

DMG PARIS DIDEROT: Revue de Presse

Quel bilan dans le cadre d'une asthénie ?

Hamilton W. Watson J. Round A. Investigating fatigue in primary care.
BMJ 2010;341:c4259

Remarque: ce résumé d'article a été écrit par un étudiant ou un enseignant du DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE DE PARIS 7. Il est en accès libre. La rédaction des résumés est faite dans le cadre de la REVUE DE PRESSE du DMG.

Règles éditoriales du site

Résumé de l'article

Introduction

Cet article provient d'une série de publications sur la démarche diagnostique et l'organisation des examens complémentaires dans le cadre de motifs fréquents de consultation en soins primaires, proposées par la Hull York Medical School (HYMS, partenariat entre les universités de Yull et York, au Royaume-Uni).

L'asthénie est un motif de consultation fréquent en médecine générale, il est donc important de savoir hiérarchiser les examens. En effet, il est normal d'avoir des épisodes de fatigue dans la vie, mais cela peut aussi être le symptôme révélateur d'une pathologie, grave ou non.

C'est une plainte fréquente en médecine générale (en 2^e position après la toux), qui représente 5 à 7% des motifs principaux de consultation.

Les $\frac{3}{4}$ des consultations pour asthénie sont des épisodes isolés, qui ne nécessitent pas de consultation supplémentaire, surtout si cet épisode fait suite à une infection récente. C'est pourquoi les médecins généralistes ne proposent des examens complémentaires qu'à la moitié des patients consultant pour asthénie.

Résumé

Probabilité de trouver un diagnostic

Un diagnostic est posé chez moins de la moitié des patients se présentant pour fatigue, y compris des diagnostics « descriptifs » tels que le stress. Les médecins ont facilement tendance à évoquer un problème psychologique.

En effet, un événement de vie perturbant, tel qu'un conflit professionnel, un problème familial, un deuil ou des difficultés financières, est sous-jacent dans 2/3 des plaintes de fatigue.

Une hypothyroïdie ou une anémie sont diagnostiquées dans moins de 3% des cas.

Il faut également évoquer des pathologies telles que la maladie d'Addison, une insuffisance rénale, une insuffisance hépatique, une intoxication au monoxyde de carbone, la maladie coeliaque, une grossesse, des violences conjugales ou un syndrome d'apnée du sommeil, tout en sachant qu'elles sont encore plus rares.

Anamnèse et examen clinique

Les signes fonctionnels à rechercher sont :

- o des saignements (ménorragies, hémorragie digestive)
- o des symptômes digestifs
- o des signes fonctionnels urinaires (y compris polyurie et polydipsie)
- o la qualité et la durée du sommeil (penser à l'apnée du sommeil)
- o une infection récente
- o des douleurs ou des oedèmes
- o des troubles du comportement (notamment problèmes de concentration, baisse de motivation, événements stressants, et troubles de l'humeur)

Il faut également penser à une possible iatrogénie et interroger spécifiquement le patient sur sa consommation d'alcool.

Puis on réalise un examen clinique, sans oublier une bandelette urinaire et la mesure de la tension artérielle.

Quand prescrire des examens complémentaires ?

Commentaire

L'enjeu de rationaliser les investigations est de permettre à la plupart des patients de voir leur état s'améliorer spontanément, et en même temps d'identifier le peu de patients ayant une pathologie sous-jacente en un temps raisonnable.

Les signes d'alerte (« red flags ») qui doivent faire prescrire un bilan d'emblée sont :

- perte de poids
- adénopathie (ganglion indolore, dur, > 2 cm de diamètre, progressivement croissant, sus-claviculaire ou axillaire)
- autres critères de malignité (hémoptysie, dysphagie, rectorragie, nodule mammaire, métrorragies post-ménopausiques)
- signes neurologiques focaux
- symptômes d'arthrite inflammatoire, vascularite ou connectivite
- symptômes de maladie cardio-respiratoire
- apnée du sommeil

Par ailleurs, il est justifié de débiter les investigations

- chez les patients qui ne sont pas rétablis après 4 semaines
- chez les patients qui ont une présentation atypique (patient consultant très rarement, patient âgé)
- lorsque la présentation clinique fait suspecter d'emblée un diagnostic (syndrome polyuro-polydipsique pour le diabète).

