

« Bonnes pratiques en cas d'urgence »

:: Narcolepsie de type 1

Synonymes

Maladie de Gélineau
Narcolepsie cataplexie

Définition

La narcolepsie de type 1 anciennement appelée narcolepsie avec cataplexie est une maladie neurologique rare chronique caractérisée par une somnolence diurne excessive et des endormissements incontrôlables dans la journée (appelés attaques de sommeil), associés à la perte brusque du tonus musculaire en lien avec des émotions souvent positives comme le rire (cataplexie).

D'autres signes sont parfois notés : hallucinations hypnagogiques (à différencier d'un processus psychotique), paralysie du sommeil, sommeil nocturne perturbé et prise de poids.

L'âge d'apparition des symptômes varie entre 10 et 30 ans (une apparition plus tardive est plus rare) et les symptômes persistent tout au long de la vie.

Le délai moyen entre l'âge de l'apparition des symptômes et le diagnostic est de 10 ans.

La maladie est due à la perte des neurones à orexine/hypocrétine de l'hypothalamus latéral, ce qui entraîne une diminution des taux d'hypocrétine-1 dans le liquide céphalo-rachidien.

La maladie est multifactorielle : origine auto-immune et terrain génétique (HLA-DQB1*0602).

Le diagnostic repose sur la présence des symptômes, la polysomnographie, les tests de latence d'endormissement, et/ou de faibles taux d'hypocrétine-1 dans le liquide céphalorachidien. Les tests itératifs de latence d'endormissement le jour montrent une latence moyenne d'endormissement < 8 min avec au moins 2 endormissements en sommeil paradoxal (SOREMP).

La présence de faibles taux d'hypocrétine-1 (< 110 pg/mL) dans le liquide céphalorachidien est le critère de diagnostic le plus sensible et le plus spécifique.

Le diagnostic est tout d'abord clinique du fait de la présence de somnolence diurne excessive et de cataplexie. Il doit être confirmé par les tests itératifs de latence d'endormissements et ou la ponction lombaire.

En l'absence de cataplexie typique, d'autres causes de somnolence doivent être envisagées, à savoir, un manque chronique de sommeil, une hypersomnie idiopathique ou une narcolepsie sans cataplexie, désormais appelée narcolepsie de type 2.

De rares cas familiaux ont été signalés (< 2 %) ; toutefois, le mode de transmission reste incertain.

La narcolepsie a une répercussion sur les performances scolaires et professionnelles. L'évolution de la maladie est le plus souvent stable avec une amélioration fréquente de la somnolence et des cataplexies avec l'âge ; cependant, une altération de la qualité et quantité du sommeil avec l'âge est habituelle.

Le [traitement](#) est symptomatique et chronique, la perte des neurones à orexine étant irréversible.

Il repose sur les psychostimulants (modafinil, pitolisant, solriamfétol, méthylphénidate, amphétamine), les anticataplectiques (antidépresseurs comme la venlafaxine) ou l'oxybate de sodium.

Le traitement de première intention de la somnolence diurne est souvent le modafinil, mais aussi le pitolisant, le solriamfétol ou l'oxybate de sodium.

Les traitements de seconde intention sont le méthylphénidate, et en dernière intention les amphétamines.

L'oxybate de sodium est efficace en cas de somnolence, de cataplexie et de perturbation du sommeil nocturne.

Une hygiène de vie avec programmation de courtes siestes et une routine de sommeil régulière sont nécessaires.

Pour en savoir plus

► Orphanet

- [Fiche Maladie](#)
- [Fiche tout public](#)
- [Fiche Handicap](#)

► [PNDS 2021](#)

► Centre de référence

[Centre national de référence des narcolepsies et hypersomnies rares](#)

Sommaire

<u>Fiche de régulation pour le SAMU</u>	<u>Fiche pour les urgences hospitalières</u>
Synonymes	<u>Problématiques en urgence</u>
Mécanismes	<u>Recommandations en urgence</u>
Risques particuliers en urgence	<u>Orientation</u>
Traitements fréquemment prescrits au long cours	<u>Précautions médicamenteuses</u>
Pièges	<u>Précautions anesthésiques</u>
Particularités de la prise en charge médicale préhospitalière	<u>Mesures préventives</u>
En savoir plus	<u>Mesures complémentaires en hospitalisation</u>
	<u>Don d'organes</u>
	<u>Numéros en cas d'urgence</u>
	<u>Ressources documentaires</u>
	<u>Annexe</u>

