
Les troubles du sommeil chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer et son aidant : deuxième partie

Les personnes âgées se plaignent souvent de souffrir d'insomnie ou d'un sommeil non réparateur. Pour la majorité d'entre elles, une rééducation de l'hygiène du sommeil suffira, alors que pour d'autres, il faudra songer à d'autres approches. Il est primordial autant pour les aidants naturels que pour les personnes aux prises avec la maladie d'Alzheimer qu'ils puissent bénéficier de bonnes nuits de sommeil.

par Bernard Groulx, M.D., CM, 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.

Dans la première partie de cet article parue dans le numéro de décembre 1998 (vol. 2, n° 3), j'ai fait mention qu'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer (MA) est habituellement âgée, tout comme la personne qui s'en occupe, en général le ou la conjoint(e). Prendre soin d'une personne chère souffrant de la MA est une tâche ardue; le repos qu'amène une bonne nuit de sommeil est essentiel. Or, les aînés ont souvent des troubles du sommeil ou, plus précisément, se plaignent de mal dormir. Cet article complète le précédent et vise à aider les intervenants cliniques à aborder systématiquement les problèmes de sommeil chez le patient atteint de la MA et, sans doute encore plus, chez l'aidant naturel.¹

Le premier article insistait sur l'importance, pour le médecin de famille, de bien comprendre les changements profonds dans la physiologie du sommeil qu'engendre le processus du vieillissement et de pouvoir les expliquer à leurs patients. Les principes d'une bonne évaluation et les points principaux à extraire de l'anamnèse du patient y étaient traités. L'une des raisons de cette évaluation était, entre autres, d'identifier différentes lacunes dans l'hygiène du sommeil du patient souffrant de la MA et de son aidant naturel. Il n'est alors pas surprenant que la première forme de traite-

ment en soit une d'éducation, c'est-à-dire de rappeler aux patients âgés les principes d'une bonne hygiène du sommeil (tableau 1).

Les traitements non pharmacologiques

Il faut reconnaître que les traitements non pharmacologiques paraissent de valeur inégale aux yeux du médecin de famille. Certains de ces traitements sont bien soutenus sur le plan scientifique alors que d'autres le sont moins. Cependant, il m'apparaît important d'en décrire quelques-uns considérant l'abondante littérature à ce sujet, d'autant que les personnes âgées y ont accès avec facilité. Il appartient toutefois aux médecins de famille de discuter, avec leurs patients, des mérites de tels traitements.

La psychothérapie

Lorsque l'angoisse est à la base des troubles du sommeil, une psychothérapie s'attaquera, en général, à la source même de ces troubles et amènera des bienfaits à long terme. Dans bien des cas, elle demeure un traitement de choix. La psychothérapie peut prendre la forme du simple soutien ou contact thérapeutique, de l'enseignement de techniques de relaxation ou d'une allure plus formelle incluant des approches cognitives-behavioristes, interpersonnelles et psychodynamiques.²

Une recette « traditionnelle »

Parfois, pour favoriser un sommeil qui tardait à venir, les mères préparaient une tasse de lait chaud et quelques biscuits. Ignorant la science derrière cette pratique, elles ne savaient pas que le lait contient beaucoup de tryptophane, un précurseur de la sérotonine, un des neurotransmetteurs impliqués dans le sommeil. Elles devaient ignorer aussi que le tryptophane s'absorbe mieux lorsqu'il est pris avec des hydrates de carbone, soit les biscuits.

Je me doute qu'aucune études scientifiques n'aient prouvées ces affirmations. J'ai cependant pris la peine d'expliquer à des patients, et ce, avec tout autant de détails, les bienfaits potentiels de cette recette « traditionnelle ». Les résultats sont souvent très intéressants, bien que je sois conscient qu'il s'agit sans doute d'un effet placebo.

La relaxation

Des techniques classiques de relaxation (p. ex. : celles selon Jacobson) ou subliminales peuvent apporter des résultats intéressants.

Les lits d'eau

Dans plusieurs institutions gériatriques américaines, en particulier en Californie, on y trouve des lits d'eau à la disposition des patients. Ils diminuent de façon très marquée le risque de plaies de décubitus. Il a également été démontré qu'ils favorisaient un meilleur sommeil en réduisant, considérablement le nombre d'éveils, un problème associé au sommeil vieillissant et discuté dans l'article précédant.

