

# Amaigrissement & asthénie

# Amaigrissement

# Objectiver la réalité de l'amaigrissement

- s'assurer de la réalité de l'amaigrissement :
  - anamnèse pondérale
  - éléments objectifs (changements de vêtements, poids dans d'anciens dossiers ...)
- peut être minimisé par une rétention hydrique
- évaluation de l'indice de masse corporelle :
  - $< 18,5$  = déficit énergétique
  - $< 16$  = malnutrition sévère
- critères anthropométriques : épaisseur cutanée tricipitale, périmètre brachial ...
- critères biologiques : albumine sérique, préalbumine sérique, transferrine ...

# Quelques commentaires sémiologiques

- la présence d'une **anorexie** : un appétit conservé, voire accru, orientera vers des **causes endocriniennes** ou une **malabsorption / maldigestion**
- une **dysphagie** en distinguant la dysphagie aux solides (**obstacle mécanique**) de celle aux liquides (**troubles neurologiques**)
- un **syndrome inflammatoire** : on recherche un cancer, une infection, une maladie systémique

# Etiologies

# Endocrinopathies

souvent conservation de l'appétit

- diabète sucré
- hyperthyroïdie
- phéochromocytome

# Syndromes de malabsorption ou de maldigestion

- insuffisance hépatobiliaire
- insuffisance pancréatique
- maladie coeliaque (intolérance au gluten)
- parasitoses
- amyloïdose, lymphomes digestifs, mastocytose
- maladie de Whipple
- ischémie intestinale
- entérite radique
- résection intestinale, court-circuit intestinal
- maladie de Crohn
- postgastrectomie
- ulcère gastro-duodéal chez le sujet âgé

# Maladies « inflammatoires »

- Infections chroniques  
dont tuberculose et SIDA
- Cancers  
mécanismes divers : anorexie, troubles du goût,  
dépression, maldigestion, malabsorption, compétition  
hôte/tumeur pour les apports énergiques
- Maladies systémiques



# Grandes défaillances organiques

- insuffisance rénale
- insuffisance hépatique
- insuffisance cardiaque (cachexie cardiaque)
- insuffisance respiratoire

# Affections neurologiques graves

- maladie de Parkinson
- sclérose latérale amyotrophique
- démences

# Problèmes « psychologiques »

1. Troubles du comportement alimentaire :  
**anorexie mentale** (triade : anorexie, amaigrissement, aménorrhée)
2. **Alcoolisme**
3. **Dépression nerveuse/ burn-out**  
rechercher insomnie, troubles de l'humeur, angoisse, asthénie, algies diverses ...  
! cause organique sous-jacente

# Marasme

- = malnutrition protéino-calorique sévère
- $\Delta\Delta$  : malnutrition hypoalbuminémique, dans le contexte d'une réponse métabolique à une inflammation aiguë (patient de réanimation)

# Réalimentation

- commencer par un apport de protéine de 1,5 g/kg de poids normal avec un apport calorique de l'ordre de 120 % (200 Kcal/j) du métabolisme de base (dont 50 % des calories non-protéinées sous forme de lipides). Ne pas dépasser 150 g d'apport de glucose par jour.
- en cas de dénutrition majeure : atteindre ces valeurs en 1 à 2 semaines en commençant avec 500 cal/j pendant 3 jours et corriger les troubles ioniques (hypophosphorémie)

# Complication : syndrome de renutrition ou coma de réalimentation

potentiellement mortel

1. **Rétention hydrique** : par effet antinatriurétique, avec risque de décompensation cardiaque (cachexie cardiaque) si apport massif de liquide. Restreindre les apports sodés (20 mEq/j) et hydriques (800 ml/j)
2. **Hypophosphatémie** : peut dramatiquement s'aggraver par reprise de l'anabolisme avec risque de coma de réalimentation (faiblesse musculaire, pseudosyndrome de Guillain-Barré, convulsions, mort) et décompensation cardio-respiratoire
3. **Hypokaliémie** : aggravée par les apports glucidiques
4. **Hypomagnésémie** : source d'hypocalcémie (ostéomalacie), de déficience en vitamine K, d'hypophosphatémie.



