



**HAL**  
open science

## Enquête sur la prise en charge du syndrome des jambes sans repos par les médecins généralistes picards en 2016

Laure Martin

► **To cite this version:**

Laure Martin. Enquête sur la prise en charge du syndrome des jambes sans repos par les médecins généralistes picards en 2016. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01760916

**HAL Id: dumas-01760916**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760916v1>**

Submitted on 6 Apr 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2017

N° 2017-19

**ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DES  
JAMBES SANS REPOS  
PAR LES MEDECINS GENERALISTES PICARDS EN 2016.**

THESE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)  
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 MARS 2017  
A AMIENS PAR  
Laure MARTIN

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Membres du jury : Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE

Madame le Docteur Aurélie BASILLE-FANTINATO

Directrice de thèse : Madame le Docteur Hauria KHEMLICHE



# REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

*Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON*

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier*

*(Physiologie)*

*Chef du Service des Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux*

*Pôle Autonomie*

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, après avoir été l'un de mes premiers professeurs.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance d'avoir accepté de juger ce travail.

Mes juges,

*Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK*

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant*

*(Pharmacologie fondamentale clinique)*

*Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS*

*Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique*

*Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations*

*Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

Vous me faites le grand honneur d'accepter de prendre part au jury de cette thèse et de juger ce travail.

Soyez assuré de ma haute reconnaissance et de mon sincère respect.

*Madame le Professeur Claire ANDREJAK*

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Pneumologie)*

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie du jury de cette thèse et de juger mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères et de mon profond respect.

*Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE*

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Anesthésie-Réanimation)*

Vous me faites le grand honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse et de juger mon travail.  
Soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

*Madame le Docteur Aurélie BASILLE-FANTINATO*

*Praticien Hospitalier  
(Neurologie)*

Vous me faite l'honneur d'accepter de prendre part au jury de cette thèse et de juger mon travail.

Veillez recevoir l'expression de ma gratitude et de ma sincère reconnaissance.



*A ma directrice de thèse,*

*Madame le Docteur Hauria KHEMLICHE  
Praticien Hospitalier  
Responsable centre du sommeil GHPSO site de Senlis*

Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse.  
Merci de m'avoir guidée dans la réalisation de ce travail, pour la confiance que tu m'as accordée, pour ton soutien et tes précieux conseils.  
Sois assurée de ma profonde considération, de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A mes parents,  
Sans vous, rien n'aurait été possible. Merci pour votre amour, votre soutien dans mes études, mon travail et dans ma vie. Je vous aime.

A mon grand frère Rémy,  
Merci pour tous ces bons moments passés avec toi. Merci à Julie de rendre mon frère si heureux. Merci à mon neveu Noa et à ma nièce Lana que j'aime tant.

A ma petite sœur Alice,  
Merci d'être toujours à mon écoute, pour tes conseils et nos fous rires si précieux. Merci Maxime d'être entré dans sa vie, toi qui suis la merveilleuse voie de la médecine.

A mes grand-mères Yvonne et Lili,  
Merci pour votre amour et tous ces merveilleux souvenirs en famille.

A la mémoire de mes grands-pères Roger et Roland,  
Vous me manquez tellement.

A Clémentine,  
Mon amie, toi qui me supporte depuis tellement d'années, qui es toujours là pour moi. Merci pour ton aide si précieuse et tes conseils. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble, et pour tous ceux à venir. Merci à Mickaël qui rend mon amie si heureuse et pour cette belle amitié naissante.

A Mathilde,  
Mon amie, toi qui as su trouver les mots, toi qui m'as permis de me surpasser. Merci pour ta joie de vivre, et de m'avoir fait découvrir tellement de belles choses. Merci à Thierry d'avoir accepté de m'accueillir tant de fois, merci pour cette si belle amitié.

A Carine et Dalila,  
Vous m'avez appris tellement et m'apprenez toujours autant, sur ce si beau métier de médecin. Merci de partager vos valeurs avec moi. Merci de m'avoir épaulée et de faire partie de ma vie. Vous êtes tellement plus que mes chefs et collègues.

A Nadine,  
Merci ma petite Nadine de m'accueillir tous les jours avec ton sourire. Merci pour ta gentillesse et le temps que tu m'as accordé pour ce travail.

A Stéphanie,  
Mon sénior avec qui les gardes devenaient si plaisantes. Merci pour tout ce que tu m'as appris et de m'avoir accordé ta confiance qui m'aide à grandir.

A mes collègues devenues amies,  
Aurore et Pauline, merci pour votre sincère amitié. A Florence F., Florence P., Véronique, Sylvie, Valérie, l'équipe de pédiatrie, vous m'avez soutenue ces six mois et me supportez encore ! Merci pour votre soutien, vos conseils, sans vous ce stage n'aurait pas eu le même sens. Toutes les personnes rencontrées au cours de mes stages et qui m'ont apporté tant de bonnes choses. Merci Lysiane et Vanessa (nos pauses thé me manquent), l'équipe du CHU pour tous ces bons moments.

A mes amis,

Thibaut et Claire, Cécile, Nicolas et Lucas. Aline merci d'être toujours présente dans ma vie après tant d'années. A Simone, Myriam, Cécile B., les copines de fac. Merci Charlotte d'avoir rendu mon stage au CHU si agréable, merci pour ton sourire et ta joie de vivre.

A ma famille,

Merci pour tous ces bons moments passés avec vous. Merci Virginie de m'avoir montré la voie de la médecine, pour tes conseils et tous nos délires.

A Jennifer et Louis,

Mes premiers internes officieux et bientôt officiels, pour votre bonne humeur et vos chants inoubliables. Il me tarde d'assister à vos thèses !

A Monsieur le Professeur OUAYOUN,

Merci pour vos précieux conseils et le temps que vous m'avez accordé pour réaliser ce travail.

# SOMMAIRE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCTION.....                               | 16 |
| I- GENERALITES: .....                           | 18 |
| 1) Historique :.....                            | 18 |
| 2) Appellations : .....                         | 19 |
| 3) Critères diagnostiques :.....                | 20 |
| 4) Symptômes et signes associés :.....          | 22 |
| 4.1. Troubles du sommeil :.....                 | 22 |
| 4.2. Mouvements périodiques des jambes :.....   | 22 |
| 4.3. Autres symptômes et signes associés :..... | 23 |
| 5) Épidémiologie : .....                        | 24 |
| 6) Facteurs favorisants : .....                 | 24 |
| 6.1. Composante familiale :.....                | 25 |
| 6.2. La carence martiale : .....                | 26 |
| 6.3. La iatrogénie :.....                       | 26 |
| 6.4. La grossesse :.....                        | 27 |
| 6.5. L'insuffisance rénale : .....              | 27 |
| 6.6. La maladie de Parkinson : .....            | 27 |
| 6.7. Les autres associations : .....            | 28 |
| 7) Physiopathologie :.....                      | 28 |
| 7.1. Le rôle du fer :.....                      | 28 |
| 7.2. La dopamine :.....                         | 30 |
| 7.3. Les facteurs génétiques : .....            | 30 |
| 8) Diagnostic de gravité : .....                | 31 |
| 9) Examens complémentaires :.....               | 32 |

|   |    |
|---|----|
| 10) Traitements : .....   | 33 |
| 10.1. Traitements non médicamenteux :.....  | 33 |
| 10.2. Traitements médicamenteux :.....  | 33 |
| 10.3. Stratégie thérapeutique :.....  | 35 |
| II – MATERIEL ET METHODES .....   | 36 |
| 1) Construction de l'étude :.....   | 36 |
| 2) Critères de sélection des médecins généralistes :.....                                 | 37 |
| 3) Le questionnaire :.....  | 37 |
| 4) Recueil et analyse des données :.....  | 38 |
| 5) Croisement des données :.....  | 38 |
| III – RESULTATS .....   | 40 |
| 1) Population étudiée :.....  | 40 |
| 2) Caractéristiques de la population étudiée :.....                                       | 40 |
| 3) Description des patients atteints du SJSR :.....                                       | 42 |
| 3.1. Nombre de patients :.....  | 42 |
| 3.2. Âge des patients souffrant du SJSR : .....   | 42 |
| 3.3. Population représentée : .....   | 43 |
| 4) Diagnostic du SJSR :.....  | 43 |
| 5) Insomnie et SJSR :.....  | 44 |
| 6) Recherche de facteurs favorisants .....  | 45 |
| 7) Examens complémentaires :.....   | 45 |
| 8) Traitement du SJSR : .....   | 46 |
| 9) Retentissement sur la qualité de vie :.....  | 47 |
| 9.1. Moyens mis en œuvre : .....  | 47 |
| 9.2. Orientation vers un spécialiste : .....  | 47 |
| 10) Concernant le traitement par agoniste dopaminergique :.....                           | 48 |
| 11) Approche des médecins souffrant eux-mêmes ou un membre de leur famille du SJSR :..... | 49 |
| 11.1. Représentation de la population de médecins souffrant du SJSR : .....               | 49 |

|   |    |
|---|----|
| 11.2. Médecins souffrant du SJSR et critères diagnostiques : .....                  | 49 |
| 11.3. Médecins souffrant du SJSR et insomnie : .....                                | 50 |
| 11.4. Médecins souffrant du SJSR et facteurs favorisants : .....                    | 50 |
| 11.5. Médecins souffrant du SJSR et examens complémentaires : .....                 | 50 |
| 11.6. Médecins souffrant du SJSR et traitement .....                                | 50 |
| 11.7. Médecins souffrant du SJSR et évaluation du handicap : .....                  | 51 |
| 11.8. Médecins souffrant du SJSR et orientation vers un confrère : .....            | 51 |
| IV – DISCUSSION .....   | 52 |
| 1) Etude des biais : .....  | 52 |
| 1.1. Biais de conception : .....  | 52 |
| 1.2. Elaboration du questionnaire : .....   | 52 |
| 2) Epidémiologie et caractéristiques des médecins interrogés : .....                | 53 |
| 3) Caractéristiques des patients souffrant du SJSR au sein de la patientèle : ..... | 54 |
| 4) Prise en charge diagnostique du SJSR : .....                                     | 54 |
| 5) SJSR et insomnie : .....   | 55 |
| 6) SJSR et facteurs favorisants : .....   | 55 |
| 7) Réalisation des examens complémentaires : .....                                  | 56 |
| 8) Traitement du SJSR : .....   | 56 |
| 9) Evaluation du handicap : .....   | 57 |
| 10) Les médecins généralistes seuls face aux patients souffrant du SJSR ? .....     | 58 |
| CONCLUSION .....  | 59 |
| ANNEXES .....   | 66 |
| ANNEXE 1 .....  | 66 |
| ANNEXE 2 .....  | 68 |
| ANNEXE 3 .....  | 72 |

## TABLE DES TABLEAUX

|  |     |
|--|-----|
| Tableau I : Prévalence du SJSR selon la revue de littérature, avant et après publication des critères IRLSSG. ....   | 244 |
| Tableau II : Syndrome des jambes sans repos et génétique. ....   | 255 |
| Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des médecins réponders en regard des données concernant les médecins généralistes installés en Picardie en 2016. .... | 411 |

## TABLE DES FIGURES

|  |    |
|--|----|
| Figure 1: Sir Thomas Willis .....  | 18 |
| Sauvages de La Croix.....  | 19 |
| Figure 3: Karl-Axel Ekblom.....  | 19 |
| Tableau I : Prévalence du SJSR selon la revue de littérature, avant et après publication des critères IRLSSG. ....   | 24 |
| Tableau II : Syndrome des jambes sans repos et génétique. ....   | 25 |
| Figure 4 : Le fer comme cofacteur pour la synthèse de la DOPA à l'origine de la dopamine .....   | 29 |
| Figure 5 : IRM cérébrale chez un patient de 70 ans souffrant du SJSR (A), en comparaison avec un patient de 70 ans sans SJSR (B). ....                                   | 30 |
| Figure 6 : Echelle de sévérité du SJSR de l'IRLSSG .....   | 31 |
| Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des médecins réponders en regard des données concernant les médecins généralistes installés en Picardie en 2016. .... | 41 |
| Figure 7: Nombre de personnes souffrant du SJSR dans la patientèle des médecins généralistes réponders .....   | 42 |
| Figure 8: Répartition des hommes et des femmes souffrant du SJSR dans la patientèle des médecins généralistes interrogés. ....   | 43 |
| Figure 9 : Critères retenus par les médecins généralistes picards pour le diagnostic de SJSR. ....   | 43 |
| Figure 10 : Recherche d'une relation entre insomnie et SJSR .....  | 44 |
| Figure 11: Modalités d'évaluation du handicap .....  | 47 |
| Figure 12: Orientation des patients souffrant du SJSR vers un spécialiste .....  | 48 |

# LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

DOPA: DihydrOxyPhénylAlanine

EMG: ElectroMyoGramme

FMC: Formation Médicale Continue

HAS: Haute Autorité de Santé

ICSD-3: the International Classification of Sleep Disorders, third edition

IRLSSG: International Restless Legs Syndrome Study Group

IRLSSGRS: International Restless Legs Syndrome Study Group Rating Scale

IRM: Imagerie par Résonance Magnétique

KRSL-QoL: Khonen Restless Legs Syndrome Quality of Life Instrument

MPJ : Mouvements Périodiques des Jambes

NIH: National Institute of Health

OMIM: Online Mendelian Inheritance in Man

RLS : Restless Legs Syndrome

SAHOS: Syndrome d'Apnées- Hypopnées Obstructives du Sommeil

SJSR : Syndrome des jambes sans repos

SNC: Système Nerveux Central

SP : Sommeil Paradoxal

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité

URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé de Picardie



# INTRODUCTION

Les médecins généralistes sont les médecins de premiers recours, connaissant leurs patients et les prenant en charge dans leur globalité. Chaque patient étant singulier, le médecin généraliste a la capacité d'écouter son patient, d'émettre des hypothèses diagnostiques et de suggérer un traitement ou l'orienter vers un spécialiste afin de proposer la prise en charge la plus adaptée. La relation médecin-malade nécessite une confiance réciproque. Un suivi régulier ainsi qu'une collaboration sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité des thérapeutiques entreprises.

Dans le cadre du Syndrome des Jambes Sans Repos (SJSR), le patient recourt en premier lieu à son médecin généraliste, chez qui il exprime des symptômes ressentis dans les membres inférieurs de différentes manières (agacement dans les jambes, décharges électriques, fourmillements, brûlures, voire douleurs) et souvent qualifiés « d'impatiences » [1]. Pourtant, malgré cette symptomatologie stéréotypée et une prévalence élevée (0.25 à 15 % de la population générale adulte), le SJSR reste sous-diagnostiqué et sous-estimé.

Face à ce constat, nous avons décidé de réaliser une étude afin d'établir un état des lieux de la pratique des médecins généralistes picards dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique du SJSR.

L'objectif primaire de cette étude est de savoir si les médecins généralistes en Picardie connaissent le SJSR et savent le prendre en charge.

