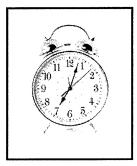


Quelques notions de base sur le sommeil

- Les rythmes circadiens
 - ❖ Les cycles éveil-sommeil
 - · La température corporelle
 - Le cortisol
 - La mélatonine (Kryger et al., 2011)



Régulation du fonctionnement biologique sur une période de 24h

2

Dx d'insomnie (DSM-5)



- Trouble d'insomnie
 - ❖ Plainte subjective de difficultés de sommeil
 - ❖ Latence d'endormissement ou éveils > 30 min
 - ❖ Difficultés présentes ≥ 3 nuits par semaine depuis ≥ 1 mois
 - * Difficultés présentes malgré des opportunités adéquates pour dormir
 - ❖ Altération du fonctionnement diurne ou détresse marquée
- Sx d'insomnie
 - Plainte subjective de difficultés de sommeil sans rencontrer l'ensemble des critères dx d'un trouble

Dx d'hypersomnolence diurne (DSM-5)



- Trouble d'hypersomnolence
 - Somnolence excessive en dépit d'une période de sommeil d'au moins 7 heures
 - Plusieurs siestes dans une même journée
 - Période principale de sommeil > 9h par jour qui ne permet pas de se sentir reposé
 - Difficulté à être complètement éveillé après un réveil brusque
 - Hypersomnolence présente ≥ 3 nuits par semaine depuis ≥ 3 mois
 - Altération du fonctionnement ou détresse marquée
- Sx d'hypersomnolence
 - Plainte subjective de somnolence diurne excessive sans rencontrer l'ensemble des critères dx d'un trouble

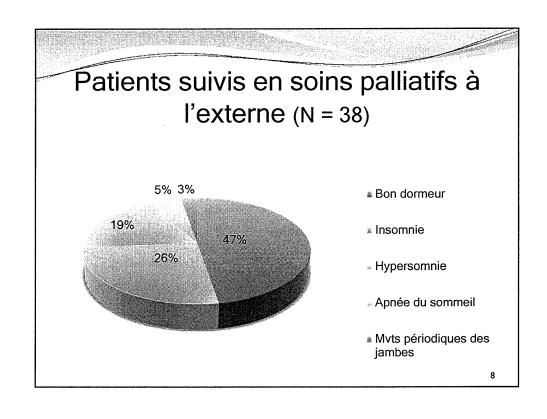
5

Prévalence des difficultés de sommeil

- Chez les personnes atteintes d'un cancer (Savard et al., 2011)
 - ❖ Lors de la période péri-opératoire (N = 962)
 - 28% syndrome d'insomnie
 - 31% Sx d'insomnie
- Chez les personnes atteintes de cancer avancé
 - ❖ Les taux varient entre 12 et 85%
 - Différents Dx de troubles du sommeil confondus
 - · Différents instruments de mesure
 - · Pronostic et état de santé variables

(Akechi et al., 2007; Davis et al., 2013; Bernatchez et al., 2011; Delgado-Guay et al., 2011; Gibbins et al., 2009; Hugel et al., 2004; Koopman et al., 2002; Levin et al., 2005; Mercadante et al., 2004; Parker et al., 2008; Sela et al., 2005)

Patients suivis en soins palliatifs à l'externe (N = 38)		
and the second of the second o		
-0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction	
1.	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work	
	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours	
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours	
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair	
5	Dead	



La perturbation des rythmes circadiens

- Perturbation des cycles éveil-sommeil
 - Plus de repos le jour et plus d'activité la nuit (Levin, et al., 2005; Parker, et al., 2008)
 - ❖ Perturbation des cycles éveil-sommeil ➤ chez les patients ayant un indicateur de performance plus faible (Levin, et al., 2005)
- Prédicteur significatif de la survie et de la réponse aux Tx oncologiques (Mormont et al., 2000)

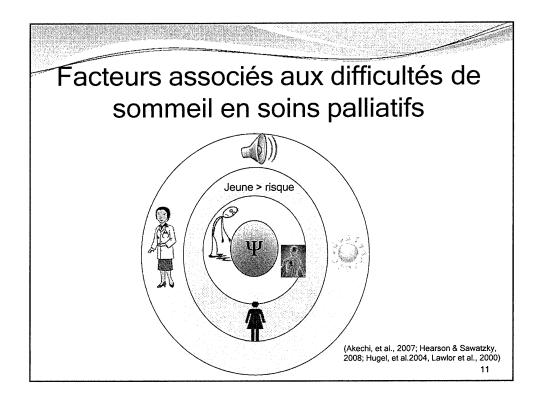
9

Perturbation de l'homéostasie du sommeil

- L'impact des siestes fréquentes ou prolongées (Gibbins et al., 2009; Roscoe et al., 2007)
 - - · Particulièrement si siestes sont effectuées plus tard en journée
 - - ↑ de la latence d'endormissement
 - ↑ des éveils nocturnes



