

# TROUBLES DU SOMMEIL ET FIBROMYALGIE

## *Prise en charge des insomnies*

Docteur Patricia BEUDIN  
Service E.E.G. - E.F.S.N. - Hôpital Gabriel Montpied  
CHU de CLERMONT-FERRAND - France

Plus de 90 % des patients présentant une fibromyalgie se plaignent d'un mauvais sommeil : soit à type de difficulté d'endormissement, soit de réveils multiples au cours de la nuit ou encore de réveil matinal beaucoup trop précoce.

La plainte des patients porte encore plus sur les conséquences de ce mauvais sommeil que sur l'insomnie elle-même, avec des réveils matinaux très difficiles, sensation de nuits non reposantes, aggravation des douleurs et de la raideur matinale et une asthénie permanente dans la journée.

C'est en fait la fragmentation du sommeil avec comme corollaire la diminution du sommeil lent profond qui est à l'origine de ce "mauvais sommeil" et de ses effets secondaires. En effet, le sommeil lent profond est synonyme de sommeil de récupération d'un sommeil restaurateur de l'organisme. Il faut rappeler qu'au cours de ce stade, il existe une stabilité, un ralentissement très important de toutes les grandes fonctions physiologiques, avec une pression artérielle stable et basse, une fréquence cardiaque ralentie, un rythme ventilatoire régulier.

Toutes les fragmentations de ce sommeil lent profond, dont nous verrons plus loin les étiologies, vont avoir comme conséquences :

- Ø Les troubles de la vigilance diurne,
- Ø Les diminutions des capacités psychomotrices et cognitives (mémoire immédiate, logique),
- Ø Les troubles du jugement, une irritabilité, une agressivité diurne,
- Ø Un abaissement du seuil de la douleur avec pour conséquence une augmentation des douleurs matinales et un dérouillagematinal difficile.

## ***Quelles sont les principales causes d'insomnie dans la fibromyalgie ?***

### **1) TROUBLES ORGANIQUES LIÉS AU SOMMEIL**

- Ø **Syndrome de jambes sans repos** (*impatiences des membres inférieurs, restless legs syndrom*)

Il s'agit d'une impression clinique d'impatiences bilatérales, non douloureuses, des membres inférieurs, survenant le plus souvent en position assise ou couchée, ne cédant qu'avec la marche, le mouvement.

#### **4 critères cliniques permettent de porter le diagnostic :**

- Le patient décrit un besoin très important de mouvement, dès qu'il est au repos, mouvements qui lui permettent de lutter contre des sensations désagréables et des troubles sensitifs des membres inférieurs.
- Ces symptômes s'aggravent dès que le patient est au repos (ils peuvent même parfois survenir la journée au cours d'

ce soulagement n'est que temporaire et réapparaît dès l'immobilité.

- Ces sensations augmentent en soirée ou au cours de la nuit de manière chronobiologique.

On retrouve dans plus de 50 % des cas un terrain familial laissant à penser qu'il s'agit d'une transmission autosomique peut-être dominante, mais ces syndromes d'impatience des membres inférieurs peuvent être également symptomatiques d'un syndrome parkinsonien, de polyneuropathie, d'anémie ferriprive, d'insuffisance rénale ou des effets secondaires de certaines thérapeutiques (antidépresseurs, lithium, caféine).

La plupart des auteurs s'accordent sur le rôle de la dopamine dans la survenue du syndrome de jambes sans repos, le fer semble jouer également un rôle très important. Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, la polysomnographie nocturne, ou le test d'immobilisation prolongée.

Le traitement peut être étiologique lorsque une cause est retrouvée, mais le plus souvent symptomatique et l'on va s'adresser alors la plupart du temps aux agonistes dopaminergiques en première intention, et en cas de contre-indication aux benzodiazépines, à certains opiacés.

Ce syndrome de jambes sans repos qui serait responsable d'environ 17 % des insomnies d'endormissement est souvent associé aux mouvements périodiques des membres inférieurs au cours du sommeil (M.P.S.), mais ces deux syndromes peuvent survenir de manière indépendante.

#### Ø **Syndrome de mouvements périodiques des membres inférieurs :**

Il s'agit cette fois-ci de mouvements qui surviennent au cours du sommeil lent léger ou du sommeil lent profond, mouvements associant une extension du gros orteil, une dorsiflexion du pied, parfois une flexion du genou ou de la hanche. Ces mouvements durent 0.5 à 5 secondes et se répètent toutes les 20 à 40 secondes, ayant pour conséquence d'incessants microéveils au cours du sommeil et une diminution du sommeil lent profond. Ces microéveils s'accompagnent le plus souvent d'à-coups tensionnels, de variation de la fréquence cardiaque.

Outre l'interrogatoire du conjoint, la polysomnographie permet de faire le diagnostic, quant au traitement il est tout à fait identique à celui des jambes sans repos.

#### Ø **Syndrome d'apnées du sommeil :**

Syndrome là aussi très fréquent dans la population en général, puisqu'il est retrouvé dans 1 % de la population et chez 10 % des hommes de plus de 60 ans. On le retrouve donc plus fréquemment chez les hommes porteurs d'une fibromyalgie.

