

# Les parasomnies

Docteur M.F. Vecchierini

Hôpital Bichat

Paris

# Les parasomnies: Définition

- Ensemble hétérogène de troubles moteurs ou psychiques indésirables au cours du sommeil, survenant chez des sujets prédisposés.
- Pas d'altération des processus responsables de la veille et du sommeil.
- Peu de retentissement sur la qualité de la veille.

# Les parasomnies

## Classification selon ICSD2

- Leur classification repose en partie sur leur moment de survenue au cours du sommeil.
- I. Les parasomnies par trouble de l'éveil (à partir du SLP):  
Éveils confusionnels,  
Somnambulisme,  
Terreurs nocturnes.

# Les parasomnies

## Classification selon ICSD2

- II. Les parasomnies associées au S.P.:
- Les troubles du comportement en S.P.;  
Les paralysies du sommeil, isolées et récurrentes;  
Les cauchemars.

# Les parasomnies

## Classification selon ICSD2

- III. Les autres parasomnies:
- Les troubles dissociatifs nocturnes;
  - L'énurésie;
  - La catathrénie ou gémissement expiratoire;
  - Le syndrome de la tête qui explose;
  - Les hallucinations;
  - Les troubles du comportement alimentaire au cours du sommeil;
  - Les parasomnies dues à des drogues ou substances;
  - Les parasomnies symptomatiques ou dues à des conditions médicales.

# Les parasomnies

- Le diagnostic repose d'abord sur 3 critères:
  - 1/ La description du trouble;
  - 2/ l'âge du sujet;
  - 3/ Le moment de survenue au cours de la nuit.
- Compte tenu du temps imparti à ce cours nous n'envisagerons que les 2 premières catégories de parasomnies à l'exception des cauchemars, qui seront envisagés dans un autre cours.

# Parasomnies par trouble de l'éveil: signes communs

- 1/ Elles surviennent chez l'enfant jeune;
- 2/ Elles surviennent en première partie de nuit (1 à 3H après début de la nuit);
- 3/ Elles s'accompagnent d'une amnésie;
- 4/ Elles tendent à disparaître à l'adolescence mais peuvent perdurer ou reprendre chez l'adulte;
- 5/ Elles sont favorisées par le stress, la fièvre, l'anxiété, la privation de sommeil ou l'irrégularité des horaires de sommeil...

# Éveil confusionnel ou Ivresse du sommeil

- Épisode confusionnel, à début progressif, avec désorientation, parole et activité mentale troublées, parfois comportements stéréotypés, sans peur, sans hallucination, sans déambulation;
- Enfant jeune < 5 ans, dans les 2 sexes; chez l'adulte penser à des pathologies (SAOS, hypersomnies...);
- Durée de quelques minutes à heures;
- Antécédents familiaux fréquents+++

# Les terreurs nocturnes

- 1/L'enfant s'assoit dans son lit, yeux ouverts fixes, hurle, a des propos incohérents et une gesticulation intense avec des phénomènes neurovégétatifs importants (erythrose ou pâleur, pilo-érection, hypersudation, mydriase, tachypnée...).
- 2/Garçon de 3 à 6 ans (3 mois à 12 ans).
- 3/Antécédents familiaux dans 95% des cas.
- 4/L'épisode dure de 1 à 20 minutes.
- 5/Prévalence de 1 à 6% selon la fréquence.

# Le somnambulisme

- Déambulation nocturne, inconsciente, non stéréotypée et récidivante. L'enfant sort de son lit, déambule dans sa chambre, dans la maison parfois à l'extérieur. Il a les Y.O., visage inexpressif, maladroit. Il effectue des activités habituelles ou originales ou périlleuses voire dangereuses.
- Garçon (7 cas/10), de 7 à 12 ans.
- Antécédents familiaux dans 60% des cas.
- Un seul accès? L'accès dure de 5 à 60 min.
- Prévalence 1 à 6%. F. occasionnelles 15 à 40%; F. fréquentes 2,5% des enfants.

# Le somnambulisme: Formes cliniques

- 1/ Forme classique simple.
- 2/ Somnambulisme à risque:  
Accès fréquents (> 2 ou 3 / semaine);  
Antécédents familiaux importants;  
Activités dangereuses pendant les accès;  
Durée de l'accès prolongée;
- Prendre en compte la gêne familiale ou de la collectivité ...
- 3/ Somnambulisme terreur.

