

Lignes directrices pour les patients atteints de troubles centraux de l'hypersomnolence



Comment vivre avec un trouble du sommeil ?

Bienvenue



Ces lignes directrices visent à orienter et informer les patients sur les troubles centraux de l'hypersomnolence (TCSH), notamment la narcolepsie, l'hypersomnie idiopathique et le syndrome de Kleine-Levin. Elles offrent une description complète de chaque trouble du sommeil, incluant les pratiques diagnostiques et les options thérapeutiques. Ces lignes directrices visent à améliorer la compréhension des personnes atteintes de TCSH et de leurs réseaux de soutien, pour une meilleure qualité de vie.

-- SLEEP CONSORTIUM



Glossaire

Système nerveux autonome (SNA)

Section du système nerveux qui contrôle et régule le fonctionnement des organes internes.

Cataplexie

Perte soudaine de contrôle musculaire provoquée par une émotion forte. Elle peut aller d'une faiblesse musculaire à une perte totale de contrôle musculaire.

Système nerveux central (SNC)

Centre de contrôle du corps, composé du cerveau et de la moelle épinière. Il contrôle la plupart des fonctions du corps et de l'esprit.

Rythme circadien

Horloge interne du corps, qui contrôle le cycle du sommeil, les hormones et la sensation de faim.

Comorbidités

Association de deux ou plusieurs pathologies ou maladies.

Électroencéphalogramme (EEG) (EEG)

Type de test permettant d'enregistrer et de mesurer l'activité électrique du cerveau.

Somnolence diurne excessive (SDE)

Périodes quotidiennes pendant lesquelles un besoin impérieux de dormir, ou un accès de somnolence ou de sommeil se font sentir. Cela peut perturber les activités quotidiennes. La somnolence diurne excessive (SDE) est souvent un symptôme d'un trouble du sommeil.

Questionnaire sur les conséquences fonctionnelles du sommeil (FOSQ)

Questionnaire sur le sommeil permettant de déterminer les troubles et maladies du sommeil sous-jacents.



Glossaire

Suite...

Hypersomnie

Trouble du sommeil qui se manifeste par une somnolence excessive et persistante pendant la journée tout en permettant un sommeil suffisant pendant la nuit.

Hypersomnie idiopathique (HI)

Trouble du sommeil caractérisé par une somnolence diurne chronique excessive sans cause apparente. « Idiopathique » signifie que la cause spécifique est inconnue. Les personnes atteintes souffrent de SDE profond, de longues périodes de sommeil et d'inertie du sommeil.

Syndrome de Kleine-Levin

Trouble neurologique rare et complexe, souvent caractérisé par des périodes récurrentes de sommeil excessif, une modification du comportement et une compréhension réduite du monde. Les épisodes impliquent un sommeil pouvant atteindre 20 heures par jour.

Test de maintien de l'éveil (TME)

Un type d'étude du sommeil conçu pour mesurer la capacité d'une personne à rester éveillée dans un environnement calme et relaxant. Ce test est utilisé pour évaluer l'efficacité du traitement des troubles du sommeil à l'origine de la SDE.

Mélatonine

Hormone produite naturellement par le cerveau ; on l'appelle « hormone du sommeil » car elle contribue à réguler le cycle veille-sommeil.

Suppléments de mélatonine

Un supplément qui contient l'hormone mélatonine. Ces suppléments sont couramment utilisés pour soulager les troubles du sommeil à court terme.

Glossaire

Suite...

Test itératif de latence d'endormissement (TILE)

Outil de diagnostic permettant de mesurer la vitesse d'endormissement (latence d'endormissement) ainsi que la fréquence et la rapidité d'entrée en sommeil paradoxal lors d'une série de courtes siestes réparties tout au long de la journée. Il est souvent utilisé pour diagnostiquer les troubles provoquant une somnolence diurne excessive, comme la narcolepsie et l'hypersomnie idiopathique.

Narcolepsie de type 1

Trouble neurologique chronique caractérisé par une somnolence diurne excessive et une cataplexie. Cette affection est causée par un déficit en orexine/hypocrétine, deux substances essentielles à la régulation de l'éveil.

Narcolepsie de type 2

Trouble neurologique chronique caractérisé par une somnolence diurne excessive, mais qui, contrairement à la narcolepsie de type 1, n'est pas lié à la cataplexie. Il est généralement associé à des symptômes moins graves et n'implique pas de perte d'hypocrétine.

Sommeil non paradoxal

L'un des deux états fondamentaux du sommeil. Il se caractérise par un ralentissement des ondes cérébrales et une absence de mouvements oculaires rapides. Il est divisé en trois phases (N1, N2 et N3).

Apnée obstructive du sommeil (AOS)

Trouble du sommeil fréquent caractérisé par des interruptions répétées de la respiration pendant le sommeil. Ces interruptions, appelées apnées, surviennent lorsque les muscles de la gorge se relâchent excessivement, provoquant une obstruction partielle ou totale des voies respiratoires. En conséquence, la respiration s'arrête brièvement, entraînant une diminution du taux d'oxygène dans le sang.

Glossaire

Suite...

Hors AMM

Utilisation d'un médicament pour une indication, une tranche d'âge, une posologie ou un mode d'administration non approuvés.

Orexine ou hypocrétine

Neuropeptide présent dans l'hypothalamus, une région du cerveau, qui joue un rôle crucial dans la régulation de l'éveil, de l'excitation et de l'appétit.

Polysomnographie (PSG)

Étude du sommeil utilisée pour diagnostiquer les troubles du sommeil. Cet examen permet d'observer diverses fonctions corporelles pendant votre sommeil, notamment les ondes cérébrales, le taux d'oxygène dans le sang, le rythme cardiaque, la respiration, ainsi que les mouvements des yeux et des jambes.

Sommeil paradoxal

L'un des deux états fondamentaux du sommeil. Il se caractérise par des mouvements rapides des yeux sous les paupières. Il s'agit de la phase du sommeil pendant laquelle le cerveau est très actif, le corps est temporairement paralysé et les rêves sont les plus intenses.

Journal du sommeil

Journal personnel utilisé pour suivre les habitudes de sommeil d'une personne. Il comprend généralement des informations telles que l'heure à laquelle vous allez vous coucher, l'heure à laquelle vous vous réveillez, le nombre total d'heures de sommeil, la qualité du sommeil, tout réveil nocturne et la façon dont vous vous sentez le matin.

Glossaire

Suite...

Efficacité du sommeil

Une mesure qui reflète la qualité de votre sommeil. Elle est calculée en divisant le temps total passé endormi (pas seulement allongé dans le lit) par le temps total passé au lit, puis en multipliant le résultat par 100 pour obtenir un pourcentage.

Hygiène du sommeil

Une pratique comportementale qui favorise de saines habitudes de sommeil pour bien dormir.

Inertie du sommeil

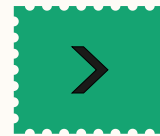
Sensation de désorientation et d'altération des fonctions cognitives qui peut survenir juste après le réveil. Il s'agit de l'état de transition entre le sommeil et l'éveil, où le cerveau est encore dans un état proche du sommeil.

Paralysie du sommeil

Phénomène inhabituel où le corps est incapable de bouger (paralysie) tout en étant conscient après s'être réveillé.

Phases de sommeil

Les quatre phases de sommeil comprennent une phase pour le sommeil rapide ou paradoxal (mouvements oculaires rapides - REM) et trois pour le sommeil lent (absence de mouvements oculaires rapides - non-REM).



Introduction au sommeil*

Tout le monde a besoin de sommeil. Mais nous ne dormons pas tous suffisamment pour fonctionner de manière optimale. Le nombre d'heures de sommeil n'est pas le seul critère essentiel. La qualité de votre sommeil est également importante. Un sommeil réparateur est essentiel au bien-être physique, émotionnel et cognitif.



Importance du sommeil

Un bon sommeil est aussi essentiel à une bonne santé que l'exercice et une bonne alimentation. Plusieurs processus se produisent pendant le sommeil. Selon le National Institute of Neurological Disorders and Strokes, les chercheurs pensent que le sommeil pourrait aider à éliminer certaines toxines du cerveau qui peuvent s'accumuler à l'état de veille. Considérez le cerveau endormi comme un organe similaire à un rein pour le corps, éliminant les toxines.

Différents processus de réparation du corps se produisent également pendant le sommeil. Le sommeil affecte la plupart des systèmes du corps, tels que le cerveau, le système immunitaire et le cœur.

Si vous ne dormez pas suffisamment, cela peut avoir une incidence sur ce qui suit :



Humeur



Poids



Mémoire



Système immunitaire

Et potentiellement augmenter le risque de maladies cardiaques, d'hypertension artérielle et de démence.

Cycle du rythme circadien

Période de 24 heures

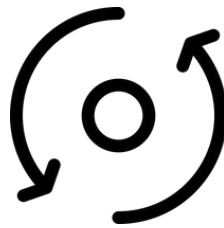
Votre rythme circadien est l'ensemble des processus comportementaux, physiques et mentaux qui se produisent sur une période de 24 heures. Le rythme circadien est un cycle naturel qui réagit principalement à la lumière et à l'obscurité. Votre rythme circadien contribue à optimiser vos fonctions corporelles à certains moments de la journée sur une période de 24 heures. Il vous permet d'être plus alerte pendant la journée et fatigué(e) la nuit, favorisant ainsi le sommeil.

Les rythmes circadiens sont reliés au noyau suprachiasmatique (NSC) dans l'hypothalamus. Le NSC est sensible à la lumière. C'est pourquoi les rythmes circadiens sont étroitement liés au jour et à la nuit.

