

Le Syndrome des jambes sans repos : un Vide de Sang ?

Résumé : Le syndrome des jambes sans repos, et les mouvements périodiques des membres inférieurs sont des syndromes fréquents, survenant plus souvent en période vespérale, invalidant le sommeil des patients atteints et engendrant des somnolences inconfortables en journée. La sémiologie clinique reste assez variée rendant le diagnostic parfois difficile pour une pathologie mal connue du grand public. L'acupuncture permet, à travers divers travaux, une nette amélioration des patients pour lesquels les traitements allopathiques classiques sont d'une efficacité très modérée et imparfaite. Une revue de la littérature mondiale a permis de trouver de bons résultats à la prise en charge de ces syndromes par acupuncture. Une analyse par la méthode chinoise permet de mettre en avant des tableaux de vide de *yin* de rein et de foie, vide de *yin* de l'estomac, vide de sang du foie, vide de sang de *chong mai*. De 2008 à 2011, de façon prospective, nous avons pu tester un protocole de points dans deux cabinets d'acupuncture. Les résultats obtenus sont en faveur d'une action positive de la méthode par aiguilles. Le petit nombre de patients observés (17 au total) ne permet pas de tirer de conclusions générales mais invite à la réalisation d'une étude plus importante en raison des bons résultats observés sur cette cohorte.

Introduction :

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) , ou impatiences, est fréquent et se traduit par des fourmillements désagréables, ou des sensations plus difficiles à décrire, qui surviennent dans les jambes, les pieds et parfois les membres supérieurs, dès que la personne est au repos, plutôt le soir, mais aussi le jour dans les cas plus sévères. La nuit, les sensations désagréables obligent à bouger, ce qui entraîne une difficulté d'endormissement et de maintien du sommeil. Il entraîne alors une insomnie. Il est souvent méconnu alors qu'il répond à une définition clinique précise. Les symptômes étant hétérogènes, polymorphes, plus ou moins permanents, avec un examen clinique et en particulier neurologique normal, et s'inscrivant dans un cadre nosologique flou, non enseigné, irrationnel et au total déroutant, ils ont de ce fait tendance à être négligés à la fois par les patients et surtout par les médecins. Il est fréquemment associé à un syndrome des mouvements périodiques des membres inférieurs (MPMI). Il peut s'accompagner alors d'une somnolence diurne excessive (SDE). Le traitement repose sur les agonistes dopaminergiques, il est efficace mais ne peut être pris en charge par la Sécurité Sociale que si les symptômes sont importants. Du fait de la fréquence des effets secondaires et des problèmes de tolérance nous nous sommes intéressés à l'action de l'acupuncture comme alternative thérapeutique d'une part et comme solution pour les formes plus légères ne relevant pas du traitement par agoniste dopaminergique d'autre part. La revue Prescrire précise que la balance entre le bénéfice escompté et le risque encouru est défavorable avec ces médicaments et que dans le domaine du syndrome des jambes sans repos, les moyens simples non médicamenteux pour diminuer les symptômes n'ont pas été assez évalués.

Le Syndrome des Jambes sans repos en médecine occidentale :

Définition et approche clinique

Le diagnostic est purement clinique et répond à une définition basée sur quatre critères bien identifiés (selon l'IRLSSG, international restless legs syndrom study group) :

1. besoin impérieux de bouger les membres inférieurs souvent associé à des sensations inconfortables et désagréables. Les membres supérieurs et les autres parties du corps sont beaucoup moins souvent 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 lors de mouvements comme la marche ou l'étirement, au moins temporairement et aussi longtemps que dure l'activité.
4. Apparition ou nette aggravation des symptômes le soir ou la nuit.

En plus de ces quatre critères qui doivent être tous présents pour étayer le diagnostic, il y a trois critères secondaires souvent rencontrés dans le SJSR : antécédents familiaux (50% des cas), mouvements spontanés périodiques pendant le sommeil ou l'éveil, et réponse partiellement positive aux médicaments dopaminergiques. Ces critères ne sont pas indispensables au diagnostic mais peuvent être utiles dans les formes atypiques.

Etiologies

Le diagnostic du SJSR est purement clinique. Le but de la consultation est d'éliminer une condition grave sous-jacente, médicale ou psychiatrique, et d'essayer de la traiter. Les enregistrements polysomnographiques sont peu utiles en première intention. L'imagerie cérébrale est inutile. Idiopathique dans 76 à 90% des cas, le diagnostic repose donc sur quelques questions pertinentes et éventuellement sur des examens complémentaires simples cherchant à éliminer une forme secondaire (le plus souvent liées à une insuffisance rénale sévère, un diabète, une consommation de neuroleptiques ou d'antidépresseurs IRS, une grossesse, en particulier au troisième trimestre) et les diagnostics différentiels (crampes, paresthésies en position assise, neuropathies périphériques, myoclonies d'endormissement, akathisie induite par un neuroleptique ..). Enfin, il semble exister un facteur familial dans un cas sur deux environ.

Histoire naturelle :

Le SJSR est une pathologie chronique qui peut être permanente ou survenir par épisodes plus ou moins longs et répétitifs. L'âge moyen d'apparition est de 35 ans, mais elle peut commencer à n'importe quel âge de la vie. Sa prévalence augmente avec l'âge jusqu'à la tranche 50-64 ans pour diminuer ensuite. Elle est plus fréquente chez les femmes (sexe ratio 2/1). En général, les troubles commencent aux membres inférieurs avec une prédominance unilatérale puis deviennent bilatéraux en alternance ou non. Après plusieurs années d'évolution, 20% des patients ont des troubles aux membres supérieurs. Même s'il n'entraîne pas de complications physiques graves, ce syndrome est responsable d'insomnie et est vécu comme handicapant par de nombreux patients. Il peut ainsi altérer de façon importante la qualité de vie.

Evaluation de la sévérité :

En 1995, le groupe IRLSSG a établi un outil d'évaluation de la sévérité à partir des caractéristiques cliniques du syndrome et des troubles du sommeil qui en découlent. Cette échelle, dénommée « échelle internationale du syndrome des jambes sans repos » ou « international restless legs syndrom scale » en anglais (IRLSS) est spécifique. Elle évalue les caractéristiques primaires sensorielles du SJSR (sensations désagréables dans les jambes, besoin de bouger, etc ..), les troubles du sommeil associés (insomnie, asthénie et SDE), et l'impact des symptômes sur l'humeur, la vie quotidienne et les activités, tout en considérant la fréquence des épisodes. C'est l'instrument clinique fiable et reproductible de l'évaluation de la sévérité du SJSR. Elle est composée de 10 questions. Chaque question est cotée de 0 (inexistant) à 1 (légère), 2 (modéré), 3 (importante) et 4 (très importante).

⑩ Au cours des 7 derniers jours :

1. D'une manière générale, comment évaluez-vous la gêne que vous avez ressentie dans vos jambes ou dans vos bras à cause de vos troubles ?
2. D'une manière générale, comment évaluez-vous votre besoin de bouger à cause de vos troubles ?
3. D'une manière générale, à quel point les troubles que vous avez ressentis dans vos jambes ou dans vos bras ont-ils été soulagés par le fait de bouger ?
4. Les problèmes du sommeil dus à vos troubles ont-ils été ?
5. La fatigue ou la somnolence ressentie pendant la journée à cause de vos troubles a-t-elle été ?
6. Dans l'ensemble, vos troubles ont-ils été ?
7. A quelle fréquence avez-vous eu vos troubles ?
8. En moyenne, vos troubles ont-ils été ?
9. D'une manière générale, quel a été l'impact de vos troubles sur votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes (par exemple, avoir une vie à la maison, une vie familiale, une vie sociale, une vie scolaire ou une vie professionnelle satisfaisantes) ?
10. Problèmes d'humeur (par exemple colère, déprime, tristesse, anxiété ou irritabilité) dus à vos troubles ont-ils été ?

