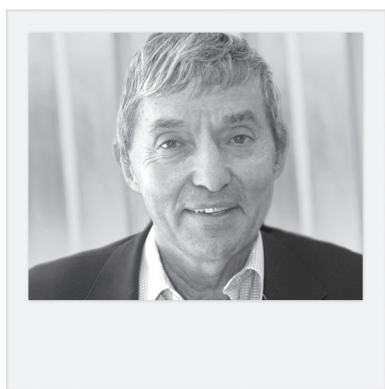


REPÈRES PRATIQUES

Pédiatrie générale

Syndrome des jambes sans repos : une nouvelle entité chez l'enfant



→ **A. BOURRILLON**
Service de Pédiatrie
Générale,
Hôpital Robert Debré,
PARIS.

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est souvent méconnu des médecins de l'enfant et de l'adolescent.

Il associe les mêmes symptômes que chez l'adulte : un besoin incoercible de bouger les jambes et des sensations inconfortables (paresthésies et dysesthésies) survenant au repos et le soir au coucher, et atténuées transitoirement par la marche ou les mouvements des jambes) [1].

La description qu'en donne parfois l'enfant peut faire interpréter ces symptômes comme des manifestations liées à des douleurs musculaires ou osseuses évocatrices des contours souvent imprécis des "douleurs de croissance".

Sur le plan comportemental, ces sensations accompagnées de mouvements peuvent engendrer une agitation motrice vespérale, retardant l'heure du coucher et sont susceptibles de contribuer aux troubles de l'initiation du sommeil.

Prévalence

Des études rétrospectives menées sur des populations canadiennes et américaines (il n'existe pas d'études européennes)

mentionnent que plus des 45 % des adultes ayant un SJSR idiopathique (primaire) décrivent le début des premiers symptômes avant l'âge de 20 ans (25 % d'entre eux avant l'âge de 10 ans) [2].

Une seule étude ayant utilisé les critères diagnostiques proposés par le Groupe international d'études du syndrome des jambes sans repos (IRLSSG) rapporte une prévalence élevée (5,9 %) chez 538 patients âgés de moins de 18 ans. Selon cette étude, les filles concernées avant l'âge de la puberté étaient plus nombreuses que les garçons.

Aucune donnée précise n'a pu être chiffrée chez les enfants âgés de moins de 6 ans.

Clinique [3]

Les symptômes d'impatience ressentis au niveau des membres inférieurs sont, selon l'âge, d'expression difficile chez les enfants.

Au-dessous de l'âge de 6 ans, ceux-ci s'expriment en termes le plus souvent imagés ("coca-cola dans les jambes"; "fils ou petites bêtes sous la peau") ou les symptômes se réduisent à un refus d'aller se coucher du fait de manifestations évoquant des impatiences au niveau des jambes.

Les enfants plus âgés se déclarent réveillés la nuit par des impressions de gêne superficielle au niveau des jambes, leur imposant de se lever pour se dégoûdir les membres inférieurs pendant quelques minutes.

Les adolescents décrivent plus précisément cet inconfort vespéral ou nocturne, ou le masquent par diverses occupations vespérales visant à les distraire (jeux interactifs, musiques...)

Critères diagnostiques

Les études épidémiologiques ne peuvent être cependant basées que sur des critères diagnostiques précis.

REPÈRES PRATIQUES

Pédiatrie générale

SJSR de l'adulte	SJSR de l'enfant âgé de 2 à 12 ans
● Nécessité impérieuse de bouger les jambes + dysesthésies ● Augmentation au repos, en position assise ou couchée ● Réduction des signes fonctionnels par l'exercice physique ● Majoration ou survenue des symptômes le soir ou la nuit	4 critères de l'adulte + 2 des 3 critères suivants : ● Troubles du sommeil ● Un des parents ou un élément de la fratrie avec SJSR ● Polysomnographie : > 5 mouvements périodiques par heure de sommeil

TABLEAU I.

Ceux-ci sont actuellement reliés aux critères proposés par Allen *et al.* en 2003 [1]) qui apportent des nuances entre les critères de définitions de l'adulte et ceux de l'enfant (**tableau I**).