Les rythmes circadiens affectent différentes fonctions du corps, notamment :

La température corporelle

La vigilance

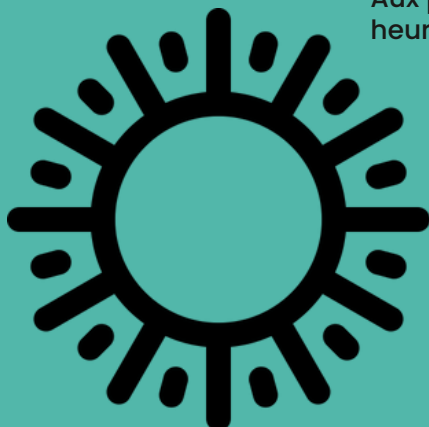


La digestion

Les habitudes de sommeil

Les hormones

Voici un cycle moyen du cycle circadien :



Aux premières heures du jour :

L'énergie est au plus bas. Certaines personnes ne se sentent pleinement éveillées que vers 9 h.

Du milieu de matinée au début d'après-midi :

L'énergie augmente avec la température corporelle. Cela se produit souvent entre 10 h et 13 h pour la plupart des personnes.

L'après-midi :

L'énergie peut baisser. Certaines personnes peuvent ressentir le besoin d'une sieste ou d'un en-cas.

Soir :

Le taux de mélatonine augmente, ce qui favorise la somnolence.

Phases du sommeil



Lorsque vous dormez, vous traversez différentes phases. Chaque phase peut affecter votre corps différemment. Bien qu'il existe quelques variations, le cycle recommence généralement toutes les 80 à 100 minutes. Selon le National Blood, Heart, and Lung Institute, la plupart des gens connaissent environ quatre à six cycles par nuit.



Sommeil non paradoxal :

Le sommeil non paradoxal correspond à la phase de sommeil sans mouvement rapide des yeux. Il comprend trois sous-phases, dont :

Sommeil non paradoxal phase 1 :

Il s'agit de la transition de l'état de veille au sommeil. Votre respiration peut ralentir et vos muscles peuvent se contracter. Cette phase est relativement courte, d'une durée d'environ 10 minutes.

Sommeil non paradoxal phase 2 :

Pendant cette phase, les mouvements oculaires cessent et la température corporelle commence à baisser. Votre cerveau produit des fuseaux de sommeil, qui sont des ondes cérébrales rythmiques rapides et des complexes K (augmentations soudaines de l'amplitude des ondes). Chaque nuit la plupart des personnes passent environ la moitié de leur temps dans cette phase de sommeil.

01

02

03



04

Sommeil non paradoxal phase 3 :

Vos muscles se relâchent et la pression artérielle commence à baisser. C'est à ce stade que le sommeil est le plus profond. La plupart des personnes passent généralement plus de temps dans cette phase en début de nuit. Cette phase est cruciale pour la récupération physique et la croissance.

05

Sommeil paradoxal :

Pendant cette phase, les yeux bougent ou tressaillent. Le cerveau devient plus actif. C'est la phase pendant laquelle se produisent les rêves. Votre corps se détend et s'immobilise. Le sommeil paradoxal commence généralement environ 90 minutes après l'endormissement et se reproduit environ toutes les 90 minutes.

Recommandations de sommeil selon l'âge :

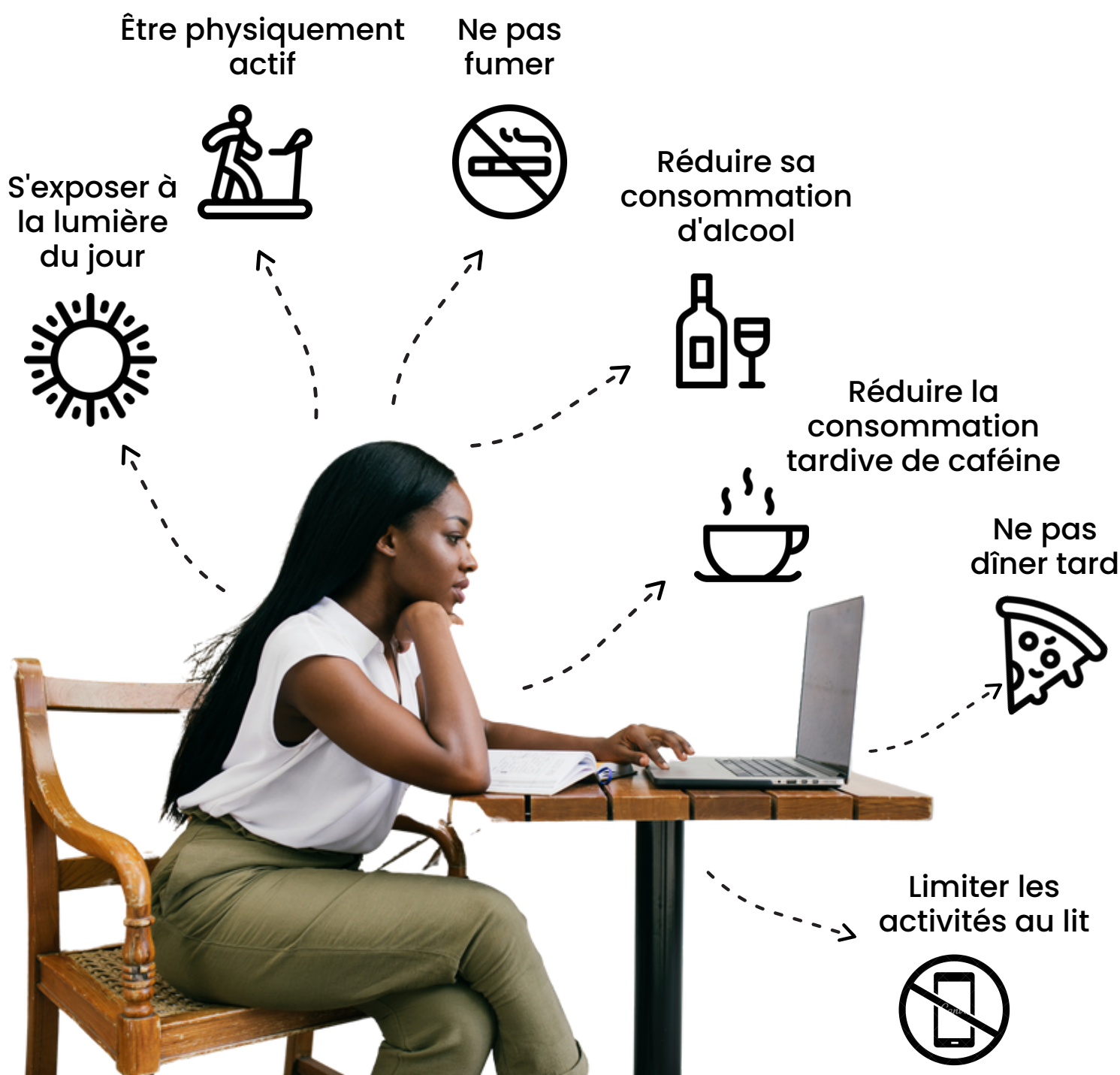
Les besoins de sommeil peuvent varier d'une personne à l'autre. Mais en général, selon les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention), voici les recommandations de sommeil par tranche d'âge :

- Nouveau-né : 14 à 17 heures
- Nourrisson : 12 à 16 heures
- Tout-petit : 11 à 14 heures
- Âge préscolaire : 10 à 13 heures
- Âge scolaire : 9 à 12 heures
- Adolescent : 8 à 10 heures
- Adulte : 7 à 9 heures



Hygiène du sommeil

Habitudes quotidiennes



Hygiène du sommeil

Routine nocturne

Prévoir du temps
pour se détendre

Maintenir une
routine régulière



Tamiser les
lumières



Débrancher
les appareils
électroniques



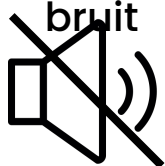
Méditer pour
se détendre



Hygiène du sommeil

Dans votre chambre

Réduisez le
bruit



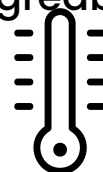
Utilisez une
literie
confortable



Bloquez la
lumière



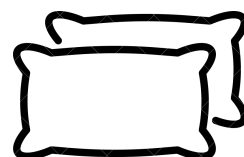
Réglez une
température
fraîche mais
agréable



Essayez les
parfums
apaisants



Ayez un matelas et un
oreiller confortables





Présentation des TCSH

Troubles centraux de l'hypersomnolence. (TCSH) provoquent une somnolence diurne excessive. Mais les TCSH ne se résument pas à une simple sensation de fatigue pendant la journée. Ces troubles peuvent présenter des symptômes variés et impacter la qualité de vie. Il peut également être nécessaire de procéder par tâtonnements pour trouver les meilleurs traitements et adapter son mode de vie. Se renseigner le plus possible sur les troubles centraux de l'hypersomnolence (TCSH) est la première étape pour obtenir un diagnostic correct et un plan de traitement adapté.



Qu'est-ce que les TCSH ?

Les TCSH sont des troubles qui provoquent une somnolence diurne excessive, et ce, quelle que soit la durée de sommeil d'une personne. Pour obtenir un diagnostic de TCSH, il faut que la somnolence diurne excessive ne soit pas attribuée ou causée par un autre problème médical ou traitement. Les TCSH peuvent être associés à une augmentation du nombre total d'heures de sommeil quotidiennes, sans toutefois procurer une sensation de récupération. Certaines personnes connaissent des épisodes involontaires de sommeil ou de somnolence.

Types de TCSH

Les médecins classent les TCSH en différents types. Chaque type peut présenter des symptômes et des caractéristiques spécifiques. Chaque forme de TCSH est considérée comme une hypersomnie primaire.

Narcolepsie de type 1

Les personnes atteintes de narcolepsie de type 1 souffrent d'une somnolence diurne excessive. Leur sommeil nocturne est irrégulier et perturbé, pouvant entraîner des réveils fréquents. Les personnes atteintes de narcolepsie peuvent s'endormir soudainement et involontairement au milieu d'une activité, comme manger ou conduire. Cela perturbe évidemment grandement la vie de la personne. La narcolepsie de type 1 implique également une cataplexie. La cataplexie se caractérise par une perte de tonus musculaire à l'état d'éveil, généralement due à un déclencheur émotionnel.

