

Société Scientifique de Médecine Générale



Recommandations
de Bonne Pratique

LA PLAINTÉ FATIGUE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Auteurs

Drs Catherine MAGNETTE et Bob GERARD

Validée en septembre 2005

SSMG 2005

La SSMG présente ici une nouvelle recommandation de bonne pratique.

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont avant tout un outil pour le médecin de famille en vue de l'amélioration de la qualité de sa pratique quotidienne et par là de la qualité des soins apportés aux patients et à la collectivité.

Rigoureusement fondées sur des bases et évidences scientifiques, leur élaboration s'est étalée sur de nombreux mois. Si chaque recommandation est sous la responsabilité rédactrice d'un seul ou de deux auteurs, le texte final est l'œuvre collégiale d'une équipe de médecins généralistes.

En aucune façon, ces recommandations ne doivent être considérées comme contraignantes. Chaque RBP doit faire l'objet d'une évaluation de sa faisabilité chez chaque patient pris individuellement et le praticien estimera, de bonne foi, si la RBP s'applique ou non. Elle n'entravera en rien la relation du médecin avec son patient.

Par ailleurs, les RBP constituent des repères ou des références reconnues par la profession, et auxquelles le médecin peut se rallier en toute sécurité.

Si la découverte de ces recommandations éveillait chez le lecteur mille et une questions, commentaires ou encore objections et de là le souhait de les partager avec des confrères au sein de cercles de pairs, nous aurions atteint notre objectif.

Le groupe de travail
des **R**ecommendations de **B**onne **P**ratique
de la SSMG

TABLE DES MATIÈRES

1. Avant-propos	p. 5
2. Introduction	p. 7
2.1. Objectifs et limites de la RBP	p. 7
2.2. Définitions	p. 7
2.3. Données épidémiologiques	p. 7
2.3.1. Importance comme motif de consultation en MG	p. 7
2.3.2. Prévalence	p. 8
2.3.3. En fonction de l'âge	p. 8
2.3.4. En fonction du sexe	p. 8
2.3.5. En fonction du niveau social, professionnel, économique	p. 8
2.3.6. En fonction des principales étiologies	p. 8
2.4. Un défi à relever pour le MG	p. 9
3. Diagnostic	p. 10
3.1. Importance de la relation médecin/patient	p. 10
3.2. Démarche – stratégie d'approche	p. 10
3.3. Anamnèse – histoire clinique	p. 10
3.3.1. Objectifs de l'anamnèse	p. 10
3.3.1.1. Fatigue physique versus fatigue psychologique	p. 11
3.3.1.2. Fatigue isolée versus fatigue associée	p. 11
3.3.2. Évaluation de la fatigue	p. 11
3.4. Examen clinique	p. 11
3.5. Examens complémentaires	p. 12
3.6. Étiologies	p. 13
3.6.1. Causes physiologiques ou fonctionnelles	p. 13
3.6.2. Causes psychiques	p. 13
3.6.3. Causes physiques, somatiques, organiques	p. 13
3.6.4. Causes psychosociales	p. 15
3.6.5. SFC	p. 15
3.6.6. Causes indéterminées, inconnues	p. 15
3.7. En conclusion	p. 15

4. Prise en charge – traitement	p. 16
4.1. Approche thérapeutique	p. 16
4.2. Évaluation des différents traitements proposés	p. 16
4.3. En conclusion	p. 17
4.4. Pronostic	p. 17
5. Cas particuliers: la personne âgée fatiguée	p. 18
6. Synthèse	p. 18
7. Discussion – commentaires – recherche	p. 19
8. Références	p. 20
9. Notes	p. 23
10. Information du patient	p. 31
11. Éditeur responsable, auteurs	p. 32
12. Commanditaires	p. 33
13. Fiche récapitulative	p. 35

1. Avant-propos

Un peu partout dans le monde se développent des recommandations de bonne pratique visant à améliorer la qualité des soins, à réduire le recours à des interventions inutiles, inefficaces voire nuisibles, à optimiser les thérapeutiques avec un maximum de chance de bénéfice et avec un minimum de risque de nuisance, le tout à un coût acceptable. Des études récentes ont montré que l'adoption de recommandations de bonne pratique pouvait changer et améliorer la santé. Elles ne représentent cependant qu'un seul des éléments contribuant à une bonne décision médicale, laquelle tient également compte des préférences et des valeurs exprimées par les patients, des valeurs et expériences liées aux cliniciens ainsi que des moyens financiers disponibles.

Une recommandation ou un "guideline" propose une ligne de conduite basée soit sur de longues études randomisées établissant un niveau d'évidence scientifique (Evidence Based Medicine), soit sur un accord professionnel fort. Chaque RBP repose sur la meilleure évidence scientifique disponible au moment de sa rédaction.

Après lecture des grandes études randomisées et contrôlées, des méta-analyses et des différents consensus reconnus sur un sujet, une recommandation s'élabore par la rédaction d'un premier texte qui est soumis à des experts tant spécialistes que généralistes. La RBP remaniée est ensuite confiée à des groupes locaux de généralistes pour l'évaluer quant à son acceptabilité et sa faisabilité. En tenant compte des remarques formulées, une version définitive est rédigée selon un canevas commun pour toutes les RBP de notre société scientifique. Ce canevas est lui-même issu des meilleurs standards rédactionnels disponibles de par le monde.

Les remarques et observations issues des médecins généralistes consultés figurent en *italique* dans le texte.

Pour la consultation de la littérature scientifique disponible, les auteurs de la présente RBP ont effectué des recherches sur internet à partir des banques de données Medline, The Cochrane Library, Guidelines International Network, National Guideline Clearinghouse et Clinical Practice Guidelines. Les mots-clés utilisés seuls ou combinés ont été les suivants : fatigue, tiredness, general/family or clinical practice, diagnosis, guideline(s), standard, consensus, recommendation, Evidence Based Medicine. Les études de référence consultées ont été publiées au plus tard le 31 mai 2003 (pas de date initiale).

Nous nous référons dans nos RBP sur une échelle basée sur 3 niveaux de preuve, marqués par ordre décroissant d'importance par les trois premières lettres de l'alphabet :

EVIDENCE BASED MEDICINE (niveaux de preuves mis à jour par la SSMG le 06/02/2004) :

Niveau A

- méta-analyse(s)
- synthèse(s) méthodique(s)
- au moins 2 RCT (randomised controlled trials) de méthodologie validée

Niveau B

- 1 RCT
- études comparatives validées (cohorte, cas-témoin)

Niveau C

- autres études
- conférences de consensus
- opinion(s) d'experts

Les articles retenus pour le présent travail sont des articles de revue de la littérature, des articles de synthèse, pour la plupart d'entre eux parus dans des revues de médecine générale ou édités dans des traités de médecine générale. Les auteurs se sont attachés à ne retenir que les textes ayant une qualité scientifique probante. Une seule recommandation sur le sujet fatigue en médecine générale a été trouvée. Elle a été élaborée par des médecins généralistes canadiens en 1999.

Mis à part une seule étude randomisée contrôlée (RCT, randomised controlled trial) en médecine générale, publiée en mai 2003, aucune autre RCT sur le sujet fatigue n'a été retrouvée, tant au niveau diagnostique que thérapeutique. La plupart des études sont descriptives, souvent rétrospectives ou prospectives.

Il est par conséquent clair qu'il n'y aura, dans cette RBP, aucune recommandation portant le label de niveau A comme niveau de preuve.

Le mode rédactionnel retenu pour la présente recommandation a été détaillé dans l'avant-propos et se trouve résumé aux points 12 et 13.

Il est dès lors possible qu'une recommandation implique de la part du médecin une remise en question de certaines de ses pratiques sans qu'il doive pour cela s'en offusquer. Une nouvelle réflexion est toujours source d'enrichissement et ce n'est que lentement qu'elle fera son chemin.

Il va de soi que le médecin demeure seul face à son patient, dans un dialogue singulier. Il lui appartient dès lors de décider, en harmonie avec ce dernier, de l'attitude la plus adéquate à adopter. Cette attitude peut différer d'un patient à l'autre, en s'adaptant à la personne à soigner.

2. Introduction

2.1. OBJECTIFS ET LIMITES DE LA RECOMMANDATION

La recommandation se limite sciemment à la **plainte fatigue chez l'adulte présente depuis moins de six mois** que les auteurs, dans le cadre de cette recommandation, qualifieront de "fatigue aiguë". Le syndrome de fatigue chronique (SFC) est une entité pathologique à part (note 1).

Curieusement, il y a beaucoup plus de littérature scientifique disponible concernant le SFC (1 % des patients fatigués) qu'à propos de la fatigue inférieure à six mois (99 % des patients fatigués)! (Pawlikowska 1994).

Cette recommandation est en premier lieu destinée à venir en aide au médecin généraliste. Elle pourra également servir au médecin spécialiste ou à tout autre professionnel de la santé amené à soigner et/ou à accompagner des personnes atteintes de fatigue comme le kinésithérapeute, le psychologue, l'assistante sociale... Elle doit permettre au prestataire de soins une aide à la gestion du patient fatigué depuis sa plainte jusqu'au diagnostic et à sa prise en charge.

2.2. DÉFINITIONS

La fatigue est une plainte subjective et il n'existe pas de définition précise communément admise, fiable, cliniquement utilisable ou quantifiable (Ruffin 1994, Valdini 1985).

La fatigue est un symptôme non spécifique. Elle intervient dans bon nombre de maladies somatiques ainsi que dans diverses entités psychiatriques.

