

Item 43 :TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT (et de l'adulte*)

Objectifs pédagogiques :

- Diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson,de l'enfant (et de l'adulte*)**
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient**

**Auteur et référent : Professeur J.P CARRIERE
(carriere.jp@chu-toulouse.fr)**

Version 2008

POINTS IMPORTANTS :

- la plupart des troubles du sommeil de l'enfant sont bénins pour lui,mais très indisposants pour la famille**
- les parasomnies ne sont pas des psychopathologies,mais des évènements à implication génétique,quelquefois associés.La clinique seule en permet le diagnostic.Rassurer.**
- ne pas réveiller un somnambule,mais le protéger des accidents ++.**
- la plupart des hypersomnies sont liées à une mauvaise hygiène de la régularité du sommeil.**
- il n'est pas pathologique qu'un nourrisson ait un sommeil instable ;éviter d'entretenir cette instabilité par des comportements inadéquats (alimentation ,présence systématique)**
- il y a des petits et des gros dormeurs meme chez l'enfant ,sans pathologie ni conséquence.**
- un enfant qui ronfle a peut etre des apnées du sommeil hypoxiantes ,à conséquences neuro-comportementales,développementales et scolaires ;chercher et traiter l'obstruction ORL.**
- le comportement diurne conditionne la qualité du sommeil : »on dort comme on veille »**
- la qualité du sommeil est largement influencée par les évènements vécus ,mais tous les enfants ne sont pas égaux dans leur impact ;**
- il ne faut pas donner de somnifères à l'enfant**

***ce chapitre ne traite que ce qui concerne l'enfant**

PLAN

Généralités sur le sommeil de l'enfant

- 1-Maturation du sommeil
- 2-Sommeil et comportement de veille
- 3-Sommeil et angoisse latente
- 4-Apprentissage des comportements de sommeil

Troubles du sommeil de l'enfant

1-Evènements de sommeil ou parasomnies

- 1-1-Cauchemars
- 1-2- Reves d'angoisse
- 1-3-Terreurs nocturnes
- 1-4-Somnambulisme
- 1-5-Illusions hypnagogiques, hypnopompiques ; paralysies du sommeil
- 1-6-Autres évènements

2-Etats d'insomnie

- 2-1-Différentes formes selon l'age
 - 2-1-1- nourrisson de 0 à 1an
 - 2-1-2- de 1 à 3 ans
 - 2-1-3- age scolaire
 - 2-1-4- adolescence
- 2-2-Prise en charge
 - 2-2-1-examen
 - 2-2-2-orientations thérapeutiques

3-Hypersomnies

- 3-1-Aspects cliniques
- 3-2-Etiologies
 - 3-2-1- hypersomnies secondaires
 - 3-2-2 gros dormeurs
 - 3-2-3- 2 pathologies induisantes
 - 3-2-3-1-apnées du sommeil
 - 3-2-3-2-jambes sans repos
 - 3-2-4- 2 pathologies primaires
 - 3-2-4-1-narcolepsie (Gélineau)
 - 3-2-4-2- Kleine-Levin

Conséquences diurnes des troubles du sommeil de l'enfant

Pour en savoir plus...

GENERALITES SUR LE SOMMEIL DE L'ENFANT : ORGANISATION, MATURATION

- Sont supposées connues les notions de stades du sommeil (sommeil dit lent ou non-REM avec ses 4 divisions ;et sommeil dit paradoxal ou REM),de meme que les roles respectifs de l'alternance jour/nuit (rythme circadien) et de la mélatonine dans la production du sommeil

1- Avant d'acquérir une relative stabilité de durée et d'organisation, **le sommeil se « mature »** et surtout pendant les deux premières années de la vie.

- Sa durée se raccourcit de 20 heures à la naissance, à 12 heures environ à 2 ans. Rythmé par l'éveil alimentaire ou d'inconfort dans les premières semaines de la vie, il s'organise progressivement de 3 à 6 mois en une longue période nocturne de 12 heures et une plus courte (la « sieste ») de 3 à 4 heures. Celle-ci ira progressivement en se réduisant et disparaîtra en moyenne à 3 ans.