Cette échelle établit un score de sévérité allant de 0 à 40 points. Plus le score est élevé, plus le syndrome est sévère. Le SJSR est considéré comme :

- ⑩ léger lorsque le score total est compris entre 0 et 10,
- ⑩ modéré, entre 11 et 20,
- ⑩ sévère, entre 21 et 30,
- ⑩ très sévère, entre 31 et 40 points.

Cet outil est difficilement utilisable en pratique de médecine générale, à moins de dédier entièrement et uniquement la consultation au diagnostic et à l'évaluation du SJSR. Néanmoins, il prend toute sa valeur

puisque le syndrome peut être identifié là où la plainte existe, ce qui peut éviter certaines stratégies et décisions thérapeutiques inadaptées face à des symptômes sensitifs pouvant être qualifiés de vasculaires, musculaires, assimilés à des crampes ou comme relevant du registre psychosomatique. De même face aux plaintes relevant du sommeil, de la fatigue ou de la SDE et pouvant être mise sur le compte de troubles anxieux ou dépressifs avec le cortège de prescriptions psychotropes qui les accompagne, et au final un risque d'aggravation des troubles.

Formes cliniques :

Dans 80% des cas le SJSR est associé à un syndrome des mouvements périodiques des membres inférieurs (MPMI) dont il est néanmoins individualisé.

Le syndrome MPMI est fréquemment responsable de la somnolence diurne excessive (SDE) et il est considéré comme un désordre intrinsèque du sommeil. Il concerne environ 5% des sujets normaux de 30 à 50 ans et ce pourcentage augmente avec l'âge. Deux fois plus fréquent chez la femme, il a été décrit en association avec de nombreuses conditions et surtout avec l'emploi des inhibiteurs de recapture de la sérotonine. Il se manifeste par une extension du gros orteil, une flexion dorsale du pied, et parfois une flexion du genou et de la hanche. Chaque mouvement dure quelques secondes et apparaît de façon périodique toutes les 20 à 40 secondes. Ces mouvements réveillent parfois le patient, toujours le conjoint et ils empêchent surtout la progression du sommeil vers les stades profonds car ils sont à l'origine de microéveils. Ils provoquent aussi des fluctuations de la pression artérielle nocturne et pourraient, à ce titre, constituer un facteur de risque vasculaire. Le diagnostic est facile à poser lorsque le patient souffre aussi du SJSR, mais lorsque ce n'est pas le cas, seule la polysomnographie qui comporte un enregistrement des mouvements des jambiers pourra établir le diagnostic.

Physiopathologie :

Les connaissances sur le syndrome des « jambes sans repos » et le syndrome des MPMI sont en pleine évolution. On pense actuellement que ces syndromes sont dus à une dysfonction dopaminergique au niveau de l'aire dopaminergique A11 (directement reliée à des voies médullaires descendantes). Le cofacteur de l'activité dopaminergique est le fer. En fait, tous les dysfonctionnements de la boucle sensorimotrice, quel que soit leur site (nerfs périphériques, moelle, régions sous-corticales, cortex sensorimoteur), peuvent provoquer ces syndromes.

Approche thérapeutique :

Une carence en fer devra être recherchée dans tous les cas. Le métabolisme du fer est évalué par les taux de ferritine et de transferrine. Une augmentation du taux de transferrine associée à une diminution du taux de ferritine (<50 µg/l) est révélatrice d'une réduction des réserves de fer. Le traitement repose sur les agonistes dopaminergiques. L'amm existe dans les forme très sévère du SJSR (>30 sur l'échelle IRLSS) et c'est uniquement dans ces formes que le rapport efficacité/tolérance est favorable. Dans les autres cas, la balance bénéfices-risques est défavorable. Les effets indésirables des molécules disponibles (ropinirole adartrel*, pramipexole sifrol*, rotigotine neupro*) sont nombreux : nausées, vomissements, somnolence, accès soudains de sommeil, syncopes, hypotensions, hallucinations, augmentation des symptômes. La Haute autorité de santé (HAS) stipule que le syndrome des MPMI doit être responsable d'au moins 15 microéveils par heure et qu'il doit exister une SDE pour que le traitement par agoniste dopaminergique soit pris en charge par la Sécurité Sociale (à 65%). La première ordonnance est réservée aux neurologues ou aux spécialistes du sommeil (pneumologues en particulier). En cas d'intolérance au traitement ou d'insuffisance de critères pour initier le traitement, les autres solutions médicales occidentales actuelles sont les benzodiazépines, les antiépileptiques, les opiacés ...

Le Syndrome des jambes sans repos en médecine chinoise :

Physiopathologie

Le SJSR est d'individualisation récente. Ainsi, pour comprendre ce genre de syndrome, la médecine chinoise a tendance à les analyser d'un point de vue sémiologique. Cette pathologie intermittente, paroxystique,

entrecoupée de périodes de rémission, sans évolution prévisible, semble pouvoir être assimilée à une pathologie du Vent.

Le vent pervers peut être d'origine externe ou interne. Ce vent pathogène peut ainsi apparaître à l'interne par excès du foie ou déficience des reins, provoquant alors un grave déséquilibre *yin yang* au niveau du foie où le sang ne contient plus les souffles : les souffles *yang* se déchainent en agitation, mouvements erratiques, tremblements, contractures musculaires, convulsions, vertiges, étourdissements, céphalées ... Ces tableaux de chaleur extrême, de feu du foie, de montée de *yang* du foie, ne nous semblent pas correspondre à cette pathologie certes handicapante mais, nous l'avons vu, n'entraînant pas de conséquences physiques graves.

Du point de vue de la médecine traditionnelle chinoise, le SJSR semble correspondre dans sa sémiologie à une pathologie des seuls méridiens et pourrait faire partie du domaine des *bi zheng*. Sur le plan physiopathologique, il y a d'abord une faiblesse du *zheng qi* (*qi* correct) qui permet aux *xie* (agents pathogènes ou pervers) de persister dans le corps où ils gênent alors la circulation du *qi* dans les *jing luo*. Il en résulte que les *jin* (tissus tendino-musculaires ou tissus mous de l'appareil locomoteur) ne sont plus nourris correctement et que le *qi* et le sang (*xue*) stagnent en obstruant les *mai luo* (ramifications ou vaisseaux secondaires), d'où la survenue de la maladie.