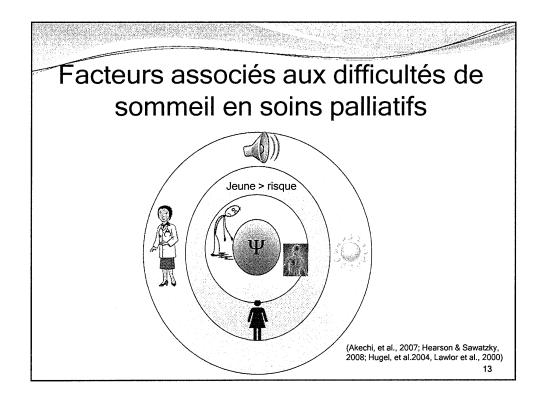
(Kryger, et al., 2011)



Opioïdes et difficultés de sommeil

- Gestion de la douleur peut

 incidence de l'insomnie (Wirz et al., 2006)
- Certains opioïdes (morphine et méthadone) perturbent l'architecture du sommeil (Moore & Dimsdale, 2002)
 - ❖ Suppression du sommeil REM
 - **∻** ∮ SOL
 - ❖↑ latence d'endormissement
 - ♦↑ nombre d'éveils nocturnes
- L'effet sédatif des opioïdes → somnolence diurne (Benyamin et al., 2008)
- Opioïde de forte intensité (Mystakidou et al., 2007).
 - ❖ v qualité du sommeil évaluée subjectivement



Conséquences des difficultés de sommeil en soins palliatifs

- ↓ Qualité de vie
- ↑ Fatigue
- Exacerbation de certains Sx associés au cancer
 - ❖ Douleur
 - ❖ Dépression
 - ❖ Anxiété



(Mystakidou et al., 2007; Sanna & Bruera, 2002)

Le traitement pharmacologique des difficultés de sommeil

- Hypnotiques
 - ❖ Tx le plus utilisé
 - Plusieurs effets secondaires
 - Somnolence diurne, des vertiges, des difficultés cognitives, > risque de fractures de la hanche, de dépendance, exacerbation du delirium



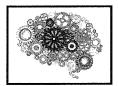
(Breitbart et al., 1996; Hirst & Sloan, 2002; Holland, et al., 2010; Kryger, et al., 2011)

- Leur efficacité à améliorer le sommeil demeure à être établie en contexte de soins palliatifs (Hirst & Sloan, 2002)
 - L'Olanzapine (Zyprexa) serait le Rx le plus indiqué en soins palliatifs (Davis & Bruera, 2014)

15

Les interventions non pharmacologiques pour les difficultés de sommeil

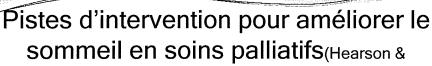
- Thérapie cognitive-comportementale
 - Tx le plus recommandé pour l'amélioration à long terme des difficultés de sommeil (Morin et al., 2009)
 - Validée seulement auprès de personnes atteintes de cancer non métastatique (Espie et al., 2008; Savard et al., 2005)





- Relaxation et imagerie en contexte de soins palliatifs
 - Clientèle externe : amélioration du sommeil
 - Clientèle interne : Aucun changement

(Ducloux et al., 2013; Kwekkeboom et al., 2010)



Sawatzky, 2008)



Horaire régulier éveil-sommeil

Actif le jour

Le moins de siestes possibles et avant 15h Éviter substances stimulantes dès la fin pm

Routine avant le coucher

Sortir du lit, lorsque possible, si latence d'endormissement ou éveils > 30 minutes

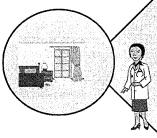


Gérer les problèmes et les préoccupations le jour

17

Pistes d'intervention pour améliorer le sommeil en soins palliatifs(Hearson &

Sawatzky, 2008)



