LES TROUBLES DU SOMMEIL EN LIEN AVEC LES TROUBLES FONCTIONNELS

FANIELLE J (1)

RÉSUMÉ : Les troubles fonctionnels, tout comme les troubles du sommeil, sont des pathologies extrêmement fréquentes dans la population générale avec un impact important sur la qualité de vie. Ces troubles présentent des interactions réciproques pouvant en accentuer les effets. Il est, dès lors, primordial de les rechercher et de les traiter concomitamment pour aider au mieux le patient. Cet article donne un aperçu des principaux troubles du sommeil retrouvés en lien avec des troubles fonctionnels, de leurs influences mutuelles et de leur prise en charge.

MOTS-CLÉS : *Troubles fonctionnels - Insomnie - Syndrome d'apnées du sommeil - Syndrome des jambes sans repos*

SLEEP DISORDERS IN CONNECTION WITH SOMATIC SYMPTOM DISORDERS

SUMMARY : Somatic symptom disorders and sleep disorders are very prevalent in the general population. They both have a huge impact on quality of life. These disorders have influences on each other with potential bidirectional exacerbations. It is then very important to look for them and to treat them concomitantly. This article gives a short overview of main sleep disorders in connection with somatic symptom disorders, their respective influences and their treatment.

KEYWORDS : *Somatic symptom disorder - Insomnia - Obstructive sleep apnea syndrome - Restless legs syndrome*

INTRODUCTION

Les troubles fonctionnels sont un motif de consultation extrêmement fréquent que l'on retrouve dans toutes les disciplines médicales (1). Leur définition est reprise dans d'autres articles de ce numéro thématique et peut être retrouvée dans le DSM-5 (2). La mise au point diagnostique n'est pas toujours aisée et il est fréquent que cela mène à une surconsommation des ressources médicales. Cette dernière peut être accentuée par la pression médico-légale rencontrée dans l'évolution des pratiques médicales dans certains pays.

La symptomatologie peut être très large et ne touche pas uniquement le fonctionnement diurne. En effet, les perturbations du sommeil sont très fréquentes, sous différentes formes, que cela porte sur l'endormissement, le maintien du sommeil, la qualité de celui-ci, sa durée ou encore le réveil matinal. Il en résulte des plaintes de fatigue en journée, de somnolence, des troubles attentionnels, de l'anxiété ou des troubles de l'humeur. Tout cela peut bien évidemment aggraver la qualité de vie et accentuer le ressenti des troubles fonctionnels. Il est, dès lors, primordial de les détecter afin de les traiter de manière spécifique.

LE SOMMEIL NORMAL

La physiologie du sommeil peut être schématisée par le modèle de Borbély (3). Il s'agit d'un modèle avec deux processus, l'un homéostatique

et l'autre circadien, prenant l'aspect d'une sinusoïde avec une période d'environ 24 heures. La répartition des différents stades de sommeil (N1, N2, N3 et le sommeil paradoxal) durant la nuit s'inscrit aussi dans le cadre de ce modèle à deux processus. C'est la bonne synchronisation de ces deux processus qui fait que l'on dort bien et que le fonctionnement diurne est efficace. Dès que ceux-ci ne sont plus en phase, comme on peut le voir lors d'un phénomène de «jet lag» (4), il en résulte des symptômes tels que des troubles digestifs, des céphalées, de la fatigue ou encore des plaintes musculo-squelettiques. Il n'est, dès lors, pas étonnant qu'il existe de nombreuses interactions entre les troubles fonctionnels et les troubles du sommeil.

LES TROUBLES DU SOMMEIL LES PLUS SOUVENT ASSOCIÉS AUX TROUBLES FONCTIONNELS

L'INSOMNIE

Parmi les troubles du sommeil rencontrés dans les troubles fonctionnels, l'insomnie est vraisemblablement le problème le plus fréquent, avec une prévalence variant entre 20 et 48 % dans cette catégorie de patients en lien avec les symptômes somatiques et les répercussions psychosociales (5). Tout événement stressant peut occasionner des plaintes d'insomnie et d'autant plus, lorsque cela est répété sous forme d'un stress chronique.

Citons, notamment, le modèle des 3 «P» (pour Prédiposant, Précipitant et Perpétuant) développé par Spielman et coll. qui suggèrent, pour l'insomnie, la présence d'éléments prédisposants sur lesquels s'inscrit un facteur

(1) Service de Neurologie, CHU Liège, Belgique.

précipitant (un événement stressant) et, ensuite, une chronicisation en lien avec des événements perpétuants (6).

Actuellement, on distingue l'insomnie aiguë et l'insomnie chronique qui se différencient par la durée d'évolution supérieure à trois mois pour cette dernière. Outre ce critère temporel, les critères diagnostiques se fondent sur une plainte de sommeil en termes de qualité ou de quantité (difficultés d'endormissement, difficultés de maintien de sommeil ou éveil matinal précoce), ayant des conséquences sur le fonctionnement diurne (fatigue, somnolence, troubles de la concentration, troubles de l'humeur, irritabilité, ...), et sans autre trouble pouvant expliquer les plaintes. L'insomnie chronique est extrêmement fréquente avec une prévalence de 10 % dans la population générale (7). Il s'y associe régulièrement des comorbidités psychiatriques, en particulier un trouble anxieux et/ou un trouble de l'humeur qu'il faut prendre en charge concomitamment à l'insomnie.