Pour Horn (2002), la première difficulté réside dans la définition de ce terme, qui va du besoin de se reposer à la somnolence aiguë en cours de journée en passant par les difficultés à réfléchir et à se concentrer: «la fatigue est une plainte résultant d'un déséquilibre entre ce qui doit être accompli et ce qui peut l'être».

Elle est aussi définie comme une sensation de lassitude décrite de façon variable comme un état d'épuisement, un manque d'énergie, la perte d'ambition ou d'intérêt, une vitalité amoindrie, une prise de conscience d'insuffisance, ... souvent accompagnée d'une sensation subjective de faiblesse et d'une forte envie de repos ou de sommeil (Valdini 1985).

La présente recommandation se base sur la définition de Horn: «**la fatigue est une plainte résultant d'un déséquilibre entre ce qui doit être accompli et ce qui peut l'être**». Il semble aux auteurs que cette définition est celle qui correspond le mieux à la pratique de médecine générale.

Une fatigue inférieure à 6 mois sera étiquetée de fatigue aiguë tandis que supérieure à 6 mois, elle sera considérée comme fatigue chronique.

Quelques définitions de la fatigue sont reprises en note 2.

2.3. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

2.3.1. Importance comme motif de consultation en médecine générale

Dans une pratique de médecine générale, la fatigue est, après la toux et la fièvre, le motif de consultation le plus fréquent comme introduction à un nouvel épisode de maladie (de Vries 2002). Aux Pays-Bas, Feyen (1994) la situe à la sixième place dans la liste des plaintes en médecine générale, même si le patient ne consulte pas nécessairement son médecin pour ce symptôme.

La fatigue se trouve à la 7^e place des motifs de consultation aux USA et à la 8^e place au Canada (Cathébras 1992). La plainte fatigue revêt une importance significative pour le patient. Ses performances sont diminuées, ses incapacités de travail sont plus fréquentes et plus longues, sa consommation de médicaments est augmentée. D'une façon ou

d'une autre, cela se répercute sur l'entourage et le fonctionnement psychosocial du patient. Les patients fatigués font deux à trois fois plus appel à des soins médicaux ambulatoires, reçoivent deux fois plus de prescriptions médicales et sont hospitalisés deux fois plus souvent (Godwin 1999, Ridsdale 1994, Valdinì 1988).

2.3.2. Prévalence

La fatigue est un symptôme dont se plaignent très souvent les patients, en pratique entre 6,9 et 30 %, avec une prévalence généralement citée aux alentours de 20 %. Les auteurs ne précisent pas si ces chiffres se rapportent à la population qui consulte ou à la population globale mais il semble bien qu'il s'agisse du premier groupe cité (Horn 2002, Pawlikowska 1994, Kroenke 1988, Godwin 1999, Cathébras 1992).

Dans une population de médecine générale au Canada (Montréal), 13,6 % des patients se présentent à la consultation avec de la fatigue. Pour 49,5 % d'entre eux, la fatigue représentait la plainte principale, pour 50,5 % d'entre eux, elle était présente comme plainte accessoire. La prévalence de la fatigue comme plainte principale est donc de 6,7 % (Cathébras 1992).

Il est aussi important de noter que seulement 1 % de la population souffrant de fatigue significative s'inscrit dans la définition du SFC (0,2 % de la population générale). Ceci est confirmé par une autre étude, attestant que la fatigue prolongée est fréquente mais que le Syndrome de Fatigue Chronique est relativement rare. La prévalence du SFC dépend par ailleurs du choix de la définition (3 versions différentes): de 0,3 à 1,0 % selon la définition adoptée (Bates 1993, Hickie 1996). (EBM niveau B)

Les auteurs renvoient le lecteur au chapitre de la définition de la fatigue (point 2.2.).

2.3.3. En fonction de l'âge

Les auteurs ont trouvé des données contradictoires concernant la prévalence de la fatigue en fonction de l'âge (détails en note 3). Les auteurs n'ont pas trouvé de données chiffrées se rapportant à l'adolescence. Les études considérées dans cette recommandation incluent les patients à partir de 16 ans.

2.3.4. En fonction du sexe

Il y a plus de femmes que d'hommes qui consultent pour fatigue. Les femmes consulteraient pour ce motif deux à quatre fois plus que les hommes (de Vries 2002, Feyen 1994, Godwin 1999, Morrison 1980, Ridsdale 1994).

Les femmes en surcharge pondérale se plaignent plus fréquemment de fatigue (Martin 1986).

2.3.5. En fonction du niveau social, du milieu professionnel, du niveau économique

Certaines études ne montrent pas de différence d'apparition selon la race, la profession ou la classe sociale (Feyen 1994, Kirk 1990, Valdinì 1988).

D'autres sont contradictoires pour le statut social, le niveau d'éducation et même la race comme facteurs influençant la fréquence de la fatigue (Morisson 1980, Ridsdale 1994, Cathébras 1992, David 1990, Ridsdale 1993).

On dispose de très peu ou pas d'informations sur l'influence de l'environnement.

2.3.6. En fonction des principales étiologies

Malgré les progrès techniques constants de la médecine, une cause pour la fatigue ne serait mise en évidence que dans 50 % des cas (Feyen 1994).

La fatigue est manifestement une plainte aspécifique. Il existe un large spectre de causes physiques et psychiques possibles. De ce fait, le diagnostic n'est guère aisé, d'autant que l'on ne dispose que de très peu de données concernant l'évolution et la distribution des diagnostics dans les populations de première ligne (de Vries 2002).

La plupart des auteurs retrouvent une association entre la plainte fatigue et la présence de problèmes psychologiques allant de l'anxiété à la dépression (Martin 1986, Pawlikowska 1994, Ridsdale 1994, Valdinì 1988, Godwin 1999).

Selon Hickie (1996), 17 % des patients fatigués souffrent également de problèmes psychologiques.

Les patients qui consultent pour un problème de fatigue rapportent plus souvent des symptômes de détresse psychologique et ont plus d'attentes envers leur médecin. Ils ont aussi tendance à considérer leur fatigue de l'ordre physique alors qu'elle est souvent perçue comme psychologique par leur médecin (Ridsdale 1994).

Une liste complète de la majorité des étiologies recensées est reproduite plus loin dans la recommandation, au point 3.6.

En pratique, nous retiendrons :

Données épidémiologiques (EBM niveau C) :

- La plainte «fatigue» en médecine générale est un problème fréquent : elle est présente dans environ 20% des consultations.
- Seul 1% de ces sujets présentent un Syndrome de Fatigue Chronique.
- Les femmes consultent plus fréquemment pour ce symptôme.

Données générales (EBM niveau C) :

- Il y a une association fréquente entre fatigue et problème psychologique.
- Les personnes souffrant de fatigue consultent plus souvent leur médecin traitant, consomment plus de médicaments et sont plus souvent en incapacité de travail. L'impact socio-économique de la fatigue est donc considérable.
- La fatigue est souvent perçue comme physique par le patient, alors qu'elle est souvent perçue comme psychologique par le médecin.
- Une cause pour la fatigue n'est mise en évidence que dans environ la moitié des cas.
- L'évolution de la fatigue va dans la grande majorité des cas vers une amélioration spontanée.

2.4. UN DÉFI À RELEVER POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

La plainte «fatigue» en médecine générale pose plusieurs questions en terme d'évaluation, de temps et de coût. Comment différencier une fatigue physiologique d'une fatigue pathologique ? Quelles sont les étapes de cette différenciation ? Quelles stratégies d'investigation adopter ? Combien de temps peut-on se donner avant d'entamer des examens complémentaires ? Quels sont les examens complémentaires les plus judicieux et les moins coûteux ? Avec quels arguments résister à la pression du patient pour entamer un bilan complémentaire ? Comment aider le patient à gérer sa fatigue et son origine ?

Le défi, pour le médecin face à un état de fatigue, consiste à rester constamment en alerte et à pouvoir remettre à tout moment son diagnostic en cause. Causes physiques et causes psychosociales peuvent être isolées mais peuvent également coexister.

3. Diagnostic

3.1. IMPORTANCE DE LA RELATION MÉDECIN/PATIENT

Plusieurs auteurs considèrent que la relation et l'interaction du patient avec son médecin sont la clé pour une approche efficace de la fatigue. Le soutien du médecin à son patient est souvent le seul traitement efficace de la fatigue. C'est pour cela que le temps et l'effort fournis à établir une relation thérapeutique positive sont si importants (Ruffin 1994, Matthews 1991). (EBM niveau C)