Les autres options

J'ai été témoin d'expériences très intéressantes sur l'acupuncture utilisé pour favoriser un sommeil adéquat. J'ai pu constater des résultats surprenants des techniques comme l'aromathérapie et la massothérapie autant dans mon hôpital que dans de nombreux centres gériatriques européens. En outre, comment s'objecter à l'utilisation de tisanes qui, dans bien des cas, amènent des résultats supérieurs qu'avec les agents neurotropes.

Si je fais allusion à ces approches peu traditionnelles, du moins en médecine, c'est pour rappeler qu'il faut garder l'esprit ouvert aux approches dites douces. D'ailleurs, certaines de ces approches mériteraient d'être explorées plus à fond,

Tableau 1

Des conseils pour une meilleure hygiène du sommeil

- Dormir seulement le nombre d'heures nécessaires pour se sentir frais et dispos. Limiter le temps passé au lit et le garder constant pour favoriser le sommeil;
- Se réveiller à la même heure régulièrement afin de conserver un cycle circadien routinier qui normalisera l'heure du coucher;
- Amorcer un programme d'exercice quotidien (qui approfondit le sommeil) exécuté au moins quatre heures avant d'aller au lit;
- Éviter les repas lourds avant l'heure du coucher; un goûter léger peut être utile.
- Réduire l'intensité des lumières, diminuer le bruit à un seuil minimum et maintenir une température constante à 21 °C dans la chambre à coucher;
- Réduire ou, de préférence, éliminer les substances telles la caféine, la nicotine et l'alcool;
- Faire que de courtes siestes au cours de la journée et, si possible, en limiter le nombre. Si le patient prend plus de 20 minutes à s'endormir la nuit ou à la suite d'un éveil, aviser le patient de ne pas s'efforcer à se rendormir, mais plutôt de se lever et de faire une activité jusqu'à ce qu'il redevienne somnolent.

surtout devant les nombreuses plaintes formulées par les patients âgés qui dorment mal.

Les différents troubles du sommeil

L'on retrouve cliniquement cinq types de troubles de sommeil¹³ tel qu'énumérés ci-dessous. Ils sont brièvement décrits avant d'aborder les traitements médicamenteux.

Difficulté à initier le sommeil : La personne âgée a de la difficulté à s'endormir, mais une fois endormie, elle n'a pas de problème à se rendre jusqu'au matin. Des techniques de relaxation peuvent être particulièrement utiles dans ces cas-ci.

Difficulté à rester endormi : Il s'agit d'une exagération des changements physiologiques normaux (se réveiller au premier article). Ces personnes s'endorment assez bien, mais se réveillent à plusieurs reprises au cours de la nuit, parfois pour de longues périodes de temps. Du soutien et des explications précises sur le vieillissement normal du sommeil peuvent être la solution.

Mixte : Ce type est une combinaison des deux types décrits ci-dessus.

Sommeil déphasé : Dans ces cas, les personnes âgées dorment plus le jour que la nuit. Une des causes importantes de ce problème, sinon la plus importante, est le phénomène de l'institution. Dans un grand nombre de centres d'accueil ou d'hôpitaux gériatriques, les personnes âgées sont encouragées (soit directement, soit par un manque de stimulations) à dormir une ou deux heures, parfois même deux fois par jour. Si ces patients sont couchés vers 20 h, si ce n'est pas plus tôt,

il n'est pas surprenant qu'aux petites heures du matin le cycle du sommeil soit terminé et complet. Par conséquent, la personne âgée s'endormira durant la matinée ou l'après-midi suivante pour répéter ce cycle. Il paraît ainsi clair que des changements dans le milieu soient plus appropriés qu'une médication.

Inversion jour-nuit : Il s'agit d'un problème bien différent de celui mentionné ci-haut. On le retrouve en particulier chez les patients souffrant de démence et est parfois très difficile à contrecarrer. Cette situation clinique devient vite intolérable, surtout si celui-ci réside à domicile. Une pharmacothérapie est souvent nécessaire autant pour le bien-être du patient souffrant de démence que pour l'aidant naturel.

Les approches pharmacologiques

La première approche pharmacologique n'est peut-être pas le médicament qu'on ajoute, mais celui qu'on soustrait. En effet, beaucoup de médicaments perturbent le sommeil, en particulier chez la personne âgée. Il y a toujours lieu pour le médecin de famille de voir s'ils ne peuvent pas être éliminés (tableau 2).

