Plus que «juste» fatigué

La fatigue dans les soins palliatifs

Dr méd. Manuel Jungi
Medizinische Klinik, Palliative Care, Kantonsspital Olten

La fatigue, en tant que symptôme silencieux et invalidant, est plus fréquente dans les situations palliatives qu'on ne le pense communément et elle est dès lors sous-traitée. Les patients et leurs proches devraient être informés de manière plus conséquente au sujet de la fatigue. Les personnes qui en sont victimes doivent être mieux identifiées et être traitées en conséquence.

Introduction

Chez les personnes en bonne santé, la fatigue est un mécanisme protecteur en cas de stress physique ou mental. En revanche, de nombreux patients atteints d'une affection chronique ou à un stade avancé sont victimes d'une fatigue indicible qui limite leurs activités quotidiennes à tel point que leur qualité de vie en pâtit. L'entourage en souffre lui aussi. Cette fatigue indicible ne peut être atténuée par le simple repos ou sommeil (supplémentaire). Les personnes affectées en savent bien souvent trop peu sur le phénomène de la fatigue. Pour cette raison et aussi parce ce qu'elles éprouvent des sentiments de honte («on ne peut de toute façon rien faire»), elles n'en parlent que trop rarement aux professionnels qui s'occupent d'elles. Dès lors, la fatigue est encore trop rarement reconnue et pas spécifiquement ciblée par les médecins.

Qu'est-ce que la fatigue?

Dans le cadre du processus Bigorio 2013, un groupe d'experts interprofessionnel de palliative ch a défini la fatigue de la manière suivante: «La fatigue liée à une maladie grave et évolutive est un symptôme subjectif, pénible, et persistant, intégrant l'ensemble des sensations physiques (manque de force et d'énergie, augmentation du besoin de repos), émotionnelles, cognitives et/ou spirituelles. Elle va de la lassitude à l'épuisement et affecte l'individu dans son fonctionnement habituel. Elle a une répercussion sur sa qualité de vie. Elle n'est pas améliorée par le repos ou le sommeil» [1].
La fatigue est l'un des symptômes les plus fréquents chez les patients en soins palliatifs et elle limite considérablement leur qualité de vie. La fatigue est non seulement décrite par une majorité de patients atteints de cancer à un stade avancé, mais également par les personnes ayant survécu à un cancer («cancer survivors»), ainsi que par les patients souffrant d'insuffisance cardiaque avancée, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), de maladies systémiques neurologiques et de l'infection par le VIH/SIDA [2].

Manuel Jungi

Reconnaître la fatigue

Il n'existe pas de méthode objective permettant de mesurer la fatigue. L'évaluation de la fatigue se base sur une auto-évaluation par le patient de son vécu subjectif. Ce faisant, à la fois des aspects physiques, cognitifs et émotionnels doivent être explorés. Les questionnaires d'auto-évaluation validés sont utiles pour déterminer l'intensité de la fatigue.
L'échelle visuelle analogique (EVA) est un système simple et souvent utilisé pour évaluer la fatigue. Lorsque la personne touchée indique une valeur >4, il est en outre recommandé d'utiliser un questionnaire

d'évaluation multidimensionnel. Il est possible d'évaluer la fatigue en corrélation avec d'autres symptômes au moyen du «Edmonton Symptom Assessment System» (ESAS), qui est fréquemment utilisé. Par ailleurs, il existe désormais environ une douzaine d'autres questionnaires d'auto-évaluation uni- et multidimensionnels, tels que le «Brief Fatigue Inventory» (BFI), la «Chalder Fatigue Scale» (CFS) ou le questionnaire «Single Item Fatigue» (SIF). Bon nombre de ces questionnaires ont été développés avec des patients cancéreux et sont dès lors uniquement validés pour la fatigue liée au cancer, ce qui limite leur utilisation dans d'autres maladies chroniques ou avancées. En outre, la plupart d'entre eux sont uniquement disponibles en langue anglaise, sans validation scientifique d'une traduction française [1, 3].

