



1^E EDITION DU SÉMINAIRE SAODA Sommeil France / Benin à Cotonou



Du 25 au 29 Mai 2022
Palais des congrès de Cotonou

Sujet : Le sommeil du sujet âgé

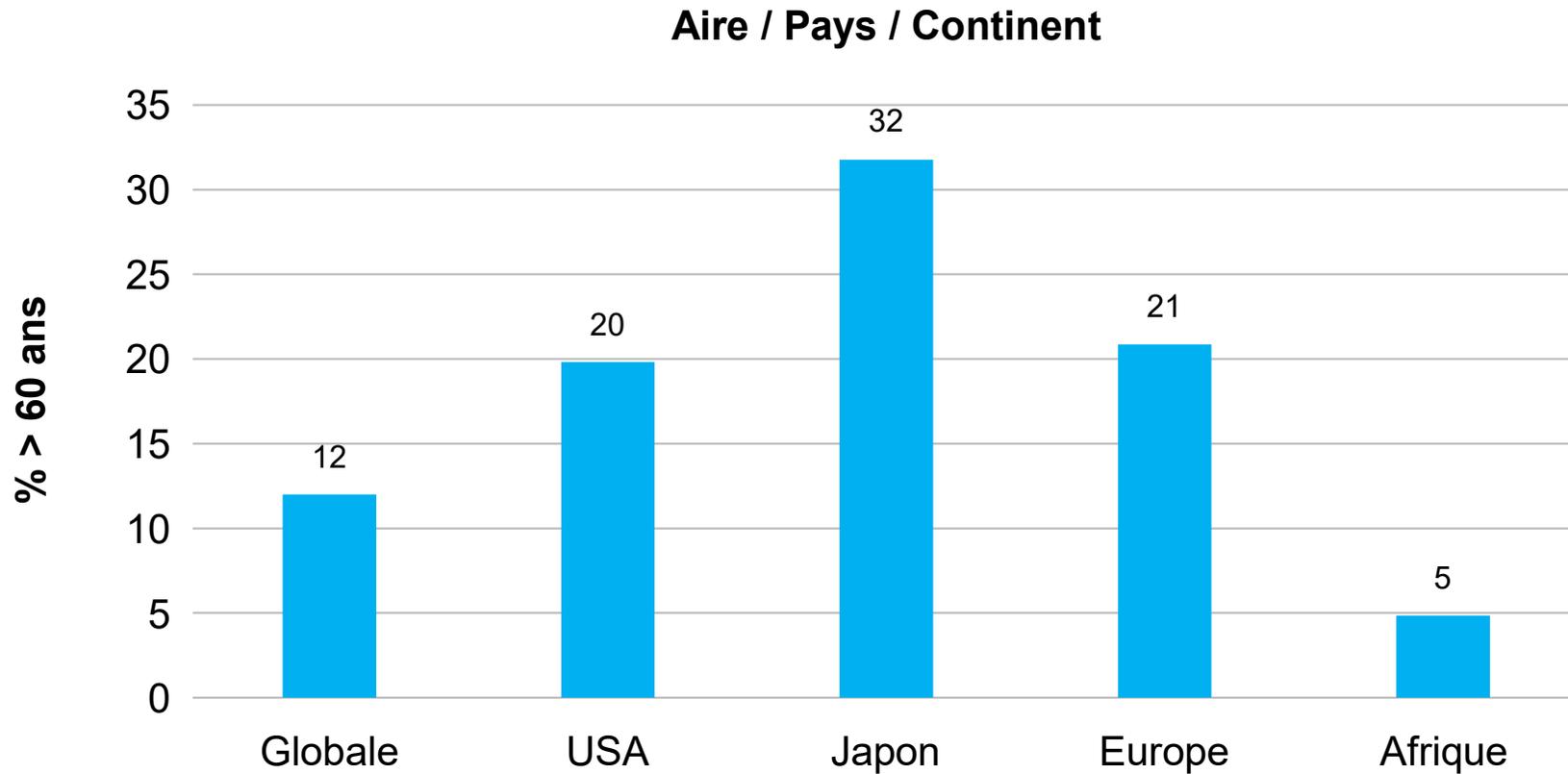
Orateurs : Dr Onifade Fagbemi Chérifa



Gériatrie