Narcolepsie de type 2

La narcolepsie de type 2 comprend les symptômes ci-dessus, mais sans cataplexie. Les personnes atteintes de narcolepsie de type 2 souffrent également d'une somnolence diurne excessive, d'un sommeil perturbé et d'endormissements involontaires pendant une activité. Cependant, leurs symptômes ont tendance à être moins graves que ceux des personnes atteintes de narcolepsie de type 1.

Syndrome de Kleine-Levin

Le syndrome de Kleine-Levin se caractérise par des épisodes d'hypersomnie récurrents. Outre une somnolence excessive, il s'accompagne souvent de troubles comportementaux et psychiatriques. Les épisodes peuvent durer des jours, des semaines ou des mois. Les symptômes s'atténuent ensuite et les personnes atteintes peuvent retrouver un fonctionnement normal entre les épisodes. Cette affection touche plus fréquemment les jeunes hommes.

Hypersomnie idiopathique

L'hypersomnie idiopathique se caractérise par un besoin excessif de sommeil, sans cause connue. Les symptômes associés à l'hypersomnie idiopathique (HI) comprennent un sommeil nocturne prolongé et non réparateur, une inertie du sommeil importante et des siestes longues et peu réparatrices. Une personne diagnostiquée d'hypersomnie idiopathique ne répond pas aux critères d'un autre type de TCSH.

Symptômes de TCSH



Les symptômes de TCSH peuvent varier en fonction du type spécifique. Cependant, chaque trouble implique des troubles du sommeil. Leur intensité peut varier et inclure :

- Somnolence diurne excessive
- Difficultés à rester éveillé pendant la journée
- Sommeil nocturne perturbé
- Dépression ou autres troubles de l'humeur (dans certains cas)
- Hallucinations pendant le sommeil
- (dans certains cas)
- Difficultés à se réveiller (inertie du sommeil)
- Cataplexie (en cas de narcolepsie de type 1)

Diagnostic de la TCSH

Les médecins établissent un diagnostic de TCSH en se basant sur les antécédents médicaux, l'analyse des symptômes et un examen physique. Les études du sommeil jouent également un rôle important dans l'établissement du diagnostic.

Dans certains cas, des examens complémentaires, tels que des analyses sanguines, sont recommandés pour identifier des marqueurs génétiques et exclure d'autres pathologies pouvant provoquer des symptômes similaires. Les médecins peuvent également suggérer aux patients de tenir un journal du sommeil afin d'aider le spécialiste du sommeil à identifier les troubles et les habitudes de sommeil susceptibles d'affecter la qualité de leur sommeil.

Les études du sommeil possibles comprennent :

Test itératif de latence d'endormissement :

Outil de diagnostic permettant de mesurer la vitesse d'endormissement (latence d'endormissement) ainsi que la fréquence et la rapidité d'entrée en sommeil paradoxal lors d'une série de courtes siestes réparties tout au long de la journée.

Polysomnogramme :

Cet examen consiste généralement en une étude nocturne visant à surveiller diverses fonctions corporelles pendant le sommeil ; Notamment les ondes cérébrales, le taux d'oxygène dans le sang, la fréquence cardiaque, la respiration, ainsi que les mouvements des yeux et des jambes.

Prise en charge des TCSH

Le traitement des TCSH associe souvent médicaments et mesures d'hygiène du sommeil. Le traitement pharmacologique peut impliquer différentes classes de médicaments.

Les types de médicaments utilisés pour traiter les TCSH comprennent :

- Stimulants
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- Antidépresseurs tricycliques
- Traitement à l'oxybate

Les modifications du mode de vie peuvent inclure :

- Éviter la caféine et l'excès d'alcool
- Créer un environnement de sommeil confortable, calme, sombre et frais
- Faire de l'exercice régulièrement
- Avoir des heures de sommeil et de réveil régulières, y compris des siestes en journée
- Suivre un régime pauvre en glucides





Symptômes, étiologie et tableau clinique spécifiques



Narcolepsie de type 1

(Narcolepsie avec cataplexie)

La narcolepsie est un trouble neurologique qui affecte la capacité d'une personne à contrôler son cycle veille-sommeil. Les personnes atteintes de narcolepsie souffrent généralement d'une somnolence diurne excessive et d'épisodes de sommeil soudains et incontrôlés.

Les médecins divisent la narcolepsie en deux sous-types : le type 1 et le type 2. Le diagnostic de narcolepsie de type 1 est posé en raison de la présence de cataplexie ou d'une carence en hypocretine, un neuropeptide cérébral.

La cataplexie se caractérise par une perte brève du tonus musculaire chez une personne encore éveillée. Elle entraîne une perte du contrôle musculaire volontaire accompagnée d'une faiblesse musculaire. Lors d'épisodes graves de cataplexie, la personne peut être incapable de parler et s'effondrer complètement au sol.

Généralement, la cataplexie survient en réaction à des émotions fortes. Les émotions pouvant déclencher un épisode de cataplexie peuvent inclure :



La peur



Le rire



La tristesse



L'excitation

Aux États-Unis, la prévalence de tous les types de narcolepsie est d'environ 1 personne sur 2 000. Mais ce chiffre pourrait être plus élevé. On estime que seulement 25 % environ des personnes atteintes de narcolepsie reçoivent un diagnostic et un traitement appropriés. Les erreurs de diagnostic sont très fréquentes.

Causes

Il semble y avoir un lien entre un faible taux d'hypocrétine, une substance chimique présente dans le cerveau, et la narcolepsie de type 1. L'hypocrétine aide à contrôler les périodes d'éveil et d'entrée en sommeil paradoxal. Chez les personnes atteintes de narcolepsie de type 1, le taux d'hypocrétine est souvent faible.

La cause exacte de ce faible taux n'est pas toujours connue. Mais il peut être dû à une réaction auto-immune anormale. Cette réaction anormale du système immunitaire peut amener l'organisme à attaquer les cellules productrices d'hypocrétine.

Selon la Clinique Mayo, si un membre de votre famille proche est atteint de narcolepsie, votre risque de développer cette maladie est 20 à 40 fois plus élevé que la population générale.



Symptômes



Les symptômes de la narcolepsie de type 1 peuvent apparaître à tout moment. Mais généralement, le début survient vers 15 ans. Il semble également y avoir un deuxième pic d'apparition des symptômes vers 35 ans.

En général, le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le diagnostic est de sept ans. Cependant, comme la plupart des personnes atteintes de narcolepsie de type 1 souffrent de cataplexie, un diagnostic correct peut être établi plus rapidement.

Les symptômes possibles sont les suivants :

Somnolence diurne excessive

Le sommeil normal étant perturbé, les personnes atteintes de narcolepsie se sentent très somnolentes pendant la journée, avec souvent une envie irrésistible de faire une sieste.

Sommeil nocturne perturbé

Les cycles de sommeil nocturne sont anormaux. Une personne atteinte peut se réveiller plusieurs fois par nuit. Elle peut également entrer trop rapidement dans certaines phases de sommeil, comme le sommeil paradoxal. Il est également courant qu'une personne atteinte de narcolepsie des subisse des transitions excessives entre les différentes phases du sommeil.

Cataplexie

Une perte soudaine de tonus musculaire est provoquée par des émotions intenses telles que la joie, la colère, la peur ou la surprise, allant de l'affaissement de la mâchoire ou du dérobage des genoux à l'effondrement complet du corps. Les épisodes de cataplexie peuvent durer jusqu'à plusieurs minutes et leur fréquence varie.

01

02

03



Paralysie du sommeil :

Il s'agit d'un phénomène qui survient soit à l'endormissement, soit au réveil, lorsque la personne est consciente, mais incapable de bouger ou de parler. Ce phénomène survient généralement lors des transitions entre le sommeil paradoxal et le sommeil profond. Il ne dure généralement que quelques secondes à quelques minutes.

04

Hallucinations

hypnopompiques/hypnagogiques :

Ce type d'hallucination survient au réveil ou au moment de l'endormissement. Les hallucinations sont généralement vives, multisensorielles, paraissent réelles et sont souvent effrayantes.

05



État clinique

Une personne atteinte de narcolepsie de type 1 peut présenter certains ou tous les symptômes mentionnés ci-dessus.

Toutefois, les médecins n'établissent pas de diagnostic en se basant uniquement sur ces symptômes. La narcolepsie de type 1 est diagnostiquée par une étude du sommeil et confirmée par la présence du marqueur génétique HLA-DQB1*.

Lors d'une étude du sommeil, une personne atteinte de narcolepsie de type 1 entre généralement en sommeil paradoxal anormalement rapidement. Le sommeil paradoxal, ou mouvements oculaires rapides, est le moment où les rêves surviennent. En général, la plupart des personnes entrent en sommeil paradoxal environ 90 minutes après s'être endormies. Toutefois, une personne atteinte de narcolepsie a tendance à entrer en sommeil paradoxal dans les 15 minutes suivant l'endormissement.

Pour qu'un diagnostic de narcolepsie de type 1 soit posé, les critères suivants doivent être remplis :

- Avoir des périodes quotidiennes pendant lesquelles un besoin de dormir impérieux ou des accès de somnolence ou de sommeil diurnes se font sentir.
- Présence de cataplexie, ou faibles taux d'hypocrétine dans le liquide céphalorachidien.
- Une étude du sommeil (test itératif de latence d'endormissement et polysomnogramme) montrant
- un début précoce de sommeil paradoxal.



Narcolepsie de type 2

(sans cataplexie)

La narcolepsie de type 2 survient sans cataplexie. Les symptômes ont également tendance à être plus légers avec la narcolepsie de type 2 qu'avec la narcolepsie de type 1.



Causes

La cause de la narcolepsie de type 2 n'est pas entièrement connue. Chez les personnes atteintes de narcolepsie de type 1, le taux d'hypocrétine, un neuropeptide présent dans le liquide entourant la moelle épinière et le cerveau, est faible. En revanche, les taux d'hypocrétine sont généralement normaux chez les personnes atteintes de narcolepsie de type 2.

