



La fatigue chronique dans la sclérose en plaque

S.ELBEKKAOUI, Y.MEBROUK

Sofia.elbek@gmail.com

Service de Neurologie, CHU Mohammed VI, Oujda

N° Réf. IFL-004



INFLAMMATOIRE

RESUME :

Introduction : La sclérose en plaques (SEP) est une affection neurologique caractérisée par une évolution progressive et invalidante, résultant de lésions d'origine immunitaire du système nerveux central. Cette maladie se manifeste par une gamme variée de signes et symptômes, présentant une diversité clinique interindividuelle. Parmi ces manifestations, la fatigue émerge comme un symptôme prédominant, se définissant comme un manque subjectif d'énergie physique ou mentale, perçue tant par le patient que par le personnel médical, entravant ainsi les activités quotidiennes souhaitées.

Objectifs : L'objectif de notre étude est d'identifier et de quantifier la fatigue associée à la SEP. Pour ce faire, nous avons recouru à une pluralité d'échelles d'évaluation visant à mesurer cette fatigue. Certaines de ces échelles se concentrent essentiellement sur la mesure de la fatigue elle-même, tandis que d'autres évaluent l'impact de la fatigue sur diverses fonctions.

Matériel et méthodes : Notre étude a impliqué un total de 54 patients suivis pour SEP. Pour examiner les divers aspects de la fatigue, notamment physique, cognitif et psychosocial, nous avons employé plusieurs échelles d'évaluation. Ces outils comprenaient l'échelle d'impact de la fatigue modifiée M-FIS, l'EMIF courte, le Rochester Fatigue Diary, la Fatigue Severity Scale FSS et la Fatigue Descriptive Scale FDS.

Résultats : Notre enquête a recueilli les réponses de cinquante-quatre patients (36 femmes et 18 hommes), âgés en moyenne entre 30 et 35 ans. Parmi les antécédents médicaux les plus fréquemment mentionnés, nous avons relevé la dépression, l'insomnie et l'anémie. Quarante-six de nos patients sont atteints de sclérose en plaques rémittente-récurrente. Nous avons observé que 55,6% des patients ont ressenti une augmentation de leur fatigue depuis le diagnostic, avec une durée de fatigue de plus de deux jours par mois pour 41,3% d'entre eux et une fatigue persistante tout au long du mois pour 17,6%. De plus, nous avons relevé que 62,7% des patients ressentent le besoin de se reposer plus fréquemment, tandis que 52,7% considèrent la fatigue comme l'un de leurs principaux symptômes. Les scores globaux de l'échelle d'impact de la fatigue modifiée (M-FIS, EMIF) et de l'échelle de sévérité de la fatigue (FSS) étaient respectivement de 46,6 et 32,24. Concernant l'échelle descriptive de la fatigue (FDS), vingt-huit patients ont décrit la fatigue comme une sensation d'épuisement après l'exercice, vingt l'ont décrite comme une fatigue au repos (asthénie), et six ont signalé une aggravation de leurs symptômes après l'exercice. Enfin, l'analyse du Rochester Fatigue Diary a révélé un niveau d'énergie plus élevé durant la matinée, atteignant son pic entre 7 et 8 heures, puis une diminution progressive l'après-midi, jusqu'à un état d'épuisement vers 19 heures.

Discussion : La sclérose en plaques est une pathologie neurologique caractérisée par une variété de manifestations cliniques, dont l'intensité de la fatigue peut varier en fonction de l'emplacement des lésions, qu'elles affectent le cerveau ou la moelle épinière. Les diverses échelles d'évaluation de la fatigue utilisées dans notre étude ont été préalablement validées comme des outils fiables pour quantifier et catégoriser ce symptôme.

Conclusion : La fatigue due à la SEP étant un problème aux multiples facettes, une approche multidisciplinaire et une intervention sur mesure semblent nécessaires et fortement recommandées.

INTRODUCTION :

- La sclérose en plaques (SEP) est une affection neurologique caractérisée par une évolution progressive et invalidante, résultant de lésions d'origine immunitaire du système nerveux central.
- Cette maladie se manifeste par une gamme variée de signes et symptômes, présentant une diversité clinique interindividuelle.
- Parmi ces manifestations, la fatigue émerge comme un symptôme prédominant, se définissant comme un manque subjectif d'énergie physique ou mentale, perçue tant par le patient que par le personnel médical, entravant ainsi les activités quotidiennes souhaitées.
- C'est la première cause non traumatique de handicap neurologique acquis du jeune adulte aux conséquences multiples.
- Malgré l'existence de thérapies immunomodulatrices visant à ralentir la progression du handicap physique et cognitif les interventions visant à améliorer les symptômes courants de la SEP, notamment la fatigue, restent limitées.

METHODOLOGIE :

OBJECTIFS : L'objectif de notre étude est d'identifier et de quantifier la fatigue associée à la SEP. Pour ce faire, nous avons recouru à une pluralité d'échelles d'évaluation visant à mesurer cette fatigue. Certaines de ces échelles se concentrent essentiellement sur la mesure de la fatigue elle-même, tandis que d'autres évaluent l'impact de la fatigue sur diverses fonctions.

