
Les troubles du sommeil chez la personne âgée et la maladie d'Alzheimer :

première partie

Des modifications aux habitudes de sommeil font partie du processus normal de vieillissement. Les patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer et leur aidant naturel sont donc plus enclins à vivre des troubles du sommeil. C'est en leur enseignant une bonne hygiène du sommeil et en procédant à un examen physique tant chez le patient que chez son aidant qu'on pourra ainsi soulager leur impression d'avoir mal dormi.

Par Bernard Groulx, M.D., FRCPC



Le Dr Groulx est professeur agrégé à l'Université McGill, et psychiatre en chef à l'Hôpital Ste-Anne-de-Bellevue, Centre McGill d'études sur le vieillissement, Université McGill, Montréal, Québec.

Lorsqu'un être humain souffre de la maladie d'Alzheimer, il est, d'habitude âgé et la personne principale qui s'en occupe (souvent l'époux ou l'épouse) l'est également. Prendre soin d'une personne chère souffrant de la maladie d'Alzheimer est déjà une tâche tellement ardue que le repos qu'amène une bonne nuit de sommeil est essentiel. Or, les aînés ont souvent des troubles du sommeil ou, pour être plus précis, des plaintes de mal dormir. Cet article et le prochain auront comme but d'aider les intervenants cliniques à aborder systématiquement les problèmes de sommeil chez le patient souffrant de la maladie d'Alzheimer mais, également et sans doute encore plus, chez l'aidant naturel.

Le vieillissement : un changement profond dans la physiologie du sommeil

La première chose dont il faut se rappeler est le changement profond qui s'effectue dans la physiologie du sommeil, en vieillissant. En terme de quantité, c'est en fait peu.

En vieillissant, la différence dans la durée du sommeil entre l'adulte et la personne âgée est, en moyenne, de 30 à 40 minutes. Le sommeil est divisé en différents stades (I, II, III, IV). L'adulte

normal a environ deux stades IV par nuit, d'habitude dans les premières trois heures de son sommeil (Figure 1). Ce stade IV est défini comme le stade «profond» du sommeil et donne effectivement et de façon subjective la «sensation» d'avoir dormi profondément. Or, chez la personne âgée, la nature a fait perdre son stade IV et on peut donc dire que le sommeil normal d'une personne âgée en est complètement dépourvu.

Chez l'adulte plus jeune, on assiste également à environ deux éveils par nuit mais qui sont parfois de si courte durée qu'il n'en prend même pas conscience. Ce sont probablement les périodes où il change de position.¹ Chez l'aîné, on voit apparaître (encore une fois dans le sommeil normal et naturel) de cinq à 10 de ces éveils dont la plupart sont assez longs pour qu'il en prenne conscience.

La combinaison de ces deux facteurs (perte de sommeil profond et nombreux éveils) fait en sorte qu'il est très fréquent pour la personne âgée d'avoir la «sensation» de n'avoir pratiquement pas dormi de la nuit. Il est intéressant de noter que Buysse, dans son étude épidémiologique qu'il a effectuée, sur une population normale, a découvert que plus de 51 % des sujets âgés de 60 ans et plus se plaignaient de mal dormir

«très souvent» et «assez souvent».² Ce pourcentage énorme ne peut s'expliquer qu'en tenant compte des changements «normaux» mentionnés ci-haut.

Cependant, combien de patients âgés se plaignent de ne pas avoir pratiquement dormi depuis un, deux, trois mois et qui, pourtant, ne présentent aucune des stigmates d'une véritable insomnie prolongée. Pourtant, il sera tentant pour le médecin de famille, surchargé de travail, de se précipiter sur l'ordonnance d'une médication.

Près du tiers des plaintes ont été satisfaites, dans ma pratique personnelle, par des explications détaillées mais non confrontatives, exprimées de façon claire et simple, et basées sur les paragraphes qui précèdent. Les sujets âgés comprennent alors que leurs plaintes ne correspondent pas à une pathologie et n'ont pas besoin d'un traitement pharmacologique.

Ainsi, en résistant à la tentation de prescrire des médicaments, un tiers des plaintes est éliminé; essayons d'en éliminer un second tiers. Certains problèmes qui peuvent résulter en des troubles du sommeil mais qui peuvent être éliminés par d'autres méthodes que le somnifère peuvent être identifiés à l'histoire. Une revue des principes fondamentaux d'une bonne hygiène de sommeil peut remédier à certains problèmes. Dans les deux cas, le traitement pharmacologique n'est pas recommandé. Toutefois, les patients âgés qui constituent le dernier tiers doivent pour leur part recevoir des médicaments.

