

RESTLESS LEGS

**Syndrome d'impatience des membres inférieurs
(Restless legs syndrome)**

**Une brochure d'informations du
Groupe suisse d'entraide Restless Legs**

Résumé

Le **syndrome d'impatience des membres inférieurs** («le syndrome des jambes sans repos» ou «restless legs syndrome», RLS) est une affection fréquente et chronique, caractérisée par

- une envie irrésistible de bouger et
- des troubles sensitifs désagréables et/ou des mouvements involontaires des jambes, plus rarement des bras ou d'autres parties du corps.
- une perte de qualité de vie

Typiquement, les troubles

- se manifestent le soir ou la nuit,
- surviennent quand le patient est assis tranquillement ou couché au lit et
- régressent dès qu'il fait quelques pas ou exerce une activité.

Ces mouvements convulsifs peuvent persister pendant le sommeil sans que le patient ne s'en rende compte. On parle alors **de mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil** (PLMS).

La gravité peut varier fortement. Lorsqu'il s'agit d'une forme légère, elle dérange à peine le patient, par contre les formes sévères peuvent entraîner une incapacité de travailler et même provoquer des idées de suicide.

Les troubles sensitifs et le besoin irrésistible de bouger le soir provoquent

- des troubles de l'endormissement et de la continuité du sommeil,
- et/ou une somnolence ou fatigue diurne.

Souvent, une **dépression ou des troubles anxieux sont** également présents.

Les **causes** soupçonnées de la maladie sont

- un trouble du système nerveux central ou périphérique de caractère héréditaire (forme idiopathique),
- éventuellement associé à un autre problème organique (forme co-morbide)

L'évolution est chronique et souvent les troubles augmentent jusqu'à env. 50 ans.

- La maladie peut débuter à tout âge, même dans l'enfance.

La fréquence dans la population est estimée à 3–10% et augmente avec l'âge. Les femmes sont plus fréquemment touchées que les hommes.

Une **thérapie** médicamenteuse, de même que d'autres mesures, sont possibles dans la plupart des cas. Toutefois elle n'est pas nécessaire chez tous les patients.

Diagnostic

Un groupe d'étude international a défini les symptômes ci-après comme critères minimaux nécessaires pour le diagnostic du syndrome d'impatience des membres inférieurs à l'éveil (RLS).

Symptômes obligatoires

1. Envie irrésistible de bouger les extrémités, souvent associée à des troubles sensitifs désagréables.
2. Aggravation des troubles au repos.
3. Amélioration au moins passagère en période d'activité.
4. Aggravation des troubles le soir et la nuit.
5. Perte de qualité de vie

Symptômes facultatifs

1. Troubles du sommeil et somnolence diurne.
2. Mouvements périodiques des jambes et des bras pendant le sommeil et occasionnellement des secousses involontaires en état de veille.
3. Amélioration des symptômes sous faibles doses de médicaments dopaminergiques
4. Examen médical normal pour les formes de RLS idiopathiques.
5. Tendance à l'aggravation chez les patients d'âge moyen et avancé.
6. Anamnèse familiale positive (souvent plusieurs membres de la famille souffrent de ce trouble).

Troubles sensitifs

Au premier plan, on trouve des dysesthésies (anomalies de la perception sensitive) localisées au niveau des jambes, généralement dans les mollets, parfois aussi au niveau des cuisses ou des pieds, voire des bras (jusque dans 50% des cas). Ces sensations sont généralement perceptibles des deux côtés, mais une prédominance latérale ou une alternance d'un côté à l'autre sont possibles. Le patient dit éprouver des fourmillements, des étirements, des élancements, des sensations de piquûre, des tensions, parfois même des douleurs.

Les véritables douleurs sont plus fréquentes chez les patients âgés et surviennent surtout quand le patient, pour des raisons externes, ne peut mobiliser ses jambes suffisamment tôt, par exemple lors de longs voyages en avion. Les troubles liés au RLS sont localisés en profondeur, tandis que les douleurs caractéristiques de la polyneuropathie sont éprouvées au niveau de la peau, donc en superficie. Les patients se plaignent parfois d'avoir les jambes lourdes ou fatiguées, voire un état de faiblesse, mais cette dernière peut généralement être surmontée par un effort de volonté et n'oblige pas de s'arrêter, comme c'est le cas lors de maladies vasculaires.