# Asthénie



# Définition

- impression désagréable d'épuisement avant de débiter tout effort, non améliorée par le repos
- la fatigabilité correspond à l'apparition anormalement précoce de la sensation de fatigue au cours de l'effort

# Étiologies

# Endocriniennes

- Hyper- et hypothyroïdie
- Diabète sucré déséquilibré
- Insuffisance surrénalienne ( sevrage corticothérapie)
- Syndrome de Cushing
- Hypogonadisme
- Hypopituitarisme

# Maladies « inflammatoires »

- Infections

dont Grippe, Hépatites virales, EBV, CMV, Tuberculose, SIDA, Endocardites

- Cancers (lymphome, leucémie, tumeurs solides)

mécanismes divers : anorexie, troubles du goût, dépression, maldigestion, malabsorption, compétition hôte/tumeur pour les apports énergiques

Rôle de l'anémie associée

- Maladies systémiques

dont Horton, LED, Vascularite, Maladies inflammatoires chroniques intestinales

# Grandes défaillances organiques

- insuffisance rénale
- insuffisance hépatique (Alcoolique, Virale, Stéatose, Hémochromatose)
- insuffisance cardiaque
- insuffisance respiratoire (BPCO, SAS)

# Neurologique

- Myasthénie
- Syndrome de Lambert-Eaton
- Maladies musculaires : polymyosites, causes toxiques (hypocholestérolémiant, amiodarone ...)
- Polynévrites
- Sclérose latérale amyotrophique
- Sclérose en plaques
- Maladie de Parkinson
- Tumeurs frontales et préfrontales (métastases, primitives)

# Métabolique

- Hypercalcémie
- Hyponatrémie
- Hypokaliémie
- Hypocalcémie
- Hypophosphorémie

# Carentielle

- Scorbut (vitamine C)
- Vitamine B12 et acide folique (anémie)
- Vitamine D (ostéomalacie)



# Hématologique

- anémie

# Toxique

- Intoxication chronique
- sevrage tabagique ou alcoolique

# Iatrogénique

- Hypnotiques, antidépresseurs
- Laxatifs, diurétiques (hypokaliémie)
- Médicaments inducteurs de dysthyroïdies (amiodarone, contrastes iodés)
- Agents anticancéreux
- Radiothérapie

# Problèmes « psychologiques »

- Épisodes dépressifs
- États anxieux

## Asthénies d'origine somatique et psychique : éléments distinctifs

Origine somatique	Origine psychique
<b>Caractéristiques</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ plutôt en fin de journée puis permanente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ permanente</li> <li>■ survient dès le lever</li> </ul>
<b>Signes d'accompagnement</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ fièvre authentifiée persistante</li> <li>■ altération majeure de l'état général</li> <li>■ sueurs nocturnes abondantes</li> <li>■ toute anomalie de l'examen clinique : hypotension artérielle, anomalies auscultatoires, adénopathies, hépatomégalie, splénomégalie, déficit moteur objectif etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie)</li> <li>■ troubles de l'appétit</li> <li>■ plaintes disproportionnées par rapport à l'état clinique</li> <li>■ signes de dépression : idées noires, dépréciation de soi, culpabilité</li> <li>■ arthromyalgies diffuses possibles</li> <li>■ examen clinique normal</li> </ul>
<b>Examens biologiques simples</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ syndrome inflammatoire</li> <li>■ anémie</li> <li>■ troubles ioniques : natrémie, kaliémie, glycémie, calcémie...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ normaux</li> </ul>
<b>Traitement</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ traitement de la cause : antibiotiques, corticoïdes, chimiothérapie...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ efficacité du traitement antidépresseur (dans les syndromes dépressifs)</li> </ul>

# Syndrome de fatigue chronique

- Caractérisé par une *fatigue persistant plus de 6 mois* sans cause médicale identifiée

# *Critères américains*

- Majeurs (obligatoires)
  - Fatigue persistante depuis au moins 6 mois
  - Absence de cause médicale identifiée
- Mineurs (au moins 6 subjectifs et 2 objectifs ; ou 8 subjectifs)
  - Critères subjectifs
    - Etat subfébrile
    - Maux de gorge
    - Ganglions cervicaux ou axillaires sensibles
    - Faiblesse musculaire inexplicée
    - Myalgies
    - Fatigue généralisée après un exercice physique modéré
    - Céphalées
    - Arthralgies migratrices
    - Troubles de la concentration et de la mémoire
    - Troubles du sommeil
    - Survenue brutale des principaux symptômes
  - Critères objectifs
    - Etat subfébrile (37,6 – 38,6 °C)
    - Pharyngite
    - Adénopathies cervicales ou axillaires (< 2cm)

# Démarche diagnostique



# 1. *Éliminer ce qui n'est pas de la fatigue*

- demande d'arrêt de travail pour convenance personnelle
- confusion avec d'autres symptômes : dyspnée, vertiges, somnolence ...

