PREMIERE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 11 – Synthèse clinique et thérapeutique de la plainte du patient à la décision médicale. Urgences

Objectif 184 **– ASTHENIE ET FATIGABILITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT**

Rédaction : Diane PURPER-OUAKIL
Relecture : Charles AUSSILLOUX

OBJECTIFS

- ***Savoir réaliser l'anamnèse et l'examen clinique de l'enfant fatigué***
- ***Connaître les causes psychiatriques d'une asthénie du sujet jeune***
- ***Savoir repérer les signes d'appel du syndrome de fatigue chronique***
- ***Connaître les principes de l'hygiène du sommeil chez l'enfant et l'adolescent***

1. Etude clinique de l'enfant fatigué

L'asthénie et la fatigabilité de l'enfant et de l'adolescent sont des motifs de consultation fréquents en pédiatrie ou en médecine générale. Ce sont des symptômes peu spécifiques, à l'interface entre la pathologie somatique et psychiatrique, qui peuvent également résulter d'une perturbation de l'environnement de l'enfant. L'anamnèse et l'examen clinique permettent d'orienter le diagnostic.

Histoire des troubles

Elle permet de préciser les *caractéristiques de l'asthénie* :

- début des troubles, évolution continue ou par périodes
- mode d'installation : brutal, progressif
- existence d'un facteur déclenchant ou supposé tel : épisode infectieux, changement de rythme de vie, facteur de stress…
- évolution de l'asthénie dans la journée : permanente, matinale, vespérale…
- existence d'une fatigabilité ou diminution de la résistance à l'effort physique et/ou intellectuel
- amélioration éventuelle par le repos
- existence d'une somnolence, d'endormissements spontanés

Elle permet de préciser des *symptômes associés* :

- somatiques : fièvre, dyspnée, pâleur, troubles de la vigilance, ronflements, obésité, maigreur, douleurs, troubles de l'appétit, troubles du sommeil…
- psychiatriques : tristesse, anxiété, anhédonie, désintérêt, repli, énurésie…

Elle permet de préciser les *habitudes de vie* :

- horaires du coucher, du lever
- siestes et périodes de repos
- rituels d'endormissement
- alimentation nocturne
- activités extra-scolaires, rythme de vie
- hygiène du sommeil
- prise d'hypnotiques ou autres médicaments sédatifs
- consommation de toxiques (alcool, tabac, stimulants..)

Elle permet de préciser *la qualité du sommeil* :

- insomnie/hypersomnie
- parasomnies : somnambulisme, rythmies du sommeil…
- réveils nocturnes : nombre, durée

En cas de signes d'appel à ce niveau, il est utile de faire réaliser par les parents ou l'adolescent un agenda de sommeil, dans lequel sont consignés les horaires de coucher, d'endormissement, le nombre et la durée des réveils… (Voir objectif 43 « Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent)

Elle permet d'évaluer le *retentissement* des symptômes :

- interférence avec la scolarité, baisse des performances
- troubles attentionnels
- retentissement familial

Antécédents

On recherchera particulièrement les *antécédents familiaux* de troubles du sommeil, de troubles émotionnels, de maladies héréditaires et de maladies inflammatoires chroniques.
Dans les *antécédents personnels*, outre les maladies somatiques et psychiatriques, il faut explorer l'existence de troubles du sommeil et de l'alimentation dans la petite enfance.

Examen clinique

Il doit rechercher les signes en faveur d'une *origine somatique* de l'asthénie, en particulier les aspects suivants :

- troubles de l'hématose : maladies respiratoires…
- troubles de l'oxygénation tissulaire : maladies cardiaques, anémies…
- hypercatabolisme :
  - néoplasies
  - maladies infectieuses aiguës, chroniques (tuberculose, hépatites virales, VIH, parasitoses..)
  - causes endocriniennes : dysthyroïdies, maladie d'Addison, diabète insulino-dépendant, diabète insipide…
  - maladies inflammatoires chroniques : arthrites juvéniles, lupus systémique, entérocolopathies inflammatoires…
- néphropathies
- maladies neurologiques : traumatismes crâniens, encéphalites…
- carences d'apport : malnutrition, anorexie, troubles de l'absorption…

Points clés :
-préciser les caractéristiques du symptôme, les signes associés
-enquêter sur les habitudes de vie, l'hygiène du sommeil
-faire un examen clinique exhaustif

2. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent

(Voir objectif 43 « Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent)

3. Causes psychiatriques de l'asthénie du sujet jeune

La plupart des troubles anxieux peuvent s'accompagner de troubles de l'endormissement, liés à l'état d'hypervigilance et de tension interne. Chez l'enfant et l'adolescent, l'anxiété de séparation et l'anxiété de performance sont souvent en cause. Dans le premier cas, l'enfant redoute le sommeil en tant que moment de séparation d'avec ses parents et cherche souvent à venir dans leur lit ou prolonge indéfiniment les rituels du coucher. L'anxiété de performance concerne surtout des situations scolaires (interrogations, contrôles) qui génèrent des ruminations anxieuses gênant l'endormissement. Au delà de la peur du noir, banale chez le jeune enfant, des troubles phobiques (anxiété intense déclenchée par une situation ou un objet donnés) et des attaques de panique nocturnes (crise d'angoisse aiguë sans facteur déclenchant) peuvent perturber le sommeil.

