



Syndrome des jambes sans repos chez la personne âgée : une affection méconnue



Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 2382-6

S. Biselx
C. Büla
J. Ghika

Restless legs syndrome in the elderly: an unrecognized disorder

The restless legs syndrome (RLS) is a frequent, often unrecognized disorder in the elderly. The diagnosis is essentially based on the clinical history. The RLS is characterized by (1) an urge to move the limbs, usually associated with abnormal sensations in the legs; (2) symptoms are worse at rest; (3) they are relieved by movements; (4) they mainly occur in the evening or at night. Specific diagnostic criteria have been developed for cognitively impaired elderly persons. The RLS is a chronic disorder with high impact on sleep and quality of life. Treatment is symptomatic and recommended drugs are dopaminergic agents, opioids, and gabapentine.

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est une affection fréquente, largement sous-diagnostiquée chez la personne âgée. Quatre critères doivent être présents pour poser le diagnostic : 1) une sensation d'inconfort avec besoin irrésistible de bouger les jambes ; 2) apparaissant uniquement au repos ; 3) disparaissant au moins partiellement avec le mouvement et 4) ces symptômes sont plus intenses le soir et la nuit. Des critères diagnostiques spécifiques ont été élaborés pour les patients âgés atteints de troubles cognitifs. Le SJSR est une affection chronique qui, souvent, s'aggrave au fil du temps occasionnant des troubles du sommeil et une altération importante de la qualité de vie. Le traitement, symptomatique est essentiellement médicamenteux (dopaminergiques, opiacés, gabapentine).

CAS CLINIQUE

M^{me} L.W. est une patiente de 85 ans, connue pour une démence d'Alzheimer. Elle se plaint de douleurs nocturnes occasionnelles aux jambes pour lesquelles un traitement de magnésium est resté sans effet. Depuis quelques mois, son mari a constaté une agitation inhabituelle en fin de journée : M^{me} L.W. se gratte les jambes, les frotte entre elles, se lève et s'assied fréquemment. En raison de symptômes dépressifs associés, un traitement antidépresseur et neuroleptique est prescrit qui aggrave les symptômes...

INTRODUCTION

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est une affection fréquente mais rarement diagnostiquée, en particulier à l'âge avancé. Dans une étude, ce diagnostic n'était posé que chez 25% des patients consultant pour une symptomatologie typique,¹ les diagnostics erronés retenus étant des troubles thymiques ou anxieux, troubles du sommeil, une polyneuropathie, ou une insuffisance veineuse. Ces patients recevaient souvent des médicaments inappropriés, en particulier antidépresseurs ou neuroleptiques qui semblent aggraver ce syndrome, comme chez notre patiente.¹⁻³

Le SJSR a un impact négatif sur la qualité de vie des patients, en particulier des patients âgés,^{1,3,4} puisqu'il occasionne des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement et réveils fréquents, fatigue diurne), et des troubles thymiques.

Le médecin de premier recours est particulièrement exposé à dépister et prendre en charge ce syndrome. Cet article fait le point des connaissances actuelles, rappelle les critères diagnostiques et les principes de prise en charge du SJSR chez les personnes âgées.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le diagnostic du SJSR repose presque exclusivement sur l'anamnèse. Quatre

critères doivent être présents pour poser son diagnostic (tableau 1):⁵

1. *Le besoin urgent et irrésistible de mobiliser les jambes* est la caractéristique principale. S'y associe parfois une sensation d'inconfort dans les jambes, peu ou pas douloureuse, située plutôt en profondeur qu'en surface. Cet inconfort est décrit comme des picotements, fourmillements, tiraillements, ou parfois comme une brûlure, un prurit, ou une sensation de courant électrique. Il n'y a en principe pas de troubles de la sensibilité à l'examen clinique. La distribution des symptômes est le plus souvent symétrique. Avec le temps, les symptômes deviennent souvent plus intenses et peuvent s'étendre au tronc et aux membres supérieurs.
2. *Les symptômes apparaissent exclusivement au repos*, en position couchée ou assise.
3. *Les symptômes s'améliorent ou disparaissent lors de mouvements des jambes*, ils sont immédiatement atténués, voire disparaissent à la mobilisation, en se frottant les jambes l'une contre l'autre, parfois en contractant les muscles des jambes.
4. *Les symptômes débutent ou s'aggravent le soir*, ils apparaissent en fin de journée ou début de nuit, 15 à 30 minutes après le coucher. Lorsque la maladie évolue, les symptômes apparaissent de plus en plus tôt durant la journée, également en position assise, ce qui peut interférer avec les activités professionnelles ou sociales.

