



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Le Carcinologic Handicap Index (CHI) : questionnaire d'autoévaluation du handicap à destination des patients traités pour cancer des VADS[☆]



M. Balaguer, J. Percodani, V. Woisard*

Unité de la voix et de la déglutition, service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, hôpital Larrey, CHU de Toulouse, 24, chemin de Pourville, TSA 30030, 31059 Toulouse cedex 9, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Cancer de la tête et du cou
Handicap
Autoévaluation
Qualité de vie

R É S U M É

Cette étude prospective a pour objet l'élaboration et la validation d'un questionnaire d'autoévaluation du handicap après traitement des cancers des VADS.

Matériel et méthode. – Le CHI a été conçu de façon empirique sur le modèle du « Voice handicap index ». Il comprend 9 dimensions autoévaluées par le patient (douleur, déglutition, nutrition, respiration, phonation, audition, vision, olfaction-gustation, psychosocial). Chacune comporte 4 questions à coter en termes de fréquence, ce qui permet le calcul d'un score pour chaque dimension ainsi qu'un score global. Il a été testé auprès de 86 patients constituant la population pathologique (majorité d'hommes, âge moyen de 59 ans, présentant une tumeur des voies aérodigestives supérieures) et 18 sujets (population témoin), pour validation du questionnaire.

Résultats et discussion. – La cohérence interne globale est à 0,905 (test alpha de Cronbach). La validité de contenu (r , entre les scores du questionnaire et les EVA correspondantes) se situe entre 0,6 et 0,8 sauf pour la domaine Vision et pour le score total par rapport à l'EVA de la santé générale ($r \leq 0,5$), la pathologie n'altérant pas directement la vision et n'étant qu'un élément parmi d'autre pouvant jouer sur la santé générale). La validité temporelle est satisfaisante ($r > 0,7$ avec $p < 0,0001$) sauf pour le domaine Respiration ($r = 0,624$, pouvant s'expliquer par la fluctuation de l'encombrement pulmonaire). Selon le site de la lésion, les domaines Déglutition, Nutrition et Respiration sont impactés différemment. Enfin, nous ne retrouvons pas de différence significative entre patients et témoins pour les domaines Douleur, Audition et Vision.

Conclusion. – Le CHI présente des qualités psychométriques acceptables et peut être considéré comme un véritable outil clinique destiné aux professionnels de santé permettant de prendre en compte l'impact de la pathologie ORL sur la qualité de vie des patients, principalement concernant les domaines fonctionnels directement atteints par le cancer ou son traitement.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les patients présentant un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ont un besoin important de prise en charge complète, pluridisciplinaire et coordonnée. Pour cela, la Classification internationale du fonctionnement (ou CIF) s'intéresse aux conséquences des « états de santé ». Elle présente un modèle « biopsychosocial » qui permet d'analyser le processus de handicap ou de

fonctionnement comme un processus interactif entre trois dimensions : un problème de santé, des facteurs personnels et des facteurs environnementaux [1]. Le handicap est le résultat d'une interaction dynamique entre les caractéristiques individuelles et les caractéristiques de l'environnement dans lequel vit la personne malade.

Les cancers des VADS impactent les activités et la participation des sujets. Afin de pouvoir adapter et personnaliser au mieux la prise en charge de ces patients, comme préconisé par l'Association francophone pour les soins oncologiques de support [2], il semble essentiel d'évaluer au préalable les dimensions fonctionnelles et psychosociales.

Nous avons ainsi proposé une étude prospective consistant en l'élaboration et en la validation d'un questionnaire d'autoévaluation du handicap et de recueil de données après traitement des cancers des VADS : le Carcinologic Handicap Index (CHI).

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2017.06.010>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : woisard.v@chu-toulouse.fr (V. Woisard).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2016.07.021>

1879-7261/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Tableau 1

Nombre de patients inclus en fonction du traitement et de la localisation.

Type de traitement	Rhinopharynx	Cavité buccale et oropharynx	Pharyngolarynx	Total
Chirurgie	0	4	12	16
RTE	0	0	5	5
Chimiothérapie	0	0	1	1
Chirurgie + RTE	5	15	20	40
RTE + Chimiothérapie	1	3	6	10
Chirurgie + RTE + Chimiothérapie	3	6	5	14

2. Matériel et méthode

2.1. Construction

Pour élaborer le CHI, nous nous sommes inspirés du modèle du « Voice Handicap Index » [3], traduit en français [4,5]. Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation du handicap vocal permettant de quantifier l'impact sur la qualité de vie d'un trouble vocal. Il comprend 30 questions réparties en trois grands domaines (fonctionnel, émotionnel et psychique) [6]. Chaque question est évaluée en termes de fréquence (de « jamais » à « toujours »), affectée de cinq niveaux, allant de 0 (faible occurrence) à 4 (forte occurrence). Le Voice Handicap Index permet donc d'obtenir un score global sur 120, chaque domaine ayant un sous-score sur 40. Plus le score est important, plus l'impact sur la qualité de vie est important pour le patient.