Au chapitre 43 de *Su Wen*, on lit :

« Le vent, le froid et l'humidité arrivent et se mélangent pour causer le bi ... La présence des douleurs indique que le froid est abondant. C'est le froid qui entraîne les douleurs. En cas d'absence de douleurs mais en présence de paresthésie, cela signifie que la maladie entre dans la phase chronique et atteint la profondeur. La circulation difficile du *ying qi* (*qi* nutritif) et du *wei qi* (*qi* défensif) fait que, par moments, la circulation dans les *jing luo* n'est pas tout à fait obstruée, d'où l'absence de douleurs. Puisque la peau n'est pas nourrie, la paresthésie apparaît. »

Les explications de ce passage nous font penser que cette maladie est due d'abord à une insuffisance du *qi* et du *xue* permettant la pénétration du vent, mais aussi du froid et de l'humidité, lesquelles causent, soit des douleurs, soit une paresthésie ou des signes de froid. Dans le syndrome qui nous intéresse, il s'agit de paresthésies. Bref, le *ben* (racine, terrain) de cette maladie est *xu* (déficience) alors que le *biao* (facteurs déclencheurs) est *shi* (excès, plénitude).

Tableaux cliniques :

Nous identifions quatre tableaux cliniques pouvant correspondre à un SJSR :

Le Vide de Yin du Foie et du Rein : En particulier chez les personnes âgées. Impatiences en soirée, chaleur des pieds au lit, la nuit, avec désir de les mettre à l'extérieur du lit, faiblesse des genoux, sensations vertigineuses, acouphènes, difficultés pour entendre, douleur lombaire, céphalée sourde de l'occiput ou du vertex, insomnie, engourdissement ou fourmillements des membres, sécheresse des yeux, vision trouble, gorge sèche en soirée, peau et cheveux secs, ongles cassants, transpirations nocturnes, selles sèches, menstruations peu abondantes ou aménorrhée, langue de couleur normale sans enduit, pouls flottant et vide.

Le Vide de Yin de l'Estomac : Impatiences, faiblesse des genoux, manque d'appétit ou faim légère sans envie de manger, constipation (selles sèches), douleur épigastrique sourde ou avec légère sensation de brûlure, bouche et gorge sèches, surtout dans l'après-midi, soif sans désir de boire ou avec envie de boire par petites gorgées, légère sensation de plénitude après les repas, langue de couleur normale sans enduit ou sans enduit au centre, pouls flottant et vide.

Le Vide de Sang du Foie : Se rencontre surtout chez les femmes et les personnes âgées. Impatiences, engourdissement ou fourmillements des membres, sensations vertigineuses, vision trouble, mouches volantes, menstruations peu abondantes, teint pâle et terne, langue Pâle, pouls rugueux ou fin.

Vide de Sang dans le Vaisseau Pénétrant (Chong Mai) : Impatiences, anxiété, sensations vertigineuses, règles peu abondantes et irrégulières, plénitude abdominale et ombilicale, engourdissement ou fourmillements des jambes et des gros orteils, langue pâle, pouls rugueux ou fin.

Tableaux cliniques évoquant un syndrome des MPMI

Assimilés à une aggravation des formes précédentes, par exemple par pénétration plus en profondeur du pervers externe.

Le Vide de Sang du Foie ou le Vide de Yin du Foie engendre le Vent : Plutôt chez la femme. Léger tremblement des jambes, engourdissement ou fourmillements des membres, sensations vertigineuses, vision trouble, mouches volantes, menstruations peu abondantes, sécheresse des yeux, tremblements fins des jambes, tics, vertiges, langue pâle avec enduit ou langue de couleur normale sans enduit, pouls rugueux ou fin.

Le Vide de Yin du Rein avec Vent interne : En particulier chez le sujet âgé. Léger tremblement des jambes, vertiges, sensations vertigineuses, acouphènes, difficultés pour entendre, mauvaise mémoire, transpirations nocturnes, bouche et gorge sèches la nuit, douleur lombaire, sensibilité des os, pollutions nocturnes, constipation, urines foncées et peu abondantes, difficultés à concevoir, éjaculation précoce, fatigue, lassitude, dépression, légère anxiété, langue de couleur normale sans enduit, pouls flottant et vide.

Revue de la littérature :

Si la médecine chinoise ne reconnaît pas expressément le syndrome des jambes sans repos, sa fréquence en tant qu'entité clinique a conduit plusieurs auteurs à s'intéresser à son traitement par l'acupuncture et à publier des résultats encourageants, mais souffrant comme bien souvent de biais méthodologiques à cause desquels il est difficile de tirer des conclusions rigoureuses, comme le montre la revue réalisée en 2008 par *Cui et coll.* Néanmoins ces résultats donnent une tendance qui incite à travailler sur ce thème, compte tenu de l'alternative médicamenteuse qui ne peut être qualifiée d'acceptable.

La revue de littérature réalisée en 2008 avait pour but d'étudier l'efficacité et la sécurité d'un traitement par acupuncture dans le cadre du Syndrome des jambes sans repos. Les critères d'inclusion devaient répondre aux conditions exigées pour les essais modernes : essais randomisés comparant l'acupuncture avec l'absence d'intervention, une acupuncture placebo, une sham acupuncture, un traitement pharmacologiquement actif, ou une autre intervention en dehors de l'acupuncture. Les essais comparant l'acupuncture associée avec un traitement autre que l'acupuncture et le même autre traitement que l'acupuncture furent inclus également. Les essais comparant différentes formes d'acupuncture ou différents points d'acupuncture furent exclus. Sur quatorze essais identifiés, seuls deux ont été inclus, car répondant aux critères. Ce sont donc sur ces deux seuls essais que les auteurs appuient leur conclusion. Ces deux études correspondent à un échantillon de 170 patients. Dans l'une des études (*Shi, 2003*), il n'y a pas de différence significative dans l'amélioration des symptômes entre l'acupuncture appliquée et les médicaments utilisés. Le protocole de traitement associait les points E36, VB34, RT10, V56, V57 et de la cranio acupuncture. L'autre étude (*Zhou 2002*) conclut que l'acupuncture associée à des massages et des médicaments est statistiquement plus efficace que les seuls massages et médicaments associés pour améliorer les sensations désagréables dans les jambes. Par contre aucune différence à terme concernant le SJSR proprement dit. Les points utilisés ici correspondaient aux points des méridiens des jambes. Les auteurs de la revue de 2008 concluent donc à l'absence de preuve évidente concernant l'efficacité et la sécurité de l'acupuncture dans le traitement du SJSR, et engagent à poursuivre les études à plus grande échelle.

Nous rapportons quelques résultats d'essais qui nous ont paru intéressants et pour la plupart non inclus dans la revue de 2008 car soit exclus, soit publiés après la réalisation de la revue :

YANG Yuan Du, en 1993, rapporte le traitement de 108 personnes atteintes du SJSR par acupuncture et auriculothérapie. Les critères d'inclusion sont purement cliniques, proche du questionnaire de l'IRLSS. Il inclut paradoxalement une majorité d'hommes et l'auteur explique qu'en Chine ce sont les hommes les plus atteints, en particulier après 40 ans. Les points choisis sont le 10Rt, le 8Rt, le 6Rt, le 36E, le 37E, le 3Rn et le rythme des séances est d'une par jour pendant 12 jours. On recherche la sensation de De Qi. Le but de la puncture est ici de réguler et harmoniser le *qi* et le *xue* ainsi que de désobstruer les *jing luo*. Le taux d'efficacité global du traitement est évalué à 92.86%, répartis en guérison, grande amélioration et amélioration moyenne. A noter que l'auteur associe ici une technique dite « puncture alignée » ou *qi ci*, issue

du *Ling Shu*. Dans la pratique, après avoir puncturé le point choisi, on insère une deuxième aiguille en haut du point choisi puis une troisième aiguille en bas du point choisi. Les trois aiguilles sont alignées sur le trajet du Méridien. Cette démarche semble procurer de fortes sensations acupuncturales et donner les meilleurs résultats.