Syndrome des jambes sans repos parmi d'autres syndromes

● Syndrome des jambes sans repos et mouvements périodiques

Le syndrome des mouvements périodiques a une définition polysomnographique (électro-encéphalographique et myographique) caractérisée par la présence de secousses musculaires d'une durée de 0,5 à 5 secondes espacées de 20 à 40 secondes [1].

Ce syndrome pourrait être un critère prédictif de SJSR chez les sujets jeunes, ce qui a conduit l'IRLSSG à définir un index (nombre par heure de mouvements périodiques > 5) au sein des critères du SGJSR de l'enfant.

● Syndrome des jambes sans repos et hyperactivité motrice [4, 5]

Les troubles de l'attention avec hyperactivité (TDA-H) associent une inattention, une impulsivité et une hyperactivité motrice inadaptées à l'environnement de l'enfant et induisant souvent des difficultés scolaires prématurées.

L'agitation motrice excessive des enfants observée par la famille et l'environnement au cours de la journée se poursuit au cours de la soirée et peut être confirmée par les techniques d'enregistrement polysomnographique.

Elle s'inscrit alors dans un "continuum" clinique reliant agitation en journée, impatience locomotrice vespérale, difficultés d'endormissement et mouvements périodiques des membres inférieurs au cours du sommeil.

L'association entre mouvements périodiques, SJSR et TDA-H serait aussi fréquente (un enfant ou un adolescent sur trois hyperactifs auraient des symptômes de SJSR; un enfant ou un adolescent sur cinq ayant un SJSR répondraient aux critères diagnostiques du TDA-H).

Il serait cependant utile de réserver à l'approche pédiatrique une certaine "autonomisation" du syndrome des jambes sans repos dans sa forme apparemment isolée et idiopathique, pourtant peu fréquente à cet âge.

Les autres diagnostics susceptibles d'évoquer des SJSR ou de s'y associer sont [6]:

- les douleurs de croissance. Celles-ci persistent malgré la mobilisation des extrémités;
- les tics moteurs: habituellement variables dans leur topographie;
- les crampes musculaires survenant au décours d'un effort, limitées à des groupes de muscles et non soulagées immédiatement par les mouvements;
- des manifestations à type d'arthralgies ou de myalgies souvent généralisées parfois intégrées dans un contexte psychosomatique particulier (fibromyalgie) [7].

● Génétique et hypothèses physiopathologiques

Le SJSR primaire est possiblement une maladie autosomique dominante. Des gènes associés aux SJSR ont été localisés sur le chromosome 12q dans une famille franco-canadienne; sur le chromosome 14q dans une famille italienne; sur le chromosome Fp dans une famille nord-américaine. L'identification de l'atteinte d'un des parents et/ou d'un élément de la fratrie ayant une SJSR fait partie des critères diagnostiques du SJSR de l'enfant âgé de 2 à 12 ans [1].

L'hypothèse d'une implication des voies dopaminergiques est actuellement démontrée dans la physiopathologie du TDA-H. Celle-ci contribue au rationnel de l'indication possible d'un traitement par psychostimulants dans les formes sévères de ce syndrome [6].

Chez l'enfant ayant un SJSR dans un contexte familial évocateur et sans TDA-H, l'hypothèse d'un dysfonctionnement impliquant certaines structures et voies dopaminergiques est proche des hypothèses émises chez l'adulte et pourrait conduire à des choix thérapeutiques identiques.

L'efficacité des agonistes de la dopamine est en cours d'étude.

La carence martiale est enfin une des hypothèses physiopathologiques retenues comme susceptibles d'intervenir dans le dysfonctionnement dopaminergique observé dans le syndrome, mais cela n'a pu être confirmé [8].

Traitement

Il n'existe aucune étude randomisée avec contrôle placebo concernant l'efficacité médicamenteuse comparée du traitement du SJSR de l'enfant.

Les agonistes de la dopamine font l'objet d'études aux résultats divergents.

