

# Le syndrome des jambes sans repos : actualités

## Restless legs syndrome: News

Unité des troubles de la veille et du sommeil, neurophysiologie clinique, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, rue Émile-Laine, 59037 Lille, France

C. Monaca Charley

### RÉSUMÉ

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est une pathologie neurologique fréquente dont la prévalence est estimée à 8,5 %. Le diagnostic est clinique et repose sur la mise en évidence de quatre critères. La physiopathologie du SJSR est complexe : prédisposition génétique, déficit en fer et probable dysfonction dopaminergique. Le traitement par agonistes dopaminergiques permet d'améliorer la symptomatologie.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### SUMMARY

*Restless legs syndrome (RLS) is a common disease with a prevalence about 8.5%. The diagnosis is based on the presence of four criteria. Physiopathology is complex: genetic predisposition, iron implication, probable dopaminergic dysfunction. Dopaminergic agonists improve RLS.*

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR ou maladie d'Ekbom) est une pathologie neurologique fréquente. Il peut être idiopathique mais aussi secondaire, notamment à certaines pathologies chroniques neurologiques telles les neuropathies, la sclérose en plaques ou la maladie de Parkinson. Il est important d'en faire le diagnostic pour proposer au patient un traitement adapté si le syndrome est sévère. La prise en charge du SJSR apparaît d'autant plus importante que certaines données très récentes laissent supposer que le SJSR pourrait être un facteur de risque cardiovasculaire.

(Manconi et al., 2012). Dans la plupart des études, deux fois plus de femmes que d'hommes sont atteintes du SJSR. Concernant l'âge, la prévalence augmente avec l'âge. Cependant, il est important de noter que le SJSR peut également exister chez l'enfant. L'âge moyen de début des symptômes pour le SJSR idiopathique est estimé entre 33,7 et 35,4 ans.

### CLINIQUE

Le diagnostic de SJSR repose sur l'interrogatoire du patient. Quatre principaux critères diagnostiques (Allen et al., 2003) définissent le SJSR.

#### Critère 1

La nécessité de bouger les membres (le plus souvent les membres inférieurs), associée à des dysesthésies ou des paresthésies. Ces troubles sensitifs sont souvent difficilement décrits par le patient. Ils sont à type de crampes, de fourmillements, de brûlures. Ils entraînent une sensation d'inconfort. Ils sont le plus souvent bilatéraux mais

### Mots clés

Syndrome des jambes sans repos  
Agonistes dopaminergiques  
Syndrome d'augmentation  
Fer

### Keywords

Restless legs syndrome  
Dopaminergic agonist  
Augmentation syndrome  
Iron

### ÉPIDÉMIOLOGIE DU SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Selon une revue récente de la littérature, la prévalence du SJSR en population générale adulte est estimée entre 5 et 8,8 % (Ohayon et al., 2012). Cependant, la sévérité est variable et celle-ci est dans plus de la moitié des cas légère à modérée. En France, la prévalence est de 8,5 % (Tison et al., 2005). Il existe une nette prédominance féminine

Adresses e-mail :  
christelle.monaca@chru-lille.fr,  
c-monaca@chru-lille.fr

asymétriques. La symptomatologie sensitive peut également toucher les membres supérieurs.

## Critères 2 et 3

La survenue ou l'aggravation des troubles sensitifs au repos et leur amélioration par le mouvement, et en particulier la marche. Les patients et surtout l'entourage peuvent décrire des mouvements involontaires incessants lorsque le sujet est au repos. Ces mouvements répétitifs (ou *motor restlessness*) permettent de diminuer la sensation d'inconfort engendrée par ces troubles sensitifs.

## Critère 4

L'aggravation des troubles dans la soirée ou la nuit. Les troubles sensitifs ne surviennent parfois que lors du coucher et gênent alors l'endormissement. Parfois, ils ne surviennent qu'à l'occasion des éveils nocturnes et gênent alors le réendormissement. Cependant, ces troubles sensitifs peuvent parfois être présents dans la journée et notamment lors de voyages en train ou en avion, lors de réunions ou de repas prolongés. Ces quatre critères doivent être retrouvés pour que l'on puisse affirmer le diagnostic de SJSR.

## DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Le bilan étiologique est fonction du cadre nosologique suspecté. Si on s'oriente vers un SJSR idiopathique, le bilan étiologique est succinct. En revanche, si on suspecte un SJSR secondaire, le bilan étiologique doit alors être plus complet.