Les chercheurs émettent l'hypothèse que la narcolepsie de type 2 pourrait être déclenchée par une infection, un traumatisme crânien ou une maladie cérébrale chez les personnes présentant une prédisposition génétique. Une autre théorie suggère que la narcolepsie de type 2 pourrait être un précurseur de la narcolepsie de type 1.

Symptômes



Les symptômes de la narcolepsie de type 2 sont similaires à ceux de la narcolepsie de type 1, mais sans cataplexie. Les symptômes peuvent inclure :

01

Somnolence diurne excessive

Comme pour la narcolepsie de type 1, les personnes atteintes de narcolepsie de type 2 présentent également une somnolence diurne excessive. Les insomnies involontaires surviennent soudainement et durent au moins trois mois, et doivent être observées pour qu'un diagnostic puisse être posé.

02

Sommeil nocturne perturbé

Les cycles de sommeil nocturne sont anormaux chez les personnes atteintes de narcolepsie de type 2. Une personne atteinte de narcolepsie de type 2 peut se réveiller plusieurs fois par nuit. Elle peut également entrer trop rapidement dans certaines phases de sommeil, comme le sommeil paradoxal.

03

Hallucinations du sommeil

Comme pour la narcolepsie de type 1, les hallucinations du sommeil se manifestent par la sensation d'être observé, touché, ou d'entendre ou de voir des personnes qui ne sont pas présentes dans la pièce.

04

Paralysie du sommeil

Il s'agit d'un phénomène qui survient soit à l'endormissement, soit au réveil, lorsque la personne est consciente, mais incapable de bouger ou de parler. Ce phénomène survient généralement lors des transitions entre le sommeil paradoxal et le sommeil profond. Il ne dure généralement que quelques secondes à quelques minutes.



État clinique

L'état clinique d'une personne atteinte de narcolepsie de type 2 est similaire à celui d'une personne atteinte de narcolepsie de type 1. Toutefois, la personne ne signalera pas de cataplexie. La gravité des symptômes mentionnés ci-dessus peut varier.

Une personne atteinte de narcolepsie de type 2 peut également présenter les symptômes suivants :

- Aucun antécédent de cataplexie
- Des épisodes soudains de somnolence présents depuis au moins trois mois.
- Sortie en sommeil paradoxal (mouvements oculaires rapides) dans les 15 minutes suivant l'endormissement, pendant au moins deux siestes diurnes indiquée sur le TILE ou indiquée par un polysomnogramme nocturne
- Les scores sur l'Échelle de somnolence d'Epworth indiquent une somnolence modérée à sévère
- Lors des tests de latence d'endormissement multiples, qui impliquent des siestes programmées, une personne atteinte de narcolepsie aura une latence d'endormissement moyenne inférieure ou égale à 8 minutes

Il est fréquent que les personnes atteintes de narcolepsie de type 1 ou 2 développent un trouble de l'humeur, comme la dépression, ce qui conduit souvent à un diagnostic erroné.

Hypersomnie idiopathique

L'hypersomnie idiopathique est un type de trouble central de l'hypersomnolence. Il s'agit d'une affection neurologique chronique qui se caractérise par un besoin de sommeil insatiable. Le besoin de sommeil n'est ni satisfait ni apaisé, même après une nuit complète.

Une personne atteinte dort soit normalement, soit plus que la normale, mais se sent néanmoins intensément somnolente pendant la journée. Faire une sieste ne réduit pas la somnolence.

Il existe également des sous-types d'hypersomnie idiopathique basés sur la durée totale du sommeil, notamment :

- l'hypersomnie idiopathique avec sommeil prolongé
- l'hypersomnie idiopathique sans sommeil prolongé

Les personnes atteintes d'hypersomnie idiopathique avec sommeil prolongé peuvent dormir 11 heures ou plus sur une période de 24 heures. Elles peuvent également faire des siestes prolongées pouvant aller jusqu'à trois heures. Même avec autant de sommeil, elles ne se sentent pas reposées.

L'hypersomnie idiopathique est un trouble rare. On estime qu'elle touche environ 1 à 2 personnes sur 10 000. Toutefois, il est possible que certains cas soient mal diagnostiqués ou que la personne ne consulte pas un médecin pour obtenir un diagnostic.

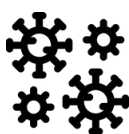
Causes

L'hypersomnie idiopathique est un trouble du cerveau et du système nerveux central. Selon la Fondation Hypersomnia, la cause exacte de l'hypersomnie idiopathique reste incertaine. Plusieurs facteurs pourraient jouer un rôle dans le développement de cette affection. Cela peut inclure des facteurs physiologiques. Par exemple, l'hypersomnie idiopathique pourrait être due à un déséquilibre chimique dans la zone du cerveau qui contrôle le sommeil et l'éveil.

Une théorie suggère que l'hypersomnie idiopathique pourrait être due à un excès d'une molécule dans le liquide céphalorachidien, susceptible d'agir comme anesthésique. Les chercheurs sont encore en train de déterminer la composition de cette molécule. Toutefois, elle peut interagir avec l'acide γ -aminobutyrique (GABA), qui favorise le sommeil. Une prédisposition génétique peut également augmenter le risque d'hypersomnie idiopathique.

Les recherches indiquent qu'environ un tiers des personnes atteintes d'hypersomnie idiopathique rapportent des antécédents familiaux. Il peut s'agir d'un membre de la famille atteint d'hypersomnie idiopathique ou d'autres troubles centraux de l'hypersomnolence.

Certains facteurs peuvent également jouer un rôle dans le déclenchement de la maladie, tels que :



Maladies
virales



Traumatisme
crânien léger



Anesthésie
générale



Symptômes



Bien que cela puisse varier, les symptômes de l'hypersomnie idiopathique peuvent apparaître pour la première fois à l'adolescence ou au début de la vingtaine. L'âge moyen d'apparition du trouble est de 22 ans.

La gravité des symptômes peut également varier. Les symptômes peuvent s'aggraver, voire disparaître. Les symptômes disparaissent chez environ 10 à 15 % des personnes atteintes.

01

Inertie du sommeil : sensation de désorientation et d'altération des fonctions cognitives qui peut survenir juste après le réveil. Il s'agit de l'état de transition entre le sommeil et l'éveil, où le cerveau est encore dans un état proche du sommeil.

02

Sommeil non réparateur

03

La transition sommeil-éveil est prolongée

04

De nombreuses personnes dorment plus de 11 heures par nuit

05

Brouillard cérébral



État clinique

Les personnes atteintes d'hypersomnie idiopathique peuvent présenter des symptômes similaires, d'intensité variable. Cependant, il est courant que toutes les personnes atteintes de cette maladie présentent une somnolence diurne excessive. Une somnolence diurne excessive survient presque tous les jours pendant au moins trois mois.

Dans la plupart des cas, un spécialiste du sommeil demande une polysomnographie afin d'exclure d'autres troubles du sommeil. Un historique médical complet et un examen excluent également d'autres causes d'hypersomnie, telles qu'un trouble mental, des effets secondaires de médicaments, l'utilisation de substances, ou un trouble médical ou neurologique.

En cas d'hypersomnie idiopathique, la polysomnographie permet d'éliminer d'autres causes de somnolence diurne.

L'état clinique peut également révéler les éléments suivants :

- Le polysomnogramme montre une latence d'endormissement courte
- Une augmentation de la durée totale de sommeil, qui doit être supérieure ou égale à 660 minutes.

Les critères de diagnostic selon la Classification internationale des troubles du sommeil, troisième édition, incluent :

- Périodes quotidiennes de besoin de sommeil insatiable
- Absence de cataplexie
- Aucune preuve d'insuffisance de sommeil n'a été relevée dans un journal de sommeil.
- Les résultats du test itératif de latence d'endormissement incluent une latence d'endormissement supérieure à huit minutes ou une durée totale de sommeil supérieure ou égale à 660 minutes sur un polysomnogramme de 24 heures.
- Les symptômes d'hypersomnolence qui ne sont pas mieux expliqués par une autre condition ou un trouble du sommeil.

Syndrome de Kleine-Levin

Le syndrome de Kleine-Levin est considéré comme une maladie rare qui entraîne un besoin excessif de sommeil accompagné d'autres symptômes. Les médecins classent le syndrome de Kleine-Levin comme un type de trouble central de l'hypersomnolence.

Cette affection est moins fréquente que certaines autres formes d'hypersomnolence. Selon la Cleveland Clinic, le syndrome de Kleine-Levin touche environ 1 à 2 personnes sur un million.

Pour des raisons inconnues, il semble plus fréquent chez les hommes. Selon le National Institute of Neurological Disorders and Stroke, environ 70 % des personnes atteintes du syndrome de Kleine-Levin sont des hommes.

Cette maladie entraîne un besoin excessif de sommeil, parfois 20 heures par jour ou plus. Mais elle provoque également souvent des symptômes supplémentaires liés à l'humeur et au comportement.

Les symptômes semblent apparaître par cycles, ou épisodes. Une personne peut présenter des symptômes pendant des semaines, voire des mois. Mais la personne atteinte peut ensuite ne présenter aucun symptôme pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Les médecins ne comprennent pas tout à fait pourquoi les symptômes semblent en rémission, puis réapparaissent.

Chez certaines personnes, les symptômes associés au syndrome disparaissent avec l'âge. Mais ils peuvent réapparaître quelques années plus tard.

Causes

Les médecins ne connaissent pas la cause exacte du syndrome de Kleine-Levin. Comme cette maladie est rare, les recherches sur sa cause et son traitement sont moins approfondies que pour d'autres maladies.

Selon l'Organisation nationale pour les maladies rares, une cause possible est une lésion ou un dysfonctionnement de la partie du cerveau qui régule le sommeil, la température corporelle et l'appétit chez les personnes atteintes de cette maladie.

Des chercheurs ont également constaté que les symptômes du syndrome de Kleine-Levin peuvent se développer après une maladie semblable à la grippe. Cela indique qu'une réaction du système immunitaire peut déclencher le syndrome chez certaines personnes.