- L'endormissement est brutal pendant les premiers mois,et se fait en sommeil « rapide » (équivalent du sommeil paradoxal de l'adulte). Puis progressivement le sommeil « lent » s'impose comme initiateur du sommeil mais son pourcentage (50 % - 50 % à la naissance) n'augmente que lentement (65 % - 30 % à un an ; 80 % - 20 % à 3 ans). L'endormissement devient plus laborieux entre 3 et 9 mois, et franchement long (20 à 60 minutes) entre 1 et 3 ans, dépendant grandement du niveau de vigilance diurne de l'enfant qui lutte souvent contre le sommeil. Au-delà de cet âge, cette période d'endormissement se stabilise autour de 15 à 30 minutes.

- Le sommeil lui-même est de niveau variable (stades de sommeil) et les périodes de sommeil lent léger (stade I-II) deviennent abondantes (1/2 du sommeil lent) à partir de 6 à 8 mois. Ces phases proches du réveil sont fragiles et surtout chez les enfants hyperactifs ou inquiets.

- Le réveil spontané est seul physiologique chez le nourrisson. Réveiller un nourrisson perturbe grandement l'organisation ultérieure du sommeil quand l'habitude en est installée et devient vite source d'irritabilité et d'agitation elle-même perturbatrice du sommeil.

- La maturation du sommeil comporte d'importantes variations interpersonnelles qu'il est hasardeux de négliger. Il faut éviter l'éclosion de réflexes conditionnés d'éveil rythmés par l'habitude trop prolongée de nourrir l'enfant au milieu de la nuit.Mais il est aussi anormal de vouloir « régler » l'enfant trop tôt et trop autoritairement en le privant de prise alimentaire ou hydrique quand il se réveille inopinément ; le rythme propre de l'enfant doit être respecté, éventuellement lentement et affectueusement modifié dans le respect du confort de chacun.

2- Comme chez l'adulte, le sommeil est dès 6 mois **le reflet de l'activité comportementale de veille** et le deviendra de plus en plus avec l'âge. Les influences qui s'exercent sur lui sont celles qui modulent le comportement diurne : comportement *personnel* (enfant calme ou hyperkinétique ; passif ou très « réactif ») ; comportement de *l'entourage* et surtout de *la mère* (calme, angoissée, hyperactive, exigeante ou faible ...) ; *événements anxigènes* pour l'enfant (séparation imprévue de la mère, stress familiaux , puis plus tard événements liés à la fréquentation scolaire, aux conflits familiaux ou extra-familiaux).Phrase classique : «on dort comme on veille »

Tous les enfants ne sont pas égaux devant ces influences et il faut savoir en raisonner la portée.

3- La nuit et le sommeil réactivent l'angoisse latente de l'enfant prédisposé, en faisant intervenir les rôles de l'obscurité, de la séparation familiale sécurisante, de la perte de contrôle de l'environnement avec la perte de la vigilance, etc ...

4- L'enfant jeune apprend des comportements, y compris de sommeil. Ceux-ci ont,plus que chez l'adulte, tendance à s'inscrire de façon définitive,d'autant que les conditions qui les créent sont très difficiles à modifier :ils s'auto-entretiennent et s'amplifient par l'effet de « ping-pong » du comportement parental(agressivité – inquiétude),qui est perturbé par celui de l'enfant La prise en charge d'un enfant « insomniaque » est un travail de longue haleine,et concerne les parents aussi.

TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT*

Ils sont un motif fréquent de consultation pédiatrique ; 20 à 30 % des enfants en sont atteints.

Ce sont les parents qui sont très demandeurs d'aide (l'enfant, lui, supporte habituellement parfaitement ses troubles) : à l'angoisse due à l' impuissance à les réduire et au sentiment de pathologie, s'ajoutent la fatigue résultant des réveils imposés par l'enfant et finalement l'intolérance de la situation. Le médecin lui-même est rapidement dépassé : il a à répondre à la demande expresse de régulariser les choses ;il doit exclure l'organicité présentée comme évidente avec son cortège nécessaire d'examen complémentaires ; et il supporte directement l'échec de ses tentatives. La manipulation de somnifères est inévitable,et pourtant rapidement inefficace.

Pourtant, **dans la grande majorité des cas, les troubles du sommeil sont tout à fait bénins**, et, mêmes durables, finissent par rentrer dans l'ordre avec le développement, pour peu qu'ils ne soient pas entretenus par l'attitude inadéquate de l'entourage familial.

