

## **Syndrome des jambes sans repos : précautions périopératoires**

Isabelle Arnulf<sup>1</sup> et Matthieu Raux<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service des Pathologies du Sommeil, et <sup>2</sup>Service d'Accueil des Urgences, Pôle pneumologie–réanimation-anesthésie-gériatrie-urgences-sommeil, Hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière, Université Pierre et Marie Curie, Paris

### **Auteur correspondant:**

Isabelle Arnulf, Service des Pathologies du Sommeil  
Hôpital Pitié-Salpêtrière, 47-83 Boulevard de l'Hôpital  
75651 PARIS Cedex 13  
Email: [isabelle.arnulf@aphp.fr](mailto:isabelle.arnulf@aphp.fr)

### **Une maladie fréquente**

Le syndrome des jambes sans repos (ou syndrome de Willis-Ekbom, ou syndrome d'impatiences musculaires à l'éveil) est une maladie neurologique sensitivo-motrice fréquente : 2% de la population en souffre quotidiennement.<sup>1</sup> La maladie est encore peu connue des praticiens, et prise en charge par les neurologues et les médecins du sommeil. La maladie est d'origine génétique : elle est fortement associée à 4 gènes du développement des membres, plus présents chez les sujets caucasiens.<sup>2-4</sup> Les personnes de plus de 50 ans, les femmes et les sujets en carence martiale (insuffisance rénale, grossesse, multiparité) sont plus souvent touchés.<sup>5</sup> En effet, la carence martiale exacerbe les symptômes chez les sujets prédisposés. C'est un syndrome pénible, douloureux, insomniant, altérant la qualité de vie,<sup>6</sup> induisant de la fatigue diurne, un surrisque d'hypertension artérielle,<sup>7</sup> mais il n'y a pas de risque vital ni d'évolution vers une maladie neurodégénérative. Il existe des formes intermittentes et des formes chroniques.

### **Une clinique typique, différentes douleurs de jambes d'origine veineuse, artérielle ou rhumatologique**

Les patients affectés par le syndrome des jambes sans repos éprouvent le besoin impérieux de bouger les jambes au repos (assis ou allongé), souvent accompagné de paresthésies (sensations de tension ou de décharge électrique) voire de douleurs des jambes.<sup>8</sup> Ce besoin irrésistible de bouger survient avec prédilection le soir ou la nuit ; il est transitoirement calmé par la marche ou les mouvements rapides répétés. Dans les cas sévères, le syndrome provoque une insomnie organique<sup>9</sup> et des secousses involontaires des jambes pendant l'éveil (« mes jambes sautent » disent les patients). Les patients marchent de façon prolongée la nuit pour calmer leurs jambes, piétinent, ou essaient de s'absorber

dans des tâches à la fois physiques et mentales. Les personnes affectées sont contraintes à agiter les jambes, à se lever et à marcher lorsqu'elles sont assises au théâtre, en avion, dans des diners prolongés, et surtout allongées dans leur lit au moment de s'endormir. Pendant le sommeil, on peut souvent voir les mouvements involontaires continuer de façon périodique, toutes les 30 secondes.<sup>10</sup> Le syndrome se distingue des douleurs arthrosiques, artérielles ou veineuses par sa survenue élective au repos, et son amélioration rapide à la marche. Il se distingue des autres douleurs neuropathiques par son horaire (vespéral et nocturne), sa topographie (non systématisée, touchant électivement les mollets)<sup>11</sup>, l'absence d'émoussements des sensations et une absence d'amélioration (et souvent une aggravation) avec les antidépresseurs).

### **Traitement**

Dans les formes modérées à sévères, qui affectent les patients quasi quotidiennement, le traitement est basé sur les agonistes dopaminergiques (pramipexole, tels Sifrol®,<sup>12</sup> ropinirole tels Requip® ou Adartrel®, rotigotine ou Neupro®,<sup>13</sup> peribedil ou Trivastal®), les opiacés (antalgiques de niveau 2 et 3, codéine, tramadol, oxycodone, morphine, fentanyl, méthadone) et la prégabaline/gabapentine<sup>14</sup> pris régulièrement 2 à 3 h avant le coucher.<sup>15</sup> Dans les cas légers, on conseille des horaires de coucher réguliers, l'abstention de café et de vin blanc trop tardive, la correction d'une hypoferritinémie (la normale pour ce syndrome est au-dessus de 75mg/l), et de la codéine ou du tramadol occasionnels.

### **Exacerbation du syndrome des jambes sans repos en période périopératoire.**

Il existe un fort risque d'exacerbation aiguë du syndrome, d'origine iatrogène, en période périopératoire : l'exacerbation est temporo-spatiale, avec des douleurs généralisées, des mouvements brutaux involontaires et une agitation continue avec akathasie peuvent

compromettre le geste opératoire ou ses suites.<sup>16</sup> Les patients décrivent des sensations suicidaires, le besoin impérieux de bouger même et surtout si on les contraint à une immobilité forcée, tel qu'elle est requise lors du port d'une sonde rénale double J, lors d'une phacectomie ou d'un geste en cours, l'interruption du traitement dopaminergique oral, la perte en fer, l'immobilisation forcée, l'usage inapproprié d'agents antidopaminergiques (par exemple le dropéridol ou les phénothiazines) ou d'autres médicaments contre-indiqués dans ce syndrome (hydroxyzine, antidépresseurs) causent ces exacerbations.

