

## L'hypersomnie idiopathique sans augmentation de la durée du sommeil

Pr Yves Dauvilliers

L'hypersomnie idiopathique sans augmentation de la durée du sommeil est un trouble du sommeil caractérisé par une somnolence diurne excessive constante de plus de 3 mois quasi isolée, avec des siestes diurnes involontaires plus ou moins rafraîchissantes. Le sommeil de nuit est de durée normale ou légèrement allongé mais inférieur à 10 heures, et la qualité du réveil souvent normale. La prévalence n'est pas connue mais elle est estimée à 1/ 11 000 à 1/ 100 000. Elle débute le plus souvent avant 25 ans et est observée dans les deux sexes. La présence de cataplexie est un critère d'exclusion. Sa cause est inconnue. Il n'y a pas d'association avec un groupage HLA particulier, ni de diminution des taux d'orexine/hypocrétine. Le diagnostic est complexe: il doit éliminer les autres causes de somnolence et reconnaître l'excès de sommeil. Le diagnostic formel repose sur l'enregistrement d'une nuit de sommeil suivie de tests itératifs de latence d'endormissement (TILE). Ces examens montrent un sommeil de nuit de bonne qualité et d'architecture normale. Les TILE objectivent une latence moyenne d'endormissements de moins de 8 minutes, avec au maximum un endormissement en sommeil paradoxal. L'enregistrement du sommeil de longue durée n'est pas nécessaire, mais objectiverait un sommeil de durée normale (supérieur à 6 heures) ou légèrement prolongé mais de moins de 10 heures. Il est souvent difficile à l'interrogatoire de différencier cette maladie de la narcolepsie sans cataplexie (voir ce terme). L'entretien clinique (plus ou moins agenda du sommeil ou actimétrie) élimine le syndrome d'insuffisance chronique de sommeil. L'enregistrement du sommeil élimine une narcolepsie (voir ce terme), un décalage des rythmes ou un sommeil fragmenté par des événements moteurs ou respiratoires. Un bilan psychologique élimine une hypersomnie d'origine psychiatrique. Enfin, un bilan neuroradiologique (rarement réalisé) élimine une lésion cérébrale. Le traitement repose sur les stimulants de la veille. Le modafinil est le stimulant de première intention du fait de son meilleur rapport bénéfice/risque, puis viennent le méthylphénidate et les amphétamines. La maladie a un retentissement social et professionnel négatif. Son évolution spontanée

est stable, avec quelques améliorations spontanées décrites. \*Auteurs : Pr Y. Dauvilliers et Dr M.F. Vecchierini (octobre 2009)\*.