# Parasomnies par trouble de l'éveil: diagnostic différentiel

- Les parents viennent le plus souvent consulter pour « cauchemars » alors qu'il s'agit de terreurs nocturnes;
- **5 éléments essentiels sont à rechercher pour différentier ces 2 diagnostics:**
  1. le moment de survenue au cours de la nuit
  2. l'enfant est-il conscient de la présence de ses parents?
  3. l'enfant se réveille-t-il complètement?
  4. l'enfant se souvient-il de quelque chose?
  5. Y a-t-il des manifestations végétatives?

# Parasomnies par trouble de l'éveil

## Aspects EEG

- Si l'on est amené à enregistrer:
- 1/ On enregistre un épisode de parasomnie dans le stade IV du S.L.;  
survenue de bouffées d'ondes lentes delta hypersynchrones ou séquence de rythmes thêta voire réapparition du rythme alpha, selon l'âge. Accélération brutale des fréquences cardiaque et respiratoire.
- 2/ En l'absence d'épisode clinique, épisodes a minima, d'expression purement électrique avec réaction d'éveil à O.L.

# Parasomnies par trouble de l'éveil

## Aspects EEG

- Si l'on est amené à enregistrer:
- Signes secondaires:  
Moindre diminution du SLP du 1er au dernier cycle de sommeil;  
Le SLP est plus fragmenté que chez les témoins; interrompu par des réactions d'éveil, des mouvements corporels et des bouffées d'OL plus nombreuses.
- Manœuvres pour faciliter la survenue de ces parasomnies.

# Le somnambulisme: la génétique

- La fréquence du groupage DQB1 0501 est significativement plus élevée chez les somnambules.
- L'analyse de transmission dans les familles indique un excès de DQB1 0501 dans les seuls cas familiaux.
- L'analyse des séquences des allèles DQB1 montre que Ser 74 présente un fort excès de transmission dans les cas familiaux.
- Pas d'intérêt pour le diagnostic.

# Le somnambulisme: études en SPECT

- Lors des épisodes de somnambulisme, ces études en SPECT montrent:
- 1/ une activation sélective des circuits thalamo-cingulaires (cortex cingulaire postérieur et partie antérieure du cervelet) et
- 2/ une inhibition physiologique persistante des systèmes d'éveil thalamo-corticaux; expliquant la dissociation psycho-comportementale de cette parasomnie.

# Parasomnies par trouble de l'éveil: Physiopathologie

- Éveil partiel et dissocié à un moment d'instabilité du sommeil, en fin de SLP un peu avant de passer en SP (par exemple);
- avec activation motrice et/ou neuro-végétative alors que le cortex reste en sommeil, expliquant l'amnésie;
- chez des sujets prédisposés (antécédents familiaux);
- sous l'influence de stimulations externes ou internes.

