



## ARTICLE ORIGINAL

# Le syndrome des jambes sans repos : une des causes de l'insomnie au Vietnam

## *Restless leg syndrome : one of the cause of insomnia in Vietnam*

H. Nguyen Xuan Bich, H. Hoang Dinh Huu

Community Health Care Center  
Ho Chi Minh - Vietnam

### SUMMARY

**Overview.** Restless legs syndrome (RLS) is a sensorimotor disorder. Few epidemiological studies on RLS have been done in Asian countries so we would like to estimate the prevalence of RLS in Vietnamese patients who come to consultation department for sleep disorders.

**Method.** Detail questionnaire on insomnia and on the symptoms of RLS (NIH 2003 criteria) has been given to all the patients coming to our center and complaining of a sleep disorder. According to their answers we choose the suspected cases of RLS and order the laboratory test and a polysomnography (PSG) for atypical cases.

**Results.** 160 patients have answered the questionnaire (on insomnia and RLS) and among them, 30 patients have been diagnosed with RLS so the prevalence is 18,5% in patients with sleep disorders. There are 18 patients with primary RLS (60%) and 12 with secondary RLS (40%). There is only one case with familial history of RLS. After treatment the symptoms of RLS are reduced in the majority of cases but insomnia still persists in some cases.

**Conclusion.** RLS, a frequent cause of insomnia, is a rather common disease in western countries but still be underdiagnosed in Vietnam. It has been discovered in patients with sleep disorder. Hence, it is necessary to increase the awareness of this disease inside the medical community to diagnose it at right time.

**KEYWORDS:** Restless leg syndrome, RLS, sleep disorder, polysomnography

### RESUME

**Généralités.** Le Syndrome des jambes sans repos (SJSR) est un trouble sensitivomoteur. Peu d'études épidémiologiques sur le SJSR ont été réalisées dans les pays asiatiques, c'est pourquoi nous voudrions avoir une estimation de la prévalence du SJSR chez les patients vietnamiens venant consulter pour un trouble du sommeil.

**Méthode.** Un interrogatoire détaillé sur la survenue de l'insomnie et sur les symptômes du SJSR (critères de NIH 2003) a été réalisé chez tous les sujets venant dans notre clinique se plaignant d'un trouble du sommeil. En se basant sur les réponses au questionnaire nous choisissons les cas suspects de SJSR et réalisons chez eux des examens paracliniques et une polysomnographie (PSG) pour les cas atypiques.

**Résultats.** Cent soixante patients ont répondu aux questionnaires (concernant l'insomnie et le SJSR), parmi lesquels 30 étaient atteints de SJSR soit une prévalence de 18,75 % ; parmi les patients ayant un trouble du sommeil il y a 18 cas de SJSR primaire (60%) et 12 cas de SJSR secondaire (40%). Un seul cas a un facteur d'hérédité familiale. Après traitement, les symptômes du SJSR sont diminués chez la plupart des patients mais l'insomnie reste réfractaire dans certains cas.

**Conclusion.** Le SJSR, une cause fréquente d'insomnie, est une pathologie assez commune dans les pays occidentaux mais reste encore sous diagnostiqué au Vietnam. Il a été découvert parmi les patients atteints d'un trouble du sommeil. Ce problème nécessite donc une grande publicité autour de ce syndrome dans la communauté médicale pour qu'il soit diagnostiqué à temps.

**MOTS CLES:** Syndrome des jambes dans repos, SJSR, trouble du sommeil, polysomnographie

**Auteur correspondant:** Dr NGUYEN XUAN BICH HUYEN. Community Health Care Center. HCM ville - Vietnam  
**E-mail:** nx\_bichhuyen@yahoo.com

**INTRODUCTION**

La lobectomie pulmonaire video-assistée (LPVA) a été rapportée la première fois par Kirby et Walker WS en 1993 [1, 2]. Avec l'apparition des nouveaux instruments et ses avantages : peu invasive, temps du rétablissement court, esthétique ...la thoracoscopie a été largement appliquée dans la lobectomie dans plusieurs grands centres opératoires mondiaux comme celui de chirurgie thoracique au Viet Nam. Jusqu'à maintenant, nous avons eu connaissance des expérience en LPVA des hôpitaux Binh Dan et Viet-Duc (données nationales).

