

L'insomnie chronique favorise des comorbidités sérieuses.



L'insomnie chronique nécessite une approche thérapeutique globale tenant compte des éventuelles comorbidités.

Depuis ce millénaire, l'insomnie est reconnue comme une maladie à part entière dans tous les systèmes diagnostiques médicaux. En effet, il arrive souvent qu'un trouble du sommeil persiste sous forme d'insomnie chronique, même si le facteur déclenchant a été éliminé ou si la maladie de base qui en est à l'origine a été complètement guérie. Le traitement de l'insomnie chronique est exigeant, il demande de la patience et un investissement en temps important de la part du médecin traitant, ainsi que de

la discipline de la part du patient. Dans les lignes directrices existantes, la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) est définie comme l'approche de première ligne. Sa mise en œuvre représente toutefois un certain défi dans la pratique quotidienne. Chez les personnes âgées et les patients souffrant de dépression ou d'anxiété, certaines recommandations concernant les habitudes de sommeil et l'hygiène du sommeil peuvent entraîner un surmenage et un renforcement de l'insomnie.¹

Sous-estimer les répercussions d'une insomnie chronique – sans parler de la souffrance des personnes concernées – est également préjudiciable d'un point de vue médical et économique. Voici une liste – non exhaustive – des comorbidités possibles qui peuvent être favorisées par une insomnie chronique. Certaines sont corrélatives, c'est-à-dire qu'elles sont liées à l'insomnie. La causalité doit en partie être étudiée plus précisément à l'avenir.

1. Répercussions physiques

L'insomnie chronique a pour effet d'affaiblir le système immunitaire et de rendre les patients plus vulnérables aux maladies et aux infections. Parallèlement, le manque de sommeil a également un impact négatif sur le métabolisme, car il empêche les cellules de réguler le taux de glucose dans le sang.

Yeux et annexes oculaires

Glaucome; les personnes dormant moins de trois heures par nuit étaient trois fois plus susceptibles de présenter des lésions du nerf optique dues à un glaucome que les sujets dormant sept heures par nuit.²

Sang, organes hématopoïétiques – système immunitaire

Immunodéficience; les personnes dormant moins de cinq heures avaient 55,3% de rhumes

4 questions au Prof. Dr méd. Ramin Khatami

L'insomnie chronique est-elle une maladie ou le symptôme d'une maladie?

«La question alimente le débat et la littérature depuis des décennies. Aujourd'hui, nous savons que l'insomnie commence probablement comme un symptôme et qu'elle peut ensuite se transformer en une maladie à part entière, et que cela arrive plus souvent qu'on ne le pensait auparavant. Les patients ont certaines prédispositions, auxquelles s'ajoutent des facteurs de stress. C'est là que les troubles du sommeil apparaissent. On peut alors encore les qualifier de symptômes. Mais – et c'est ce que nous avons appris d'important – en fonction du temps, des mécanismes autonomes se développent, donnant naissance à une maladie. Il est très impor-

tant de faire cette distinction, car si l'on ne traite pas les mécanismes, mais seulement le symptôme, les patients ne dormiront pas mieux. C'est pourquoi il est juste de dire que l'insomnie peut devenir une maladie à part entière avec ses propres mécanismes, et c'est d'ailleurs ce qui se passe le plus souvent.»

Comment les comorbidités sont-elles recherchées dans votre clinique chez les patients souffrant d'insomnie chronique?

Ramin Khatami: «La médecine du sommeil est une discipline multidisciplinaire et elle doit être organisée en conséquence. C'est d'ailleurs ce que définit la société de discipline médicale. Dans notre cas, le patient est vu par différents spécialistes qui l'évaluent chacun de leur côté. Les psychiatres ont un rôle majeur à jouer à cet égard. Nous savons en effet que l'insomnie constitue un risque important pour les maladies psychiatriques, en particulier les maladies

anxieuses et dépressives, mais aussi, par exemple, les addictions. S'y ajoutent des comorbidités psychiatriques qui représentent un risque supplémentaire. Il existe donc diverses interactions complexes. Si on les ignore, on ne peut ni bien traiter les conséquences de l'insomnie, ni en déterminer les causes avec précision. Il existe aussi des risques de maladies somatiques secondaires. Nous avons acquis de nombreuses connaissances sur les risques d'obésité, de maladies cardiovasculaires, d'hypertension artérielle, de diabète et d'autres maladies. Un examen somatique est essentiel, ce dont nous tenons compte dans notre équipe multidisciplinaire.»

Comment les mesures thérapeutiques recommandées par les lignes directrices sont-elles mises en œuvre dans la pratique clinique quotidienne?

Ramin Khatami: «Dans la pratique clinique quotidienne, la mise en œuvre est effective-

et d'infections en plus par rapport à celles dormant entre sept et huit heures.³

Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

Obésité; Diabète sucré de type 2; Troubles hormonaux dus à un rythme de sommeil perturbé

Système cardiovasculaire

Apoplexie⁵; Facteurs de risque d'accidents vasculaires cérébraux dus aux conséquences Insuffisance cardiaque⁷; Hypertension artérielle

Système musculo-squelettique et tissus conjonctifs

Fibromyalgie; Spondylarthrite ankylosante⁹; Polyarthrite rhumatoïde⁹; Syndrome de Sjögren (synonyme: syndrome sec)⁹; Lupus érythémateux disséminé (LED)⁹

*Troubles du sommeil chez les patients sans apnée du sommeil (non-apnea sleep disorder, NSD)

2. Répercussions psychiques

Les personnes qui ne parviennent pas à s'endormir malgré la fatigue risquent beaucoup plus de développer des maladies psychiques, telles que la dépression, les troubles anxieux et le TDAH.