KONG Ling Ju, rapporte en 1993 son expérience dans le traitement de 28 cas par acupuncture. Ici, le ratio est de 20 femmes pour 8 hommes. Encore une fois, l'inclusion se fait sur les critères cliniques. Le protocole choisi associe 33E, 34VB, 57V, 62V, 38E, 36E, 6F. On recherche De Qi à raison d'une séance par jour. L'auteur parle d'une disparition des symptômes dans 23 cas et d'une grande amélioration dans 4 cas.

WU Yu Hui et coll. Rapportent en 2008 leur observation clinique de l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement du syndrome des jambes sans repos. 158 cas sont traités dont 84 hommes pour 74 femmes, âgés de plus de 40 ans. En parallèle, 79 cas (43 hommes et 36 femmes) sont traités par lévodopa pour effectuer une étude comparative. Le traitement acupunctural associe les points 23V, 25V, 26V, 54V, 3Rn, 9Rt, 39VB, 6Rt, 36E. Il s'agit d'un traitement global comprenant des points distaux et locaux. 23V, 3Rn, 39VB tonifient les Reins et nourrissent le Yin, tout en réchauffant les Méridiens et dispersant le Froid. 25V, 26V, 54V sont utilisés ici comme points distaux traitant le terrain. 6Rt régule et tonifie le Foie, la Rate et les Reins. 9Rt, 36E, renforcent la Rate et harmonisent l'estomac, mais aussi désobstruent et activent la circulation dans les Jing Luo. En libérant la circulation du Qi et du Xue ils suppriment les douleurs et les paresthésies. Le De Qi est recherché et les auteurs associent un réchauffement de la région lombaire avec une lampe TDP (appareil biothermique). La chaleur dégagée par cette lampe améliore la microcirculation, ce qui stimule la transmission dans le réseau des Méridiens en augmentant l'efficacité du traitement, selon l'auteur. Une séance est réalisée par jour avec une cure de 15 jours. Une fenêtre thérapeutique de 2 jours est respectée avant d'entamer une seconde cure de 15 jours et le bilan est établi après 30 jours de traitement. Le traitement médicamenteux associe 150 mg de L-DOPA réparti en 3 fois par jour, pendant 30 jours. Les résultats sont en faveur d'une efficacité totale de l'acupuncture de 91.1% (guérison 53.1%, amélioration 38%) contre 30.4% pour le médicament (guérison 0%, amélioration 30.4%). 10 cas de rechute après acupuncture sont rapportés et systématiquement re-traités avec efficacité. L'auteur conclut en la supériorité du traitement par acupuncture sur la lévodopa, en précisant l'absence d'effets secondaires.

CRIPPS Matthew Graham, en 2011, rapporte son expérience dans le traitement du SJSR en publiant quelques résultats rétrospectifs concernant un petit groupe de patients. Il leur demande d'évaluer à l'aide d'une échelle analogique visuelle la gêne occasionnée par leur syndrome avant traitement par acupuncture, après le traitement, 6 mois après et actuellement. Il compare un groupe (16 personnes) n'ayant jamais eu d'agoniste dopaminergique à un petit groupe (3 personnes) ayant eu précédemment un traitement médicamenteux. Il associe en acupuncture les points Rn3 et V57 qu'il stimule en électroacupuncture et obtient des résultats en moyenne après 3 séances. Les évaluations de la gêne à l'EVA (sur 10) pour le groupe « sans médicament » sont 8.9 avant acupuncture, puis 3.1 après, puis 3.8 à 6 mois, puis 2.7 au moment de l'étude. Pour le groupe « avec médicament » les résultats retrouvent une gêne évaluée à 7.5 avant acupuncture, puis 5.7 après, puis 6.8 à 6 mois, puis 4.2 au moment de l'étude. Il précise que les 3 personnes avaient soit diminuées soit arrêtées leur traitement pendant le protocole d'acupuncture. Il conclut que l'acupuncture peut aider des patients atteints de SJSR et pense qu'il s'agit d'une bonne alternative compte tenu du coût des médicaments et de leurs effets indésirables. Il précise également que l'acupuncture native semble plus efficace qu'appliquée secondairement à un traitement par agonistes dopaminergiques.

LI et coll en 2007, comparent l'effet de l'acupuncture dans le SJSR par rapport à un traitement par alprazolam chez 20 patients et concluent que l'acupuncture est meilleure. Ils utilisent les points 6Rt, 3F, E36, E25, RM9.

DI STANISLAO en 2009, rapporte une série de manière rétrospective portant sur 30 personnes de nationalité italienne (19 femmes et 11 hommes). Les points utilisés sont fonction du déséquilibre énergétique des patients : E25, E37 (insuffisance de yang), F1 et VB34 (stagnation de qi), VB32 (stagnation de yang), VB32 et F6 (stagnation de yang et de yin). 12 séances furent réalisées sur 2 mois. La satisfaction globale fut excellente pour 24% des patients, bonne pour 35% et négative pour 41% après 6 mois. L'auteur conclut à un effet positif de l'acupuncture sur le SJSR.

HU, 2001, explique que le SJSR peut être traité en nourrissant le sang, en tonifiant les insuffisances, en favorisant la bonne circulation du sang dans les muscles et les tendons, en réchauffant les méridiens et les

vaisseaux collatéraux pour éliminer le froid pathologique et faire disparaître les douleurs et les paresthésies. Il rapporte le cas clinique d'un patient, ingénieur d'origine Allemande de 55 ans qui consulte en raison d'un SJSR sévère, amélioré dans un premier temps par les traitements médicamenteux mais récidivant. Il précise que dans ce cas précis les stagnations sont situées dans le méridien de la Vésicule Biliaire avec un syndrome froid entraînant une stagnation et une accumulation de froid dans les méridiens et leurs vaisseaux collatéraux. Il expose le traitement qu'il propose à ses patients, destiné à lever l'obstruction dans le méridien de la Vésicule Biliaire, tonifier la Rate et fortifier l'organisme et en particulier le *qi* et le sang. Il recommande l'utilisation des points 4GI, 3F, 9Rt, 6Rt, 10Rt, E36, des points *ashi* et des points de la VB : 31VB, 34VB, 39VB, 40VB. Il précise que la moxibustion pourra être utilisée pour traiter le syndrome froid. Il administre le traitement deux fois par jour à raison de 10 minutes par séances. Il demande au patient de rester au calme, ne pas fumer et éviter le froid. Il obtient des résultats en 5 séances mais il existe des récurrences, et il traite à nouveau jusqu'à 15 séances avec de bons résultats et aucune récurrence à 3 mois.

LI et coll, en 2007, proposent le traitement en acupuncture et moxibustion de 21 cas du SJSR. 9 cas légers, 7 cas modérés et 5 cas sévères. Parité Homme – Femme. Tous les patients avaient déjà reçu des traitements médicamenteux ou non médicamenteux mais actuellement en échec thérapeutique. Les points inclus dans le protocole associent : GI11, MC6, GI4, VB34, E36, RT6, DM20, DM24. En fonction du tableau clinique, pouvaient être associés : R3, F3, C7, R6, E40, E25, TR6. Les points étaient stimulés en électroacupuncture durant 30 minutes. L'article ne précise pas le nombre de séances mais les résultats furent très bons avec 100% d'effets : 9 cas guéris, 7 cas avec une forte amélioration, 5 cas avec une amélioration.

