

# Les nouveaux critères diagnostics d

*Comme la plupart des pathologies neurofonctionnelles, l'encéphalomyélite bénigne/syndrome de fatigue chronique (EM/SFC) est méconnu, ignoré, dédaigné ou même rejeté par une grande partie du corps médical. Santé intégrative donne une place importante au diagnostic et au traitement des pathologies neurofonctionnelles.*

Plusieurs critères diagnostics ont déjà été proposés, les plus connus sont ceux de Fukuda de 1994<sup>(1)</sup>, puis les critères dits canadiens de 2003<sup>(2)</sup>. Grâce à une meilleure connaissance des patients souffrant d'EM/SFC et pour mieux le différencier de troubles psychiatriques, une nouvelle réunion de consensus a déterminé en 2011 des critères diagnostic plus précis. Cette classification est appelée ICC pour *international consensus criteria*.<sup>(3)</sup> Elle reprend en grande partie la définition canadienne, accessible sur le site [www.artsworld.eu](http://www.artsworld.eu), et ses critères, à l'exception de la durée. En effet, **le critère de chronicité de plus de 6 mois ne fait plus partie des critères de diagnostic.**

**Le patient doit regrouper les critères d'épuisement neuro-immunitaire après effort (A), au moins un symptôme dans trois catégories des troubles neurologiques (B), au moins un symptôme dans trois catégories immune/gastro-intestinale/génito-urinaire(C), au moins un symptôme dans les troubles métaboliques/transport(D).**

**A : Épuisement neuro-immunitaire après effort**, il s'agit du critère le plus important, le patient doit répondre à l'ensemble des critères suivants :

1. **Fatigabilité physique et/ou cognitive marquée** et d'apparition rapide en réponse à un effort, qui peut être minimal comme les activités quotidiennes ou des efforts intellectuels, pouvant être handicapante et causer des rechutes.
2. **Aggravation des symptômes après effort.**
3. **Épuisement après effort**, il peut intervenir immédiatement après effort ou à retardement, après plusieurs heures ou jours.
4. **La période de récupération est prolongée**, elle peut prendre 24 h ou plus pour récupérer. La rechute peut durer des jours, des semaines ou plus.
5. **Faible seuil de fatigabilité physique et intellectuelle** (manque de résistance) entraînant une diminution significative du niveau d'activité.

## **B : Troubles neurologiques**

Au moins un symptôme dans 3 des 4 catégories de symptômes suivantes :

### **1. Troubles neurocognitifs :**

**a. Difficulté à traiter une information :** ralentissement de la pensée, trouble de concentration, confusion, désorientation, surcharge cognitive, difficulté à prendre des décisions, ralentissement de la parole, dyslexie acquise ou à l'effort.

**b. Trouble de la mémoire à court terme en général,** difficulté à se souvenir de ce que l'on voulait dire, de ce que l'on venait de dire, à retrouver des mots, à retrouver des informations, faible mémoire pour le travail.

### **2. Douleurs :**

**a. Céphalées en général chroniques,** céphalées généralisées incluant souvent des douleurs des yeux, derrière les yeux ou à l'arrière de la tête, parfois associées à des tensions musculaires cervicales ; migraines ; céphalées de tension.

**b. Des douleurs significatives** peuvent être ressenties dans les muscles, à la jonction tendino-musculaire, les articulations, l'abdomen, la poitrine. Elles ne sont pas de nature inflammatoire et se déplacent souvent, en général, hyperalgésie, douleur diffuse (pouvant répondre aux critères de fibromyalgie), myofasciale ou douleur irradiante.

### **3. Troubles du sommeil :**

**a. Différents types de troubles du sommeil :** insomnie, temps de sommeil augmenté dont des siestes, sommeil pendant une grande partie de la journée et réveil une grande partie de la nuit, réveils fréquents, réveil beaucoup plus précoce qu'avant le début de la maladie, hyperactivité onirique, cauchemars.

**b. Sommeil non reposant :** sensation d'épuisement au réveil quelle que soit la durée du sommeil, somnolence diurne.

### **4. Troubles neurosensoriels, de perception ou moteurs :**

**a. Neurosensoriels et de perception ;** incapacité à se concentrer, hypersensibilité à la lumière, au bruit, aux vibrations, odeurs, goût et toucher ; trouble de la sensibilité profonde.

**b. Moteur :** faiblesse musculaire, fasciculations ou clonies des paupières (la paupière qui saute), mauvaise coordination, sensation d'instabilité debout, ataxie.



# du SFC

Notes : les troubles neurocognitifs, décrits par le patient ou observés en consultation sont accentués en période de fatigue. Le phénomène de surcharge devient évident quand on demande à la personne d'effectuer deux tâches à la fois. Il est fréquent d'observer des réponses anormales d'accommodation des pupilles. Les troubles du sommeil sont plus typiquement une augmentation de la durée du sommeil, ils sont parfois extrêmes en phase aiguë et évoluent souvent vers une inversion du cycle du sommeil en phase chronique. Les troubles moteurs peuvent être discrets ou modérés dans les formes légères ou modérées, mais dans les formes graves on peut observer l'association d'un tandem seuil anormal et d'un test de Romberg positif.