1 – EVENEMENTS DU SOMMEIL OU PARASOMNIES

On peut regrouper dans ce paragraphe, cauchemars, rêves d'angoisse, terreurs nocturnes, somnambulisme et événements mineurs (somniloquie, bruxisme, balancements, myoclonies).

Ces événements, pour aussi bruyants qu'ils soient, ne modifient que très peu la qualité du sommeil lui-même.

1-1 – Les cauchemars :

C'est un rêve angoissant, survenant pendant le sommeil paradoxal, provoquant le réveil et laissant ainsi une trace mnésique, à l'instar des rêves. La phase bruyante du rêve attire les parents qui pourront facilement rassurer l'enfant réveillé ; le réveil lui-même permet à l'enfant de rétablir la réalité par rapport au contenu fantasmagique du rêve. Même fréquents, les cauchemars ne sont pas pathologiques.Très fréquents,ils peuvent justifier l'emploi passager de clomipramine

1-2 – Les « rêves d'angoisse » :

Sont un intermédiaire entre cauchemars et terreurs nocturnes. Survenant en stade II du sommeil, ils ne réveillent pas l'enfant complètement,et se résument à un comportement d'angoisse plus ou moins bruyant. Ils peuvent laisser une discrète trace mnésique ; ils ne sont pas pathologiques

1-3 – Les terreurs nocturnes :

Elles représentent l'événement le plus spectaculaire,bien que sans retentissement sur l'enfant qui n'en garde aucun souvenir. Survenant en sommeil lent IV, entre 3 et 6 ans, elles disparaissent toujours à la puberté.

L'enfant se dresse sur son lit, les yeux ouverts,et hurle en sanglotant, semblant frappé d'hallucinations terrifiantes. Il ne peut être réveillé et rassuré, semblant ignorer la présence des parents. Suant, tachycarde, oppressé, il peut se débattre ou adopter une attitude de défense, peut prononcer quelques mots souvent incompréhensibles.Puis tout cesse rapidement,et l'enfant reprend le cours de son sommeil. Aucun souvenir n'en restera le lendemain.

S'il est toujours possible d'incriminer à leur origine la survenue d'événements perturbants récents, en règle l'examen psychologique de ces enfants est normal comme leur comportement diurne. Ces manifestations s'estomperont en quelques mois sans laisser de traces.

1-4 – Le somnambulisme :

Il atteint surtout le garçon, entre 4 et 14 ans,(familial dans 50% des cas). Il s'agit d'épisodes

*Ne seront pas envisagées ici les pathologies favorisées par le sommeil (énurésie, crises épileptiques, troubles endocriniens, mort subite du nourrisson).

inconscients de déambulation, sans stéréotypie : c'est 1 à 3 heures après l'endormissement, en sommeil lent IV et dans les minutes qui précèdent le passage en sommeil paradoxal, que survient l'épisode : l'enfant se déplace automatiquement, le faciès figé et les yeux ouverts, capable d'exécuter un ordre simple ou de répondre élémentairement mais souvent de façon inintelligible. Si les parents réussissent à le réveiller, ou s'il se réveille spontanément, il découvre sa situation avec étonnement mais sans angoisse. Dans 2/3 des cas, en l'absence de réveil, l'événement ne laisse trace que chez les spectateurs.

Malgré son caractère spectaculaire, il s'agit d'un état non pathologique, disparaissant spontanément à la puberté, sans rapports avec l'épilepsie. Sa pathogénie n'est pas comprise.

Son seul danger réside dans la possibilité d'accidents corporels par chutes (notamment par déféstration, syndrome d'Elpénor), ce qui justifie, en cas de trop grande répétition, le recours à un traitement médicamenteux (imipramine) et le coucher au rez de chaussée

1-5 – Illusions hypnagogiques et hypnopompiques – Paralysies du sommeil :

Survenant à l'endormissement pour les premiers, au réveil pour les seconds, les phénomènes illusionnels se produisent dans un demi-sommeil. Leur caractère stéréotypé (voir ou entendre la même chose, même déformation de la lampe, du jouet) peut en imposer pour des manifestations épileptiques. Ces illusions n'ont pourtant aucune signification pathologique.

Les paralysies surviennent aux mêmes stades transitionnels avec la veille et rendent l'enfant incapable de bouger pendant une brève période.

Le seul inconvénient de ces phénomènes est l'angoisse qu'ils génèrent et qui peut empêcher l'endormissement.

