

Le bâillement

Un symptôme oublié ?

■ Bâiller est un phénomène physiologique : cela nous arrive 3 à 8 fois par jour. Mais le bâillement, s'il est répété, en salves, gênant, est aussi un symptôme souvent éludé à tort. La cause la plus fréquente est iatrogène. Il peut être associé à des troubles du sommeil, faire évoquer une pathologie hypothalamo-hypophysaire, il peut accompagner les troubles de la vigilance des pathologies vasculaires cérébrales, les crises d'épilepsie, être l'un des signes de la dépression...

Olivier Walusinski*

Le bâillement est un comportement phylogénétiquement ancien, puisque déjà présent chez les reptiles, retrouvé chez les poissons, les oiseaux et les mammifères. Il apparaît chez l'homme dès la douzième semaine de la vie intra-utérine. Ces deux caractéristiques indiquent son importance au regard des lois de l'évolution et de l'ontogenèse. Un peu comme pour le sommeil, sa finalité physiologique reste mystérieuse et fait l'objet de débats : stimulation de la vigilance, refroidissement cortical, langage non verbal, extériorisation de l'activité parasymphatique, etc.

DE LA PHYSIOLOGIE À LA PATHOLOGIE

Alors que bâiller nous arrive, à tous, de 3 à 8 fois par jour, soit environ 200 000 fois au cours d'une vie, la médecine du XX^e siècle semble l'avoir oublié aussi bien comme symptôme que pour sa pathologie propre. Les traités de médecine des XVII^e, XVIII^e et du

XIX^e siècles y faisaient pourtant régulièrement référence, essentiellement comme symptôme pronostique d'une évolution péjorative, des fièvres, des hémorragies ou des "léthargies".

Le bâillement a une particularité unique. Comme tout comportement physiologique, il a sa pathologie propre, que nous allons parcourir. Mais, tout en étant physiologique, il peut soulager d'autres pathologies (comme les dysfonctions tubotypaniques d'altitude ou inflammatoires de l'oreille moyenne) ou en déclencher d'autres. En effet, le bâillement est la première cause de la luxation de la mâchoire, il peut être le facteur déclenchant d'une dystonie oromandibulaire, d'une névralgie glossopharyngée. Il a été rapporté comme cause de dissection carotidienne, d'une fracture de l'apophyse styloïdienne ou d'une calcification du ligament stylohyoïdien (syndrome d'Eagle).

Régulièrement, des patients se présentent à nos consultations en parlant de leurs bâillements qui, souvent, les importunent. L'igno-

rance de l'intérêt diagnostique de ce trouble fait éluder, à tort, ce symptôme. Dans d'autres circonstances, un questionnement orienté libère l'expression d'une gêne enfouie et cachée par une sorte de tabou culturel. Comme dans bien d'autres situations, la clinique domine et les examens complémentaires resteront accessoires.

Un vrai bâillement spontané, non inhibé par les convenances sociales, apporte une brève sensation de plaisir. La perte d'un déroulement harmonieux du bâillement est un motif fréquent d'interrogation. Ce symptôme révèle un état de tension psychique (stress) teinté d'hypochondrie. Les techniques de relaxation, véritables reprogrammations du schéma corporel, apporteront le plus souvent un retour à un bâillement agréablement ressenti.

La disparition du bâillement ne paraît pas avoir de conséquences dommageables. On peut le constater dans des syndromes extra-pyramidaux (maladie de Parkinson, prise

* Brou - walusinski@baillement.com - <http://baillement.com>

de neuroleptiques) ou lors de la prise régulière d'opiacés ou d'excès de consommation de caféine. Dans ces deux dernières circonstances, à leur cessation, des salves de bâillements répétés témoignent, entre autres, d'un syndrome de sevrage.

BÂILLEMENTS ISOLÉS OU ASSOCIÉS À D'AUTRES SYMPTÔMES ?

Deux types de consultations peuvent nettement être distingués : les bâillements répétés associés à d'autres signes cliniques ou des bâillements répétés isolés.

Les bâillements répétés (10 à 30 successifs par exemple) s'intègrent au sein d'un riche tableau sémiologique dans au moins deux circonstances fréquentes :

- lors de l'installation du malaise vagal, la pâleur, les sueurs froides, le flou visuel les accompagnent et précèdent la perte de connaissance ;
- lors d'un geste médical invasif ou lors de l'induction anesthésique, ce cortège symptomatique doit alerter le praticien de l'imminente perte de connaissance et du risque éventuel de chute associée.