C'est à partir de ces éléments que le CHI a été construit. Il a été progressivement adapté après une première phase de présentation en consultation à des patients.

Nous avons choisi de le construire en neuf domaines, en considérant les principaux symptômes dont souffrent les patients traités pour un cancer des voies aérodigestives, y compris les cancers des sinus et du cavum. Quatre domaines concernent des fonctions sensorielles (douleur, audition, vision, olfaction-gustation). Quatre autres interrogent l'impact sur les fonctions des voies aérodigestives supérieures (déglutition, nutrition, respiration, phonation). Le dernier domaine a trait à l'impact psychosocial (Annexe 1).

Chacune de ces dimensions comprend quatre questions, à laquelle le sujet doit répondre par un choix multiple à 5 niveaux (jamais, presque jamais, parfois, presque toujours, toujours).

Le CHI donne donc trois scores différents : un pour chaque question (compris entre 0–jamais et 4–toujours), un pour chaque dimension (somme des scores aux questions, pouvant aller de 0 à 16), et enfin un score global (somme des scores des différentes dimensions, entre 0 et 144). Ainsi, comme pour le VHI, plus les scores sont élevés, plus l'impact sur la qualité de vie est important.

2.2. Critères d'inclusion

Pour valider ce questionnaire, ont été inclus consécutivement pendant une période de 6 mois tous les patients venant en consultation de suivi pour un cancer des VADS en rémission clinique depuis plus d'un an.

La population « pathologique » était constituée de 86 patients, d'âge moyen 59 ans (28–85 ans), avec une majorité d'hommes (74 contre 12 femmes). Ces patients venaient consulter pour le suivi d'un cancer des VADS de septembre 2005 à juin 2006.

La tumeur était localisée au niveau du rhinopharynx dans 9 cas, de la cavité buccale ou de l'oropharynx dans 28 cas et du pharyngolarynx dans 49 cas (Tableau 1).

Une population dite « témoin » de 18 sujets d'âge moyen 45 ans (24–69 ans ; ET 13,99 ; 9 hommes et 9 femmes) était constituée par l'entourage des patients, qui venait en tant qu'accompagnant lors des consultations, ainsi que des membres du personnel soignant.

Tableau 2

Résultats au test alpha de Cronbach.

Domaine douleur	0,756
Domaine déglutition	0,617
Domaine nutrition	0,751
Domaine respiration	0,674
Domaine phonation	0,879
Domaine audition	0,828
Domaine vision	0,817
Domaine olfaction-gustation	0,787
Domaine psychosocial	0,898
Total du questionnaire	0,905

2.3. Méthodologie

Pour valider notre questionnaire, nous avons procédé en deux temps.

Le premier temps correspondait à une première présentation du CHI aux sujets. Nous leur avons également demandé, pour chacune des neuf dimensions évaluées, une évaluation visuelle analogique (EVA). Les sujets devaient positionner au moyen d'une croix sur une ligne (allant de « aucune » à « intolérable » ou de « très faibles » à « très importantes ») leur ressenti de la gêne dans chacun des domaines. L'évaluation en parallèle des réponses au CHI et aux EVA permet une validation de contenu.

Le second temps consistait à proposer à nouveau aux sujets un CHI, dans un délai compris entre 7 et 15 jours. La comparaison des scores obtenus aux questionnaires permet d'effectuer une validation temporelle.

Enfin, l'évaluation de la pertinence de nos questions sera effectuée en comparant les scores obtenus par notre population « pathologique » et par notre population « témoin » (exempte de tout problème carcinologique des VADS).

3. Résultats

3.1. Cohérence interne

Elle a été évaluée par le test alpha de Cronbach (Tableau 2).

La cohérence interne donne dans chaque domaine des scores compris entre 0,617 (déglutition) et 0,898 (psychosocial). Le score global du CHI est de 0,905, ce qui est considéré comme acceptable et satisfaisant car supérieur à 0,7. Les domaines dans lesquels les résultats sont moins probants tout en restant dans une limite acceptable (> 0,6) sont ceux de la Déglutition et de la Respiration.

3.2. Validité de contenu

L'étude de la corrélation entre les réponses aux différentes questions de chaque domaine et aux EVA a permis de vérifier la validité de contenu (Tableau 3).

La validité de contenu est satisfaisante pour huit des neuf domaines explorés (avec R compris entre 0,616 pour la nutrition-alimentation et 0,807 pour la phonation-parole). Seul le domaine Vision montre un score plus faible à 0,554.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805474>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805474>

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