1-6 – Autres événements :

- Les myoclonies d'endormissement, tout à fait physiologiques lorsqu'elles se limitent à 1 à 2 secousses brutales et brèves sont quelquefois source d'éveil auto-entretenu ;

- Les rythmies nocturnes surviennent à l'endormissement ou au passage en stade I du sommeil. Elles atteignent seulement la tête (jactatio capitis nocturna) ou s'organisent en véritables mouvements alternatifs de l'ensemble du corps. Elles réveillent l'entourage car elles mobilisent le lit, et peuvent s'auto-entretenir quand elles maintiennent par le bruit produit, l'enfant en « presque éveil ». De prédominance masculine, entre 6 mois et 4 ans, elles peuvent, rarement, (1/4 des cas) s'intégrer dans des troubles graves de la personnalité. Le plus souvent il s'agit de bénignités et il n'est même pas sûr qu'elles aient la signification d'une carence affective. La seule prise en charge réside dans la prévention des blessures et du bruit produit au cours du mouvement alternatif.

- La somniloquie (paroles en dormant), le bruxisme (grincement des dents), les bruits de succion – déglutition sont des phénomènes moteurs plus ou moins organisés de l'aire orale, qui auraient une certaine communauté avec le somnambulisme auquel ils peuvent être associés et avec lequel ils partagent bénignité et situation dans le stade du sommeil (stade lent profond).

2 – ETATS D'INSOMNIE

On inclut sous cette dénomination toutes les difficultés à initier ou à maintenir le sommeil nocturne. Ce sont les troubles les plus communs du sommeil de l'enfant : 25 à 30% des enfants en sont atteints, quel que soit l'âge. Les présentations et les causes en sont variées, mais, selon la « classification internationale des troubles du sommeil » (1990), seulement 10% sont liés à des anomalies authentiques de la structure du sommeil (« childhood onset insomnia »), mais 90% sont de cause extrinsèque, créés ou entretenus par l'environnement. Ces difficultés impliquent obligatoirement les parents, quelquefois responsables de leur entretien par réaction inadéquate, mais toujours très dérangés (fatigue, angoisse, intolérance, gêne pour le voisinage, culpabilisation..).

2-1– Différentes formes d'insomnie selon l'âge

2-1-1– L'insomnie du nourrisson (0 à 1 an).

- De la naissance à 3 mois environ, période de réglage du rythme veille-sommeil, les réveils nocturnes sont fréquents, et s'accompagnent de pleurs et de cris, attribués sans preuves à des douleurs abdominales (coliques du nourrisson) ou à des manifestations d'angoisse. Les réveils peuvent rapidement être entretenus par l'habitude de prises alimentaires à ces moments, ou par l'inquiétude des parents qui se précipitent pour « consoler » et faire cesser le bruit, ce qui éveille encore davantage l'enfant. Les habitudes se prennent vite, alors qu'il faudrait, au cas par cas, savoir tolérer la gêne et calmer doucement la situation.

- Au delà de 3 mois, un rythme de sommeil est déjà acquis (et les parents sont moins inquiets car pendant la journée, le bébé va très bien !). Certains enfants hyperkinétiques et hyperréactifs ont cependant quelquefois des difficultés d'endormissement ou des réveils agités, surtout si, surinvestis par leur entourage, ils font l'objet le soir d'une stimulation permanente par un parent qui y cherche son plaisir en ayant été séparé la journée par son travail.

Il faut quelquefois s'interroger sur l'existence d'un reflux gastro-oesophagien ou d'une intolérance aux protéines du lait de vache. L'insomnie silencieuse ou auto-agressive du nourrisson doit faire craindre des « troubles graves du comportement ».

2-1-2 – L'insomnie de 1 à 3 ans

C'est pendant cette période que le développement neuro-psychique explose ; affects et angoisses meublent largement la vie psychique ; le comportement individuel s'affirme, et avec lui conflits, volonté d'influencer l'entourage parental dont la souplesse, la rigidité ou la faiblesse vont moduler l'harmonie intra-familiale.. Diverses étiologies et tableaux sont possibles.

- Le réveil ultra précoce de l'enfant au comportement hyperactif à interpréter comme un hyperréveillé, hyperstimulable et réactif. Le sommeil est fragmenté sans angoisse. Il faut éviter le conflit d'autorité, favoriser l'activité diurne, préparer longtemps l'endormissement, refuser la colonisation nocturne par l'enfant.