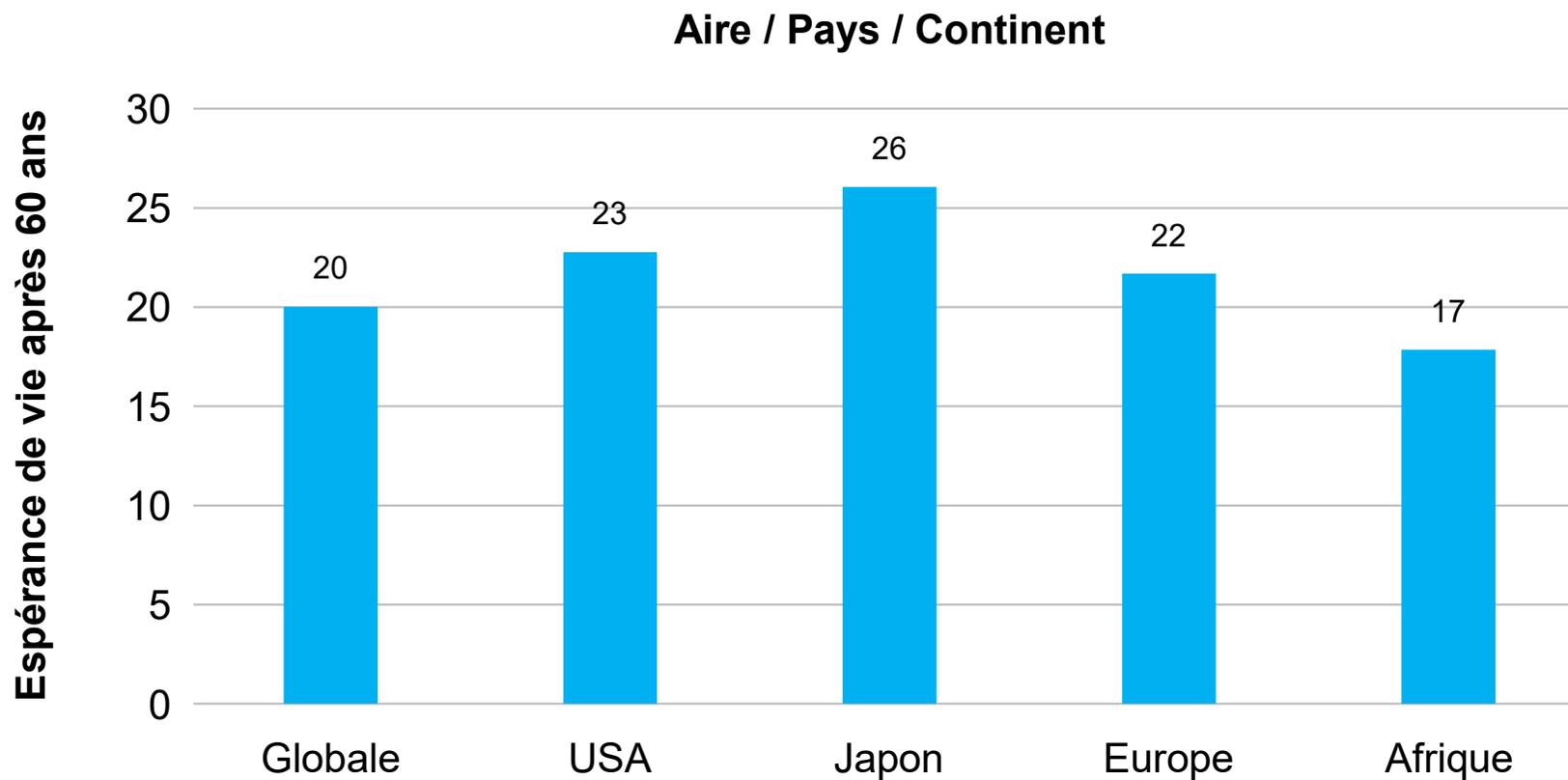
- Vieillissement mondial !
- 2015-2050 : 12 à 22% de plus de 60 ans ; 30% en Europe (revue de gériatrie mai 2021)
- OMS Seniors : à partir de 40 ans
Personnes âgées : 65 ans
- Gériatrie : 75 ans
- Vieillissement : Physiologique
Pathologique
Réussi