# Overlapping States of Being

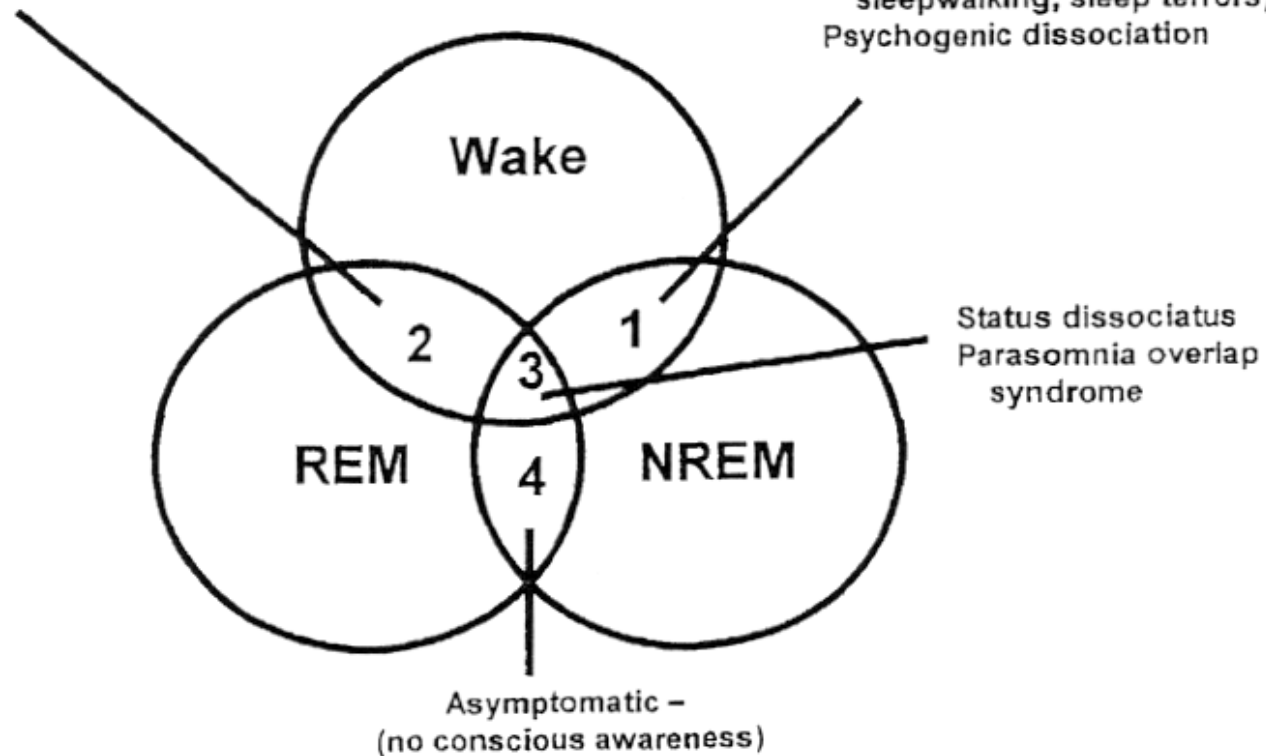
Cataplexy, hypnagogic/hypnopompic hallucinations,  
sleep paralysis

REM sleep behavior disorder

Lucid dreaming, out-of-body/near death experiences,  
alien abduction

Delirium (hallucinations, peduncular hallucinosis)

Disorders of arousal  
(confusional arousals,  
sleepwalking, sleep terrors)  
Psychogenic dissociation



*Areas of overlap among states of being (modified from ref. 130).*

# Les parasomnies au cours du Sommeil Paradoxal (S.P.)

- **I. Les troubles moteurs au cours du S. P.**
- Modèle animal décrit par Jouvet en 1965 chez le chat porteur de lésions sélectives étendues, bilatérales et symétriques du tegmentum pontin.
- Depuis de nombreux travaux expérimentaux ont précisé la relation entre un site précis de lésion et un trouble moteur.
- Enfin des dysfonctionnements des circuits responsables de l'atonie musculaire en SP ou de leurs mécanismes de contrôle sont maintenant à l'étude.

# Les troubles moteurs au cours du S.P.

- Parasomnie entrée dans la classification des troubles du sommeil en 1990.
- Les premiers cas cliniques, chez l'homme, ont été décrit par Schenck et Mahowald en 1986.
- Il s'agissait de vétérans qui avaient des comportements très violents et dangereux au cours du sommeil, par mise en action de leurs rêves.

# Les troubles moteurs au cours du S.P.

- Population: Adultes âgés de 55 ans ou plus.
- Sexe: Hommes dans 87% des cas.
- Prodromes: Dans les semaines qui précèdent un épisode de cette parasomnie, survenue ou aggravation de somniloquie, de jerks, de mouvements corporels...surtout modification des rêves qui deviennent plus abondants, plus violents et plus agressifs.

# Les troubles moteurs au cours du S.P.

- Diagnostic clinique: Trouble moteur plus ou moins violents au cours de la 2ème partie de la nuit.  
Comportement dangereux pour le malade lui-même (blessures , fracture en C2, hématome sous-dural, chute...) ;  
Comportement dangereux et agressif pour autrui (50% des cas);
- Parfois troubles moteurs plus modestes sans dangerosité.

# Les troubles moteurs au cours du S.P.

- Il s'agit donc de la mise en action d'un rêve particulièrement violent et agressif...; le sujet en même temps parle, rit, gesticule et agit...; il se souvient de son rêve et de sa tonalité violente; il ne se souvient pas de son comportement moteur.