Le département chirurgical de l'hôpital Pham Ngoc Thach est un département récent, créé en 2004. Dès l'ouverture de ce département, nous avons entrepris d'appliquer la thoracoscopie pour diagnostiquer et traiter des pathologies thoraciques telles que les pathologies médiastinales, ou les pneumothorax .... Cette technique récente nécessite un plateau technique de haute performance et des chirurgiens expérimentés. Avec l'aide de l'Association Franco-Vietnamienne de Pneumologie (AFVP), nous recourons à cette technique depuis 2007. Et nous avons réalisé 43 cas de lobectomie pulmonaire vidéo-assistée avec succès.

**OBJECTIF DE L'ETUDE**

Cette étude a été réalisée pour évaluer l'efficacité de la LPVA et la morbi-mortalité liée à cette technique à l'hôpital Pham Ngoc Thach (PNT).

**MATERIEL ET METHODE**

**Patients**

Entre 2/2007 et 8/2011, 43 cas de LPVA ont été réalisés au département chirurgical de l'hôpital PNT, dont 20 hommes et 23 femmes.

L'âge moyen des patients est 50 ans (de 21-73 ans).

**Méthode d'analyse**

Etude rétrospective.

**Processus opératoire**

- Tout d'abord, le malade est anesthésié par anesthésie générale, et ventilé par une sonde endotrachéale à double lumière.
- Il est installé en décubitus latéral du côté sain. Pour mieux élargir les espaces intercostaux, on utilise un coussin qui sert à rembourrer ou une table chirurgicale fléchie.
- On choisit l'emplacement de l'incision cutanée de 2 cm de long pour introduire le trocart (normalement

dans le 7ème ou le 8ème espace intercostal, en avant de la ligne axillaire moyenne). On passe ensuite le thoracoscope dans l'espace pleural à travers cette incision.

- On évalue les lésions. Si besoin, on pratique une biopsie avec examen extemporané. On décide enfin la prise en charge chirurgicale : à savoir : abstention chirurgicale, thoracotomie conventionnelle ou vidéo-assistée.
- En cas de thoracotomie vidéo-assistée, on incise la paroi thoracique environ sur 4 à 6 cm, normalement dans le 3ème ou 4ème espace intercostal, en position latérale ou postéro - latérale. On peut utiliser un petit écarteur dans certains cas. Le cas échéant, le thoracoscope est utilisée comme lumière. On réalise la lobectomie avec des équipements endoscopiques comme la pince pulmonaire, le couteau ultrasonique, le clip endoscopique ou stapler. A la fin de l'intervention, la pièce opératoire et la tumeur sont mis dans un sac et évacuées hors de l'espace pleural.

**RESULTATS**

**Age, sexe**

Age: âge moyen: 50 ans (extrêmes entre 21 et 73 ans).

Sexe: hommes: 20 cas, femmes: 23 cas.

**Histopathologie**

Le résultat de la histopathologie est présenté sur le *Tableau 1*.

**Localisation des tumeurs**

Localisation des tumeurs sont présentée dans le *Tableau 2*.

**Taille des lésions**

Moyenne: 4,7 cm (extrêmes entre 2 cm et 7cm).

<b>TABLEAU 1</b> Résultat histopathologique		
<b>Pathologies</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>Pourcentage %</b>
Cancer du poumon	22	51,2
Tuberculome	7	16,3
Dilatation des bronches	5	11,6
Pseudotumeur inflammatoire	5	11,6
Kyste bronchogénique	3	3
Tumeur vasculaire	1	1
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Localisation	Nombre de cas	Pourcentage %
Lobe supérieur droit	8	18,6
Lobe moyen	6	13,9
Lobe inférieur droit	12	27,9
Lobe supérieur gauche	7	16,3
Lobe inférieur gauche	10	23,3
Total	43	100

### Durée de l'intervention et perte du sang

*Durée moyenne*

142 mn (extrêmes entre 90 et 210 mn)

*Perte du sang moyenne*

165 ml (extrêmes entre 50ml et 400ml).

### Temps de rétablissement post-opératoire

Temps de rétablissement post-opératoire moyen: 4,8 jours (extrêmes entre 2 et 20 jours).

Il y a eu 4 cas (9,3%) de fuite d'air post-opératoire prolongée (ayant duré plus de 7 jours), dont 2 cas ont nécessité un talcage thoracoscopique.