L'objectif secondaire de cette étude est de savoir si les médecins généralistes en Picardie évoquent un SJSR face à une plainte d'insomnie.

Notre travail de thèse comprend :

- En premier lieu, les généralités sur le SJSR, en relatant son historique avec les premières descriptions cliniques, puis comment définir ce syndrome. Afin de mieux comprendre le SJSR, nous étudierons sa physiopathologie. Nous ferons le point sur les différents examens complémentaires à réaliser face à un SJSR, sur les approches thérapeutiques et l'évaluation du retentissement sur la qualité de vie.

- Dans un second temps, nous vous présenterons les moyens mis en œuvre pour réaliser cette étude, avec l'envoi des questionnaires aux médecins généralistes en Picardie, le recueil et l'analyse des données collectées.

- Ensuite, nous étudierons les éléments issus de notre travail et les mettrons en lien afin de répondre aux différents objectifs de l'étude.

- En discussion nous comparerons les résultats de notre étude avec ceux de la littérature, et enfin relaterons les difficultés rencontrées pour réaliser cette étude ainsi que les éventuels biais retrouvés a posteriori.

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes appuyés sur différents supports :

- ScienceDirect® D'Elsevier B.V

- PubMed, OMIM® (Online Mendelian Inheritance in Man®) de l'université Johns Hopkins

- L'ICSD-3 (International Classification Of Sleep Disorders- 3édition) de l'American Academy of Sleep Medicine

- Ainsi que sur les ouvrages disponibles à la bibliothèque universitaire d'Amiens.

Les différents articles étaient sélectionnés selon leur primauté, leur pertinence ou s'ils constituaient des recommandations issues de sociétés savantes.

# I- GENERALITES:

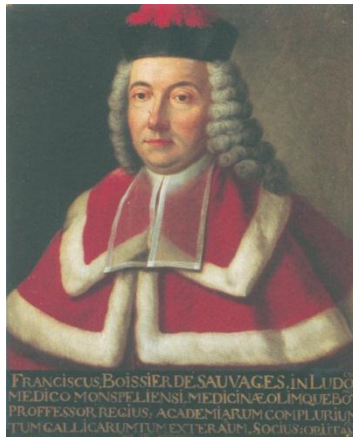
## 1) Historique :

Le syndrome des jambes sans repos a été décrit pour la première fois par Sir Thomas Willis, au 17<sup>e</sup> siècle. Il publie, en 1672, le cas d'un patient ne pouvant plus dormir face à des contractions musculaires et ressauts des membres [2; 3]. Celui-ci proposait déjà un traitement par opiacés.



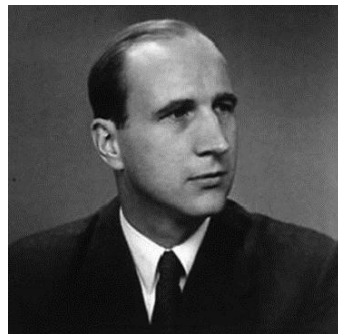
**Figure 1: Sir Thomas Willis**

Puis, au 18<sup>e</sup> siècle, François Boissier de Sauvages de La croix, médecin de la faculté de Montpellier, publie une classification des mouvements anormaux dans laquelle nous retrouverons un état d'impatience des membres inférieurs qu'il nommera « inquiétude des pieds » [1; 4].



**Figure 2: François Boissier de Sauvages de La Croix**

C'est en 1945, que Karl-Axel Ekbom (1907-1977) effectuera son travail de thèse sur « Les jambes sans repos : étude clinique d'une maladie des jambes jusqu'alors négligée, caractérisée comme des paresthésies particulières ». Il mettra l'accent sur une prévalence élevée et une méconnaissance de la maladie. Le SJSR sera longuement connu sous le terme de Syndrome d'Ekbom [1; 5]. La désignation du SJSR par maladie de Willis-Ekbom rend toujours hommage aux créateurs de cette entité nosologique.



**Figure 3: Karl-Axel Ekbom**

## **2) Appellations :**

Le terme officiel retenu par l'ICSD-3 pour l'entité nosologique qui nous occupe est Restless Legs Syndrome (RLS), traduit en français par syndrome des jambes sans repos.

Il doit être préféré à d'autres appellations telles que la Maladie de Willis-Ekbom, ou le syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil.

### **3) Critères diagnostiques :**

Le diagnostic de SJSR repose sur quatre critères obligatoires définis par l'*International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG)*, publiés en 1995 [6] et revisités en 2003 auprès du *National Institute of Health des Etats-Unis (NIH)* [7] :

1- Besoin impérieux de bouger les membres inférieurs, souvent associé à des sensations inconfortables, désagréables. Les membres supérieurs et autres parties du corps sont moins concernés.

2- Apparition ou aggravation des symptômes lors des périodes de repos ou d'inactivité, particulièrement en position allongée ou assise.

3- Soulagement ou rémission des symptômes à l'effort, au moins temporairement, aussi longtemps que l'activité dure.

4- Apparition ou nette aggravation des symptômes le soir ou la nuit.

Ces quatre critères obligatoires, sensitif, circonstanciel, de soulagement et d'horaire, sont associés à des critères facultatifs [8]. Associés aux quatre critères précédemment cités, ils appuient le diagnostic de SJSR :

- Histoire familiale (une autre personne de la famille ayant présenté les mêmes symptômes).

- Réponse positive au traitement dopaminergique (le traitement par L-DOPA ou par un agoniste dopaminergique entraîne un soulagement net des symptômes).

- Présence de mouvements périodiques des membres pendant l'éveil ou le sommeil (mouvements involontaires en triple flexion, prédominant à la partie distale, retrouvés chez 80 % des patients atteints de SJSR).

*Selon l'ICSD-3 [9], les critères diagnostiques sont encore plus précis. Les critères A1, A2, A3, B et C doivent être tous présents :*

A. Impatiences au niveau des jambes, habituellement accompagnées ou considérées comme résultantes d'une sensation pénible et gênante dans les jambes. Ces symptômes doivent obligatoirement :

1. débiter ou s'aggraver au repos ou lors de périodes d'inaction (par exemple en position allongée ou assise) ;

2. être soulagés partiellement ou complètement par un mouvement de la jambe (par exemple marcher ou s'étirer) au moins aussi longtemps que dure cette activité motrice ;

3. et survenir exclusivement ou principalement en soirée ou la nuit, plutôt que pendant la journée.

B. Les sensations précédentes ne sont pas les symptômes d'une autre pathologie ou d'un problème comportemental (par exemple, des crampes dans les jambes, une gêne positionnelle, des myalgies, une stase veineuse, un œdème des jambes, une arthrite, le comportement de balancer ou taper les pieds).

C. Il doit y avoir un retentissement cliniquement significatif : ces symptômes suscitent une inquiétude ou de l'anxiété, perturbent le sommeil du patient, entraînent des troubles psychiatriques ou physiques, ou perturbent sa vie sociale, professionnelle ou scolaire, son comportement ou tout autre domaine de retentissement fonctionnel.

Les critères A1, A2 et A3 sont des caractéristiques nécessaires pour établir le diagnostic de SJSR : les sensations doivent être majorées au repos, calmées par le mouvement et survenir principalement en soirée ou pendant la nuit.

La distinction entre l'aggravation au repos (critère A1) et l'aggravation en soirée ou pendant la nuit (critère A3) est basée sur des études du rythme circadien qui montrent une aggravation la nuit, indépendamment du niveau d'activité.

Le SJSR doit être différencié des autres pathologies qui lui ressemblent (critère B).

Enfin, un SJSR cliniquement significatif est défini par des symptômes de SJSR induisant une anxiété importante chez le patient, une perturbation du sommeil ou un retentissement fonctionnel (critère C).

#### **4) Symptômes et signes associés :**

##### **4.1. Troubles du sommeil :**

Les patients souffrant du SJSR se plaignent souvent de difficultés à initier ou maintenir le sommeil, avec également une insomnie ou une somnolence diurne [10]. Il est classé parmi les troubles moteurs du sommeil dans la classification internationale des pathologies du sommeil.

La perturbation du sommeil constitue un aspect important, pénible et répandu du SJSR.

Chez les patients hospitalisés, 60 à 90 % des personnes souffrant de SJSR présentent un sommeil perturbé. Ce mauvais sommeil est habituellement le symptôme le plus préoccupant et la raison principale amenant le patient à consulter.

La fatigue ou la somnolence diurne sont également des plaintes habituelles. La somnolence n'est toutefois pas aussi sévère qu'on pourrait s'y attendre, ce qui laisse à penser qu'il existerait un hyperéveil lors du SJSR. Contrairement au syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS), les scores sur l'échelle de somnolence d'Epworth des patients souffrant de SJSR sont habituellement dans la norme, ils sont identiques ou légèrement plus élevés que ceux des groupes contrôles [9].

Les perturbations du sommeil sont corrélées à la sévérité du SJSR.

##### **4.2. Mouvements périodiques des jambes :**

Les mouvements périodiques des jambes (MPJ) peuvent survenir pendant le sommeil et pendant la veille.

Les MPJ au cours de la veille surviennent au repos et souvent à la transition entre la veille et le sommeil, perturbant l'initiation du sommeil ou sa réinstallation. Les MPJ au cours du sommeil sont souvent associés à un micro-éveil. Les MPJ surviennent le plus fréquemment en stade 1 et 2 du sommeil diminuent en stade 3 et sont plus rarement observés en sommeil paradoxal (SP). Ils sont enregistrés lors d'une polysomnographie selon une procédure internationale par des capteurs d'électromyogramme (EMG) de surface posés sur les muscles jambiers antérieurs. Leur durée varie de 0.5 à 5 secondes, une périodicité toutes les 5 à 90 secondes. Il est nécessaire d'avoir au moins 4 bouffées d'affilée pour retenir le diagnostic de MPJ.

Ces MPJ associés au SJSR provoquent ou aggravent l'insomnie d'endormissement et/ou l'insomnie de maintien de sommeil [9].

#### 4.3. Autres symptômes et signes associés :

De nombreuses études réalisées dans la population générale ou des échantillons cliniques ont montré que les troubles anxieux et de l'humeur étaient plus fréquents chez les personnes souffrant du SJSR. La plupart des études contrôlées, basées sur des évaluations valides ont montré que les personnes souffrant de SJSR avaient un risque plus important de présenter : des symptômes dépressifs modérés (risque relatif de 1,95) ou très sévères (risque relatif de 3,67) ; de dépression majeure (risque relatif de 2,6) ; d'épisode dépressif majeur (risque relatif de 2,57 à 4,7) ; de trouble anxieux généralisé (risque relatif de 3,5) ; de trouble panique (risque relatif de 4,7 à 18,9) ; de syndrome de stress post-traumatique (risque relatif de 3,76).

De plus, l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs est corrélée avec la sévérité du SJSR. De la même façon, les symptômes de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) sont plus fréquents en cas de SJSR, à la fois dans des études chez l'enfant et chez l'adulte [9].



## 5) Épidémiologie :

Le taux de prévalence du SJSR dans les pays occidentaux varie de 0.25 à 15 % de la population générale adulte, comme figuré dans le **Tableau I**, selon la revue de littérature [11]. Les critères IRLSSG ayant été publiés en 1995, les études menées antérieurement s'appuyaient sur d'autres critères.

| Année | Premier auteur  | Référence | Pays  | Type de population         | Critères diagnostiques                                | Prévalence |
|-------|-----------------|-----------|---|----------------------------|---|------------|
| 2005  | Allen R         | [12]      | USA, Europe   | Population générale        | Critères IRLSSG                                       | 7,20%      |
| 2005  | Tison F         | [13]      | France  | Population générale adulte | Critères IRLSSG                                       | 8,50%      |
| 2004  | Hewing X        | [14]      | USA, France, Allemagne,                               | Population générale        | Critères IRLSSG                                       | 9,60%      |
| 2004  | Berger K        | [15]      | Allemagne   | 20 à 79 ans                | Critères IRLSSG                                       | 10,60%     |
| 2004  | Van de Vivjer D | [16]      | Grand Bretagne  | Population générale        | Critères IRLSSG                                       | 0,25%      |
| 2003  | Nichols DA      | [17]      | USA   | Population générale        | Critères IRLSSG                                       | 15,30%     |
| 2002  | Ohayoun MM      | [18]      | Grande Bretagne, Allemagne, Italie, Espagne, Portugal | 15 à 100 ans               | Classification internationale des troubles du sommeil | 5,50%      |
| 1994  | Lavigne GJ      | [19]      | Canada  | > 18 ans                   | Diagnostic clinique non spécifié                      | 10-15 %    |
| 1993  | O'Keeffe ST     | [20]      | Irlande   | Population gériatrique     | Diagnostic clinique non spécifié                      | 5%         |

**Tableau I : Prévalence du SJSR selon la revue de littérature, avant et après publication des critères IRLSSG.**

En France, une étude a été menée (The INSTANT Study) et retrouve un taux de prévalence de 8,5 %. La plupart des études montrent que la prévalence du SJSR augmente avec l'âge, jusqu'à 60-70 ans. Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes. L'âge de début moyen est de 35,2 ans. Une histoire familiale est retrouvée dans 41 % des cas [21].

## 6) Facteurs favorisants :

La présence d'antécédents familiaux de SJSR, de variants génétiques, et le fait d'être de sexe féminin, entraînent un risque plus élevé de survenue de SJSR.

Les autres facteurs favorisants les mieux caractérisés sont : la carence martiale, certains médicaments, la grossesse, l'insuffisance rénale chronique et l'immobilité prolongée.

Par contre, d'autres facteurs comme le manque de sommeil, les neuropathies périphériques, la radiculopathie, la douleur, la caféine, le tabac ou l'alcool ne présentent que des preuves limitées et contradictoires comme pouvant aggraver un SJSR [2].

### 6.1. Composante familiale :

L'apparition précoce du SJSR est fortement liée aux facteurs familiaux. De hauts taux de concordance ont été observés chez les jumeaux homozygotes. Le risque de SJSR est 2 à 6 fois plus élevé chez les parents au premier degré des patients souffrant du SJSR que dans la population générale [9].

La forme primaire, ou idiopathique, s'exprime essentiellement avant 36 ans avec une forte composante familiale [22]. Elle reste un diagnostic d'élimination.

A ce jour, huit loci ont été individualisés et ont montré leur implication dans la transmission du SJSR. Un seul est transmis de façon autosomique dominante, le RSL1.

