

Fatigue

Un chapitre du livre «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

Klaus Bally

Définition, importance, épidémiologie [1]

- Fatigue = sensation subjective (~ manque d'énergie, épuisement, tendance à l'endormissement diurne).
- Composantes qualitatives: physiques, émotionnelles, cognitives.
- Prévalence en médecine de premier recours: 20–30% selon la définition et le type d'étude.
- 7% fatigue comme principal motif de consultation, 14% fatigue comme symptôme principal ou secondaire.

Etiologies

- Association étroite du symptôme fatigue avec troubles psychiques [2]: 45% des patients fatigués souffrent de dépression ou d'un trouble anxieux, seulement 28% de ceux sans fatigue. 75% des personnes souffrant de troubles somatoformes se plaignent de fatigue. Des troubles psychiques sous-jacents augmentent la probabilité de fatigue postvirale [3]. La fatigue est un élément important dans les syndromes fonctionnels de plusieurs systèmes d'organes [4]: côlon spastique, dyspepsie, fibromyalgie, syndrome d'hyperventilation, syndrome de fatigue chronique (CFS), céphalées tensionnelles, syndrome de la boule laryngée, intolérance à toutes sortes de médicaments.
- Cancers: la fatigue est très rare comme seul indice de cancer.
- Anémie, carence martiale: la relation entre anémie et fatigue est controversée, mais celle entre carence martiale et fatigue a pu être prouvée [5].
- Etiologies endocriniennes: 1159 patients: 3 hypothyroïdies subcliniques, 4 diabète [2].
- Hépatite: extrêmement rare comme étiologie d'une fatigue uniquement.
- Fatigue postinfectieuse [6]: 6 mois après mononucléose: 40% fatigue; 6 mois après autres infections respiratoires: 15% fatigue.
- Maladies somatiques chroniques: insuffisance respiratoire, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, polyarthrite chronique, néoplasies, insuffisance rénale chronique, status postopératoire.

- Hypotension artérielle: relation entre fatigue et hypotension controversée.
- Insomnies: prévalence: 20–25%; fatigue et insomnie: souvent étiologie commune (dépression, maladie psychosomatique); syndrome des apnées du sommeil – risque accru d'accident de la circulation [7].
- Sédentarité: le training aérobique améliore la situation.
- Médicaments: benzodiazépines, myorelaxants, antidépresseurs, neuroleptiques, antihypertenseurs, opioïdes, antiparkinsoniens, antihistaminiques. Drogues: alcool surtout.
- Environnement: plomb, amalgame (?), monoxyde de carbone (fumée!), hydrocarbures, etc.
- Pathologies neuromusculaires.

Diagnostic / Examens

Anamnèse

- Durée, qualité (manque d'énergie, somnolence), importance, horaire (déjà au réveil?), nouvelle, inhabituelle.
- Diminution de la qualité de vie: physique, psychique, sociale, émotionnelle, cognitive.
- Durée du sommeil.
- Assoupissement diurne (narcolepsie, apnée du sommeil), ronflement, pauses respiratoires (apnées du sommeil).
- Myasthénie, fatigue musculaire rapide (maladie neuromusculaire).
- Drogues, médicaments.
- Situation familiale, professionnelle, sociale, satisfaction du travail.
- Autres symptômes: pâleur, soif, dyspnée, inappétence, perte de poids, fièvre.
- Idées du patient sur l'étiologie de sa fatigue.
- Dépression [8] (2 questions importantes):
 1. Vous êtes-vous senti souvent apathique, triste, désespéré au cours du mois dernier?
 2. Au cours du mois dernier, avez-vous eu moins d'intérêt et de plaisir dans vos activités?
 Deux fois non: dépression probablement exclue (sensibilité 96%, spécificité 72%).
 Une fois oui: questions sur le sommeil (trop peu ou trop), modification de l'appétit et ou du poids, opinion négative de soi, peur de l'échec, difficultés de concentration, besoin de bouger augmenté

ou diminué, idées suicidaires. Si la réponse à cinq de ces questions ou plus est oui, il y a sans aucun doute une dépression marquée.

■ **Trouble anxieux:** Au cours du mois dernier, avez-vous été sérieusement gêné par tension nerveuse, anxiété et inquiétudes sur toutes sortes de choses? Avez-vous souffert d'une crise d'anxiété ou de panique au cours du mois dernier?

■ **Trouble somatoforme [9]:** Vous êtes-vous senti stressé au cours du mois dernier? Quelle est selon vous la gravité de votre symptôme (0–10)? Quel est selon vous votre état général? Combien de symptômes physiques présentez-vous? (gastralgie, dyspepsie, constipation/diarrhée, dorsalgie, céphalée, douleur dans la poitrine, palpitations, dyspnée, vertige, faiblesse, fatigue, insomnies, douleurs dans les membres, dysménorrhée, dyspareunie).

Examen physique

Examen du cœur, des poumons, y c. tension artérielle (évt couché et debout); abdomen; ganglions lymphatiques, muqueuses, téguments; troubles trophiques et tonus musculaire; force: marche sur orteils et talons, se lever de la chaise, s'asseoir au bord du lit; fatigabilité: regard vers le haut (myasthénie); sensibilité et réflexes; fasciculations.

Autres examens diagnostiques

Si fatigue >4 semaines sans diagnostic: VS ou CRP, Hb, leucocytes, glucose, gamma-GT, TSH, ferritine. Plus tard évt créatinine, potassium, sodium calcium, GP, sérologie EBV, VIH, hépatite B et C, examen d'urine et Haemoccult®.

Syndrome de fatigue chronique (CFS)

Critères diagnostiques [1, 10]: fatigue (plus de 6 mois consécutifs, début bien situé dans le temps, pas amélioré par le repos, aucune étiologie connue, avec limitation nette des activités). Et au moins quatre des symptômes suivants: mémoire à court terme et concentration déficitaires / ganglions cervicaux ou axillaires douloureux / myalgies / arthralgies diffuses sans tuméfaction ni érythème / sommeil non réparateur / plus de 24 heures d'apathie après effort / céphalées.

Références

- 1 Degam Leitlinie Nr. 2. Müdigkeit. Düsseldorf: Omikron publishing; 2002.
- 2 Cathebras PJ et al Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior, and outcome. *J Gen Intern Med.* 1992;7:276–86.
- 3 Wessely S, et al. Postinfectious fatigue: prospective cohort study in primary care. *Lancet.* 1995;345:1333–8.
- 4 Wessely S, et al. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet.* 1999;354:936–9.
- 5 Verdon F, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ.* 2003;326:1124.
- 6 White PD, et al. Incidence, risk and prognosis of acute and chronic fatigue syndromes and psychiatric disorders after glandular fever. *Br J Psychiatry.* 1998;173:475–81.
- 7 Teran-Santos J, et al. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. Cooperative Group Burgos-Santander. *N Engl J Med.* 1999;340:847–51.
- 8 Whooley MA, et al. Case-finding instruments for depression. *J Gen Intern Med.* 1997;12:439–45.
- 9 Kroenke K, et al. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics.* 1998;39:263–72.
- 10 Fukuda K, et al. The chronic fatigue syndrome. *Ann Intern Med.* 1994;121:953–9.

Traduction d'un chapitre de: Benedict Martina, Edouard Battégay, Peter Tschudi (Ed.). Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006. 119 pages. Broché. Format 15 × 23 cm. Fr. 20.– / EUR 17.– ISBN 978-3-7965-2262-8 (en allemand seulement). Infos et commande sous www.emh.ch

Dr Klaus Bally
Spécialiste FMH Médecine générale
St. Johanns-Parkweg 2
4056 Bâle