Comprendre la fatigue des patients atteints de maladies inflammatoires rhumatismales.
(Exposé du Pr Elie Cogan lors de la conférence mars 2007 à Nivelles Sud)

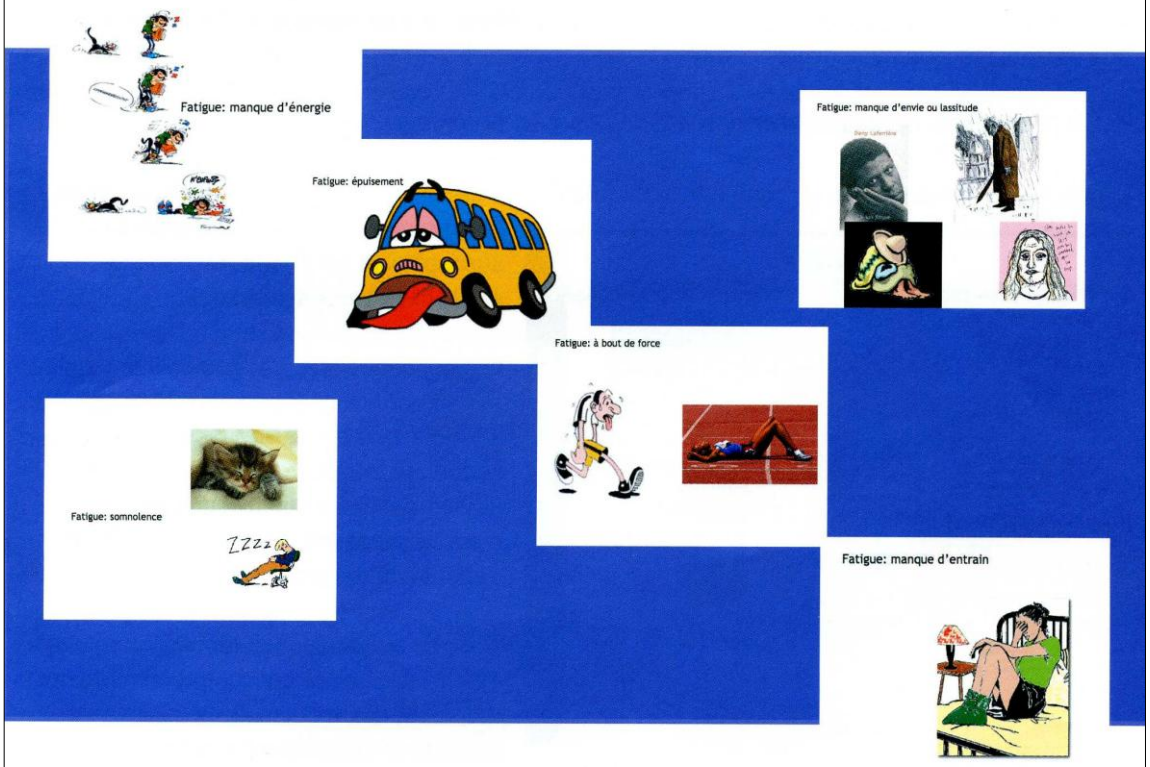
COMPRENDRE LA FATIGUE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES INFLAMMATOIRES RHUMATISMALES

1. INTRODUCTION

La fatigue est un sujet de préoccupation majeur tant parmi la population des bien portants que des malades. Une recherche sur Google renseigne 40.400.000 entrées alors que la recherche sur « bonheur « renvoie à 30 300 000 entrées…seulement.

Dans la base de données Pubmed (service bibliographiqe en ligne de la National Library of Medicine and the National Institutes of Health), la recherche des mots clés «fatigue» et «arthritis» renvoie à 745 publications témoignant de l'intérêt porté à la question, en particulier chez les patients souffrant d'affections rhumatismales inflammatoires.

La fatigue traduit différentes sensations et peut être rapportée de manière variable selon la cause, la culture de l'individu, l'importance d'un état dépressif associé fréquemment rencontré. Les termes utilisés seront : manque d'énergie, «à bout de force», manque d'entrain, somnolence, manque d'envie, lassitude, épuisement, exténuation, harassement, faiblesse, ennui, surmenage, peine, abattement, asthénie, affaiblissement, apathie, mollesse, manque de force, manque d'énergie,….

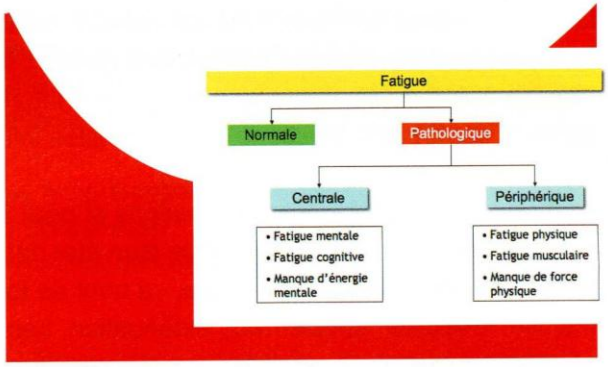


25

2. FATIGUE ET MALADIE CHRONIQUE

Les patients souffrant de maladie chronique sont particulièrement concernés par la survenue d'une fatigue parfois persistante pendant de longues périodes. L'évaluation quantitative de la fatigue reste toutefois difficile.
Dans une étude analysant 2.285 articles consacrés à ce sujet (dont 80% parus au cours de ces 10 dernières années) ; Hjollund et coll ont identifié 252 manières différentes d'évaluer la fatigue. 150 échelles d'évaluations n'avaient été utilisées que dans une seule étude.
Il ressort de cette étude que ces échelles sont souvent inadaptées et qu'il convient d'utiliser des échelles d'évaluation adaptées à chaque maladie. C'est dire que le problème de l'évaluation de la fatigue chez des patients souffrant de maladie rhumatismale doit faire appel à des échelles spécifiques et à une bonne connaissance de l'affection par les soignants.

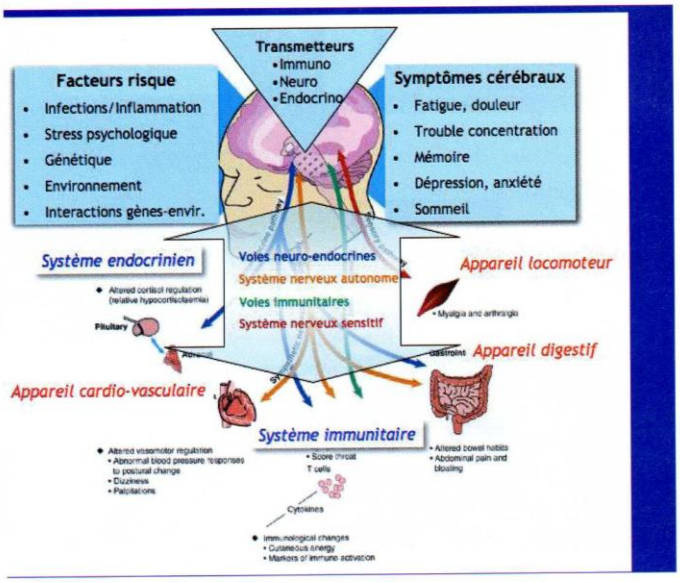
3. TYPE DE FATIGUES



La fatigue résulte le plus souvent d'un processus normal secondaire à un déséquilibre entre la somme d'activités physiques réalisées et les périodes de repos compensateurs.
Lorsque ce déséquilibre est absent, il s'agira d'une fatigue «anormale» ou pathologique.
Elle peut être d'origine « centrale», faisant référence à une problématique psychologique, et correspond à une fatigue mentale, cognitive, qui peut être traduite par un «manque d'énergie mentale».
Le terme de psychasthénie était autrefois utilisé pour caractériser ces états.
A l'opposé, la fatigue peut être «périphérique» faisant référence à un manque de force physique, à une véritable fatigue musculaire.

4. CONTEXTE ET MANIFESTATIONS ASSOCIÉES À LA FATIGUE

La fatigue va survenir dans un contexte de facteurs de risque multiples, tels que infections, états inflammatoires, stress psychologique, susceptibilité génétique favorable et éléments environnementaux.



Les conséquences cérébrales immédiates seront une diminution de la tolérance à l'effort, une diminution du seuil de la douleur transformant en perception douloureuse des stimulations qui n'auraient pas été perçues comme telle dans un autre contexte.

Comme autres conséquences, on relèvera des troubles de la concentration et de la mémoire, des modifications caractérielles (anxiété et dépression) ainsi que des troubles du sommeil.

Les effets se traduiront aussi au plan neuro-endocrinien par une dysrégulation de la sécrétion de cortisol par les glandes surrénales (hypocorticisme relatif) ainsi qu'au plan immunitaire.
Les symptômes s'exprimeront au plan cardio-vasculaire (hypotension en position debout, palpitations, vertiges), digestif (troubles du transit, douleurs abdominales) et moteur (douleurs musculaires et articulaires).

5. FATIGUE PHYSIQUE ET MALADIES RHUMATISMALES

A la lumière de ces mécanismes, se dessinent les causes de la fatigue rencontrée chez les patients souffrant de maladies inflammatoires rhumatismales. Il s'agira de la combinaison d'une fatigue cérébrale et d'une fatigue physique, des tests objectifs permettant de démontrer une diminution de la capacité de contraction musculaire lors de contractions répétées, le muscle se retrouvant à la fois le coupable ….et la victime.

Muscle coupable	*Muscle victime*
Atteinte musculaire liée à la maladie Myosite (lupus, sclérodermie, polymyosite, **Atteinte musculaire d'origine nerveuse** (Polynévrite) **Atrophie musculaire liée à inflammation** (Effet catabolique des cytokines inflammatoires (TNFα), effet catabolique des prostaglandines (PGE2 musculaire) **Atrophie et/ou dysfonction dues aux médicaments** diminution de la masse musculaire, dysfonction métabolique (myopathie cortisonique) **Amyotrophie due au désentraînement** Douleurs, déformation, immobilisation	**Transport d'oxygène insuffisant au muscle** Anémie Maladies pulmonaires (fibrose pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire, embolies pulmonaires, pneumonie, asthme….) **Apport sanguin insuffisant** Insuffisance cardiaque (myocardite, HTA, atteintes valvulaires, épanchement péricardique, péricardite constrictive,…) Arythmie cardiaque Hypotension artérielle

5.1. MUSCLE COUPABLE.

La fatigue physique, musculaire, est liée à une atteinte structurelle du muscle, conséquence directe de la maladie sous-jacente (myosite), d'une atrophie musculaire d'origine nerveuse (polynévrite associée), inflammatoire (effets cataboliques des cytokines inflammatoires comme le TNF) ou médicamenteuse (myopathie cortisonique). L'amyotrophie peut également être secondaire au désentraînement lié aux douleurs engendrées par la mobilisation, aux déformations ostéoarticulaires ou à la simple immobilisation.

5.2. MUSCLE VICTIME.

La fatigue musculaire est aussi la conséquence de la déficience en transport d'oxygène au muscle.
Il s'agira des effets péjoratifs au niveau musculaire d'un transport d'oxygène insuffisant suite à l'anémie ou à l'hypoxie consécutive à une atteinte pulmonaire associée (fibrose pulmonaire, hypertension artérielle pulmonaire, asthme, embolies,…). Il pourra aussi s'agir d'un apport sanguin insuffisant conséquence d'une insuffisance cardiaque, d'une arythmie voire d'une hypotension artérielle.