Le ropinirole et le pramipexole [9] ont obtenu une AMM exclusivement chez l'adulte et pour le seul traitement des formes sévères. Leur recours chez l'adolescent pourrait être évalué selon leur tolérance, mais ne conduit pas actuellement à des recommandations autorisées par les résultats d'études cliniques internationales approfondies.

Des conseils hygiéno-diététiques ont pu être proposés et adaptés selon la reconnaissance de critères d'inconfort (à préciser par l'analyse de la gêne éprouvée, le besoin de bouger et la rapidité du temps d'apaisement) [9, 10]. Il a ainsi pu être proposé de réduire des activités physiques trop intenses en fin de journée, d'assurer des massages ou des mesures de relaxation avant le coucher et de faciliter le sommeil les jambes découvertes.

Conclusion

Le syndrome de jambes sans repos de l'enfant et de l'adolescent est assez proche de celui décrit chez l'adulte.

Il est parfois confondu avec les manifestations motrices reliées au TDA-H (auquel il est souvent associé) ou algies des membres inférieurs attribuées aux douleurs de croissance.

Il garde ses inconnues aux "multiples visages" [6]. L'identification de son autonomie relative dans les formes familiales nous semble devoir bénéficier, au premier plan, des recherches à venir tant sur le plan étiopathogénique qu'éventuellement thérapeutiques.

Il n'existe en effet aucune thérapeutique médicamenteuse actuelle (agonistes dopaminergiques) bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché pour le traitement du syndrome des jambes sans repos.

L'efficacité et la tolérance des traitements à venir sont l'objet d'études en cours.

Bibliographie

1. ALLEN RP, PICHETTI DL, HENING WA *et al.* Restless legs syndrome: diagnosis, criteria special considerations and epidemiology. *Sleep Med*, 2003; 4: 101-119.

POINTS FORTS

- ➞ Le syndrome des jambes sans repos n'est pas décrit sous des contours précis chez l'enfant comme chez l'adolescent.
- ➞ Il associe, comme chez l'adulte, un besoin incoercible de bouger les jambes au repos se majorant lors de la fatigue en fin de journée et en position couchée durant la nuit.
- ➞ Il est transitoirement amélioré par les mouvements.
- ➞ Il n'existe aucun test diagnostique spécifique et l'indication de la polysomnographie vise à identifier l'existence de mouvements périodiques des extrémités parfois associés.
- ➞ L'association avec un trouble de déficit de l'attention hyperactivité est fréquente.
- ➞ Génétique, physiopathologie et voies thérapeutiques demeurent incertaines.

2. WALTERS AS, PICHETTI DL, CHEVIN RD *et al.* Childhood and adults factors associated with restless legs syndrome (RES) diagnosis. *Sleep Med*, 2009; 10: 267-268.
3. KONOFAL E. Syndrome des jambes sans repos chez l'enfant et l'adolescent. *La Presse Médicale*, 2010; 39: 592-597.
4. PICHETTI DL, WALTERS AS. Restless legs syndrome and periodic limbs movements in childhood and adolescence: Comorbidity with attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*, 1996; 5: 729-740.
5. BIDERMAN J, FARAONE SV. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 2005; 22: 366.
6. VEILA S. Le syndrome des jambes sans repos a plusieurs visages. *Paediatrica*, 2003; 18: 30-32.
7. KONE PAUT I. Fibromyalgie et autres douleurs rhumatologiques inexpliquées. *Médecine et Enfance*, 2010; 369-372.
8. KONOFAL E, CORTESE S, MARCHAND M *et al.* Impact of restless legs syndrome and iron deficiency with attention-deficit hyperactivity disorder in children. *Sleep Med*, 2007; 8: 711-715.
9. KONOFAL E, ARNULF I, LEGENDREUX M *et al.* Ropinirole in a child with attention deficit hyperactivity disorder and restless legs syndrome. *Pediatr Neurol*, 2005; 116: 732-734.
10. Myriam Daoudal, AFSJSR (site à consulter : afsjr@afsjr.fr).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.