Si la base du problème de sommeil est l'anxiété et que les approches non pharmacologiques n'ont apporté aucune solution, beaucoup de médecins de famille prescrivent alors des benzodiazépines. Il faut se rappeler cependant qu'un bon nombre d'études cliniques a démontré que ces agents entraînent des effets indésirables chez les patients souffrant de la MA, dont entre autres l'aggravation du déficit cognitif. Ils peuvent aussi causer une sédation diurne

Tableau 2

Les médicaments pouvant nuire au sommeil

- Anticholinergiques
- Antidépresseurs
- Antihypertenseurs
- Antinéoplasiques
- Stimulants du système nerveux central (p. ex. : caféine et nicotine)
- Corticostéroïdes
- Décongestionnants
- Diurétiques
- Antihistaminiques
- Stimulants respiratoires

excessive, l'apparition d'une tolérance et des symptômes de sevrage.⁴

Chez l'aidant naturel les benzodiazépines à action relativement courte sont les préférées, surtout si l'on essaie régulièrement de diminuer la dose ou de cesser complètement la prise du médicament. On pense ici à des doses gériatriques comme : le lorazépam à 0,5 mg, l'oxazépam à 15 mg ou le témazépam de 7,5 à 15 mg.

Si le trouble du sommeil est dû à une maladie affective majeure, il est bien évident qu'un antidépresseur approprié sera

la solution pharmacothérapeutique.

Les neuroleptiques à effets tranquillisants sont fondamentalement à rejeter en tant que somnifère, sauf si l'insomnie est causée de façon évidente par une agitation psychotique ou tout autre symptôme de même nature. En dépit qu'elle soit parfois la seule approche pharmacologique efficace dans les cas d'inversion jour-nuit mentionnés plus haut, il faut rappeler un principe fondamental que j'ai nommé la « loi du baseball », c'est-à-dire retiré après trois prises. En effet, trois effets cliniques encouragent fortement l'apparition d'une dyskinésie tardive : l'âge, le sexe féminin et la présence de problèmes cognitifs. Ces éléments sont évidemment identifiés dans la population des personnes âgées, et encore plus si ces dernières souffrent de démence. Si, chez une population jeune, la dyskinésie tardive peut apparaître après des années de traitement, elle peut par contre se manifester quelques mois à peine après le début du traitement chez une personne âgée où l'on retrouve justement ces trois éléments.

Finalement, il faut mentionner la grande popularité du trazodone pour contrer les problèmes d'insomnie chez les personnes âgées, y compris celles souffrant de la démence. Les doses

peuvent être aussi basses que 25 mg au coucher. Elles augmenteront progressivement jusqu'à une dose possible de 100 mg pour obtenir les effets sédatifs recherchés. Toutefois, il est rare qu'une dose plus élevée soit plus efficace, surtout chez les patients souffrant de démence.⁵

Conclusion

Bref, pour les patients atteints de démence ou pour les aidants naturels, la clé du succès dans le traitement de l'insomnie repose sur une évaluation minutieuse. En fait, un nombre important de personnes âgées qui se plaignent de difficultés à dormir présentent un rythme de sommeil physiologiquement normal pour leur âge. Ainsi, des propos rassurants sont suffisants. Une autre partie souffre plutôt d'insomnie déclenchée ou aggravée par une mauvaise hygiène de sommeil, par une pathologie médicale ou psychiatrique. La solution émergera alors d'une approche éducative et d'un traitement approprié. Alors que la minorité restante pourra bénéficier de méthodes non pharmacologiques complétées, le cas échéant, par l'administration d'un hypnotique.

Références

1. Groulx B: Les troubles du sommeil chez la personne âgée et la maladie d'Alzheimer. *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, 1998; 3(2), 4-6.
2. Sadavoy J, Leclair K: Treatment of anxiety disorders in late life. *Revue canadienne de psychiatrie*, 1997; 42(suppl. 1), 285-335.
3. Gillin JC, Byerley WS: The diagnosis and management of insomnia. *N Engl J Med*, 1990; 322, 239-48.
4. Herrmann N: Pharmacothérapie des troubles du comportement dans la démence. *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, 1998; 2(2), 6-8.
5. Okawa M: The treatment of sleep disorder of older people. *Sleep*, 1991; 14, 169-77.