperthyroidism: an analysis report of 30 cases. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* 1995, 56(6):393-398.
- Paiva, T., Batista A., et al. (1995). "The relationship between headaches and sleep disturbances." *Headache* 35(10): 590-6.
- Moffitt P.F., Kalucy E.C., Kalucy R.S., Baum F.E. Cooke R.D. Sleep difficulties, pain and other correlates. *J. Intern Med* 1991; 230:245-249.
- Royant-Parola S. L'insomnie, In Damien Léger, *Troubles du sommeil*, Paris, Doin eds, (2001).
- Salin-Pascual R.H., Roehrs T.A, Merlott L.A., Zorick F. Roth T. Longterm study of sleep of insomnia patients with sleep-state misperception and other insomnia patients. *Am J Psychiatry* 1992; 149:904-908.
- Sateia M.J., Doghramij K., Hauri P., Morin C. Evaluation of chronic insomnia, *Sleep* 2000; 23 (2): 1-66
- Stein M.B., Chartier M., Walker J.R. Sleep in non depressed patients with panic disorder: I. Systematic assessment of subjective sleep quality and sleep disturbance. *Sleep* 1993b; 16(8):724-726.
- Stepanski EJ, Rybarcz B. Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. *Sleep Med Rev.* 2006 Feb;10(1):7-18