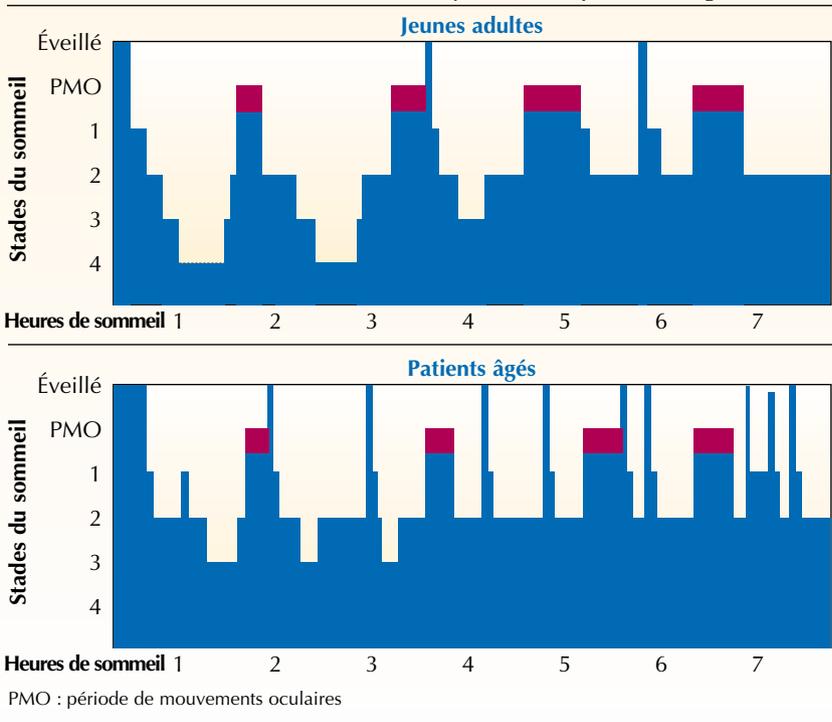
Une bonne hygiène de sommeil

Créer une atmosphère agréable. Il est certain que si le sommeil du sujet âgé est physiologiquement fragile, un environnement sans bruit, les routines coutumières présommeil, etc., sont absolument nécessaires. Une température ambiante aux alentours de 21°C est idéale.

Ne pas flâner au lit. Rester au lit durant la journée par exemple, causera un sommeil encore plus léger et brisé.

Figure 1

Architecture du sommeil : Patients jeunes vs patients âgés



Les éveils seront plus nombreux. Dans la mesure du possible, le séjour au lit doit être limité au minimum de temps ajusté au besoin de sommeil du sujet âgé. De plus, en vieillissant, les fonctions corticales responsables du sommeil, ou «l'horloge interne» si on me pardonne l'expression, sont plus fragiles. Si le patient âgé a des problèmes de sommeil, un coucher et un lever aux mêmes heures, sept jours sur sept, peut aider. Toutefois, s'il n'a pas de problèmes de sommeil, il peut évidemment se coucher et se lever à l'heure qui lui plaira.

Maximiser le nombre d'heures de sommeil. Le nombre d'heures de sommeil, sur une période de 24 heures, a quelque chose de mathématique. Ce que l'on dort durant la journée sera perdu la nuit. Or, on sait que dans certaines institutions par exemple, on encourage plus ou moins la personne âgée, et plus particulièrement celle souffrant de démence, à dormir le jour (manque d'activités, de stimulations, etc.) parfois de deux à quatre heures. Si en plus, on couche ces personnes vers 20 heures, si

ce n'est pas plus tôt, on ne doit pas être surpris qu'à minuit ou une heure du matin ils n'aient plus sommeil. Nombreux sont les médecins, qui malgré tout, seront tentés par l'ordonnance d'un somnifère dans ces cas.

Éviter les repas copieux avant le coucher. Un souper lourd et très copieux n'encourage pas une bonne nuit de sommeil. Par contre, un léger goûter, avant de se coucher, peut être bénéfique. On oublie parfois que la caféine, la nicotine, mais également l'alcool, augmentent les risques d'insomnie. Mais les plus grands coupables sont les décongestionnants nasaux, les sirops pour la toux, etc.

N'attendez pas de vous endormir. Si une personne âgée prend plus de 20 à 30 minutes à s'endormir ou à se rendormir, il est souvent préférable de se lever ou lire jusqu'au retour de la somnolence plutôt que de «travailler» à dormir.

L'activité physique contribue à un bon sommeil. Les tendances sédentaires, chez le sujet âgé, augmentent l'insomnie alors que, au contraire, l'exercice régulier peut faire réapparaître ce

stade IV qui, comme on l'a vu plus haut, est si précieux. La marche ou tout autre exercice tolérable durant la journée, c'est-à-dire au moins quatre heures avant le coucher, peut accomplir ce miracle.