De nombreux migraineux connaissent un déroulement stéréotypé de leur crise. Pour certains, des salves de bâillements sont une véritable aura ; parfois, pour d'autres, elles seront le signe de la cessation proche de la phase douloureuse.

ANALYSE DE LA SÉMIOLOGIE

Bien différente est la consultation pour bâillements répétés. L'enjeu est de porter un diagnos-

Les mécanismes du bâillement

Les travaux qui ont été consacrés au bâillement, en regard de son intérêt en pharmacologie expérimentale, ont dévoilé l'intrication de deux voies principales dopaminergique et ocytocynergique au niveau septo-hippocampique et du noyau paraventriculaire de l'hypothalamus, agissant par une stimulation commune, exécutive, cholinergique au niveau du tronc cérébral (noyaux des nerfs V, VII, IX, X, XI et XII) et de la moelle cervicale C1-C4, afin de réaliser ce pattern comportemental chronologiquement stéréotypé.

tic précis et de distinguer l'excès de bâillements, symptôme d'une pathologie neurologique lésionnelle, et l'excès de bâillements maladie propre.

- Il faudra préciser la sémiologie en quantifiant la plainte (nombre de bâillement par jour ; rechercher l'existence de salves définies par plus de 5 bâillements successifs en série), analyser les circonstances de survenue (horaires, notamment post-prandial, signes associés tels les étirements ou pandiculations, sensations dyspétiques).
- Il ne faut pas négliger le retentissement socio-affectif : est-ce l'intéressé qui peine de ses salves de bâillements ou l'entourage ? Ou, au contraire, y a-t-il une satisfaction recherchée, une sensation libératoire après les bâillements ? Les bâillements interfèrent-ils avec l'activité quotidienne ?
- L'interrogatoire devra préciser toutes les prises médicamenteuses prescrites ou auto-médiquées, en particulier celles d'antidépresseurs, d'antiépileptiques, d'anti-cholinestérasiques ou de dopaminergiques.

- Le sommeil et l'éveil devront être estimés de façon précise,

notamment avec l'aide d'un agenda du sommeil et le questionnement du conjoint. Seront ainsi détaillées la qualité réparatrice du sommeil, l'existence d'une somnolence diurne excessive (échelle d'Epworth), d'un ronflement et de pauses respiratoires associés, évocateurs d'un syndrome d'apnées du sommeil.

- L'interrogatoire permettra, également, de cerner le profil psychologique du consultant (anxiété, dépression, troubles obsessionnels).
- L'examen clinique s'efforcera de déceler des mouvements anormaux, des signes évoquant une dysfonction hypothalamo-hypophysaire avec estimation du champ visuel, et examen de la motricité oculaire extrinsèque (aménorrhée-galactorrhée de l'adénome à prolactine ; modification cheiro-faciale de l'acromégalie), symptômes évocateurs d'une hypertension intracrânienne, des séquelles d'un accident vasculaire cérébral, d'un syndrome frontal, de mouvements anormaux (tics moteurs).

LES DIAGNOSTICS

UNE ORIGINE IATROGÈNE

La principale cause de bâille-

ments trop fréquents est, à notre époque, l'origine iatrogène. De nombreux médicaments utilisés en neurologie et en psychiatrie peuvent en être responsables.

LES ANTIDÉPRESSEURS

Les antidépresseurs, en particulier les sérotoninergiques (SSRI), sont le plus souvent retrouvés. C'est un effet de classe pharmacologique, et toutes les molécules ont été impliquées (fluoxétine, paroxétine, escitalopram, duloxétine, venlafaxine, etc.). Ce symptôme est très souvent mal interprété, tant par les patients que par leurs thérapeutes.

Rapportés à l'asthénie, à la persistance d'un état dépressif, à un manque d'efficacité du traitement, ces bâillements répétés fréquents peuvent conduire, à tort, à une augmentation des posologies préconisées, ce qui accentue le trouble, alors que l'arrêt des prises permet la disparition des symptômes en quelques jours. Il n'existe jamais de somnolence associée. Cet effet a été parfois associé à une érection clitoridienne et des orgasmes involontaires. Les SSRI sont pourtant considérés comme mieux tolérés que les tricycliques ou les IMAO.