Ces articles, s'ils ne permettent pas de raisonner selon la « médecine basée sur les preuves » en raison des critères d'inclusion particulièrement draconiens, font état de résultats, c'est à dire de patients, qui ont trouvé un bénéfice à être traité par acupuncture pour leur SJSR. Cette part de subjectif, inhérente à la pratique de l'acupuncture, garde une grande valeur dès lors que l'on parle de personnes, et ne doit pas rebuter les médecins acupuncteurs à essayer de la mesurer, la quantifier : peut-être les outils sont-ils à créer, peut-être faut-il, en tant que médecins, accepter de se plier aux exigences de la médecine, qui est une. D'autres l'ont fait, comme le montrent les études incluses dans la revue de 2008. Par contre, les critères d'inclusion rendent l'application au cabinet médical difficilement réalisable. Nous nous bornerons à vous présenter nos travaux, avec leurs imperfections liées à cette part de subjectif, et nos propositions afin d'objectiver les choses un tant soit peu.

Notre étude

Méthodologie :

Nous proposons une étude prospective réalisée auprès des patients venus en consultation dans nos cabinets respectifs entre 2008 et 2011 et pour lesquels un diagnostic de SJSR a été posé. Les critères d'inclusion de cet essai sont purement cliniques et reposent sur le questionnaire validé à 4 items. Les formes secondaires, en particulier liées à une grossesse, à la prise d'antidépresseurs ou à un diabète sont exclues ; néanmoins les résultats de l'acupuncture dans ces formes sont rapportés. Les patients inclus en 2011 ont en outre bénéficié de la réalisation du questionnaire de sévérité à 10 items. Les critères de sortie d'essai sont la guérison, ou plus exactement la rémission, l'amélioration au moment de la rédaction de l'article ou la perte de vue du patient.

Les patients sont vus environ toutes les 2 à 4 semaines et bénéficient d'une acupuncture traditionnelle basée sur le déséquilibre énergétique propre à chaque personne associée à un traitement spécifique local reposant sur la physiopathologie du SJSR et en particulier sur le fait de nourrir et favoriser la circulation du *qi* et du *xue* et de désobstruer les vaisseaux *luo*. Le caractère chronique de la pathologie implique un vide et c'est probablement le vide de sang que l'on peut évoquer. Cette approche en Médecine Traditionnelle Chinoise rejoint avec cohérence la carence en fer mise en évidence par la Médecine Occidentale : le fer étant co-facteur de l'activité dopaminergique et composant essentiel à la formation du sang.

V57 : point local dont l'action principale est de régulariser la circulation de *qi* et de sang dans l'ensemble du réseau méridien de la Vessie, et en particulier il désobstrue les méridiens, active les *luo* et disperse les stagnations.

VB39 : point de réunion *hui* de la « moëlle ». Utilisé pour certains patients, ce point est indiqué pour une grande variété de troubles caractérisés par la faiblesse, la flaccidité, la contracture, et la douleur des membres, conforté par la capacité à chasser le vent-humidité. Dans l'*Ode du dragon de jade* il est conseillé de l'associer avec E36 et RP6 pour traiter le *Qi* de la jambe.

RE3 : point source (*yuan*) du rein. Il tonifie le *Qi* et le *Yin* des reins. De par cette action, ce point pourra être utilisé pour traiter les vides de Rein et vide de sang associé.

F3 : Point *shu* du méridien foie. Traite le vide de foie présent en association avec le vide du rein dans les SJSR. Le Foie thésaurise et régularise le sang : « Le Sang est la mère du *Qi* ». Le vide de sang du foie prédispose à la stagnation du *Qi* induisant une stase du Sang du Foie. F3 en régularisant le *qi* favorise l'harmonisation du Sang.

RA6 : point ayant une grande action dans nombre de déséquilibres du *qi*. Il a une action sur les trois méridiens *yin* des membres inférieurs en tant que point de rencontre des trois méridiens *yin* du pied (foie, rate, rein). Nous savons que le Foie thésaurise le Sang et régule celui-ci en fonction des besoins de l'organisme. La rate maintient le Sang dans les vaisseaux et a pour fonction de produire le *qi* et le sang. Les Reins agissent sur le *jing* qui participe à la production du sang, et sont l'origine inférieure de *Yuan Qi* qui est nécessaire à la transformation des aliments et des boissons pour produire le *Qi* et le *Sang*. RA6 en régularisant ces trois méridiens permet d'agir contre le vide de Sang du Foie, le vide de *Qi* de la Rate qui ne maintient pas le Sang dans les vaisseaux, et qui ne produit pas assez de Sang. Dans nos lectures il a été remarqué que RA6 est réputé pour être un point Sang (*Xue Xue*) : il tonifie le Sang de l'ensemble du corps, maintient le Sang dans les vaisseaux, rafraîchit le Sang, l'active et peut agir dans les vide de Sang, chaleur dans le sang, stase de Sang, hémorragies... RA6 est un point incontournable pour la majorité des maladies qui impliquent le Sang.

RA9 : Point *He* du méridien de la Rate. RA9 est le plus grand point pour renforcer la Rate, éliminer l'humidité, renforcer la diurèse. En association avec E36, il favorise les fonctions de la Rate qui transporte et transforme l'Humidité. Cette association étant très efficace pour traiter une accumulation d'Humidité due à un vide de *Qi* de la Rate.

E36 : point *He* de l'Estomac. Ce point a de multiples indications, souvent utilisé en complémentarité pour renforcer l'action d'un traitement. En association avec RA 9 dans le SJSR il va améliorer les fonctions de la Rate et aider à traiter ses dysfonctions, en particulier dans le vide de *Qi* de la Rate.

E41 : point *Jing* de l'Estomac. Ce point va clarifier et drainer le feu de l'Estomac, clarifie et régularise le *Qi* de l'Estomac. Il aura une action dans les vides de l'Estomac observés dans les SJSR. Les indications retrouvées dans nos lectures ne mentionnent pas le SJSR mais une action sur les œdèmes et les stagnations des membres inférieurs.

C7 : Porte du *Shen*. Utilisé pour certains patients de par son action dans les vides du Cœur et de la Rate, en nourrissant le *yin*

Résultats

Groupe SJSR : 7 patients (cabinet de Pascal Clément).

Christophe D. 42 ans. Responsable d'agence de logements sociaux. Il consulte pour un SJSR clinique depuis plus de 2 ans, avec un index très sévère 32/40 et une participation MPMI objectivée à la polysomnographie. Soulagé complètement par un traitement de L-DOPA en 2 mois puis récidive très rapide et arrêt du traitement pour mauvaise tolérance. Bilan fer insuffisant ayant nécessité un traitement complémentaire. Un diagnostic de vide de Sang est posé lors de la première consultation. En 3 séances, le patient décrit une grande amélioration de ses symptômes et arrive à s'endormir le soir. L'échelle de sévérité indique alors 18/40 soit un index modéré. On décide de poursuivre un traitement d'entretien une fois par mois et l'on réévaluera à distance l'effet sur le syndrome MPMI par une nouvelle polysomnographie.

