

Asthénie

Collège National des Enseignants de Médecine Interne

Pr. Alain Le Quellec

2013

Table des matières

Introduction.....	3
1. Définition.....	3
2. Rappels anatomie et/ou physiologie.....	4
2.1. Asthénie.....	4
2.2. Altération du sommeil.....	5
2.3. Surmenage.....	5
2.4. Dysfonctionnement neuro-musculaire.....	5
2.5. Altération du tonus-endocrinien.....	6
2.6. Asthénies centrales.....	6
2.7. Déficit adrenergique périphérique.....	7
2.8. Hypothyroïdie.....	7
2.9. Convalescence.....	7
2.10. Beta-bloquants.....	8
2.11. Anorexie.....	8
2.12. Inflammation chronique.....	9
2.13. Anorexie psychogène.....	9
2.14. Amaigrissement.....	9
2.15. Apports diminués.....	10
2.16. Apports inefficaces.....	10
2.17. Déperdition calorique.....	10
3. Interrogatoire du patient asthénique.....	11
3.1. Poursuivez l'interrogatoire.....	11

Objectifs spécifiques

- Reconnaître une asthénie parmi les plaintes d'un patient, en la distinguant de la fatigue physiologique et d'autres symptômes ayant une signification médicale différente.
- Obtenir par un interrogatoire ciblé une description précise de l'asthénie.
- Hiérarchiser les différents symptômes par ordre de spécificité décroissante, et prioriser dans la démarche diagnostique ceux qui font évoquer le nombre le plus faible d'hypothèses.
- Mener l'interrogatoire d'un sujet se plaignant d'asthénie isolée en tenant compte de ses trois principaux déterminants physio-pathogéniques.
- Poser prioritairement les questions susceptibles d'exclure le plus grand nombre d'hypothèses diagnostiques devant une asthénie isolée.
- Identifier les principaux troubles du sommeil à l'origine d'asthénie isolée.
- Rechercher par un questionnement actif les éléments d'un état dépressif.
- Connaître les principaux médicaments ayant l'asthénie comme effet indésirable.
- Savoir définir les mécanismes déterminant l'asthénie au cours de l'insuffisance surrénalienne et des dérèglements thyroïdiens.
- Repérer par l'interrogatoire les contraintes professionnelles, familiales ou sociales pouvant générer une asthénie isolée.
- Classer un amaigrissement en fonction du niveau des apports alimentaires.
- Connaître les causes d'amaigrissement à appétit conservé.
- Connaître les principales causes de réduction des apports alimentaires chez le sujet non anorectique.

Introduction

Lorsqu'elle est isolée, la plainte « *fatigue* » pose des problèmes diagnostiques difficiles. Elle peut témoigner d'une maladie organique grave débutante, d'une dépression sévère mais elle relève le plus souvent d'une désadaptation bénigne et temporaire à l'environnement ne justifiant pas d'investigations excessives.

Elle doit donc faire l'objet d'une analyse séméiologique rigoureuse basée sur un interrogatoire systématique s'appuyant une bonne connaissance de ses principaux mécanismes. C'est l'objet de ce chapitre que de fournir à l'étudiant de PCEM 2 ou de DCEM1 les règles de l'entretien avec un sujet consultant pour une asthénie isolée, ce qui amènera à détailler également d'autres signes dits « *généraux* » : l'anorexie et l'amaigrissement. Bien entendu, cet interrogatoire doit être suivi d'un examen clinique exhaustif, à la recherche d'éléments d'orientation supplémentaires.

1. Définition

L'asthénie est une sensation anormale de lassitude limitant les performances physiques, mais persistant au repos à l'inverse de la fatigue qui, pour le médecin, est un état physiologique qui disparaît au repos.

Elle doit être distinguée d'autres symptômes avec laquelle les malades la confondent parfois :

- **Dyspnée** : sensation d'essoufflement ou de respiration pénible;
- **Lipothymie** : malaise paroxystique se caractérisant comme une sensation brutale de fatigue intense;

- **Gêne fonctionnelle** en rapport avec un handicap neurologique (par exemple, hypertonie extra-pyramidale) ou rhumatologique (par exemple, douleurs arthrosiques).

Au cours du raisonnement diagnostique, l'asthénie n'est pas à prendre en compte si elle s'associe à d'autres signes plus spécifiques.