Il n'est pas aisé d'interpréter le mécanisme, inconstant, présidant à cet effet secondaire. En effet, à côté de leur activité agoniste sérotoninergique (récepteurs 5HT₄ ?), ces molécules ont aussi des effets adrénérgiques, cholinérgiques, muscariniques et histaminérgiques. Il n'existe aucune notion statistique évaluant la fréquence de cet effet iatrogène, ni d'expertise ayant montré qu'une association à un autre psychotrope le dévoile. Très curieusement, alors



Figure 1 - Nous bâillons tous 5 à 8 fois/jour. Mais le bâillement est aussi un symptôme.

que les antidépresseurs imipraminiques ont des effets secondaires atropiniques, donc inhibiteurs des bâillements, et sont réputés engendrer une impuissance, des observations ont été rapportées de salves de bâillements trop fréquents accompagnant des orgasmes involontaires sous clomipramine.

LES AGONISTES DE LA DOPAMINE

Le chlorhydrate d'apomorphine est utilisé en injection lors d'épisodes de blocage moteur chez le parkinsonien, afin de restituer une motricité. Le bâillement est alors nettement décrit par les patients, non comme une gêne, mais comme l'annonce du déblocage attendu, et témoigne du début de l'effet thérapeutique.

Le chlorhydrate d'apomorphine à plus faibles doses par voie orale est utilisé dans l'impuissance masculine. Les notices, jointes au produit, indiquent le bâillement en effet secondaire, rarement rapporté au cours des

études cliniques initiales. Aucune donnée de suivi depuis la commercialisation n'est accessible.

Les données pour les autres dopaminérgiques (bromocriptine, lisuride, pergolide, ropirinoles, pramipexole, sélégiline, piribédil) manquent, sans doute faute d'une pharmacovigilance éclairée, car les modèles animaux plaident pour le même risque iatrogène.

SYNDROME D'APNÉES DU SOMMEIL

Il touche près de 10 % de la population. Les endormissements répétés inappropriés ne résument pas la symptomatologie. À côté des difficultés cognitives et attentionnelles, la somnolence diurne est très fréquente et des bâillements répétés y sont associés, voire parfois sont la plainte principale en raison de la gêne sociale engendrée. C'est la deuxième cause de bâillements excessifs en consultation.

UNE PATHOLOGIE**HYPOTHALAMO-HYPOPHYSAIRE**

J.M. Charcot présente en 1888, une patiente de 23 ans décrite par Gilles de la Tourette (1890) comme hystérique. Elle est aménorrhéique, épileptique, atteinte d'une amputation bi-temporale du champ visuel et bâille 480 fois par heure. Il est probable qu'elle développait en réalité un adénome de l'hypophyse à prolactine.

En fait, tous bâillements trop fréquents doivent faire évoquer une pathologie hypothalamo-hypophysaire, dont les mécanismes peuvent être un excès de sécrétion d'ocytocine, d'autres neuromédiateurs ou un relâchement inadapté par compression (GH).

**PATHOLOGIE VASCULAIRE
CÉRÉBRALE, COMA,
LOCKED-IN SYNDROME...**

- Le bâillement au cours de la **pathologie vasculaire cérébrale** peut être étudié sous plusieurs angles.

Lors de l'installation de l'accident, qu'il soit ischémique ou hémorragique, les troubles de la vigilance s'accompagnent de salves de bâillements, que la victime soit consciente ou inconsciente. Ceci peut être dû à l'hypertension intracrânienne secondaire à l'accident.

En cas de **coma profond** (Glasgow = 3), l'apparition de bâillements répétés est un signe d'engagement, de fâcheux pronostic. En dehors de cette évolution gravissime, les bâillements contemporains de l'accident vasculaire témoignent d'une souffrance des circuits cortico-sous-corticaux et d'un mécanisme de stimulation secondaire de la vigilance contrôlée par la substance réticulée du

tronc cérébral, mécanisme probablement commun aux bâillements survenant au décours d'une crise d'épilepsie partielle temporale. Dans deux tableaux d'accident vasculaire, la persistance de bâillements et d'expressions émotionnelles de la face signe la dissociation automatico-volontaire.

- En cas de **locked-in syndrome** par occlusion du tronc basilaire, il existe une quadriplégie associée à une paralysie faciale bilatérale, mais les bâillements physiologiques subsistent.

- De même, lors d'un syndrome bi-operculaire, ou **syndrome de Marie-Foix-Chavany**, les muscles de la face, de la langue et du pharyngo-larynx sont paralysés pour tout acte volontaire ou l'articulation du langage, avec une perte du sourire ou des grimaces volontaires, alors que l'expression des émotions, l'occlusion automatique des yeux, le rire, la toux, la déglutition ou le bâillement restent possibles.