Les symptômes surviennent le soir et au repos

Les symptômes se manifestent surtout le soir, quand le patient est assis et détendu, ou au coucher. Les troubles peuvent apparaître immédiatement ou jusqu'à deux heures après la mise au repos, en position assise ou couchée.



Illustration tirée de: «Fünfter Streich» aus «Das neue Wilhelm Busch Album in Farbe» © by Unipart Media GMBH, 1998, Offenbach

Amélioration par mouvements volontaires

Le critère principal qui distingue le RLS des autres causes est la régression des symptômes par des mouvements volontaires. Les patients sont obligés de se lever et de déambuler. Cette envie impérieuse de bouger les jambes ne peut être réprimée que passagèrement; à la fin, elle est irrésistible au point que les mouvements des jambes deviennent en partie involontaires. Dès lors, seul le type de mouvement exercé peut encore être influencé volontairement par le patient.

Troubles diurnes ou survenant après des efforts importants

Pendant la journée et au cours des activités physiques, les troubles sont généralement moins prononcés, voire absents. Cependant, il arrive aussi qu'ils s'aggravent *après* un effort important.

Facteurs déclenchants

Outre le repos physique qui coïncide généralement avec la position assise ou couchée, la fatigue, le stress ou, plus rarement, le froid ou la chaleur peuvent être perçus par les patients comme des facteurs déclenchants.

Composante psychique

Plusieurs sources convergentes indiquent que les dysesthésies surviennent plus fréquemment lors de situations ennuyeuses que dans des circonstances mobilisant l'attention du patient. Les jeux d'ordinateur sont même une thérapie recommandée, par exemple lors de longs voyages en avion.

Mouvements involontaires des jambes en veille

Souvent, les mouvements des bras et des jambes sont interprétés comme de simples réactions aux dysesthésies. Chez certains patients, toutefois, l'agitation motrice est au premier plan ou survient seule, c'est-à-dire sans être associée à des troubles sensitifs.



Illustration tirée de: «Fünfter Streich» aus «Das neue Wilhelm Busch Album in Farbe» © by Unipart Media GMBH, 1998, Offenbach

Mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil (PLMS)

Dans 70–80% des cas, le RLS est associé aux PLMS. A l'inverse, seule une faible proportion de patients avec des PLMS souffre également d'un RLS. On considère comme anormale une fréquence de plus de 5 mouvements par heure. Il faut souligner que les PLMS surviennent fréquemment (60% des cas environ) chez des personnes âgées saines de plus de 60 ans, sans qu'elles s'en aperçoivent. On observe également une incidence accrue des PLMS dans toute une série d'affections neurologiques telles que le syndrome d'apnées du sommeil, la narcolepsie et les troubles du comportement du sommeil REM. Les PLMS ne sont donc pas une preuve du RLS!

«Arousals» = réactions de réveil

Les mouvements des jambes sont divisés en deux catégories selon qu'ils s'accompagnent ou non de réactions de réveil visibles sur l'électroencéphalogramme ou d'une modification de la fréquence cardiaque (= arousal). La question de savoir si les mouvements des jambes avec «arousals» perturbent davantage le sommeil que les mouvements sans «arousals» fait actuellement l'objet de discussions.

Somnolence diurne et insomnie

Environ 90% des patients atteints d'une impatience des membres inférieurs à l'éveil signalent des troubles de l'endormissement et de la continuité du sommeil au cours de leur maladie. Moins de la moitié des patients souffrent de somnolence diurne.

«Noctambules»

Dans les cas graves, les patients se voient obligés de déambuler presque toute la nuit et ne trouvent le sommeil que pendant quelques heures, au petit matin. C'est pour ça que les membres de l'organisation de patients américains se sont donné le nom de «Nightwalkers».

Du fait de la durée raccourcie du sommeil, 46% des hommes et 22% des femmes se plaignent d'une somnolence ou d'un sentiment de fatigue diurne.

Problèmes psychiatriques et sociaux

Dépression et troubles anxieux

De nombreux patients atteints de RLS présentent également des troubles psychiques. Environ 30–60% des patients souffrent de dépression et environ 30% de céphalées de tension. On relève également une fréquence accrue de troubles anxieux et gastro-intestinaux. Bien souvent, la dépression précède le RLS, de sorte qu'elle ne constitue pas nécessairement une conséquence des troubles chroniques. Il est concevable que les deux maladies aient une origine commune. De forts troubles RLS peuvent entraîner une diminution de la capacité de travail de même que des idées de suicide. Etant donné que certains antidépresseurs peuvent aggraver les troubles RLS, il convient de choisir les médicaments avec un soin tout particulier.

