



KRONISK TRÆTHEDSSYNDROM (Chronic Fatigue Syndrome)

Træthed er et hyppigt ledsage-fænomen ved en række medicinske, reumatologiske og psykiatriske lidelser. Af en række store undersøgelser i USA og England fremgår det, at 20-25 % af klientellet hos praktiserende læger klager over træthed. I de senere år har man imidlertid fokuseret på et særligt sygdomsbillede, hvor kronisk træthed er ledsaget af et broget billede af symptomer fra øvre luftveje og svælg, lymfeknuder, muskler, led og central-nervesystem, evt. forbundet med langvarig eller recidiverende subfebrilia, alt sammen symptomer der minder om ledsagefænomener ved banale virale infektioner med indgangsport i øvre luftveje og svælg.

Siden 1930'erne har der været rapporter om sporadiske såvel som epidemiske tilfælde af "neuromyastheni", og mange forfattere har mistænkt Epstein-Barr virus (EBV) for at spille en rolle i syndromets patogenese, dels fordi mononucleosis infectiosa ofte kompliceres af op til flere års træthed, og dels fordi mange patienter frembyder serologiske fund, der kan tyde på infektion med eller reaktivering af EBV. På denne baggrund har betegnelsen kronisk EBV-syndrom været benyttet flere steder i litteraturen. For den epidemiske form har andre navne været foreslået, herunder "benign myalgic encephalomyelitis" og "epidemic vegetative neuritis". I de sidste 6 år har virusserologiske undersøgelser af patienter med det nævnte sygdomsbillede dog tillige peget på potentielle associationer til cytomegalovirus, herpes simplex type 1, 2 og 6 samt mæslingevirus.

I et forsøg på at samle den nuværende viden og opstille en praktisk klinisk arbejdsdefinition for tilstanden har 16 amerikanske læger med ekspertise indenfor epidemiologi, infektions-medicin og klinisk forskning udgivet en rapport, der dels benytter den neutrale betegnelse "Chronic Fatigue Syndrome" (CFS) og dels opstiller hoved- og bikriterier for sygdommen ud fra enkle anamnesticke oplysninger og objektive fund. En sikker diagnose kræver enten opfyldelse af de 2 hovedkriterier + 8 (ud af 11) symptomkriterier - eller - de 2 hovedkriterier + 6 (ud af 11) symptomkriterier + 2 (ud af 3) objektive kriterier.

HOVEDKRITERIER

1. Persisterende eller idelig tilbagevendende træthed eller abnorm træthet hos en person uden lignende tidligere symptomer, som ikke svinder ved sengeleje. Træthedstilstanden skal være af en sværhedsgrad så daglige aktiviteter er reduceret til under 50 % af det præmorbid aktivitetsniveau og med en varighed på mindst 6 måneder.
2. Andre årsager til kronisk træthed skal udelukkes. Der kræves derfor nøje sygehistorie, objektiv undersøgelse og parakliniske undersøgelser for at ekskludere tilstedeværelse af maligne sygdomme, autoimmune sygdomme, kroniske bakterielle eller parasitære infektioner, neuromuskulære, endokrine, hæmatologiske og intern medicinske sygdomme, psykiatriske lidelser, medicinmisbrug og forgiftninger.

BIKRITERIER

A. Symptomer:

1. Subfebrilia målt af patienten.
2. Synkesmerter/halsirritation.
3. Ømme lymfeknuder på hals eller i axiller.
4. Uforklaret generel muskelsvaghed.
5. Myalgier.
6. Abnorm generaliseret træthed (>24 timer) efter fysisk træning, som tidligere ville være tålt uden problemer.
7. Hovedpine, der beskrives som anderledes og sværere end hovedpine præmorbidt.
8. Arthralgier uden objektive ledforandringer.
9. Neuropsykologiske klager (lysskyhed, flygtige scotomer, glemsomhed, irritabilitet, koncentrationsbesvær, depressivitet, autonom labilitet m.m.).
10. Søvn forstyrrelser (abnormt stærk søvntrang, insomni).
11. Debut af det for patienten karakteristiske syndrom i løbet af få timer eller dage.

B. Objektive fund (dokumenteret ved lægeundersøgelse ved mindst 2 lejligheder med mindst en måneds interval).

1. Subfebrilia.
2. Non-exsudativ faryngit.
3. Palpable eller ømme lymfeknuder på hals eller i axiller (<20 mm i diameter).

PRAKTISK ANVENDELSE

Ud fra ovennævnte kriterier er det nu muligt i primær lægepraksis at stille diagnosen CFS efter grundige undersøgelser. Da hovedparten af kriterierne er symptomkriterier, er det vigtigt at erkende nødvendigheden af at stole på patientens egne oplysninger om symptomer. Mange patienter har oplevet mistro fra lægen og andet sundhedspersonale samt familie som lige så frustrerende som deres CFS-symptomer. Det er også vigtigt at erkende, at der ikke findes laboratorieprøver, som positivt kan dokumentere syndromets tilstedeværelse. Særlige differentialdiagnostiske overvejelser bør gøres vedr. primært Sjögren's syndrom, primær hyper-paratyreoidisme, AIDS, okkult cancer, lymfoproliferative sygdomme, sarcoidose, autoimmune tyreoidalidelser og kronisk hjerne-skade f.eks. efter påvirkning af organiske opløsningsmidler, efter comotio cerebri eller efter encephalitis. Utsigtet vægttab på mere end 10% tyder på anden sygdom ligesom febrilia over 37,5 til 38,5 må medføre overvejelser om kronisk bakteriel/parasitær lidelse eller cardiac myxom. Da syndromet er så nyt, er det vigtigt at referere til mistanken om CFS ved henvisning til indlæggelse eller speciallæge, ligesom det må ses som en vigtig lægelig opgave at informere sociale myndigheder om syndromets eksistens, idet en stor del af patienterne har brug for økonomiske og praktiske hjælpeforanstaltninger i kortere eller længere perioder. Prognosen synes god quo ad vitam, men forløbet er uforudsigeligt for den enkelte patient. Der foregår intensiv forskning i CFS i disse år.

(Allan Wiik, autoimmunafdelingen) 16. januar 1992
(gengivet med tilladelse fra Statens Seruminstitut)