

Mise au point

## Le syndrome des jambes sans repos, une affection sous-estimée ? Prise en charge actuelle

### Is restless legs syndrome underrecognized? Current management ◇

Pascale Vergne-Salle \*, Damien Coyral, Karine Dufaure, Christine Bonnet, Philippe Bertin, Richard Trèves

*Service de rhumatologie et thérapeutique, CHU de Dupuytren, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France*

Reçu le 12 janvier 2005 ; accepté le 26 mars 2005

Disponible sur internet le 13 juillet 2005

#### Résumé

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est un trouble neurologique sensitivomoteur mal connu dont la prévalence dans la population caucasienne varie de 10 à 15 %. Le diagnostic est fondé sur l'interrogatoire : sensations désagréables des membres associées à des dysesthésies avec nécessité de les bouger, survenant au repos, aggravées le soir et la nuit et améliorées par le mouvement. Le SJSR s'associe dans 80 % des cas à des mouvements périodiques des membres au cours du sommeil, mis en évidence par la polysomnographie. Il est soit idiopathique avec des antécédents familiaux fréquents, soit iatrogène ou enfin secondaire à certaines pathologies comme le diabète, l'insuffisance rénale, la carence martiale, les maladies neurologiques, la polyarthrite rhumatoïde. La prise en charge thérapeutique repose sur le traitement de la maladie causale dans les SJSR secondaires. Un traitement symptomatique se justifie lorsqu'il s'agit d'une forme modérée à sévère retentissant sur la qualité de vie. Les agents dopaminergiques représentent les traitements de première intention. En cas d'échec ou d'effets secondaires, il est possible de prescrire des opioïdes faibles, des benzodiazépines, des antiépileptiques, voire des opioïdes forts.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Syndrome des jambes sans repos ; Mouvements périodiques des membres ; Polyarthrite rhumatoïde ; Traitement ; Agonistes dopaminergiques

**Keywords:** Restless legs syndrome; Periodic leg movements; Rheumatoid arthritis; Treatment; Dopaminergic agonists

#### 1. Définition et expression clinique

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est un trouble neurologique sensitivomoteur courant et souvent non diagnostiqué, s'accompagnant de troubles du sommeil. Il se caractérise par des sensations désagréables dans les membres supérieurs ou surtout inférieurs et par un besoin impérieux de les bouger pour soulager les symptômes [1]. Ces troubles sont accentués au repos. Ils surviennent principalement le soir ou la nuit. Approximativement 80 % des patients ayant un SJSR ont des mouvements périodiques des jambes durant le som-

meil affectant une jambe ou les deux et réveillant le patient plusieurs fois dans la nuit. La sévérité des symptômes varie beaucoup entre des troubles occasionnels et des symptômes sévères survenant toutes les nuits [1,2].

La première description du SJSR a été faite en 1945 par un neurologue suisse, M. Ekbom. Cinquante ans après, le groupe international d'étude du SJSR a publié des critères diagnostiques [3]. Récemment, une conférence de consensus avec le groupe international d'étude du SJSR a revu les critères diagnostiques [4] (Tableau 1). Brièvement, le diagnostic nécessite quatre critères au minimum :

- le besoin de bouger les extrémités surtout les membres inférieurs, associé à des sensations anormales (paresthésies ou dysesthésies) ;
- induction ou aggravation par le repos ;
- amélioration au moins temporaire par l'activité ;

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pascale.vergne-salle@chu-limoges.fr](mailto:pascale.vergne-salle@chu-limoges.fr)  
(P. Vergne-Salle).

◇ Pour citer cet article, utiliser ce titre en anglais et sa référence dans le même volume de *Joint Bone Spine*.

Tableau 1

Les critères diagnostiques du syndrome des jambes sans repos [19]

---

|                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Caractéristiques diagnostiques : critères diagnostiques obligatoires</i>                                                                                                                      |
| 1. Le besoin de bouger les jambes, habituellement associé ou provoqué par des sensations désagréables et gênantes dans les jambes                                                                |
| 2. Le besoin de bouger ou les sensations désagréables commencent ou s'aggravent durant les périodes de repos ou d'inactivité, par exemple dans les positions allongées ou assises                |
| 3. Le besoin de bouger ou les sensations désagréables sont partiellement ou totalement améliorées par le mouvement, comme la marche ou l'étirement                                               |
| 4. Le besoin de bouger ou les sensations désagréables sont aggravées dans la soirée ou la nuit par rapport à la symptomatologie dans la journée, ou ne surviennent que dans la soirée ou la nuit |
| <i>Caractéristiques cliniques en faveur du diagnostic : critères diagnostiques facultatifs</i>                                                                                                   |
| Antécédents familiaux                                                                                                                                                                            |
| Réponse positive au traitement dopaminergique                                                                                                                                                    |
| Présence de mouvements périodiques des membres [au repos ou au cours du sommeil]                                                                                                                 |
| <i>Caractéristiques associées</i>                                                                                                                                                                |
| Évolution clinique variable, mais typiquement chronique et souvent progressive                                                                                                                   |
| Examen physique normal dans les formes idiopathiques/familiales                                                                                                                                  |
| Des troubles du sommeil fréquents chez les malades les plus sévères                                                                                                                              |

---

• aggravation des symptômes dans la soirée ou la nuit.