Réduire le bruit au maximum la nuit



S'exposer le plus possible à la lumière le jour

La réduire au maximum la nuit



Réduire les soins à recevoir la nuit

Pistes d'intervention pour améliorer le sommeil en soins palliatifs

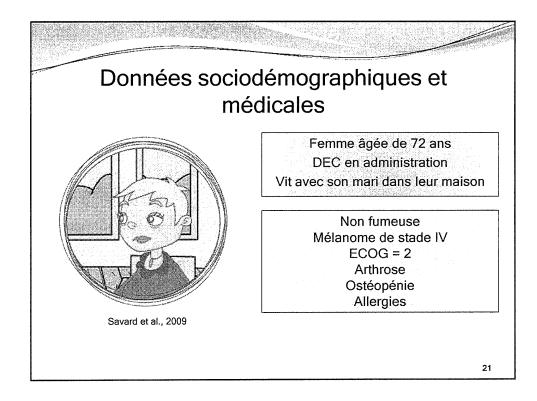


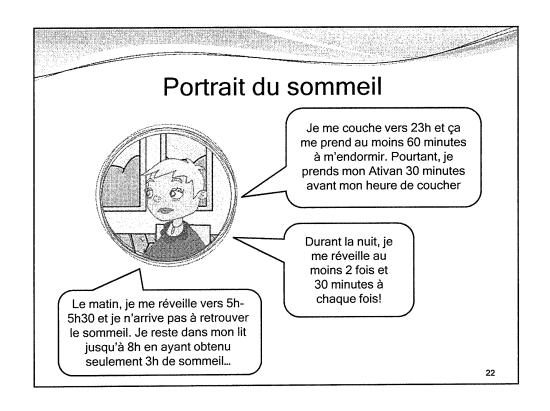
L'important c'est qu'il y ait le plus grand contraste possible entre l'environnement de jour et celui de nuit!

19

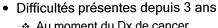
Cas clinique

Mme Déry



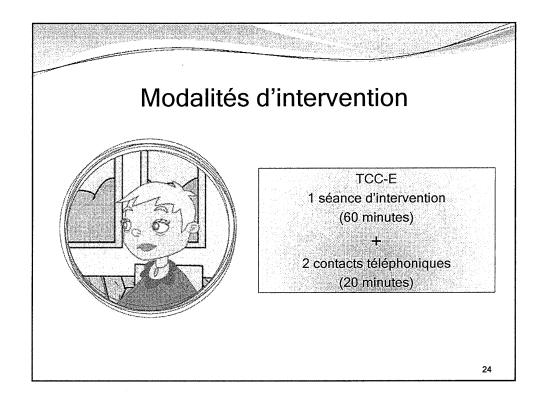


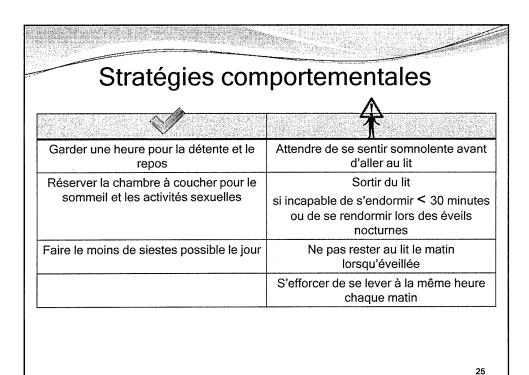
Plainte principale



- . Au moment du Dx de cancer
- Douleur (arthrose cervicale), effets secondaires de chimio et inquiétudes
- Ativan 1 mg depuis 6 mois
- Insatisfaite de sa latence d'endormissement et de ses éveils nocturnes
 - Souhaite avoir une nuit de sommeil de 5 heures
- Inquiète au sujet de ses difficultés de sommeil
 - Craint de ne jamais retrouver un bon sommeil
- Un peu d'altération du fonctionnement diurne
 - · Activités familiales et sociales

