

Article original

## Variation de l'EVA cliniquement pertinente d'un soulagement ressenti par le patient dans les pathologies aiguës rhumatologiques

### Clinically relevant VAS pain score change in patients with acute rheumatic conditions<sup>◇</sup>

Rose Marie Grilo<sup>a</sup>, Richard Treves<sup>c</sup>, Pierre Marie Preux<sup>b</sup>, Pascal Vergne-Salle<sup>c</sup>, Philippe Bertin<sup>b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de rhumatologie A, hôpital Cochin, APHP, faculté de médecine, université Paris-V, France

<sup>b</sup> Service de rhumatologie et de thérapeutique, CHU Dupuytren, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France

<sup>c</sup> Service de biostatistiques et d'épidémiologie, CHU Dupuytren, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France

Reçu le 16 décembre 2005 ; accepté le 16 juin 2006

Disponible sur internet le 15 mai 2007

#### Résumé

Évaluer la douleur du patient constitue une étape essentielle dans la prise en charge thérapeutique du patient rhumatologique. Des échelles d'évaluation de la douleur validées sont actuellement disponibles, l'échelle visuelle analogique douleur (EVA) demeurant la plus utilisée en clinique et lors des essais thérapeutiques.

**Objectif.** – Déterminer la diminution seuil de l'EVA estimée cliniquement pertinente par le patient, pour juger de l'efficacité du traitement.

**Méthodes.** – Ont été inclus des patients souffrant d'une douleur aiguë en rapport avec une pathologie rhumatologique non cancéreuse, douleur évoluant depuis moins d'un mois, dont l'intensité à l'inclusion était supérieure à 50 mm sur l'EVA. Il s'agissait d'une autoévaluation biquotidienne réalisée par le patient à l'aide d'une EVA et d'une échelle verbale de soulagement associée à un score numérique de 0 à 4 : (0) aucun soulagement ; (1) soulagement insuffisant ; (2) soulagement moyen ; (3) bon soulagement ; (4) bon soulagement.

**Résultats.** – Cinquante patients ont ainsi été inclus dans l'étude. Une corrélation linéaire entre les différences de l'EVA et les différences de l'échelle de soulagement ( $r = 0,7$  et  $p < 0,001$ ) a été constatée. Le gain d'une classe sur l'échelle de soulagement se traduit par une diminution moyenne de 20 mm sur l'EVA ( $p < 0,0001$ ), celle de deux classes par une diminution de 40 mm ( $p < 0,0003$ ).

**Conclusion.** – Les données de la littérature se rapportant aux variations de l'EVA significativement pertinentes sont très pauvres dans le cadre des douleurs aiguës rhumatologiques. Ce constat doit encourager le développement de cette thématique pour une meilleure prise en charge des patients et harmonisation lors de la réalisation d'essais thérapeutiques.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** EVA ; Évaluation ; Douleur non cancéreuse ; Rhumatologie

**Keywords:** Visual analog scale; Evaluation; Non-malignant pain; Rheumatology

#### 1. Introduction

Médecins rhumatologues et généralistes sont quotidiennement amenés à gérer la plainte douloureuse de leurs patients.

La gestion de la douleur aiguë apparaît de plus en plus aisée, notamment depuis la prescription des opioïdes forts dans les douleurs rhumatologiques non cancéreuses d'intensité modérée à sévère, qui a donné lieu à des recommandations à présent bien établies [1–4]. Cependant, l'optimisation du traitement antalgique instauré nécessite d'avoir recours à une évaluation régulière de la douleur par le médecin. Celle-ci fait appel aux échelles d'évaluation et tout particulièrement à l'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur actuellement d'usage

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [philippe.bertin@chu-limoges.fr](mailto:philippe.bertin@chu-limoges.fr) (P. Bertin).

<sup>◇</sup> Pour citer cet article, utiliser ce titre en anglais et sa référence dans le même volume de *Joint Bone Spine*.

très répandu. Mais, au-delà des impressions subjectives, quelle est la variation de l'EVA que doit attendre le clinicien pour juger de l'efficacité de son traitement ?

Le but de ce travail était de répondre à cette question en déterminant la diminution seuil de l'EVA correspondant à un soulagement estimé bon ou très bon par le patient en présence d'une douleur aiguë rhumatologique, les données de la littérature actuelle concernant davantage l'évaluation de la douleur chronique.

## 2. Méthodes

La sélection des patients a été effectuée dans un service de rhumatologie en secteur d'hospitalisation. Les patients acceptant de participer à l'étude ont été clairement informés du déroulement et des modalités de celle-ci. Les patients étaient tous traités par les antalgiques adéquats à leur situation clinique et l'évaluation de la douleur était identique à celle pratiquée dans le service. Par conséquent, il n'y a pas eu de soumission au comité d'éthique puisqu'il n'y a eu aucune modification de l'activité clinique ou thérapeutique. Les patients ont donné leur consentement oral consigné dans le dossier. Une explication sur l'utilisation de l'EVA leur a été délivrée.