Fiche de régulation pour le SAMU

Synonymes

Maladie de Gélineau
Narcolepsie cataplexie

Mécanismes

Maladie neurologique caractérisée par des accès de sommeil irrésistibles et brefs, associés à des cataplexies (pertes de tonus musculaire généralisée - chute possible - ou partielle - chute de la mâchoire, de la nuque, des bras) durant quelques secondes à quelques minutes déclenchées par des émotions souvent positives (surprise, rire)

La gravité de la cataplexie est exceptionnelle, selon l'environnement et les conséquences de la perte soudaine du tonus musculaire.

Risques particuliers en urgence

Traumatismes (chutes en lien avec la cataplexie)

Fausse route (cataplexie en mangeant)

Noyade (cataplexie dans l'eau)

Surdosage ou effets indésirables des traitements stimulants de l'éveil ou de l'oxybate de sodium ou gamma-hydroxybutyrate [GHB]

Traitements fréquemment prescrits au long cours

Stimulants de l'éveil : modafinil, Pitolisant, solriamfétol méthylphénidate, amphétamines et dérivés (dexamphétamine), oxybate de sodium ou [GHB]

Antidépresseurs (venlafaxine, fluoxétine) pour les cataplexies

Pièges

Lors d'une cataplexie, **le patient ne dort pas**, il est éveillé, mais transitoirement paralysé

Confusion diagnostique possible avec une perte de connaissance, une crise épileptique atonique, un AIT...

Particularités de la prise en charge médicale préhospitalière

Pas de particularité : prise en charge symptomatique, laisser le patient revenir à lui

L'épisode de cataplexie ne dure que quelques minutes

Si le patient semble dormir, le laisser dormir 15 minutes puis le réveiller

En savoir plus

Fiches Orphanet Urgences : www.orphanet-urgences.fr

Nombreux centres régionaux de référence de la narcolepsie et de l'hypersomnie (Montpellier, Bordeaux, Lyon, Hôtel-Dieu, Robert Debré et Pitié-Salpêtrière - Paris) et 15 centres de compétence

<https://brain-team.fr/les-membres/les-centres-de-referance/crmr-narcolepsies-et-hypersomnies-rares/>

Fiche pour les urgences hospitalières

Problématiques en urgence

Les principales situations d'urgence observées sont :

► Situation d'urgence 1 : Cataplexie généralisée

- L'épisode dure de quelques secondes à quelques minutes, mais peut se prolonger ou survenir de façon subintrante lors d'un état de mal cataplectique (formes graves souvent liées au sevrage brutal des anticataplectiques) ;
- La cataplexie n'est grave que par le risque de blessure secondaire à la perte de tonus soudaine : chute traumatique - fausse route (si cataplexie en mangeant), noyade (si cataplexie en nageant) et en raison de la vulnérabilité du patient ;
- La perte brutale de tonus musculaire peut être partielle et ne toucher que les muscles du visage.

► Situation d'urgence 2 : Effets indésirables des traitements au long cours : trouble aigu du comportement, coma, syncope ou douleur thoracique aiguë chez un patient traité pour narcolepsie

- Certains patients dont la somnolence n'est pas suffisamment améliorée par le modafinil, pitolisant, solriamfétole peuvent être traités par méthylphénidate ou sur avis du centre de référence, par des amphétamines et dérivés (dexamphétamine) [accès compassionnel/AAC] ;
L'oxybate de sodium ou gamma-hydroxybutyrate [GHB] peut aussi être prescrit au coucher et en milieu de nuit (à la dose maximum de 9 g/nuit).
- Une lipothymie, une syncope, une douleur thoracique à l'effort, une tachycardie chez un patient traité par certains de ces produits nécessite l'appel en urgence du centre 15 pour être évalué par le médecin régulateur.
- L'association à l'alcool ou le surdosage peuvent être à l'origine de confusions majeures, de troubles du comportement avec amnésie et, à plus fortes doses, de coma.
- L'abus ou le sevrage brutal de ces produits a été associé, dans certains cas, à des parasomnies, un état de mal cataplectique (cataplexies prolongées et répétées), psychoses hallucinatoires aiguës.
- Certains patients peuvent présenter des épisodes confusionnels avec agitation ou un trouble de conscience sous oxybate de sodium.

