



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Le syndrome sec est associé à la fatigue, l'anxiété, la dépression et l'altération de la qualité de vie, de façon identique chez les patients atteints ou non de syndrome de Gougerot-Sjögren primitif[☆]



Morgane Milin^{a,*}, Divi Cornec^a, Myriam Chastaing^b, Véronique Griner^b, Sofian Berrouiguet^b, Emmanuel Nowak^c, Thierry Marhadour^a, Alain Saraux^a, Valérie Devauchelle-Pensec^a

^a Unité de rhumatologie et service d'immunologie (EA 2216), hôpital de la Cavale-Blanche, université de Bretagne occidentale, CHU de Brest, BP 814, 29609 Brest cedex, France

^b Unité de psychiatrie, université de Bretagne occidentale, CHU de Brest, BP 814, 29609 Brest cedex, France

^c CIC inserm 0502, CHU de Brest, 29609 Brest cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 28 octobre 2015

Disponible sur Internet le 9 avril 2017

Mots clés :

Syndrome de Gougerot-Sjögren

Syndrome sec

Qualité de vie

R É S U M É

Objectif. – Comparer la qualité de vie (QoL), la dépression, l'anxiété et la fatigue chez les patients inclus en prospectif pour un syndrome de Gougerot-Sjögren primitif (SSp) ou pour un syndrome sec non associé au syndrome de Gougerot-Sjögren.

Méthodes. – Les patients ayant eu une évaluation multidisciplinaire dans le centre universitaire de Brest, France, pour suspicion de SSp et ayant un syndrome sec ont été inclus de manière prospective entre novembre 2006 et décembre 2013. Les mêmes examens standardisés ont été pratiqués chez tous les patients. Le diagnostic de SSp et de syndrome sec non associé au SSp était basé sur l'opinion du médecin évaluateur. Chaque patient remplissait trois questionnaires validés sur la qualité de vie (SF-36), la fatigue (MFI), la dépression et l'anxiété (HADS).

Résultats. – Des 95 patients inclus, 55 (57,9 %) avaient un SSp et 40 (42,1 %) avaient un syndrome sec non associé au SSp. La répartition par sexe, âge, durée de la maladie, était similaire dans les deux groupes. Le groupe SSp avait une proportion significativement plus élevée de patients ayant des examens anormaux objectivant une sécheresse (test de Schirmer et flux salivaire). Les scores du SF-36, HADS et MFI étaient altérés de façon identique dans les deux groupes. L'anxiété était plus fréquente que la dépression dans les deux groupes. Le domaine le plus atteint était la vitalité dans le SF-36 et la fatigue générale/physique dans le MFI. L'atteinte systémique extraglandulaire n'était pas un facteur déterminant majeur de l'altération de la qualité de vie chez les patients ayant un SSp.

Conclusion. – Le syndrome sec est associé à une perturbation significative des scores SF-36, HADS et MFI indépendamment des anomalies des examens objectifs et du diagnostic de SSp. L'anxiété est plus fréquente que la dépression et devrait être prise en compte lors de la prise en charge de tous les patients atteints de syndrome sec.

© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif (SSp) est une affection auto-immune chronique responsable d'une sécheresse buccale

(xérostomie) et oculaire (kératoconjonctivite sèche). L'infiltration lymphoïde chronique des glandes affectées est la marque histologique du SSp. Une grande variété de manifestations cliniques, y compris des troubles neurologiques [1], peut se développer, et des auto-anticorps peuvent être produits. La prévalence du SSp est débattue dans la littérature [2] et une méta-analyse récente a rapporté une prévalence mondiale globale de 0,06 % [3] et de 0,04 % en tenant compte uniquement des études de population effectuées en Europe [4]. Les femmes adultes sont atteintes de façon prédominante. En plus des symptômes invalidants en rapport avec la

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.10.005>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : morganemilin@hotmail.fr (M. Milin).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rhum.2017.04.005>

1169-8330/© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

sécheresse buccale et oculaire, le SSp provoque une fatigue [5,6], ce qui nuit gravement à la qualité de vie (QoL) [7,8]. Des douleurs diffuses et une fibromyalgie sont présents chez les patients porteurs d'un SSp [9], avec une fréquence identique à celle observée dans le lupus érythémateux systémique (LES) [6]. Aucun de ces symptômes n'est spécifique du SSp et la prévalence des symptômes de sécheresse oculaire et/ou buccale varie de 5 % à plus de 30 % en fonction de la population étudiée [10]. Ils sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées, avec une prévalence de la sécheresse oculaire ou buccale pouvant atteindre 27 % après 65 ans [11,12]. Ainsi, le SSp ne représente qu'une petite partie des patients se plaignant de sécheresse buccale ou oculaire. Une sécheresse buccale et oculaire objectivée sans SSp est connue sous le nom de DEMS (Dry Eye and Mouth Syndrome) ou Sicca, Asthenia and Polyalgia Syndrome (SAPS) [13,14].

