

Le syndrome des jambes sans repos

Docteur Jean-Michel Issartel

Impatiences, insomnies, sommeil non réparateur, fatigue chronique... Des manifestations qui, prises isolément, peuvent sembler anodines doivent faire penser à ces affections méconnues que sont le syndrome des jambes sans repos ou celui des mouvements périodiques du sommeil.

Dans le précédent numéro de Spasmagazine, je rapportais le cas de Stanislas qui avait souffert vingt ans durant de fatigue chronique intense et d'épuisement avant que le diagnostic de syndrome des mouvements périodiques du sommeil ne soit posé. Ces vingt années d'errance montrent la complexité diagnostique de ces affections peu évoquées et qui n'ont été reconnues que relativement récemment. Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est distinct de celui des mouvements périodiques du sommeil (MPS) mais les deux sont étroitement imbriqués puisque 80% des patients souffrant de SJSR souffrent également de SMPS. C'est au premier de ces deux syndromes que nous nous intéresserons dans cet article pour revenir, dans un prochain numéro de Spasmagazine, sur les caractéristiques propres aux mouvements périodiques du sommeil dont souffrait Stanislas.

Le SJSR pourrait se résumer ainsi : il provoque des sensations désagréables des jambes lorsque le patient est au repos et immobile, le plus souvent le soir et la nuit. Ces sensations obligent ledit patient à bouger, le gênent pour s'endormir et parfois même le réveillent.

Le diagnostic du SJSR repose sur quatre éléments nécessairement associés : des paresthésies provoquant des compulsions au mouvement, lesquelles se manifestent quand le sujet est au repos ; des douleurs qui se manifestent le soir et que seul le mouvement soulage.

1. Un besoin impérieux de bouger les membres inférieurs auquel s'ajoutent des sensations diverses de type impatiences, fourmillements, picotements, brûlures, engourdissements, démangeaisons... Ces paresthésies sont désagréables, difficilement tolérables mais rarement perçues comme douloureuses. Elles touchent surtout les mollets, un peu les cuisses, en général des deux côtés, plus rarement les avant-bras. Elles disparaissent ou s'estompent lorsque l'attention du patient est retenue par un jeu, une conversation ou un spectacle.
2. Des compulsions maximales au repos, en position allongée ou assise, ce qui rend pénibles les voyages, les repas au restaurant...
3. Une douleur soulagée par le mouvement. Rester immobile devenant insupportable, le patient s'étire, bouge sur place, se masse et se met à marcher, ce qui le calme. Ces mouvements l'apaisent plus ou moins durablement mais il arrive que la gêne réapparaisse sitôt le mouvement terminé, poussant le patient à déambuler parfois des nuits entières. Quand marcher ne suffit pas, il peut trouver un certain soulagement en se passant les jambes sous l'eau froide.
4. Des symptômes qui se manifestent principalement le soir, surtout au début (avec le temps, les compulsions à bouger peuvent en effet faire leur apparition à tout moment

de la journée). Cette caractéristique explique les insomnies et les difficultés d'endormissement décrites par les patients atteints de SJSR qui, gênés par leurs douleurs nocturnes, sont obligés de se relever plusieurs fois pour faire les cent pas avant de pouvoir enfin s'endormir. Certains se plaignent également de réveils nocturnes. Pour d'autres, les troubles cessent le soir mais endormissement et sommeil restent perturbés. Dans tous les cas, il résulte une fatigue et une somnolence diurnes difficiles à supporter.

Une affection chronique, à fort caractère familial et qui touche davantage les femmes que les hommes.

En règle générale, les crises surviennent quelques jours par mois. Si l'on s'en tient aux patients présentant au moins cinq crises par mois, on estime qu'environ 8 à 10% de la population adulte souffre du SJSR.

En revanche, le fait qu'un parent au premier degré (père, mère, frère, sœur) soit atteint augmente considérablement les statistiques puisque le syndrome est alors retrouvé dans 60% des cas.

Par ailleurs, le SJSR touche davantage les femmes que les hommes : la population atteinte est constituée de deux femmes pour un homme.

Le SJSR serait d'origine génétique mais des carences ainsi que la consommation de certains aliments ou médicaments entrent également en ligne de compte.