Ci-dessous le **tableau II**, résumant ces données issues de la base de données OMIM (Online Mendelian Inheritance In Man) de l'université John-Hopkins, base de données de gènes révélant des maladies :

| Phénotype                  | Localisation cytogénétique | Phénotype Numéro MIM | Hérédité             | Gène/ Locus |
|----------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------|-------------|
| {Restless legs syndrome 1} | 12q12-q21                  | 102300               | Autosomique dominant | RLS1        |
| {Restless legs syndrome 2} | 14q13-q21                  | 608831               |                      | RLS2        |
| {Restless legs syndrome 3} | 9p24-p22                   | 610438               |                      | RLS3        |
| {Restless legs syndrome 4} | 2q33                       | 610439               |                      | RLS4        |
| {Restless legs syndrome 5} | 20p13                      | 611242               |                      | RLS5        |
| {Restless legs syndrome 6} | 6p21                       | 611185               |                      | RLS6        |
| {Restless legs syndrome 7} | 2p14-p13                   | 612853               |                      | RLS7        |
| {Restless legs syndrome 8} | 5q31                       | 615197               |                      | RLS8        |

**Tableau II : Syndrome des jambes sans repos et génétique.**

Plusieurs études ont permis de trouver un lien entre un marqueur (potentiellement un gène) et une maladie donnée [22]. Par exemple : le gène MEIS, localisé sur le chromosome 2p, intervient dans la régulation de la transcription et spécifie l'identité des motoneurones spinaux et leur connectivité, il pourrait donc avoir un rôle dans la part sensitive et motrice du SJSR. Le gène BTB9,

localisé sur 6p, est retrouvé chez les patients souffrant à la fois du SJSR et de mouvements périodiques au cours du sommeil. Et enfin, le gène MAP2K5/SKOR1 ou LBXXOR1, localisé sur le chromosome 5q, joue un rôle dans la neuroprotection dopaminergique et le développement des voies somesthésiques [23]. Et enfin, le gène PTPRD, codant pour le récepteur de la Tyrosine phosphatase avec une expression cérébrale, toutefois, son implication dans le SJSR reste totalement inconnue [24; 25].

## 6.2. La carence martiale :

Le fer joue un rôle important dans la physiopathologie du SJSR. La sévérité clinique du SJSR a été corrélée à la ferritinémie (taux inférieur à 45-50 µg/L). La reconstitution des réserves en fer diminue les symptômes du SJSR [9].

## 6.3. La iatrogénie :

De nombreux médicaments peuvent aggraver ou provoquer les symptômes associés au SJSR.

Au niveau du système nerveux central (SNC), la dopamine possède des récepteurs classés en deux familles : la famille D1, comprenant les récepteurs D1 et D5, et la famille D2, comprenant les récepteurs D2 D3 et D4. Les récepteurs de la famille D1 ont un effet régulateur positif sur le métabolisme de la dopamine, tandis que ceux de la famille D2 diminuent la potentialisation des neurones [26].

Concernant les neuroleptiques (citons par exemple la clozapine-Leponex®, l'olanzapine-Zyprexa® le risperidone-Risperdal®), ils ont un effet antagoniste à la dopamine. Ils agissent sur les récepteurs dopaminergiques de la famille D2 pré et post-synaptiques des neurones entraînant une diminution de la libération de dopamine.

Citons également l'antiémétique antagoniste de la dopamine : le métoclopramide - Primpéran®, agissant également sur les récepteurs D2 de la dopamine.

Peuvent également être en cause, les antidépresseurs type inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (comme la fluoxétine-Prozac®, la sertraline-Zoloft®, la paroxétine-

Derogat®, l'escitalopram-Seroplex®), les antidépresseurs tricycliques, et les autres antidépresseurs (type venlafaxine-Effexor®, miansérine-Athymil®).

Nous retrouverons également les inhibiteurs calciques, le lithium, les analgésiques opioïdes [27].

#### 6.4. La grossesse :

Au cours de la grossesse, le SJSR a été rapporté chez 11 à 26,6 % des femmes enceintes en Occident, qu'elles aient bénéficié d'une supplémentation en fer ou non [21]. Les symptômes peuvent apparaître au cours de la grossesse et plus particulièrement au cours du troisième trimestre, ils disparaissent généralement dans les quatre semaines suivant l'accouchement.

Les facteurs de prédisposition du SJSR pendant la grossesse sont : un antécédent familial de SJSR (risque relatif de 8.43), un SJSR survenu lors d'une grossesse précédente (risque relatif de 12.91) et un taux d'hémoglobine  $\leq 11$  g/dL (risque relatif de 2.05) [9].

#### 6.5. L'insuffisance rénale :

L'insuffisance rénale chronique, au stade terminal, est également concernée. En effet, les symptômes du SJSR sont rapportés avec un taux de prévalence pouvant atteindre 62 % des patients dialysés [21]. La transplantation rénale est suivie généralement d'une amélioration voire d'une disparition des symptômes du SJSR dans les trois semaines [28].

Par ailleurs, le fer étant dialysé, nous pouvons suggérer que sa perte et l'insuffisance de supplémentation augmente le risque de survenue de SJSR.

#### 6.6. La maladie de Parkinson :

Concernant la maladie de Parkinson, peu d'études ont été réalisées afin de déterminer la prévalence du SJSR dans la maladie de Parkinson. Les deux maladies ne

partagent pas la même physiopathologie ; en effet, les études anatomopathologiques ont amené la preuve d'une absence de dégénérescence nigro-striée dans le SJSR [21]. Le déficit en dopamine est le seul point commun entre les deux affections, ce qui explique la réponse au traitement dopaminergique dans les deux pathologies.

#### 6.7. Les autres associations :

Parmi les autres pathologies pour lesquelles il existe une association supérieure au hasard, nous retrouvons : les neuropathies périphériques, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), le SAHOS, la sclérose en plaque, la migraine, la narcolepsie, les pathologies thyroïdiennes, la polyarthrite rhumatoïde, et le diabète.

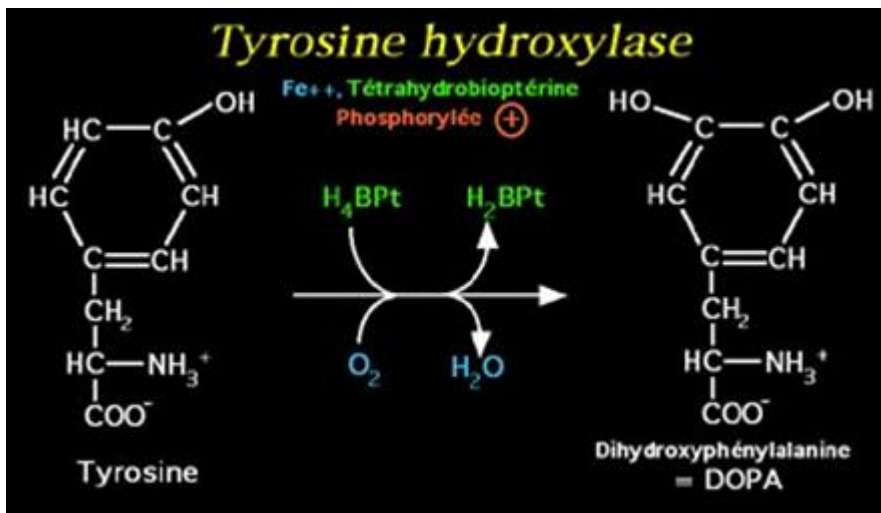
### 7) Physiopathologie :

Une carence martiale au niveau cérébral, un trouble de la régulation de la dopamine au niveau du système nerveux central et des facteurs génétiques semblent les éléments fondamentaux de la physiopathologie du SJSR.

#### 7.1. Le rôle du fer :

Le fer est un cofacteur utilisé dans plusieurs processus enzymatiques. Il est essentiel pour la synthèse de certains neurotransmetteurs (comme la dopamine, la noradrénaline, l'adrénaline), la myélinisation des neurones, la fonction mitochondriale, ou encore pour la synthèse de l'hémoglobine.

Plus précisément, le fer est un cofacteur de la tyrosine hydroxylase, enzyme limitante de la synthèse de dopamine [2], qui, une fois activée, permet la transformation de tyrosine en DOPA (DihydroxyPhénylAlanine). A noter, la tyrosine est absorbée dans la nourriture, se retrouve dans la circulation sanguine puis passe la barrière hémato-encéphalique pour y être captée par les neurones catécholaminergiques où elle subit sa transformation. La DOPA produite est ensuite convertie en dopamine par l'enzyme dopa-décarboxylase. Une diminution du fer peut donc entraîner une diminution de l'activité de la tyrosine hydroxylase et donc une diminution de la synthèse de dopamine.



**Figure 4 : Le fer comme cofacteur pour la synthèse de la DOPA à l'origine de la dopamine**

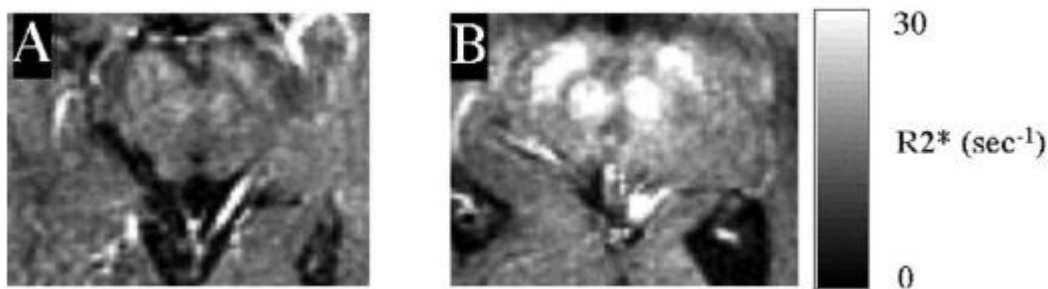
Le taux de catécholamines synthétisé à la terminaison axonale régule l'activité de la tyrosine hydroxylase par un mécanisme de rétro-inhibition pour assurer une concentration constante de catécholamines au niveau de la terminaison axonale. La dopamine est principalement synthétisée par les neurones de la substance noire, qui se projette sur le striatum [29].

Le fer contribue également à la stabilité des récepteurs dopaminergiques post-synaptiques.

Les principales localisations du fer dans le SNC sont la substance noire, le striatum, le noyau rouge et certains noyaux cérébelleux.

Une baisse du taux de fer dans le liquide céphalo-rachidien a également été mise en évidence.

L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) peut mettre en évidence une réduction du fer dans la substance noire chez les patients souffrant du SJSR, comme le montre cette **Figure 5**, coupe coronale d'une IRM cérébrale [30] :



**Figure 5 : IRM cérébrale chez un patient de 70 ans souffrant du SJSR (A), en comparaison avec un patient de 70 ans sans SJSR (B).**

L'étude autopsique montrait une diminution du fer dans les neurones de la substance noire.

Par ailleurs, l'apport de fer chez les patients souffrant de SJSR permet une amélioration des symptômes voire une guérison [1].

### 7.2. La dopamine :

Le rôle du système dopaminergique dans le SNC a été illustré par les multiples essais cliniques randomisés qui ont clairement démontré l'effet des médicaments dopaminergiques sur le SJSR et les MPJ au cours du sommeil. De plus, un dysfonctionnement dopaminergique est observé en IRM cérébrale fonctionnelle, en tomoscintigraphie à émission de positons et sur les analyses neuropathologiques [9]. Ces examens confirment l'absence de dégénérescence du système nigro-strié [31].

### 7.3. Les facteurs génétiques :

Des associations entre le SJSR et des variants polymorphiques des gènes BTBD9, MEIS1, MAP2K5/LBXCRCP et PTPRD ont été rapportées, indiquant une susceptibilité génétique sur laquelle des facteurs environnementaux peuvent agir.

La part du risque de SJSR liée au gène BTBD9 serait aux alentours de 50 %. Si on considère ensemble les gènes BTBD9, MEIS1 et MAP2K5/LBXCRCP, ceux-ci confèrent un risque de SJSR de 70 % chez les personnes d'ascendance européenne.

Les deux polymorphismes des gènes BTBD9 et MEIS1 semblent avoir une influence sur la présence de MPJ au cours du sommeil et sur l'homéostasie du fer. Cependant, le rôle complet du polymorphisme génétique sur le SJSR n'est pas suffisamment défini [9].

## 8) Diagnostic de gravité :

Pour pouvoir appréhender au mieux l'atteinte des patients et le retentissement sur leur qualité de vie, une échelle internationale de sévérité du SJSR a été établie (International Restless Legs Syndrome Study Group Rating Scale, IRLSSGRS) [8; 32]:

### Cotation de la sévérité selon l'échelle internationale de sévérité du syndrome des jambes sans repos

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Quelle est votre appréciation du désagrément provoqué par le syndrome des jambes sans repos ?<br>De 0 (aucunement désagréable) à 4 (très désagréable) .....  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dans quelle mesure avez-vous besoin de bouger à cause du syndrome des jambes sans repos ?<br>De 0 (pas de besoin) à 4 (un très grand besoin).....  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dans quelle mesure le désagrément de vos jambes s'améliore-t-il lorsque vous bougez ?<br>De 1 (amélioration totale ou presque totale) à 4 (pas d'amélioration) .....   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dans quelle mesure votre sommeil est-il perturbé par le syndrome des jambes sans repos ?<br>De 0 (pas du tout perturbé) à 4 (très fortement perturbé).....   | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dans quelle mesure êtes-vous fatigué ou somnolent à cause du syndrome des jambes sans repos ?<br>De 0 (pas du tout fatigué) à 4 (très fatigué) .....   | <input type="checkbox"/> |
| 6. Quelle est la gravité de votre syndrome des jambes sans repos, considéré dans son ensemble ?<br>De 0 (pas du tout grave) à 4 (très grave).....   | <input type="checkbox"/> |
| 7. À quelle fréquence souffrez-vous du syndrome des jambes sans repos ?<br>1 (1 jour/semaine)<br>2 (2 ou 3 jours/semaine)<br>3 (4 ou 5 jours/semaine)<br>4 (6 ou 7 jours/semaine) .....   | <input type="checkbox"/> |
| 8. Lorsque vous souffrez du syndrome des jambes sans repos, combien de temps durent ces symptômes au cours d'une journée normale ?<br>1 (< 1 heure/jour)<br>2 (1 à 3 heures)<br>3 (3 à 8 heures)<br>4 (8 heures ou plus).....     | <input type="checkbox"/> |
| 9. Quelle est l'influence exercée par le syndrome des jambes sans repos sur l'exercice de vos tâches quotidiennes dans votre vie familiale, sociale ou professionnelle ?<br>De 0 (pas d'influence du tout) à 4 (très grande)..... | <input type="checkbox"/> |
| 10. Quelle est l'influence exercée par le syndrome des jambes sans repos sur votre humeur ?<br>De 0 (pas d'influence du tout) à 4 (très grande).....  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Appréciation de la sévérité des troubles : TOTAL</b> .....   | <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome léger.....   | 10 points ou moins       |
| - Syndrome modéré.....  | de 11 à 20 points        |
| - Syndrome sévère.....  | de 21 à 30 points        |
| - Syndrome très sévère.....   | de 31 à 40 points        |

Source : échelle IRLS, A.S. Walters et al. Sleep Medicine, 2003.