Ont été retenus les patients souffrant d'une pathologie rhumatologique dont la douleur répondait aux critères suivants :

- intensité douloureuse à l'arrivée supérieure ou égale à 50 mm sur l'EVA ;
- douleur évoluant depuis moins d'un mois.

Ont été exclus les patients chez qui, il existait une pathologie néoplasique sous-jacente et ceux pour qui la compréhension des échelles d'évaluation était impossible.

Les échelles d'évaluation étaient :

- EVA mesurant l'intensité de la douleur sur une échelle graduée de 0 (pas de douleur) à 100 mm (douleur maximale imaginable) ;
- une échelle verbale de soulagement (EVS) mesurant la qualité du soulagement ressenti par le patient, associée à un score numérique de 0 à 4 :
  - aucun soulagement (0) ;
  - soulagement insuffisant (1) ;
  - soulagement moyen (2) ;
  - bon soulagement (3) ;
  - très bon soulagement (4).

Les évaluations (EVA et de l'échelle de soulagement) étaient réalisées par le patient, à son arrivée avec l'aide du médecin puis seul à heures fixes (8–16 heures). Le patient sortait de l'étude dès l'obtention d'un soulagement jugé très bon (4) ou bon (3). La durée d'observation maximale du patient dans l'étude avait été fixée à sept jours.

L'objectif de ce travail était d'étudier une variation d'EVA cliniquement pertinente ressentie par le patient et non d'évaluer l'efficacité d'une thérapeutique en particulier. C'est la raison pour laquelle les traitements reçus avant et au cours de l'étude

n'ont pas été répertoriés. Les traitements prescrits dans le service respectaient les recommandations habituelles de prescription pour chacune des pathologies rencontrées et les contre-indications inhérentes au terrain clinique de chaque patient.

L'analyse descriptive a été réalisée à l'aide de moyennes plus ou moins écarts-types pour les variables quantitatives et pourcentages pour les variables qualitatives. Les corrélations entre deux variables quantitatives ont été évaluées à l'aide de coefficients de corrélation linéaire. Les comparaisons de moyennes entre plusieurs groupes de sujets ont été réalisées par des analyses de variance, puis lorsque cette analyse était significative des comparaisons de deux à deux ont été éventuellement réalisées par des tests PLSD de Fisher. Le degré de significativité a été fixé à 0,05 pour l'ensemble des analyses statistiques.

## 3. Résultats

### 3.1. Patients

Cinquante patients ont été inclus dans l'étude de février à avril 2004, 22 hommes et 28 femmes avec un âge moyen de  $49,4 \pm 15,1$  années. La durée moyenne de suivi dans l'étude était de  $3,9 \pm 1,4$  jours. Les pathologies dont les patients souffraient étaient :

- six poussées douloureuses d'arthrose (12 %) ;
- une fissure osseuse ostéoporotique (2 %) ;
- six lombalgies aiguës (12 %) ;
- seize lombosciatiques (32 %) ;
- deux lombocuralgies (4 %) ;
- quatre épisodes douloureux aigus de lombosciatique postopératoire (8 %) ;
- cinq névralgies cervicobrachiales (10 %) ;
- une poussée douloureuse articulaire de sclérodermie (2 %) ;
- quatre poussées douloureuses de polyarthrite rhumatoïde (8 %) ;
- une arthrite septique (2 %) ;
- trois poussées de spondylarthrite ankylosante (6 %) ;
- un tassement vertébral ostéoporotique (2 %).

### 3.2. Résultats

N'ont été inclus que des patients souffrant de douleurs aiguës. Ainsi, la valeur moyenne des EVA de départ était de  $77,7 \pm 16,0$  mm. À la fin de l'étude, la valeur de l'EVA moyenne était de  $19,5 \pm 20,1$  mm. La valeur sur l'échelle de soulagement, exploitable chez 49 sur 50 patients, était de  $0,7 \pm 0,8$  au début de l'étude, et de  $3,1 \pm 0,7$  à la fin.

Au moment de son inclusion dans l'étude, chaque patient a exprimé à l'aide de l'échelle verbale de soulagement son soulagement à l'arrivée dans le service. Ainsi, 25 sur 49 patients cotaient leur soulagement à l'arrivée comme nul (0), 13 sur 49 le jugeait insuffisant (1), et 11 sur 49 moyen (2). À la fin de l'étude, 26 sur 49 patients des patients obtenaient un bon soulagement (3) et 15 sur 49 un très bon soulagement à 4. Les huit

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389204>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389204>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)