Données démographiques générales pour les > 60 ans



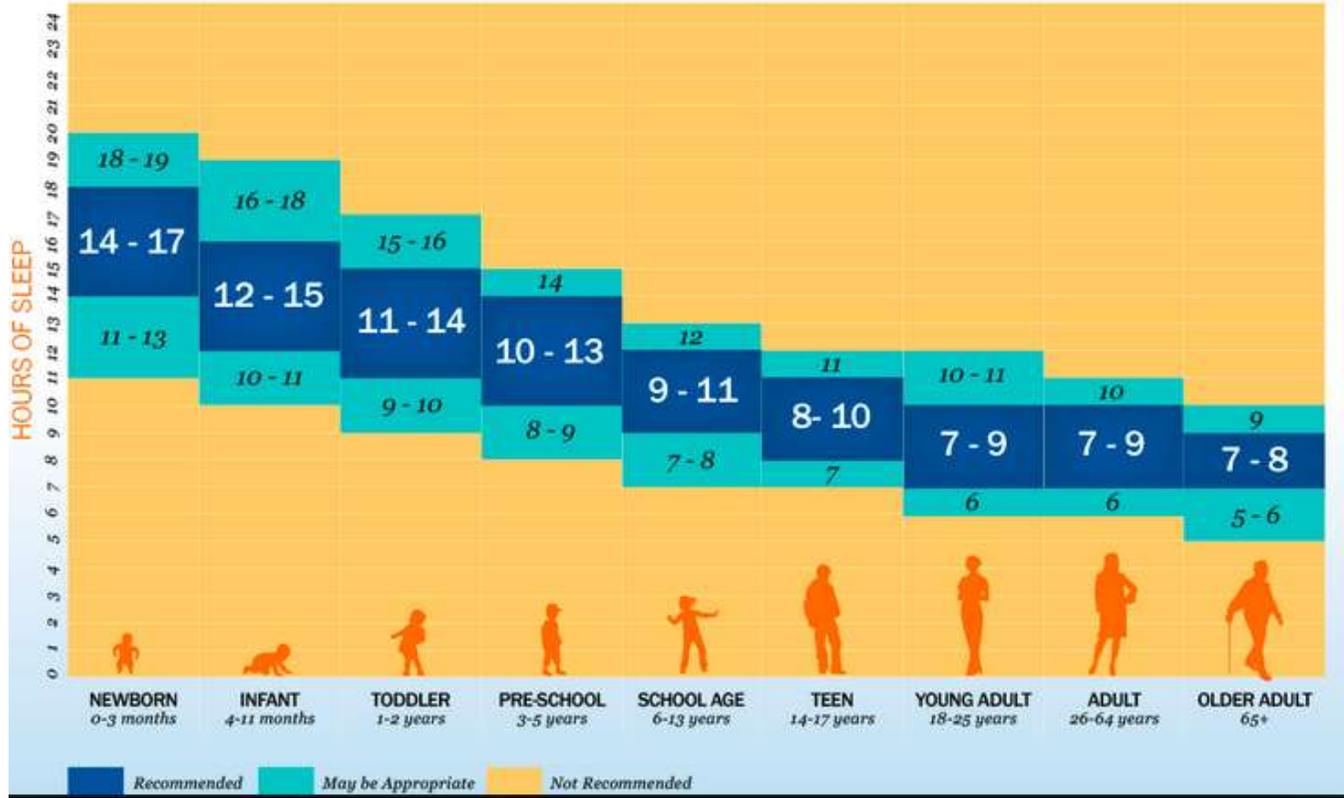
KANASI E, AYILAVARAPU S, JONES J.
The aging population : demographics and the biology of aging.
Periodontology 2000. 2016 ; 72(1) : 13 – 18.

Données démographiques sur l'espérance de vie après 60 ans



KANASI E, AYILAVARAPU S, JONES J.
The aging population : demographics and the biology of aging.
Periodontology 2000. 2016 ; 72(1) : 13 – 18.