Recommandations en urgence

► Recommandations générales

Un épisode de cataplexie généralisée peut être confondu en urgence avec :

- une perte de connaissance ;
- une crise épileptique atonique ;
- un accident ischémique transitoire (AIT) ;

Attention, le patient ne dort pas, il est éveillé, mais transitoirement paralysé ;

S'assurer que la tétraplégie n'est pas due à un traumatisme cervical lié à une chute ;

Rechercher la présence de [médicaments](#) : interroger le proche aidant (surdosage ou sevrage récent) ;

Consulter la carte de soins et d'urgence « narcolepsie ».

► Situation d'urgence 1 : Cataplexie généralisée

1. Mesures diagnostiques en urgence

■ Éléments cliniques du diagnostic

- Chute au sol assez progressive suivie d'une immobilité ;
- Tétraplégie flasque avec abolition transitoire des réflexes ostéotendineux (ROT) ;
- Préservation de la respiration et de la circulation ;
- Pas de morsure de la langue, ni perte d'urine, ni confusion post-critique ;
- Le patient est conscient, respire normalement, mais ne peut pas bouger, ouvrir les yeux, ni répondre aux questions : il est paralysé (sauf le diaphragme), toutefois, il réagira à la stimulation extérieure et aura une réponse motrice à la douleur notamment. Le patient réagira via une boucle réflexe, mais ne pourra pas bouger spontanément, il n'y aura plus de commande centrale pendant la durée de la cataplexie ;
- À la fin de la crise, les ROT réapparaissent ; le patient est capable de répondre (parfois en bafouillant, par cataplexie partielle du menton) et de montrer qu'il était conscient pendant l'épisode ;
- L'épisode dure de quelques secondes à quelques minutes, mais peut se prolonger ou survenir de façon subintrante lors d'un état de mal cataplectique (formes graves ou sevrage brutal des anticataplectiques).

■ Évaluer la gravité

- État de mal cataplectique ;
- Rechercher un sevrage brutal des [anticataplectiques](#) (antidépresseurs ou l'oxybate de sodium).

■ Explorations en urgence

- Attention, le patient ne dort pas, il est éveillé, mais transitoirement paralysé ;

- Vérifier l'existence d'une ventilation spontanée ;
- Le patient est conscient, respire normalement mais, il ne peut bouger, ni ouvrir les yeux, et ne peut répondre aux questions : il est paralysé. Toutefois, il réagit à la stimulation extérieure et a une réponse motrice à la douleur ; il réagit via une boucle réflexe, mais ne peut pas bouger spontanément ;
- Percuter les ROT qui sont abolis (ils réapparaissent quand la crise se termine) ;
- Soulever les membres qui sont en paralysie flasque, puis surveiller le patient jusqu'à ce qu'il puisse parler ;
- S'assurer que la tétraplégie n'est pas due à une lésion traumatique cervicale liée à une chute.

2. Mesures thérapeutiques immédiates

▪ Monitoring

- Surveillance des constantes PA, FC, FR, SpO₂ ;
- Récupération, habituellement en quelques minutes.

▪ Mesures symptomatiques

- Espace calme, isolé ;
- Rassurer le patient ;
- Dégager les voies respiratoires, position semi-assise, si possible ;
- Le patient va revenir à lui en quelques minutes, au maximum, sauf en cas d'état de mal cataplectique, en cas de sevrage brutal d'un traitement ;

▪ Traitements spécifiques

- Aucun, sauf reprendre le traitement qui vient d'être stoppé brutalement.

► **Situation d'urgence 2 : Effets indésirables des traitements au long cours : trouble aigu du comportement, coma, syncope ou douleur thoracique aiguë chez un patient traité pour narcolepsie**

Consulter la carte de soins et d'urgence « narcolepsie » ;
Interroger les proches aidants sur un surdosage, un sevrage récent ou une prise d'alcool éventuels.

1. Mesures diagnostiques en urgence

■ Éléments cliniques du diagnostic

- Lipothymie, syncope ;
- Douleur thoracique - Tachycardie ;
- Confusion majeure - Troubles du comportement avec amnésie ;
- Épisodes confusionnels avec agitation ou troubles de la conscience ;
- Psychoses hallucinatoires aiguës ;
- Coma ;
- Si surdosage d'un traitement sympathomimétique : tremblements, agitation, palpitations, tachycardie, mydriase.