Diagnostic: Trouble d'insomnie persistant



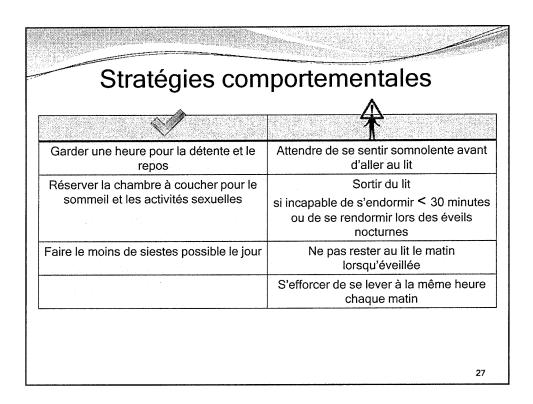


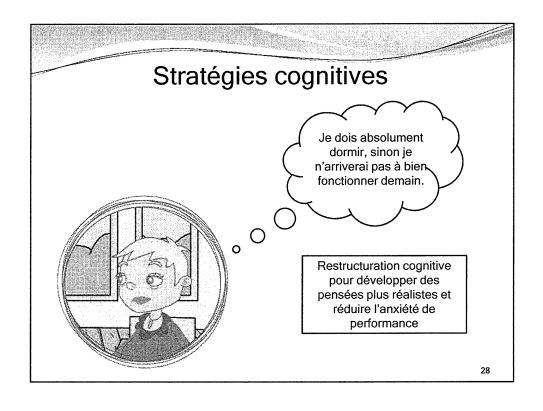
Smonolence VS fatigue

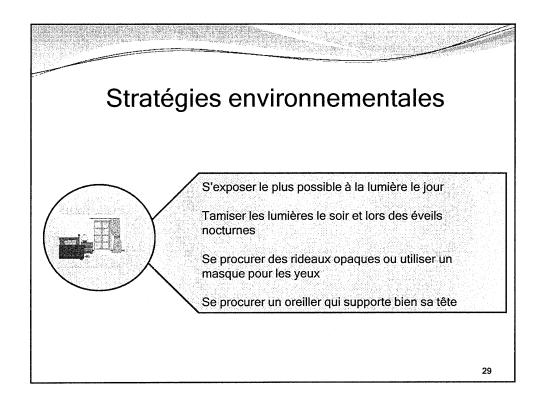
Envie irrésistible de fermer les yeux, de s'allonger et de dormir	Éveillée, mais n'a pas la force ou l'énergie d'entreprendre quelque chose
Baisse d'activité	Baisse d'activité
Somnolence	Fatigue

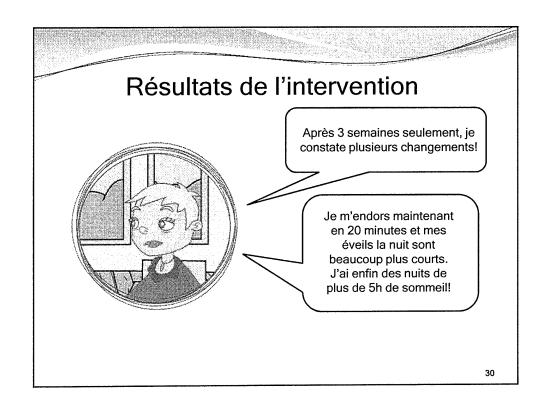


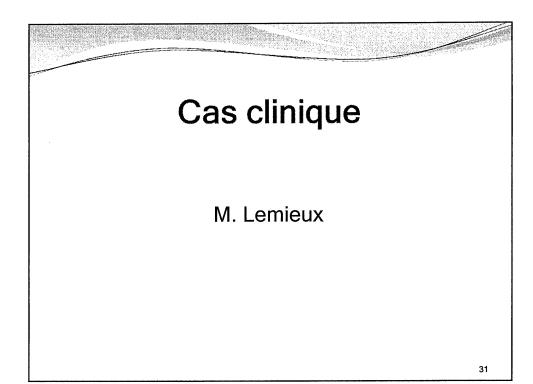
Alors que la somnolence suscite le sommeil, la fatigue seule n'est pas suffisante pour le provoquer!

