

CURE DE SOMMEIL, REFERENCES SCIENTIFIQUES

Une revue de la littérature obtenue sur la cure de sommeil (CS) a été faite concernant les points suivants: indication, examens préalables, locaux, personnel et installations, médicaments, surveillance, incidents et accidents.

Il faut souligner la difficulté qu'il y a à trouver des références sur la CS dans la littérature psychiatrique contemporaine: de nombreux ouvrages de base la considérant comme une thérapeutique actuellement abandonnée, ou ne la mentionnant même plus pour les éditions les plus récentes.

Indications:

La majorité des auteurs s'entendent à dire que les indications de la cure de sommeil sont devenues beaucoup plus limitées qu'auparavant (6,5,4). "l'action de la cure est très controversée, et souvent aléatoire dans les psychoses, et les états d'agitation relèvent d'avantage d'une cure d'impregnation aux neuroleptiques"(2). "la cure de S. ne devrait jamais être utilisée dans ce qu'elle peut avoir de coercitif, notamment dans les états d'agitation psychotique, ces états semblant relever d'avantage d'une psychothérapie aidée de la chimiothérapie que d'une camisole de force chimique qui, pour éluder dans l'immédiat les problèmes, ne peut que les reporter dans des conditions où l'intégrité psychologique du malade est amoindrie"(3).

D'autre part, selon Michaux (4) "beaucoup d'échecs voir d'aggravations ont été constatées. En effet quand le malade sort du sommeil, il retrouve ses problèmes et l'angoisse réapparaît, parfois décuplée, et souvent aggravée par des troubles du sommeil, assez fréquents".

Les indications qui semblent subsister actuellement pour certains relèvent essentiellement des décompensations névrotiques (syndrome dépressif à dominance anxieuse, dépression réactionnelle), de quelques affections psycho-somatiques et de certains états mélancholiques avec anxiété (1,2,3,4,5,6).

Locaux, personnel et installations:

Pour Saba (2) "une CS ne peut être une simple impregnation médicamenteuse chez des patients non préparés, pratiquée dans une chambre courante par une équipe non entraînée. Elle risque d'être fort inutile et même dangereuse. L'engagement de la cure se fait avec l'accord du patient, celui-ci participe à la décision et il est informé des principales exigences de la cure".

Le local devrait être insonorisé, maintenu à une température de plus de 20°, silencieux, baignant dans la pénombre, mais permettant l'aération et la surveillance par un personnel constant et formé dans ce sens. Ce personnel devrait être entraîné à l'écoute psychothérapeutique et au maternage et savoir créer autour du patient un climat de sécurité. (2,1,3,4,5,9).

Examens préalables:

Les différents auteurs consultés s'accordent à dire qu'un bilan complet est indispensable avant toute cure de sommeil. Notamment: examen somatique complet, contrôles biologiques (examens d'urine, formule sanguine, tests hépatiques, urée), électro-encéphalogramme, radiographie du thorax, examen du fond d'oeil. (1,2,3,5,6).

Certains insistent également sur l'importance d'une préparation psychique de quelques jours visant à faire comprendre et accepter la cure par le patient (5,2).

Médicaments:

Les deux catégories de médicaments "de fond" utilisées pour la CS sont les neuroleptiques et les barbituriques, les premiers potentialisant les seconds. Il s'agit généralement de la chlorpromazine à des doses variant entre 100 et 150 mg/jour pour certains (5,1,4) et atteignant 200 à 300 mg/jour pour d'autres (2). Selon Michaux (4) "certains auteurs remplacent la chlorpromazine par la levopromazine, mais plus puissante, cette phénothiazine est aussi plus hypotensive et elle potentialise de façon massive les barbituriques".

Les barbituriques utilisés sont en général une association d'un barbiturique léger comme l'amobarbital (0,3 mg/j selon (5), 0,6 jusqu'à 0,8 mg/j selon (1)) et d'un barbiturique à action prolongée tel le gardenal (0,3 mg/j selon (5), 0,5 à 1gr/j selon (1)).

Enfin l'on associe parfois le chloral (4) ou une benzodiazépine, ce qui permet de diminuer la dose de barbituriques et donc les risques du sevrage en post-cure. (2,4).