La quantité moyenne de liquide drainé dans les 24 premières heures a été de 322,5 ml (extrêmes entre 100 ml et 600 ml).

Il n'y a eu aucun cas d'hémorragie nécessite une reprise chirurgicale.

### Classement TNM des cas de cancer du poumon

Classement	N0	N1	N2	Total
T1B (2 - <3cm)	2 (IA)	4 (IIA)	2 (IIIA)	8
T2A (3 - <5cm)	4 (IIA)	2 (IIB)	5 (IIIA)	11
T2B (5 - <7cm)	0	1 (IIB)	2 (IIIA)	3
Total	6	7	9	22

(UICC 2009)

## DISCUSSION

Cette étude est la première réalisée au Vietnam décrivant le syndrome des jambes sans repos dans un groupe de sujets ayant des troubles du sommeil et notre prévalence du SJSR est de 18,75%. Les autres études épidémiologiques réalisées dans la population générale dans les pays occidentaux donnent une prévalence de 0,25% à 10% [2-6], plus élevée que dans les pays asiatiques (0,1% à 4,6% à Singapour [6], en Corée du Sud [7], à Taiwan [8] et au Japon [9]).

En général le SJSR prédomine chez les femmes [2, 3, 5] (deux fois plus que chez les hommes dans les études européennes et américaines), mais dans notre étude les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. Nous notons que le SJSR est plus fréquent chez les sujets âgés de plus de 45 ans (73,7%), la fréquence étant 2,8 fois plus élevée que chez les sujets moins de 40 ans, semblable aux résultats de Maurice Ohayon et al. [4].

Suivant l'échelle IRLSSG, chez nos patients le SJSR est de modéré à sévère. Après avoir reçu les traitements appropriés les symptômes diminuent et le SJSR devient léger à modéré. Les spécialistes du sommeil de Stanford ont suggéré de faire une polysomnographie (PSG) pour évaluer la présence de mouvements périodiques de jambes durant le sommeil (MPJS, aussi appelés myoclonies nocturnes). En général 80% à 90% des patients avec SJSR ont un nombre élevé de MPJ [10, 11]. Typiquement un index PLM > 5/h correspond à un diagnostic de SJSR.

Sur la PSG de nos patients nous avons constaté une association de SJSR avec des myoclonies nocturnes dans 75% des cas, comparable au pourcentage trouvé dans les autres études [4, 12] et cette combinaison pourrait augmenter les répercussions néfastes sur le sommeil [4] (les patients ont des difficultés à s'endormir ou se réveillent la nuit et ressentent des secousses involontaires de leurs jambes qui les empêchent de se rendormir.), qui sont retrouvées sur la PSG [13].

En dehors des 18 cas idiopathiques nous avons retrouvé une cause au SJSR dans 40% des cas (carence en fer, diabète et médicaments) et/ou une carence martiale (ferritine <50 microgrammes/L) corrélé avec un SJSR plus sévère et un sommeil plus perturbé [14]. Bien que le SJSR soit fréquent chez les insuffisants rénaux [15], dans notre étude il n'y avait aucun cas d'insuffisance rénale. Au point de vue prédisposition génétique il semble que les cas de SJSR soient plus nombreux en Italie et au Canada francophone (surtout au Québec) [16].

Très peu d'asiatiques sont concernés. Une histoire familiale de SJSR est notée dans la majorité des cas idiopathiques (92%) et seulement dans 13% des cas secondaires [17]. Dans notre étude il y a seulement un cas où deux personnes de la famille (sœur et fille) souffrent de ce syndrome.

Le traitement du SJSR comprend un traitement étiologique, d'appoint et pharmacologique. Au point de vue médicaments nous avons traité certains patients avec le pramipexole, agent dopaminergique efficace [17, 18] et d'autres avec la gabapentine (SJSR accompagné de douleur). Parfois nous avons du combiner plusieurs traitements. La plupart de nos patients ont été améliorés et l'effet du traitement s'est maintenu pendant 3 à 6 mois. Il y a des cas guéris complètement quand l'étiologie a pu être traitée (par exemple la carence martiale) mais il y a eu aussi des cas où l'insomnie a persisté.

### CONFLICT D'INTERÊT

Aucun.