Séverine C. 36 ans. Sans emploi. Elle consulte pour un SJSR objectivé et traité par Adartrel* (Ropinirole) depuis plusieurs mois mais qui a été arrêté en raison d'une grossesse débutante. Il s'agit d'une patiente suivie et traitée également pour une Polyarthrite rhumatoïde. La patiente est vue à 2 mois et demi de grossesse. La patiente présente un vide de *qi* et de sang du foie avec production de vent dans les jambes. La patiente sera vue en acupuncture 8 fois. Elle décrit une nette amélioration de ses symptômes après 3 séances et est revue 1 mois plus tard pour 2 nouvelles séances, espacées de 15 jours puis seulement 2 mois plus tard en raison d'une récurrence à 7 mois de grossesse. Un traitement d'entretien est réalisé à 8 mois. L'accouchement a dû probablement améliorer aussi le symptôme et ce n'est que 6 mois plus tard qu'elle vient consulter en raison de reprise de ses troubles. Elle ne sera revue que 6 mois après, en consultation de médecine générale, où elle signalera ne plus être gênée par ses jambes.

Hélène G. 68 ans. Employée à la CPAM, retraitée. Consulte sur les conseils de son Médecin traitant. Présente un SJSR objectivé par le questionnaire diagnostique. Le questionnaire de sévérité retrouve un index sévère de 26/40. Cette patiente est appareillée pour un Syndrome des apnées du sommeil. La polysomnographie n'avait pas retrouvé de MPMI. Le dosage ferrique est normal. Le diagnostic retenu est un vide de sang et de yin de coeur, foie et rate. La patiente sera vue 10 fois, à raison d'une séance par quinzaine puis, devant l'amélioration des troubles, une toute les 3 semaines à 1 mois. L'échelle de sévérité objective à présent un SJSR léger avec un index à 4/40. La patiente ne re-consultera qu'à la demande. Une persistance de troubles du sommeil à type de réveil motive la réalisation d'une polysomnographie qui confirme l'absence de difficultés d'endormissement, l'absence de MPMI, mais un problème « mécanique » de prothèse mandibulaire.

Edith L. 70 ans. Retraitée. Consulte sur les conseils de son homéopathe pour un SJSR saisonnier survenant régulièrement au Printemps. Le questionnaire diagnostique est positif. Le tableau correspond à un vide de *yin* et de sang du foie et de la vésicule biliaire. La patiente est vue 5 fois en acupuncture, tous les quinze jours et constate une amélioration dès la 3ème séance. Très satisfaite, elle reviendra au printemps prochain si nécessaire.

Stéphanie S. 35 ans. Atsem. Consulte de son propre chef pour un état anxieux lié à un SJSR depuis le mois de novembre 2009. Les examens complémentaires n'ayant rien donnés, elle se tourne vers l'acupuncture. Actuellement elle utilise de l'Euphytose*, du stresam* et des anxiolytiques à la demande. Le questionnaire diagnostique objective le symptôme. La biologie est normale. Le médecin traitant est informé par courrier. La patiente présente aussi des manifestations au niveau des membres supérieurs. On travaille en soutenant le sang et en chassant l'humidité. La patiente est vue 10 fois, tout les quinze jours les 3 premières séances, puis devant l'amélioration des symptômes, 1 fois par mois. On convient alors d'un traitement à la demande et elle est revue 6 mois après pour une recrudescence qui est réglée en 2 séances espacées de quinze jours. Elle revient 3 mois après en traitement d'entretien et souhaite un traitement trimestriel même si elle va bien à présent.

Nadine P. 50 ans. Éducatrice adultes handicapés. Patiente adressée par son médecin traitant pour une gonarthrose invalidante pour laquelle les traitements médicaux sont en échec et où une indication de prothèse a été évoquée malgré le jeune âge. On note un suivi annuel en raison d'une gammopathie monoclonale. L'interrogatoire retrouve de plus une plainte compatible avec un SJSR, confirmé par le questionnaire diagnostique à 4 items. La langue est pâle. On traite le vide de sang du foie et on ajoute des points locaux pour les genoux. Le bilan martial est normal. En 5 séances sur 2 mois on obtient une amélioration importante sur les 2 symptômes et la patiente ne consultera qu'à la demande. A noter que l'amélioration est décrite dès la 3ème séance et a permis un voyage au Maroc.

Liliane B. 67 ans. Commerçante, retraitée. Consulte depuis 2008 pour un SJSR objectivé au questionnaire diagnostique associé à des troubles du sommeil ancien pour lesquels elle reçoit un traitement quotidien par Rivotril* en goutte. Pas de déficit ferrique mis en évidence. On traite le vide de sang et de yin du coeur et du foie. On obtient une amélioration des symptômes et par conséquent du sommeil dès la 3ème séance d'acupuncture avec amorce de diminution du traitement par clonazepam. Choix d'un traitement à la demande lors des récurrences. Vue dernièrement en septembre 2011 : très peu de gêne depuis décembre 2010 et reprise progressive depuis peu, consulte car s'est vue reprendre du Rivotril*.

Groupe SJSR1 : 10 patients (Cabinet médical de Grégory Moudens)

Tous les patients ont répondu aux questionnaires relatifs au diagnostic des jambes sans repos, sans exception. Cependant, les patients ayant débuté l'acupuncture avant avril 2011 ont tous répondu à ce questionnaire à posteriori, après qu'il leur ait été demandé de bien réfléchir aux symptômes ressentis avant traitement. Les points utilisés ont été après quelques recherches tous les mêmes de façon un peu protocolaire, à savoir utilisation des points : F3 E42 RP6 RP9 R3 et E36. A ces points sont ajoutés les points nécessaires au bon équilibre du *Qi* pour chaque patient.

Annick T, 62 ans lors de la première consultation pour syndrome des jambes sans repos sévère en septembre 2008. Cette patiente, commerçante en retraite, avait été adressée par son médecin généraliste pour aide à la prise en charge d'un syndrome des jambes sans repos très sévère évoluant depuis plusieurs années et pour lequel les prises médicamenteuses de veinotoniques restaient sans effet, le port de contention restant très partiellement efficace, même la nuit. La prise de diantalvic^o étant plus ou moins efficace. Les points utilisés ont été dans un premier temps F3 RP6 E36 RM4 GI4 DM20 ; puis après recherche bibliographique l'ajout de RP9 R3 et E42 ont donné des résultats très efficaces dès la troisième séance. En novembre 2011, la patiente ne prend plus aucun traitement veinotonique ni antalgique, continue à porter ses contentions lors des périodes de chaleur ou lorsqu'elle se sent fatiguée. Les séances pendant les deux premières années se sont espacées d'un mois puis deux mois et cette patiente vient en consultation d'acupuncture tous les trois mois environ en entretien depuis juin 2010.

Jacky T, 68 ans lors de la première consultation en avril 2010, présentant un SJSR manifeste de grade modéré. Ce patient présentait un SJSR apparu depuis un AVC Sylvien gauche constitué ayant entièrement récupéré, sans séquelles en 2003. Le port de bas de contention force 2 était partiellement efficace. Il consulte pour ces symptômes sous conseils de son médecin traitant et de son épouse. Les séances ont tout d'abord été de périodicité mensuelle pour être depuis 2011 trimestrielles. Les résultats ont été partiellement efficaces lors des trois premières séances puis l'amendement des symptômes pendant plusieurs semaines entre les séances a conduit progressivement à une séance trimestrielle.