Il n'existe pas d'algorithme diagnostique universellement valable. Il convient bien plus de réaliser un examen clinique individuel, adapté à la situation pathologique, au pronostic et au projet de vie du patient. Les causes possibles de fatigue (inflammation, infections, troubles métaboliques ou endocriniens, malnutrition, troubles du sommeil) doivent être recherchées en fonction de la situation. La présence d'autres affections chroniques (insuffisance cardiaque/respiratoire, insuffisance rénale, déficits neurologiques) doit être explorée et être intégrée à l'évaluation globale. Il en va de même pour les traitements médicamenteux actuels et leurs potentiels effets indésirables.

Il est souvent difficile de distinguer précisément la fatigue d'une dépression, notamment parce que la fatigue est plus fréquente et plus sévère en cas d'affection dépressive préalable. L'inverse est également vrai. La question suivante peut être utile pour différencier les deux affections: «Que feriez-vous si vous n'étiez pas aussi épuisé(e)?». Les patients souffrant de fatigue ont des idées à ce sujet, tandis que ceux atteints de dépression ne parviennent pas à formuler de projets.

Fatigue – facteurs déclenchants/causes

- Cachexie
- Problèmes métaboliques: hypercalcémie, hyperglycémie, hypothyroïdie, hyponatrémie, hypomagnésémie, hypogonadisme
- Anémie
- Dysfonction/insuffisance organique: insuffisance cardiaque, rénale, hépatique
- Déconditionnement, manque d'activité physique, immobilisation
- Infections
- Effets indésirables de traitements: effets indésirables médicamenteux généraux, effets indésirables de la chimiothérapie et de la radiothérapie
- Facteurs psychiques/émotionnels: angoisse, inquiétudes, tristesse, dépression

Approches thérapeutiques

La fatigue en tant que symptôme fait souvent partie d'un complexe de symptômes et affecte plusieurs dimensions (physique, émotionnelle, cognitive, spirituelle). Un problème aussi multidimensionnel requiert en conséquence une approche thérapeutique multidimensionnelle.

Faire prendre conscience

Lorsque le médecin traitant arrive au diagnostic de «fatigue» sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique et du diagnostic instrumental, la première mesure consiste à fournir des explications à la personne touchée et à l'informer sur le phénomène de fatigue. Dans le même esprit, il convient d'informer les proches au sujet du diagnostic. En fonction des causes possibles et des besoins des personnes touchées, il faut alors déterminer des approches thérapeutiques.

Mesures générales

Les attentes et objectifs doivent être adaptés à l'état de santé actuel en fonction de la situation. Les objectifs doivent être fixés de sorte à réduire au maximum l'écart entre l'état actuel et les attentes ou les objectifs («*Calman gap*») [4]. Il convient de cibler des objectifs réalistes, en procédant par petites étapes. A cet effet, il est utile de fixer des priorités et d'éviter au maximum les efforts «superflus». Une structure journalière définie avec un équilibre entre phases actives et phases de repos est utile pour atteindre les objectifs cités. Cela inclut également le respect d'un rythme du sommeil et d'une hygiène du sommeil. Les personnes touchées doivent prendre conscience de leurs ressources et bénéficier d'aide pour pouvoir exploiter ces ressources. Des méthodes complémentaires telles que l'acupuncture, le yoga, la thérapie respiratoire et l'art-thérapie peuvent être utilisées en plus.

Les émotions doivent pouvoir être exprimées et les personnes touchées doivent être soutenues dans la quête de sens. L'estime de soi doit être encouragée, ce qui aide les personnes touchées à reconnaître l'importance de la fatigue et à accepter la fatigue.

Les besoins psychiques et spirituels des personnes touchées et de leurs proches doivent être déterminés et un soutien psychologique ou spirituel conséquent doit être mis en place. Toutes ces mesures doivent être assorties d'un réseau de soutien. L'assistanat social joue un rôle essentiel dans la coordination du réseau. Il s'agit là de la coordination et de la planification du réseau, des questions financières, des questions relatives à l'assurance sociale, ainsi que du conseil et de la sécurité pour toutes les questions relatives au droit du travail.

Les services de relève (soins hospitaliers ou volontaires) représentent d'autres piliers utiles dans un réseau solide.

Mesures spécifiques

Le traitement causal vise à éliminer ou du moins atténuer les facteurs déclenchants. L'oxygénothérapie probatoire en cas d'hypoxémie est un exemple de traitement causal. Il convient alors de surveiller si une amélioration se produit en l'espace de quelques heures au niveau physique, mais également psychique ou cognitif. Si ce n'est pas le cas, l'oxygénothérapie ne doit pas être poursuivie.

