

15^e Journée du Sommeil 27 mars 2015
thème « Sommeil & Nutrition »



« Qui dort dîne » une parasomnie méconnue

Trouble des conduites alimentaires du sommeil (TAS)
Sleep Related Eating Disorder (SRED)



Dr Nicolleau L.

Unité des troubles du sommeil, Pôle B/ Dr DIDI-Dr GIROD, Hôpital La Chartreuse DIJON

Conflit d'intérêt

Docteur Laurent Nicolleau

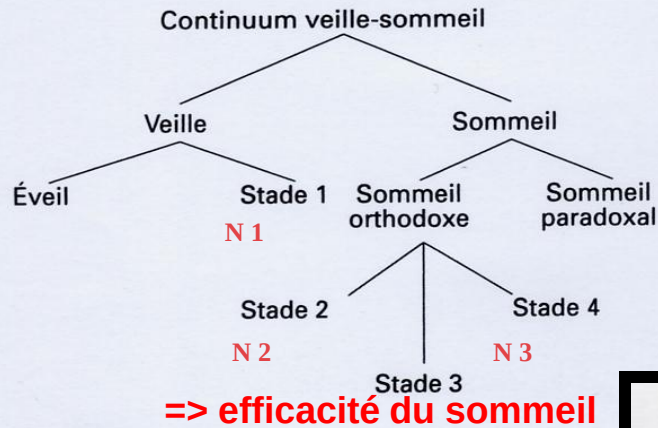
Ne déclare aucun conflit d'intérêt
pour cette présentation

plan

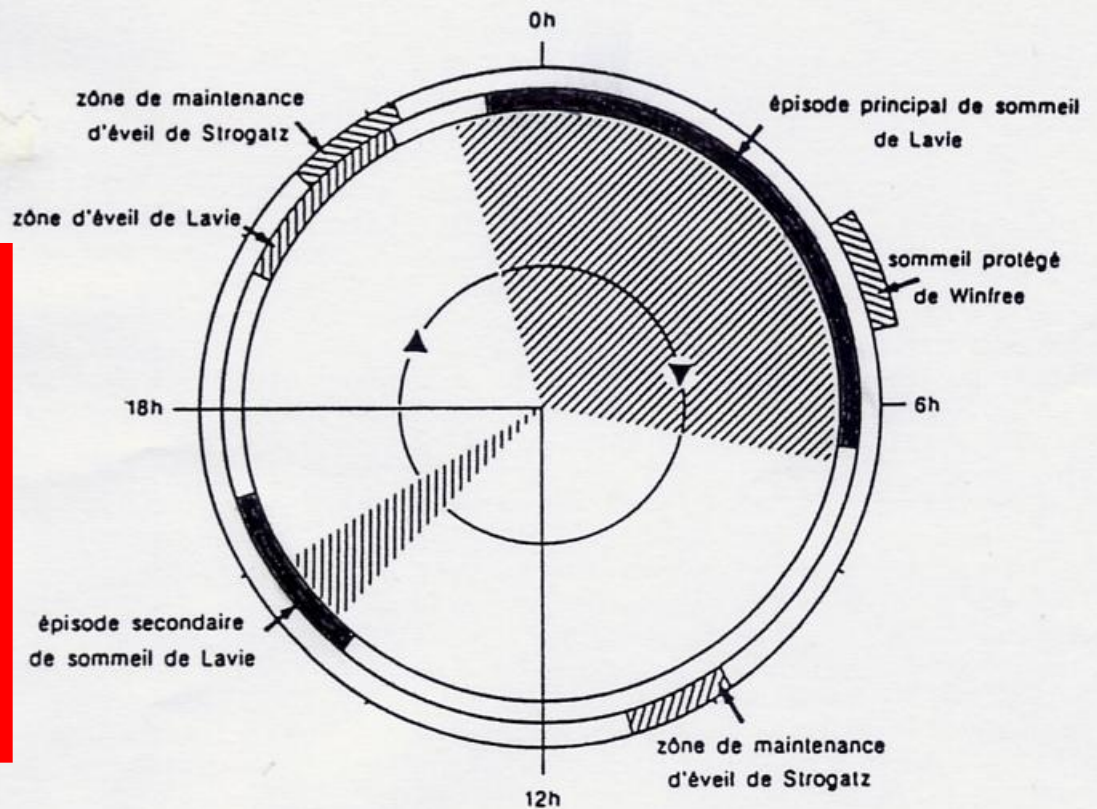
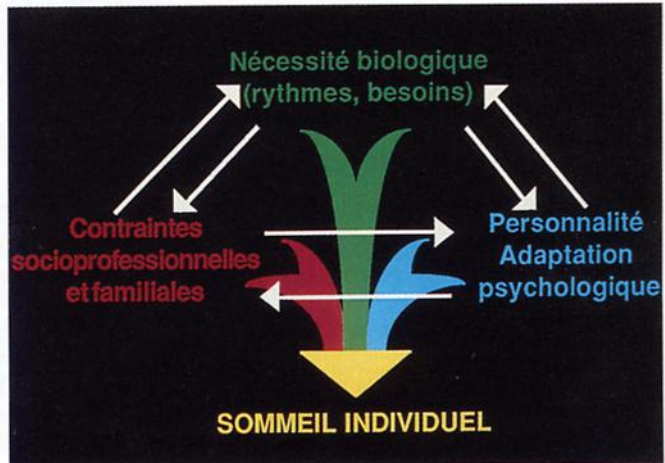
- Préambule : Sommeil & V-S/24h - Sommeil de nuit – Hypnogramme & Clinique
- Délimitations : Étymologie - Définition
Critères Dgc. - Autres appellations
- 2 observations cliniques : Mme A, Mme B, profils
- TAS : signes principaux, TAS à risque
- Recherche des signe aggravants ++ parasomnies en SLP
- Diagnostic impose : LABO : oui ? Différentiel : vPSG
- Résumé : démarche en pratique, épidémiologie du TAS
- Conclusion + Traitement proposé
- Clap de fin + Bibliographie

