

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] ICS3. Classification internationale des pathologies du sommeil, 3^e version. Traduit de l'International Classification of Sleep Disorders third version, SFRMS; 2014.
- [2] Sutton EL. Psychiatric disorders and sleep issues. *Med Clin North Am* 2014;98(5):1123–43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.009> [Epub 2014 Jul 22. Review].
- [3] Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, Young T, Hirshkowitz M. Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. *Sleep* 2005;28(11):1405–11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.363>

FA14A

La mélatonine : un hypnotique miracle ?

S. Royant-Parola

12, avenue de Lamballe, Paris, France

Adresse e-mail : sylvie@royantparola.fr

La mélatonine, libérée par l'épiphyse, est une hormone qui mesure le temps. En étroite relation avec notre horloge centrale, le noyau suprachiasmatique, elle synchronise, ajuste, décale nos rythmes biologiques pour que notre corps fonctionne au mieux et anticipe les fonctions avenir. Sensible à la lumière qui la bloque, elle est facilement décalée, altérée par notre mode de vie et particulièrement par les écrans (tablettes, smartphone) et par les décalages horaires. Les benzodiazépines et l'âge diminuent sa sécrétion. Selon l'heure de la journée où elle est administrée de façon exogène, son effet sur nos horloges internes est différent. Donnée le soir, avant le minimum du rythme de la température centrale, elle avance les rythmes et facilite donc l'endormissement. Donnée le matin, après le minimum thermique, elle retarde au contraire les rythmes et aura tendance à retarder le sommeil. La mélatonine a des propriétés hypnotiques modestes, en revanche, c'est un chronobiotique efficace dont l'utilisation n'est pas toujours simple car il faut toujours prendre en compte l'état de synchronisation de base de l'individu auquel la mélatonine est administrée.

Mots clés Mélatonine ; Rythme ; Horloge ; Benzodiazépine ; Hypnotique

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Lewy AJ, et al. Light suppresses melatonin secretion in humans. *Science (New York, NY)* 1980;210(4475):1267–9.

Arendt J, Skene DJ. Melatonin as a chronobiotic. *Sleep Med Rev* 2005;9:25–3925–39.

Srinivasan V, et al. Melatonin agonists in primary insomnia and depression-associated insomnia: are they superior to sedative-hypnotics? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011;35(4):913–23.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.364>

FA14B

Fin des benzodiazépines, un suicide programmé ?

I. Poirot

Unité de sommeil, CHRU de Lille, Paris, France

Adresse e-mail : isabelle.poirot@chru-lille.fr

Le recours aux benzodiazépines à visée hypnotique est fréquent dans la prise en charge des plaintes d'insomnie chronique, notamment en médecine générale. L'ANSM estime que 4,2 millions de français a utilisé une benzodiazépine à visée hypnotique en France en 2012 et souligne l'augmentation de leur utilisation dans cette indication chez les femmes de plus de 65 ans (18% des femmes de cette tranche d'âge). La littérature internationale actuelle est

à charge : troubles cognitifs, somnolence, dépendance, chutes... Oubliant les effets thérapeutiques recherchés de ce type de traitement en tant qu'« antidouleur psychique » puissant. Si on peut s'interroger sur l'intérêt des benzodiazépines dans le long terme pour la prise en charge des troubles du sommeil, notre expérience montre qu'elles constituent une alternative de court terme dans le cadre d'une souffrance psychique certaine. Dès lors, quelle place peuvent-elles avoir dans la prise en charge de l'insomnie ? Quelles sont les préconisations actuelles de leur utilisation ? Quelles alternatives peut-on proposer pour améliorer la prise en charge des troubles du sommeil et éviter leur recours abusif ?

Mots clés Insomnie ; Benzodiazépines ; Effets secondaires ; Recommandations ; Thérapies cognitives/comportementales

Déclaration de liens d'intérêts HAS.

Pour en savoir plus

ANSM : état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, décembre 2013.

HAS: Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparus chez le sujet âgé. Argumentaire. 2007.

Morin CM, et al. Cognitive behavioural therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;301:2005–15.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.365>

FA14C

Dépistage et prise en charge de l'apnée du sommeil, un traitement du trouble bipolaire

N. Juenet*, N. Gobillot-Porte

Clinique Lyon Lumière, Meyzieu, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : n.juenet@orpea.net (N. Juenet)

Malgré les efforts fournis ces dernières années, le bilan de la prise en charge des patients bipolaires reste toujours insatisfaisant, tant du point de vue du retard diagnostique (8 à 10 ans en moyenne [1]) que des rechutes thymiques (50 % à 1 an [1]) et de la suicidalité, mais aussi concernant la morbidité cardiovasculaire (on rappellera que la principale cause de décès chez ces patients reste à ce jour les accidents cardiovasculaires). Face à ce constat, une nouvelle approche multidisciplinaire se développe depuis quelques années [2]. Dans ce nouveau paradigme faisant appel bien entendu à la psychiatrie mais aussi à l'endocrinologie ou encore la cardiologie, la médecine du sommeil pourrait tenir un rôle de premier plan si l'on en juge par les comorbidités retrouvées aussi bien en périodes critiques qu'en périodes « dites » intercritiques. Ainsi, est-il convenu que les épisodes thymiques entraînent des troubles du sommeil, mais aussi que certains troubles du sommeil (rythmes irréguliers, insomnie, apnées...) sont des facteurs de rechutes thymiques. La force de l'association statistique pourrait, par ailleurs, nous permettre de considérer que certains troubles du sommeil sont à considérer comme une dimension du trouble bipolaire. De nombreuses études (avec malheureusement des faiblesses méthodologiques) retrouvent ainsi une association troublante entre troubles bipolaires et SAS, qui concernerait même près de la moitié des patients bipolaires [3]. Devant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques évoquées précédemment, et si l'on parvient à confirmer qu'environ la moitié des bipolaires est apnéique (étude en cours dans notre établissement de psychiatrie), un dépistage systématique du SAOS chez des sujets suspectés de bipolarité ou résistants à une prise en charge psychiatrique « standard » permettrait une optimisation des soins (amélioration des troubles du sommeil, traitement au moins partiel de l'épisode thymique [4], diminution du risque de rechute thymique, prévention cardiovasculaire, recommandations sur le choix des psychotropes).

Mots clés Sommeil ; Trouble bipolaire ; Apnées du sommeil ; Traitement