- L'opposition au sommeil n'est pas inquiétante (refus du lit, puis refus d'allongement, puis cris d'appel avec agitation et pleurs...). Le caractère volontaire de l'enfant est mal contenu par la faiblesse de parents trop permissifs ou aux réactions d'autorité éphémères.

- L'angoisse du sommeil doit être davantage considérée. Elle prend l'allure de « rituels du coucher », de « phobies du coucher » exprimées quelquefois avec un faux enjouement, de l'objet transitionnel obligatoire (même poupée, jouet ou simple chiffon) . Ailleurs, l'anxiété latente va s'exprimer par des difficultés à s'endormir : pleurs et manifestations de panique apparaissent dès l'extinction des feux et dès que la mère s'éloigne. Cette angoisse doit être aplanie sans moquerie, surenchère amusée, protectionnisme excessif ou brutalité. S'il se réveille dans la nuit, l'enfant va manifester son angoisse par des appels, quelquefois masquée par des allégations de soif ou de miction. Ces manifestations doivent être entourées avec sollicitude mais aussi fermeté, en évitant l'envahissement du lit parental, sécurisant mais désormais inévitable ; et la négligence qui maintient voire augmente le ressenti de solitude.

Il faut bien sur éviter au maximum les causes extérieures d'éveil (bruit, lumière, sécheresse ambiante..), prendre en compte les événements diurnes perturbants (séparations ,hyperstimulations, événements intrafamiliaux..) tous les enfants de la même fratrie n'étant pas égaux dans leurs réponses.

- Le sommeil peut par ailleurs être révélateur de troubles graves du comportement, assez rapidement évidents, et qui mènent au diagnostic d'état psychotique : les activités stéréotypées, l'indifférence affective, l'isolement et le défaut de communication apparaissent vite en complément des phénomènes d'angoisse nocturne troublant le sommeil.

2-1-3 – A l'âge scolaire

- En fixant un horaire obligatoire au sommeil, et en élargissant le domaine relationnel de l'enfant, l'âge scolaire est en général un élément stabilisant des troubles précédents. : les manifestations d'insomnie sont ainsi moins fréquentes.

- L'enfant fragile, émotif, voire dépressif, pourra cependant exprimer par un sommeil instable ou fragmenté les perturbations résultant des événements vécus à l'école (conflits, affects, succès ou échecs...) ou dans la famille. La qualité du sommeil est un des meilleurs marqueurs du statut psychologique et affectif de l'enfant.

- Des variations trop permises par la famille dans les horaires de coucher entre jours de classe et de congé peuvent introduire des éléments d'instabilité ultérieure.

- Il faut aussi savoir repérer des causes organiques de perturbations :

- l'enfant qui ronfle se réveille souvent à cause d'apnées transitoires associées (voir plus loin)

- l'enfant asthmatique se réveille avec angoisse lors de ses dyspnées.

- certaines formes d'épilepsie, pourtant très bénignes, ont cet âge et cet horaire d'élection.

2-1-4-Insomnie à l'adolescence

Ce sont en gros les mêmes qu'à la période précédente, augmentées par l'autonomisation propre à cet âge, qui rend plus difficile l'application par les parents d'un cadre stable de conduite, permettant jeux tardifs ou addiction télévisuelle. L'influence de facteurs scolaires, affectifs ou de mode perturbent souvent les habitudes précédemment acquises. L'analyse est difficile, considérée comme une intrusion dans l'intimité qui s'affirme ; les conseils sont facilement pris comme des entraves intolérables et rétrogrades à la liberté, surtout concernant distractions et sorties nocturnes, hautement perturbatrices d'un rythme stable de sommeil.

Il faut savoir que peuvent aussi commencer à s'exprimer à cet âge 2 troubles propres à l'adulte et intéressant l'organisation du rythme circadien du sommeil :

- l'avance de phase : endormissement et réveil précoces par rapport au rythme général ;

- le retard de phase surtout : endormissement obligatoirement tardif, rendant le réveil très difficile à l'heure imposée par les impératifs scolaires

2-2 – Prise en charge

2-2-1 – L'examen du médecin doit :

- Eliminer l'*affection organique* qui réveille : douleurs abdominales, obstruction pharyngée, crise épileptique, jambes sans repos (voir plus loin)

- S'assurer qu'il n'est pas devant un *trouble grave de la personnalité* (les psychotiques peuvent être insomniaques) ou devant un *épisode psychopathologique transitoire* repérable rapidement au comportement anormal du patient.