## 2. *Confirmer la présence d'une asthénie :* **effet du repos**

- asthénie : caractère non réversible par le repos
- simple fatigue : réversible avec le repos
- fatigabilité : apparition anormalement précoce de la fatigue au cours de l'effort qui disparaît avec le repos

### 3. *Analyse sémiologique*

- type d'asthénie : musculaire (physique), mentale (psychique), sexuelle, globale
  - physique : asthénies somatiques (maladies) et réactionnelles (conditions de vie éprouvantes)
  - globale : asthénies psychiques
- horaire de l'asthénie : vespéral (somatiques), dès le réveil (psychiques)
- troubles du sommeil associés :
  - peu importants (somatiques)
  - insomnie d'endormissement (psychiques, réactionnelles)
  - réveil précoce (dépression nerveuse)
  - apnée du sommeil (sommolence diurne)
- mode évolutif : très chronique (psychique)

## 4. *Rechercher symptômes associés*

- généraux : amaigrissement, troubles de l'appétit, fièvre
- fonctionnels : toux, ictère, arthralgie, dyspnée, sueurs nocturnes ...
- habitudes alimentaires (régimes)
- prises médicamenteuses et de toxiques (tabac, alcool)
- psychiques :
  - troubles du désir, anhédonie, adynamie (dépression)
  - anxiété chronique ou paroxystique (attaque de panique)

## 5. *Examen physique complet*

# Splénomégalie

# Rappel sémiologique

- palpation légère (danger de rupture en cas de mononucléose) en décubitus dorsal et en décubitus latéral droit (plus précis).
- masse superficielle, mobile à la respiration, dont l'extension se fait vers le bas et vers la ligne médiane.
- Noter le volume, la consistance, la sensibilité

# Rappel sémiologique

- palpation légère (danger de rupture en cas de mononucléose) en décubitus dorsal et en décubitus latéral droit (plus précis).
- masse superficielle, mobile à la respiration, dont l'extension se fait vers le bas et vers la ligne médiane.
- Noter le volume, la consistance, la sensibilité



# Technique 1 : patient en décubitus dorsal

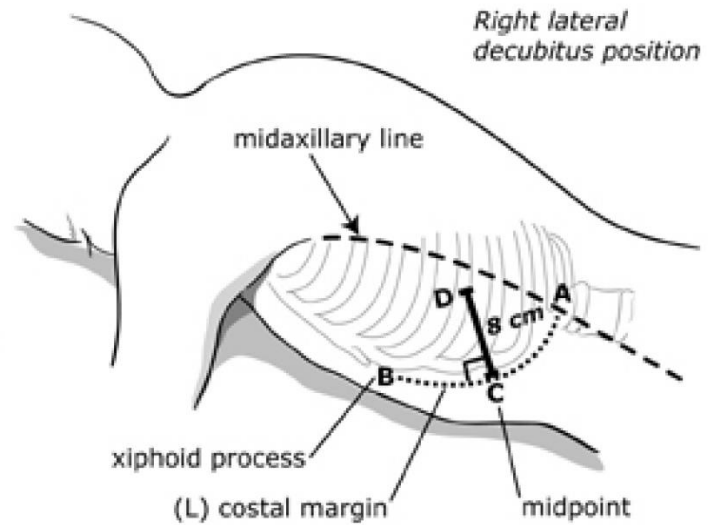
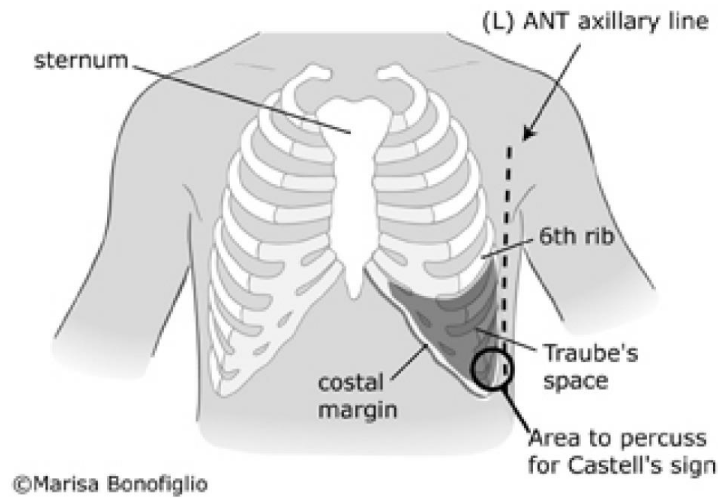
- examinateur à droite du malade couché à plat sur le dos
- palpation de la main droite mise à plat au niveau de l'hypocondre gauche de façon à percevoir le bord inférieur de la rate
- Commencer suffisamment bas pour ne pas manquer le bord en cas d'élargissement important de l'organe