■ Évaluer la gravité

- Prendre immédiatement les mesures d'urgence habituelles en cas de trouble du comportement aigu : conscience, agitation, délire, hallucinations.

■ Explorations en urgence

- ECG : troubles de la repolarisation (ischémie - nécrose) : prise en charge immédiate et recherche d'un syndrome du QT long ;
- Échographie cardiaque, à la recherche d'une myocardopathie ou d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), induite par les amphétamines ;
- Dosages répétés de la troponine ;
- Prélèvements toxicologiques : oxybate de sodium, amphétamines, alcoolémie (mélange oxybate de sodium + alcool = majoration du risque).

2. Mesures thérapeutiques immédiates

■ Monitoring

- PA, FC, FR, SpO₂ ;
- ECG ;
- Courbe thermique ;
- État de vigilance.

▪ Mesures symptomatiques

- Interrompre le traitement suspecté ;
- Le cas échéant, mesures de réanimation habituelles ;
- Selon la cause de la syncope / douleur thoracique (troubles du rythme, angor/infarctus) : modalités habituelles ;
- Agitation, trouble du comportement : mesures habituelles, sédatifs s'il y a lieu.

▪ Traitements spécifiques

- Aucun.

Orientation

▶ Transport du domicile vers le service d'accueil des urgences

▪ Où transporter ?

- La régulation préhospitalière (SAMU-centre 15) est parfois nécessaire et permet d'orienter la destination hospitalière selon la gravité et/ou la pathologie décompensée (unité de soins intensifs, de réanimation, soins intensifs de cardiologie, de neurologie, service d'urgence) ;
- Aux urgences du centre hospitalier du centre de référence maladies rares ou centre de compétence par admission directe après accord préalable entre praticiens ;
- Pour les urgences potentiellement vitales, l'orientation vers le centre hospitalier de proximité est possible lorsque celui-ci dispose d'un service de réanimation et des compétences et plateaux techniques nécessaires ;
- Contacter un médecin expert du centre de référence ou compétence régional qui a la connaissance de ces structures peut aider à la régulation.

▪ Comment transporter ?

- En ambulance non médicalisée ou en vecteur médicalisé (SMUR) selon la gravité ;
- La décision du choix du transport (terrestre ou hélicoptère) revient au régulateur selon le lieu où se situe le patient (accessibilité, distance par rapport aux différents CH) et selon la gravité du patient.

▪ Quand transporter ?

- Immédiatement si urgence vitale ou fonctionnelle.

► Orientation au décours des urgences hospitalières

▪ Où transporter ?

- Médecine, chirurgie, soins continus ou réanimation selon l'atteinte ;
En cas de trouble du comportement : avis du centre de référence, après disparition des symptômes aigus ;
À noter que l'effet stimulant d'un surdosage en psychostimulants est généralement suivi de dépression, de léthargie et d'épuisement ;
- Contacter le médecin dont les coordonnées sont indiquées sur la carte narcolepsie.

▪ Comment transporter ?

- En ambulance non médicalisée ou vecteur médicalisé (SMUR) selon la gravité ;
- Au sein de la structure hospitalière : transfert simple, paramédicalisé ou médicalisé.

▪ Quand transporter ?

- Une fois la situation clinique stabilisée ;
- Le patient ne doit pas quitter une structure d'urgence sans un avis au moins téléphonique auprès d'un médecin expert pour cette maladie rare ou de l'expert qui suit habituellement le patient.

Précautions médicamenteuses (interactions possibles, contre-indications, précautions d'emploi...)

- L'association des traitements de la narcolepsie (surtout l'oxybate de sodium) à l'alcool peut causer des confusions majeures, des troubles du comportement avec amnésie et, à plus forte dose, un coma.

Précautions anesthésiques

Regarder la carte « narcolepsie » du patient susceptible d'être traité par :

- Modafinil : éveillant, inducteur enzymatique, demi-vie : 13 h ;
- Méthylphénidate : sympathomimétique, amphétamine-like, demi-vie : 6-8 h ;
- Pitolisant - demi-vie : 10 h ;
- Solriamfétol - demi-vie : 10 h ;
- Oxybate de sodium ou [GHB], demi-vie : 2 h ;
- Dexamphétamine : sympathomimétique, amphétamine, demi-vie < 8 h ;
- Antidépresseurs (pour traiter les cataplexies).