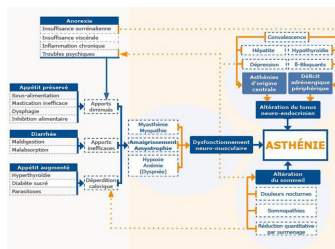
Devant une hémoptysie chez un sujet aux antécédents de tabagisme, l'orientation vers un cancer bronchique n'est pas influencée par la présence ou l'absence d'asthénie. Ce signe ne doit alors être considéré que comme un marqueur du retentissement de l'état pathologique sur la vie quotidienne du malade.

2. Rappels anatomie et/ou physiologie

Voici un schéma récapitulatif des mécanismes par lesquels diverses maladies peuvent provoquer une asthénie. Prenez-en connaissance attentivement; en promenant votre souris sur les différentes zones du schéma, vous pourrez cliquer et accéder aux pages pour obtenir des explications complémentaires. Vous pouvez commencer par la case asthénie elle-même.

[Version imprimable du schéma](#)

Figure 1



2.1. Asthénie

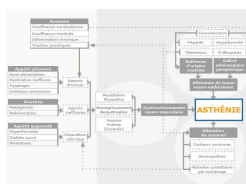
L'analyse descriptive d'une asthénie doit porter sur :

- **Son intensité** : retentissement sur la vie quotidienne, suppression des activités physiques, arrêts de travail, nécessité de s'allonger dans la journée.
- **Son évolution** : date de début, progressivité du handicap.
- **Son rythme** : prédominance à certains moments de la journée, atténuation ou non par le sommeil.
- **Sa sélectivité** : l'asthénie peut concerner les activités physiques, cognitives (mémorisation, concentration) ou sexuelles (libido).

L'asthénie peut être secondaire à :

- une anomalie neuro-musculaire périphérique,
- un défaut de récupération dû à un sommeil insuffisant (qualitativement ou quantitativement),
- une altération des systèmes neuro-endocrines d'initiation et de transmission permettant un tonus physique normal.

Figure 2



2.2. Altération du sommeil

Tout patient se plaignant de fatigue anormale doit être soigneusement interrogé sur la qualité de son sommeil.

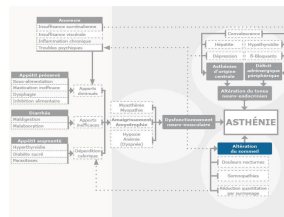
La brièveté du sommeil n'est pas obligatoirement pathologique si elle est ancienne, habituelle chez un patient donné.

Une modification récente sera par contre à considérer : insomnies d'endormissement, réveils nocturnes, levers précoces peuvent s'intégrer à une anxiété ou une dépression dont on cherchera les autres signes avec tact, par un entretien orienté.

Le sommeil peut également être perturbé par d'autres signes fonctionnels, qui ont valeur d'orientation diagnostique : douleurs ou toux nocturnes par exemple.

Enfin, la recherche de ronflements, d'apnées ou de mouvements périodiques du sommeil (impatiences) doit être systématique.

Figure 3



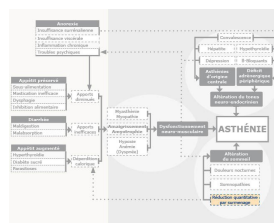
2.3. Surmenage

Il entraîne une asthénie par amaigrissement à appétit conservé, et/ou par insuffisance de sommeil.

La surcharge de travail, qu'elle soit professionnelle ou familiale, est fréquemment sous-estimée par les patients dans une société qui valorise la performance et sanctionne sévèrement les défaillances individuelles.

Des personnes de 60 ans (souvent des femmes) doivent de plus en plus souvent, à un moment où leurs capacités physiques diminuent physiologiquement, s'occuper de leurs ascendants à charge devenus dépendants, ce qui provoque des pathologies émergentes appelées maladies des "aidants".

Figure 4



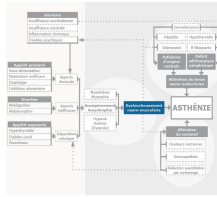
2.4. Dysfonctionnement neuro-musculaire

Le fonctionnement musculaire peut être déficient du fait d'anomalies extrinsèques (désordres métaboliques, diminution de l'apport en oxygène), de maladies touchant les fibres musculaires elle-mêmes (myopathies), ou d'un mauvais fonctionnement de la jonction neuro-musculaire.