MATÉRIEL ET MÉTHODES :

Notre étude a impliqué un total de 55 patients suivis pour SEP. Nous avons examinés les divers aspects de la fatigue, notamment physique, cognitif et psychosocial, nous avons employé plusieurs échelles d'évaluation. Ces outils comprenaient l'échelle d'impact de la fatigue modifiée M-FIS, l'EMIF courte, le Rochester Fatigue Diary, la Fatigue Severity Scale FSS et la Fatigue Descriptive Scale FDS professionnelle à l'aide de l'échelle WPAI.

RESULTAT :

Caractéristiques épidémiologiques : l'âge moyen de nos patients était entre 30 et 35 ans, avec une large prédominance féminine (36 femmes pour 19 hommes).

Antécédents : Parmi les antécédents médicaux les plus fréquemment mentionnés, nous avons relevé la dépression, l'insomnie et l'anémie.

Profil clinique : Quarante-sept de nos patients sont atteints de sclérose en plaques rémittente-récurrente, six d'entre eux présentent une SEP primaire progressive et deux une SEP secondairement progressive; la durée d'évolution moyenne de la maladie est de quatre ans et demi; pour le traitement de fond 34,5% des patients de notre enquête sont sous Natalizumab, 25,5% sont sous Fingolimod, 14,5% sont sous Interféron beta1A, 14,5 sous antiCD20, 5,4% sous Mavenclad et 3,6% sous Ocrevus (figure 1). EDSS moyen est de 0,98.

Résultats épidémiologique : Nous avons observé que 54,5% des patients ont ressenti une augmentation de leur fatigue depuis le diagnostic, avec une durée de fatigue de plus de deux jours par mois pour 42,6% d'entre eux et une fatigue persistante tout au long du mois pour 17%; 47,3% des malades rapportent une augmentation de la fatigue après avoir débuté le traitement de fond en raison pour différentes raisons. De plus, notre étude a révélé que 65,5% des patients ressentent le besoin de se reposer plus fréquemment, tandis que 52,7% considèrent la fatigue comme l'un de leurs principaux symptômes, alors que seulement 40% rapportent des difficultés à accomplir les tâches quotidiennes.

Résultats des échelles : Les scores globaux de l'échelle d'impact de la fatigue modifiée (M-FIS, EMIF) et de l'échelle de sévérité de la fatigue (FSS) étaient respectivement de 46,6 (détaillé comme suis : fatigue physique : 23,2 et fatigue cognitif : 19,6 et fatigue psychosocial : 3,8) et 32,24. Concernant l'échelle descriptive de la fatigue (FDS), vingt-huit patients ont décrit la fatigue comme une sensation d'épuisement après l'exercice, vingt l'ont décrite comme une fatigue au repos (asthénie), et six ont signalé une aggravation de leurs symptômes après l'exercice. Enfin, l'analyse du Rochester Fatigue Diary a révélé un niveau d'énergie plus élevé durant la matinée, atteignant son pic entre 7 et 8 heures, puis une diminution progressive l'après-midi, jusqu'à un état d'épuisement vers 19 heures.

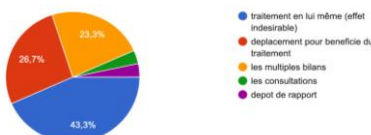


Figure 1: les différentes causes de fatigue due au traitement de fond

DISCUSSION :

- La sclérose en plaques est une pathologie neurologique caractérisée par une variété de manifestations cliniques, dont l'intensité de la fatigue peut varier en fonction de l'emplacement des lésions, qu'elles affectent le cerveau ou la moelle épinière.

Les diverses échelles d'évaluation de la fatigue utilisées dans notre étude ont été préalablement validées comme des outils fiables pour quantifier et catégoriser ce symptôme:

- L'échelle d'impact de fatigue modifiée (MFIS), suggérée par le Conseil de la sclérose en plaques pour les lignes directrices de pratique clinique, s'est avérée un outil fiable pour évaluer la fatigue due à la SEP. Le MFIS est dérivé de l'échelle d'impact de la fatigue (FIS) de 40 éléments et ne contient que 21 éléments, mais propose une évaluation plus multidimensionnelle : physique (pMFIS, 9 éléments), psychosociale (psMFIS, 2 éléments) et cognitive (cMFIS, 10 éléments). La somme des 21 éléments constitue le score total.(1). Le score maximum possible est de 84, les scores plus élevés indiquant un impact plus important sur la qualité de vie. Les plages de scores pour chaque sous-échelle sont les suivantes : physique, 0 à 36 ; cognitif, 0 à 40 ; et psychosocial, 0 à 8. Aucune donnée n'a jusqu'à présent été publiée concernant les normes de population pour le MFIS et ses sous-échelles. Certaines études utilisent un score total de 38 comme seuil pour distinguer les individus fatigués des individus non fatigués.(3) (4)