Mesures préventives

Mesures d'hygiène du sommeil (horaires de sommeil réguliers, éviter les situations de privation de sommeil, courtes siestes...);
Demander au patient la conduire à tenir en cas d'endormissement.

Mesures complémentaires en hospitalisation

Rassurer le patient ;
Pour les cas sévères : laisser le patient allongé ;
Dans la mesure du possible, éviter de réveiller la personne pendant 15-20 minutes si elle semble dormir ;
Éviter tout ce qui est réactivateur d'émotion : lumière forte, environnement bruyant, si le patient fait une cataplexie ;
Ne pas faire lever le patient trop rapidement (grande fatigue après la cataplexie) ;
Aider, autant que possible, le patient à dominer l'émotion à l'origine de la crise.

Les associations de patients sont utiles pour aider le patient et ses proches à ne pas s'isoler en proposant une écoute et un soutien moral. Elles permettent de créer des liens entre les patients qui peuvent échanger leurs expériences. Elles peuvent améliorer le parcours de santé du patient : informations sur la pathologie, accès au réseau de soins (centre de compétences, centres de référence, filière de santé maladies rares) et aux services sociaux notamment pour le retour au domicile. Des liens entre la psychologue ou l'assistante sociale et l'association peuvent être utiles pour le retour à domicile et/ou obtenir des pistes d'aide possibles.

Proposer au décours de l'hospitalisation : un soutien psychologique et une éducation thérapeutique du patient et de son proche aidant.

Don d'organes et de tissus

Dans l'état actuel des connaissances, le don de certains organes et tissus est possible en fonction de l'évaluation de chaque cas (évaluation individuelle, clinique et paraclinique du donneur, des organes et des traitements suivis).

Pour une réponse adaptée, contactez le centre de référence ou les services **régionaux de l'Agence de la biomédecine (SRA) 24h/24 (cf. numéros)**.

De manière générale et dans l'état actuel des connaissances :

► **Risque de transmission de la maladie**

Pas de risque de transmission de la maladie par le don d'organes et de tissus.

▶ **Risque particulier lié à la maladie ou au traitement**

Risques particuliers lié au traitement : myocardiopathie ou hypertension artérielle pulmonaire induite par le traitement amphétaminique ;
Risque accru d'HTA en lien avec le déficit hypocrétinergique ;
Comorbidités fréquentes : obésité, diabète et dyslipidémie.

▶ **Don d'organes**

Tous les organes, y compris le cœur, sont proposés en fonction de leur évaluation ;
La décision de greffe repose donc sur l'estimation par l'équipe du risque encouru par le receveur par rapport au bénéfice attendu de la greffe (bénéfices/risques).

▶ **Don de tissus**

Pas de contre-indication de principe au prélèvement de tissus, sous réserve d'une évaluation individuelle : les dons de tissus (cornée, vaisseaux, valves, peau, os...) sont possibles.

Numéros en cas d'urgence

Centre national de référence des narcolepsies et hypersomnies rares Site coordonnateur

Professeur Yves DAUVILLIERS

Unité des Troubles du sommeil et de l'éveil
Département de Neurologie
CHU de Montpellier - Hôpital Gui de Chauliac
80 avenue Augustin Fliche
34295 - Montpellier cedex 5

Tél. : 04 67 33 74 78 - 04 67 33 72 77

Numéros de téléphone en urgence

**Contactez le médecin d'astreinte la nuit et le week-end
du centre hospitalier de l'arrondissement ou la région**

Autres centres de référence ou de compétence

**www.orpha.net
<https://brain-team.fr/les-membres/les-centres-de-reference/crmr-narcolepsies-et-hypersomnies-rares/>**

Filière de santé maladies rares : [Brain Team](#)

FSMR - maladies rares à expression motrice ou cognitive du système nerveux central

<http://brain-team.fr/contact/>



Uniquement pour le don d'organes et de tissus

Services régionaux de l'ABM (SRA) : numéros des quatre territoires de régulation (24h/24h)