Préambule (1) continuum Veille-Sommeil vigilance/ 24h

Veille-sommeil, T°, lumière, hygiène



Comportement individuel



chronobiologie

Préambule (2) sommeil : continuum & entremêlements

Michel JOUVET - 1961



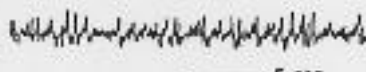
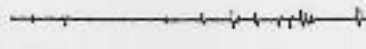
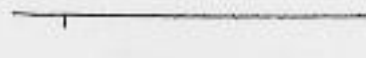
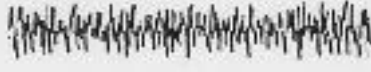
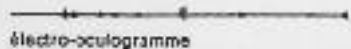
EVEIL



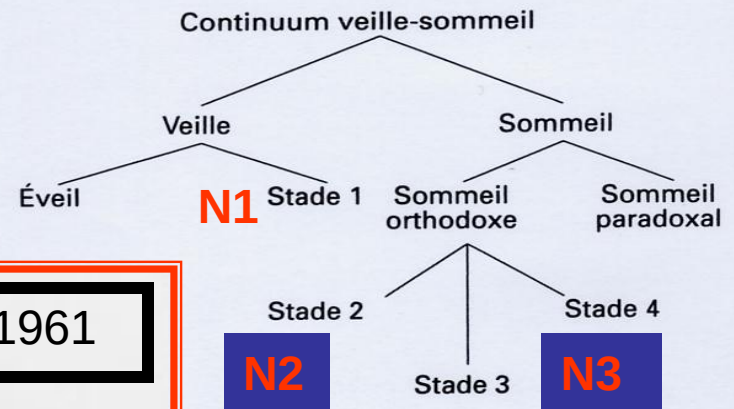
SOMMEIL LENT



SOMMEIL PARADOXAL



5 sec



Polysomnographie (v.PSG)
=>> Hypnogramme

=>> EMG + EEG

=>> Vidéo

=>> Audio

3 stades essentiels de la conscience

Contrôle normal du sommeil et de la veille, stable et prévisible sur 24h...

TROUBLES DU SOMMEIL : 2 ou plusieurs états se combinent : possibilité d'états instables + conscience altérée **SE MANIFESTANT PAR DES PARASOMNIES.**