Une étude réalisée par l'Université de Stanford a révélé que 72 % des personnes étudiées avaient contracté une infection avant l'apparition des symptômes du syndrome de Kleine-Levin. Des recherches supplémentaires sont toutefois nécessaires pour en déterminer la cause exacte.



Symptômes



Les symptômes du syndrome de Kleine-Levin apparaissent souvent soudainement. Ils apparaissent généralement à l'adolescence ou au début de la vingtaine.

Les symptômes possibles sont les suivants :

Besoin excessif de sommeil

Les personnes atteintes du syndrome de Kleine-Levin peuvent dormir entre 18 et 20 heures par jour. Elles peuvent se lever uniquement pour manger et aller aux toilettes. Bien qu'une personne atteinte du syndrome puisse être réveillée, elle peut être apathique.

Suralimentation

L'alimentation compulsive est également un symptôme fréquent de la maladie. Une prise de poids est fréquente.

Changements de comportement

Certaines personnes développent une libido débordante et débridée. Une personne atteinte du syndrome peut également présenter un comportement enfantin, comme des crises de colère ou une incapacité à contrôler ses émotions.

01

02

03

Hallucinations

Une confusion peut également survenir. Dans certains cas, une personne atteinte de cette maladie peut avoir des hallucinations.

04

05

Troubles de l'humeur

Irritabilité, agressivité et dépression peuvent survenir. Des idées suicidaires peuvent survenir chez un faible pourcentage de personnes.

Les symptômes peuvent durer plusieurs semaines, puis disparaître. En l'absence d'épisode, la personne peut ne présenter aucun trouble de l'humeur ou du comportement, ni aucun symptôme.

Bien que des troubles de l'humeur puissent survenir avec le syndrome de Kleine-Levin, celui-ci n'est pas causé par un trouble de l'humeur. Il est important pour les cliniciens de faire la distinction entre un trouble de l'humeur, comme la dépression, et le syndrome de Kleine-Levin.

État clinique

Une personne atteinte du syndrome de Kleine-Levin peut présenter certains ou tous les symptômes mentionnés ci-dessus. L'état clinique peut inclure un surpoids et un manque d'énergie.

Si une personne traverse un épisode, un examen plus approfondi peut révéler une absence d'émotions ou un comportement inapproprié. Le patient peut également paraître confus ou absent. Dans certains cas, il peut présenter des troubles de l'élocution ou des difficultés à articuler ses mots.

En général, les médecins établissent un diagnostic en se basant sur les symptômes et en excluant d'autres pathologies. Certains examens médicaux peuvent aider à établir un diagnostic, comme une évaluation psychologique et des analyses sanguines pour vérifier la consommation de substances. Un médecin peut également recommander une étude du sommeil afin d'écartier d'autres causes de somnolence excessive.





Tests diagnostiques

Obtenir un diagnostic précis des troubles centraux de l'hypersomnolence est essentiel pour mettre en place le plan de traitement le plus adapté. Les tests diagnostiques permettent d'écarter certains troubles du sommeil, susceptibles de provoquer une somnolence diurne. Dans certains cas, une combinaison de différents tests diagnostiques peut être nécessaire pour confirmer un diagnostic.

Les pages suivantes présentent quelques-uns des tests diagnostiques possibles pour les troubles centraux d'hypersomnolence.



Polysomnographie (PSG)

La PSG consiste généralement à réaliser un examen nocturne pour mesurer certaines fonctions corporelles pendant votre sommeil. Pour prendre les mesures, les techniciens vous connectent à différents moniteurs.

Les fonctions mesurées comprennent :



Ondes
cérébrales



Mouvements
oculaires



Mouvements
des jambes



Fréquence
cardiaque



Fréquence
respiratoire



Niveau
d'oxygène

Une PSG peut aider à exclure d'autres troubles du sommeil contribuant à la somnolence diurne. Les résultats d'une PSG pouvant indiquer des troubles centraux d'hypersomnolence comprennent :

- Augmentation de la durée du sommeil non paradoxal de stade 1
- Perturbation du rythme normal du sommeil
- Réveils fréquents
- Longues périodes de mouvements des membres pendant le sommeil



Test itératif de latence d'endormissement (TILE)

Le TILE permet de mesurer le niveau de somnolence diurne d'une personne tout au long de la journée.

Ce test, également appelé « étude des siestes », consiste à faire cinq siestes à intervalles réguliers. Vous serez relié(e) à des capteurs qui vous indiqueront quand vous êtes endormi(e) et éveillé(e). Le test mesure le temps que vous mettez à vous endormir et si vous entrez en sommeil paradoxal.

En général, les personnes souffrant d'hypersomnie s'endorment plus rapidement que les autres.

Selon l'American Academy of Sleep Medicine, les personnes atteintes de narcolepsie présentent généralement deux phases de sommeil paradoxal ou plus pendant le test. Les personnes souffrant d'hypersomnie idiopathique peuvent s'endormir rapidement, mais n'atteignent pas le sommeil paradoxal pendant le test.

Actigraphie

L'actigraphie est un test diagnostique qui consiste à enregistrer des informations sur plusieurs jours, voire plusieurs semaines, afin d'identifier les anomalies du rythme de sommeil d'une personne.

Lors de l'actigraphie, vous portez un petit appareil appelé actigraphe. Généralement, l'appareil est porté au poignet. Il recueille des données en fonction de vos mouvements au cours de vos activités quotidiennes.

L'appareil calcule les paramètres du sommeil, notamment :

- L'heure à laquelle vous vous êtes endormi(e)
- L'heure de réveil
- La durée totale du sommeil
- Le temps nécessaire pour s'endormir
- Ces paramètres aident votre spécialiste du sommeil à identifier les anomalies grâce aux journaux de sommeil.

Journal du sommeil

Votre médecin vous demandera probablement de tenir un journal du sommeil. Ce journal permet à votre spécialiste du sommeil d'identifier les troubles du sommeil et les habitudes susceptibles d'affecter la qualité de votre sommeil.

Vous y consignerez notamment :

- L'heure à laquelle vous vous êtes couché(e)
- L'heure de votre réveil
- Le temps qu'il vous a fallu pour vous endormir
- Les médicaments que vous prenez quotidiennement
- Le nombre et la durée des siestes quotidiennes
- La consommation de caféine, d'alcool et de tabac



Marqueurs génétiques

Les marqueurs génétiques impliquent des analyses sanguines pour déterminer si vous possédez des gènes spécifiques associés au développement de certaines formes de troubles centraux de l'hypersomnolence. Par exemple, le marqueur génétique HLA DQB1*0602 est lié à la narcolepsie.

Test de maintien de l'éveil (TME)

Le TME est un test du sommeil qui mesure votre capacité à rester éveillé(e) pendant une certaine période.

Pendant le test, vous devrez probablement rester éveillé(e) pendant quatre périodes de 20 à 40 minutes. Les périodes sont espacées de deux heures. Des appareils d'enregistrement déterminent si vous pouvez rester éveillé(e) pendant cette période de 20 à 40 minutes.

Ponction lombaire

Une ponction lombaire peut aider à diagnostiquer certaines formes de troubles centraux de l'hypersomnolence. L'intervention consiste à insérer une aiguille dans le bas du dos, entre deux vertèbres. Le médecin prélève un échantillon de liquide céphalorachidien, qui est analysé en laboratoire.

Les médecins mesurent le taux d'hypocrétine-1, un neuropeptide associé au cycle veille-sommeil. Des taux faibles peuvent indiquer une narcolepsie de type 1. Les médecins considèrent qu'un taux d'hypocrétine-1 supérieur à 200 pg/mL est normal. Un taux inférieur à 110 pg/mL peut indiquer une narcolepsie.





Pharmacologie pour les TCSH

Actuellement, il n'existe aucun traitement pour les troubles centraux de l'hypersomnolence (TCSH). Cependant, un traitement peut contribuer à soulager les symptômes, améliorant ainsi la qualité de vie.

Le traitement des troubles centraux de l'hypersomnolence peut inclure des changements de mode de vie pour favoriser un meilleur sommeil. Mais l'un des principaux traitements repose sur les médicaments.

Les médecins peuvent recommander différents médicaments en fonction du diagnostic spécifique. De plus, tous les médicaments ne sont pas efficaces pour chaque individu. Parfois, il faut procéder par tâtonnements pour déterminer le médicament et la posologie les plus adaptés.



L'American Academy of Sleep Medicine a recommandé certains médicaments pour traiter les TCSH. Différentes classes de médicaments sont possibles, notamment :

Stimulants:

Ce type de médicament est un stimulant du système nerveux central qui aide à rester éveillé pendant la journée.

Exemples de stimulants utilisés pour traiter les TCSH :

- modafinil (Provigil)
- armodafinil (Nuvigil)
- solriamfetol (Sunosi)
- pitolisant (Wakix) – également utilisé pour traiter la catalexie

Les médicaments stimulants plus anciens sont également une option. Mais ils présentent un risque accru de dépendance. Ces médicaments comprennent :

- methylphenidate (Ritalin, Concerta, others)
- amphétamines (Adderall XR10, Dexedrine)

*Les effets secondaires des stimulants peuvent inclure :



Maux de tête



Anxiété



Nausées

Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) et inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :

Ce type de médicament affecte le sommeil paradoxal en le supprimant. Les médecins peuvent le recommander hors AMM pour réduire les symptômes de cataplexie qui peuvent survenir en cas de narcolepsie. Différentes options d'IRSN et d'ISRS sont disponibles, notamment :

- venlafaxine (Effexor XR)
- fluoxétine (Prozac)
- sertraline (Zoloft)

Comme pour tout médicament, des effets secondaires sont possibles avec les deux types de médicaments. *Les effets secondaires peuvent inclure :



Insomnie



Prise de poids



Problèmes digestifs

Antidépresseurs tricycliques :

Cette classe de médicaments est un type d'antidépresseur plus ancien, et ils sont également hors AMM. Les médecins ont tendance à prescrire moins souvent ce médicament qu'auparavant en raison de l'arrivée des nouveaux antidépresseurs. Exemples d'antidépresseurs tricycliques :

- imipramine (Tofranil)
- clomipramine (Anafranil)

Traitement à l'oxybate :

L'oxybate à faible teneur en sodium est approuvé par la FDA pour traiter les symptômes de l'hypersomnie idiopathique, tels que la somnolence diurne excessive, l'inertie du sommeil et le sommeil prolongé.

Les oxybates sont pris le soir pour soulager les symptômes diurnes de la SDE et de la cataplexie en cas de narcolepsie.

- Oxybate de sodium (Xyrem)
- Oxybate de sodium à libération prolongée (Lumryz)
- Oxybate à faible teneur en sodium (Xywav)

*Effets secondaires possibles :



Maux de tête



Nausées



Énurésie

Conseils concernant les médicaments :

Comme pour tous les médicaments, il est essentiel de suivre votre ordonnance. Demandez à votre médecin ce que vous devez faire en cas d'oubli d'une dose.

N'arrêtez pas votre traitement sauf avis contraire de votre médecin. Certains médicaments nécessitent une diminution progressive avant un arrêt brutal.

Si vous développez des effets secondaires, il est essentiel d'en parler à votre médecin. Certains effets secondaires peuvent s'atténuer à mesure que votre corps s'adapte au médicament. Dans d'autres cas, votre médecin peut essayer un autre médicament si les effets secondaires sont trop gênants.

Si vous prenez d'autres médicaments pour une autre affection, demandez à votre médecin comment ils peuvent interagir avec les médicaments utilisés pour traiter les TCSH. Bien que votre médecin devrait pouvoir accéder à tous vos autres médicaments, il est important de s'assurer qu'aucun n'est oublié.

Le coût des médicaments peut varier considérablement. Il dépend du médicament, de votre assurance et du lieu d'achat. Si vous avez des difficultés avec le coût des médicaments, parlez-en à votre médecin. Il existe peut-être des régimes d'assurance médicaments à faible coût ; vous pourriez également être admissible à une aide gouvernementale.

Enfin, la recherche se poursuit sur les traitements, notamment les médicaments visant à réduire les symptômes des TCSH. À l'avenir, d'autres options thérapeutiques pourraient être disponibles.

*Pour chaque traitement mentionné, veuillez consulter la notice de chaque médicament pour obtenir la liste complète des effets secondaires.





Comorbidités des TCSH

Dans certains cas, une personne atteinte d'un trouble central d'hypermotilité peut également présenter d'autres affections coexistantes, appelées comorbidités, qui surviennent parallèlement au trouble du sommeil.

Un sommeil de qualité est essentiel à la santé générale. Lorsque le sommeil est insuffisant, cela peut avoir une influence sur d'autres symptômes dans le corps, ce qui peut augmenter le risque de développer d'autres affections.

Les comorbidités possibles de la TCSH comprennent :



Maladies cardiovasculaires :

Certaines maladies liées à l'hypersomnolence semblent augmenter le risque de développer une maladie cardiovasculaire. Par exemple, selon l'American Heart Association, la narcolepsie est associée à un risque accru de maladie cardiovasculaire. Ceci pourrait être dû au fait que la narcolepsie peut entraîner une augmentation de la tension artérielle nocturne et une prise de poids. Elle peut également entraîner des déficits en certains neurotransmetteurs, ce qui augmente le risque d'hypertension artérielle et de maladie cardiaque.

Diverses études indiquent également un risque accru de maladie cardiaque pour d'autres formes d'hypersomnolence centrale. Par exemple, une étude publiée dans Sleep Med a révélé que les femmes qui déclaraient une somnolence diurne presque quotidiennement présentaient un risque accru de maladie cardiovasculaire par rapport à celles qui n'éprouvaient que rarement de la somnolence pendant la journée.

Troubles du sommeil :

Les troubles d'hypersomnolence peuvent survenir seuls ou en association avec un autre trouble du sommeil. En fait, il est fréquent que les personnes atteintes de certaines formes d'hypersomnolence présentent également des troubles du sommeil, tels que :

Apnée obstructive du sommeil (AOS) : L'AOS survient lorsque les muscles des voies respiratoires supérieures, y compris la langue, s'affaissent partiellement ou totalement et bloquent l'entrée d'air dans les poumons. Cette obstruction du flux d'air provoque de brèves périodes d'apnée pendant le sommeil. Les signes de l'AOS comprennent le ronflement, des halètements pour respirer et des maux de tête matinaux. L'AOS peut survenir seul ou en association avec d'autres troubles du sommeil, notamment les troubles centraux de l'hypersomnolence.

Insomnie : L'insomnie se caractérise par des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e). Elle peut être brève ou devenir chronique. Les personnes insomniaques ressentent souvent une somnolence diurne.



Troubles de santé mentale

Les troubles de santé mentale sont souvent associés aux troubles centraux de l'hypersomnolence. Par exemple, des recherches suggèrent que l'anxiété et les troubles de l'humeur sont des comorbidités fréquentes de la narcolepsie. Une étude publiée dans la revue Medical Sciences évaluée par des pairs a révélé que jusqu'à 57 % des personnes atteintes de narcolepsie souffraient de dépression. La dépression semble également fréquente chez les personnes souffrant d'hypersomnie idiopathique.

La raison de l'association entre les troubles centraux de l'hypersomnolence et les troubles de santé mentale n'est pas entièrement évidente. Une théorie suggère que les personnes souffrant de troubles de santé mentale et d'hypersomnie pourraient avoir une physiopathologie commune.

Une autre possibilité est que les problèmes chroniques liés à l'hypersomnie, notamment la fatigue et la somnolence diurne, puissent provoquer dépression et anxiété.

Troubles neurologiques :

L'incidence des troubles neurologiques survenant en conjonction avec des troubles centraux de l'hypersomnolence n'est pas toujours claire. En effet, certaines affections neurologiques peuvent également provoquer une hypersomnolence, notamment :

Maladie de Parkinson : La maladie de Parkinson est une maladie qui touche le système nerveux central. Elle affecte les mouvements et provoque des tremblements musculaires. Elle perturbe souvent le sommeil et peut entraîner une hypersomnolence.

Sclérose en plaques (SEP) : La sclérose en plaques survient lorsque le système immunitaire attaque la myéline, qui recouvre les nerfs. Cela provoque une perturbation de la communication entre le corps et le cerveau.

Les personnes atteintes de SEP développent des lésions cérébrales. Les lésions cérébrales associées à la sclérose en plaques peuvent contribuer au développement de la narcolepsie.

Troubles métaboliques

Les personnes atteintes d'hypersomnolence centrale développent également des troubles métaboliques plus souvent que le reste de la population.

Des études montrent que les personnes atteintes de narcolepsie avaient tendance à avoir un métabolisme plus lent et à être en surpoids par rapport aux témoins. Un sommeil perturbé affecte souvent le métabolisme, ce qui contribue à la prise de poids.

De plus, certaines personnes souffrant de somnolence diurne peuvent avoir certains comportements alimentaires, comme grignoter davantage et consommer des aliments riches en sucre. Ce type de régime alimentaire peut également entraîner une prise de poids.

Comorbidités dues à un manque de sommeil

Changements d'humeur



Prise de poids



Douleur



Somnolence diurne



Tension artérielle



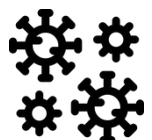
Diabète



Maladies cardiovasculaires



Affaiblissement du système immunitaire





Impact sur la qualité de vie

Un sommeil perturbé peut avoir des répercussions sur chaque aspect de la vie d'une personne. Les troubles centraux de l'hypersomnolence, qui provoquent une somnolence excessive, peuvent entraîner des symptômes physiques comme la fatigue et des difficultés émotionnelles, qui peuvent tous deux réduire considérablement la qualité de vie. Voici quelques problèmes possibles associés aux troubles d'hypersomnolence et l'impact qu'ils peuvent avoir sur votre vie.

Relations

Les troubles centraux de l'hypersomnolence peuvent avoir un impact sur les relations, tant personnelles que professionnelles, notamment :



La famille :

Une somnolence diurne excessive peut perturber les relations familiales. Par exemple, elle peut entraîner des absences aux réunions de famille, des responsabilités et du temps passé avec les enfants.

Les amis :

Des études indiquent que les personnes atteintes de troubles centraux de l'hypersomnolence évitent souvent de participer aux activités sociales en raison de la fatigue et de la dépression. Cela peut affecter les amitiés et la capacité à se faire de nouveaux amis.

L'intimité :

Les troubles du sommeil et la cataplexie peuvent affecter tous les aspects de la vie, y compris l'intimité. Une fatigue excessive joue également un rôle sur l'humeur, ce qui a un impact direct sur l'intimité.

01

02

03

Le travail/la carrière

Les symptômes possibles des troubles centraux de l'hypersomnolence, tels que le brouillard cérébral, la dépression et la fatigue, peuvent avoir un impact sur la vie professionnelle et la carrière. Diverses études ont montré que l'emploi était affecté par ce trouble du sommeil. Par exemple, une étude publiée dans la revue *Sleep Medicine* a révélé que les personnes atteintes de certains troubles de l'hypersomnolence rapportaient un degré élevé de procrastination, directement lié à la dépression. Des aménagements sont souvent nécessaires sur le lieu de travail, comme des horaires flexibles et un endroit pour faire la sieste.

Des recherches similaires ont également révélé que les personnes atteintes d'hypersomnolence présentaient une baisse de productivité globale au travail et s'absentaient beaucoup du travail en raison de leur trouble.

Dans certains cas, les employeurs ne comprennent pas les troubles du sommeil. Ce trouble est invisible, car les symptômes extérieurs ne sont pas reconnus. Cela peut également accroître les malentendus de la part des employeurs.

