

Evaluation de l'impact de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs sur la qualité de vie

Patrick Marquis

MAPI Values, Lyon, France

Abstract

Assessment of the Quality-of-Life Implications of Peripheral Arterial Occlusive Disease

Peripheral arterial occlusive disease is a common condition with possible serious consequences. It is usually diagnosed at the intermittent claudication stage. There are 2 objectives of treatment: to prevent ischaemic attacks and to improve quality of life. Treatment efficacy is, however, usually evaluated only in terms of walking distance. When making medical decisions, it is now generally accepted that patients are as much concerned by quality of life as by life expectancy, particularly with regard to chronic diseases for which the aim of therapy is not only to treat the disease but also to relieve pain or restore function. Quality-of-life evaluation is therefore necessary to assess treatment efficacy, guiding clinicians in their choice of therapy and manufacturers in their choice of new molecules for development. Three types of instruments can be used to evaluate quality of life. Currently, those most often used are health status and health-related quality-of-life scales. These scales can be nonspecific, giving information on both health status and quality of life independently of any particular condition [the Medical Outcomes Study (MOS) Short Form-36 items (SF-36), for example], or they may be relevant to one disease. Specific scales are usually more sensitive than nonspecific ones. When the ARTEMIS® scale, which is specific to peripheral arterial occlusive disease, was developed in 1993, there were 400 scales in existence. However, none were specific to peripheral arterial occlusive disease. The ARTEMIS® scale is a self-administered questionnaire, composed of a general (SF-36) and a specific instrument. It comprises 64 items covering the 8 dimensions of the SF-36, 5 specific dimensions and 2 differential dimensions (perception of health status evolution and perception of the future). The ARTEMIS® questionnaire was validated in 177 patients with intermittent claudication (phases IIa and IIb of the Leriche and Fontaine classification). Results obtained with the ARTEMIS® questionnaire are presented and compared with those obtained by other authors using nonspecific or specific scales for quality-of-life evaluation. All results showed that intermittent claudication has a significant effect on the various dimensions of quality of life (except in one study). Nevertheless, the relationship between walking distance (or other functional measures) and quality of life did not prove to be as close as had been expected, indicating that functional measures do not reflect the patient's overall perception of the disease. The ARTEMIS® questionnaire showed that quality-of-life scores were significantly

higher (better quality of life) in patients with walking distances greater than 500 metres than in those with shorter walking distances (less than 500 metres). Moreover, quality-of-life scores were both high and similar in patients with walking distances greater than 500 metres, while in patients with shorter walking distances quality-of-life scores ranged from high (good quality of life) to low (bad quality of life). In the absence of curative treatment, the patient's perception of quality of life must therefore be evaluated prior to any treatment. Treatment will help to prevent ischaemic attacks in patients with walking distances greater than 500 metres, and will have a preventive effect and improve functional measures in patients with low quality-of-life scores, regardless of walking distance. The ARTEMIS® questionnaire can therefore assist clinicians in their choice of therapeutic strategy and in the evaluation of treatment efficacy.

Résumé

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs est une pathologie fréquente dont les conséquences peuvent être graves. Elle est généralement diagnostiquée au stade de la claudication intermittente. Son traitement a deux objectifs: réduire les accidents ischémiques et améliorer la qualité de vie du patient. Pourtant, la mesure de l'efficacité des traitements visant à améliorer la qualité de vie des patients repose généralement sur la simple évaluation du périmètre de marche. Depuis une vingtaine d'années, des outils de mesure de la qualité de vie ont été développés et l'impact de l'artériopathie sur la qualité de vie a pu être mesuré à l'aide de questionnaires généraux ou spécifiques comme le questionnaire ARTEMIS®. Les études ont permis de démontrer l'association globale entre qualité de vie et claudication intermittente: plus le périmètre de marche est faible, plus les répercussions sur la qualité de vie sont importantes en moyenne. Mais elles ont surtout révélé la grande dispersion des scores de qualité de vie pour des niveaux voisins de limitations fonctionnelles. La dispersion des scores est d'autant plus grande que la claudication est sévère. Ces résultats suggèrent que la prise en charge du malade atteint d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs devrait tenir compte du score de qualité de vie, en particulier pour orienter les traitements fonctionnels vers les patients ayant des scores dégradés indépendamment de leur périmètre de marche.