Le traitement causal vise à éliminer ou – du moins – atténuer les facteurs déclenchants, p. ex. l'oxygénothérapie probatoire en cas d'hypoxémie ou les mesures antipyrétiques en cas de fièvre.

Un autre exemple de traitement symptomatique est la transfusion d'érythrocytes en cas d'anémie symptomatique. Il n'existe pas de valeurs indicatives fixes d'hémoglobine à partir desquelles une transfusion doit être réalisée. Sur une base empirique, ce seuil correspond à une valeur inférieure à 80 g/l. En cas d'affection cardiaque concomitante, une transfusion doit éventuellement être envisagée dès une valeur inférieure à 100 g/l. Après une transfusion également, il convient d'évaluer après env. 3 jours (par ex. en répétant le questionnaire d'évaluation initialement utilisé) si une amélioration subjective s'est produite.

Des exemples supplémentaires de mesures causales sont les mesures antipyrétiques (physiques ou médicamenteuses) en cas de fièvre, l'hydratation en cas de déshydratation, la correction de troubles électrolytiques ou une antibiothérapie en cas d'infection. Les antibiotiques doivent être administrés de la manière la plus ciblée possible, en adéquation avec la situation de résistance (si elle est connue) et, d'après les recommandations d'infectiologie, sur une durée limitée. Les antibiothérapies à long terme ne sont pas indiquées.

En cas de causes psychiques, des mesures anxiolytiques, antidépressives ou visant à réguler le sommeil peuvent être initiées. Outre les approches médicamenteuses, les interventions psychosociales jouent également un rôle. Les données disponibles à ce sujet ne sont pas encore très abondantes. La plupart des travaux scientifiques ayant évalué ces interventions ont été réalisés avec des patients cancéreux, ce qui limite toute généralisation. Pour environ un quart des méthodes évaluées, une amélioration significative a pu être obtenue grâce à une intervention [5].

Mesures symptomatiques

Non pharmacologiques

Activation/mouvement

L'influence de l'activité physique est mieux étudiée. Il existe un consensus sur le fait qu'un entraînement physique structuré (séries de mouvement) peut améliorer la fatigue. Afin d'obtenir un effet durable, il convient d'essayer de faire trois à cinq séries de mouvements par semaine, d'une durée de 30–60 minutes chacune. Cet objectif a le plus de chance d'être atteint si les séries peuvent être intégrées aux structures du quotidien. Il peut s'agir de la mobilisation quotidienne en fauteuil roulant ou, pour les patients plus mobiles, d'une promenade quotidienne. Toutefois, un entraînement aussi intensif n'est souvent pas envisageable au début de l'activation. Parcourir de petites distances de marche, par ex. du lit à la table, peut marquer le début de telles séries de mouvement. L'entraînement en groupe peut constituer un facteur de stimulation supplémentaire.

Nutrition

L'alimentation, ou plus précisément la malnutrition progressive, est souvent évoquée comme une cause possible de fatigue. Dans notre société, la nutrition revêt une forte composante émotionnelle, mais également sociale. L'importance de l'alimentation est souvent surestimée par les proches. Il convient de déterminer les habitudes et cultures alimentaires du patient, et de déterminer ses attentes à cet égard. Faire appel à un diététicien est utile à la fois pour la personne touchée, mais également pour les proches et l'équipe soignante; les informations et enseignements dispensés aident à libérer la personne touchée de la pression qui pèse sur elle. Les souhaits individuels doivent être soutenus dans la mesure du possible [1].

Pharmacologiques

Avant d'initier des médicaments supplémentaires, il convient de passer en revue de manière critique les médicaments déjà utilisés et de vérifier si la personne prend d'éventuelles substances «qui fatiguent» (par ex. benzodiazépines, opioïdes, neuroleptiques, etc.). Le cas échéant, ces «vecteurs de fatigue» doivent, dans la mesure du possible, être réduits ou interrompus.

