RELAX: RELation entre AnXiété & soins palliatifs
Etude de l'EVA et EN anxiété

Adrien Evin[1], Victor Nedellec[2], Aurélie Le Thuaut[3], Aurélie Gaultier[3], Patricia Jego[4], Julien Nizard[1] et l'ensemble des équipes de soins palliatifs du CHU de Nantes.
1: médecin, 2: étudiant en pharmacie, Centre fédératif Douleur, Soins de support, Soins palliatifs, Ethique clinique CHU de Nantes, 3: méthodologie biostatisticienne, Département Promotion Direction Recherche CHU de Nantes, 4: infirmière de recherche clinique, Centre fédératif Douleur, Soins de support, Soins palliatifs, Ethique clinique CHU de Nantes, Nantes, France

CONTEXTE

La **prévalence de l'anxiété en soins palliatifs semble importante,** allant de 13 à 74% des patients (1).Ce symptôme est régulièrement sous-évalué par les soignants (2). Dans ce contexte, il nous paraît important de développer des outils simplifiés afin de faciliter l'évaluation et le suivi.

L'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique (EN) de la douleur sont des outils validés simples et utilisables par tout professionnel pour évaluer la douleur et suivre son évolution pour un même patient.
Ces échelles courtes ne sont pas validées pour l'évaluation de l'anxiété en soins palliatifs, contrairement à d'autres spécialités comme l'anesthésie ou les soins dentaires (3).

Pour évaluer de manière standardisée un niveau d'anxiété dans la littérature, il est recommandé de réaliser le State Trait Anxiety Inventory-état (STAI- E) (4) mais ce questionnaire est long (20 questions) et pas toujours adapté, dans la tournure des questions, aux situations de nos patients en soins palliatifs.

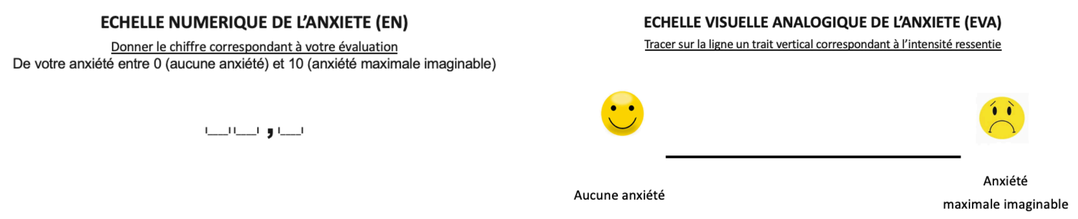
But de l'étude : Etudier la corrélation entre deux échelles courtes (EVA et EN-anxiété) et la State Trait Anxiety Inventory-état (STAI- E) afin d'évaluer l'anxiété des patients suivis en soins palliatifs.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons mené une étude observationnelle, prospective, mono centrique (CHU de Nantes) validée par un comité d'éthique locale (GNEDS), déclarée à la CNIL.

Population:
L'ensemble des patients en soins palliatifs au CHU de Nantes suivis par l'équipe mobile (EMSP) ou par l'unité fixe de soins palliatifs (USP) pouvait être inclus.

Intervention:
Chaque patient remplissait un STAI-E et évaluait son anxiété ressentie par une EN-anxiété et une EVA-anxiété.
L'ensemble des traitements pris par le patient était aussi saisi.
L'ensemble des données était anonymisé.



Analyses statistiques:
Un test de corrélation de Pearson entre les échelles a été réalisé ainsi qu'une analyse des courbes ROC afin de déterminer des seuils de diagnostics éventuels.
Nous avons réalisé une analyse intermédiaire à 1 an du début de l'étude.

RESULTATS

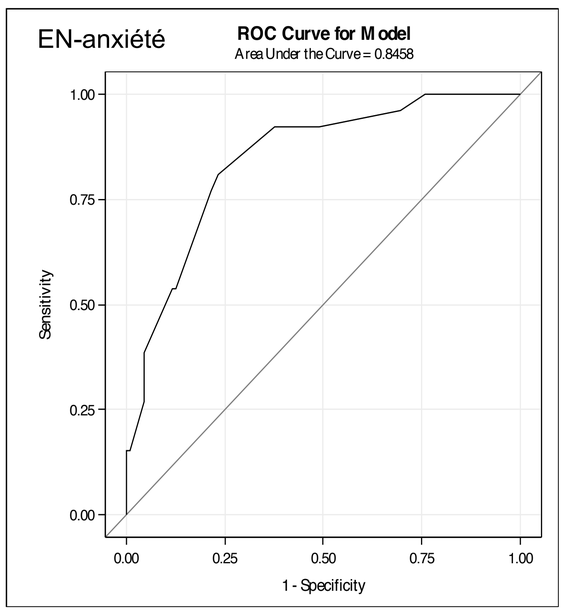
➢ **Description de la population étudiée**
139 patients ont été inclus,
65% étaient hospitalisés en USP (le reste était suivi par l'EMSP),
87% souffraient d'un cancer

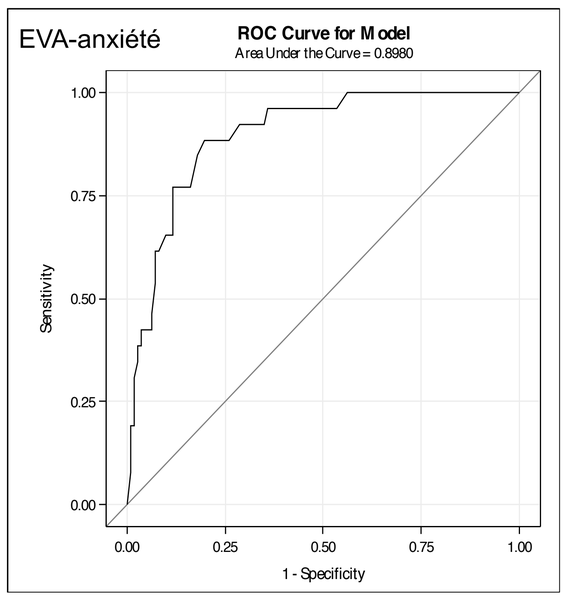
➢ **Prévalence de l'anxiété et étude des prescriptions d'anxiolytiques :**
18,8% IC95[12,6-25,4] des patients présentaient une anxiété élevée ou très élevée selon leur résultat au STAI-E.

71% avaient un traitement anxiolytique en cours (dont 60% avec au moins une benzodiazépine).

➢ **Corrélation des différentes échelles**
0,62 EN/STAI-E,
0,68 EVA/STAI-E
(corrélation forte si score >0,5)

➢ **Etude des courbes ROC et proposition de seuil**
La discrimination de l'EN et de l'EVA est bonne avec une aire sous la courbe ROC de 0.85 et 0.90, respectivement.





Un seuil à 2 pour l'EN et un seuil à 30mm pour l'EVA permettrait d'obtenir une sensibilité de 100% pour détecter une anxiété élevée à très élevée selon les analyses des courbes ROC, avec une spécificité respectivement de 24% et 44%.

Indicateurs EN>2	Effectifs	Estimation	IC 95%
Sensibilité	26/26	100.0%	[86.77% ; 100.0%]
Spécificité	27/112	24.11%	[16.53% ; 33.10%]
VPN	27/27	100.0%	[87.23% ; 100.0%]
VPP	26/111	23.42%	[15.91% ; 32.41%]

Indicateurs EVA>30mm	Effectifs	Estimation	IC 95%
Sensibilité	26/26	100.0%	[86.77% ; 100.0%]
Spécificité	49/112	43.75%	[34.39% ; 53.44%]
VPN	49/49	100.0%	[92.75% ; 100.0%]
VPP	26/89	29.21%	[20.05% ; 39.81%]

DISCUSSION & CONCLUSION

Les résultats intermédiaires montrent une prévalence faible de l'anxiété comparée à d'autres études (1). Cependant, une prescription importante d'anxiolytiques peut expliquer ce chiffre.
L'EVA et l'EN sont corrélées de manière satisfaisante avec la STAI-E, et ces chiffres sont semblables à ceux de la littérature dans d'autres spécialités.
Les seuils de 2 pour l'EN et de 30mm pour l'EVA ont une excellente sensibilité pour dépister une anxiété mais une moindre spécificité. En Clinique et dans le cadre de dépistage (notamment lors d'intervention courte comme en EMSP), une sensibilité importante représente plus d'intérêt que la spécificité.
La poursuite de l'étude nous montrera si, avec un plus grand échantillon, ces résultats sont confirmés.
L'utilisation de ces outils simples, par tout professionnel, permettra de dépister plus facilement et suivre l'évolution du symptôme « anxiété » chez nos patients.

Références :
(1) Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage. 2006 Jan;31(1):58–69.
(2) Lampic C, Nordin K : Agreement between cancer patients and their physicians in the assessment of patient anxiety at follow-up visits. Psycho-oncology 1995; 4: 301-310.
(3) Facco E, Stellini E, Bacci C, Manani G, Pavan C, Cavallin F, et al. Validation of visual analogue scale for anxiety (VAS-A) in preanesthesia evaluation. Minerva Anestesiol. 2013 Dec;79(12):1389–95.
(4) Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (form Y) . Palo Alto, California; 1983.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

UNIVERSITÉ DE NANTES