L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) est une pathologie largement répandue dont les conséquences peuvent être graves.^[1-4] Elle peut être le premier indicateur d'une artériosclérose généralisée, faisant craindre un accident coronarien ou vasculaire cérébral. Ainsi dans une étude épidémiologique, Criqui et al.^[5] ont montré que le risque de décès par accident coronarien ou vasculaire était augmenté d'un facteur 3 à 6 dans les formes très discrètes, voire asymptomatiques, d'artérites des membres inférieurs. C'est pourtant à un stade plus avancé de

claudication intermittente que la maladie est généralement diagnostiquée. Le traitement du patient répond alors à deux objectifs: réduire les événements critiques ischémiques en contrôlant notamment les facteurs de risques (hypertension artérielle, diabète, tabagisme, hyperlipidémie...) et améliorer la qualité de vie du patient.

Le terme de qualité de vie est un terme très largement utilisé qui prend en compte la santé physique mais aussi les capacités physiques, psychologiques et sociales. Pour Schipper et al.,^[6] améliorer la qualité de vie d'un patient consiste à

réduire les répercussions fonctionnelles de sa maladie et de ses traitements, telles qu'il les perçoit. Une discussion d'expert existe sur les termes précis qu'il convient d'employer pour parler de la qualité de vie. C'est pourquoi on trouve dans la littérature les termes de "health status" (état de santé), de "well-being" (bien-être) et de "quality of life" (qualité de vie) ou encore, de "health related quality of life" (qualité de vie en terme de santé).

Dans cet article, sont discutés l'intérêt de la mesure de la qualité de vie chez les sujets atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, les outils de mesure de la qualité de vie, la perception de la qualité de vie par les patients atteints d'artériosclérose oblitérante des membres inférieurs, et l'intérêt de l'évaluation de la qualité de vie des patients pour la prise en charge thérapeutique.

Importance de la mesure de la qualité de vie chez les sujets atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs

D'une façon générale, il est maintenant bien admis en matière de santé, que les décisions doivent prendre en compte le point de vue des patients car ils sont concernés par leur qualité de vie tout autant que par sa durée.^[7]

Par ailleurs, l'objectif des traitements n'est pas toujours de guérir mais aussi de soulager ou restaurer toute une série de fonctions. Ceci est particulièrement vrai dans le cas des maladies chroniques. C'est pourquoi les exemples de mesure de la qualité de vie s'intéressent à des pathologies d'évolution chronique aussi diverses que l'angine de poitrine,^[8,9] l'arthrose ou encore la rhinite allergique.^[10] L'AOMI au stade de la claudication intermittente^[11] rentre dans cette catégorie. Chez le patient atteint de maladie chronique, les activités physiques quotidiennes sont souvent plus difficiles à réaliser, les douleurs qui s'ajoutent à cette incapacité physique perturbent la vie relationnelle, les traitements et les examens médicaux réguliers sont vécus comme des con-

traintes, et enfin, chez les patients à la force de l'âge et actifs tout particulièrement, la conscience d'être des malades chroniques affecte leur équilibre psychologique.

Chez le patient atteint d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, où l'objectif premier est d'arrêter la progression de la maladie et d'améliorer la qualité de vie, l'évaluation des traitements est très souvent réduite à la simple évaluation fonctionnelle de la claudication intermittente par la mesure du périmètre de marche. Cette mesure est insuffisante car il s'agit d'une mesure indirecte du handicap qui ne reflète que partiellement le point de vue du patient dans son cadre de vie. En effet, l'intérêt de posséder un périmètre de marche étendu varie avec les besoins et l'âge du patient. De plus, la prise en charge du patient doit dépasser le cadre du résultat fonctionnel et s'intéresser aux conséquences du soulagement fonctionnel dans d'autres domaines, sociaux ou psychologiques comme par exemple, le bien-être et la perception de l'avenir. En effet, bon nombre de patients atteints d'artériopathie périphérique savent que, potentiellement, leurs vaisseaux coronariens ou cérébraux peuvent être atteints et que leur espérance de vie est souvent diminuée, l'appréciation de l'efficacité d'un médicament sur le bien-être et la perception de l'avenir se révèle alors particulièrement intéressante. Enfin, la prise en charge de l'artériopathie, tout en essayant de stabiliser ou de restaurer les capacités fonctionnelles, conduit le plus souvent à une modification des habitudes du patient (régime alimentaire, arrêt de la consommation de tabac..) et donc à une modification de sa qualité de vie, qu'il est important de quantifier.