**Figure 6 : Echelle de sévérité du SJSR de l'IRLSSG**



Un agenda de survenue des symptômes peut être utilisé.

Nous retrouvons également des questionnaires sur la qualité de vie dans le SJSR, comme le Khonen Restless Legs Syndrome Quality of Life Instrument (KRSL-QoL) [39] [Annexe 1], constitué de 12 questions cotées de 1 à 6 selon la sévérité des troubles secondaires au SJSR: retentissement sur le sommeil, les activités quotidiennes, l'humeur et les interactions sociales.

Le SJSR s'accompagne régulièrement de troubles du sommeil, avec retentissement sur la qualité de vie, notamment avec une somnolence diurne.

### **9) Examens complémentaires :**

Le diagnostic du SJSR est clinique. Il est établi par les critères définis par l'IRLSSG.

L'examen neurologique est sans anomalie dans les formes primaires ou idiopathiques. Il sera ensuite corrélé aux pathologies associées dans les formes secondaires.

Concernant les examens complémentaires, ceux-ci ne sont pas obligatoires dans le diagnostic de SJSR.

Lorsqu'il est associé à une forme secondaire, un bilan biologique consiste en un dosage de la ferritinémie, une numération de formule sanguine, un dosage de la créatininémie et de l'urémie, un bilan hépatique (ASAT, ALAT, PAL,  $\gamma$ GT, bilirubine libre et totale), un dosage de la glycémie à jeun, éventuellement les dosages de la vitamine B12, folates, et de la fonction thyroïdienne avec la TSH ultra-sensible et la T4L.

L'EMG peut être suggéré face à un examen sensitivomoteur altéré, à la recherche d'une neuropathie périphérique associée.

La polysomnographie avec enregistrement des muscles jambiers permet d'observer le comportement du patient au cours du sommeil à la recherche de MPJ [2]. A noter, les MPJ au cours de l'éveil ou du sommeil, font partie des critères diagnostiques facultatifs du SJSR, comme cités précédemment. Ceux-ci se définissent comme des mouvements involontaires

au cours du sommeil, à la différence du SJSR qui se manifeste comme une sensation désagréable dans les membres.

Le test d'immobilisation suggéré permet de reproduire les troubles sensitivomoteurs du SJSR en fin de journée ; ainsi il objective les mouvements volontaires que le sujet est obligé de faire pour calmer cette sensation [33].

Le test à la L-DOPA a une sensibilité à 80-88 % et une spécificité de 100 % pour le SJSR [34]. Suite à l'administration de lévodopa/ benzérazide 100/25 mg, le soir au moment des symptômes, celui-ci permet de diminuer de 50 % les symptômes du SJSR et de prédire un bénéfice ultérieur à l'utilisation des dopaminergiques. Ce test est facilement réalisable en routine [2].

Quant à l'IRM cérébrale, celle-ci permet de mieux comprendre le mécanisme physiopathologique, notamment concernant les concentrations en fer au niveau du SNC, mais n'a pas d'intérêt pour le diagnostic du SJSR [35].

## **10) Traitements :**

### 10.1. Traitements non médicamenteux :

En premier lieu, une bonne hygiène de vie s'impose, avec une limitation de la consommation de caféine, d'alcool, de nicotine. Il est recommandé de préférer les activités physiques matinales, d'avoir une bonne hygiène de sommeil, des activités mentales peuvent s'avérer utiles pour décentrer l'attention vers autre chose que les symptômes (comme les mots croisés, la lecture).

D'autres moyens peuvent être suggérés comme un bain chaud ou froid, le glaçage ou encore le massage des membres.

### 10.2. Traitements médicamenteux :

Il est important de repérer les médicaments pouvant majorer un SJSR, comme cités plus haut et adapter leur prescription.

Ensuite, corriger les facteurs pré-disposants, comme l'hypoferritinémie, avec une supplémentation par voie orale ou intra-veineuse selon les indications.

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié de nouvelles recommandations concernant le traitement dopaminergique [36]. Trois molécules ont l'autorisation de mise sur le marché (AMM):

- Le pramipexole-Sifrol® (comprimés).

- La rotigotine-Neupro® (dispositifs transdermiques de 1, 2 et 3mg/24 heures).

- Le ropinirole-Adartrel® (comprimés). Du fait des effets indésirables graves, l'HAS considère qu'il n'a plus sa place dans le traitement du SJSR.

Le traitement dopaminergique ne doit être instauré que dans les formes idiopathiques modérées, sévères à très sévères. La prescription initiale est réservée en consultation spécialisée, avec un neurologue ou un médecin de centre du sommeil. Le remboursement du pramipexole-Sifrol® et de la rotigotine-Neupro® n'est justifié que dans les formes très sévères, et sous conditions de diagnostic et de première prescription par un neurologue ou par un médecin de centre du sommeil.

Dans le cadre d'un traitement par agoniste dopaminergique, notons le syndrome d'augmentation. Celui-ci se caractérise par une exacerbation des symptômes dans leur intensité, leur distribution, leur heure d'apparition et par leur sensibilité aux mouvements [37].

Le 2 mars 2016, l'HAS publie une extension d'indication concernant une association fixe d'oxycodone et de naloxone, ou Targinact®, dans le traitement du SJSR idiopathique, après échec du traitement dopaminergique dans les formes sévères à très sévères [38].

Deux autres classes moléculaires ont prouvé leur effet sur le SJSR, mais n'ont pas l'AMM. Il s'agit des opiacés (oxycodone seul, codéine, tramadol, méthadone), ainsi que de certains anticonvulsivants (clonazépam, gabapentine, prégabaline, carbamazépine, valproate de sodium) [2]. Ceux-ci seront à envisager en cas de composante douloureuse du SJSR.

Citons également la L-dopa, n'ayant pas l'AMM, mais qui peut améliorer la qualité du sommeil des patients souffrant du SJSR. Cependant, étant donné sa courte demi-vie, un rebond important peut apparaître pendant la deuxième partie de nuit ou déplacer les symptômes la journée.

### 10.3. Stratégie thérapeutique :

Pour une bonne prise en charge du SJSR, il est important de :

- Exclure les formes secondaires et améliorer la maladie sous-jacente si possible (par exemple : correction d'une carence martiale) ;

- Instaurer une bonne hygiène de sommeil, supprimer les médicaments pouvant aggraver un SJSR ;

- Limiter le traitement pharmacologique aux patients présentant des critères diagnostiques précis et des symptômes cliniquement significatifs ;

- Considérer l'âge et les maladies concomitantes ;

- Evaluer précisément la sévérité des symptômes pour juger ultérieurement de l'efficacité du traitement ;

- Instaurer par agonistes dopaminergiques, les seuls ayant l'AMM, en première intention, en cas de symptômes modérés à sévères ;

- Instaurer un traitement par L-dopa, pouvant améliorer la qualité du sommeil des patients souffrant du SJSR ;

- Envisager les opiacés et anticonvulsivants lorsque la composante douloureuse du SJSR est prépondérante [27].

## II – MATERIEL ET METHODES

Comme nous l'avons vu précédemment, le SJSR est une pathologie relativement fréquente en médecine générale, avec 8,5 % de la population française.

Bien que 32% des sujets atteints soient régulièrement suivis pour leurs symptômes du SJSR, seuls 5,3% ont reçu un diagnostic correct selon une étude française [21]. Cela reflète une mauvaise connaissance de la pathologie, de la part du médecin généraliste, mais également du patient ayant parfois des difficultés à exprimer ses symptômes.

### 1) Construction de l'étude :

Cette étude a été menée afin d'évaluer les connaissances des médecins généralistes picards sur le SJSR.

Nous avons réalisé une étude transversale, quantitative, observationnelle en vie réelle. Il s'agit d'une enquête déclarative visant à évaluer les comportements d'une cohorte de médecins généralistes par un auto-questionnaire [**Annexe 2**] envoyé par voie postale. Celui-ci a pour but d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique du SJSR par les praticiens.

Le SJSR est une pathologie peu abordée lors de notre cursus universitaire, c'est pourquoi, nous nous interrogeons sur le ressenti des médecins généralistes face à ce syndrome. Avec cette étude, nous tenions à évaluer les connaissances et les moyens qu'ils mettent en œuvre pour orienter leur diagnostic et la prise en charge la plus adaptée pour leurs patients.

Les examens complémentaires peuvent orienter la prise en charge des médecins et l'orientation de leurs patients vers un spécialiste, pour l'instauration du traitement initial ou aider à la prise en charge. C'est ce que nous avons tenté d'évaluer.

De par leur expérience professionnelle les médecins nous ont permis de réaliser cette étude.

## **2) Critères de sélection des médecins généralistes :**

Pour réaliser notre étude, nous avons sollicité l'aide de l'Union Régionale des Professionnels de Santé de Picardie (URPS). Ayant retenu leur attention, ceux-ci ont accepté d'imprimer nos questionnaires ainsi que la lettre d'accompagnement, de les envoyer de façon aléatoire et proportionnelle entre les différents médecins généralistes installés dans l'Aisne, l'Oise et la Somme. Les questionnaires étaient accompagnés d'une enveloppe timbrée pour le retour au siège de l'URPS. Une fois dépouillés, afin de préserver l'anonymat des médecins répondants, ils nous étaient remis en vue de traiter les données. A noter, 3 médecins généralistes ont retourné le questionnaire à mon domicile, rompant l'anonymat du fait de leur signature apposée sur l'enveloppe de retour. Au total, 500 questionnaires ont été envoyés. Aucune relance auprès des médecins généralistes n'a été effectuée par la suite.

Les médecins sélectionnés étaient ceux installés en cabinet privé. Ceci exclu les médecins exerçant en milieu hospitalier. L'âge n'était pas un critère de sélection. En revanche, il nous est impossible de savoir si le médecin répondant est le médecin installé ou remplaçant.

## **3) Le questionnaire :**

Il s'agit d'un questionnaire anonyme d'auto-évaluation envoyé par courrier postal accompagné d'une note expliquant notre travail [**Annexe 3**].

Le questionnaire comprenait 22 questions réparties en 7 items:

- Généralités (descriptif de la patientèle souffrant du SJSR)
- Diagnostic
- Examens complémentaires
- Traitement
- Retentissement sur la qualité de vie

- Place du traitement dopaminergique

- Épidémiologie

Le questionnaire était constitué de questions fermées, ouvertes et à choix multiples.

#### **4) Recueil et analyse des données :**

L'envoi postal des 500 questionnaires a été effectué début septembre 2016 et le recueil des données s'est poursuivi jusqu'à mi-décembre 2016.

88 questionnaires nous ont été retournés.

#### **5) Croisement des données :**

Nous avons ensuite croisé plusieurs données entre elles.

Plusieurs croisements concernent les médecins généralistes picards souffrant eux-mêmes, ou un des membres de leur famille, du SJSR :

- Sont-ils plus d'hommes ou de femmes ?

- Reconnaissent-ils les critères diagnostiques du SJSR mieux que les médecins généralistes ne souffrant pas du SJSR ?

- Font-ils un lien entre SJSR et insomnie ?

- Recherchent-ils des facteurs favorisants ?

- Réalisent-ils des examens complémentaires ?

- Quel traitement instaurent-ils ?

- Comment évaluent-ils le retentissement sur la qualité de vie ?

- Orientent-ils leurs patients vers un confrère ? Si oui, lequel ?

Nous avons intégré les résultats via le logiciel Sphinx® et un tableur type Excel®. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de ces deux logiciels. Nous avons utilisé le test de KHI-2, le seuil de significativité correspond à  $p \leq 0.05$ .



# III – RESULTATS

## 1) Population étudiée :

Au total, 88 questionnaires nous ont été retournés, sur les 500 envoyés, soit un taux de réponses exploitables de 17,6 %, ce chiffre correspond à 6.1 % des médecins généralistes installés en Picardie.

Tous les questionnaires reçus ont pu être inclus dans notre étude.

Le taux de réponse des hommes médecins généralistes est de 62,5 % (n=55) pour notre étude, ce qui correspond à 5,44 % des hommes médecins généralistes installés en Picardie et 37.5 % de femmes (n=33), soit 7.52 % des femmes médecins généralistes picardes.

## 2) Caractéristiques de la population étudiée :

A partir de 5 questions épidémiologiques, nous avons pu caractériser la population de médecins généralistes ayant répondu à notre questionnaire. Ces données ont pu être comparées à la population des médecins généralistes installés en Picardie, comme présenté dans le **tableau III**, ci-dessous.

Les informations à propos des médecins généralistes installés en Picardie nous ont été fournies par l'URPS de Picardie.

|                               | Données de notre étude<br>(n=88) | Données en Picardie en 2016<br>(n=1450) |
|-------------------------------|----------------------------------|---|
| <b>Sexe</b>                   |                                  |   |
| Homme                         | 55 (62,5 %)                      | 1011 (69,7 %)                           |
| Femme                         | 33 (37,5 %)                      | 439 (30,3 %)                            |
| <b>Département d'exercice</b> |                                  |   |
| Aisne                         | 18 (20,5 %)                      | 376 (25,9 %)                            |
| Oise                          | 28 (31,8 %)                      | 545 (37,6 %)                            |
| Somme                         | 14 (15,9 %)                      | 529 (36,5 %)                            |
| Non réponse                   | 28 (31,8 %)                      | -                                       |
| <b>Lieu d'exercice</b>        |                                  |   |
| Rural                         | 24 (27,3 %)                      | -                                       |
| Semi-rural                    | 31 (35,2 %)                      | -                                       |
| Urbain                        | 32 (36,4 %)                      | -                                       |
| Non réponse                   | 1 (1,1 %)                        | -                                       |

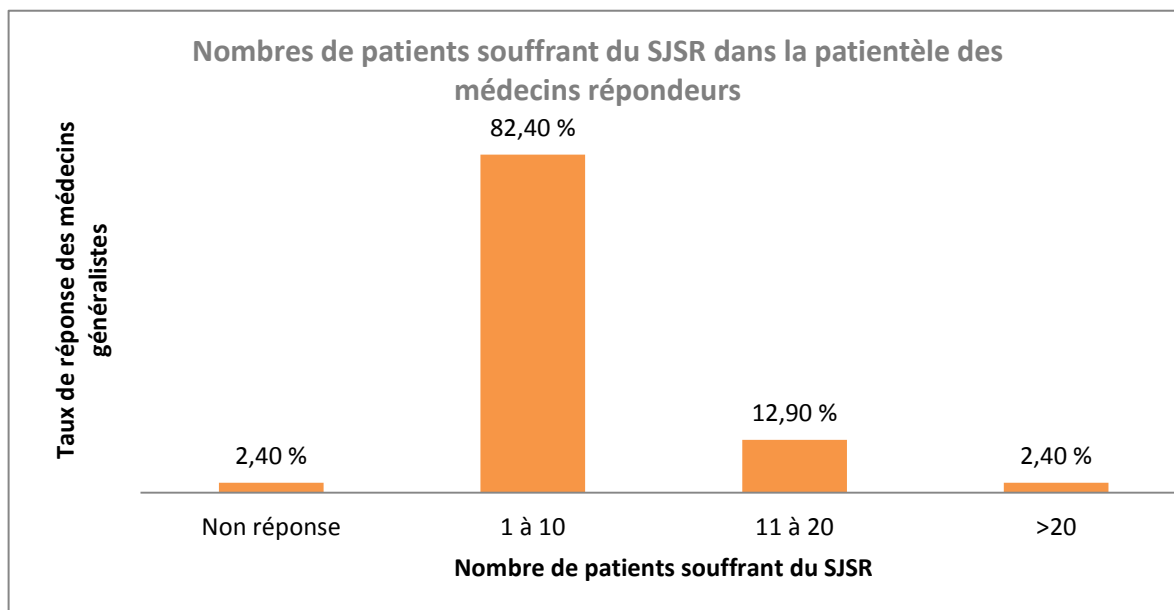
**Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants en regard des données concernant les médecins généralistes installés en Picardie en 2016.**

L'âge moyen des médecins généralistes interrogés est de 52.9 ans.