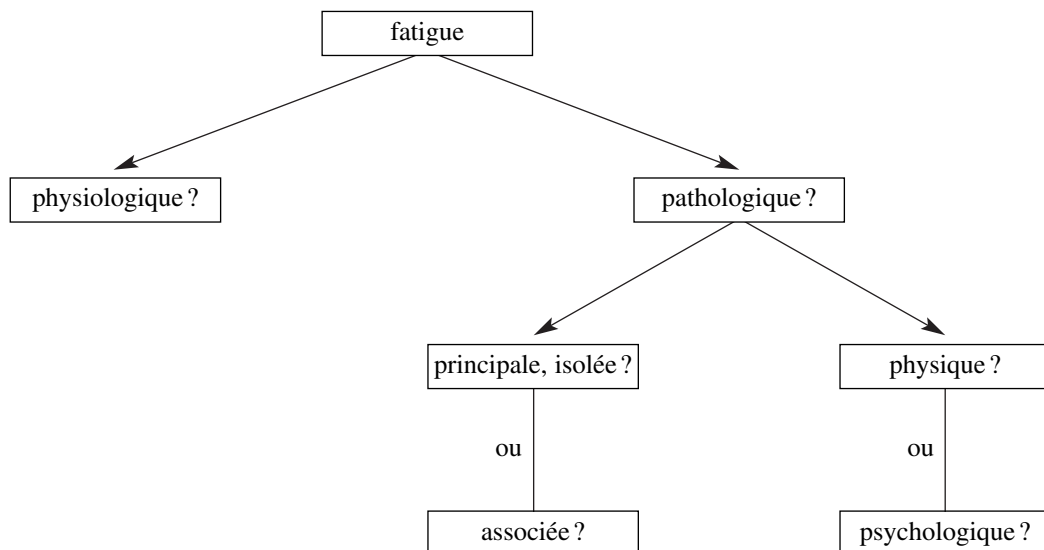
3.2. DÉMARCHE – STRATÉGIE D'APPROCHE

Il n'existe aucune démarche validée par une étude randomisée contrôlée (RCT). Cependant, la majorité des auteurs consultés préconisent, pour une approche rationnelle de la fatigue, une démarche en plusieurs étapes (EBM niveau C). Cela signifie que le patient pourra être revu au cours de deux, voire trois consultations et ce sur une période de deux à six semaines. Lors de la première consultation une attention toute particulière sera consacrée à l'anamnèse et à l'écoute du patient avec comme objectif principal d'installer une relation de confiance. L'examen clinique devra orienter la demande des investigations complémentaires si toutefois celles-ci s'indiquent (Godwin 1999, Ruffin 1994, Sugarman 1984, de Vries 2002, Feyen 1994, Horn 2002, Michaelis Connus 2001).

3.3. ANAMNÈSE – HISTOIRE CLINIQUE

L'anamnèse constitue un des points-clés dans la démarche diagnostique de la fatigue. (EBM, niveau C)

3.3.1. Objectifs de l'anamnèse



L'interrogatoire devra en tout premier lieu permettre d'écarter une fatigue *physiologique*, celle qui survient après un effort physique ou intellectuel exceptionnel. L'anamnèse doit être précise et détaillée. Elle devra être orientée, permettre de distinguer une fatigue *physique* d'une fatigue d'ordre *psychologique*. Elle devra encore détecter si la fatigue est présentée comme plainte *principale, isolée* ou si elle est *associée* à d'autres symptômes ou facteurs de risque (de Vries 2002, Horn 2002, Michaelis Connus 2001).

Il est aussi très important de connaître l'opinion du patient quant à son diagnostic, car le patient croit souvent qu'il souffre d'une pathologie organique et donc, il est réfractaire à tout diagnostic psychiatrique ou à toute question qui l'amène à cette conclusion. Etablir et maintenir une relation, avoir une approche flexible et démontrer un intérêt personnel pour le patient sont des démarches essentielles (Godwin 1999).

3.3.1.1. Fatigue physique versus fatigue psychologique

Katerndahl propose au praticien des pistes pour faire la distinction entre fatigue physique et fatigue psychologique, dans un tableau repris en note 4.

3.3.1.2. Fatigue isolée versus fatigue associée

En présence d'une fatigue comme **plainte principale**, les antécédents et l'anamnèse sont les éléments apportant le plus d'information diagnostique. Ce sont surtout la connaissance des pathologies chroniques sous-jacentes et le relevé des plaintes complémentaires qui conduisent à des diagnostics précis (de Vries 2002).

Il faut investiguer les antécédents, rechercher la présence d'une maladie chronique sous-jacente et/ou d'un phénomène infectieux (en particulier viral) et détailler la liste des médicaments pris. L'interrogatoire doit aussi dépister un excès de stress quotidien, des antécédents de dépression, de traumatismes divers et d'abus (Godwin 1999, Ridsdale 1993).

Associée à d'autres symptômes, la fatigue peut conduire à des diagnostics alternatifs. Une perte de poids inexplicée doit faire songer à une tumeur maligne, une thyrotoxicose, une maladie de Crohn ou autre affection occulte. Une peau sèche et une intolérance au froid suggèrent une hypothyroïdie. Le ronflement et l'endormissement diurne évoquent un syndrome d'apnée du sommeil. La présence du risque de transmission hématogène doit faire suspecter des infections de type HIV ou hépatite C. Des antécédents de dépression ou d'anxiété évoquent une plus grande probabilité de désordre psychiatrique (Ridsdale 1993). La présence d'une arthralgie ou d'une éruption suggère une connectivité. Il faut envisager aussi un mauvais usage des médicaments, prescrites ou illicites. Une anamnèse rapportant des modifications du transit intestinal peut suggérer la présence d'une infection gastro-intestinale sous-jacente, p. ex. une giardiase, d'une maladie cœliaque, d'une affection thyroïdienne ou d'une entéropathie inflammatoire (RACP 2002).

Une association fréquente existe entre fatigue et problèmes psychologiques. L'évaluation des patients doit comprendre une recherche des symptômes de la dépression (Godwin 1999, Ebell 2001).

3.3.2. Évaluation de la fatigue

La fatigue est une notion subjective et de ce fait, se prête difficilement à la mesure et à la quantification. Même le médecin expérimenté parvient difficilement à juger si tel patient est plus ou moins fatigué par rapport à d'autres patients. Cela n'a pas empêché certains auteurs de tenter une évaluation de la fatigue, ce au moyen de questionnaires. Pour la recommandation, aucun questionnaire n'a été retenu, vu l'absence de validation par plusieurs auteurs et ce dans différents contextes.

3.4. EXAMEN CLINIQUE

Tout comme pour l'anamnèse, la majorité des auteurs consultés soulignent l'importance de l'examen physique.

Le praticien consulté examinera son patient fatigué principalement en fonction des éléments retenus lors de l'anamnèse. Ce sera donc un examen clinique orienté. Il ne sera pas seulement orienté vers la recherche de symptômes physiques, somatiques ou organiques mais également vers la perception de signes traduisant des problèmes psychiques tels des troubles comportementaux, un ralentissement psychomoteur, un état d'anxiété ou des troubles cognitifs (de Vries 2002, Pouchain 1996, RACP 2002).

En cas de fatigue prolongée et surtout aggravée, un examen clinique extensif s'indique certainement avec notamment un examen détaillé de la peau, la palpation de la thyroïde, un examen cardio-pulmonaire, un examen neurologique précis, un examen de la gorge, une prise de pression artérielle en position couchée et debout, la recherche de signes d'anémie, d'insuffisance cardiaque, d'affection respiratoire, d'infection occulte, de connectivité, de tumeur, etc. La présence de fièvre persistante, d'adénopathies, d'une hépato- ou splénomégalie doit toujours faire l'objet d'une mise au point complémentaire. (Ruffin 1994, Horn 2002, Matthews 1991).

Un des auteurs consultés propose une démarche type pour le médecin dans son abord d'un patient atteint de fatigue. Bien que non validée, cette démarche est proposée en note 5 pour l'intérêt de son approche structurée.

3.5. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La littérature disponible (EBM niveau C) suggère que pour la plupart des adultes présentant une fatigue aiguë, aucune cause physique n'est mise en évidence. Ces adultes ont souvent des problèmes psychosociaux qui doivent être considérés. Il n'y a pas lieu de procéder en routine à de multiples investigations.

Or dans la pratique, le médecin recourt fréquemment à la biologie clinique lors de fatigue. Un enregistrement de données dans le domaine des soins de santé aux Pays-Bas a révélé que la fatigue était la raison principale pour laquelle le médecin généraliste demande une biologie. Il y recourt dans une proportion importante des cas, souvent dès le début de la fatigue et ce dans toutes les tranches d'âge (Lamberts 1991).

Dans une étude prospective menée en Angleterre incluant 220 sujets atteints de fatigue récente, des examens de laboratoire systématiques n'ont été significativement pathologiques que dans 9 % des cas (Ridsdale 1993). (EBM niveau C)

Pour les auteurs de la recommandation canadienne, il est important de repérer chez les patients fatigués les symptômes associés ou les facteurs de risque de façon à ce que les investigations appropriées ne soient programmées que si elles sont indiquées. Ceci en vue de repérer les causes physiques même si elles ne représentaient que 25 % des cas. Le guideline canadien ne recommande, en cas de fatigue, aucune biologie qui ne soit orientée. Une fatigue isolée ne nécessite pas de mise au point biologique. Le choix d'un examen complémentaire doit être guidé par l'anamnèse et l'examen clinique du patient (Godwin 1999).

Les indications et la justification de chaque analyse biologique proposée par la recommandation canadienne sont reprises dans un tableau figurant en note 6.

D'autres auteurs recommandent des analyses biologiques lorsqu'une fatigue isolée persiste sans amélioration après un mois d'évolution. Cette recommandation ne repose cependant sur aucune donnée scientifique démontrée.

La seule étude (RCT) disponible faisant un lien entre un marqueur biologique et la fatigue concerne le dosage de la ferritine. Elle a montré que la supplémentation en fer pouvait notablement améliorer la fatigue chez des femmes en âge de procréation présentant une ferritinémie basse ou limite inférieure et ce, en l'absence d'anémie. C'est la seule RCT disponible sur le sujet (Verdon 2003). (EBM niveau B)

Alors qu'il peut sembler évident pour une grande majorité des généralistes qu'effectuer une biologie chez un patient fatigué sans symptômes accompagnateurs peut avoir un pouvoir «rassurant», tant pour lui-même que pour le patient, les auteurs n'ont pas retrouvé d'études qui en démontrent le bien fondé.