Angoissés et discrets

Au contraire d'autres personnes atteintes de maladies psychosomatiques, les patients atteints de RLS dissimulent souvent les symptômes, même à leurs proches et à leur médecin traitant. Ils craignent probablement d'être incapables d'expliquer leurs troubles sensitifs de manière compréhensible et de ne réussir qu'à se rendre ridicules. En revanche, dès qu'ils se sentent compris de leur médecin, les patients sont soulagés et lui exposent dans les moindres détails les maux qu'ils ont endurés en solitaire pendant des années.

Interactions familiales

Plus de la moitié des patients RLS connaissent déjà les symptômes du RLS pour les avoir observés chez des proches parents pendant des décennies, sans en connaître la cause. Ils admettent que ces troubles sont une manifestation «normale» dans leur famille. De nombreux patients ont derrière eux un long parcours médical sans qu'aucun médecin n'ait pu identifier la cause véritable de leur problème.

A la longue, le RLS est épuisant tant pour les patients que pour leur famille. La perte de la joie de vivre est le prix fort payé par les patients pour le manque continu de sommeil. Leurs partenaires, confrontés tous les soirs et toutes les nuits aux effets de cette agitation, souffrent aussi de ce stress permanent. La détérioration de la qualité de vie du malade se répercute également sur son partenaire.

Evolution de la maladie

Le RLS peut débuter à tout âge. Cependant, les premiers symptômes se manifestent souvent vers la 30^e année, d'abord sous forme de phases passagères; ensuite, les périodes asymptomatiques deviennent progressivement plus brèves et se raréfient. Le RLS se manifeste avant l'âge de 20 ans dans environ 40% des cas, et peut même apparaître avant 10 ans (environ 12% des cas). Dans ces cas précoces, toutefois, les troubles sont souvent très peu prononcés et 70% des patients ne consultent le médecin qu'après la 40^e année, lorsque les troubles se manifestent plusieurs jours par semaine ou même tous les jours.

Chez l'enfant

Dans les cas de début très précoce, les diagnostics erronés les plus fréquents sont:

- des «douleurs de croissance» ou
- un «syndrome hyperkinétique» ou «hyperactivité», appelé aujourd'hui «Attention Deficit Hyperactivity Disorder» (ADHD). Ces enfants présentent une forte agitation motrice et éprouvent beaucoup de peine à se concentrer – un exemple classique, tiré de la littérature allemande, est le «Zappelphilipp» décrit par le Dr H. Hoffmann.



Illustration tirée de: «Strubelpeter», die Geschichte vom Zappelphilipp von Dr. H. Hoffmann, © by Sigbert Mohn Verlag, Gütersloh

Un RLS a été décelé chez 20% des enfants qui avaient un diagnostic d'ADHD.

Chez l'adulte

Chez environ deux tiers des patients, les troubles tendent plutôt à augmenter avec l'âge et seuls 16% environ des patients notent une amélioration passagère pendant quelques mois. Les troubles débutent au niveau des jambes, souvent sur un seul côté ou avec une prédominance unilatérale. L'alternance d'un côté à l'autre est observée chez environ 30% des patients et les bras sont touchés dans 20 à 50%. A mesure que la maladie évolue, les troubles s'étendent à d'autres régions du corps et surviennent progressivement à toute heure de la journée, sans rythme journalier précis. L'heure d'apparition des premiers symptômes de la journée constitue même une mesure commode du degré de gravité de la maladie:

Apparition des symptômes

- après le coucher = forme légère
- dès environ 18h00 = forme modérément sévère
- avant 18h00 = forme sévère

Causes du RLS

On soupçonne qu'une prédisposition héréditaire est à l'origine du syndrome d'impatience des membres inférieurs à l'éveil. Cette prédisposition familiale, chez certains patients, est suffisante pour déclencher les symptômes (= forme idiopathique). D'autres patients qui possèdent la même prédisposition ne développent cependant la maladie que lorsque des facteurs supplémentaires interviennent, par exemple une grossesse, un déficit vitaminique ou hormonal, une polyneuropathie ou une autre maladie (= formes co-morbides).