- **L'hypertension intra-crânienne** peut se révéler par des céphalées, des troubles de la vigilance associés à des salves de bâillements, à des convulsions, qu'elle soit liée à un accident vasculaire cérébral, à une tumeur, à un traumatisme crânien. Certains scores de coma utilisés aux USA prennent en compte la présence de bâillements dans ces situations.

- **Les états végétatifs** d'origine post-ischémique ou autres s'illustrent également par une dissociation automatico-volontaire avec persistance de bâillements fréquents.

L'EPILEPSIE

Peu d'intérêt est porté aux troubles comportementaux précédant ou succédant à une crise épileptique, de quelques minutes à plusieurs heures.

- Pourtant, ces anomalies peuvent apporter des éléments d'orientation afin de localiser l'origine anatomique des **crises focales**. Avant, comme après une crise d'épilepsie temporale, et parfois frontale, on peut observer différents automatismes, tels des frottements digitaux-nasaux, des bâillements ou des soupirs.

J.H. Jackson écrivait, vers 1876 : « Ces symptômes ne surviennent pas pendant, mais après le paroxysme de la crise ; ce sont des mouvements trop bien coordonnés pour résulter de la décharge épileptique ; il existe, je pense, une double condition : 1) négativement une perte de contrôle ; 2) positivement, augmentation de l'activité du centre inférieur fonctionnel. En tous cas, l'association ou la séquence gestuelle, est très significative. »

En accord avec les données éthologiques, on retrouve une origine phylogénétique à ces **comportements stéréotypés**. On les remarque au cours de la vie foetale, et ils perdurent en période post-natale et tout au long de la vie. Se gratter le visage, se frotter le nez, bâiller, soupirer, ont été décrits comme comportements automatiques avant ou après des absences, des crises épileptiques du réveil. On peut également les observer chez des sujets sains au sortir du sommeil. Leur vélocité harmonieuse ou pas, leur répétition brève ou prolongée les distinguent en :

physiologiques, à l'éveil, ou pathologiques, par exemple dans l'épilepsie temporale. Ces automatismes comportementaux sont rapportés à l'activation du tronc cérébral ou de la moelle épinière, siège de leurs centres moteurs et intégrateurs. Le cortex, où siège la crise épileptique, n'intervient pas.

On verrait donc réapparaître des automatismes comportementaux ancestraux essentiels pour la survie (tels la marche, la nage, la copulation et d'autres activités rythmiques auxquelles appartient le bâillement) par une déconnexion corticale ictale libératrice.

- A côté de l'association épilepsie temporale et bâillements, W. Penfield (1954) a décrit un type rare d'épilepsie, **l'épilepsie diencéphalique**, dont l'existence a été mise en doute par certains épiléptologues. Elle associe une stimulation brutale des activités sympathiques et parasympathiques : sensation de déconnexion avec l'environnement sans perte de connaissance, des orages vasomoteurs avec rougeur, sueurs profuses, montées et descentes rapides de la température corporelle, du pouls, de la pression artérielle, larmolement, salivation, inégalités pupillaires, irrégularités du rythme ventilatoire. Des salves de bâillements et de hoquets irrépressibles accompagnent ce tableau spectaculaire et très pénible.

- A la frontière entre épilepsie de type absence et origine psychogénique, **l'hyperventilation prolongée**, volontaire ou inconsciemment induite, peut altérer le niveau de conscience, mimant une crise épileptique, avec apparition de mouvements automatiques à type de sourires,

mouvements de déglutition et bâillements. Les émotions positives ou négatives s'accompagnent physiologiquement de modifications de l'activité cardio-respiratoire médiées par le système nerveux autonome. Ainsi, l'augmentation de la fréquence ventilatoire est un des signes de la panique. Le syndrome d'hyperventilation est en lui-même un tableau névrotique, créant une alcalose respiratoire accompagnée, dans plus de 30 % des cas, de bâillements espacés et répétés qu'on peut analyser comme une contre-stimulation parasympathique homéostatique. L'utilisation de techniques de relaxation et de yoga, propres à déclencher des bâillements relaxants permettent de traiter ces troubles.

LA DÉPRESSION

En 2006, dans une étude publiée uniquement sur Internet, de SR. Gallezzo (*Holyoke Community College*, Massachusetts, USA), a montré, sur un petit échantillon de 31 consultants, l'existence d'un lien entre la fréquence des bâillements rapportés par des dépressifs et l'importance de la dépression. L'analyse statistique des résultats retrouve un lien significatif : plus le patient bâille, plus son état dépressif est sévère. C'est la première fois que ce type d'étude était réalisé.

