

Rechercher des causes (formes secondaires du SJSR) et des conditions associées. Par Pierre Krystkowiak (CHRU de Lille).

Le SJSR est soit «primaire» ou «idiopathique», soit «secondaire» ou «symptomatique» d'autres pathologies. Bien que le SJSR soit le plus souvent primaire, il convient néanmoins de rechercher les formes secondaires, tout du moins les plus fréquentes, car le traitement de certaines pathologies causales peut conduire à la guérison du SJSR (alors que les formes primaires ne sont pas curables). Les formes secondaires débutent volontiers après 45 ans et évoluent plus rapidement vers une atteinte chronique. Ceci est à rapprocher du mode évolutif des formes idiopathiques sporadiques (par opposition à «familiales») décrites par l'équipe de R. Allen.

Parmi ces formes secondaires (Tableau 1), 5 causes particulièrement fréquentes sont à rechercher en priorité :

1. Les formes iatrogènes (2,7) : inhibiteurs de recapture de la sérotonine, antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, antihistaminiques, lithium, xanthines, inhibiteurs calciques.
2. Le SJSR est présent jusque dans 43% des carences martiales, avec ou sans anémie, où la sévérité des symptômes semble inversement corrélée à la ferritinémie (39-41). Dans une étude récente (De Koker et al, *Mov Disord* 2005 ;20;suppl 10: P208), De Koker *et al.* suggèrent que le dosage de la transferrine pourrait être un meilleur marqueur du statut martial que la ferritine. Rappelons que la ferritine est la protéine chargée du stockage du fer alors que la transferrine est celle chargée de son transport.
3. L'insuffisance rénale chronique : 20 à 57% des patients sous hémodialyse souffrent d'un SJSR (56). La transplantation rénale est généralement suivie d'une amélioration substantielle des symptômes (voire d'une disparition) dans les 3 semaines qui suivent celle-ci (56). La présence d'un SJSR serait un signe de mauvais pronostic chez ces patients, entraînant une surmortalité dans les 2 à 5 ans (57). Une diminution des réserves en fer serait également impliquée.
4. 11 à 27% des grossesses sont concernées ; dans une étude menée chez 30 femmes enceintes, la prévalence du SJSR est passée de 0% avant la grossesse à 23% pendant le 3e trimestre avec une résolution des symptômes chez la quasi totalité des femmes dans les 4 semaines suivant l'accouchement (58). Cependant, certaines femmes voient leur affection évoluer vers une forme chronique de SJSR. Comparées aux femmes sans SJSR, les femmes se plaignant de SJSR avaient un taux de ferritine plus bas et surtout un taux de folates sanguins très abaissé.
5. La présence d'une polyneuropathie comportant en général une atteinte axonale (37% des cas de maladie de Charcot-Marie-Tooth de type 2) (59). Il s'agit en général de formes sensibles infracliniques et les patients se plaignent plus volontiers de brûlures nocturnes des jambes (Polydefkis M, Allen R, Hauer P, Earley C, Griffin J, McArthur J. Subclinical sensory neuropathy in late-onset restless legs syndrome. *Neurology* 2000;55:1115-1121). D'après une étude française récente, le SJSR est sous diagnostiqué chez les patients présentant une neuropathie (60), alors qu'il peut co-exister chez la moitié d'entre eux. Le SJSR doit donc être recherché chez tout patient présentant une neuropathie périphérique douloureuse afin de

pouvoir mettre en place un traitement adapté car l'administration d'un antidépresseur tricyclique, souvent prescrit dans les douleurs neuropathiques, peut aggraver les symptômes liés au SJSR, conduisant finalement à un échec thérapeutique.

Dans les cas 2, 3 et 4, il semble que ce soit l'hypoferritinémie qui contribue aux symptômes. En effet, la sévérité des impatiences peut être proportionnelle à la ferritinémie. Et même si les taux de ferritine sont normaux dans le sang, ils peuvent être effondrés dans le liquide céphalorachidien, traduisant un transfert déficient du fer vers le système nerveux central.

Mentionnons également le diabète, les pathologies médullaires et la polyarthrite rhumatoïde. Les patients atteints de maladie de Parkinson peuvent souffrir de SJSR dans 20% des cas, en particulier s'ils sont insuffisamment traités la nuit par les médicaments dopaminergiques ou s'ils ont une ferritinémie abaissée. Cependant, rien ne permet d'affirmer que le SJSR prédispose à la maladie de Parkinson (Ondo et al, Arch Neurol 2002).

Le SJSR est en fait associé à un grand nombre de maladies (Tableau 1). Cependant, ces conditions associées n'ont pas toujours fait l'objet d'études systématiques, et pour certaines, compte tenu de leur prévalence élevée, la spécificité de ces observations reste (...) [Lire la suite de l'article](#).

Impatiences de primo-décubitus. Par **Philippe Blanchemaison** (Paris)

Vanessa, hôtesse de l'air de 31 ans, se présente à votre cabinet. Elle se plaint d'une sensation de jambes lourdes, aggravée en fin de journée, et particulièrement au retour de longs trajets en avion. Elle se plaint également de «sensations bizarres» dans les jambes, perçues comme des agacements, «d'énervements dans les jambes», d'impatiences entraînant un inconfort pouvant l'obliger à se lever. Elle a utilisé également le terme de «jambes folles».

L'interrogatoire

Vous lui faites préciser par l'interrogatoire que ces «jambes lourdes» ont une sémilogie veineuse, c'est-à-dire qu'elles sont aggravées en fin de journée, et majorées par les stations debout prolongées et les longs trajets en avion. Elles ne s'accompagnent pas de gonflements des pieds ou des chevilles, mais sont soulagées par la marche et la station assise ou allongée jambes surélevées.

En ce qui concerne les «sensations bizarres», les sensations d'impatiences et d'agacements dans les jambes, vous lui faites préciser qu'elles sont accompagnées d'un besoin impérieux de les bouger, l'obligeant à se lever pour les soulager. Ces impatiences surviennent toujours au repos, le soir ou la nuit, et s'accompagnent de mouvements involontaires des membres inférieurs. Ces sensations d'impatiences sont suffisamment intenses pour perturber son sommeil entraînant une fatigue chronique dans les journées qui suivent leur survenue.

L'examen clinique

L'examen clinique recherche des signes d'insuffisance veineuse : varicosités, varices, œdème, troubles trophiques. Les veines saphènes ne sont pas palpables. Il n'existe pas de facteur de risque d'insuffisance veineuse en dehors d'une prise de contraceptif oral. Aucune grossesse,

pas d'antécédent de thrombose veineuse profonde, pas de tabac, pas de syndrome prémenstruel. L'examen neurologique est normal : pas de diminution des réflexes, pas de trouble sensitivo-moteur.

Bilan de l'examen

Cette jeune femme présente des lourdeurs de jambes dont la sémiologie évoque une insuffisance veineuse chronique (IVC), mais sans facteur de risque en dehors d'un traitement hormonal, et sans signe clinique associé. D'autre part, ces «sensations bizarres», ces «impatiences» entrent dans le cadre d'un syndrome des jambes sans repos (SJSR).