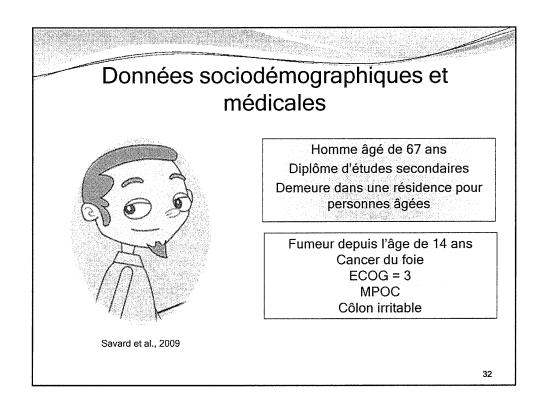


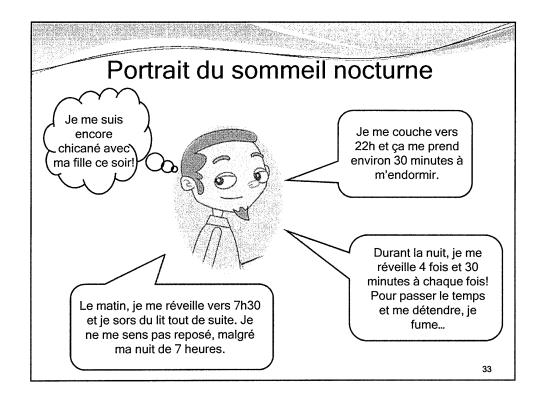


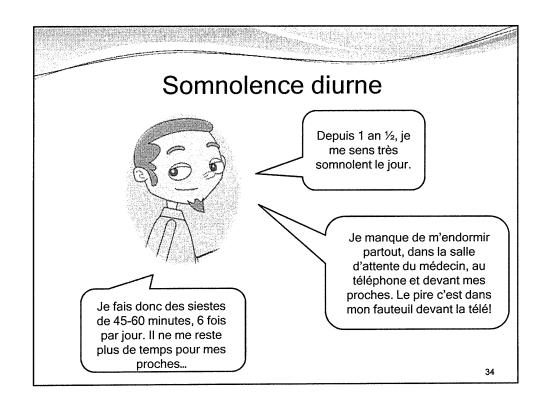


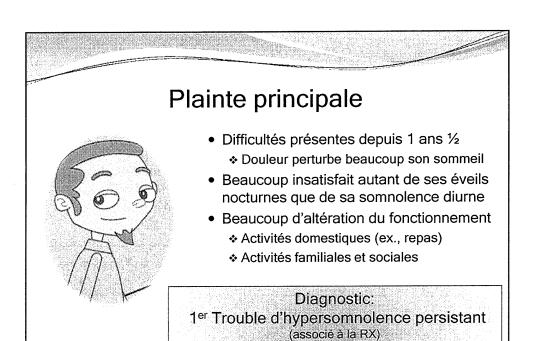










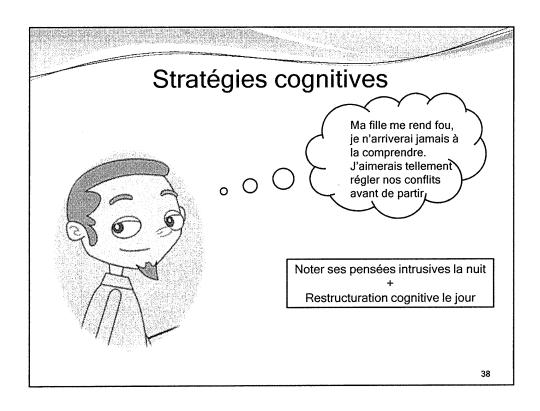


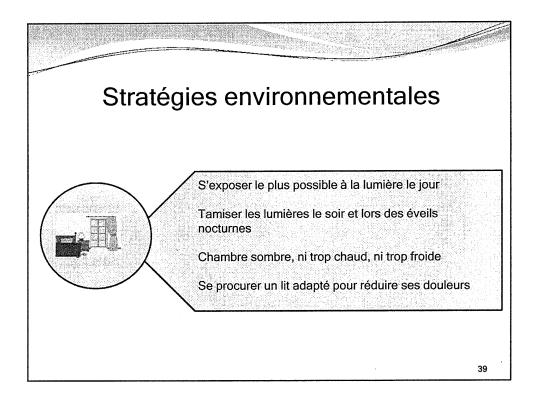
2e Trouble d'insomnie persistant

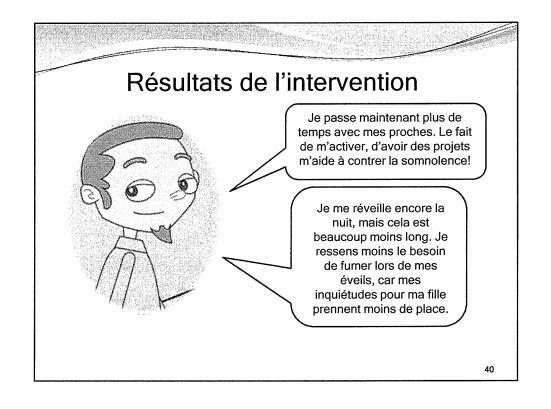
Modalités d'intervention

TCC-E
1 séance d'intervention
(60 minutes)
+
2 contacts téléphoniques
(20 minutes)

Stratégies comportementales		
	*	
S'efforcer de se lever à la même heure chaque matin	Attendre de se sentir somnolent avant d'aller au lit	
Réserver la chambre à coucher pour le sommeil et les activités sexuelles	Garder une heure pour la détente et le repos	
	Sortir du lit si incapable de s'endormir < 30 minutes ou de se rendormir lors des éveils nocturnes	
	Cesser de fumer la nuit (timbre de nicotine faible dose au besoin)	
	Réduire les siestes le jour et les faire dans son lit	
	S'activer davantage le jour en respectant ses limites	







Discussion

Selon vous, est-ce que la médication est la seule avenue pour améliorer le sommeil en fin de vie?