### **Prévention des exacerbations**

Des mesures simples peuvent les prévenir : ne jamais utiliser chez ces personnes l'hydroxyzine (Atarax®), le dropéridol (Droleptan®) et les autres agents antidopaminergiques, utiliser des opiacés et des benzodiazépines en périopératoire, renforcer le traitement dopaminergique en postopératoire (voire utiliser des formes transcutanées, type rotigotine [Neupro® patch 4 mg/j]), et surveiller (et compenser si besoin) les réserves martiales avant et après chirurgie.

**Table :** Précautions périopératoires pour réduire le risque d'exacerbation de la symptomatologie chez un patient affecté par le syndrome des jambes sans repos

Précautions	Propositions alternatives
<p><b>En préanesthésie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter les neuroleptiques et dérivés sédatifs ou antiémétiques à propriétés antidopaminergiques centrales : <ul style="list-style-type: none"> <li>- hydroxyzine (Atarax®)</li> <li>- alimémazine (Théralène®)</li> <li>- prométhazine (Phenergan®)</li> <li>- métopimazine (Vogalène®)</li> <li>- métoclopramine (Primpéran®)</li> </ul> </li> <li>• Ne pas interrompre l'agoniste dopaminergique</li> </ul> <p><b>Pendant l'anesthésie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter les neuroleptiques et dérivés : pas de dropéridol (Droleptan®)</li> <li>• Utiliser des dérivés morphiniques, en patch ou en parentéral</li> </ul> <p><b>Après l'anesthésie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usage de dérivés morphiniques, en patch ou en parentéral</li> <li>• Reprise dès que possible des agents dopaminergiques, à plus forte dose qu'avant</li> <li>• S'il y a eu une perte sanguine : contrôler la ferritinémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agent sédatif : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clonazépam (Rivotril®)</li> </ul> </li> <li>• Agent antiémétique : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dompéridone (Motilium®)</li> <li>- Odansétron (Zophren®)</li> </ul> </li> <li>• Si la voie orale doit être transitoirement suspendue, utiliser un patch transcutané de rotigotine (Neupro®)</li> <li>• Propofol (Diprivan®)</li> <li>• Si la ferritinémie est inférieure à 75 µg/ml, prévoir une ordonnance de fer oral pour un mois. Dans les cas sévères, perfuser 300 mg de fer injectable sur 3-4 heures (commencer par une dose test de 50 m)</li> </ul>

## References

1. Tison F, Crochard A, Léger D, Bouée S, Lainey E, El Hasnaoui A. Epidemiology of restless legs syndrome in French adults. *Neurology* 2005;65:239-246.
2. Winkelmann J, Polo O, Provini F, et al. Genetics of restless legs syndrome (RLS): State-of-the-art and future directions. *Mov Disord* 2007;22 Suppl 18:S449-458.
3. Schormair B, Kemlink D, Roeske D, et al. PTPRD (protein tyrosine phosphatase receptor type delta) is associated with restless legs syndrome. *Nature Genetics* 2008;40:946-948.
4. Winkelmann J, Schormair B, Lichtner P, et al. Genome-wide association study of restless legs syndrome identifies common variants in three genomic regions. *Nat Genet* 2007;39:1000-1006.
5. Trenkwalder C, Paulus W, Walters AS. The restless legs syndrome. *Lancet Neurol* 2005;4:465-475.
6. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005;165:1286-1292.
7. Batool-Anwar S, Malhotra A, Forman J, Winkelman J, Li Y, Gao X. Restless legs syndrome and hypertension in middle-aged women. *Hypertension* 2011;58:791-796.
8. Karroum E, Golmard JL, Leu-Semenescu S, Arnulf I. Painful restless legs syndrome: a severe, burning form of the disease *Clin J Pain* 2014;In press.
9. Arnulf I, Konofal E, Gauthier C, Chedru F. Severe restless legs syndrome presenting as intractable insomnia. *Neurology* 2004;62:Letter, E19.
10. Manconi M, Ferri R, Zucconi M, et al. Dissociation of periodic leg movements from arousals in restless legs syndrome. *Ann Neurol* 2012;71:834-844.
11. Karroum EG, Leu-Semenescu S, Arnulf I. Topography of the sensations in primary restless legs syndrome. *J Neurol Sci* 2012;320:26-31.
12. Winkelman JW, Sethi KD, Kushida CA, et al. Efficacy and safety of pramipexole in restless legs syndrome. *Neurology* 2006;67:1034-1039.
13. Oertel W, Trenkwalder C, Benes H, et al. Long-term safety and efficacy of rotigotine transdermal patch for moderate-to-severe idiopathic restless legs syndrome: a 5-year open-label extension study. *Lancet Neurol* 2011;10:710-720.
14. Garcia-Borreguero D, Larrosa O, Williams AM, et al. Treatment of restless legs syndrome with pregabalin. A double-blind, placebo-controlled study. *Neurology* 2010;sous presse.
15. Picchietti DL, Hensley JG, Bainbridge JL, et al. Consensus clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease during pregnancy and lactation. *Sleep Med Rev* 2015;22:64-77.
16. Raux M, Karroum E, Arnulf I. Case scenario: anesthetic implications of restless legs syndrome. *Anesthesiology* 2010;112:1511-1517.