Pour rappel, le traitement de premier choix est la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie, et non les médicaments. Celle-ci nécessite généralement 6 à 8 séances, avec un taux d'efficacité proche de 80 % et un effet bien plus durable que les traitements pharmacologiques.

Outre ces formes bien codifiées, il est clair qu'il peut y avoir un caractère insomniant de divers troubles fonctionnels, que ce soit dans le cadre des syndromes douloureux chroniques ou encore dans les manifestations digestives comme la colopathie fonctionnelle. Il peut alors y avoir l'installation d'un cercle vicieux : l'altération du sommeil ayant tendance à aggraver les plaintes somatiques. En effet, même chez des individus sains, une restriction du temps de sommeil engendre une augmentation des plaintes somatiques (8, 9). D'autres données ont également montré que la privation de sommeil favorisait un état d'hyperalgésie (10).

LE SYNDROME D'APNÉES ET HYPOPNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL

L'état d'hyperalgésie a aussi été mis en évidence dans le syndrome d'apnées et hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS). Celui-ci, à côté des insomnies, est l'autre pathologie du sommeil hautement prévalente, avec une estimation entre 6 et 17 % au sein de la population adulte (11, 12). La définition classique comprend la présence de symptômes (diurnes et/ou nocturnes), avec un indice d'apnées-hypopnées supérieur à 5 par heure sur la polysomnographie, ou alors, la présence d'un indice

d'apnées-hypopnées supérieur à 15 par heure, indépendamment de tout symptôme. Dans leur forme obstructive, les apnées et les hypopnées sont des événements respiratoires d'au moins dix secondes liés à une obstruction au niveau des voies aériennes supérieures durant le sommeil. Cela engendre une fragmentation du sommeil, une hyperactivité sympathique nocturne et, selon les cas, des désaturations en oxygène plus ou moins importantes.

Au niveau physiopathologique, l'hypoxémie intermittente favoriserait une activation de la cyclo-oxygénase de type 2 majorant le taux de prostaglandines E2, avec un effet sur les nocicepteurs. En outre, cette hypoxie intermittente, la fragmentation du sommeil et l'augmentation de l'activité sympathique nocturne, activent également la voie NF-kappa B, ce qui mène à une augmentation de cytokines pro-inflammatoires comme le TNF-alpha, l'IL-6 ou l'IL-8 (13).

De manière intéressante, chez des patients présentant un SAHOS d'intensité sévère, il a été montré qu'un traitement par pression positive bien conduit menait à une réduction de la sensibilité à la douleur (14, 15). Il est donc important de penser à rechercher cette pathologie dans les syndromes douloureux chroniques et de se rappeler qu'elle ne concerne pas que les individus obèses. En effet, elle peut aussi se voir chez des personnes avec un indice de masse corporel normal, en raison de facteurs anatomiques osseux maxillo-faciaux (étroitesse maxillaire transverse et/ou rétrognathie) ou pharyngés comme une hypertrophie des amygdales.

Un piège supplémentaire est la composante iatrogène qui n'est pas rare chez les patients présentant des troubles fonctionnels et, en particulier, dans le cadre des syndromes douloureux chroniques. En effet, il existe fréquemment une polymédication avec l'usage de benzodiazépines prescrites à visée myorelaxante (diazépam ou clonazépam) ou encore d'alpha-2-delta ligands pour moduler la douleur comme la prégabaline ou la gabapentine. Or, ces molécules peuvent favoriser un SAHOS. Il est donc important de bien analyser dans quel contexte s'inscrit ce dernier (obésité, facteurs osseux, hypertrophie des amygdales, iatrogénie, ...) ainsi que de voir si les molécules à risque sont toujours bien nécessaires chez le patient. Soulignons aussi, au passage, la problématique des antalgiques morphiniques qui engendrent des syndromes d'apnées du sommeil centraux et tous les problèmes de dépendance. En cas de doute, il ne faut pas hésiter à réévaluer la situation après sevrage des médicaments incriminés.

LE SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

L'aspect respiratoire est loin d'être le seul impacté par les effets secondaires iatrogènes. En effet, on retrouve fréquemment des antidépresseurs dans le traitement des patients présentant des troubles somatoformes en lien avec des comorbidités anxio-dépressives, ou encore pour un aspect modulateur de la douleur dans les syndromes douloureux chroniques. Il s'agit, le plus souvent, d'inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (SSRI) ou de la sérotonine et de la noradrénaline (SNRI). Ces molécules ne sont pas sans effet sur le sommeil. En effet, outre un effet supprimeur sur le sommeil paradoxal, elles peuvent engendrer ou accentuer des syndromes des jambes sans repos (SJSR) et/ou des mouvements périodiques des membres durant le sommeil. Le syndrome des jambes sans repos a une prévalence dans la population générale estimée entre 1,5 et 2,7 % pour les formes modérées à sévères. Cependant, cette pathologie est hautement prévalente dans la population souffrant de fibromyalgie avec, selon les études, des chiffres de prévalence entre 20 et 65 % (16, 17). Le SJSR se définit par des sensations désagréables au niveau des membres (inférieurs ou supérieurs), avec une recrudescence vespérale, une amélioration des symptômes par le mouvement et une aggravation par l'immobilisation. Le diagnostic différentiel est à faire, notamment, avec des douleurs neuropathiques, l'akathisie, des manifestations motrices dans un contexte de trouble anxieux, une insuffisance veineuse, ou encore, l'érythromélgie.