La fréquence des cas familiaux fait pencher pour la thèse d'une affection d'origine génétique dans laquelle plusieurs gènes seraient impliqués. En 2006, on décrit trois zones du chromosome 12 corrélées au syndrome. Y serait associé un trouble du métabolisme du fer. De nombreux autres facteurs entrent également en ligne de compte, parmi eux : la grossesse, l'insuffisance rénale sévère, le diabète, certaines maladies neurodégénératives, les médicaments antidépresseurs, les neuroleptiques, les inhibiteurs calciques, les médicaments contre l'asthme contenant de la théophylline, la consommation de thé, de café et même de chocolat (dommage pour les spasmophiles...). A titre personnel, j'ajouterais l'ibuprofène.

On note également un lien avec les carences en vitamines B et D ainsi qu'en minéraux.

Un dérèglement de la production de dopamine pourrait expliquer le SJSR

L'explication la plus couramment évoquée concerne la dopamine. Les neurones communiquent entre eux grâce à des messagers chimiques appelés neurotransmetteurs parmi lesquels on trouve la dopamine. Ces messagers sont fabriqués et libérés essentiellement au voisinage d'autres neurones munis de récepteurs spécifiques lesquels sont activés par la dopamine. Un trouble dans la production de dopamine expliquerait donc ces « ratés de transmission » qui caractérisent le syndrome. Pourtant, les méthodes permettant de doser la dopamine dans le liquide céphalo-rachidien ou d'évaluer les circuits dopaminergiques ne montrent rien de particulier.

En revanche, une étude récente publiée par des chercheurs d'Atlanta* propose une hypothèse originale. Une perturbation d'un circuit dopaminergique allant de la partie postéro-inférieure de l'hypothalamus vers les cornes postérieures de la moelle épinière a été observée chez des rats et des souris présentant à la fois un déficit en récepteurs de dopamine et une hyperactivité. Le SJSR serait donc une sorte « d'hyper-sensibilité de la moelle épinière ». A suivre... particulièrement pour les spasmophiles...

Une évolution assez peu prévisible

Le SJSR est le plus souvent une affection chronique dont l'expression fluctue avec le temps. L'intensité des symptômes varie de façon imprévisible, avec une alternance des périodes d'exacerbation et de rémission. Cela dit, cette affection reste rare dans l'enfance, débute en moyenne vers 27 ans et tend à s'aggraver (en fréquence et en intensité) avec l'âge.

Le traitement repose sur des recommandations alimentaires et comportementales mais peut inclure une nouvelle génération de médicaments agissant sur la dopamine.

Il faut d'abord rechercher une cause durable, en particulier une carence en fer (dont nous avons vu plus haut qu'elle était très souvent associée au syndrome) et en soigner l'origine.

On recommande également de limiter la consommation de thé, de café, de chocolat et d'alcool mais aussi d'effectuer des tâches mentales au repos.

Pour les formes sévères que ces prescriptions ne suffisent pas à soulager, on se tourne vers les médicaments. Les benzodiazépines, particulièrement le Clonazépam (Rivotril) font très rapidement preuve d'une grande efficacité mais pas de façon durable. On les utilise donc principalement lors de la mise en route du traitement et en cures brèves cas de crises intenses. La principale stratégie médicamenteuse est le recours aux agonistes dopaminergiques (molécules qui stimulent le taux de dopamine dans le système nerveux) dont un seul à ce jour a reçu une AMM dans l'indication du traitement du SJSR : le Ropinirole (Réquip et Adartrel). D'autres dopaminergiques sont à l'étude. On peut également utiliser des morphiniques et certains anti-épileptiques.

Les recherches actuelles sur le syndrome des jambes sans repos et son traitement, la médiatisation dont cette affection commence à faire l'objet devraient permettre d'apporter une solution à de nombreux patients qui souffrent depuis des années sans que la médecine puisse leur venir en aide. Cela dit, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir dans la connaissance de cette maladie (repérer les sujets sensibles, développer les moyens diagnostiques...). Pour finir, l'émergence de toute une série de pathologies à la fois proches et distinctes (fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, syndrome des mouvements périodiques du sommeil, syndrome des jambes sans repos...) m'amènent à m'interroger sur le lien entre ces maladies et ce qu'elles expriment pour les êtres qui en souffrent et à me demander dans quelle mesure un travail approfondi sur soi pourrait aider ces patients à se libérer de leurs symptômes ou à les « apprivoiser »...

*références de l'étude d'Atlanta

Lexique

Benzodiazépine

AMM : autorisation de mise sur le marché

...