# Les troubles moteurs au cours du S.P.

- Le diagnostic repose sur l'enregistrement polysomnographique complet avec enregistrement audio-vidéo et surveillance par un technicien (paramètres respiratoires, multiplier les voies d'enregistrement des muscles).
- 1/ On enregistre parfois un épisode de parasomnie dont la caractéristique est de survenir au cours d'un stade de S.P. (cf exemples)

# Les troubles moteurs au cours du S.P.

- 2/ En l'absence d'épisode de parasomnie:
  - perte de l'atonie musculaire physiologique au cours du S.P. Cette absence d'atonie dure de 50 à 95% du temps du SP mais peut manquer. C'est une condition fréquente mais *ni nécessaire ni suffisante* pour la survenue du trouble moteur;
  - une intense activité phasique +++;
  - sans phénomène neurovégétatif; sans anomalie respiratoire ou autre.

# Troubles du comportement en S.P.: les étiologies

- 50% des cas sont des formes idiopathiques
- 50% des cas sont des formes secondaires ou associées.
- On distingue alors des formes aiguës:  
d'origine toxique ou d'origine métabolique.  
Parmi les toxiques et médicaments, il s'agit de la prise ou de l'arrêt brutal d'alcool, de cocaïne, d'amphétamines ou de tricycliques, de fluoxétine ou d'IMAO... de prise de chocolat... quand survient un rebond de S.P.

# Troubles du comportement en S.P.: les étiologies

- 50% des cas sont des formes secondaires ou associées.
- On distingue des formes chroniques:
  - 1/ Formes avec les synucléopathies:*
    - Maladie de Parkinson (38% des Formes idiopathiques de RBD sont associées 8 ans plus tard à un Parkinson);
    - Atteintes extra-pyramidales plus rares: atrophie olivo-ponto-cérébelleuse; Shy-drager; paralysie supra-nucléaire progressive.
    - La démence à corps de Lewy.

# Troubles du comportement en S.P.: les étiologies

- 50% des cas sont des formes secondaires ou associées.
- On distingue des formes chroniques:  
*2/ Formes associées aux Tauopathies*  
beaucoup moins fréquentes:  
Forme associée à une démence d'Alzheimer  
ou avec un traitement anticholinestérasique.

# Troubles du comportement en S.P.: les étiologies

- 50% des cas sont des formes secondaires ou associées.
- On distingue des formes chroniques:  
*3/ Formes associées à la Narcolepsie:*  
forme grave de narcolepsie, chez un sujet jeune, dans les 2 sexes, le trouble moteur peut révéler ou survenir très tôt au cours de la maladie, il est souvent peu violent (comportement d'orientation avec un continuum dans la gravité des troubles moteurs).  
Possible état dissocié.

# Troubles du comportement en S.P.: les étiologies

- 50% des cas sont des formes secondaires ou associées.
- On distingue des formes chroniques:  
*4/ Formes associées à diverses maladies neurologiques: SEP, Sd de Guillain-Barré, troubles vasculaires cérébraux, tumeurs du T.C., traumatisme crânien....*

# Troubles du comportement en SP

- Les études en SPECT et en PET montrent:
  - 1/ une réduction de la liaison dopamine-récepteurs présynaptiques dans les noyaux striés (striatum et putamen). Cette réduction est observée chez les malades avec un S.P. sans atonie, à un degré de plus chez les malades avec troubles moteurs au cours du S.P. idiopathiques et à un degré beaucoup plus important chez les parkinsoniens par rapport aux témoins.
  - 2/ La densité du transporteur dans les noyaux gris striés est en corrélation linéaire avec le nombre de neurones dans le Locus Niger.

# Troubles du comportement en SP

- Études génétiques: DQB1 0501 et DQB1 0602 sont les plus fréquents donc DQw1 présent dans 84% des cas.
- Dans cette parasomnie, dissociation entre DR2 le plus souvent négatif et DQw1 le plus souvent présent.
- C'est le contraire de ce qui est observé dans la narcolepsie, forte association DR2 ou DR15 et DQB1 0602.

# Troubles du comportement en SP

- **Diagnostic différentiel:**
- SAOS avec pseudo-RBD en S.P.
- Somnambulisme ou terreur nocturne.
- Trouble psychiatrique dissociatif.
- Crise d'épilepsie nocturne.

# Troubles du comportement en SP: Les traitements

- **I. Dans tous les cas:** Règles d'hygiène de vie et de sommeil, Précautions et actions sur l'environnement pour diminuer le risque de blessures...(suppression des objets dangereux, matelas sur le sol, protection des fenêtres....).