### REFERENCES

1. Ekbom K. Restless legs: a clinical study. *Acta Med Scand* 1945; 158:1-123.
2. David AMC, Van Vijver, Thomas Walley, Hans Penn. Epidemiology of restless leg syndrome as diagnosed in UK primary care. *Sleep medicine* 2004; (5): 435-440.
3. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005; 165:1286-1292.
4. Maurice M Ohayon, Thomas Rich. Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 547-554.
5. Tison F, Crochard A, Léger D, Bouée S, Lainey E, El Hasnaoui A. Epidemiology of restless leg syndrome in french adults: a nationwide survey: the INSTANT study. *Neurology* 2005; (2): 239-240.
6. Tan EK, Seah A, See SJ, Lim E, Wong MC, Koh KK: Restless legs syndrome in an Asian population: a study in Singapore. *Mov Disord* 2001; 16:577-579.
7. Seong-Jin Cho, Jin Pyo Hong, Bong-Jin Hahm, et al. Restless Legs Syndrome in a Community Sample of Korean Adults: Prevalence, Impact on Quality of Life, and Association with DSM-IV. *Psychiatric Disorders Sleep* 2009; 32(8): 1069-1076.
8. Ning Hung chen, Li Pang Chuang, Cheng Ta Yang, Clere A, et al. The prevalence of restless leg syndrome in Taiwanese adults. *Psychiatric and Clinical neurosciences* 2010; 64: 170-179.
9. Nomura T, Inoue Y, Kusumi M, Uemura Y, Nakashima K. Prevalence of restless legs syndrome in a rural community in Japan. *Mov Disord* 2008; 23(16):2363-9.
10. Boehn G, Wetter TC, Trenkwalder C. Periodic leg movements in RLS patients as compared to controls : are the differences beyond the PLM index ? *Sleep Med* 2009; 10(5):566-71.
11. Dhamuka AK, Singh G. Periodic limb movement disorder : a clinical and polysomnography study. *Neurol India* 2001; 49(4): 366-70.
12. Montplaisir J, Boucher S, Poirier G, Lavigne G, Lapierre O, Lespérance P. Clinical, polysomnographic, and genetic characteristics of restless legs syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standard criteria. *Mov Disord* 1997; 12(1):61-5.
13. Magdolna Homyak, Bernd Feige, Ulrich Voderholzer, et al. Polysomnography findings in patients with restless legs syndrome and in healthy controls: a comparative observational study. *Sleep* 2007; 30(7): 861-865.
14. Sun, ER, Chen CA, Ho G, Earley CG, Allen RP. Iron and the restless legs syndrome. *Sleep* 1998; 21(15):371-377.
15. Barbara Phillips, Terry Young, Laurel Finn, et al. Epidemiology of Restless Legs Symptoms in Adults. *Arch Intern Med*. 2000; 160(14):2137-2141.
16. Lan Xiong, Jacques Montplaisir, Alex Desautels, et al. Rouleau Family Study of Restless Legs Syndrome in Quebec, Canada. Clinical Characterization of 671 Familial Cases. *Arch Neurol*. 2010; 67(5):617-622.
17. Abdullah Alsaeedi, Farhan kh Ashammari. Restless legs syndrome and periodic limb movement in sleep: a review for family physicians. *Middle East Journal of Family medicine* 2005; vol 3: (2).
18. Michael H Silber, Mirle Girish, Ricardo Zuneta. Pramipexole in the management of restless legs syndrome: extended study. *Sleep* 2003; 26(7): 819-821.

### CONCLUSION

Le syndrome des jambes sans repos, une cause assez fréquente d'insomnie, est encore sous diagnostiqué car bien que les patients atteints de SJSR souffrent de troubles du sommeil, ils ne savent pas relier ce problème aux sensations désagréables de leurs jambes pour rapporter ces symptômes au médecin.

Au Vietnam le SJSR est découvert seulement chez les patients ayant des troubles du sommeil avec une prévalence de 18,75%. Il est nécessaire de favoriser la connaissance de cette pathologie dans le public ainsi que parmi les médecins pour augmenter le diagnostic de ce syndrome en médecine générale. Heureusement le SJSR est « satisfaisant » à traiter car de nombreux patients qui en souffraient depuis des années ont vu leur qualité de vie s'améliorer avec un traitement approprié.