La plupart des patients atteints de SSp rapportent une gêne liée à la sécheresse et une fatigue responsable d'une altération de la qualité de vie (QoL), avec dépression et anxiété. Des anomalies des indices de qualité de vie ont été rapportées chez les patients atteints de SSp [15–17]. Le SF-36 (36-items Short Form Health Survey) est largement utilisé pour évaluer la qualité de vie chez les patients atteints de SSp. La fatigue fréquemment rapportée par les patients et utilisée comme critère d'inclusion pour les essais thérapeutiques de rituximab [18,19] peut être facilement auto-évaluée en utilisant une échelle visuelle analogique (EVA). Cependant, des outils spécifiques ont été validés, comme le MFI (Multidimensional Fatigue Inventory). Chez les patients atteints de SSp, des études ont montré une majoration de la fatigue dans toutes les dimensions du MFI [5,20]. La dépression et l'anxiété peuvent également être évaluées en utilisant l'échelle validée du HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Deux études ont indiqué que dépression et anxiété étaient plus fréquentes chez les patients atteints de SSp que chez les témoins sains ou chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde [17,21].

Le syndrome sec non associé au SSp peut également induire des troubles psychologiques comme l'anxiété et la dépression, qui à leur tour affectent la qualité de vie [22]. Très peu d'études ont comparé la qualité de vie, la fatigue, l'anxiété et la dépression chez les patients atteints de SSp et de syndrome sec non associé au SSp [7,23–25].

Notre objectif, ici, est de comparer la qualité de vie, la fatigue, l'anxiété et la dépression chez les patients ayant un syndrome sec associé ou non au SSp. À cette fin, nous avons utilisé des outils validés pour évaluer les patients suspects de SSp inclus dans la cohorte Bretonne.

2. Méthodes

2.1. Population de l'étude

Entre novembre 2006 et décembre 2013, 241 patients atteints de SSp présumés furent inclus de manière prospective dans la cohorte Bretonne. L'étude est monocentrique. Les mêmes investigations standardisées furent effectuées chez tous les patients. Les critères d'inclusion comportaient : sécheresse buccale et/ou oculaire objective, ou gonflement récidivant ou bilatéral des glandes parotides, et/ou des symptômes extra-glandulaires ou des anomalies biologiques suggérant un SSp.

Tous les participants signèrent un consentement éclairé avant l'inclusion. L'étude était conforme à la Déclaration d'Helsinki et fut approuvée par le comité d'éthique local (hôpital universitaire de Brest).

2.2. Critères de diagnostic

Comme décrit précédemment [26] tous les patients furent examinés par le même rhumatologue, qui recueillit toutes les données de l'étude et détermina si les symptômes étaient dus au SSp en fonction des antécédents médicaux, de l'examen clinique, des examens biologiques, et des résultats de la biopsie des glandes salivaires. Tous les cas furent revus par un groupe de trois experts dont le diagnostic a servi de norme de référence. Les patients n'ayant pas de syndrome sec furent exclus de l'étude. Le diagnostic d'autres maladies systémiques fut fondé sur les critères de classification publiés. Nous avons classé les patients de l'étude en deux groupes selon que le syndrome sec était attribué au SSp ou à une autre condition (principalement syndrome sec idiopathique). Nous avons utilisé cette définition du SSp (diagnostic consensuel du médecin) à la place des critères de classification pour deux raisons principales : d'abord, pour garantir la cohérence avec nos publications antérieures effectuées sur la même cohorte et utilisant la même méthode diagnostique [26–28]; et, deuxièmement, car les critères de classification du SSp ont été récemment modifiés, avec des discordances [29,30] entre les critères de classification classiques de l'American-European Consensus Group (AECG) [31], les critères ACR 2012 [32] et les futurs critères ACR/EULAR qui devraient être publiés cette année.

2.3. Évaluation de la qualité de vie, l'anxiété, la dépression et la fatigue

Les questionnaires furent envoyés par la poste aux 241 patients avec une lettre d'explication et une enveloppe préaffranchie. Toutes les données ont été rendues anonymes.

2.3.1. SF-36 (Short Form 36 quality of life)

Le SF-36 est un questionnaire d'auto-évaluation de la QoL composé de 36 items en huit domaines : santé physique, fonction sociale, rôle physique, rôle émotionnel, santé mentale, vitalité, douleur physique, et santé générale. Un score normalisé de 0 (pire QoL) à 100 (la meilleure QoL) est obtenu pour chaque domaine. Deux scores sont calculés, le Physical Component Summary (PCS) score et le Mental Component Summary (MCS) score. Nous avons utilisé la version française validée du SF-36 [33].

2.3.2. Le HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

L'HAD est un questionnaire d'auto-évaluation qui comporte sept items sur l'anxiété et sept sur la dépression. Chaque item est noté de 0 à 3 points. Des sous-scores supérieurs à 10 définissent respectivement un trouble anxieux et un trouble dépressif. La version française validée du HADS a été utilisée pour notre étude [34].

2.3.3. Le MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory)

Cet auto-questionnaire d'évaluation de 20 éléments évalue quatre dimensions de la fatigue : la fatigue générale/physique, la fatigue mentale, la réduction des activités et de la motivation. Un score normalisé de 0 à 100 est obtenu pour chaque dimension, avec les scores les plus élevés indiquant un niveau plus important de fatigue. Nous avons utilisé la version française validée du MFI [35].

2.4. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS v.22 (SPSS Inc., IBM, Chicago, IL, USA). Pour comparer les patients avec et sans SSp, nous avons utilisé le test du χ^2 ou le test exact de Fisher, le cas échéant, pour les données catégorielles et le test de Mann-Whitney pour les données continues. La valeur de $p \leq 0,05$ était considérée comme statistiquement significative.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5669998>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5669998>

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