

LE PSYCHIATRE FACE AU SYNDROME D'APNEES DU SOMMEIL

Cas Clinique

DR. A. HSAIRI, DR.H. ABDOU, DR. A. LOUATI, DR. M. KHALADUI, DR. M. CHEOUR

SERVICE DES CONSULTATIONS EXTERNES ET DES URGENCES - RAZI HOSPITAL - MANNOUBA- TUNISIA

majda.cheour@rns.tn

Résumé : Le syndrome d'apnées du sommeil est une pathologie assez fréquente. Ses manifestations psychiatriques peuvent être déroutantes pour le psychiatre. Le cas que nous présentons est celui d'un patient âgé de 55 ans qui s'est présenté à la consultation, après un suivi psychiatrique de 2 ans, pour un état anxio-dépressif. Tous les symptômes retrouvés au cours du premier entretien étaient évocateurs d'un trouble dépressif majeur: tristesse, dégoût de la vie, désir de mort, manque de concentration et une asthénie intense. Un traitement antidépresseur et anxiolytique a été alors prescrit. Ce n'est qu'à la troisième consultation qu'on a constaté chez ce patient une somnolence diurne excessive (SDE) qui a causé un accident grave de la route.

Le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil (SAS) a été évoqué devant cette somnolence associée à un ronflement sonore et à une fatigue chronique chez un sujet ayant une surcharge pondérale. La polysomnographie a confirmé le diagnostic mettant en évidence un index d'apnées-hypopnées (IAH) à 61. Une amélioration a été obtenue par la ventilation à pression positive continue.

Le SAS est le trouble le plus fréquemment responsable de SDE qui est généralement confondue avec une asthénie extrême.

Mots clés : Syndrome d'apnées du sommeil; Somnolence diurne excessive; Dépression .

Summary : The sleep apnea syndrome (SAS) is a frequent disorder. The psychiatric symptoms can be confusing for the psychiatrist. We present a case of a 55 years old man who came for consultation after two years of a failed management for a depressive disorder which was prescribed by a psychiatrist. During the first interview, all symptoms were suggestive of major depressive disorder such as, sadness, loss of pleasure, suicidal ideas, loss of concentration and generalized fatigue. He was started on antidepressant and anxiolytic treatment, and it was only at the third consultation that we discovered excessive daytime somnolence (EDS) which was behind a major road traffic accident. A diagnosis of sleep apnea syndrome was evoked after the discovery of snoring, a chronic weakness and a morbid obesity. The apnea-hypopnea index was 61 revealed by the polysomnography, confirming further the diagnosis. A spectacular improvement was noticed following the introduction of continuous positive airway pressure (CPAP).

The SAS is the most common cause of EDS which is frequently confused by the patient to be a simple excessive fatigue.

Key words : Sleep apnea syndrome; Excessive daytime somnolence; Depression.

▪ Introduction

Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) est une pathologie fréquente: 5% de la population générale en sont atteints [1]; mais elle est souvent méconnue par les praticiens et surtout les confrères psychiatres. Par le danger qu'il fait courir au patient sur le plan cardio-respiratoire et par ses répercussions neuropsychiatriques, sociales, et professionnelles, c'est un syndrome qu'il faut savoir reconnaître et traiter à temps.

Les manifestations psychiatriques du SAS peuvent être au premier plan risquant de laisser errer le diagnostic et retardant ainsi la mise en place d'un traitement approprié; on se propose dans ce travail d'illustrer le cas d'un patient qui a consulté dans notre service pour trouble dépressif et chez qui nous avons découvert un SAS.

▪ Cas Clinique

M.A est âgé de 55 ans, divorcé et père de 3 enfants. Il nous

a été adressé à la consultation pour manifestation thymique et anxieuse dans un contexte de conflit familial avec désadaptation professionnelle.

Dans ses antécédents on trouve un diabète non insulino-dépendant.

Le patient se plaignait d'une anxiété, d'une irritabilité et d'une tristesse évoluant depuis 4 ans suite au divorce et à sa séparation de ses enfants.