# Troubles du comportement en SP: Les traitements

- II. Le traitement de référence est le  
CLONAZEPAM: Faible dose de 0,5 à 2 mg le soir, rapidement efficace dans près de 90% des cas. Effet thérapeutique durable. Pas d'effet secondaire néfaste, ni dépendance, ni accoutumance. A son arrêt, les troubles réapparaissent. Il agit en partie par son action sérotoninergique . Il change la qualité des rêves, supprime les activités phasiques et le comportement moteur anormal. Il n'a pas d'effet sur l'activité tonique.

# Troubles du comportement en SP: Les traitements

- **III. Traitement des formes secondaires et associées:** Prise en charge de la maladie causale ou associée.

Si nécessaire on ajoute un traitement par Clonazepam.

- **IV. Si clonazepam contre-indiqué ou inefficace:** 1. La mélatonine (restaure l'atonie du SP), 2. Antidépresseurs tricycliques, 3. La L Dopa, les agonistes dopaminergiques et L tryptophane, 4. La carbamazépine efficace dans 1 cas.....

## II. Les paralysies du sommeil isolées et récurrentes

- A l'endormissement (hypnagogique) ou au réveil (hypnopompique), le sujet est incapable d'accomplir un mouvement volontaire.
- Physiopathologie: Intrusion du S.P. ou persistance de l'atonie du S.P. lors d'une phase de transition Veille-Sommeil ou Sommeil- Veille. Abolition du tonus musculaire chez un sujet vigile.

# Les paralysies du sommeil

- Épidémiologie: 40 à 60% des sujets adultes en population générale ont un épisode de paralysie du sommeil au cours de leur vie. Les formes fréquentes (1 épisode /semaine ou /mois) ont une prévalence de 0,3 à 6,2%. Prévalence chez l'enfant inconnue.
- Différences selon l'ethnie.
- Fréquence identique dans les 2 sexes.
- Peuvent débuter à n'importe quel âge mais surtout à l'adolescence et à l'âge adulte.

# Les paralysies du sommeil: description clinique

- Sujet conscient, éveillé **ne peut effectuer aucun mouvement** mais muscles oculaires (M.O) et respiratoires sont épargnés.
- Impossibilité d'appeler, de crier... provoque sensation d'angoisse.
- L'angoisse amène les sujets à consulter.
- Paralysie dure quelques sec. à quelques minutes, s'arrête spontanément ou sous l'influence d'une stimulation extérieure.
- Imagerie hypnagogique associée possible.

# Les paralysies du sommeil

- **Plusieurs formes cliniques:**
- 1/ F. isolées sans aucun trouble clinique ou biologique.
- 2/ F. familiales: certaines liées à l'X, plus fréquentes chez la femme.
- 3/ F. associées à une narcolepsie Paralysies du sommeil dans 20 à 40% des narcolepsies de l'enfant ou de l'adulte; maximum chez l'adolescent, dans les 2 sexes.

# Les paralysies du sommeil: Évolution

- Survenue aléatoire, ni rythmicité, ni périodicité.
- La fréquence peut dépendre de facteurs favorisants: privation de sommeil, irrégularité du rythme V/S, facteurs psychologiques, stress ou surmenage.
- Retour quasi-immédiat à la normalité; anxiété résiduelle parfois.

# Les paralysies du sommeil

- **Le diagnostic est clinique.**
- Une polysomnographie n'est réalisée que pour rechercher une pathologie associée.
- On enregistre alors une abolition du tonus musculaire des muscles axiaux et périphériques avec la survenue de twitches associées à un EEG de veille avec mouvements oculaires et des paupières. Parfois une transition vers le sommeil voire du SP est enregistrée.

# Les paralysies du sommeil

- Pas de diagnostic différentiel.
- Reconnaître une narcolepsie+++ La cataplexie diffère de la P. du S. car survient dans la veille, déclenchée par un facteur émotionnel.
- Paralysie hypokaliémique (adolescent mâle au réveil, après repas riche en alcool et hydrates de carbone). F. familiales.
- Manifestation somatoforme ou psychotique.

# Les paralysies du sommeil

- Pas de traitement spécifique.
- Lutter contre les facteurs favorisant.
- Dans les formes sévères, dans les formes familiales, dans les formes associées à une narcolepsie: traitement par la clomipramine (10 à 20 mg le soir au coucher) ou par des IRS.

# Les autres parasomnies: I. Trouble dissociatif lié au sommeil

- Mise en action de souvenir de scènes d'abus sexuel vécues comme des rêves et non comme des souvenirs conscients.
- Peut survenir dans la veille ou au cours du sommeil, toujours lié à une lourde histoire psychiatrique.
- DSM IV: perturbation des fonctions normalement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement.