Dans l'anxiété généralisée, l'endormissement est généralement très pénible en raison d'un état de tension permanent et de ruminations anxieuses incessantes. Dans l'état de stress post-traumatique, les troubles de l'endormissement sont fréquents et s'associent souvent à des cauchemars caractéristiques mimant la situation déclenchante.

Les troubles dépressifs peuvent s'accompagner d'une asthénie et de troubles du sommeil. Il s'agit souvent d'une insomnie matinale avec un réveil précoce ou de réveils nocturnes. Lorsque le trouble de l'humeur s'accompagne d'une composante anxieuse, les difficultés d'endormissement sont également fréquentes. Il faut repérer les signes associés : tristesse, irritabilité, sentiment d'ennui, dévalorisation, perte des intérêts, idées noires, perte d'appétit. Chez l'enfant, une baisse inhabituelle du rendement scolaire, le désinvestissement des loisirs et le repli social sont évocateurs. Certains déprimés manifestent une clinophilie (tendance à rester au lit dans la journée). Une durée d'évolution de plus de 15 jours et le retentissement sur les activités quotidiennes distingue le trouble dépressif d'un fléchissement temporaire de l'humeur. Les formes graves, parfois accompagnées d'idées délirantes, peuvent s'accompagner d'insomnie totale. Chez l'adolescent et l'adulte, certaines dépressions se caractérisent par une hypersomnie et un grignotage. Les troubles dépressifs modifient l'architecture du sommeil en réduisant la latence d'apparition du sommeil paradoxal.

Les épisodes psychotiques aigus (bouffée délirante aiguë ou exacerbation délirante dans le cadre d'une schizophrénie) peuvent s'accompagner d'insomnie et de clinophilie. Les schizophrénies avérées se caractérisent par un déficit d'élan vital et un manque d'initiative (apragmatisme, aboulie) pouvant être confondus avec une asthénie.

La consommation de toxiques doit être recherchée devant une somnolence ou un état d'asthénie chez le sujet jeune. Le tabac est stimulant et peut réduire la durée totale de sommeil. L'alcool favorise l'endormissement et la somnolence diurne et désorganise le sommeil lent. Le cannabis a également des propriétés sédatives. La cocaïne et l'ecstasy diminuent ou suppriment le sommeil paradoxal et peuvent occasionner des privations de sommeil sévères, suivies de phénomènes de rebond. Outre les toxiques, il faut rechercher l'automédication par hypnotiques et/ou tranquillisants, parfois même administrés par les parents.

Points clés :
-connaître les principaux syndromes psychiatriques responsables de troubles du sommeil et/ou d'asthénie
-caractériser l'insomnie des troubles anxieux et dépressifs
-penser à rechercher un abus de toxiques et l'utilisation de médicaments

4. Caractéristiques du syndrome de fatigue chronique

Le syndrome de fatigue chronique (SFC) est décrit chez l'enfant d'âge scolaire mais atteint également l'adolescent et l'adulte. Il associe une asthénie durable, pouvant se prolonger plusieurs mois, voire des années, et une fatigabilité caractéristique (l'effort physique ou mental est source d'épuisement). Ces signes surviennent souvent dans les suites d'une infection virale (syndrome grippal ou infection ORL). Le début des troubles est souvent brutal ou rapidement progressif. Le SFC s'accompagne de symptômes somatiques variés (somnolence, vertiges, céphalées, troubles de la concentration, dysphagie, faiblesse et douleurs musculaires) et de manifestations émotionnelles (irritabilité, tristesse). Le retentissement est souvent considérable, gênant les activités quotidiennes et la scolarité. Les examens complémentaires ne mettent pas en évidence de pathologie somatique, en dehors de possibles antécédents d'infection virale. L'origine exacte du SFC est inconnue mais probablement multifactorielle, incluant des facteurs somatiques (immunologiques, infectieux) et psychologiques (éléments anxio-dépressifs, refus scolaire, anxiété sociale). Des liens avec les troubles de l'humeur et les troubles de conversion (dans lesquels les conflits inconscients se manifestent par une atteinte fonctionnelle somatique) ne sont pas exclus.

Points clés :
-connaître les principales caractéristiques du SFC et son caractère multifactoriel