BÂILLEMENTS ET SCHIZOPHRÉNIE

Il est bien rare actuellement de connaître un schizophrène ne prenant pas de neuroleptique qui, par leur mode d'action, inhibent les bâillements. Par le passé, la réapparition de bâillements chez un schizophrène a été interprétée comme une reprise de contact avec l'environnement et la socialisation.

BÂILLEMENTS ET AUTRES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES

- Des salves de bâillements, comme dans au moins 3 des 5 cas rapportés par **Gilles de la Tourette**, en 1890, peuvent avoir une cause psychogénique, forme de langage non verbal. Ils sont décrits comme une urgence irrépressible succédant à une sensation de boule épigastrique avec serrement ascendant rétrosternal, soulagée par l'exécution des temps ventilatoires du bâillement, apportant un bref plaisir proche de celui décrit par les tiqueurs.

- Sandy (1987) a rapporté une série de 5 patients débutant une maladie de Steel-Richardson-Olszewski, ou **paralysie nucléaire progressive**, par des troubles de l'équilibre, des troubles oculomoteurs et des salves de bâillements répétés, réduites par la prise d'agonistes dopaminergiques.

- Louwerse (1998) rapporte, sur une série de 200 malades atteints d'une maladie de Charcot, ou **sclérose latérale amyotrophique** à forme bulbaire, l'existence d'excès de bâillements en salves chez 10 % d'entre eux. Wicks (2007) retrouve ce trouble chez 47 % d'une série de 539 cas. Présents à l'installation de la maladie, simultanément à l'apparition de troubles de la déglutition, ces bâillements disparaissent à mesure de l'aggravation de la paralysie.

- Une poussée bulbaire de **sclérose en plaques** peut occasionner le même tableau.

CONCLUSION

Au terme de ce vaste panorama, on peut schématiser la consultation de patient se plaignant de

bâillements excessifs.

La première étape consiste à chercher un effet iatrogène, cause la plus fréquente. Puis la recherche d'une somnolence anormale, d'une dette de sommeil devrait permettre d'évoquer un syndrome d'apnées du sommeil. Les causes fonctionnelles exprimant une souffrance anxieuse, éventuellement associée à un syndrome d'hyperventilation fe-

ront conseiller un traitement par relaxation et yoga. On en rapprochera les troubles dyspeptiques. L'examen clinique cherchera une anomalie endocrine hypophysaire, un syndrome d'hypertension intra-crânienne, une épilepsie partielle temporale, un accident vasculaire cérébral. Enfin des bâillements répétés peuvent appartenir à une maladie des tics. ■

Mots-clés :

Bâillement, Physiologie, Sommeil, Iatrogénie, Antidépresseurs, Agonistes dopaminergiques, Pathologie hypothalamo-hypophysaire, Syndrome d'apnées du sommeil, Pathologie vasculaire cérébrale, Hypertension intracrânienne, Coma, Locked-in syndrome, Epilepsie, Schizophrénie

► POUR EN SAVOIR PLUS

Une bibliographie complète peut être consultée dans :

- Walusinski O. The mystery of yawning in physiology and disease. Basel : Karger, 2010 ; 160 p.

- Billard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. Paris : Masson, 2005 ; 396 p.

- Site <http://baillement.com>

PETITES ANNONCES

Centre Hospitalier de LAVAL (Mayenne)

Etablissement de référence du territoire de santé de la Mayenne
Situé à 1h35 de Paris (T.G.V.), 45 mn de Rennes,

RECHERCHE

Praticien temps plein Neurologue

Capacité du service : 12 lits
Activité de neurologie générale de l'adulte
Consultations externes de neurologie clinique
Consultations d'épileptologie - EEG
Evaluations neuropsychologiques.

Candidature à adresser à :

Madame Le Directeur du Centre Hospitalier
33 rue du Haut Rocher
53015 LAVAL CEDEX

Renseignements :

Dr PAQUET - Neurologue
Tél. secrétariat : 02 43 66 50 85
Mme LEBLANC - AAH chargée
des ressources médicales
Tél. : 02 43 66 51 01

Vous recherchez un médecin ou un remplaçant pour compléter votre équipe médicale ?

Contactez nos services pour une diffusion maximale de votre petite annonce

Votre contact : Claire Lesaint

Tél. : 01 49 29 29 20

Fax : 01 49 29 29 19

Mail : clesaint@expressions-sante.fr

ou connectez-vous sur la rubrique "petites annonces" de nos sites :

neurologies.fr

OFFRES-SANTÉ 