Forme idiopathique

Dans 30% à 92% des cas, la maladie est héréditaire, avec début précoce des troubles. Le risque de développer des troubles manifestes se situe vers 20% chez les parents du premier degré et chute à environ 4% chez les parents du 2^e degré. On essaye actuellement d'identifier le gène malade. Des études menées auprès de certaines familles comptant plusieurs générations de patients ont indiqué que les symptômes de la maladie pourraient se manifester de plus en plus tôt à chaque nouvelle génération.

Formes co-morbides (secondaires)

Des troubles liés au RLS ont été décrits dans plusieurs affections ou états cliniques. Une fréquence nettement accrue du RLS a été mise en évidence dans ces affections. En général, les troubles du RLS apparaissant durant la grossesse régressent spontanément après la naissance de l'enfant.

Fréquence du RLS accrue dans :	% de patients touchés
Carence en fer	43%
Grossesse	27%
Insuffisance rénale	17-40%
Diabète	7-17%
Polyarthrite rhumatoïde	25-30%
Polyneuropathie	5%

Polyneuropathie

Chez les patients souffrant de polyneuropathie, la fréquence du RLS (5%) n'apparaît pas significativement plus élevée que dans la population normale (2-15%). C'est pourquoi l'existence toujours suspectée d'une relation de cause à effet entre la polyneuropathie et le RLS n'est ni démontrée, ni exclue.

Affections dont la relation avec le RLS est incertaine (cas généralement isolés)

La fibromyalgie, la carence vitaminique, l'amyloïdose, le syndrome de Sjögren, la hernie discale, les affections de la moelle épinière, la maladie de Parkinson, les troubles du comportement du sommeil REM, le syndrome d'apnées du sommeil, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, la résection gastrique, le cancer, les embolies, les varices, les tremblements d'origine familiale, les affections thyroïdiennes, les intolérances au lactose et au gluten.

Médicaments pouvant déclencher ou renforcer un RLS

Neuroleptiques, lithium, miansérine, bêtabloquants, certains antidépresseurs (surtout le Remeron®), antiépileptiques, antihistaminiques, antiémétiques (sauf le Motilium®), antagonistes du calcium, arrêt de somnifères ou de vasodilatateurs.

Facteurs prédisposants (déclencheurs du RLS)

Dans des cas isolés, le tabagisme a été décrit comme un facteur déclenchant. Or, une étude ciblée n'a pas permis de mettre en évidence une plus forte incidence de RLS chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, de sorte que cette relation n'est pas certaine. Une influence négative de la caféine et du chocolat sur les troubles du RLS a été souvent observée. Le nombre de PLMS et l'amplitude des troubles associés au RLS augmentent avec la consommation d'alcool, ce phénomène étant particulièrement net chez les femmes.

Distinguer le RLS des autres maladies

Polyneuropathie

La polyneuropathie peut être à l'origine d'un RLS. Elle peut cependant provoquer en elle-même des troubles sensitifs tout à fait similaires. Les troubles associés au RLS se distinguent de ceux de la polyneuropathie par leur dépendance manifeste de l'heure du jour, leur localisation en profondeur et leur régression lors d'une activité physique. Dans la polyneuropathie, les troubles sont généralement constants et ne régressent pas à la mobilisation. Parfois des examens électrophysiologiques ou une biopsie de la peau sont nécessaires pour confirmer le diagnostic.

Racines de nerfs coincées, canal spinal étroit

Les douleurs irradiant du dos et les sensations pénibles dans les jambes peuvent aussi provenir de racines de nerfs coincées. Les douleurs sont alors liées à la position du corps et à la sollicitation du dos.

Affections vasculaires

Les atteintes vasculaires telles que les varices ou l'artériosclérose des membres inférieurs ont été considérées dans le passé comme responsables du RLS. Il apparaît aujourd'hui important de distinguer ces maladies du RLS parce qu'elles requièrent un autre traitement, bien qu'elles provoquent des troubles similaires. Dans l'artériosclérose des jambes, les douleurs sont accentuées à la mobilisation: les patients sont obligés de faire des pauses durant la marche pour atténuer la douleur. On parle alors de claudication intermittente. Les douleurs causées par les varices sont soulagées lorsque les patients restent couchés, les jambes surélevées, contrairement au RLS.