## C. Perturbations immunitaires, gastro-intestinales ou urogénitales

Au moins un symptôme dans 3 des 5 catégories suivantes :

- 1. Symptômes pseudo-grippaux récurrents ou chroniques** qui aggravent ou activent l'épuisement : mal de gorge, sinusites, adénopathies cervicales ou axillaires augmentés de volume ou sensibles à la palpation.
- 2. Susceptibilité aux infections virales** avec un temps de récupération prolongé.
- 3. Appareil digestif** : nausées, douleurs abdominales, ballonnements, syndrome de l'intestin irritable.
- 4. Appareil urogénital** : besoins impérieux d'uriner ou trop fréquents, pollakiurie nocturne ou nycturie.
- 5. Hypersensibilité à des aliments**, des médicaments ou des produits chimiques.

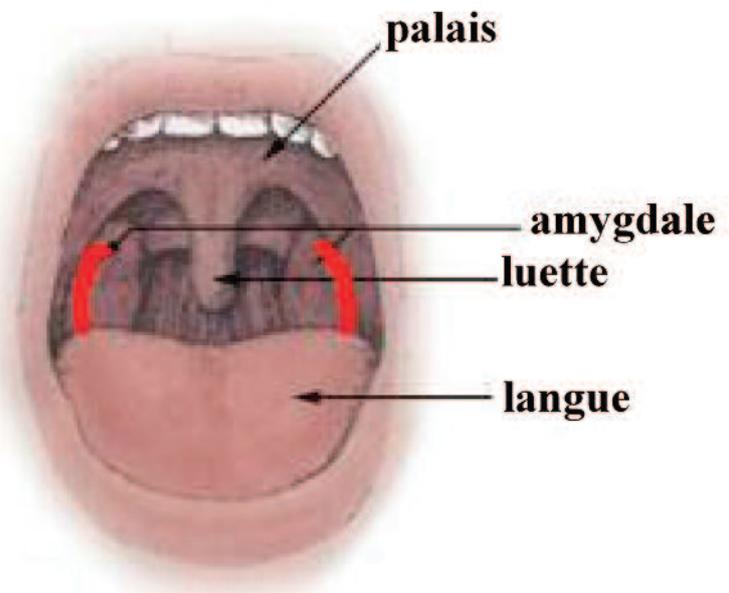
Notes : les douleurs de gorge, les adénopathies sensibles ou les symptômes pseudo-grippaux ne sont pas spécifiques mais leur activation en réponse à l'épuisement est anormale. Les personnes peuvent ressentir une gorge douloureuse, sèche et piquante. Inflammation du pharynx, croissant rouge cramoisi au bord antérieur ou juste en avant des amygdales qui indiquent une activation immunitaire.

## D. Perturbation de la production et du transport de l'énergie

Au moins un symptôme.

- 1. Cardiovasculaire** : incapacité à supporter la position verticale, intolérance orthostatique, hypotension d'origine neurologique posturale ou orthostatique, tachycardie, palpitations avec ou sans arythmie cardiaque, étourdissement, vertiges.
- 2. Respiratoires** : besoin d'air, respiration pénible, fatigue des muscles de la paroi thoracique.
- 3. Perte de la stabilité thermique** : température corporelle subnormale avec variations diurnes importantes ; épisodes de transpiration, sensations récurrentes de fièvre, avec ou sans fièvre même légère, extrémités froides.
- 4. Intolérance aux températures extrêmes.**

Notes : l'intolérance orthostatique peut apparaître après quelques minutes. Les patients qui présentent une intolérance orthostatique



## Inflammation du pharynx, croissant rouge cramoisi

peuvent présenter des marbrures des extrémités, une pâleur extrême ou un phénomène de Raynaud. Dans la phase chronique, la lunule des ongles peut régresser.

**La traduction en français de ces critères doit permettre de mieux identifier les personnes qui souffrent d'EM/SFC et de leur proposer une prise en charge intégrative de cette maladie méconnue, souvent très invalidante.**

Pour les thérapeutes qui le souhaitent un diplôme universitaire à la faculté de Dijon permet de mieux comprendre et traiter ces patients :

<http://artsweb.eu/diplome-universit.html>

1. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, et al. Chronic Fatigue Syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals Med* 121:953-959, 1994.
2. Carruthers BM, Jain AK, De Meirleir KL, Peterson DL, Klimas NG, Lerner AM, Bested AC, Flor-Henry P, Joshi P, Powles ACP, Sherkey JA, van de Sande MI. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. *J CFS* 11(1):7-115, 2003.
3. Carruthers BM, van de Sande MI, De Meirleir KL, Klimas NG, Broderick G, Mitchell T, Staines D, Powles AC, Speight N, Vallings R, Bateman L, Baumgarten-Austrheim B, Bell DS, Carlo-Stella N, Chia J, Darragh A, Jo D, Lewis D, Light AR, Marshall-Gradisbik S, Mena I, Mikovits JA, Miwa K, Murovska M, Pall ML, Stevens S. Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. *J Intern Med*. 2011 Oct;270(4):327-38.