

Syndrome de Fatigue Chronique

Professeur J. Cabane

Chef de service Médecine Interne - Hôpital St Antoine – 75012 PARIS

6 février 2008

La fatigue est un des symptômes les moins spécifiques en médecine ; c'est aussi une des plaintes les plus fréquentes : chez le généraliste, 20% des malades consultent pour fatigue de plus de 2 semaines. Le problème à la base est la recherche de la cause dont le traitement fera partir la fatigue, ce que ne peuvent obtenir les traitements anti-asthéniques. On sait que 10% des fatigues sont de cause organique, le reste ayant une origine psychologique. Même au cours de maladies infectieuses, inflammatoires, cancéreuses ou autres, la fatigue est une impression de ne pas pouvoir mener à bien les activités qui est multifactorielle, faisant intervenir des mécanismes immunitaires (cytokines), métaboliques, hormonaux et nerveux complexes. L'activité des maladies organiques n'est pas corrélée à la fatigue, à la différence de l'état psychologique ; et l'exercice physique modéré améliore la fatigue des maladies organiques cependant que le repos l'aggrave.

Plus de 9 fatigues sur 10 ont une cause évidente : infection, carence, problème métabolique, événement de vie, endocrinopathie, cancer, ou autre, dont le traitement résout la fatigue.

Les fatigues aiguës (< 2 semaines) sans cause évidente régressent dans 90% des cas et on conclut à une virose ou à une anxio-dépression régressives

Les fatigues subaiguës (2 semaines à 6 mois) et chroniques (> 6 mois) ont moins de chance.

C'est dans ce groupe qu'est isolé le **syndrome de fatigue chronique (SFC)**, entité répondant à des critères cliniques. Les critères de Fukuda font autorité Fukuda K et al. Annals of Internal Medicine 1994 :

2 critères majeurs obligatoires et au moins 4 critères mineurs sur 8

Critères majeurs

1. Fatigue supérieure à 6 mois avec diminution des activités
2. Absence d'étiologie apparente

Critères mineurs

1. Trouble de la mémoire ou difficultés importantes de concentration
2. Irritation de gorge
3. Raideur cervicale ou adénopathies axillaires
4. Douleurs musculaires
5. Douleurs articulaires sans inflammation
6. Céphalées inhabituelles
7. Sommeil non reposant
8. Fatigue généralisée, supérieure à 24h, après un exercice physique

La fréquence du SFC a été diversement appréciée, entre 1 pour 1000 et 3%. C'est un diagnostic rare qui requiert l'exclusion de toute pathologie organique. Un bilan à la recherche des maladies fatigantes connues comporte :

1. un entretien long décrivant la fatigue, ses circonstances, ses symptômes associés et l'influence du mode de vie, des médicaments sur elle
2. un inventaire des antécédents
3. un dépistage de la dépression et de l'anxiété par le DSM-IV ou les outils équivalents et la recherche d'une psychose ou de maltraitances
4. un dépistage des troubles du sommeil par l'interrogatoire, le questionnaire d'Epworth
5. un examen physique complet
6. **des examens paracliniques ciblés :**

Radio pulmonaire, Intradermoréaction à 10U de tuberculine

NFS-VS-plaquettes réticulocytes, ionogramme, créatininémie, CRP, Ca, P, ASAT,ALAT, CPK, LDH, ferritine, vitamines B9, B12, C et D, électrophorèse protides, IgE,

Sérologies : hépatites B et C, VIH, CMV, Parvovirus B19, EBV, TPHA, VDRL

Anticorps : antinucléaires, antithyroglobuline, antithyroperoxydase, antigliadine, antiendomysium, antitransglutaminase, ANCA

Hormones : TSH, T4libre, cortisol 8h-16h, testostérone ou oestradiol, DHA,

ECBU, protéinurie

Comment se présentent en pratique les malades victimes de SFC ?

- Fatigue profonde aggravée par l'effort physique et mental
- Délai de quelques heures à 1 jour entre l'effort et l'aggravation de la fatigue, des myalgies, laquelle peut durer un à trois jours, voire davantage
- Nombreux autres symptômes: céphalées, myalgies, douleur pharyngée, dysrégulation thermique, etc...
- Dépression et anxiété secondaires, mais avec conservation des envies et des plaisirs
- Incapacité à accomplir les tâches courantes
- Baisse des ressources et de la productivité
- Perte fréquente d'emploi
- Consommation médicale élevée
- Retentissement socio-familial important

Bien que de nombreuses anomalies physiques aient été décrites, la découverte d'un signe physique probant (ex. gros ganglion fixe) doit déclencher un bilan ciblé à la recherche d'une autre maladie (ex. lymphome).

Il est probable que le SFC est hétérogène, et que des sous-types de SFC différents existent :

- sous-type dysimmunitaire, volontiers associé à une thyroïdite
- sous-type somatoforme, volontiers associé à des fibromyalgies
- sous-type post-infectieux, suivant volontiers une virose comme une mononucléose

La prise en charge des malades victimes de SFC est longue et doit s'appuyer sur :

- une kinésithérapie à niveau bas d'énergie
- un accompagnement psychiatrique avec traitement expert des troubles. La thérapie cognitivo-comportementale a été décrite comme efficace mais elle ne corrige probablement que ponctuellement les symptômes et les idées néfastes
- un traitement médical symptomatique de tous les facteurs aggravants possibles : troubles du sommeil, troubles de l'humeur, douleurs, troubles digestifs, carences démontrées, etc.
- un entourage sociofamilial aidant (l'isolement est un facteur négatif)
- autant que possible la négociation d'un travail à temps partiel

Les traitements suivants sont inefficaces : repos exagéré, immunothérapies, vitamines (sauf carence démontrée), hormones thyroïdiennes, sexuelles ou corticoïdes, antiviraux, suppléments alimentaires, médecines parallèles, antalgiques morphiniques, anti-inflammatoires.

Le pronostic du SFC est réservé.

L'évolution peut être longue, de quelques mois à des années, avec un taux de rémission partielle à 1 an=50%, à 4 ans=66%. Le taux de rémission totale est à 1 an=6%, à 4 ans=13%

Le pronostic est meilleur chez les enfants

Les principaux facteurs associés à la chronicité sont:

- L'intensité du sentiment d'être atteint d'une maladie chronique
- La comorbidité psychiatrique (dysthymie, dépression, trouble anxieux)
- La durée d'évolution
- L'âge avancé

Les facteurs de bon pronostic sont:

- L'intermittence des symptômes
- Paresthésies, anorexie, dyspnée, fébricule
- L'âge jeune

Dans le SFC il n'y a pas d'augmentation de la mortalité (exception possible: suicide)

Au total, le SFC est une maladie complexe et hétérogène dont la prise en charge en

réseau associant généraliste, spécialistes dont psychiatres, kinésithérapeute et aides de vie obtient souvent une amélioration significative ; mais qui est à l'origine d'un handicap important et durable.

Professeur Jean Cabane
6 février 2008