Zeitschrift: Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera

Herausgeber: Parkinson Schweiz

Band: - (2000)

Heft: 58

Artikel: "Parkinson" et le sommeil : l'angoisse de la longue nuit

Autor: Sturzenegger, Matthias

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-815719

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 08.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

«PARKINSON» ET LE SOMMEIL

L'angoisse de la longue nuit

Environ 25% des personnes ont un sommeil de mauvaise qualité. Les troubles du sommeil dont souffrent les parkinsoniens, surtout au stade avancé de leur maladie, peuvent être particulièrement douloureux. Ils ne sont pas toujours dus à la maladie. Mais il existe quelques possibilités d'y remédier.

De Matthias Sturzenegger

Les troubles du sommeil ont déjà été décrits par James Parkinson dans son légendaire essai sur la maladie de Parkinson. Il pensait qu'ils étaient dus au tremblement (ce qui n'est actuellement plus tout à fait exact).
Mais les troubles du sommeil dans le cadre d'un syndrome parkinsonien sont un problème considérable: pour le patient parce qu'il en souffre et pour le médecin, du point de vue thérapeutique, parce qu'ils apparaissent presque généralement au stade avancé de la maladie (plus de 80%). Diverses études s'intéressant à la qualité de vie avec la maladie de Parkinson ont révélé que les troubles du sommeil étaient la deuxième raison la plus importante qui limitait la qualité de la vie, après les troubles de la motricité.

Les troubles du sommeil et leurs causes

Les troubles du sommeil nocturne (perturbations du sommeil physiologique normal) sont également très répandus en dehors de la maladie de Parkinson. Ils sont le sujet d'études très pointues ces dernières années. Définir le sommeil «normal» représente encore toujours un grand problème. Le sommeil peut être «anormal» en ce qui concerne sa durée. Napoléon dormait, en moyenne, quatre heures et Churchill huit heures. Il a été calculé qu'en considérant le nombre d'heures pendant lesquelles il était éveillé, Napoléon avait plus profité de la vie (en heures) que Churchill, bien qu'il soit décédé à un âge sensiblement plus jeune. Lequel avait un sommeil normal?

Mais le sommeil peut aussi se dérouler «anormalement»:

- Les troubles de l'endormissement (25%–65% des parkinsoniens).
- Les troubles pendant le sommeil marqué de réveils fréquents durant la nuit (50%–90% des parkinsoniens).
- Le réveil matinal prématuré, manifestations anormales pendant le sommeil (p.ex. mouvements continuels des jambes, qui empêchent d'atteindre les stades du sommeil profond et réparateur ; somnambulisme).
- Des crises d'épilepsie.
- Les troubles respiratoires (p. ex. le syndrome d'apnées du sommeil : réveils répétés et courts, dus à des crises d'étouffement accompagnées, le plus souvent, d'un ronflement et d'apnées).
- Des douleurs (p.ex. arthrose, inflammations), des problèmes psychiques (p.ex. angoisses, dépression), des médicaments (p.ex. stimulants), des denrées alimentaires (surtout l'alcool et le café) sont des phénomènes pouvant changer la qualité du sommeil. Le sommeil est considéré comme anormal lorsque la personne concernée en souffre ou lorsqu'il occasionne des désagréments secondaires (p.ex. fatigue diurne, troubles de la concentration, maux de tête etc.).

Les troubles du sommeil dans la maladie de Parkinson

Tous les troubles qui ont été mentionnés et qui sont indépendants de la maladie de Parkinson peuvent également apparaître chez les parkinsoniens. Mais nous nous limitons – dans le texte qui suit – aux causes des troubles du sommeil qui apparaissent avant tout ou souvent dans la maladie de Parkinson. En règle générale : les troubles du sommeil ainsi que les autres troubles du fonctionnement du système neurovégétatif se manifestent surtout au stade avancé de la maladie.
Des travaux dans le laboratoire de sommeil ont montré que les parkinso-

Comme on fait son lit, on se couche...

Vous pourrez mieux bouger si votre matelas est ferme. Une couverture en laine de mouton procure plus de chaleur qu'un molleton usuel. Vous pouvez utiliser une couverture légère pour vous couvrir, vous pourrez ainsi vous retourner plus facilement (p.ex. une couverture en soie sauvage). Des chaussons de lit vous donneront une meilleure prise sur le drap et peuvent vous aider à bouger plus facilement. Des draps de lit ou des pyjamas (en soie) glissants permettent de se retourner plus facilement. Contre une transpiration excessive, vous pouvez utiliser des coussins d'épeautre ou de millet. Les coussins aux herbes procurent un effet bienfaisant et un sommeil réparateur.

niens (sans traitement médicamenteux) ont une durée de sommeil totale raccourcie par rapport au degré de gravité de la symptomatique et plus spécifiquement de l'akinésie. Ce trouble était également réversible, dans la mesure où les symptômes parkinsoniens réagissaient à la L-dopa.