Evolution du sommeil avec l'âge



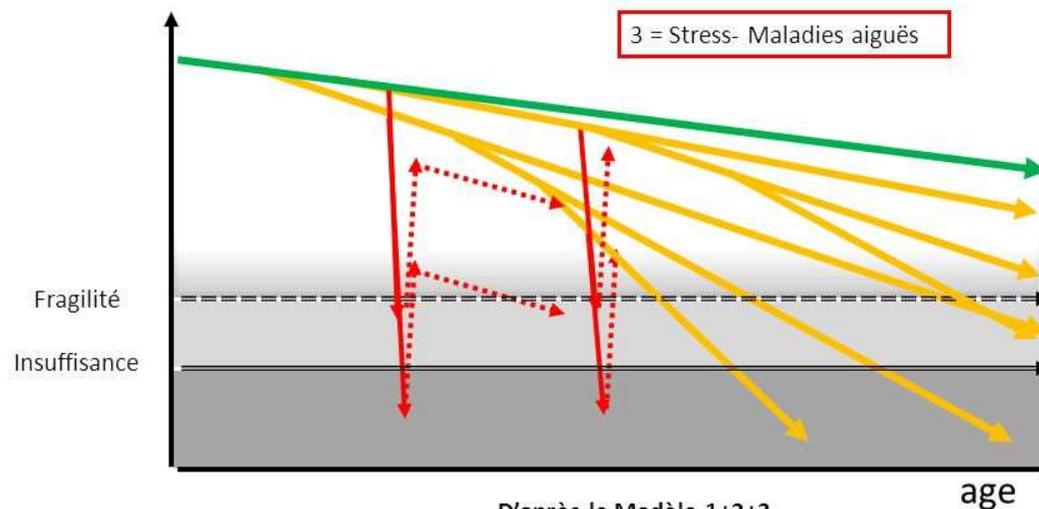
Gériatrie

La réserve fonctionnelle

1 = Vieillessement « réussi »

2 = Maladies chroniques

3 = Stress- Maladies aiguës



D'après le Modèle 1+2+3

(J.P BOUCHON)

- Repérage des PA fragiles et pré-fragiles (médecine générale +++)
- Diagnostic des fragilités (HDJ +++)
- Actions ciblées et soutenues

Gill et al., *New England J Med*, 2010

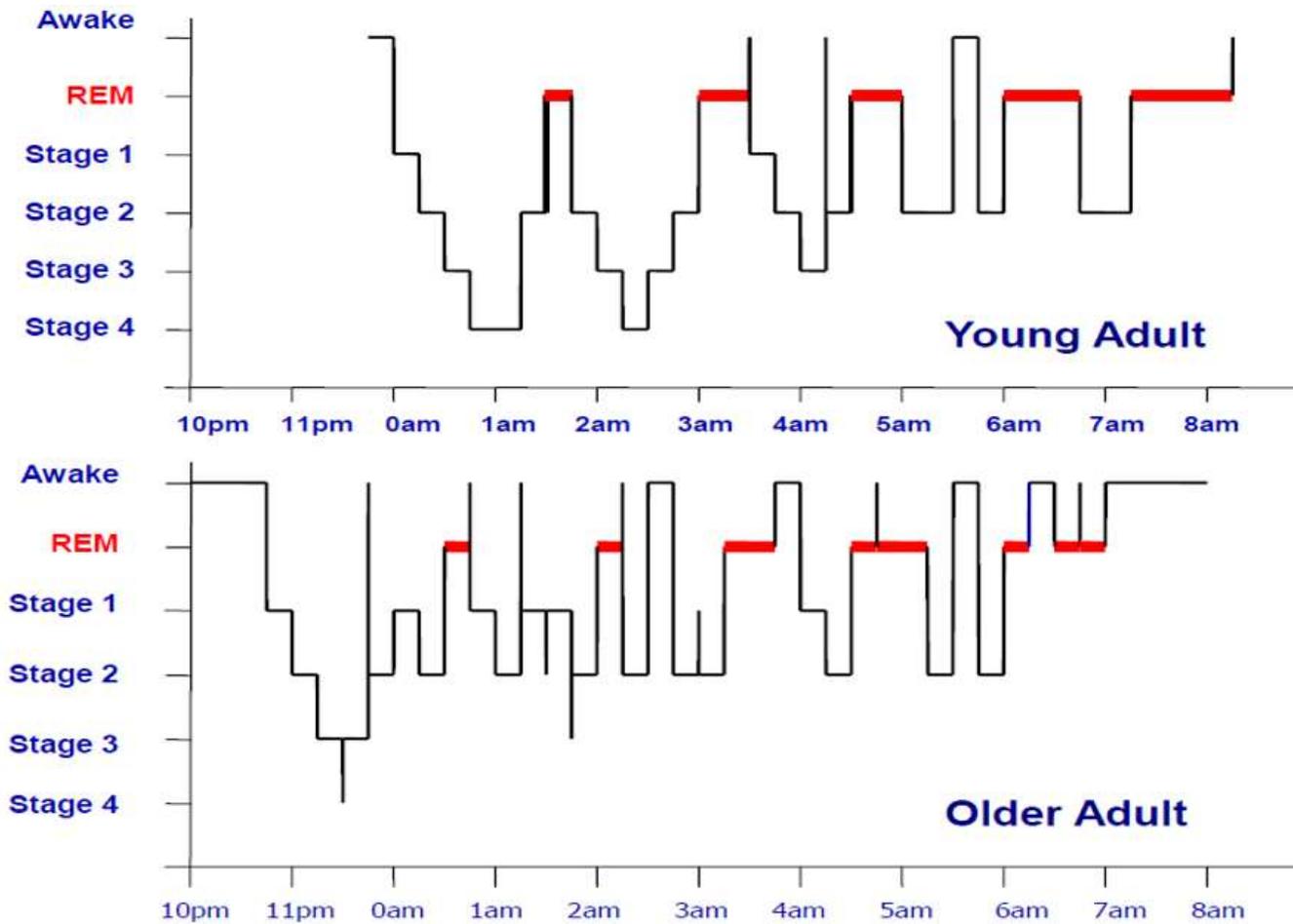
Modifications du sommeil liées à l'âge



- La survenue d'un Sommeil polyphasique avec une sieste dans la journée
- L'apparition d'une avance de phase avec un coucher plus tôt
- Un vieillissement de l'horloge biologique (diminution de la synthèse de mélatonine)
- Une diminution des synchroniseurs externes: cataracte, glaucome, rétinite pigmentaire, hypoacousie
- Des modifications de la microarchitecture du sommeil et des phases



Hypnogramme



Insomnie du sujet âgé

- Prévalence : 23 et 34% de plus de 65 ans
- 83% insomnie comorbide mentale /somatique
- Insomnie et thérapeutiques médicamenteuses

SAS = fréquent chez les sujets âgés

Population	Age	Prévalence	IAH	Méthode	Réf
Générale	30-60 ans	2-4% 4-9%	≥ 5/h ≥ 15/h	PSG	Young.NEJM 1993
Community dwelling elderly	60-69 ans 70-79 ans 80-89 ans	19% 21% 20%	≥ 15/h	PSG	Young.Arch Intern Med 2002
Community Dwelling sans tb cognitif	65-95 ans	24% 62% 44%	≥ 5/h ≥ 10/h ≥ 20/h	PV	Sleep, Ancoli 1991
Healthy elderly N=827	68 ans	53%	≥ 15/h	PV	Cohorte SYNAPSE Sforza, Sleep 2010
Instruction	F: 83.5 ans H : 79.7 ans	>40%	≥ 20/h	PV	JAGS, Ancoli 1991
Consultation sommeil insomniacque	72 ans	68%	≥ 15/h	PSG	JAGS,Kinugawa 2012 (64% des SAS sont sous somnifère)

