



Le syndrome des *jambes sans repos*

Une cause fréquente et méconnue de mauvaises nuits.

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR, ou maladie de Willis-Ekbom) touche **5 à 10 % des adultes**, souvent sans être identifié. Il se manifeste par des sensations désagréables dans les jambes, surtout le soir, que seul le mouvement soulage. Bien diagnostiqué, il se soigne efficacement.

AU SOMMAIRE

- 01 Reconnaître le SJSR
- 02 Pourquoi ça arrive
- 03 Le bilan que nous allons faire
- 04 Les traitements
- 05 Questions fréquentes

CHAPITRE 01

Reconnaître le SJSR

Quatre critères incontournables pour poser le diagnostic.

Le SJSR ne se voit pas à l'examen clinique ni sur les analyses de sang. Il se diagnostique sur l'**interrogatoire**. Les quatre critères de Allen, validés internationalement :

- 01 Un besoin impérieux de bouger les jambes**, généralement associé à des sensations désagréables (fourmillements, tiraillements, brûlures, démangeaisons profondes — souvent difficiles à décrire).
- 02 Symptômes qui apparaissent ou s'aggravent au repos** (assis le soir, allongé(e), en avion, au cinéma).
- 03 Soulagement par le mouvement** (marcher, étirer, masser) — c'est le critère le plus caractéristique. Tant qu'on bouge, ça va.
- 04 Symptômes pires le soir et la nuit** que dans la journée (rythme circadien clair).

À NE PAS CONFONDRE

Trois pièges diagnostiques

- Confondre avec des crampes : les crampes sont douloureuses, brèves, localisées au mollet. Le SJSR est diffus, prolongé, soulagé par le mouvement.
- Confondre avec une névralgie sciatique : la sciatique suit un trajet précis, n'est pas soulagée par le mouvement.
- Confondre avec les mouvements périodiques des jambes (MPJS) : ce sont des secousses pendant le sommeil, visibles à la polysomnographie, souvent associées au SJSR mais indépendantes.

CHAPITRE 02

Pourquoi ça arrive

Plusieurs mécanismes, dont certains sont réversibles.

Facteurs centraux

- **Carence en fer** dans le cerveau (même si la prise de sang est normale) — c'est le mécanisme principal.
- **Dysfonctionnement du système dopaminergique** dans certaines structures cérébrales.
- **Hérédité** : 50 % des cas sont familiaux.

Facteurs déclenchants ou aggravants

- **Grossesse** (souvent au 3^e trimestre, disparaît après l'accouchement).
- **Insuffisance rénale**, dialyse.
- **Neuropathies** (diabète, alcool).
- **Médicaments** : certains antidépresseurs (sérotoninergiques), neuroleptiques, antihistaminiques, antinauséux (métoclopramide).
- **Caféine, alcool, tabac** : aggravent les symptômes.
- **Manque de sommeil** : cercle vicieux fréquent.

CHAPITRE 03

Le bilan que nous allons faire

Simple et standardisé. Pas de scanner, pas d'IRM en règle générale.

- **Prise de sang** : ferritine (le marqueur clé — cible > 75 µg/L, voire > 100), fer sérique, saturation de la transferrine, NFS, fonction rénale.
- Recherche de médicaments aggravants (revue d'ordonnance).
- Évaluation des comorbidités (diabète, neuropathie, dialyse).
- **Polysomnographie** : **non systématique**, demandée seulement si suspicion de mouvements périodiques associés ou de SAOS surajouté.

CHAPITRE 04

Les traitements

Une stratégie en plusieurs étapes, du plus simple au plus spécifique.

01 • Corriger la cause si elle existe

- **Supplémentation en fer** orale si ferritine < 75 µg/L (traitement de référence — efficace dans 30 à 50 % des cas).
- Si malabsorption ou intolérance digestive : **fer intraveineux** en hôpital de jour (très efficace).
- Arrêt ou substitution des médicaments aggravants (en concertation avec votre médecin traitant).

02 • Mesures comportementales

- **Activité physique** régulière, modérée — pas intense le soir.
- **Étirements** des jambes au coucher.
- **Bains chauds** ou compresses chaudes le soir.
- **Massages** des mollets.
- **Réduction caféine, alcool, tabac.**
- **Sommeil régulier** — la fatigue aggrave les symptômes.

03 • Traitements médicamenteux

Réservés aux formes **modérées à sévères** qui retentissent sur le sommeil ou la qualité de vie, après échec des mesures ci-dessus.

Classe	Exemples	Quand	Précautions
Alpha-2-delta (gabapentinoïdes)	Gabapentine, prégabaline	1ère intention	Somnolence, prise de poids
Dopaminergiques	Rotigotine (patch), pramipexole, ropinirole	Si échec des précédents	Risque d' augmentation paradoxale à long terme
Opioides faibles	Tramadol, oxycodone faible dose	Cas sévères, en dernier	Suivi rigoureux

Attention — le piège de l'augmentation

Sous dopaminergiques au long cours (rotigotine, pramipexole), les symptômes peuvent **s'aggraver** : apparition plus tôt dans la journée, intensité accrue, extension aux bras. C'est l'**augmentation paradoxale**. Si cela arrive, consultez sans attendre — il faut changer de classe.

CHAPITRE 05

Questions fréquentes

Ce qu'on entend souvent en consultation.

— C'est psychologique, n'est-ce pas ?

Non. Le SJSR est une vraie pathologie neurologique, avec des bases biologiques identifiées (système dopaminergique, métabolisme du fer cérébral). Le stress peut l'aggraver, mais il n'en est pas la cause.

— Est-ce que ça va s'aggraver avec l'âge ?

Pas systématiquement. Beaucoup de patients restent stables ou voient leurs symptômes **diminuer** à long terme. Les épisodes peuvent fluctuer (périodes meilleures, périodes moins bonnes).

— Mon enfant se plaint de jambes douloureuses le soir, est-ce un SJSR ?

Le SJSR existe chez l'enfant, souvent diagnostiqué « douleurs de croissance ». Si les sensations sont soulagées par le mouvement et apparaissent le soir, consultez — une supplémentation en fer suffit souvent à régler le problème.

— La grossesse a déclenché mes symptômes, vont-ils disparaître ?

Le plus souvent oui, dans les semaines qui suivent l'accouchement. Une supplémentation en fer (en accord avec votre gynécologue) peut être proposée pendant la grossesse si les symptômes sont gênants.

Notes personnelles

Observations, questions à poser, événements particuliers à signaler en consultation.

Diagnostiqué, le SJSR se soigne bien. Le piège est de penser que c'est « rien » et de ne pas en parler — alors qu'il existe souvent une solution simple.