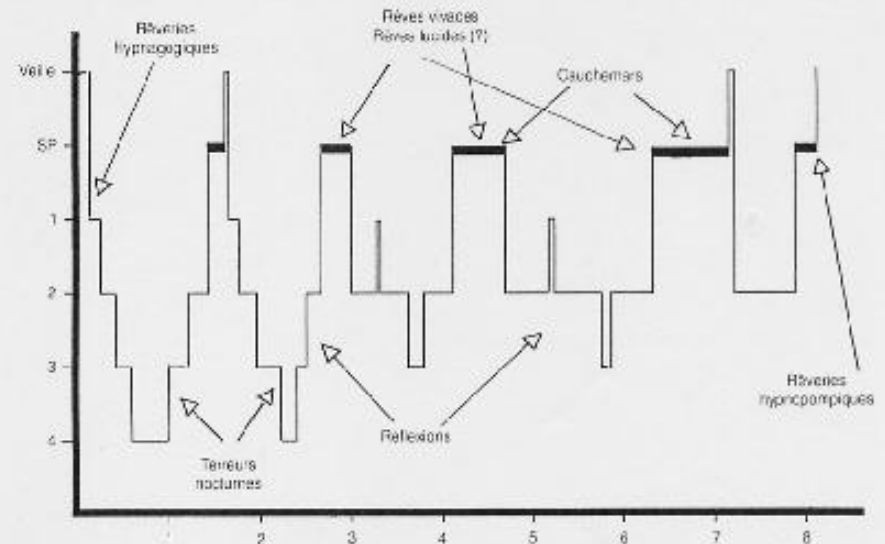
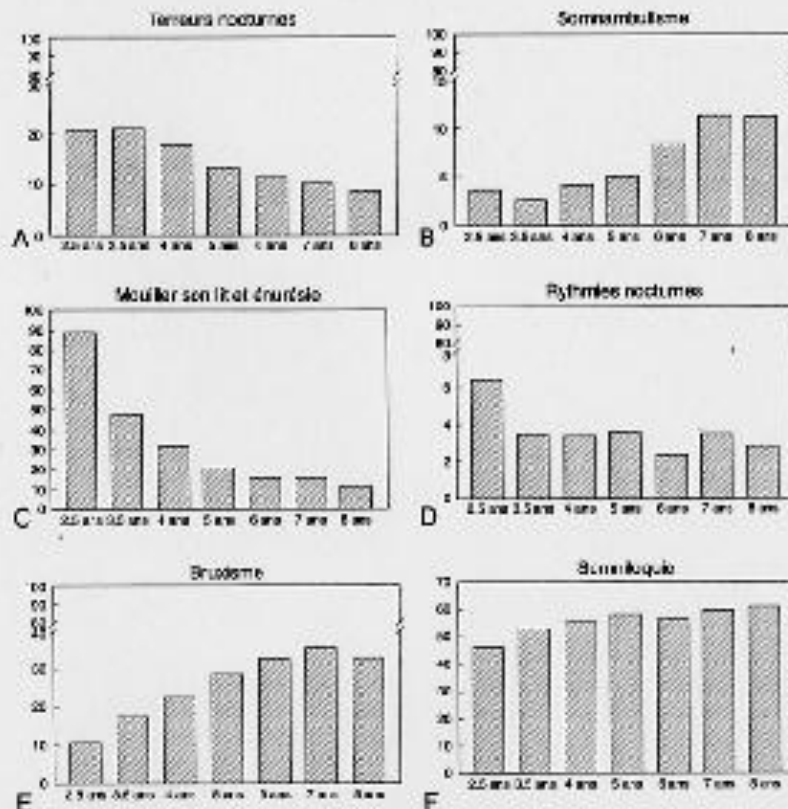
Pattern comportemental-N3, cognitif # 0/ -, moteur = pour l'essentiel, émotions +/-

Préambule (3)

Hypnogramme

Parasomnies du sommeil lent

Classification ICSD-3 (3è version)