« L'intuition clinique » peut aussi jouer un rôle, soit « l'art du médecin généraliste » qui vise à noter une présentation légèrement inhabituelle chez un patient qu'il connaît bien.

Quel bilan prescrire ?

Les résultats d'un essai randomisé ont montré qu'une batterie limitée de tests sanguins (Hb, VS, glycémie et TSH) sont presque aussi performants en terme de diagnostic qu'un bilan biologique plus vaste.

Selon les circonstances, on décide du bilan qui semble indiqué en première intention :

- NFS : toujours
- TSH : toujours
- Glycémie : si les symptômes le suggèrent ou si le patient est obèse
- VS : toujours
- CRP : si une infection persistante est suspectée
- Maladie coeliaque : en 2ème intention ou en cas de symptômes gastro-intestinaux
- Créatinine et électrolytes : âge > 60 ans ou symptômes tels que prurit ou polyurie
- Bilan hépatique : âge > 60 ans ou consommation excessive d'alcool ou toxicomanie
- Calcémie : symptômes d'hypercalcémie
- Ferritinémie : femmes en âge de procréer
- Sérologie EBV : âge < 40 ans avec infection récente
- Echelle d'évaluation de la dépression : si les symptômes le font suspecter

Si les tests de première intention sont normaux, une période d'observation peut être nécessaire, et si l'asthénie persiste après 3 mois ou si d'autres symptômes apparaissent, un bilan de deuxième intention est raisonnable.

Une asthénie persistante après 4 mois sans explication doit faire évoquer un syndrome de fatigue chronique.

Conclusion

L'asthénie est un motif fréquent de consultation, le bilan complémentaire doit servir à exclure certains diagnostics et rassurer le patient, mais il a une faible probabilité d'identifier une pathologie sous-jacente. L'enjeu est donc de le hiérarchiser de manière appropriée.

Commentaire

Cet article donne une orientation claire quant au temps et à la manière de réaliser des examens complémentaires dans le cadre d'une consultation pour asthénie, notamment le fait d'attendre 4 semaines avant de prescrire un 1er bilan (en l'absence de signe d'alerte ou de présentation atypique) et la hiérarchisation des examens selon le terrain.

Par contre, je me pose la question de la réelle indication d'une VS en systématique en bilan de 1ère intention, d'autant qu'on sait qu'elle est modifiable par de nombreux facteurs. Un essai randomisé en soins primaires cité dans l'article montre que la VS revient anormale dans 32% des cas où elle est prescrite dans le bilan d'asthénie. C'est le taux le plus élevé des différents examens prescrits (12% de résultats anormaux pour la NFS et 6,8% pour la TSH). Est-elle donc réellement spécifique pour détecter une pathologie sous-jacente ?

- *auteur du résumé: Laurene **Lhuillier** (Etudiant(e) au DMG PARIS DIDEROT)*
- *date de rédaction: 12/10/2010*
- *date de validation: 13/10/2010*
- *Mots clés:*
 1. *asthénie*



Ce site respecte les [principes de la charte HONcode](#).
Site certifié en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS).
[Vérifiez ici.](#)

DÉPARTEMENT
MÉDECINE GÉNÉRALE
PARIS 7  DIDEROT

[Oubli codes accès](#)

[Espace enseignant](#)

[Espace étudiant](#)

Revue de Presse du DMG Paris DIDEROT

[Lire la revue de
presse](#)

[Tous les
résumés](#)

[Par domaine](#)

[rechercher
un résumé](#)

[responsabilité
éditoriale](#)

[S'abonner à la
revue de presse](#)

[Participer à la revue
de presse](#)

[Liens spécifiques
au DMG](#)

[Le DMG](#)

[Port-folio étudiant](#)

[ADMINISTRATION](#)

© JP AUBERT, A EDDI