Plusieurs éléments supplémentaires augmentent la suspicion de SJSR:⁵

- *Une histoire familiale positive*. Plus de 60% des patients avec un SJSR primaire auraient une anamnèse familiale positive.⁶
- *Une bonne réponse aux médicaments dopaminergiques*. Presque tous les patients répondent, du moins au début, à un tel traitement.

Tableau 1. Critères diagnostiques du syndrome des jambes sans repos
(Adapté de réf.⁵).

Critères essentiels

Les quatre critères doivent être présents pour le diagnostic

1. Besoin urgent de mobiliser les jambes, généralement accompagné ou causé par une sensation inconfortable et déplaisante (quelquefois le besoin urgent de mobiliser les jambes est présent sans sensation inconfortable et quelquefois, les bras ou d'autres parties du corps sont également touchés)
2. Les symptômes débutent ou s'aggravent durant les moments de repos ou d'inactivité, comme se coucher ou s'asseoir
3. Les symptômes disparaissent partiellement ou totalement avec le mouvement, comme la marche ou l'étirement, au moins aussi longtemps que l'activité continue
4. Les symptômes sont plus intenses le soir ou la nuit que durant la journée, ou ont lieu uniquement le soir ou la nuit (quand les symptômes sont très sévères, l'aggravation nocturne peut être absente mais doit avoir été précédemment présente)

Critères non essentiels mais fréquemment associés

1. Anamnèse familiale positive
2. Bonne réponse aux médicaments dopaminergiques
3. Mouvement périodique des jambes (durant l'éveil ou le sommeil)

• *L'association avec le syndrome des mouvements périodiques des jambes (MPI) durant le sommeil ou l'éveil*: Le syndrome des MPI est fréquemment présent dans le SJSR (80 à 90% des patients avec SJSR à l'enregistrement polysomnographique).⁶ Ces mouvements stéréotypés consistent en une extension rythmique des gros orteils, une dorsiflexion des chevilles, une flexion des genoux, parfois des hanches. Ces mouvements sont parfois présents durant la phase de veille, souvent confondus avec des myoclonies. Ces mouvements périodiques ne sont pas spécifiques du SJSR et sont observés dans d'autres pathologies affectant le sommeil (narcolepsie, syndrome d'apnées du sommeil, troubles du comportement dans la phase REM (*rapid eyes movements*)). Ces mouvements périodiques sont aussi parfois observés chez des personnes âgées sans comorbidité.

L'examen, en particulier neurologique, est en général normal, mais une polyneuropathie ou une radiculopathie peuvent être associées. *Les troubles du sommeil* sont constants.

L'évolution clinique naturelle est variable, les symptômes peuvent rester occasionnels ou devenir chroniques et invalidants. Des rémissions spontanées sont décrites.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE AVEC TROUBLES COGNITIFS

C'est souvent l'anamnèse prise auprès du conjoint ou de proches, ou l'observation de soignants, qui oriente vers un diagnostic de SJSR chez les patients atteints de troubles cognitifs. Des *critères diagnostiques modifiés* ont été proposés pour ces patients (tableau 2).⁵

ÉPIDÉMIOLOGIE ET FORMES PRIMAIRE ET SECONDAIRE

La prévalence du SJSR varie de 5 à 15% de la population générale selon les études^{3,7} et augmente avec l'âge, atteignant près de 20% chez les personnes de 80 ans et plus.⁷ Les femmes seraient davantage affectées.

La forme primaire du SJSR débute dans l'enfance ou chez le jeune adulte. Elle est souvent génétiquement déterminée, et l'anamnèse familiale est fréquemment positive. La forme secondaire débute après 50 ans, associée à une autre affection. La plus connue est une *carence martiale*.⁸ Une substitution en fer est recommandée en présence d'une carence (ferritine < 50 µg/l) et même, pour certains auteurs, améliorerait les symptômes en l'absence de carence. Le SJSR semble aussi plus fréquent chez les patients en *insuffisance rénale terminale*, *les diabétiques*,⁹ ainsi que les *parkinsoniens*.¹⁰ L'association entre SJSR et maladies rhumatologiques (polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie, fibromyalgie) reste incertaine. Enfin d'autres études, plus récentes, ont montré une relation entre SJSR et *insuffisance veineuse chronique*, *maladie coronarienne*, *état dépressif majeur* et *troubles paniques*.