Parasomnies du sommeil lent

Troubles du réveil en sommeil lent profond

Eveils confusionnels

Le somnambulisme

Terreurs nocturnes

Trouble alimentaire du sommeil

Parasomnies associées au sommeil paradoxal

Trouble comportemental en sommeil paradoxal

Paralysie du sommeil isolée récurrente

Maladie des cauchemars

Autres parasomnies

Syndrome de la tête qui explose

Hallucinations liées au sommeil

Enurésie nocturne

Parasomnie de cause médicale

Parasomnies causées par un médicament ou une substance

Parasomnies non spécifiées

Symptômes isolés et variantes normales

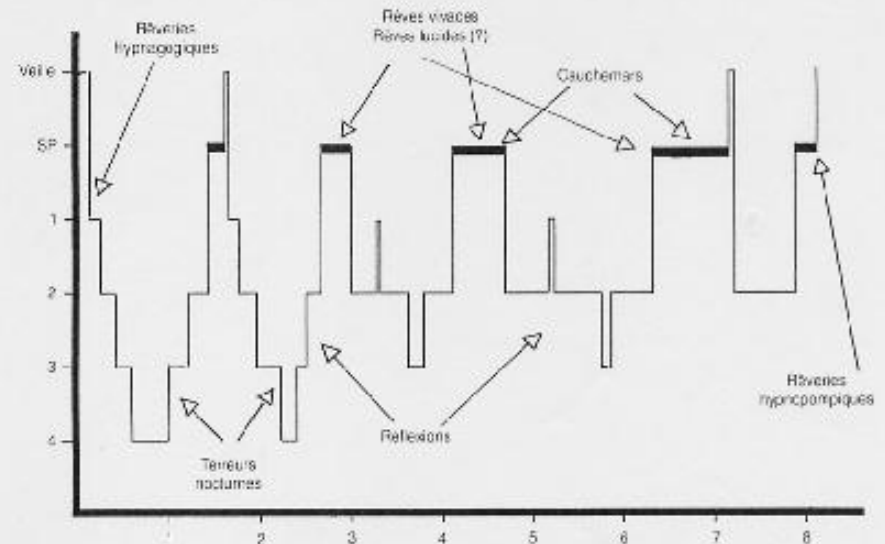
Somnolence

Préambule (3 bis)

... Hypnogramme

éveils confus, somnambules, terreurs

Classification ICSD-3 (3è version)



Variantes spécialisées de somnambulisme

Stress le jour précédent

SLEEP-DRIVING

SEXSOMNIE

TROUBLE ALIMENTAIRE DU SOMMEIL

Parasomnies du sommeil lent,
après éveils brusques généralement en N3

Parasomnies du sommeil lent

Troubles du réveil en sommeil lent profond

Eveils confusionnels

Le somnambulisme

Terreurs nocturnes

Trouble alimentaire du sommeil

Parasomnies associées au sommeil paradoxal

Trouble comportemental en sommeil paradoxal

Paralysie du sommeil isolée récurrente

Maladie des cauchemars

Autres parasomnies

Syndrome de la tête qui explose

Hallucinations liées au sommeil

Enurésie nocturne

Parasomnie de cause médicale

Parasomnies causées par un médicament ou une substance

Parasomnies non spécifiées

Symptômes isolés et variantes normales

Somniloquie

Délimitations proposées

- **Étymologie ...**
- **Définition**
- **académique avec critères ICSD-3**
- **Autres appellations & classifications actuelles**

Étymologie « para » « somnie »

- **PARA** =>> « à côté » : comportement moteur ou psychomoteur anormal
- **SOMNIE** =>> « sommeil » : survenant pendant le sommeil ou à la lisière entre éveil et sommeil (endormissement, réveil)

La personne n'est pas consciente (ou seulement partiellement) de ce qu'elle fait.

Définition

- « parasomnie » : *évènements physiques ou expériences indésirables qui se produisent à l'endormissement, pendant le sommeil ou lors d'éveils partiels.*
- Quasi normaux, en particulier lorsqu'elles surviennent dans l'enfance, et qu'elles n'ont pas de répercussions graves sur la qualité et la quantité du sommeil ou sur le fonctionnement diurne.
- *Dans d'autres cas, des blessures, de la détresse psychologique ou des perturbations du sommeil peuvent en résulter et affecter sérieusement la personne, son conjoint ou la famille.*

D.Petit, J.Montplaisir, Parasomnies. In: Michel Billiard, Yves Dauvilliers, éd. Les troubles du sommeil. Paris – Elsevier Masson; 2011. Chap.20: 243-262

Critères diagnostiques du TAS

Classification
Internationale
des Pathologies
du Sommeil
3^{ème} version

Traduite de l'International Classification of Sleep Disorders
third version

 American Academy of Sleep Medicine
 SFRMS Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil

Critères diagnostiques

Les critères A à D doivent être remplis.

- A. Les épisodes récurrents de prise anormale de nourriture se produisent après un réveil pendant la période de sommeil principale.
- B. On observe la présence d'au moins un des éléments suivants en lien avec des épisodes récurrents de prise de nourriture involontaire:
 - 1. Consommation de formes particulières d'aliments, de combinaisons inhabituelles d'aliments ou de substances non comestibles voire toxiques.
 - 2. Comportements blessants ou potentiellement blessants réalisés pendant la recherche de nourriture ou pendant la cuisson d'aliments.
 - 3. Conséquences néfastes pour la santé en lien avec ces prises alimentaires nocturnes récurrentes.
- C. On observe une altération partielle ou totale de la conscience lors de l'épisode de prise de nourriture.
- D. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un autre trouble du sommeil, un trouble mental, une maladie, la prise de médicaments ou consommation de drogues.