A l'examen, on a trouvé un patient pesant 115 kg pour une taille de 175 cm (IMC=37 kg/m²). Il parlait d'une voix ralentie, son discours était centré sur ses conflits conjugaux. L'humeur était dépressive, il signalait des troubles de concentration, un dégoût de la vie et parfois même un désir de mort. Il disait qu'il avait perdu la forme physique si bien qu'il avait des difficultés pour aller au travail. Sur le plan sexuel il avait une baisse importante de la libido. Devant ce tableau, le diagnostic d'état dépressif majeur a été retenu et le patient a été mis sous 75mg

de venlafaxine et 2mg de lorazépam.

Un mois après, le patient est revenu à la consultation pour demander un congé de maladie suite à son incapacité à rejoindre son travail. On s'est aperçu qu'il n'a pas pris son traitement par crainte de l'accentuation de l'asthénie induite par les psychotropes. On essaie alors de le convaincre de prendre ses médicaments.

A la consultation suivante, le patient a rapporté qu'il était victime, dix ans auparavant, d'un accident grave de la voix publique suite à une somnolence au volant.

L'interrogatoire a montré par la suite une somnolence diurne excessive (SDE) évoluant depuis 12 ans évaluée à l'échelle d'Epworth à 17/24 avec des périodes de somnolence survenant en milieu professionnel, lui posant de sérieux problèmes au travail. La nuit, M.A présentait des ronflements sonores, des sueurs et une nycturie. Pendant la journée il se plaignait d'un réveil difficile, de céphalées matinales et d'une asthénie permanente.

▪ Exploration Paraclinique

Le bilan thyroïdien était normal.

Le bilan biologique a montré une glycémie à 13,9mmol par litre.

Un enregistrement polygraphique du sommeil a été demandé. La lecture des données a été réalisée de façon manuelle selon les critères de Rechtschaffen et Kales ; Il a montré, dès la première nuit :

- Un index d'apnées hypopnées (IAH) à 61, provoquant de profondes désaturations en oxygène et de fréquents micro éveils. Les événements respiratoires se produisaient dans toutes les positions.
- Il n'y avait pas de mouvements périodiques des jambes (MPJ).

Le diagnostic de SAS sévère a été retenu.

▪ Discussion

Le SAS est de définition récente (1976) : C'est la survenue, au cours du sommeil, d'interruptions respiratoires d'au moins 10 secondes et au moins 10 fois par heure.

Il touche essentiellement les hommes qui représentent 90% des patients apnéiques [3].

La plupart des études ont montré que la prévalence du SAS augmentait avec l'âge, près de 25% des personnes de plus de 60 ans en souffrent [3].

Le SAS est responsable de plusieurs manifestations cliniques qui surviennent pendant la veille et le sommeil:

- Le ronflement est un signe clinique principal, sa prévalence est estimée à 60% des hommes et 40% des femmes. [5]
- Les sueurs nocturnes sont retrouvées dans 66% des cas [5].
- La nycturie et le trouble de la libido sont présents chez 28% des patients [5].

On retrouve à l'interrogatoire de notre patient, un ronflement très sonore gênant l'entourage, des sueurs nocturnes survenant l'hiver comme l'été, une nycturie et une diminution de la libido.

- La somnolence diurne excessive, symptôme clé du SAS, est due à la fragmentation du sommeil induite par les pauses respiratoires. Elle est évaluée par l'échelle d'Epworth: Un score >10 signifie une somnolence pathologique [9].

- Le diagnostic clinique fondé sur les signes précédents sera renforcé en mesurant le tour du cou, un périmètre supérieur à 45 cm augmente considérablement la suspicion du SAS Notre patient a un tour du cou de 46 cm.

- L'obésité est fréquente chez les patients apnéiques : 70% des patients sont en surpoids [3].

La somnolence diurne excessive engendrée par le SAS est un symptôme qui peut présenter des conséquences dramatiques en terme d'accidentologie et en particulier routière [8, 9]. Le risque d'accident de la route est multipliée par 6 à 8 chez les patients présentant un index d'apnées hypopnées >10 [2]. Notre patient a été victime d'un accident de la voix publique avec des fractures compliquées au niveau des membres inférieurs à cause de sa privation chronique de sommeil ce qui pourrait nous donner une idée sur la longue évolution de son SAS qui remonterait, au moins, à 10 ans.