Le diagnostic repose sur une notion de ronchopathie avec arrêts respiratoires. Il faut plus de 10 arrêts respiratoires de plus de 10 secondes par heure de sommeil pour retenir le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil.

Chaque événement respiratoire pathologique s'accompagne d'une chute de la saturation artérielle en oxygène et d'une hypercapnie qui vont entraîner des variations de la fréquence cardiaque, des altérations progressives des mécanismes des baro et chémorécepteurs, des à-coups hypertensifs, et surtout à chaque

qu'il existe une notion de ronchopathie et d'asthénie diurne.

Le traitement passe par la réduction des facteurs favorisants (perte de poids, arrêt des benzodiazépines), parfois par la chirurgie O.R.L. et surtout par la mise sous ventilation par pression positive continue qui est le traitement d'excellence. Dans les syndromes d'apnées du sommeil moins sévères on peut s'aider d'orthèse d'avancement mandibulaire.

### Ø **Modifications de la microstructure du sommeil :**

Elles ont été décrites dès 1975 par MOLDOFSKY qui rapportait au niveau du sommeil lent profond et du sommeil lent léger l'intrusion au niveau de l'activité électroencéphalographique de bouffées d'activité alpha (activité d'éveil) au milieu des ondes lentes. Cette activité parasite d'éveil a été appelée "activité alpha delta". Elle s'accompagne souvent d'une augmentation des K complexes qui sont des figures électroencéphalographiques retrouvées lors des allègements du sommeil. Ces modifications ne sont pas spécifiques de la fibromyalgie. Elles sont retrouvées chez les mauvais dormeurs, les douloureux chroniques, attestant d'un désordre intrinsèque du sommeil. Peut-être existe-t-il une notion génétique ?

## **2) CAUSES PSYCHIATRIQUES**

On retrouve, soit des insomnies de type anxieux avec des difficultés d'endormissement, soit des insomnies de type dépressif avec des réveils multiples et longs en deuxième partie de nuit, après un endormissement beaucoup plus facile et des réveils matinaux précoces.

**3) LA DOULEUR**, bien entendu, ne doit pas être négligée dans la fibromyalgie. Cette douleur va entraîner une fragmentation du sommeil et une diminution du sommeil lent profond, mais cette diminution du sommeil lent profond elle-même va abaisser le seuil douloureux avec installation d'un cercle vicieux "d'insomnie et de douleur".

**4) CERTAINS MÉDICAMENTS**, comme les corticoïdes, ou l'usage chronique et trop intensif d'hypnotiques, vont également concourir au maintien de l'insomnie.

**5) Enfin**, il faut bien insister sur **l'HYGIÈNE DU SOMMEIL**, qui, chez le fibromyalgique plus que chez tout autre patient, doit être respectée et maintenue. Quelques grandes notions doivent être gardées à l'esprit :

- Maintenir une activité musculaire régulière et progressive dans la journée,
- Maintenir des horaires assez stricts de sommeil et surtout des horaires de lever,
- Diminuer le temps passé au lit,
- Ne pas poursuivre une mauvaise nuit par une "grasse matinée" trop longue qui perturbera encore plus le sommeil de la nuit suivante,
- Sortir le plus possible à l'extérieur pour maintenir une luminothérapie naturelle essentielle dans le déclenchement du sommeil.

## **CONCLUSION**

La prise en charge globale du patient porteur d'une fibromyalgie nécessite un interrogatoire spécifique sur le sommeil, afin de ne pas méconnaître certains troubles organiques liés au sommeil (R.L.S., M.P.S., S.A.S., S.R.V.A.S.) qui en dé

**Dauvilliers Y., Touchon J.-** Sommeil des patients atteints de fibromyalgie : modèle clinique et polysomnographique. *Neurophysiologie Clinique*. 2001 ; 31 (1) : 18-33.

**Derambure P., Damier P.,** - Syndrome des jambes sans repos. Améliorer le diagnostic et la prise en charge. *Neurologies*, juin/juillet 2004 ; 7 : 304-307.

**Desautels A., Michaud M., Montplaisir J., Turecki G., Rouleau G.A.** - Actualités Sixièmes Journées des Maladies du Système Nerveux Périphérique : syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil, aspects cliniques, éléments d'étiologie et perspectives génétiques. *Rev. Neurol.*, 2002 ; 158 : 12, 1225-1231.

**Moldofsky H.** - Fibromyalgia and chronic fatigue syndrom : the role of sleep disturbances. *Sleep : Physiology, Investigations and Medicine*. Ed. By Michel BILLIARD, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New-York, 2003; ch. 60 : 703-714.

**Monaca C., Derambure P.** - Le syndrome des jambes sans repos. *Médecine du Sommeil*, 2004 ; N° 1, 43-46.

**Montplaisir J., Fantini L., Michaud M., Lavigne G.** - Dopamine, sleep and periodic limb movements in sleep (PLMS). *J. Sleep Res.*, 2002 ; 11(1), A 318.

**Neau J. Ph., Paquereau J., Meurice J.C., Chavagnat J.J.** - Syndrome d'apnées du sommeil et accidents vasculaires cérébraux. *B.V.S. Europe*, fév. 2002 ; 14 : 32-37.

**Touchon J.** La fibromyalgie. Sommeil normal et pathologique. *Sous la direction de M. BILLIARD*. Ed. Masson. 1994.