

RELAX: RELation entre AnXiété & soins palliatifs

EVA et EN anxiété

Adrien Evin¹, Victor Nedellec², Mélissa Bourguilleau², Aurélie Le Thuaut³, Patricia Jegou⁴, Julien Nizard¹ 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 sur une période de **deux ans** (de mars 2018 à mars 2020)

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.

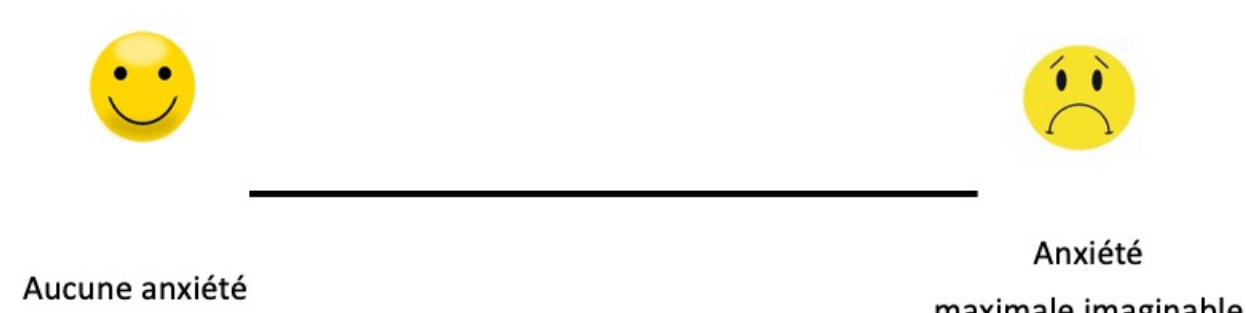
L'ensemble des traitements pris par le patient était aussi saisi.

L'ensemble des données était anonymisé.

ECHELLE NUMERIQUE DE L'ANXIETE (EN)
Donner le chiffre correspondant à votre évaluation
De votre anxiété entre 0 (aucune anxiété) et 10 (anxiété maximale imaginable)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE DE L'ANXIETE (EVA)
Tracer sur la ligne un trait vertical correspondant à l'intensité ressentie



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.

RESULTATS

Description de la population étudiée

186 patients ont été inclus,
67% étaient hospitalisés en USP (le reste était suivi par l'EMSP)
90% souffraient d'un cancer

➤ **Prévalence de l'anxiété et étude des prescriptions d'anxiolytiques :** **20,4%** IC95[14,6-26,2] des patients présentaient une anxiété élevée ou très élevée selon leur résultat au STAI-E.

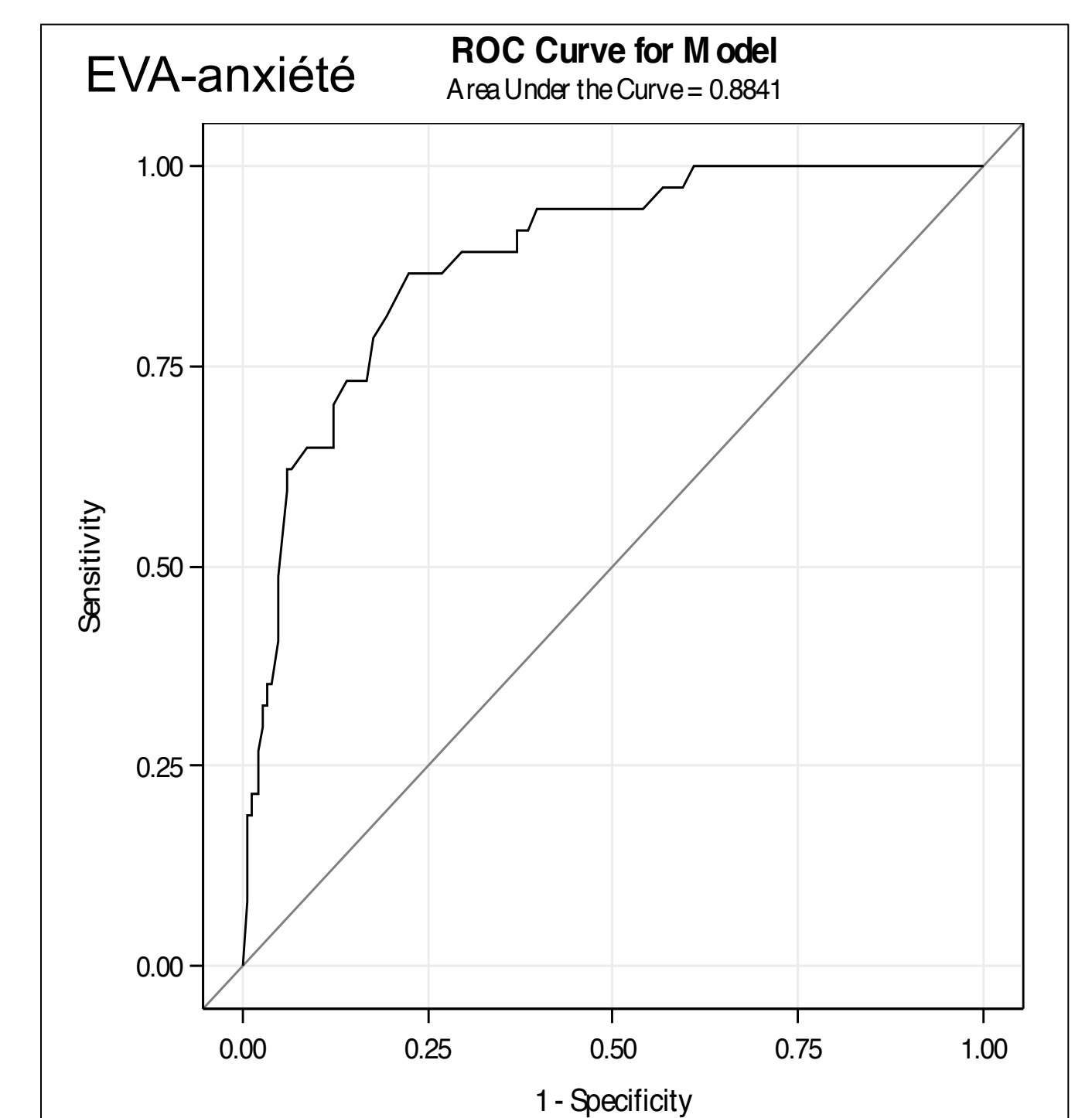
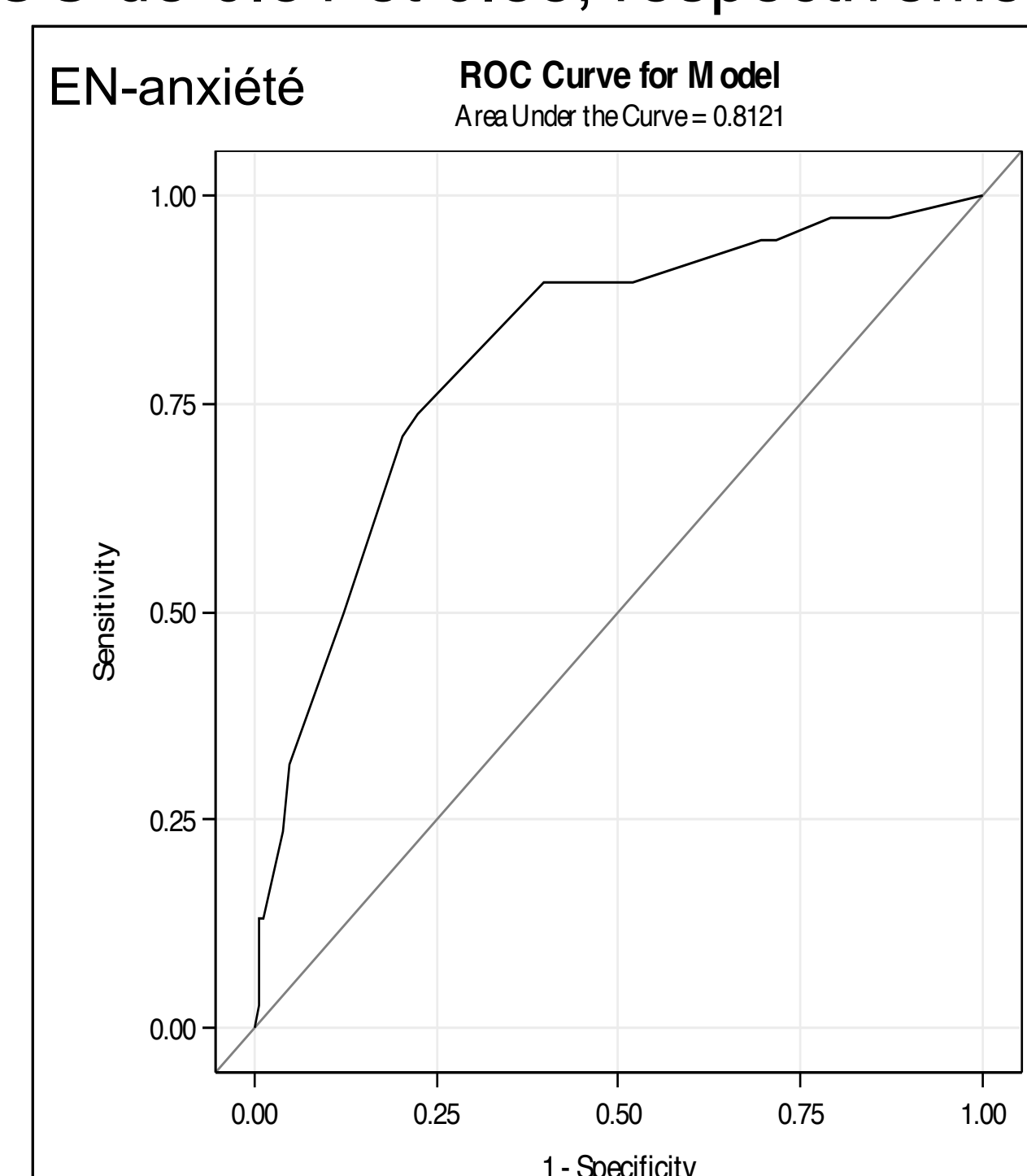
68% avaient un traitement anxiolytique en cours (dont 50% avec au moins une benzodiazépine).