Le SAS est associé à des altérations des fonctions neurophysiologiques, cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires suite à la baisse de la saturation du sang en oxygène. De ce fait, ces patients sont exposés à :

- Une augmentation de la morbidité: insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, angine de poitrine et dans 50% des cas une HTA.

Notre patient présente un diabète évoluant depuis 4 ans. Le SAS constitue un facteur de risque pour l'insulino-résistance [7] ; la prévalence du diabète chez les patients apnéiques est de 30,1%.

- Une augmentation de la mortalité : les patients apnéiques qui ont plus de 20 apnées hypopnées par heure risquent davantage de mourir subitement [3]. Le SAS est responsable d'une mortalité de 11% à 5 ans [4].

Les manifestations psychiatriques sont probablement en rapport avec les épisodes de désaturations paroxystiques et les multiples micros éveils. A côté de la SDE , une baisse des capacités mnésiques, une asthénie chronique, une irritabilité et un syndrome anxio dépressif sont retrouvés. Un tiers des patients souffrant de SAS sont déprimés et la moitié sont anxieux [1].

La polysomnographie est l'examen clé du diagnostic puisque lui seul permet d'affirmer et qualifier les apnées et leur relation avec le sommeil. Les critères retenus pour diagnostiquer le SAS sont un index d'apnées-hypopnées >10 de durée supérieure ou égale à 10 secondes associé à une hyper somnolence modérée à sévère [2].

Le traitement repose aujourd'hui sur la ventilation à pression positive continue.

Des mesures hygiéno-diététiques sont toujours recommandées: la perte du poids et l'arrêt de la consommation d'alcool ou de sédatifs.

Notre patient a bénéficié d'une ventilation en pression positive continue. L'évolution est favorable à court terme, il décrit une amélioration de la qualité du sommeil et une régression de la somnolence diurne.

Conclusion

Le SAS est un trouble respiratoire qui se produit pendant le sommeil mais il a des manifestations diurnes très variées dont la plus importante est la somnolence diurne excessive. Quand cette dernière est associée à une impuissance, à une modification caractéristique et/ou à des troubles mnésiques, le tableau peut être déroutant. Le psychiatre risque, dans ce cas, de porter le diagnostic de trouble dépressif et de prescrire inutilement un traitement antidépresseur voire associer un anxiolytique qui est une contre indication dans le SAS. Devant toute SDE, qui pourrait être prise pour une asthénie, le psychiatre doit penser au SAS afin d'éviter les conséquences fâcheuses, comme le cas présenté, de ce syndrome malheureusement encore peu connu en Tunisie.

References

1. LEMOINE P, NICOLAS A. La malveille. Hypersomnie, Somnolence, Clinophilie. Annales médico-psychologiques. 162 (2004) 64-67
2. PHILIP P .Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Géri-Communication 2005
3. TERAN-SANTOS J, JIMENEZ-GOMEZ A, CORDERO-GUEVARA J. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. Cooperative group Burgos Suntanned. N Engl med 1999;340:847-51.
4. PARTINEN M, JAMIESON A, GUILLEMINAULT C. Longterm outcome for obstructive sleep apnea syndrome patient's mortality. Chest 1988;94:1200-1204.
5. FERBER C, POCHAT M.D, LEMOINE P. Trouble respiratoire, affections pulmonaires et psychiatrie. Encycl Med Chir. Paris, 36670 A 25,9p, 1991.
6. BIXLER EO, VGONTZAS AN, TEN HAVE TAND AL. Effects of age on sleep apnea in men, I. Prevalence and severity. Resp Crit care med 1998; 157:144-8.
7. VIOT-BLANC V. Troubles respiratoires au cours du sommeil, obésité et diabète. Médecine du sommeil - Année 1-Juillet-Août-Septembre 2004
8. BILLARD M, DAUVILLIERS Y. Les troubles du sommeil. Paris. Masson 2005
9. KRYGER MH, ROTH T, DEMENT W C. Principles and Practice of Sleep Medicine Elsevier Saunders 2005.

مجلة الثقافة النفسية المتخصصة



www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm

المجلة المصرية للطب النفسي



index.ejp.htm/www.arabpsynet.com/Journals/EJP

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 2 - العدد السادس 2005



Download All N° 6 eJournal
<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe>

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 2 - العدد الخامس 2005



Download All N° 5 eJournal
<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe>