

1. Fatigues et fatigue chronique



Eric Firre

Médecine Interne

CHR Citadelle



1. Le patient (simplement) fatigué

■ 1.1. Définitions

- Epuisement après une activité usuelle
- Ou la sensation d'être incapable d'entreprendre la tâche
- Différent de somnolence, dyspnée, faiblesse musculaire.
- Dimension existentielle : on n'**a** pas une fatigue, on **est** fatigué

- Fatigue récente (< 1 mois)
- Fatigue prolongée (> 1 mois)
- Fatigue chronique (> 6 mois) mais ce n'est pas encore le syndrome de fatigue chronique (SFC).



1. Le patient fatigué

■ 1.2. Etiologies de la fatigue

- Psychologique
- Pharmacologique
- Endocrinienne
- Néoplasique
- Infectieuse
- Cardio-pulmonaire
- Connectivite
- Trouble du sommeil
- Idiopathique



1. Le patient fatigué

■ 1.2 .Etiologies de la fatigue

– Psychologique

dépression

anxiété

– Pharmacologique

– Endocrinienne

– Neoplasique

– Infectieuse

– Cardio-pulmonaire

– Connectivite

– Trouble du sommeil

– Idiopathique



1. Le patient fatigué

■ 1.2. Etiologies de la fatigue

- Psychologique
- Pharmacologique
- Endocrinienne
- Neoplasique

– Infectieuse

– Cardio-pulmonaire

hypnotiques

– Connectivite

antihypertenseurs

– Trouble du sommeil

antidépresseurs

abus et sevrages médicamenteux

– Idiopathique



1. Le patient fatigué

■ 1.2. Etiologies de la fatigue

– Psychologique

– Pharmacologique

– Endocrinienne

– Neoplasique

hypothyroïdie

diabète

hyperthyroïdie

insuffisance pituitaire

hypercalcémie

insuffisance surrénalienne

insuffisance rénale chronique

insuffisance hépatique

– Infectieuse

– Cardio-pulmonaire

– Connectivite

– Trouble du sommeil

– Idiopathique



1. Le patient fatigué

■ 1.2. Etiologies de la fatigue

- Infectieuse
 - Cardio-pulmonaire
 - Psychologique
 - Connectivite
 - Pharmacologique
 - Trouble du sommeil
 - Endocrinienne
 - Idiopathique
 - Néoplasique
- néoplasie occulte
anémie sévère



1. Le patient fatigué

■ 1.2. Etiologies de la fatigue

– Psychologique

– Pharmacologique

– Endocrinienne

– Neoplasique

– Infectieuse

Endocardite

– Cardio-pulmonaire

tuberculose

– Connectivite

mononucléose

hépatite

– Trouble du sommeil

parasitose

– Idiopathique

HIV

CMV



1. Le patient fatigué

■ 1.2. Etiologies de la fatigue

- Infectieuse
- Cardio-pulmonaire
- Psychologique
- Pharmacologique
- Endocrinienne
- Neoplasique
- Connectivite
- Trouble du sommeil
- Idiopathique

Décompensation cardiaque

Insuffisance respiratoire chronique



1. Le patient fatigué

■ 1.2. Etiologies de la fatigue

– Psychologique
Polyarthrite rhumatoïde

– Pharmacologique

– Endocrinienne

– Neoplasique

– Infectieuse

– Cardio-pulmonaire

– **Connectivite**

– Trouble du sommeil

– Idiopathique



1. Le patient fatigué

■ 1.2. Etiologies de la fatigue

– Psychologique
apnées du sommeil

– Neurologique
reflux oesophagien

– Allergique
rhinite allergique

– Endocrinienne
causes psychologiques

– Neoplasique

– Infectieuse

– Cardio-pulmonaire

– Connectivite

– Trouble du sommeil

– Idiopathique



1. Le patient fatigué

■ 1.2. Etiologies de la fatigue

– Psychologique

– Pharmacologique

fatigue chronique idiopathique

– Endocrinienne

syndrome de fatigue chronique

– Neoplasique

– Infectieuse

– Cardio-pulmonaire

– Connectivite

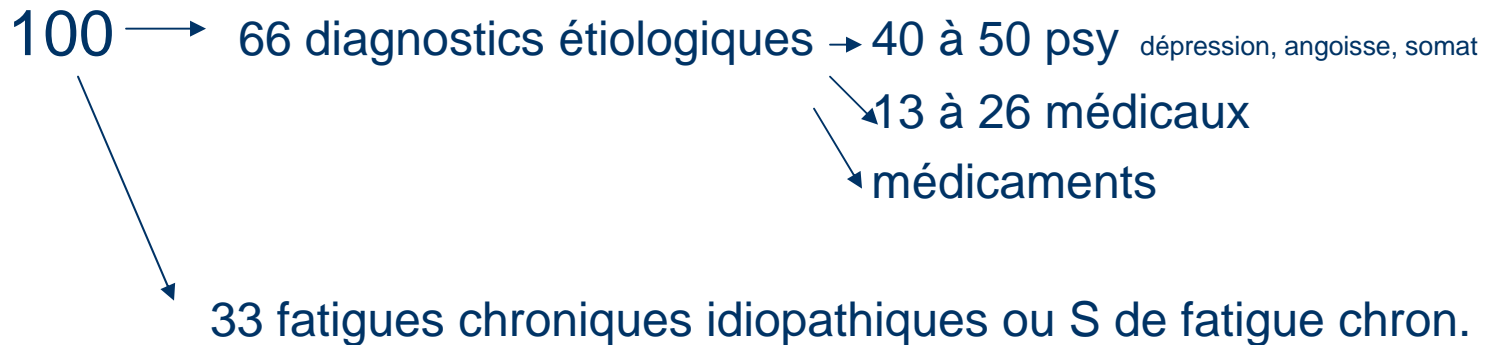
– Trouble du sommeil

– Idiopathique

1. Le patient fatigué

■ 1.3. Epidémiologie de la fatigue

- Prévalence dans toute la population : 6 à 7 %
- 21 à 33 % des patients consultant en première ligne
- F/H > 1 (?)





1. Le patient fatigué

■ 1.3.1. le syndrome de fatigue chronique (SFC)

- Fatigue de plus de 6 mois explorée médicalement, ne trouvant pas de cause et répondant à des « critères ».
- Rare
 - fatigue > 6 mois 2 à 6 %
 - « « 0.075 à 0.267 rencontrant les critères.



1. Le patient fatigué

■ 1.3.2. La fatigue chronique idiopathique

- Fatigue > 6 mois, débilite ne remplissant pas les critères du SFC.
- Aussi invalidante et demandeuse de soins médicaux que le SFC
- Entité autonome ou continuum avec le SFC ?



1. Le patient fatigué

■ 1.4. Evaluation médicale

– 1.4.1. Anamnèse

- que ressentez-vous ? Décrivez ce que vous ressentez.
- qu'entendez vous par fatigue ?
- durée de la fatigue
- associée à d'autres symptômes (fatigue = accessoire?)
- interférence avec activités quotidiennes ? (travail, famille...)
- évaluation psychologique sommaire (forte corrélation)
- évaluation du sommeil (quantité et qualité, effet réparateur ?)
- médicaments, drogues « récréatives », alcool,...



1. Le patient fatigué

■ 1.4. Evaluation médicale

– 1.4.2. Examen clinique

- apparence générale (dépressif, hygiène, somnolence...)
- adénopathies
- pâleur, tachycardie
- thyroïde
- cardio-pulmonaire (décompensation cardiaque, BPCO)
- ex neurologique de base



1. Le patient fatigué

■ 1.4. Evaluation médicale

– 1.4.3. Examens de laboratoire

- de peu d'utilité pour résoudre le problème. Plutôt pour éliminer les causes annexes.
- Sang complet, FHL, VS, Chimie de base, tests hépatiques, CPK, TSH.

– 1.4.4. Examens complémentaires

- en fonction de l'âge, comorbidité et antécédents personnels et familiaux (thorax, colonoscopie,...)



1. Le patient fatigué

■ 1.5. Traitement.

Le même pour le SFC et la fatigue chr. idiopath.

Relation médecin malade basée sur la confiance mutuelle

- le médecin sait que les plaintes sont réelles.
- Le malade accepte et comprend l'attitude rationnelle et progressive du médecin qui a pour buts :
 - accomplir les gestes de la vie courante
 - retourner au travail
 - garder des relations sociales
 - réaliser des exercices physiques quotidiens



1. Le patient fatigué

■ 1.5. Traitement.

Aspects pratiques :

- RV réguliers pour évaluer les progrès plutôt que ARSN
- Essai antidépresseurs si état dépressif suspecté
- Thérapie comportementale et cognitive
- Activité physique régulière
- Eviter le sursommeil (siestes courtes)
- Informer le patient au mieux (groupes de soutien)



1. Le patient fatigué

■ 1.6. Pronostic

mauvais à court et moyen terme en terme d'amélioration mais pas d'évolution péjorative en terme de lésion organique ou de mort.

- <1/3 guérison à 1 an
- 4/ 27 guérison à 3 ans
- 64 % amélioration à 1.5 an mais seulement 2% guérison

Critères de mauvais pronostic à la prise en charge :

- > 8 symptômes physiques inexpliqués
- antécédents de dysthymie
- >1.5 année de fatigue chronique
- < 16 ans de formation scolaire
- > 38 ans à la présentation

2. Le syndrome de fatigue chronique





2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.1. Perspective historique.

Ce n'est pas une nouvelle maladie (le faire savoir au patient).

- 1750 Febricula
- 1871 Syndrome de Da Costa
- 1889 Neurasthénie (Osler : »in all form there is a striking lack of accordance between the symptoms of which the patients complains and the objective changes discoverable by the physician »)
- 1934 « myalgic encephalitis » épidémie au Los Angeles General Hospital. Forme épidémique.

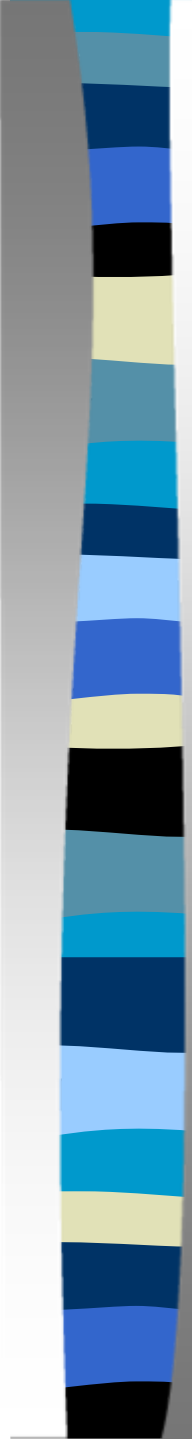


2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.2. Définition du SFC.

- 1988 CDC « critères de Holmes »
- 1994 CDC et groupe de travail international propose de nouveaux critères (critères de Fukuda)

Ces critères constituent des outils épidémiologiques standards. Ils sont intentionnellement restrictifs pour majorer les chances que des recherches puissent détecter des associations si elles existent.



1. Epuisement chronique inexpliqué, constaté cliniquement, persistant ou récurrent, et constituant un état nouveau dans la vie du patient (il ne s'agit pas d'une fatigue ressentie tout au long de la vie), qui ne résulte pas d'efforts prolongés, qui n'est pas soulagée par le repos, et qui se traduit par une réduction significative des activités professionnelles, scolaires, sociales ou domestiques.

2. Manifestation combinée de quatre au moins des symptômes suivants, chacun ayant persisté de manière continue ou récurrente durant au moins six mois consécutifs sans avoir précédé la fatigue :

- Dégradation sévère de la mémoire à court terme ou de la concentration entraînant une réduction drastique des activités antérieures dans les domaines professionnel, scolaire, social domestique ou personnel.
- Maux de gorge.
- Sensibilité des ganglions lymphatiques cervicaux ou axillaires.
- Douleurs musculaires
- Douleurs articulaires sans enflure ni rougeur.
- Maux de tête d'un type nouveau, diffus ou sévères.
- Sommeil non réparateur.
- Malaise durant plus de 24 heures après effort.



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.3. Epidémiologie

- Fatigue chronique idiopathique 1775 à 6321/ 100 000
- Syndrome de fatigue chronique 75 à 267 / 100 000

- Jeunes adultes ou âge moyen (existe chez enfants)
- F/H ~ 2/3
- rare dans les minorités ou populations défavorisées
- Cas sporadiques vs épidémiques



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.4. Etiologie ???

– La piste virale

parce-que le début de l'affection est souvent rapporté à une convalescence d'un événement viral (EBV, diarrhée, grippe...) et que les symptômes ressemblent à une atteinte virale, la piste virale a été beaucoup étudiée.

EBV, Retrovirus, Herpesvirus, Enterovirus, ...
aucune piste virale n'a été confirmée.



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.4. Etiologie ???

– 2.4.2. La piste (dys)immunitaire.

Plusieurs anomalies immunologiques ont été notées :

- diminution des immuns complexes circulants
- diminution du nombre ou de l'efficacité des cellules NK
- Modification du taux d'immunoglobulines
- augmentation du taux d'Ac antiviraux (rougeole, HHV-6, EBV, CMV).
- Diminution du taux d'autoanticorps.
- Augmentation de l'activité interféron



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.4. Etiologie ???

– 2.4.2. La piste (dys)immunitaire (suite)

- augmentation de l'IL2
- altération du rapport CD4/CD8
- Anomalie du système 2-5/ Rnase L (proposé comme test diagnostique).

Toutes ces anomalies vont en sens divers. Les données sont conflictuelles et non reproduites d'une étude à l'autre. On ne peut pas parler de vrai déficit immunitaire. Il est difficile de proposer un test diagnostique ou une option thérapeutique au vu de ces anomalies notées de manière inconstante.