SAS et personnes âgées

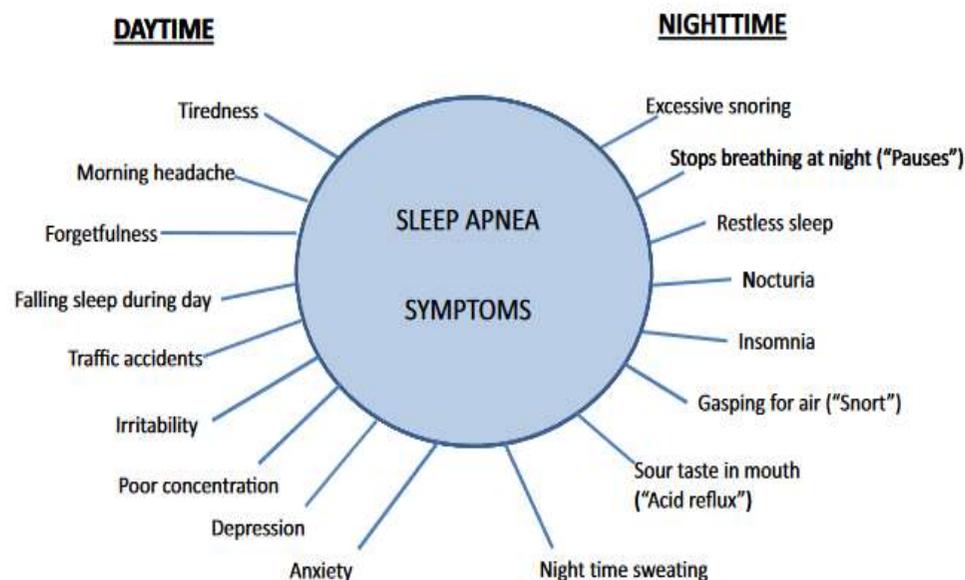


Fig. 2. Symptoms of sleep apnea.

Table 1

Association of Risk Factors With Obstructive Sleep Apnea—Phenotypic Differences Between Young and Old Patients

Risk Factors	Younger Patients	Older Patients
Obesity	Strong association	Less strong association
Neck circumference	Strong association	Less strong association
Male sex	Strong association (2:1)	Less strong association (1:1)
Snoring	Strong association	Less strong association
Witnessed apnea	Strong association	Less strong association
Nocturia	Strong association	Strong association
Cognitive impairment	Rarely seen	Strong association
Sarcopenia	Rarely seen	Strong association

Sleep Apnea: A Geriatric Syndrome

John E. Morley MB, BCh a,*; Angela Sanford MD a, Raymond Bourey MD b

1525-8610/©2017 AMDA eThe Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine.

Outils d'évaluation des troubles du sommeil

- Agenda du sommeil
- Echelle Epworth
- **Echelle ONSI** (Observation and interview based diurnal sleepiness inventory): échelle de dépistage du SAS
- **Echelle ODSI** (Observation based nocturnal sleep inventory): échelle de dépistage du SAS
- **Echelle SDI** : échelle de dépistage du SAS validé dans les troubles neurocognitifs sévères
- Actimétrie
- Oxymétrie
- Polygraphie
- polysomnographie

Trouble du rythme circadien veille sommeil

- Avance de phase

Evaluation gériatrique

- Prise en charge globale
- Interrogatoire large
- Evaluation de l'autonomie , fonctionnelle, sensorielle, environnementale
- Evaluation nutritionnelle
- Evaluation des traitements
- Evaluation cognitive et thymique
- Examen clinique minutieux
- Bilan cardiaque: ECG , Echographie cardiaque
- Imagerie cérébrale



Questionnaire 3 : ONSI [79]

Sexe : H / F Poids (kg) :

Taille (cm) mesurée ou estimée :

ONSI® Observation-based Nocturnal Sleep Inventory

Protocole de réalisation des visites nocturnes :

1. L'heure d'extinction des lumières doit être notée.
2. Deux heures après l'extinction des lumières, l'observateur doit effectuer au moins 5 visites à environ 1 heure d'intervalle.
3. À chaque visite, l'observateur doit se placer à une distance d'environ 2 mètres de la tête du patient, et doit veiller à ne pas le réveiller dans la mesure du possible. La position idéale pour l'observateur est le pied du lit du patient.
4. À chaque visite, il faut environ 5 minutes d'observation et d'écoute afin de repérer des informations sur la régularité de la respiration, les ronflements, les pauses respiratoires d'environ 10 secondes ou plus, les bruits de suffocation ou d'étouffements, ou tout autre événement particulier comme les agitations, les cris, les déambulations, les nycturies etc.
5. À chaque visite, les items (1) pauses respiratoires ou bruits de suffocation ou d'étouffement, (2) ronflements, (3) éveils doivent être repérés et les cases correspondantes doivent être cochées par « oui » ou par « non ». Lors d'une visite, plusieurs « oui » peuvent être cochés ou l'inverse. Par exemple, un patient peut ronfler pendant 2 à 3 minutes, puis arrêter de respirer pendant plus de 10 secondes et ensuite se réveiller. Ainsi, l'observateur doit cocher les trois « oui » pour la même visite. Il est souhaitable de compléter le recueil des données avec un commentaire court sur d'éventuels événements particuliers.

