

# VIGILANCE D'UNE POPULATION PARKINSONNIENNE

Y05

\*ROBERTA CARCANGIU, \*LUC STANER, \*\*FRANCOIS SELLAL, \*FABRICE DUVAL

\*Unité d'Exploration des Rythmes Veille et Sommeil (CH Rouffach, France)

\*\*Service de Neurologie (CH Colmar, France)

## Introduction :

La somnolence chez les Parkinsoniens est d'origine multifactorielle (conséquence des troubles cognitifs et psychiatriques, des troubles du sommeil, des médicaments). La dégénérescence du tronc cérébral impliquant plusieurs neurotransmetteurs pourrait dérégler la vigilance.

## Objectifs :

Comparer la somnolence subjective et objective d'une population parkinsonienne.

Vérifier l'impact du processus dégénératif sur la vigilance dans une population avec essentiellement des troubles moteurs et une thérapie stable.

## Méthodes:

Nous avons sélectionné une population dépourvue de troubles cognitifs ou psychiatriques majeurs, sans syndrome d'apnées du sommeil et sous traitement stable depuis > 1 mois. L'objectif était de documenter un éventuel trouble de la vigilance liée au processus dégénératif.

Le protocole comportait un bilan cognitif et psychiatrique, 2 polysomnographies, l'échelle de somnolence d'Epworth (ESE) et le test itératif de latence d'endormissement (TILE).

**Critères d'inclusion :** maladie de Parkinson idiopathique et thérapie stable depuis > 1 mois.

**Critères d'exclusion :** AHI > 30/h; Mini Mental State Examination < 24; troubles psychiatriques en phase aiguë.

**Population:** 48 patients ont été évalués et 15 exclus: 2 avec des troubles cognitifs-psychiatriques et 13 apnéiques.

**La vigilance a été évaluée chez 33 patients :** 18 ♂ + 15 ♀ (55% contre 45%) , âge moyen 66 ± 8,4 ans, Hoehn et Yahr 2,4 ± 0,8, durée moyenne de maladie 8,7 ± 5,2 ans; traités par 515 ± 272 mg/jour de L-DOPA ( 24 aussi par un agoniste dopaminergique : 127 ± 102mg/j en équivalents L-DOPA), 13 sous benzodiazepines, 8 sous antidépresseurs.

## Résultats :

Nous avons constaté une discordance entre la perception subjective de la somnolence et la vigilance objectivée au TILE.

54,5% des patients se plaignaient de somnolence selon l'ESE (≥ 10)

Aucun n'avait une latence moyenne d'endormissement au TILE pathologique (≤ 8 min)

La latence moyenne minimale au TILE était : 9,2 min

La latence moyenne au TILE de la population était de 16,9 min

La qualité du sommeil était médiocre:

Le temps total de sommeil moyen était de 333 ± 87 min

L'efficacité moyenne de 66% ± 12

42% des patients dormaient ≤ 300 min.

54% des patients avaient une efficacité ≤ 70%

39% des patients présentaient ≤ 5% de sommeil profond

**Répartition en deux groupes :** 1) Epworth ≥ 10; 2) Epworth < 10 ▶ ▶ ▶ ▶

Aucune différence statistique entre les deux groupes.

## Conclusions :

**Dans notre population avec uniquement des troubles moteurs :**

1) la vigilance objective est normale. Le rôle du processus dégénératif sur la somnolence semble moindre 2) l'échelle d'Epworth surestime probablement la somnolence du sujet parkinsonien. Le TILE est indispensable pour confirmer la somnolence des parkinsoniens 3) Quand la somnolence est objectivée une cause doit être recherchée (notamment un éventuel syndrome d'apnées du sommeil).

	Epworth ≥ 10: 18 patients	Epworth < 10: 15 patients
Epworth (moyen)	13	6
Homme/Femme	12/6 (66.6% / 33.3%)	6/9 (40% / 60%)
Age	65	68
Durée maladie	8.7	8.8
Hoehn et Yahr	2.4	2.3
UPDRSIII (pic dose)	19	14.6
UPDRSIII (fin dose)	20	17.7
DOPA	480 mg/j	556 mg/j
Agonistes Dopamin.	15 pat (83%)	9 pat (60%)
BDZ	6 paz	7 paz
Antidepr.	4 paz	4 paz
Hamilton	9.8	8.2
Temps tot. sommeil	324 min	346 min
Efficacité sommeil	65%	67%
Latence TIDE	16 min	18 min