La masse musculaire elle-même est diminuée au cours des amaigrissements, qui s'accompagnent constamment d'asthénie sauf au cours des anorexies mentales.

Les asthénies liées à une anomalie neuro-musculaire périphérique sont en général décrites comme croissantes en cours de journée, limitant l'effort et atténuées par le sommeil.

Figure 5

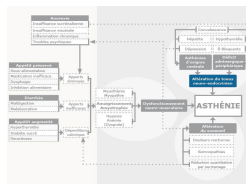


2.5. Altération du tonus-endocrinien

Les asthénies chroniques qui ne sont pas consécutives à un amaigrissement et contrastent avec un sommeil préservé relèvent soit d'une perte des capacités cérébrales à initier l'exercice physique ("*perte d'élan*" ou adynamie), soit d'une diminution du tonus adrénérgique qui permet une récupération musculaire normale.

Les premiers mécanismes définissent les asthénies "*centrales*".

Figure 6



2.6. Asthénies centrales

Le prototype en est la perte d'élan (adynamie) observée au cours des états dépressifs. Ces asthénies sont présentes voire prédominantes dès le matin.

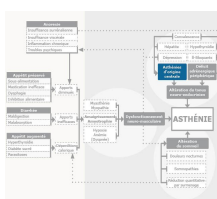
L'asthénie de la dépression est multi-factorielle, à l'adynamie s'associant fréquemment des troubles du sommeil ou un amaigrissement, qui ne doit en aucun cas faire exclure une cause psychologique à l'asthénie. Elle s'accompagne d'autres signes qu'il faut rechercher spécifiquement, la dépression n'étant pas un diagnostic d'élimination :

- humeur triste,
- idées noires,
- perte des capacités de plaisir (anhédonie),
- absence d'envie (aboulie),
- auto-dévalorisation,
- culpabilité.

Les mécanismes qui la sous-tendent sont complexes, impliquant plusieurs neuro-médiateurs (dopamine, noradrénaline, sérotonine).

Les asthénies observées au cours des hépatites virales ou auto-immunes relèvent probablement aussi d'un mécanisme central impliquant la sérotonine.

Figure 7



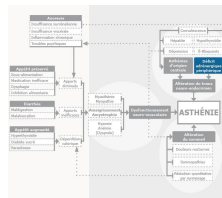
2.7. Déficit adrenergique périphérique

Le système musculo-squelettique, pour être efficace et autoriser un exercice physique en adéquation avec les exigences de l'environnement, doit non seulement être parfaitement fonctionnel mais aussi être placé "sous tension" par un tonus adrenergique suffisant.

L'adrénaline circulante est produite par les glandes médullo-surrénales de façon continue, et par pics stimulés par les situations de contrainte paroxystique ("stress"). C'est l'hormone du "fight or flight" des auteurs anglo-saxons : celle qui donne à l'animal pris au piège les moyens physiques de se protéger d'un danger vital en s'échappant ou en combattant. Elle dilate les bronches pour faire pénétrer plus d'oxygène dans l'organisme, accélère le rythme cardiaque pour l'acheminer plus efficacement vers les tissus périphériques, dilate les artères musculaires au détriment de l'irrigation cutanée et viscérale, augmente la glycémie et la capacité de récupération musculaire en condition anaérobie.

Les situations pathologiques au cours desquelles l'adrénaline est sécrétée en quantité insuffisante ou voit son action bloquée pharmacologiquement débouchent toujours sur une sensation d'asthénie, de diminution des performances physiques. C'est le cas de certaines insuffisances surrénaliennes périphériques au cours desquelles la médullo-surrénale est concernée au même titre que la cortico-surrénale; l'asthénie y est caricaturale, l'hypo-adrénergisme se combinant à une réduction quantitative de la masse musculaire du fait de l'amaigrissement secondaire à l'effondrement des gluco-corticoïdes.

Figure 8



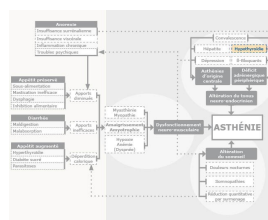
2.8. Hypothyroïdie

Les hormones thyroïdiennes potentialisent l'effet de l'adrénaline sur les tissus.

Toute hypothyroïdie est donc susceptible de mimer un déficit adrenergique et de provoquer une asthénie chronique, qui peut en être le seul symptôme.

Le dosage des hormones thyroïdiennes et de la TSH ultra-sensible fait donc partie du bilan biologique requis devant toute asthénie inexplicée.

Figure 9

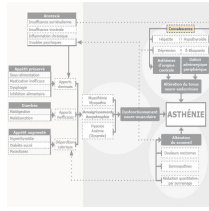


2.9. Convalescence

Les pathologies chirurgicales, traumatiques ou infectieuses aiguës sont habituellement suivies d'une phase d'asthénie isolée appelée convalescence, qui doit être considérée comme physiologique si elle ne se prolonge pas au-delà de quelques semaines.

Elle pourrait être la conséquence d'un déficit temporaire en adrénaline, massivement sécrétée à la phase initiale de l'affection, mais on considère plutôt à l'heure actuelle qu'elle dépend de phénomènes neuro-psychologiques.

Figure 10

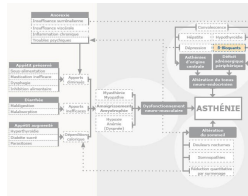


2.10. Beta-bloquants

Le blocage pharmacologique de l'action de l'adrénaline par des bêta-bloquants, classe thérapeutique largement utilisée au cours de l'hypertension artérielle ou des cardiopathies, a sur les performances physiques un effet analogue (quoi qu'atténué) à celui de l'insuffisance surrénalienne. L'asthénie en est donc le principal effet secondaire.

D'une manière générale, l'interrogatoire du patient asthénique doit être particulièrement attentif aux prises médicamenteuses : en dehors des bêta-bloquants, les performances physiques peuvent être réduites par les benzodiazépines, les anti-dépresseurs sédatifs, les neuroleptiques.

Figure 11



2.11. Anorexie

L'anorexie est un dégoût de la nourriture à distinguer, ce qui n'est pas toujours facile, de la dyspepsie au cours de laquelle des difficultés de digestion des aliments (inconfort épigastrique post-prandial, météorisme, nausées) limitent la prise alimentaire.

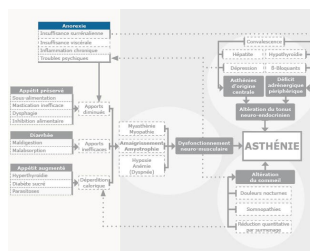
Elle est liée à une dysrégulation des centres hypothalamiques de la satiété; ces centres sont sensibles aux gluco-corticoïdes, à certains neuromédiateurs cérébraux et à diverses cytokines, peptides produits en quantité anormalement élevée au cours des phénomènes inflammatoires.

La carence en gluco-corticoïdes explique l'anorexie observée au cours de l'insuffisance surrénalienne, ce qui provoque un amaigrissement puis une asthénie d'autant plus marquée qu'elle est potentialisée par un déficit médullo-surrénalien associé en adrénaline.

L'anorexie psychogène, l'anorexie de la dépression sont liées à des perturbations de neuro-médiateurs cérébraux comme la sérotonine ou la noradrénaline.

Les anorexies des syndromes inflammatoires chroniques et des grandes défaillances viscérales comme l'insuffisance cardiaque évoluée sont secondaires à une hyper-production de cytokines.

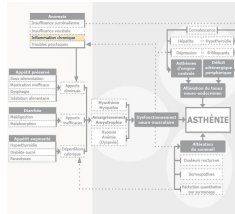
Figure 12



2.12. Inflammation chronique

Les maladies inflammatoires chroniques peuvent être infectieuses, néoplasiques ou auto-immunes. Elles provoquent une anorexie en stimulant la production de cytokines comme l'interleukine 6 ou le tumor necrosis factor (TNF), encore appelé cachectine du fait de son influence sur la courbe pondérale.

Figure 13

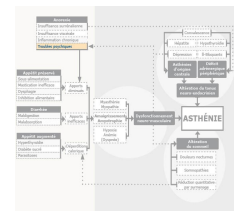


2.13. Anorexie psychogène

Les principales causes psychiques d'anorexie sont la dépression, certaines névroses (angoisse, hypochondrie, phobie), les encéphalopathies et les troubles des conduites alimentaires dont l'anorexie mentale.

L'anorexie mentale concerne des femmes jeunes qui restreignent volontairement leur alimentation avec pour conséquences un amaigrissement massif (parfois fatal) contrastant avec une hyperactivité, et une aménorrhée. L'anorexie y est souvent intriquée à des épisodes de boulimie et de vomissements provoqués. Il est à noter que l'anorexie mentale ne provoque habituellement chez la malade qui en est victime aucune asthénie avouée, cette affection s'accompagnant d'un déni des symptômes qui en est caractéristique.