Autres appellations

Parasomnie « primaire » >>>> « autres parasomnies »
[de sommeil lent et paradoxal]

Trouble alimentaire lié au sommeil, ou du sommeil [TAS]
Alimentation pendant le sommeil

appellation internationale : Sleep Related Eating Disorder [SRED]

- SR binge ED [bringue, grosse bouffe/ beuverie]
- Nocturnal binge-ED
- Nocturnal SRED

Code CIM-9-CM : 327.40 >>>> Code CIM-10 : G47.59

Classification Internationale des Pathologies du Sommeil 3è version. Traduite de l'International Classification of Sleep Disorders, third version (ICSD-3, AASM)

2 consultations à l'Unité des Troubles du Sommeil

- **Mme A = observation N°1 = F 46 ans**
- **Mme B = observation N°2 = F 40 ans**

Observation clinique N°1 – Mme A.

- F 46 ans : secrétaire, vient seule : **troubles du sommeil persistants, anciens, accentués depuis 1 an** & **son K sein** [Trt. : IRSNA & Anticorps monoclonal/ 3 sem]
- Poids + 20 kg [IMC = 28,9],
- « picorette » quotidiennement, avt.coucher ++ et en dormant !!! +++
- ... avec ...anorexie matinale, +/- météorisme abdominal matinal
- Chronotype # 7 h non siesteuse ...mais ... **devenue siesteuse ?**
- Parasomnies **anciennes et multiples**
somnambulisme : allumait lumières; ... bruxisme... [rapportés alors par les parents]
SRED à « Nutella » ou autres aliments à portée de main ou en réserve ...**sans ou avec vague souvenir**
- + ESS = 5 (échelle somnolence subjective = EPWORTH) = **N** (normal)
- + **terrain complexe** : anxieuse & hypersportive + ATCD parentaux/ FRVasc.
- + **stress x**, physiques et psychiques + tabac arrêté; ++ **dette de sommeil**
- + Jambes sans repos « depuis 1 an » modéré IRLS(RS) = 19 + sous duloxétine
- Examen : normal : neurologique & dermatologique ... mais **prurit sine materia**...
- Biologie : **Ferritine faible, TSH augmentée, MMPI (anxio-dépression-préocup.)**

Observation clinique N°2 – Mme B.

- F 40 ans : chef d'équipe, venue seule : **insomnie chronique** + **éveils**, nocturnes, au cours du sommeil avec **compulsions alimentaires +/- souvenir vague ... [aliments sucrés]** crainte de prise de poids avec **régime**
 - Chronotype : 8h non siesteuse
 - ATCD : somnambulisme, SAOS douteux, pas épileptique connue.
- + **Somnolence # 0** [échelle somnolence subjective, **ESS = 11 # N**]
- + « **prise poids** ».. mais **IMC = 23,7** [63kg, 1,63m), « **Normal** »
- + **Terrain + STRESS** ? surtout physiques +++ , avec **dette de sommeil**
- + **Début** « après » 1^{er} enfant (14 a.), surtout le 2^e (10 a.)
- Examen neurologique : RAS
 - **MMPI =>> arguments + phobiques** qu'anxieux.

Profils des 2 observations

N°1 / F 46 ans

Venue seule

Plainte sommeil accentuée

TAS + en soirée : variés

anorexie matinale

Parasomnies x

dont somnambulisme

Stress x, douleurs, traitements

N°2/ F 40 ans

Venue seule

Sommeil modifié

TAS vague - Nutella

régime

Somnambulisme ancien

Stress x et dette de sommeil

Phobie

TAS

Diagnostic (+)

Symptômes principaux

- **Mange/ boit** de façon *récurrente, involontaire, lors d'éveils au cours du sommeil*, compulsive, avec conséquences problématiques.
- **Involontairement**, « out of control » *après un intervalle de sommeil = mi-éveillé, suivi d'une amnésie +/- complète de leur épisode alimentaire*, comme dans le somnambulisme.
- Conséquences : +/- bruyantes +/- *risques inconsiderés [vs toxique, blessure, « Santé »]*