Enfin, la mesure de la qualité de vie chez les patients atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs est nécessaire pour juger de l'efficacité du traitement dans sa globalité et donc pour orienter les choix thérapeutiques des cliniciens et le choix des molécules, qui seront peut être les médicaments de demain, pour les industries de santé.

Méthodologie et critères d'évaluation de la qualité de vie

Depuis une vingtaine d'années, grâce aux progrès notamment en psychométrie et en analyse décisionnelle, des outils de mesure de la perception de la qualité de vie par les patients ont été développés. Ils permettent d'apporter une meilleure réponse scientifique au besoin d'évaluation des traitements.^[12] Classiquement, deux grandes familles d'instruments descriptifs permettent d'évaluer la qualité de vie: les instruments généraux et les instruments spécifiques.

Les instruments généraux fournissent des données sur l'état de santé et la qualité de vie, quelle que soit la pathologie. Ils sont intéressants car ils permettent la comparaison de groupes atteints par des pathologies différentes, et permettent d'établir des niveaux de référence par rapport à des populations témoins non malades. Les plus connues sont le Nottingham Health Profile (NHP),^[13-15] le Medical Outcomes Study (MOS) Short Form-36 items (SF-36)^[7,15,16] le Sickness Impact Profile (SIP)^[17,18] et le Duke Health Profile (DHP).^[19,20]

Les instruments spécifiques de pathologie fournissent des données propres à une maladie. Les comparaisons avec d'autres patients souffrant d'autres maladies ne sont pas possibles, mais la spécificité de ces instruments les rend plus sensibles aux variations cliniques que les mesures globales. Ils s'intéressent directement aux préoccupations des patients.

La mise au point d'un instrument ou questionnaire est un travail de recherche de longue haleine, nécessitant des compétences pluridisciplinaires (médecins, psychologues, statisticiens, méthodologistes...). Les questionnaires sont soit prévus pour être remplis par le patient lui-même (on parle de questionnaire auto-administré), soit pour être remplis avec l'aide d'un interviewer. Lors de l'analyse du questionnaire, un score global unique (dans le cas d'un index) ou bien un score pour chacune des dimensions observées (dans le cas d'un profil) est calculé. Pour être utilisable, un questionnaire doit être fiable (avoir une erreur de mesure faible) et valide (capacité à mesurer

effectivement ce qu'il est supposé mesurer). Ainsi, la cohérence interne des dimensions, leur reproductibilité, leur validité clinique et leur sensibilité doivent, de plus, être vérifiées. Enfin, si l'on souhaite utiliser un questionnaire élaboré dans une langue différente (la plupart des questionnaires de qualité de vie sont d'origine anglo-saxonne), il est nécessaire de faire une validation linguistique, c'est-à-dire une traduction qui repose sur une équivalence conceptuelle des domaines mesurés entre l'original et la version traduite.

Devant la complexité du développement d'un questionnaire, il est recommandé d'utiliser des questionnaires déjà existants, quitte à les traduire. En 1993, au moment du développement du questionnaire ARTEMIS[®],^[11] spécifique de l'artériopathie oblitérante au stade de la claudication intermittente, plus de 400 échelles de qualité de vie existaient; aucune n'était référencée dans la littérature médicale et spécialisée en qualité de vie [the on-line guide to quality-of-life assessment (OLGA)^[21]] comme spécifique à l'artériopathie. Seul le questionnaire de Rose et al.^[22] était utilisé mais il avait été conçu dans un but diagnostique.

Perception de la qualité de vie par les patients atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Ponte et Cattinelli^[23] ont étudié la qualité de vie de patients atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs à l'aide de trois questionnaires généraux: McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ),^[24] Squibb Quality of Life (SQUIBB) et General Health Index Questionnaire (GHIQ).^[25] Pour ces auteurs, l'AOMI n'a d'impact significatif que sur les capacités physiques des patients. Ainsi, au stade de la claudication intermittente, les capacités physiques des patients sont très variables. Par contre, la pathologie ne semble pas avoir un fort impact sur l'équilibre psychologique et émotionnel des patients. Ponte et Cattinelli expliquent cette constatation par le fait qu'une pathologie intéressant les extrémités, même si elle est grave, n'est pas perçue par les malades de la même façon qu'une pathologie intéressant des

Tableau I. Contenu du questionnaire ARTEMIS®: forme longue

SF-36	
Profil général	
Activités physiques (10 questions)	Gêne dans les diverses activités physiques telles que faire du sport, porter les courses, se laver, s'habiller
Limitation état physique sur les activités quotidiennes (4 questions)	Gêne dans le travail ou les activités quotidiennes due à la santé physique
Douleurs physiques (2 questions)	Importance des douleurs (physiques) et gêne dans le travail ou les activités domestiques
Santé perçue (5 questions)	Evaluation de l'état de santé
Vitalité (4 questions)	Evaluation de l'énergie et de la fatigue
Vie et relation avec les autres (2 questions)	Gêne dans la vie et les relations avec les autres (famille, amis, connaissances)
Limitation état psychique sur activités quotidiennes (3 questions)	Gêne dans le travail ou les activités quotidiennes due à la santé psychique
Santé psychique (5 questions)	Etat émotionnel (normal, nervosité, bien-être)
Echelle catégorielle	
Evolution de la santé perçue (1 question)	Etat de santé en ce moment par rapport à l'année dernière
Profil spécifique	
Retentissement des douleurs sur les activités quotidiennes (5 questions) ^a	Gêne dans activités quotidiennes et dans le psychique due à la douleur
Gêne dans les activités courantes (4 questions) ^b	Gêne dans activités quotidiennes et la vie relationnelle due à la claudication intermittente
Préoccupations de l'état de santé (6 questions) ^a	Mesure dans laquelle le patient se fait du souci pour sa santé
Satisfaction (9 questions) ^a	Satisfaction du patient par rapport à son état de santé, ses aptitudes physiques et ses activités
Sexualité (3 questions) ^b	Gêne dans les activités sexuelles
Echelle catégorielle	
Avenir (1 question) ^b	Inquiétude du patient pour l'avenir compte tenu de son artérite
a Modules complémentaires provenant de la littérature. ^[18-20]	
b Modules complémentaires spécialement créés pour l'étude.	

organes dits “nobles” comme le cerveau, le cœur ou les yeux. De plus, les patients inclus dans leur étude étaient âgés (plus de 60 ans), ce qui, pour les auteurs, permet d'envisager un certain degré d'acceptation vis-à-vis de la maladie et une vie sociale différente de celle d'autres groupes d'âge.

Utilisant le questionnaire général MHIQ, Barletta et al.^[26] montrent, quant à eux, un impact de la claudication intermittente sur les trois domaines étudiés (capacités physiques, vie sociale et vie émotionnelle), ainsi qu'une corrélation entre le périmètre de marche et les résultats des capacités

physiques. Par contre, ils ne trouvent pas de corrélation entre le périmètre de marche et les résultats des items concernant la vie sociale et émotionnelle.

Lors de l'étude ayant permis la validation clinique du questionnaire ARTEMIS®,^[11] la perception de la qualité de vie a pu être analysée sur 177 patients porteurs d'une artériopathie des membres inférieurs au stade IIa et IIb (classification de Leriche et Fontaine, correspondant à la claudication intermittente). Le questionnaire ARTEMIS® est un questionnaire auto-administré,

Tableau II. Contenu du questionnaire ARTEMIS®: forme courte: 8 questions – 12 items

Activités physiques	2 items
Psychisme/vitalité	3 items
Vie quotidienne	4 items
Santé perceptuelle	1 item
Satisfaction	2 items

il explore quatre grands domaines: les activités physiques et professionnelles, l'état psychologique, la vie et les relations avec les autres et les sensations somatiques. Il a été développé en adoptant la stratégie qui consiste à utiliser un questionnaire général (SF-36) complété de modules spécifiques à la maladie. Le questionnaire SF-36 (SF-36)^[27,28] est un questionnaire déjà utilisé en France dans d'autres pathologies (ulcère duodénal,^[29] rhinite^[10]). Il a, par ailleurs, fait l'objet d'une validation linguistique et psychométrique dans 18 pays.^[30,31] Il s'intéresse aux domaines physique, psychique, social et à la santé perceptuelle grâce à 36 items regroupés en 8 dimensions et une échelle catégorielle. Ce questionnaire a été choisi

en raison de sa pertinence vis-à-vis des problèmes exprimés par les patients claudicants. Six modules spécifiques complémentaires ont été adjoints après entretien avec des patients et des cliniciens: retentissement des douleurs sur les activités quotidiennes, gêne dans les activités courantes, préoccupation par l'état de santé, satisfaction par rapport à son état de santé, sexualité, perception de l'avenir. Les modules proviennent de la littérature^[32-34] ou bien ont été spécialement créés. En final, le questionnaire ARTEMIS® (tableau I) se compose de 64 questions, regroupées en 15 dimensions qui s'expriment selon 3 modalités. Une forme courte du questionnaire ARTEMIS®^[11] de 12 items, produisant un profil de 4 scores a également été développée (tableau II).