Figure 14



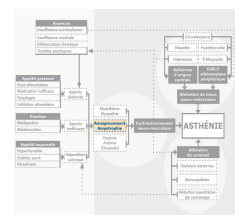
2.14. Amaigrissement

Il se définit comme une diminution d'au moins 5% du poids corporel.

Lorsqu'un sujet asthénique vous dit avoir maigri, l'enquête étiologique change de nature : il ne s'agit plus de trouver la cause de l'asthénie, mais de l'amaigrissement qui répond à des étiologies moins nombreuses et constitue donc une porte d'entrée plus efficace dans la démarche diagnostique.

La première information à obtenir est alors d'évaluer le niveau des apports alimentaires : l'amaigrissement est-il secondaire à une réduction des apports, ou contraste-t-il avec des apports préservés voire augmentés ?

Figure 15

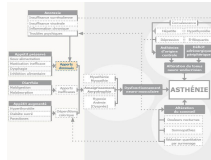


2.15. Apports diminués

Le sujet asthénique et amaigri qui a réduit ses apports alimentaires ne l'a pas forcément fait par anorexie. Il faut l'interroger de manière explicite sur son appétit : "*lorsque vous avez l'assiette devant vous, avez-vous envie de manger ?*".

Le sujet qui mange moins tout en ayant faim peut être dans une situation de précarité financière, peut avoir des difficultés mécaniques à la déglutition (mastication inefficace en rapport avec des problèmes dentaires, dysphagie haute ou basse) ou peut avoir renoncé à s'alimenter en raison de symptômes pénibles systématiquement déclenchés par les repas comme des douleurs abdominales (inhibition alimentaire).

Figure 16



2.16. Apports inefficaces

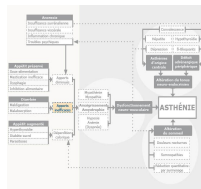
Lorsqu'un sujet asthénique et amaigri rapporte des apports alimentaires normaux, il faut évoquer une inefficacité de la digestion ou de l'absorption intestinale.

Ces situations s'accompagnent souvent, mais pas systématiquement, de diarrhée chronique.

Les maldigestions peuvent être séquellaires d'interventions chirurgicales sur l'intestin grêle ou le pancréas, ou révéler une insuffisance pancréatique exocrine.

Les malabsorptions traduisent des anomalies diffuses de la muqueuse de l'intestin grêle, rencontrées par exemple au cours de l'intolérance au gluten (maladie cœliaque).

Figure 17

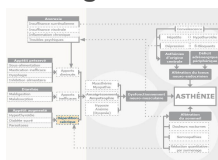


2.17. Déperdition calorique

Certains patients maigrissent tout en augmentant leurs apports alimentaires. On doit alors suspecter des situations pathologiques au cours desquelles les ressources énergétiques apportées par l'alimentation sont détournées ou gaspillées :

- augmentation du métabolisme de base dans l'hyperthyroïdie,
- glycosurie massive associée à un hypercatabolisme du tissu musculaire et adipeux au cours du diabète sucré par carence en insuline,
- parasitose intestinale,
- surmenage physique.

Figure 18



3. Interrogatoire du patient asthénique

Un patient vous consulte pour une asthénie d'allure isolée.
Par le seul interrogatoire, vous allez essayer d'identifier la maladie responsable.

A titre d'exemple, vous commencez par lui demander s'il a perdu du poids. En fonction de la réponse qu'il vous apportera, vous verrez en suivant le cheminement ci-dessous comment l'interrogatoire permet d'avancer dans la construction de diagnostic.

Bonne chance...

Interrogatoire

Ceci est une animation, disponible sur la version en ligne.

3.1. Poursuivez l'interrogatoire

Vous allez poursuivre l'interrogatoire afin d'identifier la maladie responsable de l'asthénie de votre patient.

Les questions qui peuvent orienter le diagnostic sont présentées ci-dessous, dans un ordre aléatoire.

Dans un premier temps, lisez chacune de ces questions, et interrogez-vous sur leur intérêt diagnostic.

Ensuite lisez le commentaire sur la pertinence de cette question.

[Poursuivez l'interrogatoire](#)