

Recommandations

Dans la prise en charge du RLS, outre les mesures générales, le recours à un traitement médicamenteux peut s'avérer nécessaire. Sur base des quelques données disponibles et de l'expérience clinique, les recommandations suivantes peuvent être données. En présence de symptômes sévères, l'administration d'un agoniste dopaminergique à faibles doses, par ex. le pramipexole ou le ropinirole, peut être envisagée [n.d.l.r.: en raison de leurs effets indésirables, les dérivés de l'ergot ne sont pas recommandés]. La lévodopa n'est pas un premier choix vu le risque de tachyphylaxie et d'aggravation des symptômes. L'administration d'une benzodiazépine telle le clonazépam peut être utile dans certains cas mais une utilisation prolongée est à déconseiller. Sur base des données disponibles, l'utilisation d'antiépileptiques et d'opiacés ne se justifie pas.

D'après Anonyme. Managing patients with restless legs. *Drug and Therapeutics Bulletin* 2003;41:81-83
Early CJ. Restless Legs Syndrome. *New Engl J Med* 2003;348:2103-09

Noms de spécialités

Bromocriptine: Parlodel®

Carbamazépine: Merck-Carbamazépine®, Tegretol®

Clonazépam: Rivotril®

Dextropropoxyphène: Depronol®

Gabapentine: Neurontin®

Lévodopa: Prolopa®, Sinemet®

Méthadone: Mephenon®

Oxycodone: non disponible en Belgique

Pergolide: Permax®

Pramipexole: Mirapexin®

EN BREF

- ➔ A l'occasion d'études récentes, les indications des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et des sartans ont été discutées dans les Folia de novembre 2004. Alors que ce numéro des Folia était en cours d'impression, les résultats de l'étude **PEACE** ont été publiés dans le *New England Journal of Medicine* [2004;351:2058-68, avec un éditorial 2004;351:2115-17]. Il s'agit d'une étude randomisée en double aveugle dans laquelle l'IECA **trandolapril** a été comparé à un placebo chez des patients présentant une affection coronarienne stable avec une fonction ventriculaire gauche normale ou légèrement abaissée. Chez ces patients qui recevaient déjà le plus souvent le traitement standard (acide acétylsalicylique, une statine, un traitement antihypertenseur), aucun avantage supplémentaire n'a été observé avec le trandolapril en ce qui concerne la morbidité et la mortalité. Dans les Folia de novembre 2004, la remarque avait déjà été faite que, selon certains, chez les patients atteints d'une affection coronarienne sans autre facteur de risque évident, il n'est pas indiqué de poursuivre systématiquement à vie un traitement par un IECA. Les résultats de l'étude PEACE renforcent cette réticence.