TAS = À RISQUE(S) ? Diagnostic

- FREQUENCE des épisodes (x fois/nuit ? /nuits)
- BLESSURES ? (patient ou entourage)
- PRISE DE RISQUES [du somnambule & variante(s)]
 - * sortie de chambre +/- à risques ...
 - * moyens : allumettes, couteau ...
 - * aliments : lesquels et où ?
 - * activité sexuelle ++
- Conséquences diurnes du mauvais sommeil
 - * fatigue, somnolence (? ESS > 10)
 - * anxiété, honte

TAS : Chercher des FACTEURS / AGGRAVANT / FAVORISANT les parasomnies de SLP

- 1°) Facteurs familiaux favorisant le somnambulisme
- 2°) Facteurs favorisant la quantité de SLP [N3]
- 3°) Facteurs favorisant des réveils anormaux en SLP [N3]
- 4°) Facteurs qui favorisent la confusion lors du réveil nocturne en SLP [N3]

TAS : Chercher des FACTEURS FAVORISANT

- 1°) Facteurs familiaux favorisant le somnambulisme
- 2°) Facteurs favorisant la quantité de SLP [N3]
- 3°) Facteurs favorisant des réveils anormaux en SLP [N3]
- 4°) Facteurs qui favorisent la confusion lors du réveil nocturne en SLP [N3]

Facteurs familiaux favorisant le somnambulisme

- Population générale : **somnambule # 2%**
- Famille au 1^{er} degré d'un somnambule : **risque x 10**
- Jumeaux [Hublin, Neurology 1988], cohorte finlandaise, somnambulisme **MZ vs DZ**
 - * S. enfants : concordance dans MZ : 61% vs 7%
 - * S.adultes : concordance dans **MZ : 61% vs 9%**
- Groupe HLA [Lecendreux, 2003] : +svt **DQB1*0501**
- Transmission AD, pénétrance partielle [Licis, Neurology 2011] déséquilibre de liaison (OR: 3.44) sur chr 20q12-q13.12

TAS : Chercher des FACTEURS FAVORISANT

- 1°) Facteurs familiaux favorisant le somnambulisme
- 2°) Facteurs favorisant la quantité de SLP [N3]
- 3°) Facteurs favorisant des réveils anormaux en SLP [N3]
- 4°) Facteurs qui favorisent la confusion lors du réveil nocturne en SLP [N3]

Facteurs favorisant la QUANTITÉ de sommeil lent profond [N3]

- Dette de sommeil ==>> rebond de stade N3
- Élévation de T° : fièvre
activité physique intense en soirée
- Début de **traitement** par PPC pour SAS => rebond de N3
- Médicaments : Xyrem, opiacés,
certains neuroleptiques
- Génétique

TAS : Chercher des FACTEURS FAVORISANT

- 1°) Facteurs familiaux favorisant le somnambulisme
- 2°) Facteurs favorisant la quantité de SLP [N3]
- 3°) Facteurs favorisant des réveils anormaux en SLP [N3]
- 4°) Facteurs qui favorisent la confusion lors du réveil nocturne en SLP [N3]

Facteurs favorisant les REVEILS ANORMAUX en stade N3

facteurs qui réveillent en sommeil lent profond

➤ Réveil forcé : bruit sec ++ ? contact physique ?

➤ Éveils provoqués :

- par évènements respiratoires ? (SAS/ ? SHARVAS : enfant)

- par mouvements de membres (MPJ)

- par activité corticale épileptique infra-clinique (EEG)

➤ Prise d'**alcool**, dîner très riche (**reflux** / RGO)

➤ Stress le jour précédent

TAS : Chercher des FACTEURS

FAVORISANT les parasomnies de SLP

- 1°) Facteurs familiaux favorisant le somnambulisme
- 2°) Facteurs favorisant la quantité de SLP [N3]
- 3°) Facteurs favorisant des réveils anormaux en SLP [N3]
- 4°) Facteurs qui favorisent la confusion lors du réveil nocturne en SLP [N3]

Facteurs favorisant la CONFUSION DU REVEIL en sommeil lent profond

- prise d'alcool
- **hypnotiques** : surtout Zolpidem (Stilnox*)
mais toutes les benzodiazépines (BZD)
- oxybate de sodium, **GHB** (Xyrem*)
- SAOS très hypoxémiant (**désaturations** : SaO2)

+++ problèmes à risque médico-légal
Sleep-driving, sexsomnia & TAS

Bilan au Labo ? ou pas ?