### Syndrome des jambes sans repos idiopathique

Il s'agit d'un diagnostic d'élimination. Cependant, il est fortement suspecté lorsqu'il existe des antécédents familiaux de SJSR. L'examen clinique, notamment neurologique est alors strictement normal. La réalisation d'un examen électromyographique et/ou polysomnographique n'est pas nécessaire. Un bilan biologique est à réaliser, comportant un bilan ferrique, une glycémie à jeun et éventuellement un bilan rénal.

### Syndrome des jambes sans repos secondaire

Ce diagnostic est à envisager lorsqu'il n'existe aucun antécédent familial. L'anamnèse, la recherche d'antécédents personnels et l'examen clinique permettent d'orienter le diagnostic. Le bilan biologique permet d'éliminer une carence martiale (dosage du fer sérique et de la ferritinémie), une insuffisance rénale, un diabète. Il ne faut pas hésiter à rechercher une neuropathie sous-jacente par un examen électromyographique. Si l'examen neurologique est anormal et fait suspecter une pathologie neurologique centrale, une imagerie encéphalique et/ou médullaire peut alors être nécessaire.

## INDICATION DE LA POLYSOMNOGRAPHIE

L'enregistrement polysomnographique n'est pas nécessaire au diagnostic de SJSR. Un consensus allemand propose cependant la réalisation d'une polysomnographie en cas de somnolence diurne excessive, si le SJSR est atypique dans sa description clinique (ou si le patient présente d'importantes

difficultés à décrire la symptomatologie sensitive), s'il existe une insomnie sévère et/ou une efficacité du traitement dopaminergique à dose suffisante et enfin, s'il est retrouvé des arguments en faveur d'une pathologie respiratoire associée (Hornyak et al., 2002). La polysomnographie permet de mettre en évidence des mouvements incessants des membres inférieurs à l'éveil, lors du coucher et parfois lors des éveils nocturnes. Le SJSR entraîne donc un allongement de la latence d'endormissement et des éveils nocturnes prolongés. La polysomnographie permet de rechercher des troubles respiratoires nocturnes mais aussi des mouvements périodiques du sommeil, qui sont fréquemment associés au SJSR.

## TRAITEMENT DU SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Il faut envisager de traiter le SJSR chez tout patient ayant une forme sévère à très sévère avec un retentissement dans la vie quotidienne ou sur le sommeil. Attention, il est important de ne pas traiter systématiquement tout patient ayant un SJSR, notamment si ce dernier ne survient que très ponctuellement.

### Traitement étiologique

Si le SJSR est secondaire, lorsque la cause peut être traitée, il est nécessaire de traiter cette dernière avant d'envisager un traitement spécifique du syndrome.

### Traitement symptomatique du syndrome des jambes sans repos

Des recommandations ont été récemment publiées concernant la prise en charge thérapeutique du SJSR (Garcia-Borreguero et al., 2012). Le niveau A est donné pour les traitements suivants : la rotigotine, le ropinirole, le pramipexole, la gabapentine et la prégabaline pour une utilisation à court terme.

En France, trois traitements de la famille des agonistes dopaminergiques ont l'AMM dans l'indication du SJSR : le ropinirole (Adartrel<sup>®</sup>), le pramipexole (Sifrol<sup>®</sup>) et la rotigotine (Neupro<sup>®</sup>). Le ropinirole était remboursé jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2012 sous réserve :

- que le SJSR est considéré comme très sévère selon l'échelle de sévérité et ;
- que l'initiation du traitement soit réalisée par un neurologue ou un médecin exerçant dans un centre de sommeil.

À ce jour, plus aucun traitement n'est remboursé dans l'indication « syndrome des jambes sans repos ».

La différence principale entre ces différents agonistes dopaminergiques est leur demi-vie d'élimination (six heures pour le ropinirole ; huit à 12 heures pour le pramipexole, libération prolongée pour la rotigotine). Le choix entre les deux traitements sera fonction de la durée pendant laquelle le patient, le soir et/ou dans la nuit, se plaindra de symptômes de SJSR. L'instauration de tout traitement dopaminergique doit se faire progressivement fin d'optimiser la tolérance. La prise doit être de préférence unique et la posologie doit rester la plus faible possible afin de minimiser le risque de syndrome d'augmentation. Pour le ropinirole, la posologie initiale est de 0,25 mg/j pendant deux jours, puis 0,5 mg/j pendant cinq jours. L'augmentation se fait ensuite par paliers de 0,5 mg toutes les semaines jusqu'à un maximum de 2 à 3 mg/j. Pour le

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3087257>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3087257>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)