

Les altérations du sommeil dans les cas de S.P.

Le sommeil occupe un tiers de la vie, il faut donc en considérer la qualité et la quantité.

Le sommeil nocturne prend une grande importance car l'état de fatigue est fréquent chez les personnes atteintes de S.P.. Cet article décrit le sommeil « normal » et détermine les variations liées au vieillissement (qui, comme la S.P., constitue un phénomène progressif). Il cerne aussi les changements du sommeil dus aux autres maladies neurologiques. Nous espérons ainsi élargir la compréhension des altérations du sommeil nocturne et des degrés de vigilance diurnes, caractéristiques de la S.P..

Les Drs C. et D. (1989) définissent le sommeil comme un état réversible d'éloignement ou de réaction à l'environnement. Le sommeil est régularisé par le système nerveux central et peut être divisé en 2 périodes physiologiques de base: mouvements rapides des yeux (REM) et non-mouvements rapides des yeux (NREM).

Quatre autres subdivisions apparaissent dans le groupe NREM.

La première période de sommeil est considérée comme période de transition entre l'état de veille et le début du vrai sommeil avec manifestations d'hallucinations et sensations d'éloignement.

La 2^e période voit l'apparition d'ondes lentes (ondes delta), indiquant une activité synchronisée des neurones cérébraux.

Durant la 3^{ème} et 4^{ème} période, l'activité des ondes delta est augmentée. Des élancements réguliers de mouvements oculaires rapides et une diminution du tonus musculaire caractérisent la période REM. C'est durant cette période qu'apparaissent les rêves, mais les mouvements oculaires n'ont aucun rapport avec ce qui peut être « vu » dans le rêve.

Le sommeil NREM n'apparaît qu'environ 80 minutes après le début du sommeil proprement dit. Par la suite, les périodes NREM et REM se présentent en alternance pendant toute la nuit par cycles d'environ 90 minutes.

Au cours de la nuit, les périodes REM augmen-

tent en durée, initialement de 1 à 5 minutes par épisode, jusqu'à une moyenne de 90 à 110 minutes. Inversement les périodes NREM déclinent en durée.

Le déroulement normal du sommeil est affecté par des facteurs psychologiques, physiologiques et d'attitudes. La qualité du sommeil diminue avec l'âge.

Prinz relate dans son article de 1977 que le quota absolu de REM est en accord avec le fonctionnement intellectuel et diminue donc quand se présentent des malfonctionnements chez les personnes âgées. Les réveils intempestifs augmentent avec l'âge et le temps total de sommeil se fragmente. Il en résulte que le sommeil effectif (temps total de sommeil sur temps total passé au lit) atteint 70 à 80%.

La maladie de Parkinson et la dépression influencent négativement les habitudes de sommeil. Lorsque la dépression est profonde la continuité du sommeil est entravée par une plus grande difficulté à s'endormir, par un réveil intempestif et trop matinal ainsi que par plusieurs réveils au cours de la nuit.

La maladie de Parkinson et la S.P. présentent les mêmes altérations respiratoires et motrices lors du sommeil. Bien que les tremblements Parkinson et S.P. soient d'ordre différent, certaines conclusions s'imposent. Plusieurs études ont prouvé que le tremblement disparaît au début du sommeil et est rarement présent lors de la phase d'ondes lentes. Cependant, ces tremblements peuvent apparaître dans la 2^{ème} période de sommeil, avec réveil, sursauts et mouvements du corps. On a observé que les tremblements étaient minimaux durant les 2 premières heures suivant le réveil; ceci suggère que le sommeil présente un effet bénéfique chez certains patients.

Une étude pilote récente (1989) a identifié les changements d'habitudes du sommeil nocturne en fonction de paramètres d'immunité lors de la progression de la S.P.

Il est à espérer que des études plus approfondies nous aideront à comprendre plus en profondeur ces altérations du sommeil et l'état de fatigue concomittant.



D'autres aspects de la S.P. affectent le sommeil. Les spasmes musculaires et les évacuations d'urine plus fréquentes sont cause d'interruptions répétées du sommeil. Comment intégrer ces interruptions dans la continuité du sommeil, voici le noeud du problème!

La dépression a également des effets sur le sommeil: il faut plus longtemps pour s'endormir, les nombreux réveils et le réveil plus matinal, un sommeil REM plus conséquent. Il est à noter que les malades de S.P. sont sujets à de fréquentes dépressions.

Des dysfonctions intellectuelles peuvent être présentes. Quelques ébauches d'études soulignent l'altération du sommeil comme conséquence aux altérations intellectuelles. D'autres études réalisées sur des tranches de population âgée mettent en évidence des altérations intellectuelles en relation avec la totalité du sommeil REM. Ces résultats suggèrent la nécessité d'études plus avancées dans le domaine de la S.P..

Les difficultés respiratoires sont souvent rencontrées chez les sujets âgés. Des rapports préliminaires ont déterminé que les malades de S.P. présentent des épisodes apnéiques (arrêts respiratoires brefs au cours du sommeil) plus élevés que ceux de leurs pairs. Il s'agit d'apnée **obstructive** (blocage des voies respiratoires par la structure osseuse ou par protubérances des tissus), **centrale** (réponse neurologique déficiente), ou **mixte** (les deux cas sont présents). La continuité du sommeil est donc interrompue et les personnes souffrant d'apnée nocturne présentent des symptômes de fatigue avec tendance à sommeiller le jour. Les malades de S.P., en état de fatigue latente voient cette fatigue aggravée par les épisodes d'apnée nocturne.

Les prises de médicaments associées aux mouvements nocturnes et au manque de continuité du sommeil constituent aussi des obstacles à l'adaptation du sommeil. Ce désajustement acquiert une grande importance en S.P..

Les altérations du sommeil, physiologiques, permettent d'évaluer la nature de la maladie de par les autres altérations physiologiques, comme par exemple le taux d'immunité. Les rites préparatoires au sommeil peuvent être respectés pour tenter de favoriser celui-ci: l'heure du coucher, l'heure du réveil, courte sieste. Des recherches futures devraient aider à identifier les zones de sommeil qui ne sont pas affectées par la S.P. et devraient fournir une base permettant de développer des mesures correctives.

from: Sleep and sleepiness: possible implications for persons with MS, by Lauren S. Caruso- MS Quarterly Report July 1990.

Traduit par Mme de Caluwe, Bruxelles.



Au mois de juin se tenait à Liège une rencontre avec le Docteur Lissoir. Elle a parlé des données récentes concernant la S.P. et où en est la Recherche Scientifique en Belgique. Le résumé de son exposé est disponible au siège administratif au prix de 100 Frs envoi compris.