Finalement, certains *médicaments* seraient susceptibles de déclencher ou d'aggraver un SJSR, en particulier les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (citalopram, fluoxétine, paroxétine, sertraline, etc.), les antidépresseurs tétracycliques (miansérine, mirtazapine), les neuroleptiques (halopéridol, olanzapine, quétiapine, rispéridone, etc.), et la caféine.



Tableau 2. Critères essentiels pour le diagnostic de probable syndrome des jambes sans repos chez les patients âgés avec troubles cognitifs

(Adapté de réf.⁵).

Critères essentiels

Les cinq critères doivent être présents pour le diagnostic

1. Des signes d'inconfort dans les jambes, tels que se frotter ou se masser les jambes en gémissant
2. Une activité motrice excessive des jambes, tels que gigoter, se tourner et se retourner dans le lit, taper les jambes sur le matelas, faire des mouvements circulaires des jambes, donner des coups de pied, taper du pied de manière répétitive, se frotter les pieds l'un contre l'autre, et l'impossibilité de rester assis
3. Les signes d'inconfort dans les jambes sont exclusivement présents ou aggravés durant le repos ou l'inactivité
4. Les signes d'inconfort dans les jambes diminuent avec l'activité
5. Les critères 1 et 2 surviennent uniquement le soir ou la nuit, ou s'aggravent durant cette période plutôt que durant le jour

Critères en faveur du diagnostic

1. Réponse positive aux traitements dopaminergiques
2. Anamnèse personnelle du patient suggestive de SJSR, rapportée par un proche
3. Un parent biologique de 1^{er} degré (jumeau, enfant ou parent) souffre d'un SJSR
4. Des mouvements périodiques des membres ont été observés durant le sommeil ou l'éveil
5. Des mouvements périodiques des membres durant le sommeil ont été enregistrés par polysomnographie
6. Présence de troubles de l'endormissement
7. Une meilleure qualité du sommeil le jour que la nuit
8. L'utilisation de mesures de contrainte durant la nuit (chez les patients institutionnalisés)
9. Un dosage sanguin de ferritine abaissé
10. Une insuffisance rénale terminale
11. Un diabète
12. Une neuropathie périphérique, une radiculopathie clinique ou électromyographique

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les symptômes sont peu spécifiques et difficiles à décrire pour le patient, ce qui rend le diagnostic difficile. Le diagnostic différentiel des affections les plus fréquentes est brièvement discuté.

L'akathisie est caractérisée par un besoin continu de bouger les jambes, de marcher, ou balancer le corps, qui ne disparaît pas au repos. En principe, on retrouve un antécédent de prise de neuroleptiques. L'akathisie est volontiers accompagnée de mouvements anormaux (dyskinésies, en particulier bucco-linguo-faciales). Contrairement au SJSR, les symptômes ne sont pas focalisés, ne dépendent pas d'une position et ne provoquent pas de troubles du sommeil.

L'akathisie hypotensive est une sensation d'inconfort dans les jambes, rapportée par les patients souffrant de dysautonomie neurovégétative lorsqu'ils sont assis durant de longues périodes, et soulagée en croisant ou décroisant les jambes.

Les crampes musculaires surviennent souvent durant le sommeil. Toutefois, la présence d'une contraction musculaire évidente, unilatérale, occasionnant une importante douleur locale réveillant le patient rend généralement le diagnostic aisé.

Finalement, une *insuffisance veineuse chronique* provoque un inconfort en fin de journée, l'examen clinique est typique (varices, dermite ocre, œdèmes aux MI, ulcères, etc.). Le port d'une contention ou la surélévation des jambes permettront une amélioration des symptômes.

PRISE EN CHARGE

En reprenant l'anamnèse, le médecin de Mme L.W. suspecte un SJSR. Un traitement de L-dopa est instauré chaque soir. Après amélioration transitoire des symp-

tômes, ceux-ci vont s'aggraver devenant plus intenses et gênants. L'arrêt de la L-Dopa et l'instauration de pramipexole vont soulager la patiente durablement...