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.4. Etiologie ???

- 2.4.3. La piste métabolique ou endocrinienne
 - diminution du cortisol circulant
 - diminution du CRH
 - augmentation de la somatomedine C (insulin-like growth factor I)
 - augmentation de l'activité sérotoninergique du SNC

Anomalies inconstantes, non spécifiques. Pas de déficit franc de l'axe hypothalamo-surrénalien démontré.



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.4. Etiologie ???

– 2.4.4. La piste de l'hypotension posturale

- Tilt-tests pathologiques
- Données intéressantes mais pas d'études en double aveugle randomisées.
- Données conflictuelles



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.4. Etiologie ???

– 2.4.5. La piste dépressive ou psychosomatique

- 2/3 des patients ont des problèmes dysthymiques (cause ou conséquence ?).
- Piste classique mais souvent décriée par les patients : « *docteur, ne me dites pas que c'est psychosomatique* » (légitimité de la plainte).



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.4. Etiologie ???

– 2.4.6. Théorie de la complexité

- pathologie complexe résistant à une conceptualisation simple (psy ou phy).
- Hétérogénéité des symptômes (SFC, FM, colon irritable avec passages de l'une à l'autre)
- causalité non linéaire mais plutôt en boucles circulaires (cercles vicieux)
- la discussion de l'organicité ou du caractère fonctionnel n'a pas de sens si on accepte d'envisager la complexité des situations.



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.5. Présentation clinique

- Début brutal souvent post infectieux
- Après résolution de la maladie initiale, persistance de fatigue et autres symptômes
- Symptômes exacerbés par les activités physiques
- Survient souvent chez des ex-hyperactifs
- apparence de « bonne santé » malgré un handicap fonctionnel au quotidien net.



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.5. Présentation clinique (suite)

– symptômes surajoutés multiples

- impression fébrile (sans fièvre mesurable)
- douleurs articulaires sans signes cliniques
- douleurs musculaires mais force et EMG normaux
- lymphadénite légère sans lymphadénopathie franche



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.6. Le diagnostic

– C'est un diagnostic d'exclusion

- examen clinique
- surveiller T°
- Bio : sang complet, FHL, VS, chimie, TSH
- Pas de testing immuno d'emblée
- Pas de recherche EBV, CMV, AAN d'emblée
- Pas de scan ou IRM d'emblée



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.7. Le traitement

– Les mauvaises nouvelles

- **rien ne marche** : amantadine, doxycycline, Mg, Vit B12, G-globulines, acyclovir, ampligen, fludrocortisone, acides aminés essentiels, extrait de foie, extraits de dialysat de leucocytes, cimétidine, ranitidine, interferon, diètes d'exclusion, retrait des plombs dentaires, très peu d'études contrôlées.



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.7. Le traitement

– Les mauvaises nouvelles (suite)

- antidépresseurs : résultats conflictuels IMAO > sérotoninergiques; surtout utiles si syndrome dépressif réactionnel ou myalgies (tricycliques)
- Hydrocortisone : de peu d'effet; données conflictuelles
- Antibiotiques : résister à la tentation d'en donner (! Aux fausses sérologies de Lyme)



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.7. Le traitement

– Les bonnes nouvelles

- traitement supportif

- garantir honnêteté et disponibilité
- accepter dans le chef du médecin de ne pouvoir contenter tous les patients
- discuter des craintes du patient (SEP,...)
- ce n'est pas une nouvelle maladie; on la connaît depuis longtemps
- admettre la réalité de la souffrance et le faire comprendre au patient (légitimité)
- éviter le débat (inutile) sur organicité ou psychogénicité
- détecter l'élément dépressif s'il existe



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.7. Le traitement

- traitement contre l'hypotension
 - si elle est patente (hypo TA OS), la traiter ne coûte rien (9-alpha-fluocortisone)
 - il y a des arguments dans la littérature en faveur d'une efficacité de ces traitements



2. Le syndrome de fatigue chronique

■ 2.7. Le traitement

– Les bonnes nouvelles (suite)

- Thérapie comportementale et cognitive
 - utilité démontrée dans le SFC et la fatigue idiopathique
 - 1 étude randomisée (60 patients) démontrant une efficacité (73% vs 17% $p < 0.001$)
- Remise en forme
 - exercices quotidiens très progressifs
 - éviter le déconditionnement par repos excessif
- Les groupes de support



2. Le syndrome de fatigue chronique

- Et l'internet ? :
- <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/cfs/cfshome.htm>
- <http://weber.u.washington.edu/dedra/aacfs1.html>
- <http://www.cais.com/cfs-news/faq.htm#3b>
- <http://www.tznet.com/busn/advocate/medical/fatigue.html>