

L'hypersomnie idiopathique : résumé

Dernière mise à jour : 18-02-2010

L'hypersomnie idiopathique est une maladie rare du sujet jeune dont on ne connaît toujours pas la cause. Les patients atteints de cette maladie (car l'hypersomnie idiopathique est une vraie maladie) souffrent d'une très grande fatigue voir somnolence, du réveil au coucher. L'hypersomnie est idiopathique puisqu'on ne connaît pas son origine, à la différence des hypersomnies secondaires (lésion cérébrale...). Elle a été peu étudiée jusqu'à ce jour bien que ce soit une pathologie du sommeil où trop dormir est vraiment un handicap. C'est une maladie à part entière dans ce cas à la différence de l'hypersomnie secondaire dans le cas où elle est liée à une autre maladie grave pouvant être la cause de l'hypersomnie (Maladie de parkinson, sclérose en plaque...). Les patients décrivent leur sommeil comme très lourd et profond : ils ne sont en général pas réveillés par le bruit : par exemple ils ne savent pas au petit matin que la nuit il y a eu une tempête ou un violent orage puisque cela ne les a pas réveillés. Leur sommeil nocturne est de grande qualité mais aussi de longue durée : typiquement plus de 10 heures par nuit qui se font en une traite. Les réveils nocturnes sont rares et les patients souffrant d'hypersomnie idiopathique ne se lèvent quasiment jamais la nuit. Une particularité des hypersomniaques est qu'ils décrivent leur nuit comme une extinction totale, une mise en veille prolongée semblable à une anesthésie générale si l'on peut dire. Ils n'ont aucun souvenir de leur nuit, c'est comme si on avait appuyé sur le bouton off et que le lendemain on appuyait sur on : il n'y a pas de conscience du déroulement de la nuit. Ainsi lorsqu'une personne ordinaire se réveille, elle peut généralement dire son temps de sommeil, ou l'heure actuelle, mais dans le cas de l'hypersomnie idiopathique les patients sont incapables de savoir s'ils ont dormis 1h ou 12 heures. Ceci explique parfois qu'il puisse y avoir une perte de la notion du temps. Il peut arriver que des patients hypersomniaques fassent des nuits de très longues durées associées à des siestes de plusieurs heures; le sommeil diurne est également de grande qualité. Malheureusement ces siestes sont le plus souvent non récupératrices. La longue période de sommeil est en partie due à un réveil tardif qui n'est classiquement pas accompagné de souvenirs de rêves. Que la personne se couche vers 20h ou 2h du matin ne change pas son heure de réveil qui se situe souvent au alentours de midi. La majorité des patients connaissent des ivresses de sommeil qui sont de très grandes difficultés, voir une incapacité à se lever. Les patients se réveillent avec une sensation de besoin de dormir et une très grande difficulté à lutter pour se réveiller, maintenir les yeux ouverts et surtout se lever puisque leur réveil s'associe à une désorientation temporo-spatiale. Concrètement, le réveil est très difficile (difficulté à émerger) et nécessite la présence de plusieurs réveils-matin voire d'une aide extérieure. C'est en général la plus grande difficulté des patients qui arrivent très souvent en retard le matin (5 minutes en retard mais parfois 2 heures en retard puisque lorsqu'ils se rendorment ils ne se réveillent pas quelques minutes après mais refont un cycle de sommeil complet). A côté de ce problème de trop dormir, les patients se plaignent souvent d'une grande fatigue continue (sensation de ne jamais être pleinement réveillé, un hypoéveil) et d'hypersomnolence diurne plus ou moins permanente : tendance à s'endormir trop facilement. Ces accès de sommeil sont plus ou moins irrésistibles (irrésistibles) suivant les cas. Mais c'est une différence majeure avec la narcolepsie où les accès de sommeil sont brutaux et contre lesquels les patients ne peuvent bien souvent pas lutter. A cela peut s'associer des troubles mnésiques, des comportements automatiques, des migraines, des bouffées de chaleur, des sueurs, un syndrome de raynaud et/ou une hypotension orthostatique. Il existe différentes formes d'hypersomnie idiopathique et tous les patients ne ressentent pas les mêmes difficultés à la même intensité. La prise en charge thérapeutique se fait grâce à des psychostimulants :

- Modafinil : Modiodal ®, Provigil ®
- Chlorhydrate de méthylphénidate : Rilatine ®, Rilatine ® LP, Concerta ®
- Dextroamphétamine (Dexamphétamine) : Dexedrine ®, Dextrostat ®
- Dextroamphétamine & Laevoamphétamine : Adderall ®, Obetrol ®

- Methamphetamine-HCl: Desoxyn
- Fluoxetine : Prozac ®
- Venlafaxine : Effexor ®