Pour Saba (2) "le sommeil doit être entretenu par les produits les plus proches de la physiologie du sommeil et employés à des doses modérées, de préférence per os. Il faut éviter les injections et l'utilisation de posologies élevées". D'autre part, selon Loo (3), "l'expérience pousse à attendre même quelques jours l'imprégnation et le sommeil au lieu d'accentuer la thérapeutique. Il advient souvent que les malades les plus résistants au départ arrivent ensuite à dormir avec des doses très réduites".

Il est à relever qu'aucun des auteurs consultés ne préconise l'association de plusieurs neuroleptiques dans une CS.

Surveillance:

Une surveillance attentive de nombreux paramètres est indispensable (pouls, tension artérielle, température, respiration, apports hydriques, fonctions intestinales et vésicales), ceci à des intervalles réguliers, toutes les 2h. selon le Vademecum de l'hôpital de Cery, toutes les 4h. selon d'autres (2,3). Selon Michaux (4) "les accidents de surdosage ne sont pas rares et les réflexes classiques de réanimation doivent avoir été acquis par le personnel infirmier".

La survenue d'un état fébrile est considérée comme une contre-indication absolue à la poursuite du traitement de CS (7).

Incidents et accidents:

Différentes complications possibles de la CS sont décrites: problèmes respiratoires, ictères, pathologies infectieuses (urinaires, respiratoires, cutanées, intestinales, etc), thromboses veineuses secondaires à l'immobilisation prolongée, hypotension artérielle brutale pouvant entraîner le collapsus cardio-vasculaire et la mort (5,1,2,3,4,7,9).

Selon Michaud (4) il fait peu de doute que la CS où l'on fait vraiment dormir le malade est beaucoup plus dangereuse que la pratique des chimiothérapies ou celle des électrochocs". Pour le Vademecum de l'hôpital de Cery, les complications possibles de la CS font "qu'il faut scrupuleusement tenir compte des contre-indications et ne pas instaurer le traitement si on ne dispose pas de l'équipement matériel nécessaire".

Une étude anglaise (9) fait état de 4 décès dans une série de 484 patients soumis à une CS associée à des électrochocs et un traitement antidépresseur, soit une mortalité de 0,8%, ce qui représente un taux 100 fois plus élevé que pour les électrochocs seuls (8).

Enfin les neuroleptiques, en particuliers les phénothiazines, ont été incriminés par différents auteurs (13,14) comme pouvant entraîner des morts subites, vraisemblablement par des troubles du rythme cardiaque, possiblement aussi par laryngospasme. Or les neuroleptiques sont à la base de toute combinaison médicamenteuse utilisée dans la cure de sommeil (1,2,3,5,9).

Références:

1. Henri Ey et al. Manuel de psychiatrie, Masson 1978. pp 1160-1163.
2. S.Saba, La cure de sommeil. La revue du praticien. Tome XXVII, No 2, pp 15-16. 25 avril 1977.
3. P. Loo et al. La cure de sommeil. Annales medico-psychologiques, t.2 129e année, 1971, 367-390.
4. Michaux L: Psychiatrie, ds. "Collection medico-chirurgicale à révision annuelle". 1965. Flammarion. pp 996-997.
5. Vademecum thérapeutique. Clinique psychiatrique universitaire de Lausanne, Hôpital de Cery. Juin 1974.
6. Giroud J.P. et al. Pharmacologie clinique, 1978, tome 2: pp 1614-1615.
7. Bleuler M. Lehrbuch der Psychiatrie. Springer-Verlag 11e édition, 1969. pp 159-160.
8. Freedman et al: Modern Synopsis of comprehensive textbook of psychiatry/II. 2e édition, Williams and Wilkins Co, 1979. p. 1000.
9. Walter C.J.S. et al: Modified Narcosis, ECT and antidepressant drugs: a review of technique and immediate outcome. Brit.J.Psychiatry (1972), 120, p. 651-662.
10. Freedman et al: American handbook of psychiatry. Basic books inc. 1975. p 579.
11. Angst J. et al. Die somatische Therapie der Schizophrenie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1969. p. 41 et p. 69.
12. Martindale, the extra Pharmacopoeia. The pharmaceutical Press. London, 1979.
13. Shader R.I. et al: Psychotropic drug side effects. Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1979.
14. Wendkos M.H.: Sudden death and psychiatric illness. Spectrum publications inc. New-York, London 1979.