Corrélation des différentes échelles

0,62 EN/STAI-E,
0,70 EVA/STAI-E
(corrélation forte si score >0,5)

Etude des courbes ROC et proposition de seuil pour une anxiété élevée à très élevée

La discrimination de l'EN et de l'EVA est bonne avec une aire sous la courbe ROC de 0.81 et 0.88, respectivement.



Un seuil à 5 pour l'EN et un seuil à 49 mm pour l'EVA permettrait d'obtenir une sensibilité de 89% pour détecter une anxiété élevée à très élevée selon les analyses des courbes ROC, avec une spécificité respectivement de 60% et 70%.

Indicateurs	Effectifs	Estimation	IC 95%
EN>=5			
Sensibilité	34/38	89.47%	[75.20% ; 97.06%]
Spécificité	89/148	60.14%	[51.77% ; 68.08%]
VPN	89/93	95.70%	[89.35% ; 98.82%]
VPP	34/93	36.56%	[26.81% ; 47.19%]

Indicateurs	Effectifs	Estimation	IC 95%
EVA>=49			
Sensibilité	33/37	89.19%	[74.58% ; 96.97%]
Spécificité	104/148	70.27%	[62.21% ; 77.50%]
VPN	104/108	96.30%	[90.79% ; 98.98%]
VPP	33/77	42.86%	[31.63% ; 54.65%]

DISCUSSION & CONCLUSION

Les résultats 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 5 pour l'EN et de 49mm 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. 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.