- le Rochester Fatigue Diary se compose d'une seule page avec 24 barres verticales permettant aux sujets d'évaluer la gravité de la fatigue sur une échelle visuelle analogique toutes les heures pendant 1 jour (2)

- L'échelle de gravité de la fatigue (FSS) est conçue pour différencier la fatigue de la dépression clinique, puisque les deux partagent certains des mêmes symptômes. Le sujet est invité à lire chaque énoncé et à encercler un chiffre de 1 à 7, en fonction de la pertinence qu'il a ressenti de l'énoncé qui lui a été appliqué au cours de la semaine précédente. Une valeur faible indique que la déclaration n'est pas très appropriée tandis qu'une valeur élevée indique un accord.(5)

- La Fatigue Descriptive Scale (FDS) apporte des éléments qualitatifs concernant la fatigue, elle permet de classer le mode de fatigue de chaque patient dans l'une des trois catégories proposées: distinguer la fatigue au repos de la fatigue à l'exercice de l'aggravation des symptômes.

- Nos résultats corroborent largement les conclusions de la littérature existante, notamment la conclusion de Freal et de Iriate, qui ont constaté de la fatigue chez 90% de leurs patients(6) soulignant la fatigue comme l'un, voire le symptôme le plus invalidant dans le cadre de la SEP, comme le suggèrent plusieurs études antérieures. Il est remarquable que la plupart des patients est spontanément manifeste la présence d'une fatigue anormale, mais qu'un certain nombre de patients n'ait reconnu la fatigue que lorsqu'on leur a demandé.

- L'application de l'échelle descriptive de la fatigue a été utile pour classer le mode de fatigue de chaque patient dans l'une des trois catégories proposées; elle s'est également révélée utile pour caractériser l'existence de la fatigue à l'exercice, comme l'indiquent l'étude de Iriate, le fait qu'un patient atteint de SEP puisse présenter une forme (asthénie ou fatigabilité) n'exclut pas en soi la possibilité de souffrir d'une autre forme, enfin, il y avait un chevauchement logique entre les plaintes: les patients souffrant de fatigue au repos souffraient également de fatigue à l'exercice, et les patients présentant l'un ou l'autre de ces symptômes présentaient une aggravation des symptômes avec de l'exercice. Ce fait n'enlève rien à la différenciation asthénie-fatigabilité-aggravation des symptômes mais souligne une possible graduation entre eux. Logiquement un patient qui reconnaît se sentir fatigué au repos est également fatigué à l'exercice, aucun de nos patients atteint de SEP ne s'est amélioré grâce à l'exercice.(7)

- Dans notre enquête nous avons noté une corrélation entre le type de traitement de fond et la fatigue, par exemple pour les patients sous Natalizumab, le fait de faire des bilans mensuelle avec un déplacement en milieu hospitalier est plus source de fatigue contrairement à d'autres malades sous Fingolimod par exemple qui ne se déplacent à l'hôpital qu'une fois en trois mois.

CONCLUSION :

- Malgré la prévalence connue de la fatigue dans la SEP et ses effets négatifs sur la qualité de vie, la physiopathologie de la fatigue liée à la SEP reste floue. De plus, la difficulté de mesurer la fatigue en raison de sa nature subjective et de son impact sur la qualité de vie est problématique.
- La fatigue due à la SEP étant un problème aux multiples facettes, une approche multidisciplinaire et une intervention sur mesure semblent nécessaires et fortement recommandées.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Poppel D, Postema A, Ritvo PG, Archibald CJ et Murray TJ. L'impact de la fatigue sur les patients atteints de sclérose en plaques. *Can J Neurol Sci*. 1994; 21: 9-14. [CrossRef]
- (2) Schwid SR, Covington M, Segal BM, Goodman AD. Fatigue dans la sclérose en plaques : compréhension actuelle et orientations futures. *J Rehabil Res Dev*. 2002; 39: 213-224.
- (3) Koo D, Kerschbath C, Carro L, Vera R, Ramos M, Jansz J. Evaluation of the Modified Fatigue Impact Scale in four different European countries. *Mult Scler*. 2005; 11:76-80.
- (4) Tellen N, Rio J, Tintner M, Noss C, Galan L, Moushahid N. Does the Modified Fatigue Impact Scale offer a more comprehensive assessment of fatigue in MS? *Mult Scler*. 2005; 11:190-202.
- (5) Krupp LR, LaRocca NG, Mearns J, Steinberg AD. L'échelle de gravité de la fatigue. Application aux patients atteints de sclérose en plaques et de lupus érythémateux disséminé. *Arch Neurol*. 1989; 46: 1121-1123.
- (6) Mehr R et al. (1992) Serial immune changes in multiple sclerosis patients under treatment for fatigue. *Abstracts Neurology* 42: (Suppl 3): 384.
- (7) Iriarte J, de Castro P. (1994) Proposal of a new scale for assessing fatigue in patients with multiple sclerosis. *Neurology*.