La prise en charge du SJSR chez les patients âgés repose sur des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques.¹¹

Mesures non pharmacologiques

Il faut informer les patients sur les recommandations d'hygiène du sommeil (exercice physique régulier, éviter la caféine, l'alcool et les repas lourds avant le coucher, etc.).¹²

Mesures pharmacologiques

Comme souvent chez les personnes âgées, la première mesure est de stopper tout médicament potentiellement responsable des symptômes (cf. supra). Ensuite, les éventuelles affections associées (carence en fer en particulier) doivent être traitées. Finalement, un traitement spécifique doit être instauré en cas de persistance des symptômes malgré ces mesures.

L-dopa et agonistes dopaminergiques

Suspectant un dysfonctionnement du système dopaminergique dans la genèse du SJSR, la L-dopa et les agonistes dopaminergiques ont été utilisés avec succès. L'efficacité de ces traitements a été bien documentée, à des posologies nettement inférieures à celles prescrites dans la maladie de Parkinson.¹³

La L-dopa (25 mg/100 mg, 1/2 à 1 cp) ne doit être utilisée qu'en cas de SJSR intermittent, réveils nocturnes ou station assise prolongée (spectacles, voyages), car l'utilisation chronique de L-dopa dans le SJSR peut provoquer, après une amélioration transitoire, un «phénomène d'augmentation» chez ~70% des patients.^{13,14} Il s'agit d'une



aggravation des symptômes, qui apparaissent durant la journée, ils sont plus intenses, et peuvent se généraliser au tronc et aux membres supérieurs. Par ailleurs, la durée de vie insuffisante du médicament peut entraîner un «phénomène de rebond» avec réactivation des symptômes en fin de nuit chez 25 à 30% des patients. Pour y pallier, il faut soit reprendre une nouvelle dose ou utiliser un comprimé retard.

Les agonistes dopaminergiques sont le traitement de première intention dans le SJSR en traitement de fond. La dose recommandée pour débuter un traitement de pramipexole est de 0,125 mg/j, à augmenter si besoin prudemment par palier de 0,125 mg au plus tôt chaque sept jours jusqu'au résultat escompté, en surveillant attentivement l'apparition d'effets secondaires. Pour le ropinirole, on débute avec 0,25 mg/j, à augmenter de 0,25 mg au plus tôt chaque sept jours.

Le «phénomène d'augmentation» est moins fréquent et moins sévère sous agoniste dopaminergique. La prévalence est d'environ un tiers des patients à deux ans sous pramipexole. Il n'y a pas de données pour le ropinirole. L'augmentation de la posologie ou le fractionnement en plusieurs doses améliorent parfois les symptômes, contrairement à la L-dopa. Lorsque le SJSR devient réfractaire au traitement ou lors d'effets indésirables, il faut changer d'agoniste dopaminergique, de classe médicamenteuse, ou associer plusieurs médicaments. A ce stade, il est conseillé d'adresser le patient à un neurologue.

Les autres agonistes dopaminergiques (cabergolide, pergolide) sont également efficaces dans le SJSR mais ne sont plus recommandés en raison de leurs effets secondaires (valvulopathie cardiaque).

D'une façon générale, les agents dopaminergiques sont à utiliser avec prudence chez les patients âgés en raison de leurs effets secondaires. Ils doivent être débutés à plus faible dose que chez l'adulte et augmentés très progressivement. Les principaux effets secondaires sont des troubles gastro-intestinaux (nausée, constipation), une somnolence diurne, une hypotension artérielle, des vertiges, un état confusionnel, et des troubles du comportement (hyperphagie, hypersexualité, jeu pathologique). L'adjonction de dompéridone, 30 minutes avant la prise, permet de diminuer ces effets secondaires.

Antiépileptiques

La gabapentine est une alternative de choix, surtout en cas de symptômes intenses ou douloureux. La posologie de départ est de 100 mg, comme chez l'adulte, à augmenter très progressivement en plusieurs prises par jour jusqu'à diminution des symptômes. Les principaux effets secondaires rencontrés sont une somnolence et des vertiges.

D'autres antiépileptiques (carbamazépine, dépakine, topiramate) ont montré une certaine efficacité mais ne sont pas recommandés vu leurs effets secondaires.

Opioides

Plusieurs opioïdes sont efficaces dans le SJSR (codéine, tramadol, oxycodone, morphine, méthadone), mais sont plutôt utilisés à la demande, lors de symptômes intermittents, en association, ou en cas d'échec d'un autre traitement.