SRA Nord-Est	09 69 32 50 20
SRA Sud-Est / Océan Indien	09 69 32 50 30
SRA Grand-Ouest	09 69 32 50 80
SRA Île-de-France / Les Antilles / Guyane	09 69 32 50 90

Ressources documentaires

Pèrez-Carbonell L, Mignot E, Leschziner G and Dauvilliers Y. Understanding and approaching excessive daytime sleepiness, Lancet 2022; 400: 1033-1046

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36115367/>

Dauvilliers Y, Arnulf I, Mignot E. Narcolepsy with cataplexy. Lancet. 2007;369:499-511

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17292770/>

Dauvilliers Y, et al. Cataplexy-clinical aspects, pathophysiology and management strategy. Nat Rev Neurol. 2014;10:386-95

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24890646/>

Bassetti CLA, Adamantidis A, Burdakov D, Han F, Gay S, Kallweit U, Khatami R, Koning F, Kornum BR, Lammers GJ, Liblau RS, Luppi PH, Mayer G, Pollmächer T, Sakurai T, Sallusto F, Scammell TE, Tafti M, Dauvilliers Y. Narcolepsy - clinical spectrum, aetiopathophysiology, diagnosis and treatment. Nat Rev Neurol. 2019 Sep;15(9):519-539

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31324898/>

Kornum BR, Knudsen S, Ollila HM, Pizza F, Jennum PJ, Dauvilliers Y, Overeem S. Narcolepsy. Nat Rev Dis Primers. 2017 ;3:16100.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28179647/>

Ces recommandations ont été élaborées par :

Professeur Yves DAUVILLIERS

Centre national de référence des narcolepsies et hypersomnies rares
Unité des Troubles du sommeil et de l'éveil
Service de Neurologie - CHU de Montpellier - Hôpital Gui de Chauliac
80 avenue Augustin Fliche - 34295 - Montpellier cedex 5

Mail* : y-dauvilliers@chu-montpellier.fr

Les recommandations 2013 ont également été rédigées par le Professeur Yves Dauvilliers

En collaboration avec :

- La Société française de médecine d'urgence (SFMU)

- **Docteur Gilles Bagou** : anesthésiste-réanimateur urgentiste - SAMU-SMUR de Lyon - Hôpital Edouard-Herriot - 69437 Lyon Cedex 03

- **Docteur Anthony Chauvin** : Commission des Référentiels de la SFMU (CREF) - chef de Service Adjoint - Service d'Accueil des Urgences/SMUR, CHU Lariboisière, Université de Paris

- **Docteur Xavier Dubucs** : Commission des Référentiels de la SFMU (CREF) - médecin urgentiste, chef de clinique des hôpitaux, CHU Toulouse, Université Toulouse III-Paul Sabatier

- **Docteur Christophe Leroy** : médecin urgentiste - Service de gestion des crises sanitaires - Département qualité gestion des risques - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

- L'Agence de biomédecine (ABM)

Professeur François Kerbaul, Docteur Francine Meckert, Myriam Pastural : direction opérationnelle du prélèvement et de la greffe de l'ABM

- L'association de patients : Association française de Narcolepsie Cataplexie et d'Hypersomnies rares

<https://www.anc-narcolepsie.com/>

CHU Gui de Chauliac - Service de l'Exploration Fonctionnelle des Maladies du Sommeil
34295 Montpellier Cedex 5

Email : secretariat@anc-narcolepsie.com

** Cet expert accepte d'être contacté par mail.*

Orphanet ne peut être tenu pour responsable si l'expert n'est pas joignable via le mail indiqué.

Date de réalisation : juin 2013

Révision : 23/11/2022

« Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayant cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque », selon le code de la propriété intellectuelle, article L-122-4.

Annexe

Informations complémentaires sur les médicaments prescrits au long cours

Dexamphétamine (amphétamines et dérivés)

Accès compassionnel/AAC

Oxybate de sodium - [Gamma-hydroxybutyrate \[GHB\]](#)

Modafinil

Méthylphénidate

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/rapport_reevaluation_methylphenidate_avisdef_cteval485.pdf

Pitolisant

Solriamfétol

*Prescription initiale de ces médicaments
par un médecin spécialiste neurologue ou exerçant dans un centre du sommeil.*

Mise à jour novembre 2022