La fréquence de ce syndrome dans la population générale est mal connue mais semblerait élevée :

- 12 % des femmes et 9 % des hommes dans une étude canadienne [5] ;
- 9,4 % de la population générale dans une étude américaine datant de 2000 [6] ;
- 10,6 % dans une étude allemande récente [7].

L'âge moyen de début est de 27 ans et la prévalence augmente avec l'âge (19 % au-delà de 80 ans dans l'étude allemande). Le SJSR s'associe très souvent aux mouvements périodiques des membres (MPM). Les MPM sont des mouvements stéréotypés répétitifs qui touchent les membres inférieurs ou supérieurs, survenant au cours des stades I et II du sommeil et souvent responsables de réveils. Si le diagnostic du SJSR est clinique, celui des MPM repose aussi sur la polysomnographie. Au cours du SJSR, les MPM apparaissent surtout dans la période entre 23 heures et 3 heures. Bien qu'elle ne soit pas indispensable, la polysomnographie dans le SJSR permet de documenter les altérations du sommeil, permet d'objectiver des MPM associés par enregistrement électromyographique des muscles jambiers antérieurs (mouvements d'une durée de 0,5 à 5 secondes survenant toutes les 20 à 40 secondes, quatre mouvements successifs espacés de 4 à 90 secondes sont nécessaires pour caractériser une période de mouvements périodiques).

## 2. Étiologies

Le SJSR peut être isolé (idiopathique) ou associé à certaines maladies (formes secondaires) comme le diabète, l'insuffisance rénale sévère, la grossesse, la carence martiale (avec ou sans anémie), les neuropathies et radiculopathies, les myélopathies et les maladies neurodégénératives dont la maladie de Parkinson [1,8,9]. En utilisant les critères diagnostiques de 1995, la prévalence du SJSR dans l'insuffisance rénale varie de 20 à 30 % [10]. Le métabolisme du fer a beaucoup été étudié dans le SJSR. Il existe une association fréquente entre SJSR, anémie et un faible taux sérique de ferritine. Des

études récentes ont montré des taux faibles de ferritine et élevés de transferrine dans le LCR des SJSR, contrastant avec des taux de fer sérique normaux suggérant un défaut du transport du fer à travers la barrière hémato-méningée, un problème de disponibilité du fer à certains sites spécifiques cérébraux [9]. De rares cas ont été décrits associés à une hypo- ou hyperthyroïdie, un déficit en acide folique, une porphyrie ou une polyarthrite rhumatoïde (PR) [10–12]. Reynolds et al. [11] ont étudié en 1986 la prévalence du SJSR par questionnaire dans une population de 70 patients hospitalisés pour une PR, comparée à la prévalence chez 30 patients atteints d'arthrose des genoux ou des hanches et 70 patients témoins. La présence d'une neuropathie a été écartée. Les résultats montrent une prévalence de 30 %, statistiquement supérieure, dans le groupe PR comparé aux groupes arthrose (3 %) et témoin (6 %). En revanche, il n'a pas été recherché de relation éventuelle avec une anémie ou une carence martiale, voire une insuffisance rénale. Salih et al. [12] ont réalisé une étude plus complète chez 178 patients atteints de PR, comparés à 30 patients témoins souffrant d'arthrose ou d'arthropathie séronégative. Le diagnostic était retenu selon les critères de Gibb et Lees [13]. L'examen clinique, les examens complémentaires et le recensement des traitements ont permis d'éliminer une cause secondaire. Des explorations électrophysiologiques ont été réalisées chez 14 PR avec SJSR et neuf PR sans SJSR. La prévalence du SJSR était de 25 % dans la population de PR, comparée à 4 % dans la population témoin. Dans le groupe avec SJSR, les paramètres d'activité de la PR étaient significativement plus élevés, les taux d'hémoglobine et de ferritine étaient plus bas. Il y avait également dans ce groupe une plus grande proportion de patients traités par corticoïdes, et de distance atlas-axis supérieure à 3 mm. Il n'y avait pas de différence dans les DMARDs. Par ailleurs, les perturbations électrophysiologiques étaient plus fréquentes dans le groupe PR avec SJSR (quatre avec des signes de neuropathie périphérique et une avec une atteinte radiculaire) comparé au groupe PR seule. Les auteurs concluent que les PR sévères sont des candidates à développer un SJSR, qui peut être associé à des lésions neurologiques : neuropathie périphérique ou myélopathie, conduisant ainsi à demander des explorations

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389268>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389268>

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