- Surtout et à tout âge, s'interroger sur le *contexte comportemental* de l'enfant, des membres de la famille et surtout de la mère : déroulement de la journée ; préparation de la nuit ; conditions du coucher tant techniques qu'affectives ; environnement sonore, thermique, confortable du bébé qui dort ; retentissement anxigène intra-familial du sommeil troublé de l'enfant ; statut psychologique de la mère ; qualité des liens affectifs mère-enfant, éventuellement pathogènes aussi bien par excès symbiotique que par distance excessive.

- Il devra rechercher, si le trouble du sommeil est daté, l'*événement éventuellement déclenchant*, ne serait ce que pour en démonter le mécanisme et mieux conseiller (douleur, maladie, séparation, naissance, décès ...)

- Il faut *se garder d'examen complémentaires*, sauf suspicion de pathologie ou s'ils sont nécessaires pour rassurer la famille. L'E.E.G. en l'occurrence, non seulement pourra dédouaner toute manifestation épileptique, mais aura un effet rassurant en général très positif si l'on sait en taire les petites atypies sans signification ...

Tout cela demande du temps, du tact, beaucoup de patience et une progression mesurée évitant de mettre trop rapidement en lumière les atypies parentales (au risque de réaction de retrait préjudiciable à la poursuite de l'enquête).

2-2-2- Orientations thérapeutiques

Le traitement est difficile et long. Il dépend du type et de la signification des troubles du sommeil et ne peut être univoque :

- les prescriptions de *somnifères ou d'anxiolytiques* peuvent être transitoirement utiles pour rétablir une situation très perturbée, permettre aux parents de se reposer et permettre un début de reconditionnement du sommeil de l'enfant. Elles ne doivent jamais être prolongées plus de quelques jours.

- le principal reste l'analyse précise de la situation et l'action sur les mécanismes en cause :

- . conseils de puériculture pour le petit nourrisson

- . préparation au sommeil pour le nourrisson plus grand : jeux calmes, abstention des surstimulations, bercement doux, usage d'un objet de transition permettant à l'enfant de se protéger contre la crainte de la séparation (qui doit rester progressive mais ferme).

- . l'hyperkinétique sera préparé au sommeil pendant la journée, en favorisant l'expression de sa motricité mais aussi en respectant la sieste dont l'abstention est excitante ; il peut être nécessaire d'utiliser des sédatifs à dose filée répartis dans la journée

- . l'anxieux devra bénéficier d'une psychothérapie précoce, et parfois même, temporairement, d'anxiolytiques type Diazepam ou Chlorpromazine à doses filées durant la journée

- . dans tous les cas, des conseils seront donnés à la famille, pour renforcer sa tolérance, pour agir sur son anxiété, pour lui permettre de normaliser ses relations affectives et éducatives avec l'enfant. Il faut apprendre la patience avec la fermeté, à éviter les réactions d'autorité comme de démission.

3-HYPERSOMNIES

On les définit comme une durée de sommeil supérieure de 2 à 3 heures à la norme pour l'âge. Elles sont beaucoup plus rares que les insomnies.

3-1-Aspects cliniques.

En dehors de la longueur inhabituelle de la durée de sommeil spontané, on peut y penser devant des symptômes atypiques comme des endormissements spontanés diurnes, un décrochage scolaire ou même l'installation d'un syndrome dépressif, chaque fois que les impératifs scolaires imposent le réveil à heure fixe.

La recherche de la cause passe avant tout par l'interrogatoire, portant sur les conditions et les événements du sommeil nocturne. L'examen recherchera l'existence d'une pathologie médicale ou psychiatrique en cours. On fera préciser les conditions de vie pendant la journée, les prises de médicaments pouvant influencer le sommeil.

3-2-Etiologies.

3-2-1. Certaines hypersomnies sont *secondaires* à des causes endocriniennes (hypothyroïdie) respiratoires (asthme), infectieuses (mononucléose), et surtout psychiatriques (dépression). D'autres sont la conséquence diurne d'une privation partielle de sommeil nocturne (voir plus haut), de la prise de médicaments potentiellement somnifères (antiépileptiques, hypotenseurs, sédatifs...)

3-2-2. Ne pas oublier qu'il existe, physiologiquement, des *gros dormeurs*, souvent familiaux.