Une des questions épidémiologiques demandait aux médecins généralistes s'ils souffraient eux-mêmes, ou un membre de leur famille, du SJSR. Sur la population interrogée, 6.8 % sont concernés.

### 3) Description des patients atteints du SJSR :

#### 3.1. Nombre de patients :



**Figure 7: Nombre de personnes souffrant du SJSR dans la patientèle des médecins généralistes répondeurs**

Relevons le pic à 82.4 % des médecins généralistes qui ont 1 à 10 patients souffrant du SJSR.

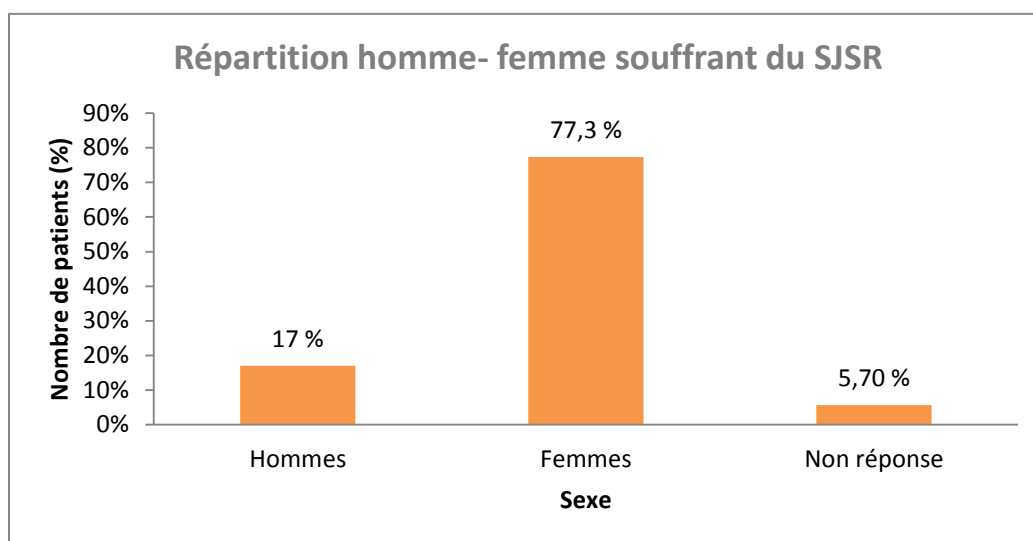
Le second pic remarquable est celui concernant les médecins présentant 11 à 20 patients concernés par cette pathologie.

#### 3.2. Âge des patients souffrant du SJSR :

94.4 % (n=83) des médecins répondeurs déclarent que les patients atteints du SJSR ont plus de 35 ans.

Avec 48.9 % (n=43) des patients souffrant du SJSR âgés de 36 à 55 ans et 45.5 % (n=40) de plus de 55 ans.

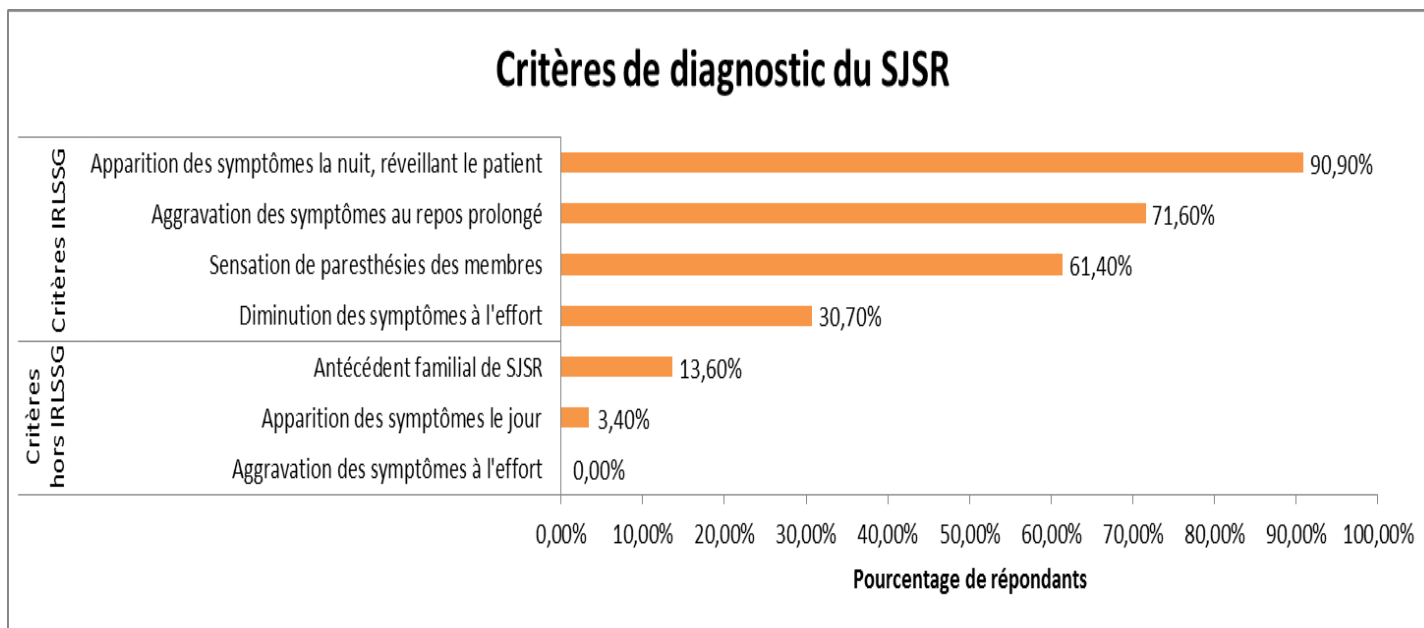
### 3.3. Population représentée :



**Figure 8 : Répartition des hommes et des femmes souffrant du SJSR dans la patientèle des médecins généralistes interrogés.**

### 4) Diagnostic du SJSR :

Nous avons interrogé les médecins généralistes picards sur les critères qu'ils retiennent pour le diagnostic de SJSR.



**Figure 9 : Critères retenus par les médecins généralistes picards pour le diagnostic de SJSR.**

Seulement 11.36 % (n=10) des médecins généralistes interrogés ont trouvé les quatre critères permettant de définir le SJSR.

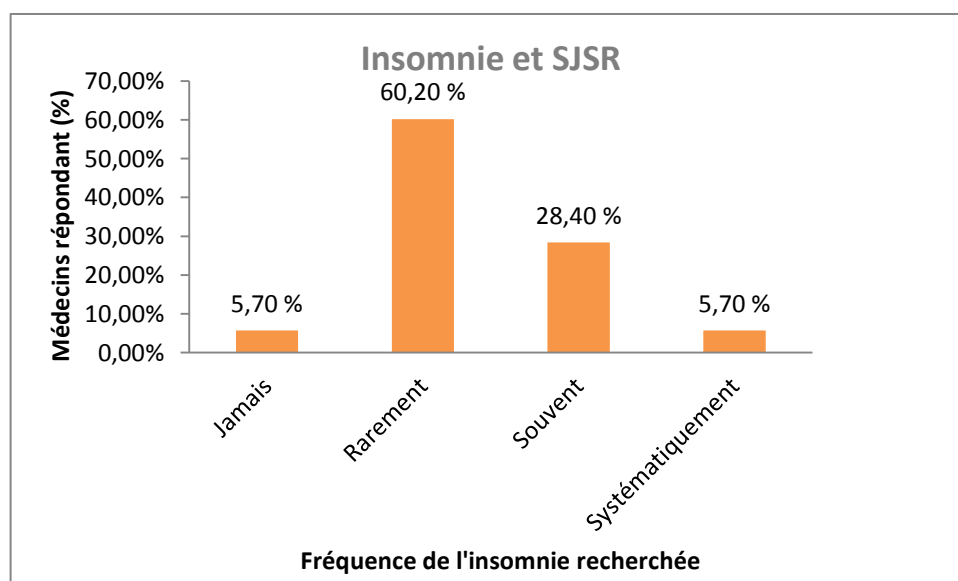
Près de la moitié a trouvé trois des quatre critères de l'IRLSSG, soit 44.3 % (n=39).

Il est important de souligner que parmi les 9 médecins généralistes picards n'ayant cité qu'un critère de l'IRLSSG, six d'entre eux citent l'apparition des symptômes la nuit, réveillant le patient.

Autre fait remarquable, tous ont cité au moins un des 4 critères.

### 5) Insomnie et SJSR :

Face à une plainte d'insomnie, nous avons demandé aux médecins généralistes s'ils évoquaient un SJSR (figure 10).



**Figure 10 : Recherche d'une relation entre insomnie et SJSR**

## **6) Recherche de facteurs favorisants :**

Concernant les facteurs favorisants, ou formes secondaires, les médecins généralistes picards sont 81.8 % (n=72) à les rechercher.

A propos des formes secondaires à rechercher dans le SJSR :

- La pathologie associée la plus recherchée est la poly-neuropathie avec 90.3 % des médecins généralistes (n=65).

- 56.9 % (n=41) recherchent un traitement en cause.

- 23.6 % recherchent une maladie de Parkinson associée (n=17).

- 20.8 % recherchent une insuffisance rénale chronique (n=15).

- 18.1 % portent leur attention sur une grossesse ainsi que la carence martiale (n=13, respectivement pour chaque critère).

- 6.9 % recherchent une dysthyroïdie (n=5).

Les médecins généralistes évoquent également d'autres pathologies, dont l'association avec le SJSR n'a pas été établie :

- 68.1 % recherchent une insuffisance artériovoineuse (n=49).

- 45.8 % (n=33) un canal lombaire étroit.

## **7) Examens complémentaires :**

Nous avons demandé aux médecins généralistes picards s'ils prescrivaient des examens complémentaires. Pour 77.3 %, la réponse est oui (n=68).

Le doppler artériovoineux est l'examen le plus réalisé pour 72.1 % des médecins interrogés (n=49).

La ferritinémie est dosée par 58.8 % des médecins (n=40).

Un électromyogramme est demandé par 47.1 % des répondants (n=32).

Le dosage des enzymes musculaires est fait par 45.6 % d'entre eux (n=31).

Pour les autres examens, 19.1 % (n=13) des médecins prescrivent un scanner ou une IRM lombaire, 5.9 % (n=4) dosent la TSH ultra-sensible, 2.9 % (n=2) dosent respectivement la créatininémie, la glycémie à jeun et prescrivent une polysomnographie.

## **8) Traitement du SJSR :**

Concernant le traitement du SJSR, 68.2 % (n=60) des médecins répondants instaurent un traitement contre 30.7 % des médecins qui n'en introduisent pas, et un médecin n'ayant pas répondu à la question.

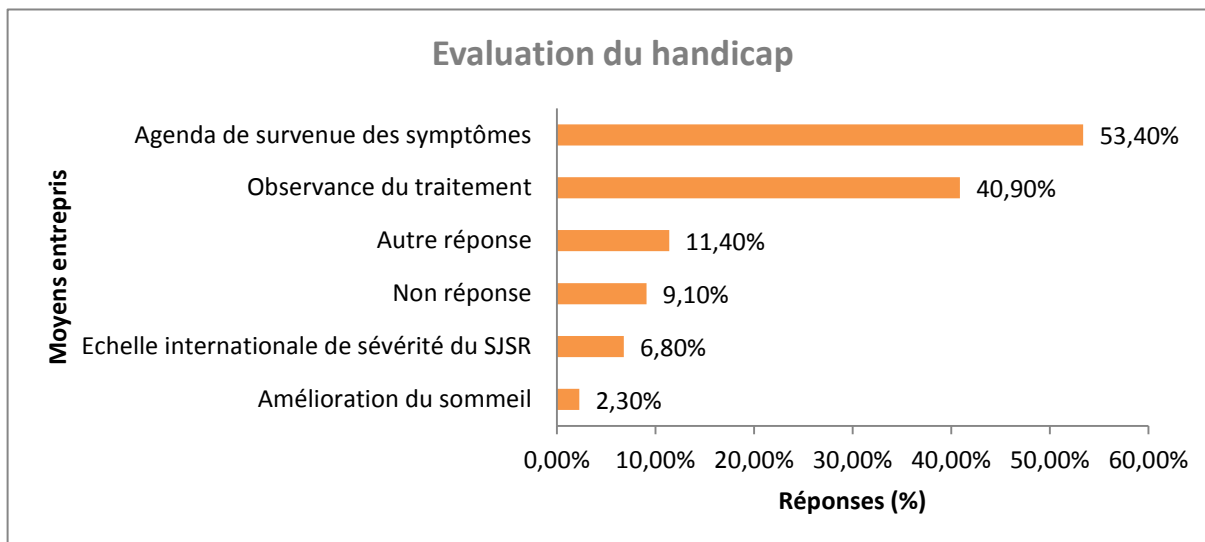
Les médecins répondants traitent leurs patients comme suit :

- 40 % par agoniste dopaminergique (n=24).
- 36.7 % (n=22) instaurent un traitement antalgique : 63.6 % (n=14) un antalgique de palier 2 et 40.9 % (n=9) un antalgique de palier 1.
- 31.7 % prescrivent un traitement veinotonique (n=19).
- 16.7 % (n=10) un anticonvulsivant.
- 11.7 % (n=7) un traitement antidépresseur.
- 1.7 %, soit un médecin généraliste, un hypnotique.
- 6.7 % des médecins n'ont pas précisé le traitement prescrit (n=4).

## 9) Retentissement sur la qualité de vie :

### 9.1. Moyens mis en œuvre :

90.9 % des médecins interrogés déclarent utiliser un moyen d'évaluation du handicap comme cité dans le tableau ci-dessous.



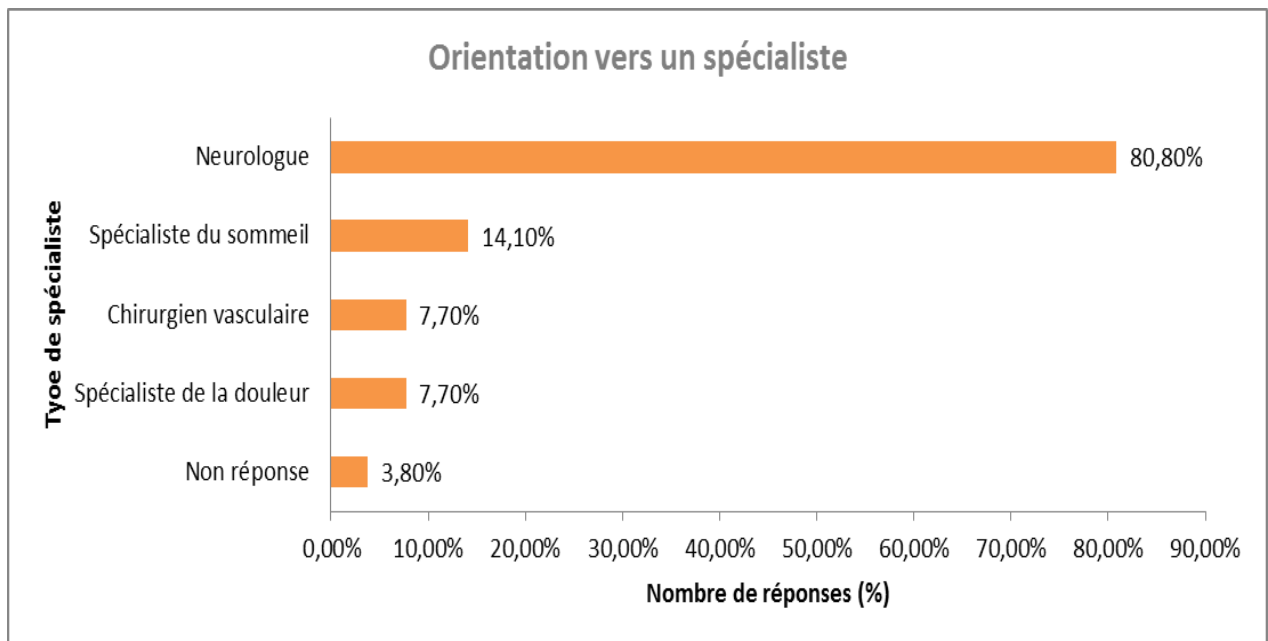
**Figure 11: Modalités d'évaluation du handicap**

Parmi les 11.4 % des médecins utilisant un autre moyen d'évaluation du handicap, sans préciser lequel, notons que 80 % d'entre eux se fient au ressenti du patient et 20 % apprécieront le retentissement sur le sommeil de leurs patients.

### 9.2. Orientation vers un spécialiste :

Pour optimiser la prise en charge des patients présentant un SJSR, 88.6 % des médecins généralistes picards les orientent vers un spécialiste.





**Figure 12: Orientation des patients souffrant du SJSR vers un spécialiste**

A savoir pourquoi les médecins orientent leurs patients vers un spécialiste, ils répondent (plusieurs réponses étaient possibles) :

- Face à l'inefficacité du traitement: 36.4 % (n=32)
- En regard de la sévérité du tableau: 26.1 % (n=23)
- Devant les troubles sévères du sommeil: 22.7 % (n=20)
- Pour instaurer le traitement: 18.2 % (n=16)
- Pour confirmer le diagnostic: 13.6 % (n=12)
- Face à la méconnaissance de la pathologie: 4.5 % (n=4)

**10) Concernant le traitement par agoniste dopaminergique :**

73.9 % des médecins interrogés affirment que leurs patients souffrant du SJSR ont un traitement dopaminergique (n=65).

Concernant la réponse au traitement dopaminergique, type Pramipexole-Sifrol®, les médecins généralistes interrogés remarquent :

- une bonne efficacité pour 81.5 % (n=53)
- une inefficacité pour 9.2 % d'entre eux (n=6)
- des troubles du comportement remarqués par 3.1% (n=2)
- une aggravation des symptômes pour 1.5 % (n=1)

- concernant les autres effets remarqués pour 10.8 % des médecins répondant nous notons : une somnolence (n=2), une mauvaise tolérance (n=1), des nausées (n=1), des vertiges (n=1), une perturbation du sommeil (n=1) et une prise de poids (n=1).

## **11) Approche des médecins souffrant eux-mêmes ou un membre de leur famille du SJSR :**

### **11.1. Représentation de la population de médecins souffrant du SJSR :**

Nous avons décrit dans les caractéristiques de la population étudiée que 6.8 % des médecins généralistes picards ayant répondu à notre questionnaire présentaient eux-mêmes, ou un membre de leur famille, un SJSR.

83.3 % d'entre eux sont des hommes (n=5) et nous noterons une femme répondant souffrant elle-même du SJSR.

### **11.2. Médecins souffrant du SJSR et critères diagnostiques :**

Parmi les médecins souffrant eux-mêmes, ou un membre de leur famille, du SJSR, aucun n'a trouvé les 4 critères de l'IRLSSG.

50 % d'entre eux ont trouvé 3 critères sur 4, et l'autre moitié 2 critères sur 4.

100 % des médecins concernés ont évoqué l'aggravation des symptômes au repos.

Il n'y a pas de différence significative entre médecins souffrant ou non du SJSR à l'énoncé des critères diagnostiques ( $p=0.73$ ).

#### 11.3. Médecins souffrant du SJSR et insomnie :

66.7 % des médecins concernés n'évoquent que rarement un SJSR face à une plainte d'insomnie ( $n=4$ ).

Un médecin l'évoque souvent et un autre systématiquement.

#### 11.4. Médecins souffrant du SJSR et facteurs favorisants :

83.3% d'entre eux recherchent un facteur favorisants. Il n'y pas de différence significative avec les médecins ne souffrant pas du SJSR ( $p=0.88$ ).

#### 11.5. Médecins souffrant du SJSR et examens complémentaires :

66.7 % des médecins souffrant du SJSR ( $n=4$ ) réalisent des examens complémentaires comprenant : le dosage sanguin de la ferritine ( $n=2$ ), un électromyogramme ( $n=2$ ) et un doppler artério-veineux ( $n=2$ ).

Là encore, nous ne noterons pas de différence significative dans la réalisation des examens complémentaires par les médecins souffrant ou non du SJSR ( $p=0.88$ ).

#### 11.6. Médecins souffrant du SJSR et traitement :

83.3 % d'entre eux instaurent un traitement ( $n=5$ ).

Le traitement agoniste dopaminergique est choisi par 60 % des médecins souffrant du SJSR ( $n=3$ ).

Les traitements anticonvulsivant et veinotonique sont choisis respectivement par 40 % des médecins concernés (n=2).

Un médecin prescrit un traitement hypnotique.

Il n'y a pas de différence significative dans la prescription des traitements par les médecins souffrant ou non du SJSR (p=0.058).

#### 11.7. Médecins souffrant du SJSR et évaluation du handicap :

50 % des médecins souffrant du SJSR évaluent le retentissement du SJSR sur la qualité de vie des patients par un agenda de survenue des symptômes (n=3).

33.3 % (n=2) l'évaluent sur l'observance du traitement.

Un médecin n'a pas répondu à la question.

Nous ne noterons pas de différence significative des effets du SJSR sur la qualité de vie entre médecins souffrant ou non du SJSR (p=0.91).

#### 11.8. Médecins souffrant du SJSR et orientation vers un confrère :

83.3 % des médecins souffrant du SJSR orientent leurs patients vers un spécialiste (n=5).

Le neurologue est choisi par 80 % d'entre eux (n=4).

Le médecin spécialiste du sommeil par 20 % des médecins concernés (n=1).

Le médecin spécialiste de la douleur par 20 % des médecins souffrant du SJSR (n=1).

Le chirurgien vasculaire par 20 % d'entre eux (n=1).

A nouveau, nous ne retrouverons pas de différence significative entre médecins souffrant ou non du SJSR face à l'orientation de leurs patients vers un spécialiste.

## IV – DISCUSSION

L'objectif de notre étude était de connaître la pratique des médecins généralistes de Picardie sur la prise en charge des patients présentant un SJSR, que ce soit pour le diagnostic, mais également pour la prise en charge thérapeutique.

Par ailleurs, nous avons pour but d'évaluer si les médecins généralistes picards établissaient un lien entre le SJSR et un trouble du sommeil.

### 1) Etude des biais :

#### 1.1. Biais de conception :

Afin de connaître la pratique des médecins généralistes picards sur la prise en charge des patients souffrant d'un SJSR, nous avons choisi une étude quantitative puisque nous avons évalué des données chiffrables. Le but de cette étude était, à travers des pourcentages ou des moyennes, de réaliser l'état des lieux de la pratique des médecins généralistes et par la suite de comparer les résultats obtenus avec les données de la littérature.

Notre étude est une enquête transversale, observationnelle en vie réelle sur la pratique des médecins généralistes picards au cours de l'année 2016.

#### 1.2. Elaboration du questionnaire :

Le principe d'auto-évaluation par un questionnaire reste subjectif. Nous pouvons penser que seuls les médecins généralistes intéressés par le sujet y ont répondu. Mais face à la présence de certains commentaires sur les questionnaires retournés, nous avons pu constater le désir de certains médecins d'approfondir leurs connaissances sur le sujet.

Les données ayant été obtenues par remplissage de questionnaires adressés par voie postale, la nature déclarative des répondants n'a pu être contrôlée. Les réponses ainsi

obtenues sont susceptibles de ne pas refléter les pratiques réelles des praticiens au cours de la période étudiée.

Par ailleurs, lors de l'élaboration du questionnaire et plus particulièrement des critères diagnostiques, nous avons volontairement suggéré que les symptômes réveillaient le patient. Or, dans les critères diagnostiques du SJSR, les symptômes apparaissent le soir ou la nuit. Les troubles du sommeil sont retrouvés chez 60 à 90 % des patients souffrant d'un SJSR [9]. Ce mauvais sommeil est habituellement le symptôme le plus préoccupant et la raison principale amenant le patient à consulter, c'est pourquoi nous avons tenu à spécifier ce critère, en prenant le risque d'induire en erreur les médecins répondants.

Nous avons créé un biais de confusion en élaborant certaines questions, comme les neuvième et dixième questions où nous avons omis de préciser dans quel but étaient réalisés les examens complémentaires, à savoir : pour éliminer un diagnostic différentiel ou pour rechercher une pathologie associée ?

Le faible taux de réponses exploitables à 17.6 % constitue un biais d'exhaustivité. L'absence de relance possible, du fait de frais trop onéreux, n'a pas permis de corriger ce biais. Notre étude manque de puissance et donc de significativité.

## **2) Epidémiologie et caractéristiques des médecins interrogés :**

La population de médecins généralistes picards interrogée est représentative de la démographie médicale puisque nous retrouvons 62.5 % d'hommes interrogés pour 37.5 % de femmes et un âge moyen, les deux sexes confondus, de 52.9 ans. En Picardie, les hommes représentent 69.7 % des médecins généralistes installés, contre 30.3 % pour les femmes. L'âge moyen des médecins installés en Picardie est de 55.03 ans.

Concernant le lieu d'exercice, les médecins généralistes installés dans la Somme sont sous-représentés avec 15.9 % de répondants, pour un total de 36.5 % des médecins exerçant dans la Somme. Par contre, les médecins ayant répondu à notre questionnaire se répartissent de façon représentative dans l'Aisne avec 20.5 % de réponse, pour 25.9 % des médecins exerçant dans l'Aisne, et 31.8 % de médecins ayant répondu dans l'Oise, pour 37.5 % des médecins installés.

Nous avons également constaté que 6.8 % des médecins interrogés, déclarent souffrir eux-mêmes du SJSR. Notre étude ne montre pas de différence dans l'approche du SJSR par les médecins généralistes ayant répondu à notre étude, qu'ils souffrent ou non du SJSR.

### **3) Caractéristiques des patients souffrant du SJSR au sein de la patientèle :**

Pour 94.4 % des médecins interrogés, l'âge des patients atteints du SJSR est supérieur à 35 ans, ce qui correspond aux données de la population française avec un âge moyen de début des symptômes à 35.2 ans [21]. Les formes à début précoce, soit avant 35 ans, sont en rapport avec une forme primaire, et donc au-delà de 35 ans, le SJSR est associé à une forme secondaire dans la majorité des cas [40].

Une prépondérance féminine a été rapportée dans la grande majorité des études. Les médecins répondant à notre enquête déclarent que 77.3 % des patients atteints sont des femmes. Dans les différentes études menées, l'expression du SJSR est en moyenne deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes [41].

### **4) Prise en charge diagnostique du SJSR :**

Par ce questionnaire, nous pouvons nous rendre compte que le SJSR est connu par les praticiens exerçant en Picardie. Seuls 11.4 % des médecins interrogés utilisent les 4 critères permettant de faire le diagnostic de SJSR. Il est tout de même important de souligner que près de la moitié d'entre eux utilise trois des quatre critères cardinaux.

Notons également que tous les médecins interrogés ont cité au moins 1 des 4 critères diagnostiques.

L'âge moyen des médecins généralistes répondants est de 52.9 ans, ce qui laisse supposer que la majeure partie des médecins ont débuté leur exercice après la publication des critères diagnostiques. Les enquêtes publiées depuis 1995 s'appuient sur les critères définis par l'IRLSSG [6] et revus par le NIH [7] pour poser le diagnostic de SJSR. Il s'agit de quatre critères cardinaux connus partiellement par les médecins généralistes exerçant en

Picardie, mais qui forment pourtant un outil diagnostique précieux en médecine en premier recours.

#### **5) SJSR et insomnie :**

Notre étude révèle que 28.4 % des praticiens ayant répondu à notre étude évoquent souvent un SJSR face à une plainte d'insomnie. Inversement, nous n'avons pas interrogé les médecins sur la plainte initiale des patients conduisant à consulter face à un SJSR, ce qui pourrait être intéressant à évaluer au cours d'une autre enquête.

Selon l'ICSD-3, l'insomnie se définit par au moins un des quatre critères suivants : difficulté d'endormissement, difficulté de maintien du sommeil, réveil trop précoce, temps de sommeil inférieur à six heures ; au moins trois fois par semaine ; depuis au moins trois mois ; dans un contexte adéquat de sommeil de nuit ; avec répercussion sur le fonctionnement diurne.

Dans cette même classification, il est indiqué que le SJSR est associé dans 60 à 90 % des cas à des troubles du sommeil, comme cité antérieurement. Le SJSR est étroitement lié aux MPJ qui sont habituellement simples et stéréotypés et se produisant pendant le sommeil, conjointement à une perturbation clinique du sommeil ou à une fatigue qui ne peut pas être provoquée par un autre trouble du sommeil primaire, par une autre étiologie [9].

Même si l'insomnie n'est pas évoquée dans les critères diagnostiques du SJSR, elle reste néanmoins fréquemment associée à ce syndrome. Le temps de l'interrogatoire par le médecin généraliste reste déterminant pour évoquer le diagnostic et la prise en charge la plus adaptée [42 ; 43].

#### **6) SJSR et facteurs favorisants :**

Comme nous l'avons déjà précisé, le diagnostic du SJSR est clinique. La réalisation d'examen complémentaires permet d'orienter vers une cause secondaire éventuellement curable, ou maîtrisable permettant la guérison voire la stabilisation du SJSR.



Dans les formes secondaires du SJSR, nous retrouvons principalement la carence martiale, évoquée par 18.1 % des médecins répondants, l'insuffisance rénale chronique recherchée par 20.8 % des praticiens, et la poly-neuropathie évoquée par 90.3 % des médecins généralistes. Remarquons que la carence martiale n'est que peu évoquée par les médecins généralistes interrogés. Cela laisse supposer qu'une supplémentation n'est que peu envisagée par les praticiens répondants. La forme familiale n'a pas été citée par les praticiens, bien que non proposée, la question restait ouverte. La cause médicamenteuse est évoquée par plus de la moitié des médecins interrogés.

### **7) Réalisation des examens complémentaires :**

Bien que les examens complémentaires ne soient pas indispensables au diagnostic de SJSR, 2/3 d'entre eux en réalisent, dont le dosage de la ferritinémie qui reste déterminant dans le mécanisme et la compréhension de ce syndrome. Plus de la moitié des médecins interrogés réalisent ce dosage. De même, près de 50 % d'entre eux réalisent un EMG, qui peut mettre en évidence une neuropathie associée au SJSR.

Notons que 2/3 des praticiens prescrivent un doppler artério-veineux. De même avec l'IRM lombaire, prescrite par près de 20 % des praticiens. Se pose la question de l'origine d'une telle différence entre les recommandations et la pratique. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les médecins généralistes ont recours à certains examens complémentaires pour éliminer un diagnostic plus grave (notamment avec l'IRM lombaire à la recherche d'un canal lombaire étroit par exemple, où le traitement pourrait être chirurgical), pour faire face à la pression de la part des patients, ou encore face à la méconnaissance de la pathologie. Nous avons probablement créé un biais de suggestion, la réponse étant conditionnée par la question précédente.

### **8) Traitement du SJSR :**

En ce qui concerne les molécules utilisées pour le traitement du SJSR, les praticiens interrogés semblent être peu informés des recommandations. En effet, 40 % d'entre eux prescrivent un traitement par agoniste dopaminergique. Dans notre questionnaire, il était mentionné « Quel traitement *instaurez-vous* ? ». Nous pouvons donc constater que les

médecins généralistes interrogés ne respectent pas les recommandations de l'HAS qui spécifient que le traitement agoniste dopaminergique est réservé aux consultations spécialisées, avec un neurologue ou un médecin de centre du sommeil [36].

Plusieurs questions se posent :

- Les praticiens libéraux ont-ils des difficultés à orienter leurs patients vers des spécialistes ? Délai de prise de rendez-vous ? Eloignement géographique des structures spécialisées ?

- Les médecins sont-ils au fait des recommandations ?

Notons que près de 30 % des médecins répondants instaurent un traitement veinotonique. Ces réponses démontrent que les médecins confondent un syndrome, en l'occurrence le SJSR, avec les symptômes de l'insuffisance artério-veineuse, où le traitement veinotonique n'a pas sa place. L'instaurent-ils en traitement d'appoint ou en traitement du SJSR ? Mais notre étude ne nous permet pas d'y répondre.

Le traitement par hypnotique n'est prescrit que par un seul des médecins répondants. Ce résultat semble surprenant en comparaison avec le nombre de médecins suspectant un SJSR face à une plainte d'insomnie par son patient. En effet, près de 35 % des médecins recherchent souvent ou systématiquement un SJSR devant une plainte d'insomnie. Le traitement hypnotique est recommandé pour une courte durée, il ne traite pas un symptôme.

Dans notre questionnaire, cette question n'était pas ouverte, ne laissant pas la possibilité aux médecins de proposer la correction d'une carence martiale.

### **9) Evaluation du handicap :**

Le patient souffrant du SJSR consulte en premier recours son médecin généraliste. Afin d'évaluer l'efficacité d'un traitement ou le retentissement du SJSR sur la qualité de vie et du sommeil, plusieurs éléments sont à la disposition du praticien et de son patient.

Ainsi, l'agenda de survenue des crises est facilement accessible et utilisé par plus de la moitié des médecins interrogés, de même pour l'observance du traitement.

Selon les critères de l'HAS, l'échelle internationale de sévérité du SJSR (IRLSSGRS) est plutôt réservée aux spécialistes, neurologue ou spécialiste de centre du sommeil, qui peuvent évaluer le retentissement avant, puis après instauration du traitement et ainsi adapter les posologies des traitements [36].

#### **10) Les médecins généralistes seuls face aux patients souffrant du SJSR ?**

Le médecin généraliste est, dans la plupart des situations, le médecin de premier recours. En France, une enquête de prévalence a été menée, THE INSTANT Study. Celle-ci met en évidence que face à la symptomatologie du SJSR, les patients consultent un médecin généraliste dans plus de 2/3 des cas, mais seulement 5.3 % des patients ont reçu un diagnostic correct. Dans l'ensemble, cette étude française confirme les données de la littérature internationale et souligne la méconnaissance et la mauvaise prise en charge du SJSR [21].

Notre étude met en évidence que près de 90 % des médecins généralistes orientent leurs patients vers un spécialiste, dans 80 % des cas vers un neurologue. Ces informations restent cohérentes avec les recommandations de l'HAS. Mais seuls 18 % d'entre eux le font pour la prescription initiale du traitement par agoniste dopaminergique. Ces informations confirment la méconnaissance des médecins répondants face à la prescription initiale du traitement par agoniste dopaminergique.

# CONCLUSION

Nous avons cherché à travers ce travail, à connaître les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des médecins généralistes en Picardie devant leurs patients souffrant d'un SJSR.

Le taux de réponses exploitables s'élevant à 17.6 % est insuffisant pour prétendre à une significativité de l'ensemble de nos résultats. De même, ces résultats ne peuvent être extrapolés à la population médicale picarde.

Peu de thèses ont été réalisées sur la prise en charge du SJSR par les médecins généralistes. En Picardie, une thèse a été publiée en 2009 et portait sur la prévalence du SJSR dans 3 patientèles de médecins généralistes, ce travail n'étant pas accessible, nous n'avons pu comparer les résultats. La plupart des thèses dédiées au SJSR sont axées sur le traitement de celui-ci, via des thèses de pharmacie.

Nous avons pu constater qu'un certain nombre de médecins ayant répondu ne connaissent pas la totalité des critères de diagnostic clinique du SJSR, critères internationaux établis en 1995 par l'IRLSSG. Mais notons tout de même que tous les médecins ayant répondu ont trouvé au moins un des quatre critères de diagnostic.

Nous avons mis en évidence que près de 80 % des praticiens réalisaient des examens complémentaires. Cela nous a permis de souligner une confusion entre les examens permettant d'appuyer le diagnostic de SJSR en association avec une pathologie maîtrisable, et le diagnostic d'une toute autre pathologie dont la clinique s'approche du SJSR, mais dont les critères de diagnostic diffèrent. Les examens complémentaires sont faits pour aider au diagnostic des pathologies associées au SJSR, au diagnostic différentiel, ou pour orienter le choix d'un traitement.

En ce qui concerne le traitement, la place des agonistes dopaminergiques semble bien connue par les médecins généralistes. Les modalités de prescription doivent tenir compte de :

- l'âge des médecins répondants qui sont plus ou moins au fait des recommandations ?
- de l'antériorité de la prise en charge du patient souffrant du SJSR, avant publication des recommandations de l'HAS de 2014, la prescription des traitements dopaminergiques était possible en premier lieu par les médecins généralistes ;
- ou encore du lieu d'exercice (en milieu rural, l'accès aux structures de soins spécialisées peut sembler plus difficile).

La quasi-totalité des médecins répondants déclare évaluer le retentissement du SJSR sur la qualité de vie de leurs patients. L'agenda de survenue des symptômes et l'observance du traitement sont les premiers moyens retenus. L'échelle internationale de sévérité du SJSR est connue et utilisée par près de 7 % des médecins. Les recommandations plaident pour une utilisation systématique de cette échelle afin d'évaluer le retentissement sur SJSR et l'efficacité du traitement.

Les médecins généralistes ayant répondu à cette enquête connaissent manifestement le SJSR et orientent leurs patients vers un spécialiste dans la majorité des cas, mais ils utilisent insuffisamment l'échelle internationale de sévérité du SJSR (IRLSSGRS) et ne s'appuient pas sur celle-ci pour la prise en charge de leurs patients.

Cette étude montre que les médecins généralistes qui ont répondu sont au fait du traitement, en particulier par agoniste dopaminergique. Par contre, cette étude ne peut conclure sur la connaissance des modalités de prescription.

Il serait nécessaire de rééditer cette enquête en corrigeant les biais identifiés afin d'obtenir une meilleure exhaustivité, et d'orienter au mieux l'enseignement de cette pathologie, tant dans la formation initiale que dans la formation continue.

# BIBLIOGRAPHIE

[1] Krieger J. Le syndrome des jambes sans repos. Montrouge (Hauts-de-Seine): John Libbey Eurotext; 2006.

[2] Karroum E, Konofal E, Arnulf I. Le syndrome des jambes sans repos. *Rev Neurol*. Août 2008;164(8-9):701-21.

[3] Willis, Thomas. - De anima brutorum quae hominis vitalis ac sensitiva est, exercitationes duae. Prior physiologica ejusdem naturam, partes, potentias & affectiones tradit ; altera pathologica morbos qui ipsam, & sedem ejus primariam, nempe cerebrum & nervosum genus afficiunt, explicat, eorumque therapeias instituit, cum figuris. Londini : Prostant apud Gulielm. Wells, & Rob. Scot, 1672

[4] Boissier de Sauvages, François, *Nosologie méthodique*, Lyon : Gouviou, 1772, page 743

[5] Ekblom KA. Restless legs: clinical study of hitherto overlooked disease in legs characterized by peculiar paresthesia ('Anxietas tibiaram'), pain and weakness and occurring in two main forms, asthenia crurum paraesthetica and asthenia crurum dolorosa. *Acta Med Scand* 1945;158(Suppl.):1-123

[6] Walters AS, Aldrich MS, Allen R, Ancoli-Israel S, Buchholz D, Chokroverty S, et al. Toward a better definition of the restless legs syndrome. *Movement Disorders*. 1995;10(5):634-642.

[7] Allen RP, Picchiatti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisi J. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology: A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med*. 2003;4(2):101-19.

[8] Vecchierini M-F, Léger D. Syndrome des jambes sans repos et ses formes cliniques : bilan diagnostique. *La Presse Médicale*. Mai 2010;39(5):556-63.

[9] American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders*, 3rd ed, American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL 2014.

[10] Hening W, Walters AS, Allen RP, Montplaisir J, Myers A, Ferini-Strambi L. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the {REST} (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. *Sleep Med.* 2004;5(3):237-461.

[11] Garcia-Borreguero D, Egatz R, Winkelmann J, Berger K. Epidemiology of restless legs syndrome: The current status. *Sleep Medicine Reviews.* 2006;10(3):153-67.

[12] Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, et al. Restless Legs Syndrome Prevalence and Impact: REST General Population Study. *Archives of Internal Medicine.* 13 juin 2005;165(11):1286.

[13] Tison F, Crochard A, Leger D, Bouee S, Lainey E, ElHasnaoui A. Epidemiology of restless legs syndrome in French adults: a nationwide survey: the INSTANT Study. *Neurology* 2005;65(2):239-46.

[14] Hening W, Walters AS, Allen RP, Montplaisir J, Myers A, Ferini-Strambi L. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the {REST} (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. *Sleep Medicine.* 2004;5(3):237-46.

[15] Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, John U, Kessler C. Sex and the Risk of Restless Legs Syndrome in the General Population. *Archives of Internal Medicine.* 26 janv 2004;164(2):196.

[16] Vijver DAMC van de, Walley T, Petri H. Epidemiology of restless legs syndrome as diagnosed in {UK} primary care. *Sleep Medicine.* 2004;5(5):435-40.

[17] Nichols DA, Allen RP, Grauke JH, Brown JB, Rice ML, Hyde PR, et al. Restless Legs Syndrome Symptoms in Primary Care: A Prevalence Study. *Archives of Internal Medicine.* 27 oct 2003;163(19):2323.

[18] Ohayon MM, Roth T. Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. *J Psychosom Res.* juill 2002;53(1):547-54.

[19] Lavigne GJ, Montplaisir JY. Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. *Sleep.* déc 1994;17(8):739-43.

[20] O’Keeffe ST, Noel J, Lavan JN. Restless legs syndrome in the elderly. *Postgrad Med J.* sept 1993;69(815):701-3.

[21] Ghorayeb I, Tison F. Épidémiologie du syndrome des jambes sans repos. *Rev Neurol.* 2009;165(8-9):641-9.

[22] Cock VCD, Dauvilliers Y. Syndrome des jambes sans repos : une maladie génétique? *La Presse Médicale.* 2010;39(5):579-86.

[23] Winkelmann J, Schormair B, Lichtner P, Ripke S, Xiong L, Jalilzadeh S, et al. Genome-wide association study of restless legs syndrome identifies common variants in three genomic regions. *Nature Genetics.* Août 2007;39(8):1000-6.

[24] Schormair B, Kemlink D, Roeske D, Eckstein G, Xiong L, Lichtner P, et al. PTPRD (protein tyrosine phosphatase receptor type delta) is associated with restless legs syndrome. *Nature Genetics.* Août 2008;40(8):946-8.

[25] Charley CM. Le syndrome des jambes sans repos : actualités. *Médecine du Sommeil.* 2013;10(4):155-8.

[26] Bordet R. Les récepteurs dopaminergiques centraux : Aspects généraux (Partie I). *Rev Neurolo.* 2004;160(8-9):862-70.

[27] Haba-Rubio J, Krieger J. Prise en charge d’un malade atteint du syndrome des jambes sans repos. *La Presse Médicale.* mai 2010;39(5):571-8.

[28] Winkelmann JW, Chertow GM, Lazarus JM. Restless legs syndrome in end-stage renal disease. *American Journal of Kidney Diseases.* Sept 1996;28(3):372-8.

[29] Vibert JF, Sebille A, Lavallard-Tousseau MC, Boureau F, Mazières L. Neurophysiologie, de la physiologie à l’exploration fonctionnelle. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011. p.25-33 et p.151

[30] Allen R. Dopamine and iron in the pathophysiology of restless legs syndrome (RLS). *Sleep Med.* 2004;5(4):385-91.