Pour les patients âgés de plus de 65 ans, il semble justifié de contrôler la VS, l'hémoglobine, une numération formule sanguine, la glycémie, la TSH (Godwin 1999). (EBM niveau C)

Le lecteur trouvera en note 7, quelques commentaires à propos de différentes analyses biologiques évoquées par différents auteurs dans l'indication « fatigue ».

En conclusion :

- Seul le dosage de la ferritine a montré un intérêt chez les femmes en âge de procréer qui se plaignent de fatigue.
- Seules des analyses orientées en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique sont à prendre en considération.

Cette recommandation préconise qu'aucune analyse biologique ne soit effectuée d'emblée si elle n'est orientée par l'anamnèse et l'examen clinique. La faisabilité d'une telle attitude n'est pas admise par la majorité des médecins du terrain ni par les spécialistes consultés. En effet, une maladie peut être présente malgré l'absence de signes et de symptômes cliniques.

Selon les praticiens du terrain consultés, la prescription suivante pourrait constituer une biologie clinique type en première intention :

- CRP
- hémogramme + NFS
- ferritine
- Na, K, Ca
- créatininémie
- glycémie à jeun
- GOT, GPT, gamma GT
- TSH
- sédiment urinaire

3.6. ÉTIOLOGIES

Sur base des données recueillies lors de l'anamnèse, des constatations objectives notées au cours de l'examen clinique et de l'apport des éventuelles investigations complémentaires dirigées, le médecin devra, tant que faire se peut, tenter d'arriver à un diagnostic étiologique pour la plainte fatigue.

Dans ce point, nous évoquons des causes recensées dans la littérature pour un patient se plaignant de fatigue.

(de Vries 2002, Feyen 1994, Horn 2002, Pouchain 1996, RACP 2002, Ruffin 1994, Folia Pharmacotherapeutica)

3.6.1. Causes physiologiques ou fonctionnelles (3 %, de Vries 2002)

- Surmenage professionnel et/ou familial
- Stress
- Efforts physiques intenses
- Conditions climatiques
- Grossesse, post-partum, ménopause
- Syndrome prémenstruel
- Décalage horaire (jetlag)
- Sommeil insuffisant

3.6.2. Causes psychiques (de 7 % à 17 % en MG selon les études) (de Vries 2002, Feyen 1994)

- Dépression nerveuse (10 %)
- Troubles anxieux, phobies
- Traumatisme psychologique
- Troubles du comportement alimentaire (anorexie-boulimie)

3.6.3. Causes physiques, somatiques, organiques (de 17 à 30 % en MG selon les études) (de Vries 2002, Feyen 1994, Matthews 1991)

- Pathologie infectieuse
 - infections virales : hépatite, mononucléose infectieuse, HIV, CMV
 - toxoplasmose
 - infections bactériennes : tuberculose, endocardite, maladie de Lyme, ...
 - le syndrome post-viral est le plus souvent décrit dans le cadre du SFC

- **Troubles endocriniens et métaboliques**
 - hypothyroïdie, hyperthyroïdie
 - maladie d'Addison, maladie de Cushing
 - diabète sucré, diabète insipide
 - hypercalcémie
 - insuffisance rénale sévère
 - insuffisance hépatique sévère
 - déshydratation
 - maladie cœliaque (AGA 2001)
 - hémochromatose (Barton 1998)
 - stéatose hépatique non alcoolique (Horsmans 2000)
- **Affections hématologiques et oncologiques**
 - anémie sévère, affections lymphoprolifératives
 - néoplasie occulte ou avérée
 - carcinome métastasé
- **Maladies cardiaques et pulmonaires**
 - insuffisance cardiaque (AMDA 2002)
 - péricardite
 - valvulopathie
 - endocardite
 - coronaropathie et post-infarctus
 - troubles du rythme (fibrillation auriculaire, ...)
 - BPCO
 - asthme
 - hypertension artérielle pulmonaire
 - hypotension artérielle
 - pathologies pleurales et pneumopathies interstitielles
- **Affections neurologiques et neuromusculaires**
 - pseudopolyarthrite rhizomélisque (polymyalgia rheumatica)
 - myasthénie grave, polyneuropathie
 - sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique
 - parkinsonisme, dystonies
 - spasmophilie ou tétanie latente (Chytilova 1991)
 - fibromyalgie
- **Causes iatrogènes**
 - médicaments : une liste des principaux médicaments ayant de la fatigue comme effet secondaire est reprise en note 8
 - radiothérapie
- **Assuétudes**
 - alcool
 - tabagisme
 - drogues
- **Maladies de systèmes**
 - LED, PR, SPA, ...
- **Troubles du sommeil**
 - syndrome d'apnées du sommeil
 - insomnies
 - excitants : café, thé, alcool, quinine, boissons «énergisantes», tabac
 - narcolepsie (0,3 % Horn 2002)
- **Obésité**

3.6.4. Causes psychosociales

- Problèmes professionnels, relationnels, familiaux, ...

Il y a lieu de remarquer que plusieurs auteurs impliquent dans les causes psychosociales, les causes psychiques.

Les causes psychosociales additionnées aux causes psychiques représenteraient 70 % des fatigues secondaires à des difficultés psychoaffectives (Pouchain 1996).

3.6.5. Syndrome de fatigue chronique (SFC)

0,2 % de prévalence, 1 % de toutes les fatigues.

3.6.6. Causes indéterminées, inconnues

Elles représentent en moyenne un cas sur deux. (38 % à 70 % en MG selon les études)

Fréquemment, après deux consultations, le médecin conclura à une fatigue d'étiologie indéterminée (Ruffin 1994).

3.7. EN CONCLUSION

Le tableau ci-après résume les causes de fatigue avec des pourcentages mentionnés à titre indicatif.

FATIGUE : étiologies

- causes indéterminées: de 38 à 70 %
- causes physiques: de 17 à 30 %
- causes psycho-affectives: de 7 à 17 % (dépression nerveuse: 10 %)
- causes physiologiques: 3 %
- SFC: 1 %

4. Prise en charge – traitement

4.1. APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

Il va de soi que si la fatigue est clairement liée à une cause déterminée, la prise en charge sera orientée selon le problème (problem-oriented).

Lorsqu'il n'y a pas de cause directe mise en évidence pour la plainte fatigue, il semble justifié que l'objectif soit la considération de la fatigue elle-même (goal-oriented).

Le médecin de famille expliquera à son patient les tenants et aboutissants de sa plainte, le symptôme fatigue. Il faudra à cet effet recourir à une approche globale recouvrant les niveaux somatique, psychique et social, une approche spécifique à la médecine générale.

Les moyens dont dispose le généraliste dans ce cadre sont des entretiens et d'éventuelles médications. Au cours des entretiens, il mettra l'accent sur la nécessité d'une hygiène de vie saine. Il donnera des informations quant à une alimentation équilibrée, le recours à un repos suffisant, une information sur les méfaits du tabac et de l'alcool et enfin sur la nécessité d'un exercice physique régulier. Le praticien aidera le patient à se prendre en charge (Feyen 1994). L'efficacité thérapeutique repose sur la relation médecin-malade, qu'il convient de préserver en proposant un suivi régulier. La chronicité de la maladie dépend beaucoup de la représentation que le patient se fait de sa maladie et du comportement du médecin, notamment en accordant l'importance nécessaire au facteur temps/évolution. Les entretiens permettront d'aborder d'autres aspects de la vie du patient pour ne pas se fixer sur le symptôme prétexte (Michaelis Connus 2001, Horn 2002). Cette attitude thérapeutique n'a pas été évaluée par des études et relève d'opinions d'experts. (EBM niveau C)

En présence de patients anxieux, de patients qui se plaignent de troubles du sommeil ou qui manifestent des signes de dépression, la prescription de tranquillisants ou d'antidépresseurs pourrait éventuellement se justifier mais dans le cadre d'une prise en charge globale. Il est vrai que l'on se trouve alors en présence d'un diagnostic nosologique (Feyen 1994).

4.2. ÉVALUATION DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS PROPOSÉS

Sur base de fondements scientifiques, aucune prescription médicamenteuse n'est justifiée. Un médicament qui guérit la fatigue n'existe pas. Les psychotropes n'ont pas leur place dans l'indication évoquée ici.

- La plupart des études concernant l'administration de **vitamines** en présence de fatigue ne montrent pas de différence en efficacité en comparaison avec des préparations placebos. Beaucoup d'études font même mention du risque des effets toxiques et nocifs que peuvent provoquer des surdosages en vitamines. (Note 9)
- Les **toniques** ont peu d'utilité dans une situation de fatigue, sauf pour leur effet placebo (Pouchain 1996). (Note 10)
- Il n'y a pas non plus de différence d'efficacité significative entre une prise en charge médicale classique (accompagnement durant les consultations) et une **thérapie comportementale** (Ridsdale 2001). (EBM niveau B)
- Nous ne disposons pas de données probantes permettant de conclure que l'administration de **magnésium** soit indiquée dans le traitement de la fatigue, sauf hypomagnésémie démontrée.
- La supplémentation en **fer** des femmes non anémiques mais souffrant de fatigue inexpliquée pourrait être bénéfique. L'effet pourrait être limité aux femmes en âge de procréer avec des taux de ferritine bas ou limites (Verdon 2003). (EBM niveau B)

4.3. EN CONCLUSION

En conclusion, nous retiendrons pour la recommandation les points suivants pour le traitement (EBM niveau C):

- L'importance pour le médecin d'obtenir une relation avec son patient qui soit optimale dans l'accompagnement, une attitude compréhensive face à la fatigue de son interlocuteur,
- Encourager le patient à adopter un style de vie sain, sommeil en suffisance, régime adéquat et exercices modérés progressifs,
- Limiter la prescription de médicaments aux seuls cas pour lesquels un diagnostic est établi,
- Il n'y a pas d'utilité démontrée à recourir à des produits comme les toniques, les vitamines et minéraux; ils ne sont pas dénués de risques, certains ont des effets toxiques et des interactions médicamenteuses possibles.