Soir, heure d'extinction des lumières :	Pauses respiratoires ou Bruits de suffocation ou d'étouffement	Ronflement audible à 2 mètres environ	Éveillé(e)
Visite n° 1, environ 2 h après extinction des lumières Heure : Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non
Visite n° 2, environ 1 h après la visite précédente Heure : Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non
Visite n° 3, environ 1 h après la visite précédente Heure : Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non
Visite n° 4, environ 1 h après la visite précédente Heure : Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non
Visite n° 5, environ 1 h après la visite précédente Heure : Commentaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui non

Nom et Prénom : Age : Date :

Les questions suivantes font référence aux comportements de somnolence et habitude de sommeil rapportés par le sujet et/ou observés par un tiers.

1. *Constatez-vous des somnolences ou des endormissements, pendant des **activités élémentaires de la vie quotidienne** (se laver, s'habiller, marche, parler, conduire ou situation similaires ...) ?*

- 0. Jamais.
- 1.
- 2. Rarement.
- 3.
- 4. Moyennement.
- 5.
- 6. Très souvent.

2. *Constatez-vous des somnolences ou des endormissements, pendant les **périodes d'inactivité ou d'activité à faible niveau de stimulation** (lire, regarder la télévision, écouter une conversation, écouter de la musique, ou situations similaires...) ?*

- 0. Jamais.
- 1.
- 2. Rarement.
- 3.
- 4. Moyennement.
- 5.
- 6. Très souvent

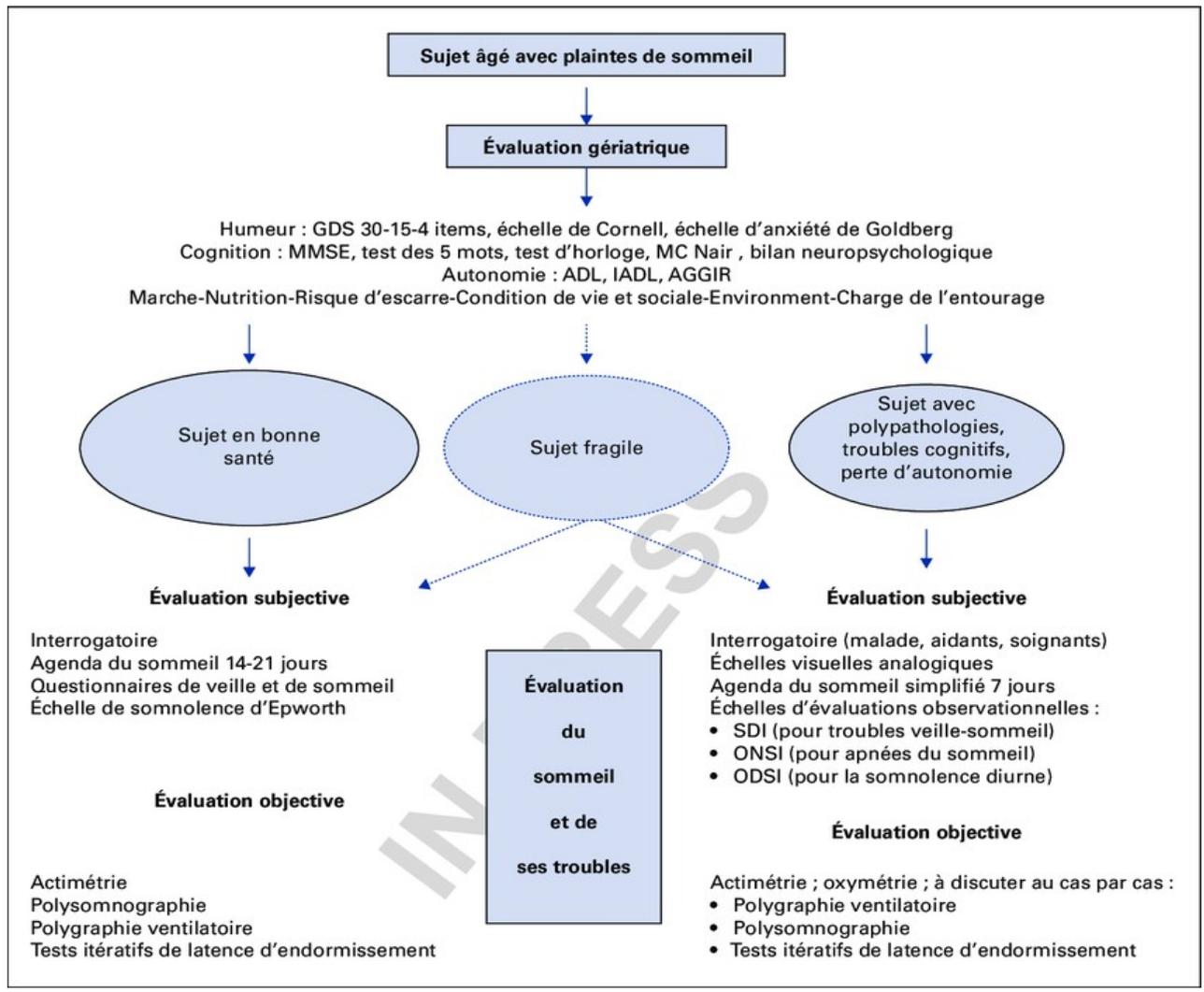
3. *A combien vous estimez dans la journée **la durée moyenne** de l'ensemble des épisodes de somnolence, d'endormissement et des siestes réunies (assis ou allongé)*