- **Probablement non si** : enfant/ bénin/ gravité (-)
- **Si moindre doute** : oui
- **Oui si ...**
 - Adulte ++++
 - Facteurs de gravité
 - Plusieurs épisodes / nuit
 - Suspicion d'éveils par une pathologie du sommeil (SAS / MPJ/ EEG inter-critique)
 - Avant de proposer un médicament

TAS [SRED] diagnostic positif & différentiel des « agitations » du sommeil repose précisément sur la v.PSG

- Parasomnies du « N3 », en sommeil lent profond, vs TCSP, épilepsie nocturne, *tr.dissociatif nocturne*
- Moyens utiles : la polysomnographie (PSG)
 - ++++ avec vidéo (infra-rouge) + audio => **v.PSG**
 - ++ montages EEG et EMG & +/- larges (qsp !!)
 - + TILE après nuit 2 si Epworth > 10 [cf. I. Arnulf]
 - ++ privation de sommeil, + nourriture, + bruits secs ...
 - ++ 2 nuits consécutives, souvent + consigne attendre

EN RESUMÉ

A/ terrain + prédispositions

- Âge, sexe
- Pathologies assoc./concomittante
- ATCD familiaux
- Prise de médicaments et/ou de toxiques

B/ Caractéristiques cliniques

- Horaire de survenue
- Nombre d'épisodes
- Durée
- Type de comportement
- Amnésie de l'épisode
- Contenu mental
- **Facteurs précipitant (privation, ou au autres)**

C/ Vidéo POLYSOMNOGRAPHIE (v.PSG)

- >> caractérisation du SLP, NonREM
- >> caractérisation du SP, REMs
- >> visualisation de crise(s) épileptique(s)
- >> anomalies intercritiques

Formes cliniques du TAS ==>> aucune n'est connue.

Formes physiopathologiques ==>> aucune n'est connue

Épidémiologie ==>> études à confirmer et détailler

Prévalence 16% patients hospitalisés pour ED [Eating Disorders]
8% des ED non H.
4% ds groupe d'étudiants d'université non sélectionné
déterminée par questionnaire auto-administré
[==>> à confirmer : pop. cliniques & non cliniques]

6-8 F = 1 H [dans la série référencée ... / ...]

Composante familiale pas rare, y compris jumeaux hétérozygotes

Début : entre 22 & 39 ans, insidieux/soudain, sporadique/évolutif

Rapporté à un médecin

> 4-15 ans [suggère : TAS est souvent un trouble chronique]

Peut émerger aussi dans l'enfance +/- ATCD familiaux de TAS

Conclusion + traitement du TAS

- Critères diagnostiques remplis : TAS/ SRED (+)
- Graduer traitement F(gravité & patho. associées)
- TAS Secondaire ?
 - Z-drugs ? +/- antidépresseurs +/- BZD ...etc
 - Narcolepsie, Syndrome d'apnée
- TAS Primaire :
 - réduction des facteurs favorisants +++ qsp
 - topiramate (Epitomax*) 100-200 mg, au coucher

Merci de votre attention

- D.Petit, J.Montplaisir, Parasomnies. In: Michel Billiard, Yves Dauvilliers, éd. Les troubles du sommeil. Paris – Elsevier Masson; 2011. Chap.20: 243-262
- Parasomnies de sommeil lent profond – Dr Isabelle ARNULF – Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris - Unité des pathologies du sommeil. Cours DIU 2014
- Classification Internationale des Pathologies du Sommeil 3è version. Traduite de l'International Classification of Sleep Disorders, third version (ICSD-3, AASM)

Avec un remerciement à toute l'équipe
& ceux qui ont permis cette journée



Annexe TAS

- Épidémiologie du somnambulisme
- TAS – SRED : facteurs prédisposant et favorisant (1 + 2)
- Dgc + : état mental mi-endormi
- Dgc + : état mental mi-éveillé
-

Épidémiologie

Prévalence du somnambulisme adulte

- Parasomnies de SLP : enfants 17%, adultes 2,1%
- Au fil des ans les enfants + terreurs nocturnes font plus souvent du somnambulisme
- Somnambulisme adulte # 3-4% [Ohayon, 1999],
 - ⇒ Terreurs nocturnes 2,2 %,
 - ⇒ Somnambulisme 2%
 - ⇒ Réveils confusionnels 4,2%
- Âge max : 15-24 ans [RR : 4]
- FR : somniloquie [RR : 2-5]