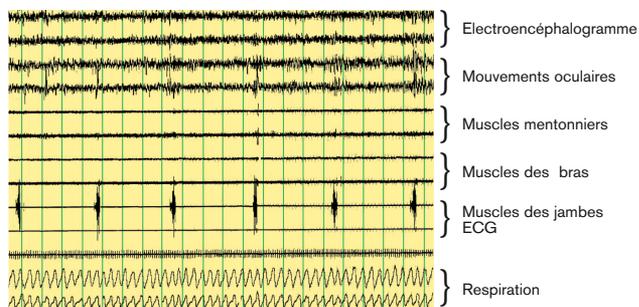
Crampes nocturnes des mollets

Les crampes nocturnes des mollets sont très fréquentes, même chez les personnes en bonne santé. Ces crampes surviennent soudainement, souvent suite à un mouvement, et sont soulagées par l'extension du muscle touché.

Démarche diagnostique

1. Contrôler que tous les critères de diagnostic ont été pris en considération
2. Quantification des troubles au moyen d'un questionnaire (voir page 6 et 13)
3. Examens de laboratoire
 - formules érythrocytaire et leucocytaire
 - électrolytes (Na, K, Ca, Mg)
 - urée et créatinine
 - profil glycémique journalier, HbA1c
 - fer, ferritine
 - vitamine B12 et acide folique
 - paramètres de la fonction thyroïdienne
 - test de grossesse
4. ev. recherche d'une polyneuropathie avec des méthodes électrophysiologiques ou biopsie de peau
5. ev. polysomnographie ou actimètre des jambes
6. ev. test L-DOPA durant lequel les troubles RLS devraient diminuer

L'examen au laboratoire du sommeil (polysomnographie)



Lors de l'examen au laboratoire du sommeil, on dérive simultanément les mouvements des jambes et des bras, la respiration, l'électrocardiogramme et l'électroencéphalogramme. Il s'agit en priorité d'exclure l'existence d'une autre maladie telle que le syndrome d'apnées

du sommeil, potentiellement dangereux. Une telle maladie est susceptible de perturber le sommeil encore davantage. Bien entendu, le traitement sera alors considérablement différent. Le même examen permet également au médecin de déterminer à quel point le sommeil est perturbé par le RLS et dans quelle mesure les mouvements persistent encore pendant le sommeil sous forme de PLMS.

Les impatiences des jambes périodiques peuvent aussi être examinées de manière ambulatoire par une simple actigraphie des jambes. Le patient porte un actimètre à chaque pied durant env. trois nuits. Cette méthode ne permet cependant pas de faire la différence entre les impatiences de jambes périodiques pendant le sommeil (PLMS) et celles survenant lorsque le patient est éveillé.

Traitement

Traitement étiologique

Les maladies associées doivent être traitées spécifiquement. Chez les patients ayant une insuffisance rénale, la transplantation rénale est plus efficace contre le RLS que la dialyse. Les experts déconseillent le traitement médicamenteux d'un RLS passager durant la grossesse. Un tel traitement constitue un danger pour l'enfant et ne devrait être suivi que dans les cas graves. Les taux sanguins de fer et de ferritine doivent être contrôlés chez tous les patients. Une tentative de traitement par des préparations de fer se justifie dès que le taux sanguin de ferritine est encore normal, mais au-dessous de 50–75µg/lit. Une maladie rhumatoïde, une polyneuropathie ou un syndrome parkinsonien doivent être diagnostiqués afin qu'un traitement spécifique puisse être entrepris.

Traitement symptomatique

L'indication d'un traitement purement symptomatique dépend de la souffrance endurée par le patient. L'intensité des symptômes, qui varie souvent d'un patient à l'autre, déterminera alors le calendrier du traitement.

En général, les tentatives thérapeutiques non médicamenteuses comme la mobilisation des membres avant le coucher, les bains chauds ou froids, les massages et les exercices d'extension sont déjà pratiqués de longue date par les patients eux-mêmes. Une activité intellectuelle stimulante atténué également les troubles. Mais à la longue, ces mesures seules sont insuffisantes. Certains médicaments (neuroleptiques, agents contre les maux de voyage, certains antidépresseurs) et d'autres produits dont l'action est défavorable (café, alcool, nicotine, chocolat) peuvent aggraver le RLS et doivent être évités.