Il y a de nombreuses raisons pour les troubles du sommeil chez les parkinsoniens (voir encadré) :

- La plus importante est l'akinésie nocturne qui rend impossible le fait de se retourner dans le lit et de trouver une position «agréable» pour dormir.
- Lorsque des dyskinésies et des dystonies apparaissent au cours de la maladie, elles persistent également souvent pendant la nuit et sont accompagnées de crampes douloureuses (jambes).
- Les troubles de la miction avec un besoin d'uriner impératif et souvent douloureux. Cela peut aussi mener à une incontinence et à mouiller le lit. Selon le stade de la maladie, de tels troubles de la miction sont observés dans 40%–70% des cas, donc fréquemment.
- Des douleurs dorsales et articulaires diffuses apparaissent plus souvent la nuit que le jour accompagnées, en partie, de rigidité.
- Des hallucinations (surtout visuelles), des cauchemars et un état confusionnel, au stade avancé de la maladie, sont surtout la nuit souvent très gênants. Ces symptômes peuvent être accentués par les médicaments.
- L'angoisse et les soucis, par exemple lors d'une dépression, peuvent finalement aussi empêcher de s'endormir ou mener à se réveiller tôt le matin.
- Un sommeil nocturne perturbé par des troubles respiratoires. L'akinésie a des conséquences diverses sur la respiration. Elle provoque des phases d'inspiration raccourcies mais une fréquence respiratoire accélérée. L'adaptation de la respiration aux besoins qui se sont modifiés s'est déréglée, provoquant des troubles de l'élocution et des crises d'étouffement lors d'efforts. Des troubles de la fonction respiratoire ont également été constatés pendant le sommeil. Le syndrome d'apnées du sommeil serait présent chez près de 1/5 des parkinsoniens examinés (voir encadré). Aucune relation avec la durée de la maladie et le degré de gravité de la maladie ou de l'akinésie n'a toutefois été mise en évidence. Cette coïncidence est probablement due au hasard (voir encadré). Mais la consommation d'alcool avant de se coucher peut sensiblement aggraver un léger syndrome d'apnées du sommeil.

Traitement: approches thérapeutiques

Il existe, heureusement, diverses approches thérapeutiques pour assurer également aux parkinsoniens un sommeil réparateur.

Il faut d'abord essayer de définir plus exactement, avec le médecin, le genre de troubles du sommeil dont on souffre et de dresser une liste des différentes causes pouvant entrer en question.

- Le principal but thérapeutique est de réduire l'akinésie nocturne, ce qui améliorera la qualité du sommeil. Les médicaments de premier choix sont les préparations à base de L-dopa avec effet retard *(Sinemet CR, Madopar DR)*, éventuellement combinées avec un inhibiteur de la COMT ou aussi avec des agonistes dopaminergiques disposant d'une longue demi-vie. Des études récentes faites avec de la Cabergoline, un agoniste dopaminergique à très longue durée d'action dans le corps, montrent un excellent effet sur les troubles de la motricité nocturne et sur les troubles du sommeil. La Ca-

Parkinson et troubles du sommeil – que faire?

Prévenir:

- ne plus boire avant d'aller se coucher
- ne pas boire d'alcool tard le soir
- éventuellement un bain chaud, une promenade le soir («mouvement»)

Traiter:

- préparations retard pour la nuit lors d'akinésie nocturne
- médicaments contre l'hyperactivité de la vessie
- analgésiques lors de douleurs
- adapter les médicaments ou les neuroleptiques lors d'états confusionnels ou d'hallucinations
- antidépresseurs lors de dépression
- médecine anthroposophique: utiliser les somnifères avec prudence (leur effet se prolonge dans le jour qui suit). Le soir, un bain de pieds chaud; des massages rythmés aux pieds et aux jambes, couché dans le lit, avec du Solum uliginosum (remède Wala)

bergoline semble être nettement plus efficace que les préparations retard à base de L-dopa.

Le médicament se prendra avant de se coucher et en augmentant progressivement les doses, sous le contrôle vigilant du médecin traitant. Cela vaut peut-être la peine de prendre une telle préparation pendant la nuit. Ce qui permettra d'influencer favorablement l'apparition matinale de crampes dans les mollets et de douloureuses dystonies au niveau des pieds. Un bain chaud et une promenade le soir avant de se coucher sont des mesures simples qui peuvent s'avérer utiles.