# Technique 2 :

## patient en décubitus latéral droit

- les cuisses repliées sur l'abdomen, le bras gauche étendu au-dessus de lui
- examinateur placé à gauche du patient
- les 2 mains de l'examineur sont placées sous le rebord costal gauche et remontent pour accrocher le bord de la rate
- patient respire profondément pour rendre la rate palpable

# Repères



# Rechercher

- Fièvre ?
- Ascite ?
- Adénopathies périphériques ou profondes?
- Ictère ?
- Anomalies cutanéomuqueuses?
- Anomalies de la formule sanguine ?

# Splénomégalie fébrile

- Infections :
  - Bactériémie, endocardite
  - Paludisme
  - Fièvre typhoïde, brucellose
  - Infection virale : mononucléose, CMV
  - Tuberculose (rare)
  - Kala-Azar (rare)
- Hémopathies malignes : leucémies, lymphomes
- Syndrome d'activation macrophagique

# Splénomégalie avec ascite

- Pathologie hépatique avec hypertension portale

# Splénomégalie avec polyadénopathies

- Hémopathies malignes
- Infection virale
- Sarcoidose
- Syphilis secondaire

# Splénomégalie avec ictère

- Hépatopathie
- Hémolyse



# Splénomégalie avec anomalies cutanéomuqueuses

- vespertilio, vascularite cutanée : lupus érythémateux disséminé ?
- papules urticariennes et pigmentées : mastocytose ?
- éruption des paumes et des plantes : syphilis secondaire ?
- angines à fausse membrane : mononucléose infectieuse ?
- purpura ou lésions infiltrées : hémopathie ?

# Splénomégalie avec anomalies de la formule sanguine

- Hyperleucocytose avec myélémie, érythromyéémie, polyglobulie, thrombocytose : syndrome myéoprolifératif ?;
- Blastes circulants : leucémie aiguë ?
- Hyperlymphocytose : leucémie lymphoïde chronique ?
- Lymphocytes anormaux circulants : hémopathie lymphoïde ?
- Tricholeucocytes : leucémie à tricholeucocytes ?
- Grands lymphocytes activés : syndrome mononucléosique des infections virales ?
- Anémie régénérative : hémolyse ?
- Hyperéosinophilie : infection parasitaire ?
- Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles : infection bactérienne.

**Toute augmentation du volume de la rate entraîne un hypersplénisme responsable d'une pancytopénie modérée.**

TABLE 1.—All Causes of Splenomegaly and Massive Splenomegaly by Diagnostic Group (N = 2,056) \*

Diagnostic Group	Total Splenomegaly, %		Subtotal With Massive Splenomegaly, %		% of Each Diagnostic Group†
	1913 to 1936 (n = 621)	1937 to 1962 (n = 1,435)	1913 to 1936 (n = 118)	1937 to 1962 (n = 334)	
Hematologic . . . . .	34	67	69	84	31
Infectious. . . . .	43	8	17	3	8
Hepatic . . . . .	10	11	8	9	17
Congestive or inflammatory . . . . .	9	9	2	1	3
Other . . . . .	2	2	1	0	2
Primary splenic . . . . .	1	2	2	3	36
Unknown . . . . .	1	1	1	0	5
Total . . . . .	100	100	100	100	22

\*Data are derived from patients from the earlier series (1913 to 1936) and the later series (1937 to 1962) at the University of California, San Francisco, School of Medicine.

†% of each diagnostic group indicates massive splenomegaly as a percentage of the total number of patients with splenomegaly.

