



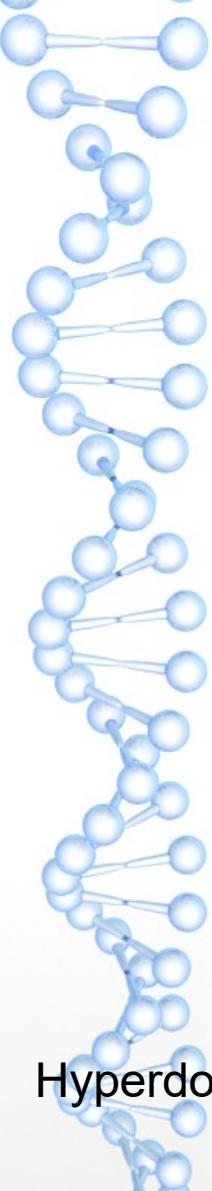
# Syndrome des jambes sans repos et ANESTHESIE



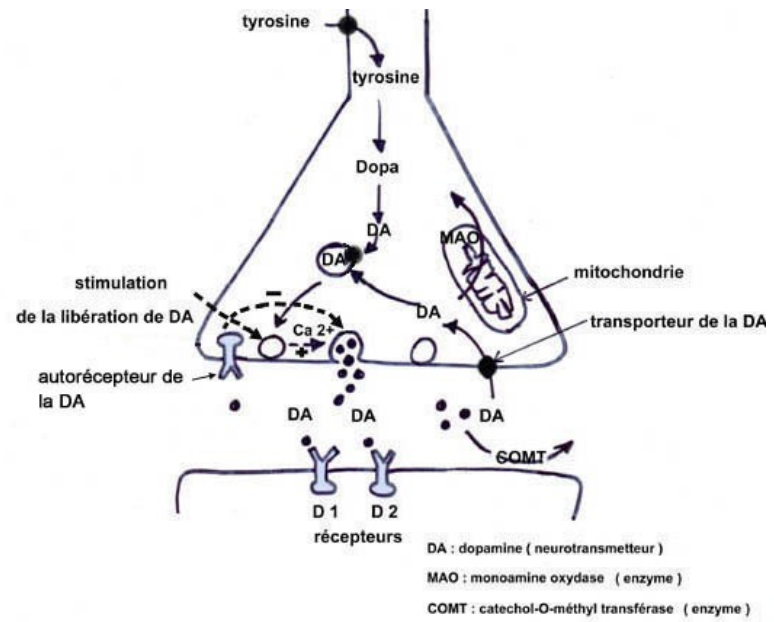
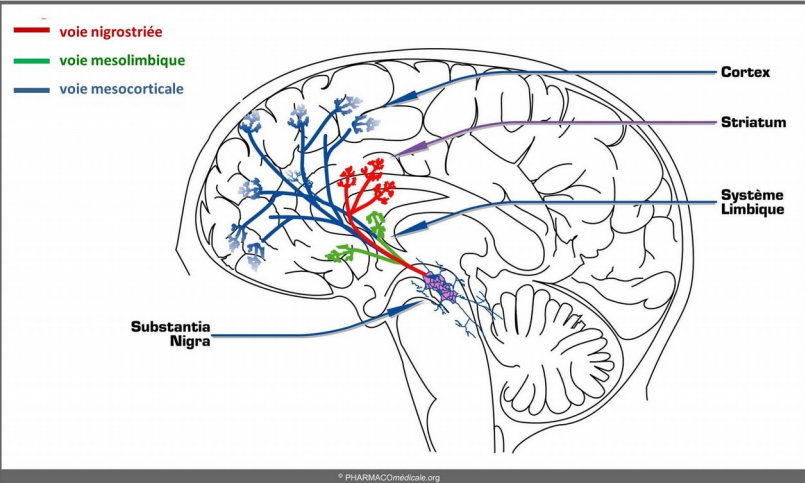
# Définition et épidémiologie

Critères diagnostiques	survenant au repos
	maximum le soir (avant l'endormissement et au cours des éveils nocturnes : composante circadienne)
	améliorée par le mouvement (marche, mobilisation)
	avec besoin impérieux de bouger les jambes

- Epidemio : 8,5 % avec prédominance féminine:
- Fdr cardiovasculaire indépendant : HTA profil non diepper
- Ne pas confondre avec Mouvements périodiques (des jambes) au cours du sommeil (80 % des patients SJSR ont des MPJS : origine dopaminergique commune) → dorsiflexion

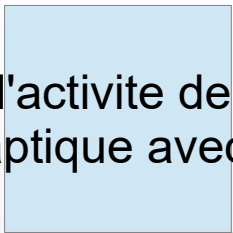


# Physiopathogenie



Le fonctionnement des neurones dopaminergiques

Augmentation de l'activité de la tyrosine kinase  
Hyperdopaminergie pre synaptique avec internalisation recepteur D2





# Prise en Charge : Pre anesthésique

- Prise en charge des facteurs favorisants ou étiologiques :
- Carence martiale
- Diabète
- IRC (dialyse++)
- Privation de Sommeil
- Traitements : antidépresseurs (toute classe), neuroleptiques, lithium, anti-histaminiques

Ferritine > 50 µg voire > 75 µg



# Traitements habituels

- 1ere ligne : Agonistes dopaminergiques
  - > Pramipexole (duree d'action 6h) ropinirole
  - Ou Ligands  $\alpha 2\delta$  :
    - Gabapentine, Pregabaline (bloqueurs de canaux calcique)
- 2eme ligne :
  - -> Opiaces, benzodiazepines, Antiepileptiques

# Prise en Charge Per-Operatoire

M. Raux, I. Arnulf

242

Tableau 1 Substances contre-indiquées chez les patients atteints de syndrome des jambes sans repos.

	Contre-indiquer	Substituer par
Pré-anesthésique	<i>Neuroleptiques et dérivés sédatifs ou anti-hémétiques anti-dopaminergiques</i> Alimémazine (Théralène®) Prométazine (Phénergan®) Métopimazine (Vogalène®) Hydroxyzine (Atarax®)	<i>Sédatifs/anxiolytiques</i> Clonazéпам (Rivotril®) Antimémétiques Dexaméthasone Ondansétron (Zophren®)
Per- et post-anesthésique	<i>Neuroleptiques</i> Droprépidol (Droleptan®)	Propofol (Diprivan®) Morphiniques

- Interet du tramadol ++
- PAS DE DROLEPTAN !



# Prise en Charge Post Operatoire

- Eviter absolument la mise au lit stricte
- Pas de rupture de traitement, prise habituelle (changer de voie d'administration si besoin)
- Activite focalise : broderie etc...
- Correction des pertes sanguines + inflammation



## Nouvelles pistes de reflexion

- La ferritine, un bon marqueur :
- → mesure plasmatique de l'hepcidine plasmatique vs ferritine
  
- Rachianesthésie vs AG ?
- → Resultats discordants ( 8% vs NS de SJSR induits)





## Take home message

- 1. Pathologie liée au système dopaminergique
- 2. Correction des facteurs étiologiques : carence fer ++
- 3. Recours aux dérivés opioïdes
- 4. Substitution du Droleptan ++
- 5. Mobilisation précoce



## References

- CEN (College des enseignants de neurologie)
- Consensus de la SFMS (2018)
- Le Praticien en Anesthésie réanimation