[31] Arnulf I. Le syndrome des jambes sans repos. Médecine du Sommeil. 2007;4(11):20-31.

[32] Group TIRLSS. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. Sleep Med. 2003;4(2):121-32.

[33] Montplaisir J, Boucher S, Nicolas A, Lesperance P, Gosselin A, Rompré P, et al. Immobilization tests and periodic leg movements in sleep for the diagnosis of restless leg syndrome. Mov Disord. mars 1998;13(2):324-9.

[34] Stiasny-Kolster K, Kohnen R, Carsten Möller J, Trenkwalder C, Oertel WH. Validation of the « L-DOPA test » for diagnosis of restless legs syndrome. Mov Disord. sept 2006;21(9):1333-9.

[35] Rizzo G, Li X, Galantucci S, Filippi M, Cho YW. Brain imaging and networks in restless legs syndrome. Sleep Med. 2016.

[36] Quelle place pour les agonistes dopaminergiques dans le syndrome des jambes sans repos? HAS-santé [en ligne] avril 2014 [page consultée le 7 janvier 2017] disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/fiche\\_bum\\_sjsr\\_042014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/fiche_bum_sjsr_042014.pdf)

[37] Hartley S, Quera-Salva M-A. Le syndrome d'augmentation : diagnostic et prise en charge. Médecine du Sommeil. 2013;10(4):159-66.

[38] L'avis de la commission de la Transparence adopté le 2 décembre 2015 a fait l'objet d'une audition le 2 mars 2016. HAS-santé [en ligne] [page consultée le 7 janvier 2017] disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14498\\_TARGINACT\\_PIC\\_EI\\_AvisPostAud\\_CT14498.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14498_TARGINACT_PIC_EI_AvisPostAud_CT14498.pdf)

[39] Kohnen R, Martinez-Martin P, Benes H, Trenkwalder C, Högl B, Dunkl E, et al. Validation of the Kohnen Restless Legs Syndrome–Quality of Life instrument. Sleep Med. 2016;24:10-7.

[40] Cock VCD, Dauvilliers Y. Syndrome des jambes sans repos : une maladie génétique? La Presse Médicale. 2010;39(5):579-86.

[41] Manconi M, Ulfberg J, Berger K, Ghorayeb I, Wesström J, Fulda S, et al. When gender matters: Restless legs syndrome. Report of the « RLS and woman » workshop endorsed by the European {RLS} Study Group. Sleep Medicine Reviews. 2012;16(4):297-307.

[42] Recommandations sur la pratique clinique. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Synthèse des recommandations. HAS-santé [en ligne] décembre 2006 [page consultée le 07 janvier 2017], disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc\\_sftg\\_insomnie\\_-\\_synthese\\_des\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_synthese_des_recommandations.pdf)

[43] Léger D, Vecchierini M-F, Léger J-M. De l'insomnie au syndrome des jambes sans repos. La Presse Médicale. 2010;39(5):554-5.

# ANNEXES

## ANNEXE 1

Questionnaire évaluant la qualité de vie des patients souffrant du SJSR (Khonen Restless Legs Syndrome Quality of Life Instrument):

| Topic 1 Effects of the RLS symptoms   |            |               |          |            |             |           |
|---|------------|---------------|----------|------------|-------------|-----------|
| <b>1. To what degree do your RLS symptoms disturb your sleep?</b>   | not at all | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely |
| <i>e.g. difficulties in falling asleep, awakening at night, pain at night, premature awakening in the morning.</i>  |            |               |          |            |             |           |
| <b>2. To what degree do your RLS symptoms impair your general performance?</b>  | not at all | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely |
| <i>e.g. profession or work in household, planning of daily routine (e.g. seating activities in the morning, walking in the afternoon) or leisure activities.</i>  |            |               |          |            |             |           |
| <b>3. To what degree do your RLS symptoms impair your mental health / your mood?</b>  | not at all | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely |
| <i>e.g. dejection, depression, fear (e.g. fear to go to bed or fear of a worsening of the RLS), unrest, sorrow due to the progress of the disease, of medication intake, of restricted mobility.</i>                          |            |               |          |            |             |           |
| <b>4. Do your RLS-symptoms impair your social activities?</b>   | not at all | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely |
| <i>e.g. avoidance or reduction of social activities with your family or with others because you don't want to be a burden to others or you don't want to attract attention since you can't sit still or have to stand up.</i> |            |               |          |            |             |           |
| Topic 2 Disturbed sleep and its effects   |            |               |          |            |             |           |
| <b>5. To what degree do lack of sleep or bad sleep impair your normal daytime activities?</b>   | not at all | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely |
| <i>e.g. reduced physical performance, reduced performance in household and/or work, more difficulties in planning the daily activities or impairment of your leisure activities.</i>  |            |               |          |            |             |           |
| <b>6. To what degree does daytime sleepiness impair your mental health / your mood?</b>   | not at all | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely |
| <i>e.g. feeling of weariness, sleepiness, reduced endurance, feeling unenthusiastic, unbalanced, nervous, lack of concentration or exhaustion.</i>  |            |               |          |            |             |           |

| Topic 3 Effects of other features  |            |               |          |            |             |           |
|--|------------|---------------|----------|------------|-------------|-----------|
| <b>7. To what degree do you feel impaired by side effects of your RLS medication?</b>  | not at all | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely |
| <i>e.g. retching and nausea, diarrhea or constipation, sleep disturbances, vertigo, heavy or swollen legs, unease, sweating, dry mouth, etc.</i> |            |               |          |            |             |           |
| In case of several side effects: please assess the most pronounced side effect.  |            |               |          |            |             |           |
| <b>8. To what degree do pains in legs or arms impair your wellbeing or your normal daytime activities?</b>                                       | not at all | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely |

| Topic 4 Your way of handling the RLS-symptoms  |               |               |          |            |             |               |
|--|---------------|---------------|----------|------------|-------------|---------------|
| <b>9. If you use a certain method to ease the symptoms: How burdening is the performance of those measures?</b>  | doesn't apply | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely     |
| <i>Examples are: walking around, getting up in the night, massage, embalm, cool or warm the legs, gymnastics, etc.</i>   |               |               |          |            |             |               |
| <b>10. Do you avoid certain activities or situations due to your RLS-symptoms?</b>   | never         | very rarely   | seldom   | medium     | frequently  | almost always |
| <i>e.g. situations like sitting for a long time during bus-, rail-, car- or flight-trips, visits to theater or cinema, or avoiding of certain situations like stress, overexertion or agitation.</i> |               |               |          |            |             |               |
| <b>11. If you have deliberately changed your way of life due to your RLS-symptoms: To what degree do you feel burdened by that?</b>  | no change     | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely     |
| <i>e.g. change in diet (avoid or restrict certain food, alcohol, nicotine, or caffeine), changes in sleep behavior, changes in professional work, avoid social activities, etc.</i>                  |               |               |          |            |             |               |
| Topic 5 At the End: Your overall Quality of Life   |               |               |          |            |             |               |
| <b>12. Summarizing: To what degree did your RLS-symptoms impair your quality of life during the last 4 weeks?</b>  | not at all    | very slightly | slightly | moderately | quite a bit | extremely     |
| <i>Please consider your physical and mental health, your physical and general performance, your normal daytime activities, and your social activities.</i>   |               |               |          |            |             |               |

## ANNEXE 2

### QUESTIONNAIRE

#### GENERALITES

1/ Avez-vous dans votre patientèle des personnes souffrant du Syndrome des Jambes Sans repos (SJSR) ?

- Oui  Non

2/Si oui, combien ?

- 1 à 10  11 à 20  >20

3/Quel est l'âge moyen des patients souffrant du SJSR?

- 18-35 ans  36-55 ans  >55 ans

4/Quelle est la population la plus représentée ?

- Femme  Homme

#### DIAGNOSTIC

5/sur quel(s) critère(s) évoquez-vous le SJSR ?

- Sensation de paresthésies des membres  
repos prolongé  Aggravation des symptômes au  
 Aggravation des symptômes à l'effort  Antécédent familial de SJSR  
 Diminution des symptômes à l'effort  Apparition des symptômes le jour  
 Apparition des symptômes la nuit, réveillant le patient

6/Face à une plainte d'insomnie, évoquez-vous le SJSR ?

- Jamais       Rarement       Souvent       Systématiquement

7/Recherchez-vous des facteurs favorisants?

- Oui       Non

8/Si oui, lequel/lesquels ?

- Polyneuropathie (alcoolique, diabétique...)  
chronique
- Insuffisance rénale
- Grossesse en cours       Iatrogénie       Maladie de Parkinson
- Canal lombaire étroit       Insuffisance artério-veineuse       Autre(s) :

## **EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

9/Face au diagnostic de SJSR, prescrivez-vous des examens complémentaires ?

- Oui       Non

10/Si oui, lequel / lesquels ?

- Doppler artério-veineux des membres inférieurs       Electromyogramme
- Ferritinémie       Scanner ou IRM lombaire       Dosage des enzymes musculaires  
(CPK, myoglobine...)
- Autre(s) :

## **TRAITEMENT**

11/Instaurez-vous un traitement ?

- Oui                     Non

12/Si oui, que prescrivez-vous en première intention ?

- Hypnotique       Anti-dépresseur       Veinotonique       Anti-convulsivant
- Antalgique :      ▫ Palier 1      ▫ Palier 2      ▫ Palier 3                     Agoniste  
dopaminergique

## **RETENTISSEMENT SUR LA QUALITE DE VIE**

13/Quel(s) moyen(s) utilisez-vous afin d'évaluer l'efficacité du traitement ?

- Agenda de survenue des symptômes                     Observance du traitement
- Echelle Internationale de Sévérité du Syndrome des Jambes Sans Repos
- Autre(s) :

14/Orientez-vous vos patients vers un spécialiste ?

- Oui                     Non

15/Si oui, lequel/lesquels ?

- Consultation de neurologie                     Consultation douleur                     Consultation  
sommeil
- Consultation vasculaire                     Autre :

16/Pourquoi ?

- Inefficacité du traitement                     Sévérité du tableau                     Troubles sévères du  
sommeil

Autre(s) :

## CONCERNANT LE TRAITEMENT DOPAMINERGIQUE

17/Avez-vous des patients sous Pramipexole-SIFROL® ?

Oui                       Non

18/Si oui, quelle tolérance présentent-ils?

Bonne tolérance                       Inefficacité du traitement                       Aggravation des symptômes

Troubles du comportement       Autre :

## VOUS CONCERNANT :

\*Exercez-vous :     En milieu rural                       En milieu urbain                       En milieu semi-rural

Dans l'Aisne                       Dans l'Oise                       Dans la Somme

\*Êtes-vous :                       Une femme                       Un homme

\*Quel est votre âge ?

\*Souffrez-vous vous-même, ou un membre de votre famille, du SJSR ?                       Oui                       Non



### **ANNEXE 3**

**Mlle MARTIN Laure**

DES de médecine générale

UPJV Amiens

laure.martin85@gmail.com

Docteur,

Ayant fini mon internat de médecine générale, dans le cadre de mon travail de thèse, je réalise une enquête sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique du syndrome des jambes sans repos chez les adultes en médecine générale en Picardie. J'ai demandé au Dr KHEMLICHE, responsable du centre du sommeil au GHPSO site de Senlis dans l'Oise, de m'aider à réaliser cette thèse.

A l'aide de ce questionnaire, je souhaiterais mieux connaître votre démarche lors de la prise en charge des patients souffrant de syndrome des jambes sans repos.

Je vous remercie du temps que vous acceptez de consacrer pour répondre à ce questionnaire.

Bien confraternellement,

Mlle Laure MARTIN

## **ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS PAR LES MEDECINS GENERALISTES PICARDS EN 2016.**

**INTRODUCTION** : Malgré une prévalence de 8.5 % en France, le Syndrome des Jambes Sans Repos (SJSR) reste sous-diagnostiqué en médecine générale. L'objectif principal de notre étude était de réaliser un état des lieux des connaissances des médecins généralistes en Picardie sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique du SJSR. L'objectif secondaire de notre étude était d'évaluer s'ils établissaient un lien entre le SJSR et la plainte d'insomnie.

**MATERIEL ET METHODES** : Cette étude a été réalisée sous forme d'enquête transversale, quantitative, observationnelle en vie réelle. 500 questionnaires ont été envoyés, au cours de l'année 2016, aux médecins généralistes installés en Picardie, seulement 88 médecins généralistes ont répondu.

**RESULTATS** : Tous les médecins généralistes répondants ont cité au moins un des quatre critères cardinaux. 40 % d'entre eux ont instauré un traitement par agoniste dopaminergique, 88 % ont orienté leurs patients vers un spécialiste, majoritairement vers un neurologue. Seuls 28.4 % ont évoqué un SJSR face à une plainte d'insomnie.

**DISCUSSION** : Nous avons constaté que le SJSR était connu des médecins généralistes picards, mais les recommandations de prescription initiale n'étaient pas toujours suivies. Les troubles du sommeil n'étaient que peu évoqués, malgré leur association fréquente au SJSR.

**CONCLUSION** : La pratique des médecins généralistes concernant la prise en charge diagnostique du SJSR était assez satisfaisante. Les modalités de prescription du traitement par agoniste dopaminergique n'étaient pas bien connues, ou insuffisamment appliquées.

Mots clés : syndrome des jambes sans repos, médecine générale, agoniste dopaminergique, recommandations, sommeil.

## **SURVEY ON THE RESTLESS LEGS SYNDROME MANAGEMENT BY PICARD GENERAL PRACTITIONERS IN 2016.**

**INTRODUCTION** : Despite a prevalence of 8.5 % in France, the Restless Legs Syndrome (RLS) remains under-diagnosed in general medicine. The main objective of our study was to carry out, in Picardie, an inventory of the general practitioners knowledge about the RLS diagnostic and therapeutic management. The secondary objective of our study was to assess how many of them would set a link between RLS and insomnia complaint.

**MATERIAL AND METHODS** : The study design was a cross-sectional, quantitative, observational survey. In 2016, 500 questionnaires were sent to general practitioners based in Picardie. 88 of them replied.

**RESULTS** : Every general practitioner who answered to the survey mentioned at least one of the four cardinal criteria. 40% of them initiated a treatment with a dopaminergic agonist, 88% redirected their patients to a specialist, mostly a neurologist. 28.4% of them mentioned RLS as insomnia complaint.

**DISCUSSION** : We found that general practitioners in Picardie knew RLS, but initial prescription guidelines were not always followed. Sleep disorders were rarely mentioned, despite their frequent association with RLS.

**CONCLUSION** : The practice of general practitioners in the diagnosis of RLS was quite appropriate. The prescription guidelines of a dopaminergic agonist based therapy were not well known or insufficiently applied.

**KEYWORDS** : restless legs syndrome, general medicine, dopaminergic agonist, guidelines, sleep disorders.