L-dopa et agonistes dopaminergiques

(Les préparations ci-dessous en caractères gras sont remboursées par les caisses maladie)

Les substances dopaminergiques font partie des médicaments choisis prioritairement. Généralement, les agonistes dopaminergiques pramipexole (**Sifrol**[®]) ou ropinirole (**Adartel**[®] ou Requip[®]), sont utilisés, en particulier lorsque les troubles apparaissent tous les jours ou déjà avant 18 heures. Le pansement **Neupro**[®] a l'avantage d'agir sur 24 heures sans grand risque d'augmentation; par contre il cause souvent des réactions cutanées. Les risques d'augmentation sont également faibles avec le Sifrol ER[®] à longue durée et le Requip-Modutab[®], mais ces produits ne sont pas remboursés par les caisses maladie.

De nos jours, le L-dopa (**Madopar DR[®]** ou Sinemet CR[®]) n'est prescrit plus que pour les formes légères de RLS, lorsque les troubles n'apparaissent pas tous les jours ou que tard le soir. Une dose journalière d'env. 250 mg ne devrait pas être dépassée. Les agonistes dopaminergiques avec un effet ergotaminergique, pergolide (Permax[®]) et cabergoline (Cabaser[®]) ne sont utilisés que très rarement en raison des risques de fibroses pulmonaires et valves cardiaques. Les patients doivent être scrupuleusement informés des **effets secondaires** de ces médicaments. L'effet secondaire le plus important de toutes les préparations dopaminergiques est **l'augmentation**. On entend par là l'apparition des troubles plus tôt dans la journée ou leur diffusion à d'autres parties du corps ou encore une aggravation des symptômes suite au traitement. Le cas échéant, un changement de médication s'impose. En cas de malaises et de vomissements, un traitement médicamenteux supplémentaire (Motilium[®]) devra être envisagé si la prise des comprimés avec les repas ne suffit pas à prévenir ces effets secondaires. Ces derniers sont plus rares si la dose est augmentée peu à peu. Beaucoup de médicaments RLS peuvent entraîner la somnolence, un aspect qui doit être pris en compte lors de la conduite d'une voiture. La dopamine est considérée comme «l'hormone du bonheur» et peut causer des comportements compulsifs inhabituels (jeu, achat, hyperphagie, désirs sexuels, etc.)

Médicaments antiépileptiques

La prégabaline (Lyrica[®]) et la gabapentine (Neurontin[®]) sont de plus en plus souvent choisies prioritairement, particulièrement pour traiter la forme douloureuse du RLS, et les troubles de RLS liés à un état anxieux. Ces médicaments n'entraînent pas d'augmentation. Les effets secondaires sont la somnolence, le vertige et la prise de poids. Le risque accru de chutes chez les personnes âgées et l'effet négatif en cas d'apnée du sommeil nécessitent des mesures de précaution.

Benzodiazépines et antidépresseurs

Le Rivotril[®] diminue les troubles du sommeil en augmentant le seuil des réactions de réveil. Les effets indésirables sont la somnolence et, chez les patients âgés, le risque accru de chutes pendant la nuit. Il peut être utilisé aussi en combinaison avec des préparations dopaminergiques. Les antidépresseurs Cymbalta[®] et Wellbutrin[®] conviennent au traitement du RLS douloureux lié à la dépression.

Opiacés

Chez les patients atteints de formes sévères du syndrome d'impatience des membres inférieurs à l'éveil et qui ne répondent pas ou mal au traitement dopaminergique ou ne le tolèrent pas, un traitement par des opiacés peut être envisagé. Le risque de narcodépendance associé au traitement du RLS par des opiacés est extrêmement faible, mais une accoutumance n'est pas rare.

Formes thérapeutiques spéciales

Selon quelques rapports isolés, l'électroneurostimulation transcutanée (TENS) ou même l'électrostimulation crânienne du cerveau aurait un effet positif.

Organisations d'entraide

Le dialogue et l'échange d'informations avec d'autres personnes affectées des mêmes troubles apportent aux patients un soutien précieux dans leur vie quotidienne. Le médecin fournira au patient une aide inestimable en lui communiquant l'adresse des groupes d'entraide RLS régionaux. Vous trouverez les adresses des responsables des groupes régionaux sur notre site web <http://www.restless-legs.ch>.