TABLE 2.—Hematologic Diseases Associated With Splenomegaly and Massive Splenomegaly \*

Diseases	Total Splenomegaly, %		Subtotal With Massive Splenomegaly, %		% of Each Disease†
	1913 to 1936 (n = 214)	1937 to 1962 (n = 956)	1913 to 1936 (n = 81)	1937-1962) (n = 284)	
Lymphoma . . . . .	.24	4	23	5	37
CML . . . . .	.21	18	42	35	61
ALL/AML . . . . .	.16‡	36	10	20	17
Hemolytic anemia . . . . .	.13	11	14	7	23
Pernicious anemia . . . . .	.13	0.4	1	0	3
CLL . . . . .	.7	18	6	18	34
Polycythemia vera . . . . .	.4	9	2	7	23
Myelofibrosis . . . . .	.0	3	0	8	78
Other . . . . .	.2	0.4	0	0	0
Total . . . . .	100	100	100	100	31

ALL = acute lymphoblastic leukemia, AML = acute myeloblastic leukemia, CLL = chronic lymphocytic leukemia, CML = chronic myelocytic leukemia

\*Data are derived from patients from the earlier series (1913 to 1936) and the later series (1937 to 1962) at the University of California, San Francisco, School of Medicine. Other includes 4 patients with aplastic anemia, 3 with idiopathic thrombocytopenic purpura, and 1 with multiple myeloma.

†% of each disease indicates massive splenomegaly as a percentage of the total number of patients with splenomegaly.

‡Acute leukemia often was not differentiated in the earlier series.

## Causes des splénomégalies

### Maladies infectieuses

- bactériennes : septicémies bactériennes à pyogènes, endocardites infectieuses, fièvre typhoïde, brucellose, tuberculose des organes hématopoïétiques, rickettsioses, syphilis secondaire, abcès à pyogènes
- virales : mononucléose infectieuse, hépatites virales, infection à VIH, infection à CMV, rubéole
- parasitaires : paludisme, leishmaniose viscérale (kala-azar), bilharziose invasive, kyste hydatique, toxoplasmose, larva migrans, distomatose
- mycoses systémiques : candidoses hépatospléniques

### Hémopathies

- malignes

- leucémies aiguës myéloblastiques et lymphoblastiques
- maladie de Hodgkin et lymphomes non hodgkiniens
- syndromes myéloprolifératifs (Vaquez, leucémie myéloïde chronique, myélofibrose primitive, thrombocytémie essentielle)
- leucémie myélo-monocytaire chronique
- hémopathies lymphoïdes chroniques : leucémie lymphoïde chronique, leucémie à tricholeucocytes, maladie de Waldenström
- bénignes
- toutes les hémolyses chroniques

### Hypertensions portales

- blocs intra-hépatiques
- cirrhose (éthyliques, post-hépatites, cirrhose biliaire primitive)

- granulomatoses (sarcoïdose, etc.)
- bilharziose hépatosplénique
- maladie de Wilson
- maladie veino-occlusive
- fibrose hépatique congénitale
- blocs sus-hépatiques
- thrombose des veines sus-hépatiques (syndrome de Budd-Chiari)
- insuffisance cardiaque droite
- blocs infra-hépatiques
- thrombose portale
- compression tumorale

### Maladies inflammatoires systémiques

- lupus érythémateux disséminé
- polyarthrite rhumatoïde (avec neutropénie, réalisant le syndrome de Felty)

- sarcoïdose
- maladie de Still
- maladie périodique

### Maladies de surcharge

- dyslipoprotéinoses : maladie de Gaucher, maladie de Niemann-Pick, syndrome des histiocytes bleu de mer
- histiocytoses X, amylose, hémochromatose

### Tumeurs solides

- bénignes
- kyste épidermoïde
- lymphangiome kystique ou non
- hémangiome kystique ou non
- malignes
- secondaires (métastases spléniques qui sont rares)
- primitives (angiosarcome, fibrosarcome)

## 6. *Examens complémentaires de première intention*

- A déterminer selon les résultats de l'examen clinique
- Penser à demander en outre :
  - EHC, ferritine
  - VS, CRP
  - Transaminases
  - Glycémie
  - ionogramme, calcémie, glycémie
  - tests thyroïdiens
  - fonction rénale
  - CPK
  - sérologie SIDA
  - examen des urines
  - RX thorax
  - échographie abdominale