3-2-3. Deux pathologies fragmentent le sommeil et en allongent la durée :

3-2-3-1 : le syndrome des apnées du sommeil

Il provoque des micro-éveils répétés ; il est, chez l'enfant, le plus souvent secondaire à une obstruction respiratoire, révélée par ailleurs par des ronflements ; il est quelquefois idiopathique. Il mérite toujours une exploration polysomnographique pour sa recherche ; une obstruction ORL à son origine devra être chirurgicalement levée. Il provoque en effet non seulement la désorganisation du sommeil, mais surtout l'hypoventilation alvéolaire nocturne : sa conséquence hypoxique répétée fait courir le risque de complications cardio-respiratoires, mais surtout de difficultés neuro-cognitives, développementales et scolaires (mémoire, attention...)

3-2-3-2 : le syndrome des jambes sans repos

Il peut exister dès l'enfance (1 à 2% de la population infantile) Il crée un besoin impérieux de bouger qui fragmente le sommeil et que l'enfant traduit souvent par « mal aux jambes » Le mouvement soulage l'inconfort ; il n'y a jamais de « douleurs » lors de l'activité musculaire. L'examen est normal, mais il existe dans 1 cas sur 2 un caractère familial, impliquant un lien génétique autosomique dominant (?). L'enregistrement polysomnographique révèle la corrélation mouvement-éveil. Ce syndrome est sensible aux agonistes dopaminergiques.

3-2-4. Deux hypersomnies sont « primaires », et peuvent survenir à l'adolescence :

3-2-4-1 la narcolepsie ou syndrome de Gélineau

Elle se marque par un endormissement brutal, imprévisible et invincible, quelquefois provoqué par une émotion ou un bruit brutal. Le tableau syndromique peut se compléter de chutes « à l'emporte pièces » (cataplexie) lors de ces mêmes stimulations, et peut être associé à illusions hypnagogiques ou paralysies du sommeil. Son diagnostic est confirmé par l'endormissement en sommeil paradoxal à l'EEG, et surtout, dans 90% des cas par l'appartenance de l'enfant au groupe HLA DQB1*0602, ce qui implique une origine génétique. Ce syndrome est sensible aux amphétaminiques (Ritaline®).

3-2-4-2 L'hypersomnie récurrente ou syndrome de Kleine-Lévin

Il se marque, chez l'adolescent garçon surtout, par la survenue de périodes de plusieurs semaines d'hypersomnie (18 heures sur 24), associées à des troubles confusionnels et comportementaux pendant les phases de veille (ciblés sur hyperphagie et hyperexcitabilité sexuelle). Les périodes d'hypersomnie sont séparées par plusieurs mois de normalisation spontanée. Une fois éliminée une pathologie lésionnelle de la substance réticulée (IRM), ce syndrome, alors primaire, est sensible aux sels de lithium. Il finit par guérir à terme, spontanément.

CONSEQUENCES DIURNES DES TROUBLES DU SOMMEIL

Qu'il s'agisse d'insomnies ou d'hypersomnies, la confrontation avec les obligations scolaires chronologiquement fixées entraîne rapidement des difficultés qui en sont des signes d'alerte :

- fatigue, somnolence ou endormissements spontanés diurnes sont les plus évocateurs ;
- troubles du comportement (agressivité, irritabilité, hyperactivité...) sont plus trompeurs ;
- troubles de l'humeur (anxiété, dépression), sont rarement compris comme de cette origine.

Tout cela mène à une altération des résultats scolaires ou à des difficultés de l'apprentissage. Il faut donc toujours s'interroger sur la qualité et la durée du sommeil d'un enfant en difficultés, ce qui demande beaucoup de temps et de patience.

L'intrusion ainsi dans la vie familiale, dès que l'on soupçonne qu'elle y est impliquée, peut être mal acceptée par des parents qui viennent chercher une recette et non la mise en cause du fonctionnement parents/enfant ; et aussi par l'enfant lui-même qui peut voir dans les conseils donnés ensuite un empiètement intolérable sur son domaine de liberté.

POUR EN SAVOIR PLUS

- L'enfant et son sommeil : *Médecine et enfance*, Vol.24,2, février 2004, p 55-80.
- Troubles du sommeil chez l'enfant : *Réalités pédiatriques*, No 124, octobre 2007, p 7-24.