L'éducation

La fatigue, la somnolence, la dépression et le brouillard cérébral ont souvent un impact direct sur l'apprentissage. La participation aux activités extrascolaires est souvent limitée pour les étudiants particulièrement touchés par une somnolence diurne excessive.

La mémoire peut également être altérée, ce qui rend l'apprentissage et la mémorisation plus difficiles.

Des aménagements scolaires et universitaires sont souvent nécessaires pour offrir un environnement d'apprentissage optimal aux jeunes souffrant de troubles du sommeil. Ces aménagements peuvent inclure une rentrée scolaire tardive, du temps supplémentaire pour les devoirs et les examens, et un espace dédié à la sieste.

Mémoire

Un sommeil de bonne qualité est nécessaire au bon fonctionnement de la mémoire. Le sommeil est essentiel à la formation et à la consolidation des souvenirs. Les troubles du sommeil peuvent nuire au processus de consolidation de la mémoire.

Lors des différentes phases du sommeil, le stockage des souvenirs a lieu. Lorsque la qualité du sommeil est altérée, la façon dont le cerveau relie les souvenirs entre eux est altérée.

L'attention

Des recherches montrent un lien entre la somnolence diurne auto-déclarée et les problèmes d'attention chez les personnes souffrant de troubles d'hypersomnolence. Par exemple, une étude publiée dans *Sleep Medicine Reviews* a révélé que les personnes atteintes de narcolepsie de type 1 et 2, ainsi que celles souffrant d'hypersomnie idiopathique, présentaient des troubles constants de l'attention.

On ne sait pas exactement pourquoi cela se produit. Il pourrait s'agir d'une combinaison de fatigue, de troubles de la mémoire et de facteurs physiologiques affectant le cerveau.

Brouillard cérébral

Le brouillard cérébral n'est pas un terme médical, mais une expression utilisée pour décrire un trouble général de la conscience et il est fréquent dans les troubles d'hypersomnie. Il peut inclure de la confusion, une réflexion plus lente que d'habitude et des difficultés de concentration. Il n'existe pas de tests mesurables pour déterminer la gravité du brouillard cérébral, souvent associé aux troubles d'hypersomnie. On décrit souvent cela comme une sensation d'avoir la tête engoncée dans de la laine.

Déficits cognitifs

Les troubles d'hypersomnie ne sont pas toujours associés à des déficits cognitifs, mais ils peuvent survenir. Par exemple, certaines personnes peuvent éprouver des difficultés à gérer leurs émotions et avoir également des difficultés à prendre des décisions.



L'estime de soi psychosociale et la stigmatisation

Un trouble du sommeil peut entraîner une baisse de l'estime de soi. Les effets de l'hypersomnolence, comme la dépression, peuvent également avoir des répercussions psychosociales. Les troubles de santé mentale et les troubles d'hypersomnolence ne sont pas toujours bien compris. Cela peut entraîner une stigmatisation, ou la peur d'être stigmatisé(e) si leur état vient à être connu. Tenter de gérer le trouble en secret peut également entraîner des complications supplémentaires.





Considérations particulières

Les personnes atteintes de troubles de l'hypersomnolence sont souvent confrontées à des difficultés supplémentaires lors de la grossesse et de l'anesthésie. Cela est dû à une somnolence excessive et éventuellement à l'interaction de médicaments. Compte tenu de la rareté des troubles centraux de l'hypersomnolence, les spécialistes extérieurs à la médecine du sommeil peuvent ne pas être familiers avec ce trouble ni avec les difficultés spécifiques souvent rencontrées lors de la grossesse, de l'éducation des enfants et de l'anesthésie. La conduite automobile est également un autre élément à prendre en compte. Il est important de défendre ses propres intérêts et d'obtenir le soutien des aidants naturels et de ses proches, en particulier lorsqu'ils doivent composer avec des situations encore plus perturbatrices et difficiles.

Anesthésie

Lors d'une intervention chirurgicale, il est essentiel que l'équipe chirurgicale sache comment les traitements prescrits pour les troubles centraux de l'hypersomnolence (TCSH) interagissent avec les médicaments sédatifs. Les personnes atteintes de TCSH peuvent présenter des réactions inhabituelles au réveil après une intervention chirurgicale. Par exemple, les personnes atteintes d'hypersomnie idiopathique sont souvent confrontées à une inertie du sommeil grave après l'opération, ce qui fait de l'anesthésie régionale (blocage nerveux) une option privilégiée lorsqu'elle est adaptée. De plus, les séjours à l'hôpital et les interventions chirurgicales peuvent perturber les habitudes de sommeil. Il est donc fortement recommandé de discuter de vos horaires de sommeil et de vos médicaments prescrits avec votre anesthésiste.

Grossesse

Les femmes souffrant d'hypersomnie doivent consulter leur médecin et leur gynécologue-obstétricien avant d'envisager une grossesse, en raison des risques potentiels des médicaments pour l'enfant à naître. La prise de médicaments peut également avoir un impact négatif sur l'accouchement et doit être soigneusement prise en compte si vous envisagez d'allaiter. De plus, la gestion des soins nocturnes des nouveau-nés et des nourrissons peut s'avérer plus complexe en raison de l'épuisement accru. Chez les personnes atteintes de cataplexie, l'intensité des émotions peut entraîner des crises plus fréquentes, ce qui exige une plus grande prudence lorsqu'on prend soin d'un nouveau-né. Du soutien et des informations sont disponibles via des groupes de soutien à la grossesse et à la parentalité, auxquels les partenaires sont également encouragés à participer.

Conduite

Les personnes souffrant d'hypersomnie sont techniquement autorisées à conduire, bien que la législation varie selon les États. En raison du risque de somnolence au volant et du risque d'endormissement au volant, les personnes souffrant de troubles du sommeil sont plus sujettes aux accidents et aux accidents évités de justesse. Il est crucial de ne conduire que lorsque la personne est en état d'éveil complet.

Il est conseillé de faire de courts trajets après les siestes prévues, et de prévoir des pauses fréquentes. Si vous commencez à vous sentir somnolent(e) au volant, il est important de vous garer dans un endroit sûr, de faire une sieste dans la voiture et de ne reprendre le volant que lorsque vous vous sentez complètement réveillé(e).



Questions à poser à votre médecin

Que vous présentiez des symptômes d'hypersomnolence ou que vous ayez déjà reçu un diagnostic, vous pourriez avoir des questions. Il est essentiel d'en apprendre le plus possible sur votre trouble et sur la façon de le gérer. En plus d'un traitement médical, vous pouvez améliorer votre sommeil en modifiant votre mode de vie.

N'oubliez pas que la situation de chacun est différente. Souvent, la prise en charge des troubles centraux de l'hypersomnolence peut varier. Une approche unique ne fonctionne pas toujours. Les questions individuelles peuvent varier. Mais voici quelques questions typiques à poser à votre médecin :

Les troubles centraux de l'hypersomnolence sont-ils tous identiques ?

Est-ce que j'ai besoin d'une étude du sommeil ?

Quel type d'étude du sommeil dois-je effectuer ?

Comment faites-vous la différence entre les troubles centraux de l'hypersomnolence ?

Mon diagnostic est-il de longue durée ?

Quel est le traitement recommandé ?

Les médicaments ont-ils des effets secondaires ?

Quand puis-je m'attendre à ce que les symptômes s'atténuent après le traitement ?

Existe-t-il des traitements alternatifs ?

J'ai d'autres problèmes de santé. Comment puis-je gérer efficacement les deux affections en même temps ?

Quels sont les risques si je ne suis pas de traitement ?

Y a-t-il des changements dans mon mode de vie qui peuvent m'aider à soulager les symptômes ?

Ma maladie est-elle génétique ?

Conseils supplémentaires

pour travailler avec votre médecin

Il existe d'autres facteurs à prendre en compte dans vos relations avec votre médecin et votre équipe médicale. Prenez en compte certaines des suggestions suivantes :

- N'oubliez pas que vous faites également partie de l'équipe soignante. Veillez à défendre vos propres intérêts.
- Demandez si vous pouvez vous faire accompagner à vos rendez-vous. Vous aurez ainsi une autre personne pour recueillir des informations.
- Envisagez d'écrire quelques questions avant votre rendez-vous afin de vous souvenir de ce que vous voulez demander.
- N'ayez jamais peur de poser des questions. Si vous ne comprenez pas quelque chose, demandez des explications.
- Si vous venez de recevoir un diagnostic de trouble central de l'hypersomnolence, renseignez-vous sur les ressources éducatives disponibles pour en savoir plus.
- Il est tout à fait acceptable de demander un deuxième avis si vous voulez déterminer s'il existe d'autres approches thérapeutiques qui pourraient être plus efficaces pour vous.
- Ne laissez pas les problèmes financiers vous empêcher d'obtenir l'aide dont vous avez besoin. Si nécessaire, renseignez-vous sur les possibilités de financement et d'aide au traitement.
- Renseignez-vous sur la fréquence des rendez-vous de suivi avec votre médecin. Le traitement peut nécessiter des ajustements et vos besoins peuvent changer. Des rendez-vous réguliers sont indispensables.



Principales conclusions

Vous trouverez ci-dessous quelques points essentiels à prendre en compte.

Un sommeil de qualité joue un rôle essentiel dans le bien-être général. Un bon sommeil peut aider à débarrasser le cerveau de certaines toxines. Le corps se répare également pendant le sommeil. Le manque de sommeil peut avoir des effets néfastes sur le système immunitaire, le cœur et le cerveau. Le manque de sommeil peut également affecter le poids, l'humeur et la mémoire.

Les tests diagnostiques permettent d'écarter certains troubles qui peuvent être à l'origine de la somnolence diurne, comme l'apnée obstructive du sommeil. Dans certains cas, une combinaison de différents tests diagnostiques peut être nécessaire pour confirmer un diagnostic. Les examens peuvent inclure la polysomnographie, le test de latence multiple d'endormissement, le test de maintien de l'éveil et l'actigraphie. Un journal du sommeil peut également être utile pour identifier les facteurs susceptibles d'affecter le sommeil.