## Trouble dissociatif lié au S.

- Comportement complexe, potentiellement dangereux, au cours du sommeil ou lors de la transition V/S ou quelques min après un éveil nocturne à partir du SLL ou du SP.
- Les épisodes nocturnes s'accompagnent d'épisodes diurnes.
- Les épisodes durent de quelques minutes à une heure ou plus.
- Au cours des épisodes dissociatifs du sommeil, le sujet peut marcher, crier, s'auto-mutuler, commettre des actes de violence voire un homicide.

# Trouble dissociatif lié au S.

- Survient surtout chez la femme.
- Débute dans l'enfance ou chez l'adulte jeune, de façon brutale ou progressive par des accès sporadiques.
- Pas de notion précise de prévalence.
- Histoire d'abus sexuel dans l'enfance.
- Antécédents psychiatriques sévères (état de stress post-traumatique, dépression majeure, tentative de suicide...).
- Rarement survenue d'un état dissociatif nocturne isolé sans passé psy, sans épisode diurne, sans notion d'abus sexuel.

## Trouble dissociatif lié au S.

- **Évolution** chronique, sévère le plus souvent
- Des épisodes fréquents entraînent des troubles d'insertion sociale et des troubles du fonctionnement cognitif.
- **Formes cliniques**: Forme d'allure confusionnelle avec ou sans comportement élaboré, sans souvenir de rêve.
- Formes amnésiques avec parfois des fugues.
- Formes avec trouble de l'identité ou un trouble de dépersonnalisation.
- Formes avec hyperphagie boulimique.

# Trouble dissociatif lié au S.

- **Diagnostic** sur la vidéopolysomnographie de longue durée qui permet d'analyser le comportement du sujet et de préciser à quel moment du sommeil survient l'épisode. Les malades peuvent raconter le rêve qu'ils étaient en train de vivre.
- Enregistrement d'épisodes au cours de la veille confirme le diagnostic.
- Élimination d'autres parasomnies ou de crise nocturne.
- Bilan psychiatrique approfondi nécessaire.

# Trouble dissociatif lié au S.

- **Diagnostics différentiels** avec:
- 1/ les autres parasomnies avec violence, qui ne surviennent qu'au cours du sommeil et histoire psychologique très différente.
- 2/ Les crises d'épilepsie nocturne;
- 3/ Crise simulée.
- **Traitement:** Prise en charge psychiatrique longue et difficile.

# Les autres parasomnies:

## II. La catathrénie

- Gémissement, grognement ou vocalisation expiratoire pendant des périodes d'expiration prolongée, au cours du S. et surtout au cours du S.P.
- pouvant témoigner d'une obstruction fonctionnelle des VAS en sus-glottique avec apposition des cordes vocales au cours du S.
- Au cours de la Veille laryngoscopie et mobilité des cordes vocales sont normales.

# Les autres parasomnies:

## La Catathrénie

- Les 2 sexes sont atteints.
- Adultes jeunes: 20-45 ans.
- Aucune plainte (pas conscience du trouble), examen physique normal.
- Cas isolé dans la famille.
- C'est le ou la conjoint(e) qui est angoissé du fait du caractère très perturbateur des gémissements qui ont une tonalité plaintive.

# La Catathrénie

- L'enregistrement polysomnographique et audio-vidéo confirme les gémissements expiratoires (2 à 20 sec), de fréquence variable, se répétant plusieurs fois par nuit par périodes de 2 à 60 min, surtout en S.P. parfois en SL2, sans facteur positionnel. La macrostructure du S. normale.
- Expirations prolongées se terminent par un grognement avec micro-éveil et élévation du rythme cardiaque et de la T.A.
- Bilan ORL, fibroscopie normaux.
- Bilan psychologique normal.

# La Catathrénie

- **Éliminer:**
- Les apnées centrales (enregistrement analogique des sons).
- Éliminer stridor et ronflement: bruits inspiratoires.
- Suffocation des laryngospasmes.
- Respiration bruyante de l'asthme par bronchoconstriction.

# La Catathrénie

- Aucun traitement efficace n'est connu actuellement. Clonazépam, trazodone, PPC se sont révélés inefficaces.
- Les plaintes viennent du conjoint dont le sommeil est perturbé par le bruit.
- Boules Quiès? Chambre à part?