Pour plus de renseignements, veuillez contacter:

Groupe suisse d'entraide Restless Legs

(Schweizerische Restless Legs Selbsthilfegruppe; SRLS)

Notre adresse:



Médecin-conseil:

Prof. Dr Johannes Mathis

Centre du sommeil de l'hôpital de l'Île

Médecin-chef, clinique neurologique

Hôpital de l'Île

3010 Berne

Téléphone: 031 632 30 54

E-mail: johannes.mathis@belponline.ch

Les dons peuvent être versés à la

Obwaldner Kantonalbank, 6061 Sarnen 1

Ccp 60-9-9

Compte No. 01-30-533731-01

IBAN CH48 0078 0013 0533 7310 1

Schweizerische Restless Legs Selbsthilfegruppe

8000 Zurich

Site web du GSERL: <http://www.restless-legs.ch>

Vous trouverez sur ce site d'autres liens, de la documentation ainsi que des informations actualisées sur les activités du groupe

Questionnaire – degré de sévérité du RLS

Le patient est prié d'évaluer les symptômes de son RLS en répondant aux dix questions ci-dessous. L'examineur ne doit en aucun cas influencer le patient dans le choix de ses réponses, mais doit être à sa disposition pour répondre à ses questions éventuelles.

Nom du patient: _____

Date: _____

1. Comment qualifieriez-vous l'intensité des symptômes désagréables du RLS au niveau des jambes ou des bras?

(4) très forte (3) forte (2) moyenne (1) faible (0) aucune

2. A quel point éprouvez-vous le besoin de bouger du fait du RLS?

(4) très fortement (3) beaucoup (2) moyennement (1) peu (0) pas du tout

3. A quel point la sensation désagréable au niveau des jambes ou des bras régresse-t-elle quand vous déambulez?

(4) pas du tout (3) peu (2) moyennement (1) beaucoup/complètement (0) pas de RLS

4. Dans quelle mesure votre sommeil est-il perturbé par vos jambes sans repos?

(4) très fortement (3) fortement (2) moyennement (1) peu (0) pas du tout

5. Eprouvez-vous une forte fatigue ou somnolence en raison de votre RLS?

(4) très forte (3) forte (2) moyenne (1) faible (0) aucune

6. Quel est, dans l'ensemble, votre jugement sur la sévérité de votre syndrome des jambes sans repos?

(4) très forte (3) forte (2) moyenne (1) faible (0) aucune

7. Quelle est la fréquence de vos symptômes de RLS?

(4) 6–7 jours/semaine (3) 4–5 jours/semaine (2) 2–3 jours/semaine
 (1) moins de 1 jour/semaine (0) jamais

8. Les jours où vous avez des symptômes de RLS, combien de temps ces symptômes durent-ils en moyenne?

(4) 8 heures/jour ou plus (3) 3–8 heures/jour (2) 1–3 heures/jour
 (1) moins de 1 heure/jour (0) aucun symptôme

9. Quelles est la répercussion de votre RLS sur l'accomplissement des tâches quotidiennes (famille, ménage, école, activité professionnelle)?

(4) très forte (3) forte (2) moyenne (1) faible (0) aucune

10. Dans quelle mesure vos jambes sans repos affectent-elles votre humeur (fureur, humeur dépressive, tristesse, angoisse, sensibilité)?

(4) très fortement (3) beaucoup (2) moyennement (1) peu (0) pas du tout

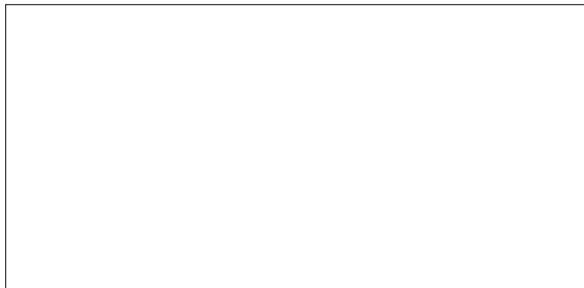
Total des points: _____

l'évaluation du degré de sévérité des troubles s'effectue selon l'échelle suivante:
très sévère = 31–40 points sévère = 21–30 points moyen = 11–20 points
léger = 1–10 points nul = 0 point



Publié sous le parrainage de la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie (SGSSC).

Cette brochure vous a été remise par:



Publié par le Groupe Suisse d'entraide Restless Legs
(Schweizerische Restless Legs Selbsthilfegruppe)
avec l'aimable soutien de



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**



Vifor Pharma