4.4. PRONOSTIC

Nous disposons de très peu de données dans la littérature scientifique sur l'évolution naturelle de la fatigue. Celles que nous avons trouvées ne reposent pas sur des bases solides. Néanmoins, nous les reproduisons ici à titre indicatif. (EBM niveau C)

D'après les données disponibles dans la littérature, Feyen conclut que dans 80 % des cas, la plainte fatigue comme diagnostic disparaît spontanément endéans les 6 à 8 semaines après le début de la symptomatologie (Feyen 1994).

Dans une étude prospective, incluant certes un nombre limité de patients (52), Elnicki aboutit à la constatation qu'après une évolution de six mois, la fatigue a complètement disparu ou a été nettement améliorée chez 72 % des patients. Ce sera d'autant plus vrai que la relation médecin/malade se sera révélée efficace. Cette donnée est rassurante tant pour le patient que pour le praticien (Elnicki 1992).

Le pronostic est plus réservé si la durée de la fatigue se prolonge au-delà de trois mois, s'il s'agit d'une femme et si l'on relève la présence d'antécédents dépressifs et anxieux (Ridsdale 1993). (EBM niveau B)

Il faut donc accorder la priorité à l'évolution dans le temps, avec tendance spontanée à l'amélioration. (Horn 2002)

5. Cas particulier: la personne âgée fatiguée

Les patients âgés de plus de 75 ans se plaignant de fatigue importante dans leurs activités journalières sont plus fréquemment hospitalisés (et font plus fréquemment appel à des aides à domicile dans les 5 ans qui suivent) (Avlund 2001). (EBM niveau B)

Les personnes fort âgées sont souvent “débordées” dans leur quotidien, et les conséquences en sont résignation et fatigue. Chez eux, il faut toujours penser à une déshydratation, une hypothyroïdie, une anémie, une dépression sénile et à des effets médicamenteux indésirables (Horn 2002).

6. Synthèse

Peu de données probantes existent pour la prise en charge de la fatigue aiguë en médecine générale. Les données disponibles (niveaux de preuve B et C) suggèrent que la plupart des adultes qui présentent une fatigue de moins de six mois n’ont pas de pathologie organique diagnostiquée et ont fréquemment des problèmes d’ordre psychologique. Il n’y a pas lieu de faire de multiples investigations en routine (Godwin 1999).

La fatigue est une plainte fréquemment rencontrée en médecine générale et son origine comporte souvent des facteurs psychosociaux. Il est important de dépister les symptômes associés et les facteurs de risque du patient, pour décider d’éventuelles investigations appropriées (Godwin 1999).

Des études avec un niveau de preuve A sont à l’heure actuelle non disponibles, mais seraient nécessaires pour déterminer l’approche la plus adéquate de la fatigue. Les preuves de niveau B et C dont nous disposons soulignent :

- la fréquence du problème en médecine générale,
- la fréquence des plaintes restant d’étiologie indéterminée,
- la fréquence de troubles psychologiques associés,
- la nécessité d’une anamnèse fouillée et d’un examen clinique orienté et approfondi,
- l’absence de preuves de l’utilité de dosages biologiques systématiques,
- l’absence de preuves de l’efficacité des traitements en l’absence d’étiologie déterminée.

La majorité des médecins consultés approuvent les recommandations concernant l’anamnèse, l’examen clinique et la prise en charge du patient fatigué. La seule réserve qu’ils émettent concerne les examens complémentaires (voir point 3.5).

7. Discussion – commentaires – recherche

Une définition plus précise de la fatigue s'avère nécessaire, de même qu'une méthode de quantification. Des études complémentaires sont nécessaires pour délimiter l'importance des variables démographiques, des symptômes associés et de la durée de la fatigue comme facteur prédictif de l'étiologie. Le rendement des investigations biologiques nécessite également une évaluation plus poussée (Valdini 1985).

La poursuite de la recherche en matière d'épidémiologie, d'étiologie et de l'efficacité des traitements de la fatigue conduira à des soins mieux appropriés tout en diminuant le recours à des moyens diagnostiques improductifs et coûteux (Sugarman 1984, Feyen 1994).

Comme mentionné dans le seul guideline précédemment publié au sujet de la fatigue, des études de méthodologie correcte sont indispensables pour élaborer une recommandation reposant sur des bases solides (Godwin 1999) .

Le lecteur devra rester conscient du peu de données probantes lorsqu'il prendra des décisions cliniques relatives à la prise en charge de la fatigue. Les chercheurs en médecine de famille doivent acter la pauvreté des preuves disponibles concernant ce problème et peut-être suggérer des programmes de recherches dans ce sens (Godwin 1999).

8. Références

- ADA. American Dietetic Association. Chronic kidney disease (non-dialysis) medical nutrition therapy protocol. Chicago (IL): American Dietetic Association; 2002. Various p.
- AGA. American Gastroenterological Association medical position statement: celiac sprue. *Gastroenterology* 2001; **120** (6): 1522-5.
- AGIM. Association Générale de l'Industrie du Médicament. *Compendium* 2003.
- Alberts M, Smets EMA, Vercoulen JHMM, Garssen B, Bleijenberg G. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; **141** (31): 1526-30.
- AMDA. American Medical Directors Association. Heart failure. Columbia (MD): *American Medical Directors Association (AMDA)*; 2002. 18 p. [31 references]
- Avlund K, Damsgaard MT, Schroll M. Tiredness as determinant of subsequent use of health and social services among nondisabled elderly people. *Journal of Aging and Health* 2001; **13** (2): 267-86.
- Barton JC, McDonnell SM, Adams PC et al. Management of hemochromatosis. Hemochromatosis Management Working Group. *Ann Intern Med* 1998; **129** (11): 932-9.
- Bates DW, Schmitt W, Buchwald D et al. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. *Arch Intern Med* 1993; **153**: 2759-65.
- Brook RH, Ware JE, Davies-Avery A, et al. Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance Study. *Med Care* 1979; **17** (suppl): 1-55.
- Cathebras PJ, Robbins JM, Kirmayer LJ. Fatigue in primary care. Prevalence, psychiatric comorbidity, illness behaviour and outcome. *J Gen Int Med* 1992; **7**: 276-86.
- Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T et al. Developpement of a fatigue scale. *J Psychosom Res* 1993; **37** (2): 147-53.
- Chen MK. The epidemiology of self perceived fatigue among adults. *Prevent Med* 1986; **15**: 74-81.
- David AS, Wessely S, Pelosi AJ. Postviral fatigue syndrome: time for a new approach. *BMJ* 1988; **296**: 696-9.
- David A, Pelosi A, McDonald E. Tired, weak, in need of rest; fatigue among general practice attenders. *BMJ* 1990; **301**: 1199-202.
- De Jonge N. Indicaties voor de bepaling van magnesium. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; **137** (6): 287-90.
- de Vries H, Fechter MM, Koehoorn J, Claessen FAP, de Haan M. Moeheid. *Huisarts & Wetenschap* 2002; **45** (01): 27-31.
- Dinant GJ, Van Wijk MAM, Janssens HJEM et al. NHG-Standaard Bloedonderzoek. Algemene principes en uitvoering in eigen beheer. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996: 84-93.
- Ebell MH. What is reasonable initial approach to the patient with fatigue? *The Journal of Family Practice* 2001; **50** (1).
- Elnicki DM, Shockcor WT, Emmerson Brick J, Beynon D. Evaluating the complaint of fatigue in primary care: diagnoses and outcomes. *The American Journal of Medicine* 1992; **93**: 303-6.
- Feyen I, Foucart L, De Meyere M, De Maeseneer J, De Leeuw A. Dokter, ik ben zo moe. *Huisarts Nu* 1994; 53-57.
- Folia Pharmacotherapeutica. CBIP. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. *Folia Pharmacotherapeutica*: various p.
- Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Study Group. *Ann Intern Med* 1994; **121** (12): 953-9.
- Godwin M, Delva D, Miller K. et al. Investigating fatigue of less than 6 month's duration. Guidelines for family physicians. *Can Fam Physician* 1999; **45**: 373-9.
- Hjelm M, Wadman B. Clinical symptoms, hæmoglobin concentration and erythrocyte biochemistry. *Clinics in Haematology* 1974; **3** (3): 689-703.