Marcel C, agriculteur, 64 ans lors de la première séance en juillet 2008, pour syndrome des jambes sans repos léger. L'utilisation de l'acupuncture pour le soulager a été efficace après 3 à 4 séances lors de l'introduction des points E42, R3 et RP9 s'ajoutant aux points déjà utilisés F3 et RP6. Le soulagement est quasi-total sans aucun traitement allopathique complémentaire ni port de contention veineuse. Depuis trois ans, ce patient vient pour une séance d'acupuncture toutes les 6 à 8 semaines.

Nicole P, commerçante en retraite, 61 ans en juillet 2010. Consulte dans le cadre d'une prise en charge par acupuncture de douleurs de type arthrosiques des épaules et du rachis lombaire. Lors d'une séance la patiente demande si l'acupuncture pourrait la soulager à propos de douleurs des membres inférieurs la réveillant la nuit, à type d'impatiences. A l'interrogatoire, le syndrome des jambes sans repos est manifeste de grade modéré. L'utilisation des points d'acupuncture selon la liste citée plus haut a rendu de bons résultats, la patiente consultant désormais à la demande après 4 à 5 séances espacées d'un mois.

Marie-France B, 54 ans en décembre 2010, mère au foyer, est une patiente prise en charge en acupuncture tantôt pour des douleurs d'arthrose, tantôt pour des phénomènes anxigènes. Elle signale lors d'une consultation un syndrome douloureux des membres inférieurs en rapport avec un SJSR. Les points pratiqués ont eu un effet positif dès la première séance, chez une patiente certes fonctionnelle, avec un soulagement durable. Elle consulte maintenant plutôt lors des périodes de chaleur météorologique ou lors d'une augmentation de son activité physique avec station debout prolongée.

Marguerite F, 64 ans en août 2011. Adressée par son médecin traitant pour prise en charge de douleurs d'épaule en rapport avec une polyarthrite rhumatoïde. Après un soulagement de ses épaules après quelques séances, la patiente demande si l'acupuncture peut lui apporter un effet bénéfique sur des symptômes évocateurs de SJSR. Après interrogatoire et évaluation par l'échelle d'évaluation des SJSR, il apparaît que la patiente présente un SJSR de grade léger. Les deux premières séances ont apporté un effet bénéfique sur le tableau clinique. Patiente en cours de traitement en novembre 2011.

Anne Marie A, 77 ans en août 2011, consulte pour syndrome anxio-dépressif et demande une prise en charge par acupuncture. Il s'avère par ailleurs que la patiente est déjà atteinte d'un SJSR pour lequel elle est traitée par homéopathie, mais malgré l'efficacité du traitement souhaiterait se séparer du traitement par voie orale. Il a alors été mis en place le traitement par acupuncture. Les résultats ne se sont pas fait longtemps attendre pour une efficacité dès la deuxième séance.

Jacky P, 65 ans en février 2011, charcutier à la retraite, vient consulter pour une sensation de fatigue dans les membres inférieurs avec douleurs le réveillant la nuit, associé à des mouvements es jambes pendant le sommeil. La gradation du SJSR donne un grade sévère à sa pathologie. L'utilisation de l'acupuncture une fois par mois seulement pour des raisons organisationnelles a montré une amélioration des symptômes à la troisième séance mais ce patient a continué ses traitements veinotoniques et de contention, la sévérité de son syndrome n'ayant pas amélioré en totalité les symptômes. Nous continuerons les séances à un rythme d'une séance tous les trois mois, le patient étant partiellement amélioré mais de façon stable dans la durée.

André S, 89 ans en juin 2010. Patient adressé par son médecin traitant pour prise en charge par acupuncture de douleurs diffuses d'origine arthrosique, avec difficultés motrices liées aux douleurs des membres inférieurs en particulier des genoux. Lors de la troisième séance d'acupuncture, en juin 2010, le patient signale la présence également d'une symptomatologie signant un syndrome des jambes sans repos le réveillant la nuit, mais nettement améliorée lors de la marche rendue plus facile depuis les deux séances d'acupuncture. Le tableau énergétique correspond à un vide de yin du foie et du rein. La puncture des points F3, E42, E36, RP6 RP9 a très bien soulagé le patient dès la première séance, avec séance répétée 2 mois après la seconde, puis une fois par mois pendant 4 mois. En novembre 2011 ce patient est revu de façon quadrimestrielle pour la prise en charge de ses douleurs d'arthrose et de SJSR qui reste améliorées entre les deux séances de façon quasi-permanente. Ce patient gardant de bonnes fonctions cognitives, nous avons fait les questionnaires diagnostics des jambes sans repos retrouvant un score à l'inclusion allant de modéré à sévère, et score du SJSR léger lors de la réalisation du test après suivi pendant un an en juillet 2011.

Françoise M, 58 ans en juillet 2010, retraitée de la SNCF, vacancière dans la région en juillet août et septembre a bénéficié d'une séance toutes les trois semaines selon le protocole établi ci-dessus pour un SJSR de grade modéré. Après trois séances les résultats sont restés assez peu concluants. La patiente continuera de consulter un acupuncteur dans sa région d'origine.

Discussion

Il semble difficile de parler de guérison dans le SJSR, pathologie chronique par définition mais il est possible de parler de rémission et d'amélioration, que nous pouvons classer en légère, modérée et importante.

Pas de résultats : 1. Françoise M.

Amélioration légère : 1. Jacky P.

Amélioration modérée : 2. Christophe D. (en cours de traitement). Marguerite F.

Amélioration importante : 7. Hélène G. Nadine P. Liliane B. André S. Anne Marie A. Marie France B. Nicole P.

Rémission : 6. Séverine C. Edith L. Stéphanie S. Marcel C. Jacky T. Annick T.

Il n'y a qu'un seul patient pour lesquels nous n'avons obtenu aucun résultat. Pour la majorité des patients traités, les résultats sont bons à très bons avec en particulier une maximum d'amélioration importante ou de rémission. Nous concluons donc que l'acupuncture a une action positive dans le SJSR et devrait être étudiée à plus grande échelle pour confirmer son effet et se poser en alternative thérapeutique dans une pathologie bénigne (dans le sens où elle ne tue pas) pourtant responsable d'une souffrance et dont la réponse thérapeutique occidentale utilise une molécule au rapport bénéfice-risque défavorable.

Le biais principal repose sur l'absence de groupe contrôle. En effet, le traitement de référence étant uniquement prescrit dans les formes graves et exposant le patient à un cortège d'effets indésirables démesurés (rapport bénéfice-risque défavorable dans les formes non graves), il devient inapproprié de l'imposer. L'autre solution consistait en une acupuncture factice, mais l'on sait que le simple fait de piquer la peau peut entraîner un effet thérapeutique et notre échantillon de patient est de toute façon trop petit pour tirer une quelconque loi statistique. Le paramètre étudié ici est donc le soulagement des symptômes sous la seule

action de l'acupuncture. Néanmoins, un protocole de point est proposé, rapport à notre proposition physiopathologique du syndrome, et pourra faire l'objet, sur une durée plus longue, et dans le cadre d'une étude multicentrique à une analyse plus spécifique.