Connaissant les impacts du SJSR sur le sommeil, la qualité de vie et la santé mentale, il est indispensable de le rechercher et de le traiter. Avant d'instaurer un traitement, il convient de toujours s'assurer que la ferritinémie est supérieure à 75 µg/L et que le coefficient de saturation de la transferrine est supérieur à 20 % (sans quoi une supplémentation martiale est indiquée). On veillera également à vérifier le bilan thyroïdien, la fonction rénale, l'ionogramme et le bilan vitaminique (vitamine B12, acide folique et vitamine D) et les éventuels médicaments favorisant dans le traitement du patient (typiquement les antidépresseurs et les neuroleptiques) ainsi que la prise de caféine (à éviter). Ensuite, en l'absence de contre-indication, on envisagera un traitement par alpha-2-delta ligand (prégabaline ou gabapentine) en première intention; les agents dopaminergiques (pramipexole, ropinirole, rotigotine) sont, aujourd'hui, un traitement de deuxième ligne, en raison du risque de phénomène d'augmentation et de résistance au traitement à long terme.

CONCLUSION

Les troubles du sommeil sont des pathologies très fréquentes qu'il convient de systématiquement rechercher dans les troubles fonctionnels car ils peuvent les aggraver et profondément altérer la qualité de vie des patients avec des risques anxio-dépressifs non négligeables associés. Il est d'autant plus important de les traiter qu'il existe des solutions thérapeutiques efficaces pouvant aider, tant sur le plan du sommeil que sur les symptômes fonctionnels et le fonctionnement diurne. Cette intrication souligne l'importance de la pluridisciplinarité dans la prise en charge des patients présentant des troubles fonctionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- Hiller W, Rief W, Brähler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;**41**:704-12.
- Crocq MA, Gueffi JD. *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux:Elsevier Masson;2015.
- Borbély AA. A two process model of sleep regulation. *Hum Neurobiol* 1982;**1**:195-204.
- Herxheimer A. Jet lag. *BMJ Clin Evid* 2014;**2014**:2303.
- Ionescu CG, Popa-Velea O, Mihăilescu AI, et al. Somatic symptoms and sleep disorders: a literature review of their relationship, comorbidities and treatment. *Healthc Basel Switz* 2021;**9**:1128.
- Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1987;**10**:541-53.
- Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of insomnia. *Sleep Med Clin* 2022;**17**:173-91.
- Moldofsky H, Scarisbrick P. Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation. *Psychosom Med* 1976;**38**:35-44.
- Krietsch KN, King CD, Beebe DW. Experimental sleep restriction increases somatic complaints in healthy adolescents. *Sleep Med* 2020;**73**:213-6.
- Roehrs T, Hyde M, Blaisdell B, et al. Sleep loss and REM sleep loss are hyperalgesic. *Sleep* 2006;**29**:145-51.
- Senaratna CV, Perret JL, Lodge CJ et al. Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: a systematic review. *Sleep Med Rev* 2017;**34**:70-81.
- Doufas AG, Tian L, Davies MF, Warby SC. Nocturnal intermittent hypoxia is independently associated with pain in subjects suffering from sleep-disordered breathing. *Anesthesiology* 2013;**119**:1149-62.
- P. Kaczmarek P, Karuga FF, Szmyd B, et al. The role of inflammation, hypoxia, and opioid receptor expression in pain modulation in patients suffering from obstructive sleep apnea. *Int J Mol Sci* 2022;**23**:9080.
- Khalid I, Roehrs TA, Hudgel DW, Roth T. Continuous positive airway pressure in severe obstructive sleep apnea reduces pain sensitivity. *Sleep* 2011;**34**:1687-91.
- Marvisi M, Balzarini L, Mancini C, et al. Fibromyalgia is frequent in obstructive sleep apnea and responds to CPAP therapy. *Eur J Intern Med* 2015;**26**:49-50.
- M. H. Silber MH, Buchfuhrer MJ, Earley CJ, et al. The management of restless legs syndrome: an updated algorithm. *Mayo Clin Proc* 2021;**96**:1921-37.
- Viola-Saltzman M, Watson NF, Bogart A, et al. High prevalence of restless legs syndrome among patients with fibromyalgia: a controlled cross-sectional study. *J Clin Sleep Med* 2010;**6**:423-7.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Fanielle J, Service de Neurologie, CHU Liège, Belgique.
Email : j.fanielle@chuliege.be