- Hickie JB, Hooker AW, Hadzi-Pavlovic D. Fatigue in selected primary care settings, sociodemographic and psychiatric correlates. *Med J Austr* 1996; **164**: 585-8.
- Horn B. Fatigue. *Forum Med Suisse* 2002; **45**: 1074-9.
- Horsmans Y. La stéatose hépatique non alcoolique. *Louvain Med* 2000; **119**: S23-S25.
- Katerndahl DA. Differentiation of physical and psychological fatigue. *Family Practice Research Journal* 1993; **13** (1): 81-91.
- Kirk J, Douglass R, Nelson E, et al. Chief complaint of fatigue: a prospective study. *J Fam Pract* 1990; **30**: 33-41.
- Knottnerus A, Knipschild PG. Hemoglobine en anemische klachten zoals moeheid. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1983; **61**: 788-92.
- Kroenke K. Chronic fatigue in primary care: prevalence, patient characteristics and outcome. *JAMA* 1988; **260**: 928-34.
- Kulberg BJ, van der Meer JWM, Bolk JH. Klinische lessen: «Het zal wel een virus zijn...». *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; **132** (5): 193-5.
- Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- Lawhorne L, Ringdahl D. Cyanocobalamin injections for patients without documented deficiency. *JAMA* 1989; **261** (13): 1920-3.
- Martin K, Chen ED. The epidemiology of self-perceived fatigue among adults. *Preventive Medicine* 1986; **15**: 74-81.
- Matthews DA, Manu P, Lane TJ. Evaluation and management of patients with chronic fatigue. *The American Journal of the Medical Sciences* 1991; **302** (5): 269-77.
- Michaelis Conus K, Schlüter L, Decrey H, Raetzo MA. Docteur, je suis fatigué. *Docteur, j'ai... Stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine ambulatoire. Éditions Médecine et Hygiène Genève* 2001: 45-58.
- Miller NA, Carmichael HA, Calder BD, et al. Antibody to coxsackie B virus in diagnosing postviral fatigue syndrome. *BMJ*, 1991; **302**: 140-3.
- Morrisson JD. Fatigue as a presenting complaint in family practice. *The Journal of Family Practice* 1980; **10**: 795-801.
- Pouchain D, Attali C, de Butler J et al. Les patients fatigués. *Médecine Générale, concepts et pratiques. Éditions Masson Paris*, 1996: 417-21.
- Pawlikowska T, Chalder T, Hirsch SR, Wallace P, Wright DJM, Wessely SC. Population based study of fatigue and psychological distress. *BMJ* 1994; **308**: 763-6.
- RACP. Royal Australian College of Physicians. Clinical practice guidelines. Chronic fatigue syndrome. *MJA* 2002; vol **176**: S17-S56.
- RCDM. Répertoire commenté des médicaments. Centre belge d'information pharmacothérapeutique; 2003.
- Rea TD, Russo JE, Katon W, Ashley RL and Buchwald DS. Prospective study of the natural history of infectious mononucleosis caused by Epstein-Barr virus. *JABFP* 2001; **14** (4): 234-42.
- Rich EC, Crowson TW, Connelly DP. Effectiveness of differential leukocyte count in case finding in the ambulatory care setting. *JAMA* 1983; **249** (5): 633-6.
- Ridsdale L, Evans A, Jerrett W, Mandalia S, Osler K, Vora H. Patients with fatigue in general practice: a prospective study. *BMJ* 1993; **307**: 103-6.
- Ridsdale L, Evans A, Jerrett W, Mandalia S, Osler K, Vora H. Patients who consult with tiredness: frequency of consultation, perceived causes of tiredness and its association with psychological distress. *British Journal of General Practice* 1994; **44**: 413-6.
- Ridsdale L, Godfrey E, Chalder T, et al. Chronic fatigue in general practice: is counselling as good as cognitive behaviour therapy? A UK randomised trial. *British Journal of General Practice* 2001; **51**: 19-24.
- Ruffin MT, Cohen M. Evaluation and management of fatigue. *American Family Physician* 1994; **50** (3): 625-32.

8. Références

- Suarez-Almazor ME, Gonzalez-Lopez L, Gamez-Nava JL, Belseck E, Kendall CJ, Davis P. Utilization and predictive value of laboratory tests in patients referred to rheumatologists by primary care physicians. *J Rheumatol* 1998; **25** (10): 1980-5.
- Sugarman JR, Berg AO. Evaluation of fatigue in a family practice. *The Journal of Family Practice* 1984; **19** (5): 643-7.
- Valdini AF. Fatigue of unknown aetiology – a review. *Family Practice* 1985; **2** (1): 48-53.
- Valdini AF, Steinhardt S, Valicenti J, Jaffe A. A one-year follow-up of fatigued patients. *The Journal of Family Practice* 1988; **26** (1): 33-8.
- Verdon F, Burnand B, Fallab Stubi C-L et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anæmic women: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2003; **326**: 1124-6.
- VHA/DOD clinical practice guideline for the management of major depressive disorder in adults. Washington (DC): Department of Veteran Affairs (U.S.); 2000. Various p.
- Wessely S, Chalder T, Hirsch S. Postinfectious fatigue: prospective cohort study in primary care. *Lancet* 1995; **345**: 1333-8.

9. Notes

NOTE 1

Le diagnostic de syndrome de fatigue chronique (SFC) s'établit sur des fondements cliniques. Il repose tant sur la présence de symptômes caractéristiques, que nous évoquerons ci-après, que sur l'exclusion de diagnostics médicaux et psychiatriques alternatifs. Chez un même patient, des symptômes de SFC peuvent coexister avec un syndrome de fibromyalgie ou de colopathie fonctionnelle. Le diagnostic primaire dépendra des symptômes dominants et les plus invalidants. Les patients atteints de SFC présentent souvent une dépression concomitante et cela ne doit pas exclure le diagnostic (RACP 2002).

Le syndrome de fatigue chronique, parfois étiqueté de syndrome post-viral ou d'encéphalomyélite myalgique, est présent dans maximum 1 % de tous les états de fatigue (Bates 1993, Chalder 1993).

Critères diagnostiques pour établir le SFC:

Présence d'une fatigue associée à au moins quatre autres symptômes.

1. La fatigue

- elle doit être chronique, cliniquement évaluée, inexplicée, persistante ou récurrente depuis six mois ou plus ;
- elle doit avoir eu un début précis, non présente depuis toujours ;
- elle ne doit pas être le résultat d'un effort prolongé ;
- elle n'est pas substantiellement améliorée par le repos ;
- elle s'accompagne d'une nette réduction du niveau d'activité antérieure que ce soit à titre professionnel, culturel, social ou personnel ;

2. Les autres symptômes

Il faut la présence d'au moins quatre des symptômes suivants, pour autant qu'ils soient concomitants à la fatigue, présents depuis au moins six mois et qu'ils aient été inexistantes avant l'apparition de la fatigue :

- troubles de la mémoire à court terme ou troubles de la concentration
- mal de gorge
- présence d'adénopathies molles au niveau cervical ou axillaire
- myalgies
- arthralgies diffuses sans signes d'arthrite
- céphalées aux caractéristiques et sévérité inhabituelles
- sommeil non récupérateur
- malaise après l'effort perdurant plus de 24 heures

(Fukuda 1994)

Comme pour la fatigue aiguë, une anamnèse précise, un examen clinique soigneux et un nombre limité mais bien défini d'analyses biologiques seront importants. À cet effet, le lecteur consultera les recommandations concernant le SFC (RACP 2002).

NOTE 2

La **fatigue physiologique** est celle qui est normalement attendue chez un individu en bon état de santé physique et mentale lorsqu'il existe un déséquilibre entre l'effort, le repos et l'alimentation.

La **fatigue aiguë** se définit comme une fatigue inexplicable par la fatigue physiologique, qui est présente depuis moins de six mois et qui ne répond pas aux mesures de repos.

La classification de la **fatigue chronique** a été maintes fois revue. Ce qui distingue la fatigue aiguë de la fatigue chronique, c'est la période de temps critique de 6 mois. Le syndrome de fatigue chronique en est une forme particulière (Ruffin 1994). Pour rappel, la fatigue chronique ne fait pas l'objet de la présente recommandation.

NOTE 3 : FATIGUE EN FONCTION DE L'ÂGE

Pour Godwin et Morrison, la prévalence de la fatigue est la plus importante entre 20 et 40 ans, elle diminue de 40 à 75 ans et est en recrudescence après l'âge de 75 ans (Godwin 1999, Morrison 1980).

Dans son étude épidémiologique comparant 2 groupes de patients, l'un comprenant des adultes de 25 à 50 ans, l'autre comprenant des adultes de 51 à 74 ans, Martin n'a pas pu mettre en évidence de différences significatives entre les deux tranches d'âge (Martin 1986).

NOTE 4 : PISTES DE DISTINCTION FATIGUE PSYCHOLOGIQUE/PHYSIQUE

Caractéristiques	Psychologique	Physique
Durée	Prolongée	Brève
Déficit primaire	Désir	Capacité
Début	Lié au stress	Non lié à stress
Plaintes diurnes	Maximales le matin	Maximales le soir
Décours	Fluctuant	Progressif
Effet de l'activité	Améliore	Aggrave
Symptômes associés	Multiplés et non spécifiques	Restreints et spécifiques
Problèmes antérieurs	Fonctionnels	Organiques
Famille	Source de stress	Apporte du soutien
Apparence	Anxieux/déprimé	Malade
Histoire familiale	Psychologique/alcoolisme	Néant
Effet placebo	Présent	Absent
Effet du sommeil	N'affecte pas ou aggrave	Améliore
Diminution des activités occupationnelles	Non	Oui

D'après Katerndahl (1993).

NOTE 5 : QUESTIONS ESSENTIELLES QUE DOIT SE POSER LE MÉDECIN DANS SA DÉMARCHE CLINIQUE

1. Présence de signes ou symptômes organiques ?

- état fébrile
- dyspnée, ronflements
- douleurs, arthralgies
- faiblesse musculaire
- troubles du transit
- perte ou gain de poids
- somnolence diurne

2. Présence de symptômes psychiques ?

- humeur dépressive ?
- troubles anxieux ?