Benzodiazépines

Les benzodiazépines avant le coucher peuvent être utiles chez les patients présentant des troubles du sommeil. Compte tenu de leurs nombreux effets secondaires (dépendance, risque augmenté de chutes, d'état confusionnel et de troubles cognitifs), elles sont à éviter chez les personnes âgées.

CONCLUSION

Le SJSR est un syndrome fréquent, dont le diagnostic est essentiellement clinique, mais qui reste pourtant souvent méconnu chez les personnes âgées. La prise en charge est symptomatique, reposant sur les agents dopaminergiques qui permettent d'améliorer le sommeil et la qualité de vie de la majorité des patients âgés qui en sont atteints. ■

Implications pratiques

- Un trouble du sommeil ou des douleurs dans les membres inférieures doivent faire suspecter un syndrome des jambes sans repos (SJSR)
- Une carence martiale doit être recherchée et traitée systématiquement
- La L-dopa ne doit être utilisée que dans le SJSR intermittent, compte tenu du «phénomène d'augmentation»
- Les agonistes dopaminergique (pramipexole et cabergolide) sont le traitement de première intention dans le SJSR quotidien
- Les effets secondaires des dopaminergiques sont majorés chez les patients âgés (troubles digestifs, hypotension artérielle, vertiges, état confusionnel, etc.)

Adresses

Dr Stéphane Biselx, Département de gériatrie
Pr Joseph Ghika, Service de neurologie
Réseau Santé Valais, 1950 Sion

Dr Stéphane Biselx, Pr Christophe Büla
Service de gériatrie et réadaptation gériatrique
Département de médecine
Pr Joseph Ghika, Service de neurologie
Département de médecine interne
CHUV, 1011 Lausanne

Dr Stéphane Biselx, Pr Christophe Büla
CUTR Sylvana, 1066 Epalinges

Bibliographie

- 1 * Hening W, Walters AS, Allen RP, et al. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome in a primary care population: The REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. *Sleep* Med 2004;5:237-46.
- 2 Sforza E, Cervena K. Syndrome des jambes sans



- repos et traitement psychiatrique. Rev Med Suisse 2006; 2:2108-14.
- 3** Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. Arch Intern Med 2005; 165:1286-92.
- 4** Cuellar N, Strumpf N, Ratcliffe S. Symptoms of Restless legs syndrome in older adults: Outcomes on sleep quality, sleepiness, fatigue, depression and quality of life. JAGS 2007; 55:1387-92.
- 5** ** Allen RP, Picchiatti D, Hening WA, et al. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National institute of health. Sleep Med 2003; 4:101-19.
- 6** Montplaisir J, Boucher S, Poirier G, et al. Clinical, polysomnographic, and genetic characteristics of restless legs syndrome: A study of 133 patients diagnosed with new standard criteria. Mov Disord 1997; 12:61-5.
- 7** Phillips B, Youg T, Finn L, et al. Epidemiology of restless legs symptoms in adults. Arch Intern Med 2000; 160:2137-41.
- 8** O'Keeffe ST, Gavin K, Lavan JN. Iron status and restless legs syndrome in the elderly. Age Ageing 1994; 23:200-3.
- 9** Merlino G, Fratticci L, Valente M, et al. Association of restless legs syndrome in type 2 diabetes: A case-control study. Sleep 2007; 30:866-71.
- 10** Gomez-Esteban J, Zarranz J, Tijero B, et al. Restless legs syndrome in Parkinson's disease. Mov Disord 2007; 13:1912-6.
- 11** ** Silber M, Ehrenberg B, Allen R, et al. An algorithm for the management of restless legs syndrome. Mayo Clin Proc 2004; 79:916-22.
- 12** ** Amateis C, Büla C. Insomnies chez les personnes âgées: quelle approche? Rev Med Suisse 2007; 3: 2537-41.
- 13** * Hening WA, Allen RP, Earley C, et al. An update on the dopaminergic treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. Restless legs syndrome task force of the standards of practice committee of the American academy of sleep medicine. Sleep 2004; 27:560-83.
- 14** Paulus W, Trenkwalder C. Less is more: Pathophysiology of dopaminergic-therapy-related augmentation in restless legs syndrome. Lancet Neurol 2006; 5:878-86.
- * **à lire**
** **à lire absolument**