6.AUTRES CAUSES DE FATIGUE CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE MALADIES RHUMATISMALES

6.1.INSUFFISANCE SURRÉNALIENNE

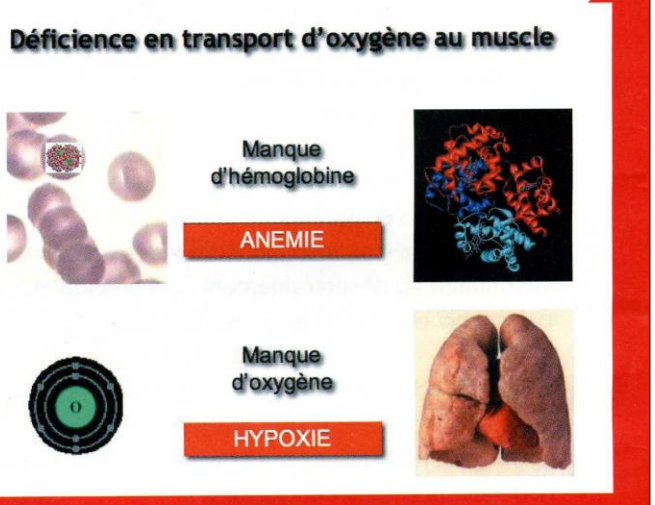
La fatigue peut être une conséquence du manque de cortisol. Cette possibilité devra être évoquée chez des patients traités depuis plusieurs mois voire plusieurs années par des glucocorticoïdes. La chronicité du traitement met les glandes surrénales au repos. Lorsque la dose de corticoïdes devient faible (sevrage), des manifestations d'insuffisance surrénalienne peuvent apparaître : fatigue, hypotension, douleurs articulaires, hypoglycémies.

6.2. INSUFFISANCE GONADIQUE

Les traitements immunosuppresseurs et la corticothérapie chronique sont susceptibles d'interférer avec la synthèse des hormones mâles chez l'homme. Une insuffisance en androgènes se manifestera notamment par de la fatigue.
Alors que l'on pense facilement à la possibilité d'une carence en œstrogène chez la femme lors de manifestations cliniques variées, on a tendance à ne pas tenir compte de cette possibilité chez l'homme. Un dosage sanguin de testostérone permettra facilement de poser le diagnostic et de traiter adéquatement par des suppléments hormonaux adaptés.

6.3. FATIGUE ET DÉFICIENCE EN FER

Les patients souffrant de maladies inflammatoires rhumatismales sont à risque de développer des carences en fer secondaires à des lésions hémorragiques du tube digestif liées à la prise de médicaments antiinflammatoires. Lorsque le manque de fer devient important et persistant, une anémie ferriprive s'installe, cause classique de fatigue.



Une autre cause de fatigue liée à la carence martiale est le **SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS** ainsi que les mouvements involontaires des membres pendant le sommeil. Le syndrome des jambes sans repos (restless legs syndrome dans la littérature anglo-saxonne, appelé encore syndrome d'impatience des membres) est caractérisé par un besoin irrésistible à bouger les membres inférieurs, par la survenue de sensations bizarres très diverses, à type de fourmillements, de picotements, de démangeaisons, de brûlures, de courant électrique.
Ces sensations désagréables sont rarement perçues comme des douleurs. La gêne est maximale au repos et est soulagée lors du mouvement. La survenue est principalement vespérale ou nocturne, les patients n'en étant généralement pas conscients.

Ces mouvements perturbent gravement la qualité du sommeil avec comme conséquence attendue une fatigue diurne.

6.4. MÉDICAMENTS ET FATIGUE.

De nombreux médicaments peuvent être responsables de fatigue. Les hypotenseurs, les somnifères (surtout dérivés des benzodiazépines comme le lormétazepam) les myorelaxants, les antidépresseurs.

6.5. TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ET FATIGUE

Il s'agit d'une cause fréquente de fatigue. Les problématiques en cause concernent surtout les états dépressifs et anxieux. Il s'associe des troubles du sommeil avec réveils nocturnes, des troubles de mémoire et de concentration, des modifications du poids corporel (perte ou gain de poids).

7. CONCLUSIONS

La fatigue est une plainte régulièrement rencontrée chez les patients souffrant de maladie rhumatismale. Les causes en sont multiples. Bon nombre d'entre elles peuvent répondre à un traitement spécifique. Il convient donc d'évaluer toutes les dimensions du symptôme fatigue afin de pouvoir en identifier la ou les causes.

Professeur Elie Cogan
Service de Médecine Interne
Université Libre de Bruxelles (U.L.B.)
Hôpital Erasme
Bruxelles