3. Prise de médicaments toxiques ?

- sédatifs, somnifères, antidépresseurs, neuroleptiques
- antihypertenseurs (centraux, bêta-bloquants, diurétiques)
- antihistaminiques
- antiépileptiques
- analgésiques
- alcool, drogues, tabac, caféine (effet rebond)

4. Anomalies à l'examen physique ?

- pâleur, tachycardie
- dyspnée ou signes d'insuffisance cardiaque
- ictère
- anomalies au status neurologique
- adénopathies
- hypotension

Si vous avez répondu «**NON**» à toutes ces questions essentielles,

➤ une origine organique grave semble peu probable

Si vous avez répondu «**OUI**» à certaines de ces questions essentielles,

➤ 1. Présence de signes ou symptômes somatiques :

➤ vous devez investiguer en fonction des plaintes (cf. étiologies physiques, somatiques, organiques)

➤ 2. Présence de symptômes psychiques :

➤ il faut rechercher systématiquement une dépression ou un trouble anxieux

D'après Michaelis Connus

NOTE 6 : RÉSUMÉ DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE CANADIENNE

Investigations	Effectuées d'emblée	Effectuées uniquement dans les situations suivantes
Dosage de l'hémoglobine	non	<ul style="list-style-type: none"> – si présence de pâleur, tachycardie, dyspnée, ou autre symptôme suggestif d'anémie – histoire diététique ou familiale pouvant expliquer une anémie – patient de plus de 65 ans*
Formule sanguine	non	<ul style="list-style-type: none"> – si fièvre ou autre signe d'infection – si perte de poids, si adénopathies – patient de plus de 65 ans*
Vitesse de sédimentation	non	<ul style="list-style-type: none"> – si évidence d'arthropathie inflammatoire – si suspicion d'une néoplasie occulte – patient de plus de 65 ans*
Ionogramme	non	<ul style="list-style-type: none"> – si prise de médicaments ayant un impact sur l'équilibre électrolytique (ex diurétiques, stéroïdes)
		<ul style="list-style-type: none"> – si suspicion d'une pathologie pouvant causer des troubles ioniques (cushing, addison, troubles parathyroïdiens)
Fonction rénale (urée et créatinine et analyse d'urine)	non	<ul style="list-style-type: none"> – si prise de médicaments pouvant entraîner des troubles de la fonction rénale – si signes et symptômes compatibles avec une atteinte rénale (élévation de la pression sanguine, œdème, prurit généralisé)
Glycémie (glycosurie réservée pour l'investigation de la polyurie et polydipsie)	non	<ul style="list-style-type: none"> – si historique de diabète gestationnel (femmes) – si diagnostic connu de diabète – si symptômes de polydipsie et polyurie – si neuropathie périphérique d'origine inexpliquée – patient de plus de 65 ans*
Fonction thyroïdienne (TSH)	non	<ul style="list-style-type: none"> – si présence d'un goitre – si antécédent de thyroïdite – si symptômes et signes d'hypothyroïdie (peau et cheveux secs, constipation, prise de poids, ...) – patient de plus de 65 ans*
Radiographie du thorax	non	<ul style="list-style-type: none"> – si fumeur avec toux ou hémoptysie (surtout si > 50 ans) – si antécédent d'exposition à l'asbeste ou à d'autre « toxique » – si exposition à la tuberculose
Autres investigations*	non	<ul style="list-style-type: none"> – en fonction des antécédents et de l'examen clinique – une perte de poids avec modification du transit intestinal suggère une mise au point gastro-entérologique*

*: consensus (EBM niveau C)

Godwin 1999

NOTE 7 : COMMENTAIRES À PROPOS DES ANALYSES SUGGÉRÉES PAR DIFFÉRENTS AUTEURS DANS LE CADRE D'UNE MISE AU POINT D'UNE FATIGUE AIGUË

- **VS** (vitesse de sédimentation) : en pratique de médecine générale, les valeurs de référence doivent être revues à la hausse de façon à optimiser l'interprétation. La valeur de référence se situe à 12 mm pour les hommes et 28 mm chez les femmes, après 1 heure (Feyen 1994).
- La **CRP** (C réactive protéine) n'a pas plus de valeur que la VS dans le cadre de la fatigue. Dans leur consultation de la littérature, les auteurs n'ont trouvé aucune étude faisant un quelconque lien entre fatigue et CRP ou VS.
- **Créatinine** : celle-ci a pris le pas sur le dosage de l'urée en ce qui concerne l'évaluation de la fonction rénale. L'urémie ne donne pas davantage de renseignements cliniques. De surcroît, elle est trop dépendante du degré d'hydratation, du métabolisme basal et du régime diététique (Feyen 1994).
- Numération des **leucocytes** : une étude rétrospective, datant de 1983 et pour laquelle quelques réserves sont émises en raison de la méthodologie utilisée, a montré que la numération des leucocytes n'était, pour ainsi dire, d'aucun secours parmi l'analyse des résultats au sein d'une patientèle de première ligne. La numération des leucocytes ne permettait que rarement, quasi jamais, la détection clinique d'une maladie occulte (Rich 1983).
Le pouvoir discriminatoire de la leucocytose étant faible, il n'est pas raisonnable de procéder systématiquement à une numération des leucocytes. Il n'y a que si l'on suspecte une malignité hématologique ou une mononucléose infectieuse aiguë que l'analyse pourra se révéler utile (Feyen 1994).
- **Hémoglobine** : les données de la littérature montrant une corrélation entre les taux d'hémoglobine et la plainte fatigue sont peu nombreuses et contradictoires.
Pour Knottnerus, il n'y a pas de différence significative dans les taux d'hémoglobine des patients se plaignant principalement de fatigue en comparaison avec des patients asymptomatiques (Knottnerus 83).
Hjelm a par contre analysé la corrélation possible entre huit symptômes, dont la fatigue, supposée être liés à une anémie ferriprive, et différents paramètres biologiques dont l'hémoglobinémie. Il a démontré qu'il y avait une relation inversement proportionnelle significative entre les scores de fatigue et les taux d'hémoglobine chez les femmes atteintes d'anémie ferriprive (Hjelm 74).
- **Ferritine** : une étude récente, randomisée, contrôlée en double aveugle versus placebo a montré que la supplémentation en fer pouvait notablement améliorer la fatigue chez des femmes en âge de procréation avec ferritine basse ou limite inférieure, ce en l'absence d'anémie. Cet effet était surtout marquant chez des femmes ayant un taux de ferritine sérique en-dessous ou au niveau de la limite inférieure. C'est la seule RCT disponible sur le sujet (Verdon 2003).
- **Tests hépatiques** : la relation entre fatigue et tests hépatiques perturbés n'est pas non plus frappante. Même si 10 à 17 % des tests hépatiques demandés reviennent avec des valeurs pathologiques, le nombre de constations objectives révélées par des investigations complémentaires n'est que restreint (Feyen 1994).
Aucune donnée plus récente n'a été trouvée.
- **Magnésium** : il n'y a pas d'indication dans la littérature occidentale qui permette de faire le lien entre la fatigue et des déficiences en vitamines et minéraux. Le dosage du magnésium chez des patients atteint de fatigue, préconisé par d'aucuns, ne trouve aucune justification dans les données consultées. Le dosage du magnésium sanguin n'est raisonnable que dans le cas de patients traités par diurétiques, ciclosporine ou cytostatiques (Feyen 1994, De Jonge 1993).
- **Sérologie virale** : il y a eu énormément de publications à propos de l'association fatigue et virus, mais beaucoup concernent le syndrome post-viral lié, nous l'avons vu, au SFC. Le dosage des anticorps contre le virus Epstein-Barr ou le virus Coxsackie B n'est d'aucun apport pour le médecin dans sa prise en charge de la plainte fatigue (Feyen 1994, Miller 1991). Ces dosages pourraient toutefois se justifier lorsque l'on se trouve face à un patient dont les symptômes suggèrent la présence d'un de ces deux virus dans sa phase aiguë (p. ex. fatigue + mal de gorge + céphalées + adénopathies cervicales pour une mononucléose infectieuse) (Rea 2001). Dans ces cas, la sérologie n'a qu'une valeur diagnostique car elle ne modifiera en rien l'attitude thérapeutique du médecin. La détection de titres

sérologiques positifs pour l'EBV ne prouvent pas nécessairement que les plaintes du patient, entre autre la fatigue, soient liées à l'activité du virus. Par ailleurs, des titres sérologiques positifs peuvent se retrouver dans d'autres pathologies telles que la maladie de Hodgkin ou encore une myasthénie (Feyen 1994, Miller 1991). C'est pour cette raison que chez des patients atteints de fatigue anormale et chez qui l'on suspecte une cause somatique, il est nécessaire d'exclure raisonnablement les autres causes possibles (Kulberg 1988).