Un bon examen physique

En plus de ces principaux points d'une bonne hygiène de sommeil, l'évaluation par le médecin de famille, du patient souffrant de démence ou de l'aidant naturel, doit se baser sur un bilan de santé complet. On peut porter une attention particulière, cependant, aux points suivants :

1- Les problèmes prostatiques des hommes âgés sont une source très commune d'éveil au petit matin. En plus des autres approches, un bon conseil, évidemment plus simple, consiste à encourager la prise de liquide durant la journée et à diminuer sensiblement cette prise durant la soirée.

2- Les médicaments affectant le système nerveux central sont plus communs que l'on pense chez la personne âgée et augmentent les risques d'insomnie (antihypertensifs, stimulants du système nerveux central, corticostéroïdes, diurétiques, stimulants respiratoires, pour n'en nommer que quelques-uns).

3- La plainte présentée par la personne âgée peut être simplement de mal dormir alors que les symptômes sont d'un autre ordre : angine nocturnale, dyspnée nocturnale paroxysmale, douleur arthritique, par exemple. Il est bien évident que c'est la correction pharmacologique de ces symptômes, plutôt qu'un somnifère, qui est nécessaire dans ces cas-là.

4- On voit parfois apparaître, chez la personne âgée, un syndrome «d'agacement» musculaire ou de «fourmis dans les jambes». Des problèmes métaboliques, des neuropathies périphériques ou des vasculopathies en sont parfois responsables. Les diurétiques sont parfois responsables et une simple diminution

de leur dose peut apporter d'excellents résultats. Certains auteurs américains suggèrent également la prise de la vitamine E (400 unités internationales deux à trois fois par jour).³ Une autre forme de ce syndrome est en fait l'akathisie secondaire à la prise de neuroleptiques. Une médication anti-parkinsonnienne (benztropine, procyclidine, etc.) est évidemment préférable aux somnifères, se rappelant, cependant, que ces produits augmentent les problèmes cognitifs. Ce dilemme nous rappelle que l'utilisation des neuroleptiques, chez le patient souffrant de la maladie d'Alzheimer, est parfois compliquée.

5- L'apnée obstructive du sommeil, associée à de courts arrêts respiratoires, se retrouve parfois chez les grands «ronfleurs» obèses. Elle cause, en autres problèmes, un sommeil non réparateur.⁴ Elle peut être très aidée par une diminution de poids ou par des chirurgies simples comme la réparation d'un septum nasal dévié. Dans d'autres cas, une intervention chirurgicale plus compliquée ou le recours à la ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) seront nécessaires. Mais ce qui est le plus important de souligner est le fait que les personnes qui en souffrent sont les dernières à avoir besoin d'un somnifère. On doit éviter, en effet, une dépression supplémentaire des centres respiratoires qui pourrait être très dangereuse.

6- Les problèmes démentiels causent souvent une hypersomnolence durant la journée, ce qui entraîne de courtes périodes de sommeil. Mais même l'éveil peut être accompagné d'un manque d'attention qui en diminue son efficacité et qui empiète sur le nombre d'heures de véritable sommeil. Certains auteurs américains proposent l'utilisation de stimulants, durant la journée, qui, paradoxalement, vont procurer un meilleur sommeil durant la nuit.⁵ Ce qui est sûr, c'est qu'un programme d'activités stimulantes en fait autant.

7- On sait que la perte de sommeil est un des symptômes ou critères objectifs d'une maladie affective majeure ou d'une dépression endogène. Cette insomnie est parfois le seul symptôme mentionné au médecin de famille. Si celui-ci n'explore pas plus profondément le reste de la symptomatologie, il sera tenté de prescrire un somnifère plutôt qu'un antidépresseur, qui serait évidemment la médication adéquate dans ce cas-ci.

Conclusion

Cette liste n'est évidemment pas exhaustive ou complète. Elle se veut simplement un rappel qu'il faut aller chercher dans l'histoire différentes causes à un sommeil perturbé qui, comme on l'a vu, n'amène pas l'ordonnance d'un somnifère. De façon peut-être un peu simpliste, je dirais qu'un tiers des patients tombent dans cette catégorie. Nous verrons, dans un prochain article, certaines approches pharmacologiques et non pharmacologiques qui peuvent aider le sommeil des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer et des aidants naturels.

Références

1. Hirshkowitz M., Polysomnography of adults and elderly: sleep architecture, respiration, and leg movement. *J. Clin. Neurophysiol.* 1992; 9:56-62.
2. Buysse D.J., Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh sleep quality index. *SLEEP* 1991; 14:331-338.
3. Ancoli-Israel S., Periodic limb movements in sleep in community-dwelling elderly. *SLEEP* 1991; 14:496-500.
4. Ancoli-Israel S., Sleep-disordered breathing in community-dwelling elderly. *Sleep* 1991; 14:486-495.
5. Baranconier R.J. *The therapeutic role of methylphenidate in senile organic brain syndrome* in Cole JD, Barrett JE (eds) *Psychopathology of the Aged*, NY; Raven Press; 1980; p.183-4.