- 0. Environ ½ heure ou moins.
- 1.
- 2. Environ 2 heures.
- 3.
- 4. Environ 4 heures.
- 5.
- 6. Environ 6 heures ou plus

Score total : /24

SDI

Symptômes	Fréquence 0 à 4	Sévérité 0 à 3	Retentissement 0 à 5
1.Le patient a-t-il des difficulté pour s'endormir?			
2.Le patient se lève-t-il la nuit? (> 2 mictions)			
3.Est-ce que le patient erre, déambule ou se met à avoir des activités inappropriés la nuit ?			
4.Est-ce que le patient vous réveille durant la nuit ?			
5.Est-ce que le patient se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?			
6. Est-ce que le patient se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il en avait l'habitude) ?			
7.Est-ce que le patient dort de manière excessive dans la journée ?			
8.Est-ce que le patient a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent , qui vous ennuient ?			
Moyenne (Total / 8)			
Score SDI (moyenne « fréquence » X moyenne « sévérité)			



Troubles du comportement en sommeil paradoxal



Cas clinique

- Mr G âgé de 79 ans
- Troubles cognitifs , apathie, oubli code alarme du domicile
- Traitement: Seroplex, Tahor et Amlor
- A travaillé dans le bâtiment depuis l'âge de 18 ans jusqu'à 76 ans
- Epouse était sa secrétaire
- Sommeil agité, cris, somnolence diurne
- Examen clinique : ralentissement psychomoteur
- Evaluation mnésique: MMSE 16/30 ,5 mots à 5/10 avec indiçages, horloge 6/7, Geria 12 difficulté d'encodage et de stockage
- IRM atrophie corticale et hippocampique

Cas clinique (suite)

- Biologie: carence en vitamine D
- Epworth à 16, fatigue de Pichot à 14, ODSI à 14
- Polysomnographie: IAH 85/heure, MPJ 45/h
- Bilan cardiaque normal
- Mise en place d'une PPC avec difficulté de tolérance
- Données sur la plateforme de données Adel: 9h ; 5-10; IAH à 10
- Amélioration de la somnolence diurne , sommeil de meilleure qualité , persistance de l'apathie
- Séances d'orthophoniste
- Evaluation mnésique à 5 mois: MMS à 19, 5 mots de Dubois stables

Conclusion

- Prise en charge possible des troubles du sommeil en gériatrie
- Amélioration de la qualité de vie
- Aide au maintien a domicile

Je vous remercie pour votre attention !