- **RX thorax** : ici aussi, la littérature montre qu'il n'y a pas beaucoup plus d'images pathologiques dans le groupe de patients se plaignant de fatigue isolée par rapport à d'autres patients sans plainte de fatigue (Feyen 1994).
- Les analyses ayant pour objectif de cerner la **fonction immunitaire** (lymphocytes, immunoglobulines, ...) ne sont pas recommandés en routine.
- **Sérologie rhumatismale** : les médecins de première ligne demandent fréquemment les auto-anticorps (anticorps antinucléaires, facteur rhumatoïde et vitesse de sédimentation) chez les patients qu'ils envoient chez un rhumatologue. Beaucoup de tests sont négatifs et sont souvent demandés chez des patients ne souffrant d'aucune connectivite. Il en résulte une valeur prédictive positive basse qui pose question au niveau de l'utilité clinique. Ces constatations suggèrent une utilisation excessive, inappropriée et un manque de compréhension de l'utilisation du dosage des auto-anticorps (Suarez-Almazor 1998). (EBM niveau B)

NOTE 8 : LE COMPENDIUM DE L'AGIM (2003) ET LES FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA MENTIONNENT LA FATIGUE COMME EFFET INDÉSIRABLE POTENTIEL POUR LES MÉDICAMENTS SUIVANTS

- AINS
- alpha-bloquants
- antiarythmiques
- anticholinergiques
- antidépresseurs
- antiépileptiques
- antihistaminiques
- anti-H2
- antihypertenseurs (toutes les classes)
- antiviraux
- benzodiazépines, tranquillisants
- calcitonines
- cisapride
- cytostatiques
- diphosphonates
- diurétiques
- glitazones
- glycosides cardiotoniques
- hormones sexuelles
- hypocholestérolémiantes (fibrates, statines)
- immunosuppresseurs
- interférons
- isoniazide
- laxatifs
- méthotrexate
- neuroleptiques
- oxybutinine
- phénytoïne
- sulfasalazine
- tramadol, tilidine
- triptans
- vaccins

NOTE 9

Les effets toxiques connus sont ceux de la vitamine A (hypertension intracrânienne, hyperostose, hépatite, tératogénicité), la nicotinamide ou vitamine B3 ou encore vitamine PP (ulcère peptique, alopecie, prurit, hépatotoxicité), la pyridoxine ou vitamine B6 (polynévrite périphérique), les vitamines B1 et B12 (risque de choc anaphylactique en cas d'administration parentérale), la vitamine C (diarrhée, lithiases d'oxalates chez personnes prédisposées), les vitamines D (troubles gastro-intestinaux, état de stupeur, constipation, calcifications tissulaires). De plus, il faut tenir compte des interactions possibles entre vitamines et autres médicaments : par exemple, pyridoxine et lévodopa, pyridoxine et phénytoïne, vitamine C et contraceptifs oraux (pouvoir oxydant accru, accroissement de la concentration plasmatique en éthinyloestradiol) (Feyen 1994, RCDM 2003).

Des données de la littérature, certes peu nombreuses, semblent même indiquer qu'une consommation excessive de vitamines puisse conduire à l'installation d'une dépression (VHA/DOD 2000).

Cela dit, il peut y avoir des situations où une vitaminothérapie et des compléments en minéraux s'indiquent en présence de fatigue, notamment dans certaines entités pathologiques précises, par exemple la prescription d'acide folique, de vitamine B12 et de fer en cas de maladie cœliaque (AGA 2001), la prescription de vitamine D et de minéraux (Na, K, Ca, P) en cas d'insuffisance rénale chronique (ADA 2002).

NOTE 10

Les **toniques** recouvrent une série de préparations dont l'efficacité n'est pas prouvée. Certaines de ces préparations contiennent des substances susceptibles de provoquer des effets indésirables, par exemple l'éphédrine, le nicotinamide, la caféine, et des doses élevées de rétinol. Avec les préparations qui contiennent de la vitamine B12, il existe un risque de masquer une anémie pernicieuse. L'efficacité des oligo-éléments n'est pas prouvée (RCDM 2003).

10. Information du patient

Peut-être entendez-vous parler autour de vous de personnes souffrant de fatigue.

Peut-être la fatigue vous pose-t-elle personnellement problème ?

La fatigue est effectivement une plainte fréquente et elle est pour le médecin généraliste un motif de consultation important.

Si vous avez un problème de fatigue, vous pouvez déjà réfléchir à quelques questions en relation avec des éléments qui influencent le sommeil :

- quelle est la qualité et la quantité de votre sommeil ?
- votre alimentation est-elle équilibrée ?
- faites-vous de l'exercice physique ?
- fumez-vous, consommez-vous régulièrement de l'alcool ou des drogues ?
- vivez-vous un état de stress ?

Sachez qu'il n'y a pas forcément un problème de santé grave qui cause une fatigue : dans beaucoup de cas elle évoluera vers une amélioration spontanée.

Cependant, si elle vous pose problème, parlez-en avec votre médecin traitant.

Il est possible qu'il ne vous propose pas d'emblée une prise de sang. Cette attitude est tout à fait normale puisque ce n'est pas toujours nécessaire.

Il est toutefois important que vous signaliez à votre médecin tout symptôme et signe nouveau. Cela l'orientera dans son diagnostic et peut-être jugera-t-il opportun de faire l'un ou l'autre examen complémentaire.

De même, il est possible que votre médecin ne vous prescrive pas de médicament pour votre fatigue. En effet, un médicament qui guérit la fatigue n'existe pas. Peut-être ne vous prescrira-t-il pas non plus de vitamines par exemple. Il faut savoir que nous n'avons pas de preuve de l'efficacité des vitamines contre la fatigue et que la prise de certaines vitamines n'est pas totalement dénuée de risques.

Dans tous les cas, votre médecin traitant vous éclairera au sujet de votre situation personnelle.

11. Éditeur responsable, auteurs

Les **auteurs** de la présente recommandation de bonne pratique sur la plainte fatigue en médecine générale sont les docteurs Robert GERARD, médecin généraliste à Vedrin et Catherine MAGNETTE, médecin généraliste à Namêche

Les **experts** contactés sont :

- le Professeur Michel LAMBERT du département de Médecine interne générale des Cliniques Universitaires St Luc UCL à Bruxelles
- le docteur Albert HERMANT du service de médecine interne et néphrologie au CHR de Namur

Le groupe de travail des recommandations de bonne pratique de la SSMG qui a supervisé la présente recommandation est composé des membres suivants : les docteurs Geneviève BRUWIER, Pierre CHEVALIER, Daniel DURAY, Jeannine GAILLY, Yves GUEUNING, Dominique PAULUS, Bruno TIMMERMANS, Michel VANHALEWYN et Anne VANWELDE.

Une cinquantaine de médecins généralistes, tant du côté francophone que neerlandophone du pays, ont “testé”, quant à sa faisabilité sur le terrain, cette recommandation sur la plainte fatigue en médecine générale. Il s’agit soit d’un dodécagroupe, soit d’un Glem (ou Lok) des docteurs Chanh HUYNH-DUC, Geneviève BRUWIER, Jan VAN-SCHOENBEEK et Hedda BENS.

Cette recommandation a été validée par le **comité de validation** des recommandations de bonne pratique **SSMG – WVVH** (Pr Dominique Pestiaux, Dr Pascal Semaille, Dr Jos Van Bragt). Il a de plus été tenu compte des remarques émanant du Stuurgroep Aanbevelingen de la WVVH, sous la direction du Pr Paul Van Royen.

L’éditeur responsable est la **SSMG**, Société Scientifique de Médecine Générale, dont le siège social est situé rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles.

12. Commanditaires

Cette recommandation de bonne pratique a été réalisée grâce au soutien du Service Public Fédéral, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.



13. Fiche récapitulative

A. DÉFINITIONS

- La fatigue est une plainte subjective résultant d'un déséquilibre entre ce qui doit être accompli et ce qui peut l'être.
- Fatigue : < 6 mois = fatigue aiguë
> 6 mois = fatigue chronique

B. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

- Elle est présente dans environ 20 % des consultations en médecine générale.
- Elle touche en majorité les femmes.
- Le syndrome de fatigue chronique (SFC) ne représente que 1 % des plaintes « fatigue » en médecine générale.

C. DONNÉES GÉNÉRALES

- Il y a une association nette entre fatigue et problème psychologique.
- Les personnes souffrant de fatigue consultent plus souvent leur médecin traitant, consomment plus de médicaments et sont plus souvent en incapacité de travail. L'impact socio-économique de la fatigue est donc considérable.
- La fatigue est souvent perçue comme physique par le patient, alors qu'elle est souvent perçue comme psychologique par le médecin.
- Une cause pour la fatigue n'est mise en évidence que dans environ la moitié des cas.
- Dans la grande majorité des cas la fatigue évolue vers une amélioration spontanée.

D. ÉTIOLOGIE

- Causes indéterminées : 38 à 70 % ($\pm 1/2$)
- Causes physiques : 17 à 30 % ($\pm 1/4$)
- Causes psycho-affectives : 7 à 17 % (10 % dépression nerveuse)
- Causes physiologiques : 3 %
- SFC : 1 %

E. GESTION DE LA FATIGUE

1^{re} étape : importance de l'ANAMNÈSE

- Anamnèse :
 - fatigue physiologique ?
 - pathologique ? physique ou psychologique ?
 - isolée ou associée ?
 - écoute
 - installation d'une relation de confiance
 - si besoin, étalée sur plusieurs consultations successives



2^e étape: EXAMEN CLINIQUE

- Extensif: – surtout si fatigue prolongée, aggravée
 - systématique si > 50 ans
 - si besoin, répété au fil des consultations successives
- Objectifs: – diagnostic étiologique ?

3^e étape: EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Aucune analyse systématique si elle n'est orientée
- Biologie sanguine ciblée en fonction des signes d'appel
- Ferritinémie si femme en âge de procréer
- Selon l'expérience clinique des MG et experts, la biologie suivante peut être demandée : CRP, hémogramme + NFS, ferritine, Na, K, Ca, créatininémie, glycémie à jeun, GOT, GPT, gamma GT, TSH, sédiment urinaire
- > 65 ans : CRP, hémogramme + NFS, ferritine, Na, K, Ca, créatininémie, glycémie à jeun, GOT, GPT, gamma GT, TSH, sédiment urinaire

4^e étape: TRAITEMENT

- Étiologique
- Accompagnement
- Hygiène de vie