Conclusion :

Forts des résultats encourageant dans le SJSR, nous entreprenons dans le groupe du Dr Clément, et avec l'aide de nos confrères Pneumologues de quartier, d'objectiver une action de l'acupuncture dans le syndrome des MPMI. Ainsi nous commençons à traiter des patients (cf annexe 1 : groupe MPMI) pour lesquels le questionnaire à 4 items concernant le SJSR est négatif mais qui ont été amenés à consulter pour une SDE et ont bénéficié d'un enregistrement polysomnographique qui a mis en évidence un syndrome MPMI pouvant nécessiter la mise sous agonistes dopaminergiques. Les patients seront vus tous les 15 jours pendant 2 mois avant la réalisation d'une nouvelle polysomnographie. Nous présenterons les résultats ultérieurement. Certains de nos confrères Pneumologues se sont montrés particulièrement intéressés par cette alternative thérapeutique, surtout face à des patients souvent poly-médicalisés. Nous ne pouvons qu'avoir confiance dans ce genre de partenariat qui donne à l'acupuncture une opportunité d'objectiver son action dans un syndrome qui n'est certes pas une maladie grave, mais qui peut entraîner paradoxalement une sur-médication. Concernant le groupe du Dr Moudens, les séances restent espacées d'un mois environ, mais les résultats obtenus sont plutôt encourageants, et nous avons pris contact avec nos confrères pneumologues du CH de Mans et de Tours afin de créer un partenariat permettant une aide à la prise en charge du SJSR, et du MPMI en contexte de pathologie respiratoire. Notre étude et cette collaboration sont plutôt positives pour le développement de l'acupuncture et pour la prise en charge du SJSR chez des patients pour qui la médecine allopathique seule n'apporte que des réponses partielles. Des études de plus grande envergure et la démocratisation de notre discipline pourront aider les patients atteints de SJSR plus efficacement.

Merci à nos relecteurs pour leurs conseils et corrections : Pierre, Jean-marc, Alice et Manu.

Un grand merci au Dr Yannick DAOUDI , pneumologue à saint Médard en Jalles (33160) pour son implication et ses encouragements.

Annexe 1 : Groupe MPMI

Jean Pierre G. 74 ans. Patient souffrant d'artérite des membres inférieurs (plavix*) et de neuropathie diabétique (diabète non insulino-dépendant depuis l'âge de 55 ans). Il est appareillé en raison d'un syndrome des apnées du sommeil sévère et c'est par le pneumologue qu'il est adressé dans le cadre d'un syndrome des MPMI sévère objectivé en polysomnographie et pour lequel la polymédication du patient nécessite une autre alternative thérapeutique que les agonistes dopaminergique. Jean Pierre G. ne se plaint de rien si ce n'est les troubles de la marche liés à sa neuropathie. On oriente le traitement sur le vide de sang en ajoutant des points locaux et hors méridien pour la neuropathie. Nous réalisons 5 séances et allons étudier les résultats en polysomnographie.

Jean P. 76 ans. Retraité. Adressé par son Pneumologue suite à la découverte d'un Syndrome d'apnée du sommeil sévère et un syndrome des MPMI sévère. Le patient est en fin de traitement par L-DOPA. Sa femme constate que sous traitement il s'agite moins la nuit. Néanmoins, des problèmes de tolérance ont conduit à diminuer la dose de médicament et les symptômes reviennent. Il est donc adressé en acupuncture. Il n'allègue rien et les plaintes viennent essentiellement de sa femme. Le traitement consiste à soutenir le sang et chasser le vent. En 3 séances, son épouse trouve qu'il y a du mieux. Le traitement sera poursuivi et une polysomnographie sera réalisée pour objectiver les résultats.

Michèle P. 60 ans. Retraîtée. Consulte sur les conseils de son Médecin traitant pour des troubles du sommeil liés à un syndrome MPMI mis en évidence en polysomnographie et un syndrome de SDE. Contexte de fragilité émotionnelle de longue date avec long traitement par anxiolytiques et anti-dépresseurs, actuellement arrêtés. Diagnostic de vide de sang et de yin du coeur. Une séance réalisée puis appel de la patiente qui préfère sursoir à la demande de son Psychiatre qui va la remettre sous anti-dépresseurs.

Nous ajouterons Christophe D. qui présente un double syndrome : SJSR et MPMI.

Références bibliographique

- DEADMAN Peter, Al-KHAFAJI Mazin, « Manuel d'acupuncture », Editions SATAS, 2003, 678p.
- FOCKS Claudia « Manuel d'Acupuncture », Editions ELSEVIER MASSON, 2009, 738p.
- Académie de médecine traditionnelle chinoise (Pékin) « précis d'acupuncture chinoise », 1977-1990, 341p.
- SIONNEAU Philippe, « Acupuncture, les points essentiels », 2000, 856p.
- GUILLAUME Gérard, CHIEU Mach, « Dictionnaire des points d'acupuncture », Tome 1 et 2, 1995, 964p.
- ROCHAT DE LA VALLEE E. « les 101 notions clés de la médecine chinoise », Guy Trédaniel editeur, 2009, 338p.
- MACIOCIA G. « le diagnostic en médecine chinoise », Satas, 2006, 1130p.
- HAUSSER-HAUW C. Troubles du sommeil : SDE et Insomnies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), traité de médecine Akos, 1-0730, 2008.
- Denis POUCHAIN*, Dominique HUAS, Le syndrome des jambes sans repos en médecine générale : mythe ou réalité ? La Revue Exercer - Novembre/Décembre 2005 n°75 – 120
- REVUE PRESCRIRE, « le syndrome des jambes sans repos », avril 2006
- REVUE PRESCRIRE, « Ropinirole – Adartrel, Jambes sans repos, des effets indésirables disproportionnés », juillet 2006.
- REVUE PRESCRIRE, « Ropinirole et jambes sans repos, troubles psychotiques et impulsions sexuelles », septembre 2008
- REVUE PRESCRIRE, « ropinirole et jambes sans repos, à éviter mais toujours là et remboursable », novembre 2010.
- LIN SHI SHAN, « acupuncture traditionnelle chinoise n°24 », Institut Yin-Yang, juin 2011.
- CUI Y, WANG Y, LIU Z, « Acupuncture for restless legs syndrome (review) », The Cochrane library, 2008, Issue 4.
- DHARMANANDA Subhuti, “restless legs syndrome and chinese medicine”, ITM On line, February 2005.
- WU YH et coll, “Observation on therapeutic effect of acupuncture on restless legs syndrome”, Zhongquo Zhen Jiu, 2008 Jan;28(1):27-9.
- MARION F, “Le syndrome des jambs sans repos”, Actes du 1er congress Faformec, 1997.
- DI STANISLAO C, « acupuncture for restless Legs Syndrome : a retrospective case series », Mediacl Acupuncture, volume 21 (1), Mar 1,2009.
- DAI Xiao yu et coll, “clinical observation of warm acupuncture at Biguan (ST 31) in treating post apoplectic restless legs syndrome”, Journal of acupuncture and tuina science, volume 4, number 3, 174-175, DOI : 10.1007/BF02850995
- HU jinsheng, “ acupuncture treatment of restlessleg syndrome”, JTCM, December 2001
- GRAHAM CRIPPS M, “acupuncture for restless legs syndrome in patients previously treated with dopaminergic drugs”, letter, BMJ, july 20.2011.
- LU Lei et coll, “acupuncture and moxibustion for the treatment of 21 cases of restless leg syndrome”, the world medical journal of acupuncture – moxibustion, page 63-64, issue 1, 2006.