- Il ne faut plus rien boire au moins une heure avant d'aller se coucher. C'est une mesure préventive importante contre le besoin d'uriner fréquemment pendant la nuit, mais à laquelle on oublie souvent de penser. Des études détaillées concernant les problèmes de miction chez les parkinsoniens ont montré que la raison pour le besoin d'uriner et pour l'incontinence réside, la plupart du temps, dans l'hyperactivité vésicale. La maladie de Parkinson touche un groupe d'âge qui peut avoir de nombreuses autres raisons à ces troubles de la miction (p.ex. hyperplasie de la prostate). Il faut donc définir exactement en face de quel trouble on se trouve, et éventuellement consulter un urologue avant de commencer un quelconque traitement. S'il n'y a pas d'autres explications, divers médicaments peuvent calmer efficacement l'hyperactivité de la vessie: les anticholinergiques (p. ex. *Spasmo-Urgénine Néo, Ditropan, Cetiprin*) ou les médicaments contre les crampes musculaires sans effets anticholinergiques (p. ex. *Urispas*). Mais les médicaments ne suffisent parfois pas. C'est avec le médecin traitant qu'il faut alors envisager des moyens auxiliaires (p.ex. un urinal, un cathéter ou même une sonde suprapubienne) qui peuvent être d'un grand soulagement.
- Lors d'états confusionnels ou d'hallucinations, il faut d'abord adapter les médicaments antiparkinsoniens en réduisant, par exemple, la dose pour la nuit. Mais si ce n'est pas possible, par exemple en raison d'une rigidité accrue (qui de son côté augmente les troubles du sommeil), il faudra prescrire des sédatifs (p.ex. Clométhiazole) ou des neuroleptiques spéciaux (p.ex. Clozapine).
- Les parkinsoniens souffrant de dépression peuvent très bien être soignés avec des antidépresseurs. Il faudra choisir des médicaments sans effets secondaires cholinergiques et qui ont un effet sédatif et qui facilitent l'endormissement s'ils sont prescrits le soir.
- Les analgésiques peuvent être prescrits s'ils sont bien supportés (p.ex. des antirhumatismaux de préférence sous forme retard).

Le syndrome d'apnées du sommeil – de quoi s'agit-il?

Le tonus musculaire diminue surtout dans le sommeil profond. Cette perte de tension musculaire concerne également les muscles associés aux voies respiratoires supérieures comme le palais, la langue et le pharynx. Lorsque nous respirons, le tonus de ces muscles augmente afin d'éviter que les voies respiratoires supérieures ne se resserrent en raison de la sous-pression engendrée par le remplissage des poumons. Ce mécanisme n'est plus aussi efficace pendant le sommeil. L'être humain ronfle lorsque les voies respiratoires supérieures se rétrécissent en raison du relâchement de la musculature du pharynx, du palais et de la langue. Certaines particularités anatomiques individuelles peuvent favoriser le resserrement des voies respiratoires supérieures: une grosse luette, des amygdales hypertrophiées, une déviation de la cloison nasale ou une accumulation de tissu graisseux lors d'un fort excès pondéral.

Lors d'un ronflement important et persistant, les voies respiratoires supérieures se resserrent, le passage de l'air est accéléré et il se crée une perte de pression. La région du pharynx se resserre encore plus et les voies respiratoires peuvent même se fermer momentanément (obstruction). Il en résulte un arrêt respiratoire (apnée). La concentration en oxygène dans le sang diminue et le taux de gaz carbonique augmente. Lorsque le seuil critique de désaturation est atteint, les centres respiratoires situés dans le tronc cérébral déclenchent l'alarme et la personne se réveille. Le sommeil est interrompu pendant quelques secondes et la personne en est la plupart du temps inconsciente.

En passant dans la phase de veille, le tonus musculaire augmente à nouveau et les voies respiratoires supérieures s'élargissent. La respiration reprend avec un fort ronflement. Les taux d'oxygène et de gaz carbonique dans le sang se normalisent. La personne se rendort. Peu de temps après, ces phénomènes se répètent. Dans les pires des cas, cela peut se produire plusieurs centaines de fois par nuit et chaque fois avec une interruption du sommeil. Lorsque l'on observe plus de dix interruptions de la respiration (apnées) de plus de dix secondes chacune par heure de sommeil, on parle d'une apnée obstructive du sommeil nécessitant un traitement (SAOS).

Ces apnées peuvent, selon leur durée et leur fréquence, avoir des conséquences graves : des fortes réactions du système neuro-végétatif, une augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle (réactions de stress). Une personne qui souffre d'apnées du sommeil court un risque élevé de faire une attaque cérébrale ou un infarctus cardiaque, surtout lors d'apnées du sommeil très marquées. La fréquence du syndrome des apnées du sommeil (SAS) augmente. L'homme est plus souvent atteint que la femme. Les facteurs de risque sont l'excès pondéral, la consommation d'alcool et de nicotine le soir, les somnifères et le stress.

Le diagnostic est connu et efficace. Il faut éviter les facteurs de risque. Dans les cas plus sévères, on utilisera un masque nasal branché à une machine de la taille d'un attaché-case, qui fournit une pression positive continue et qui est appliqué pendant le sommeil nocturne.