Facteurs de prédisposition & facteurs favorisant TAS

- ++ rechercher une autre situation associée / vs. idiopathique
Tr. primaire du sommeil / Tr. autre / sédatif-hypnotique
- **TAS # variante de somnambulisme**, « spécialisée », féminine, adulte, ATCD de troubles alimentaires de l'enfance, score actuels + élevé d'anorexie vs. témoins]
- **TAS # chez un somnambule** : 66% de somnambulisme passé ou actuel
calendrier de parasomnie (ds. 1^{ère} partie de nuit, X éveils en N3), vPSG : épisodes alim. svt. 1' après un réveil du stade N2 ou N3
- *TAS, somnambules, sujets contrôles* # SJSR/MPJS/IAH
- *Autres troubles du sommeil + TAS* : SJSR/MPJS/SAS/troubles du rythme circadien veille-sommeil [V-S], cf. cycle V-S irrégulier

TAS – SRED ... suite ...

Facteurs de prédisposition & facteurs favorisants

Troubles multiples du sommeil (+) sexsornie, des **variantes d'éveils confusionnels** et un somnambulisme

(+) **médicaments** : « Z-drugs », sédatifs hypnotiques, BZD, agonistes des récept.BZD, mirtazapine, rispéridone, quétiapine, Lithium, anticholinergiques, « et autres agents psychotropes »

(+) **sevrage** : tabac, alcool, drogues, stress aigu [séparation], régime diurne

(+) : « **autres maladies** » : narcolepsie, hépatite auto-immune, encéphalite ...

(+) **autre tr. du comportement alimentaire** diurne & trouble dissociatif nocturne

(+) **certaines associations** : tabagisme nocturne – TAS – narcolepsie – SJSR [npc éveils nocturnes]

- **SJSR + hypnotiques** ==>> risque accru de TAS

Dgc + : chercher un état mental

mi endormi - mi réveillé [*out of Control*]

- contenu mental : pendant épisode # 0 ou bref
- amnésie : partielle ou complète, post-épisode
- confusion mentale : cf. paroles, orientation, interaction verbale, regard, action/urine pas au bon endroit
- Émotion associée
- Éléments végétatifs # stress (tachycardie, pâleur – vasoconstriction)
- Anesthésie
- Force colossale

Dgc + : chercher un état mental

mi endormi - mi réveillé

- Yeux ouverts (si témoin)
- Motricité reste conservée (se lève, tient debout, marche... du lit à la cuisine !)
- Habileté avec peu de maladresse (tartines)
- Utilise l'environnement à peu près correctement : escalier, poignée du frigo, couvercle du pot de Nutella, couteaux ...)
- Paroles (peut répondre au témoin)

(2) Manifestations cliniques principales
durant la période de sommeil principale,
1 critère suivant, ou + est présent lors des
épisodes récurrents d'alimentation/ boisson involontaire

- 1°) consomme des aliments particuliers ou improbables voire toxiques :
exemples : pizzas congelées, bacon cru,
cigarettes beurrées, sandwiches avec aliment pour chat ou au sel, cafés moulus,
liquides de nettoyage à l'ammoniaque
- 2°) insomnie en lien aux irrptions d'alimentation répétée, avec plainte de sommeil non réparateur, fatigue ou somnolence diurne
- 3°) blessures-traumatismes lors du sommeil
- 4°) conduites dangereuses lors de la recherche ou de la cuisson de l'aliment
- 5°) anorexie matinale
- 6°) répercussions néfastes sur la santé liés à la boulimie ou aux aliments hyper-caloriques.

TAS [SRED]

diagnostic (+)

portrait robot, clinique

- Fréquence : toutes les nuits (parfois plusieurs fois/ nuit.
- Moment du cycle de sommeil : à n'importe lequel.
- Aliments consommé : riches en calories, non forcément consommé préférentiellement de jour.
- Souvenir manque : ? prise compulsive sans faim ou soif ? Exécution d'un rêve ? aliments préparés : chaud/ froid;
- Manipulation des aliments : de façon négligée !!!
- Boissons : alcool : presque jamais consommés
- Interférence de quelqu'un pendant TAS : irrité ou agité
- Conséquences (soi & autres) : blessures/sommeil/diurnes

Histoire naturelle de l'insomnie

3 facteurs principaux [Préambule 1bis]

- **Facteurs prédisposants**
- **Facteurs déclenchants-précipitants**
- **Facteurs perpétuants**

SOMMEIL INDIVIDUEL, COMPORTEMENT avec résultante personnelle / 24h
COMPOSANTES MULTIPLES (BIO-PSYCHO-SOCIAL)
TCC-I