Les médecins divisent les TCSH en différents types. Chaque type peut présenter des symptômes quelque peu variés et des caractéristiques associées, en particulier une somnolence diurne excessive. Les types de TCSH comprennent la narcolepsie de type 1, la narcolepsie de type 2, l'hypersomnie idiopathique et le syndrome de Kleine-Levin.

Il est essentiel de consulter un spécialiste du sommeil certifié par le conseil d'administration pour obtenir un diagnostic précis d'un trouble du sommeil et commencer le traitement.

Un sommeil insuffisant peut affecter d'autres organes et systèmes du corps. Il augmente également le risque d'autres pathologies. Les comorbidités courantes des TCSH comprennent les maladies cardiovasculaires, d'autres troubles du sommeil, comme l'apnée du sommeil, et des problèmes de santé mentale comme la dépression et l'anxiété.



Les troubles du sommeil et l'hypersomnolence peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de vie d'une personne. Ils peuvent affecter tous les aspects de la vie, y compris le travail, les études et les relations. Ils peuvent également nuire à l'estime de soi.

L'hypersomnie idiopathique est un type de trouble central de l'hypersomnolence. Il s'agit d'une affection neurologique chronique qui se caractérise par un besoin de sommeil insatiable. Mais la cause précise de l'hypersomnie est inconnue.

Le syndrome de Kleine-Levin est considéré comme une maladie rare qui entraîne un besoin excessif de sommeil accompagné d'autres symptômes comportementaux. Les symptômes semblent apparaître par cycles et peuvent durer des semaines, voire des mois. Mais les symptômes peuvent aussi disparaître et réapparaître ultérieurement.

La narcolepsie est un trouble neurologique qui affecte la capacité d'une personne à contrôler son cycle veille-sommeil. Une personne atteinte de narcolepsie peut présenter une somnolence diurne excessive et des épisodes de sommeil soudains et incontrôlés.

Les médecins divisent la narcolepsie en deux sous-types : le type 1 et le type 2.

La narcolepsie de type 1 comprend la cataplexie. La cataplexie se caractérise par une perte brève du tonus musculaire chez une personne encore éveillée. Elle est déclenchée par des émotions, comme le rire ou la peur.



Les personnes atteintes de narcolepsie de type 2 ne présentent pas de cataplexie. Les symptômes du type 2 ont également tendance à être plus légers que ceux du type 1.

Actuellement, il n'existe pas de traitement curatif pour les troubles centraux de l'hypersomnolence (TCSH). Cependant, un traitement peut contribuer à soulager les symptômes, améliorant ainsi la qualité de vie.

Le traitement peut inclure des stratégies pour améliorer la qualité du sommeil, comme se détendre avant de se coucher, créer un environnement propice au sommeil et respecter un cycle veille/sommeil régulier.

Différentes catégories de médicaments sont possibles, notamment certains stimulants, les antidépresseurs et l'oxybate. Comme pour tous les médicaments, il est essentiel de suivre votre ordonnance.

Une fois le diagnostic posé, une personne atteinte de TCSH doit consulter son professionnel de santé pour suivre son plan de traitement et discuter des éventuels effets secondaires. Il est également recommandé de rechercher un soutien social.

Références

- 01 About idiopathic hypersomnia. (2020).
<https://www.hypersomniafoundation.org/ih/>
- 02 Ali, M., Auger, R. R., Slocumb, N. L., & Morgenthaler, T. I. (2009). Idiopathic hypersomnia: clinical features and response to treatment. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5(6), 562-568.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792973/>
- 03 Brain basics: Understanding sleep. (n.d.).
<https://www.ninds.nih.gov/health-information/public-education/brain-basics/brain-basics-understanding-sleep>
- 04 Central disorders of hypersomnolence. (n.d.).
<https://www.hypersomniafoundation.org/glossary/central-disorders-of-hypersomnolence/>
- 05 Chabas, D., Foulon, C., Gonzalez, J., Nasr, M., Lyon-Caen, O., Willer, J. C., ... & Arnulf, I. (2007). Eating disorder and metabolism in narcoleptic patients. *Sleep*, 30(10), 1267-1273.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2266283/>
- 06 Circadian rhythms. (2022).
<https://nigms.nih.gov/education/fact-sheets/Pages/circadian-rhythms.aspx>
- 07 Dhillon K, Sankari A. Idiopathic Hypersomnia. [Updated 2023 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585065/#article-145574.s7>
- 08 Filardi, M., D'Anselmo, A., Agnoli, S., Rubaltelli, E., Mastria, S., Mangiaruga, A., ... & Plazzi, G. (2021). Cognitive dysfunction in central disorders of hypersomnolence: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 59, 101510.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34166991/>
- 09 Gangwisch, J. E., Rexrode, K., Forman, J. P., Mukamal, K., Malaspina, D., & Feskanich, D. (2014). Daytime sleepiness and risk of coronary heart disease and stroke: results from the Nurses' Health Study II. *Sleep medicine*, 15(7), 782-788.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4078727/>
- 10 How much sleep do I need? (2022).
https://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/how_much_sleep.html
- 11 Idiopathic hypersomnia. (2021).
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hypersomnia/diagnosis-treatment/drc-20362338>



Références - Suite

- 12 Idiopathic hypersomnia. (2022).
<https://www.sleephealthfoundation.org.au/idiopathic-hypersomnia.html>
- 13 Khan Z, Trotti LM. Central Disorders of Hypersomnolence: Focus on the Narcolepsies and Idiopathic Hypersomnia. Chest. 2015 Jul;148(1):262-273. doi: 10.1378/chest.14-1304.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4694150/>
- 14 Kleine-Levin syndrome. (2022).
<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/23484-kleine-levin-syndrome>
- 15 Kleine-Levin syndrome. (2007).
<https://rarediseases.org/rare-diseases/kleine-levin-syndrome/>
- 16 Kleine-Levin syndrome. (2023).
<https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/kleine-levin-syndrome>
- 17 Maski, K., Trotti, L. M., Kotagal, S., Robert Auger, R., Rowley, J. A., Hashmi, S. D., & Watson, N. F. (2021). Treatment of central disorders of hypersomnolence: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. Journal of Clinical Sleep Medicine, 17(9), 1881-1893.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34743789/>
- 18 Mignot, E., Lammers, G. J., Ripley, B., Okun, M., Nevsimalova, S., Overeem, S., ... & Nishino, S. (2002). The role of cerebrospinal fluid hypocretin measurement in the diagnosis of narcolepsy and other hypersomnias. Archives of neurology, 59(10), 1553-1562.
<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/782942>
- 19 Miyagawa, T., & Tokunaga, K. (2019). Genetics of narcolepsy. Human genome variation, 6(1), 4.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6325123/>
- 20 Morse, A. M., & Sanjeev, K. (2018). Narcolepsy and psychiatric disorders: comorbidities or shared pathophysiology. Medical Sciences, 6(1), 16.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5872173/>
- 21 Narcolepsy and Heart Health. (2023).
<https://www.heart.org/en/health-topics/sleep-disorders/narcolepsy-and-heart-health#:~:text=There%20are%20key%20components%20of,the%20risk%20of%20cardiovascular%20problems.>
- 22 Narcolepsy. (2023).
<https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/narcolepsy>

Références - Suite

- 23 Narcolepsy. (2023).
[https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/narcolepsy/symptoms-causes/syc-20375497#:~:text=People%20with%20narcolepsy%20find%20it,uh%2Dplek%2Dsee\).](https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/narcolepsy/symptoms-causes/syc-20375497#:~:text=People%20with%20narcolepsy%20find%20it,uh%2Dplek%2Dsee).)
- 24 Narcolepsy fast facts. (2015).
<https://narcolepsynetwork.org/about-narcolepsy/narcolepsy-fast-facts/>
- 25 Narcolepsy. (2023).
<https://www.sleepfoundation.org/narcolepsy#diagnosis>
- 26 Sleep phase and stages. (2022).
<https://www.nhlbi.nih.gov/health/sleep/stages-of-sleep>
- 27 Sonka, K., & Susta, M. (2012). Diagnosis and management of central hypersomnias. Therapeutic advances in neurological disorders, 5(5), 297-305.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3437530/>
- 28 Stevens, J., Schneider, L. D., Husain, A. M., Ito, D., Fuller, D. S., Zee, P. C., & Macfadden, W. (2023). Impairment in Functioning and Quality of Life in Patients with Idiopathic Hypersomnia: The Real World Idiopathic Hypersomnia Outcomes Study (ARISE). Nature and Science of Sleep, 593-606.
[https://www.dovepress.com/impairment-in-functioning-and-quality-of-life-in-patients-with-idiopat-peer-reviewed-fulltext-article-NSS#:~:text=Idiopathic%20hypersomnia%20is%20a%20central,sleep%20inertia%20\(prolonged%20difficulty%20waking](https://www.dovepress.com/impairment-in-functioning-and-quality-of-life-in-patients-with-idiopat-peer-reviewed-fulltext-article-NSS#:~:text=Idiopathic%20hypersomnia%20is%20a%20central,sleep%20inertia%20(prolonged%20difficulty%20waking)
- 29 Slowik JM, Collen JF, Yow AG. Narcolepsy. [Updated 2023 Jun 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459236/>
- 30 Wasling, H. B., Bornstein, A., & Wasling, P. (2020). Quality of life and procrastination in post-H1N1 narcolepsy, sporadic narcolepsy and idiopathic hypersomnia, a Swedish cross-sectional study. Sleep Medicine, 76, 104-112.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945720304706>
- 31 What is the Multiple Sleep Latency Test? (2020).
<https://sleepeducation.org/patients/multiple-sleep-latency-test/#:~:text=What%20is%20the%20Multiple%20Sleep,diagnose%20narcolepsy%20and%20idiopathic%20hypersomnia.>



Remerciements



Ces lignes directrices ont été élaborées à l'aide de subventions de





Copyright © Sleep Consortium. Tous droits réservés.