Psychisme – système nerveux

Abus d'alcool; Troubles anxieux; Dépression; Épuisement et fatigue – syndrome de burnout; Troubles de la concentration; Stress; Troubles obsessionnels compulsifs
Outre la TCC-I, les médicaments sont l'option thérapeutique la plus fréquemment utilisée. Cependant, les principes actifs utilisés depuis des décennies ne favorisent pas le

Le daridorexant (QUVIVIQ®) disponible en Suisse dès juin

À partir de la mi-juin 2023, un nouveau principe actif, le daridorexant (nom commercial QUVIVIQ®) de l'entreprise de biotechnologie suisse Idorsia, sera disponible en Suisse pour les médecins prescripteurs: cette nouvelle option thérapeutique orale est indiquée pour le traitement des adultes souffrant de troubles du sommeil dont les symptômes persistent depuis au moins trois mois et ont un impact considérable sur l'activité quotidienne (insomnie chronique).¹¹ Le daridorexant est un double antagoniste des récepteurs de l'orexine (DORA) et le premier représentant de cette classe de principes actifs en Europe. Swissmedic a autorisé l'utilisation du médicament fin 2022.¹¹ Les résultats de la recherche indiquent qu'en cas d'insomnie chronique, les régions du cerveau favorisant l'éveil restent hyperactives la nuit (hyperarousal).^{12,13} Le neurotransmetteur orexine stimule cet éveil. Le daridorexant bloque l'action de l'orexine. Cela permet un sommeil plus stable, sans modifier les proportions des phases de sommeil.^{14,15}

Deux études de phase III avec 1 800 participants

L'efficacité et la sécurité du daridorexant ont été évaluées dans deux études multicentriques de phase III (301 et 302), randomisées, en double aveugle et contrôlées contre placebo.¹⁶ Les données des deux études d'enregistrement, qui ont porté sur plus de 1 800 participants au total, ont montré pour QUVIVIQ® 50 mg que les patients s'endormaient environ 30 minutes plus vite, qu'ils passaient environ 30 minutes de moins en état d'éveil après l'endormissement et qu'ils dormaient environ une heure de plus par nuit au mois 3 par rapport à la valeur initiale.¹⁶ Les patients se sont sentis moins fatigués, moins somnolents et plus énergiques pendant la journée aux Mois 1 et 3 par rapport à la valeur initiale.¹⁶ QUVIVIQ® n'a pas entraîné d'augmentation de la fréquence des chutes chez les personnes âgées par rapport au placebo.¹¹ Des données cliniques sont disponibles pour un traitement continu durant jusqu'à 12 mois.¹¹

comportement naturel du sommeil, mais provoquent plutôt une sédation des patients. En particulier les conséquences sur le fonctionnement diurne sont sous-estimées et n'ont pas été étudiées de manière approfondie jusqu'à présent. Il est urgent de trouver de nouvelles options thérapeutiques efficaces à long terme.

de Max Winiger



Littérature

Bibliographie complète, informations spécialisées succinctes et informations complémentaires via le code QR.

ment difficile pour différentes raisons. La mise en œuvre du comportement cognitif n'est pas tout à fait en phase avec la réalité des possibilités de prise en charge actuelles. Cela est dû au niveau de connaissances, à la formation, à commencer par les étudiants qui n'apprennent presque rien sur le sommeil, jusqu'à la formation médicale, où l'insomnie n'est guère un sujet non plus. Même les médecins de famille, qui devraient en principe être les premiers interlocuteurs, n'ont pas toujours la thématique de la TCC-I à l'esprit.
S'y ajoutent des difficultés spécifiques aux patients. Il faut une grande discipline, il faut se dépasser et il faut comprendre le traitement. C'est la raison pour laquelle on parle de thérapie «cognitivo-comportementale»: les patients doivent comprendre pourquoi ils doivent dormir encore moins malgré le manque de sommeil. Si le patient ne comprend pas cela, il ne changera pas de comportement. Les méde-

cins doivent être capables de bien communiquer cela, de prendre le cognitif au sérieux, d'investir du temps et d'expliquer au patient ce qu'il doit faire et pourquoi.

L'insomnie chronique nécessite un échange interdisciplinaire, notamment avec le médecin de famille. Comment cela se passe-t-il dans votre clinique?

Ramin Khatami: «Nous avons trois niveaux: le premier niveau est le contact personnel. En tant que clinique spécialisée, nous nous efforçons de faire en sorte que les cas simples et légers puissent être traités correctement par le médecin de famille. Mais lorsque la situation devient plus complexe, par exemple en raison de comorbidités ou d'une longue chronicité, nous voulons pouvoir prendre le lead et définir les directives. L'objectif est de voir les patients, dans la mesure du possible à un stade précoce de leur maladie, lorsque les mécanismes

secondaires et l'insomnie ne sont pas encore établis.
Le deuxième niveau est que nous accordons beaucoup d'importance à la transmission de connaissances aux médecins de famille. Nous avons besoin d'outils adaptés à la pratique pour mettre en œuvre la thérapie cognitivo-comportementale de manière pragmatique.
C'est notre troisième niveau: nous suivons une initiative de l'Institut bernois de médecine de famille (BIHAM), qui développe un programme qui vise à ce que la thérapie cognitivo-comportementale soit transmise de manière pragmatique aux médecins de famille et qu'elle soit réellement appliquée par ces derniers.»



Prof. Dr méd. Ramin Khatami
médecin-chef de la médecine du sommeil et de l'épileptologie à la clinique Barmelweid, Barmelweid