Certaines approches médicamenteuses ont été évaluées pour le traitement non spécifique de la fatigue. Pour la majorité des substances évaluées, aucune preuve réelle d'efficacité n'a pu être démontrée. Ont notamment été évalués la mirtazapine, la paroxétine, le modafinil, l'amantadine, l'huile de poisson, la L-carnitine et le

Correspondance:
Dr méd. Manuel Jungi
Medizinische Klinik
Palliative Care
Kantonsspital Olten
Baslerstrasse 150
CH-4600 Olten
manuel.jungi[at]spital.so.ch

Tableau 1: Recommandations posologiques.

Substance	Caractéristiques	Recommandation posologique	Effets indésirables potentiels
Dexaméthasone	Glucocorticoïde	– 4–8 mg par jour («single dose») – Uniquement sur une courte durée, max. 2 (à 3) semaines – En l'absence d'effet après 5 jours, arrêter le traitement	Surviennent avant tout en cas d'utilisation prolongée: – Myopathie proximale – Complications infectieuses – Insulinorésistance
Méthylphénidate	Dérivé amphétaminique Effet stimulant par inhibition de la recapture de la dopamine dans le striatum	– Dose test de 5 mg le matin; pour 80% des patients répondeurs au méthylphénidate, la réponse est déjà observée après 1 heure (évaluation par EVA avant et après la prise). – Si bien toléré → même dose à midi – Augmentation de 5 mg le 2e jour; à partir du 3e jour, augmentation par paliers de 5–10 mg – Dose maximale: 40 (à 60) mg/j – Réévaluation de l'effet toutes les 1–2 semaines → en cas de disparition de l'efficacité, arrêt du méthylphénidate (sans diminution progressive de la dose)	– Tachycardie, arythmie – Angoisse, avant tout accentuation d'un état anxieux préexistant – Délire, agitation

mégestrol. Des données positives ont uniquement pu être obtenues pour trois substances, qui peuvent ainsi être recommandées: stéroïdes, méthylphénidate et ginseng [6–8]. Toutefois, ces études ont elles aussi été réalisées avec des patients cancéreux et elles sont donc avant tout valables pour la fatigue liée au cancer. Les recommandations thérapeutiques relatives à la dexaméthasone et au méthylphénidate sont présentées dans le tableau 1. L'étude portant sur le ginseng a utilisé du ginseng du Wisconsin (*Panax quinquefolius*). Ce principe actif n'est ni disponible ni autorisé en Suisse. Aucune recommandation de dosage ne peut dès lors être émise.

D'une manière générale, la prise des médicaments qui s'avèrent inefficaces doit à nouveau être interrompue.

L'essentiel pour la pratique

- La fatigue est un symptôme silencieux et invalidant. Fréquente dans les situations palliatives, elle est encore trop peu prise en considération et donc sous-traitée.
- Les personnes victimes de fatigue doivent être mieux identifiées, être prises au sérieux et être accompagnées et formées. Les patients et leurs proches ont besoin d'explications et d'informations plus conséquentes sur la fatigue.
- L'approche thérapeutique la plus efficace consiste à corriger ou à éliminer les facteurs causaux.
- Une activation d'intensité légère mais ciblée, par le biais d'une mobilisation régulière, peut contrecarrer la fatigue.
- Structurer le quotidien peut être utile pour atténuer la fatigue.
- Options médicamenteuses possibles: dexaméthasone ou méthylphénidate.

Disclosure statement
L'auteur n'a pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Crédit photo
© Katarzyna Bialasiewicz | Dreamstime.com

Références

1 Bigorio 2013 – Consensus «on best practice in palliative care» en Suisse – Groupe d'experts de palliative ch.
2 Radbruch L, Strasser, F Elsner, F Gonçalves, Løge JF, Kaasa S, et al. Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach. Palliat Med. 2008;22:13–32.
3 Blum D, Strasser F, Fatigue – un défi multidimensionnel. palliative ch. 2014;4:6–8.
4 Calman KC. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. Journal of medical ethics. 1984;10:124–7.
5 Goedendorp M.M. Psychosocial Interventions for reducing fatigue during cancer treatments in adults (Review). Cochrane database of systematic reviews. 2009; Issue 1.
6 Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, et al. Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2013;31:3076–82.
7 Stone PC. Methylphenidate in the management of cancer-related fatigue. J Clin Oncol. 2013;31:2372–3.
8 Peuckmann V, Esner F, Krumm, N Trottenberg, P Radbruch L. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. The Cochrane Library. 2010;Issue 12.