Les scores de qualité de vie relativement bas obtenus chez les patients atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs indiquent le retentissement global de la maladie dans toutes les dimensions mesurées (figs 1 et 2). Les patients ayant un périmètre de marche (rapporté par les patients) supérieur ou égal à 500m ont des scores de qualité de vie plus élevés que les patients

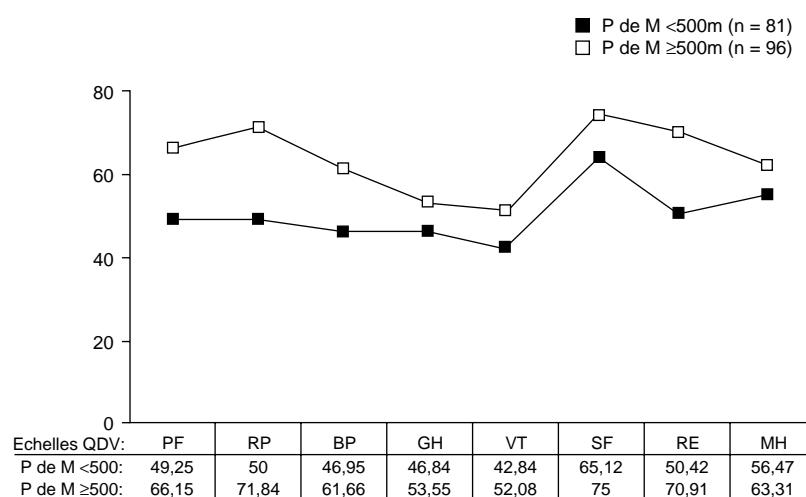


Fig. 1. Profil de qualité de vie (QDV) général en fonction du périmètre de marche (P de M), moyennes des scores par échelle. Scores de 0 à 100 (QDV optimale); $p < 0,05$ pour toutes les échelles. **BP** = douleurs physiques; **GH** = santé perçue; **MH** = santé psychique; **PF** = activités physiques; **RE** = limitation état psychique sur les activités quotidiennes; **RP** = limitation état physique sur les activités quotidiennes; **SF** = vie et relation avec les autres; **VT** = vitalité.

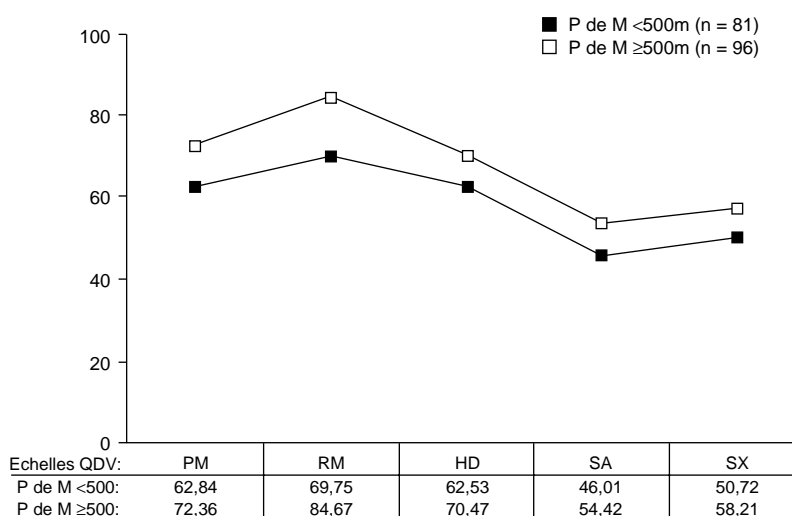


Fig. 2. Profil de qualité de vie (QDV) spécifique en fonction du périmètre de marche (P de M), moyennes des scores par échelle. Scores de 0 à 100 (QDV optimale); $p < 0,05$ pour toutes les échelles exceptée pour la sexualité ($p = 0,29$). **HD** = préoccupations de l'état de santé; **PM** = retentissement des douleurs sur les activités quotidiennes; **RM** = gêne dans les activités courantes; **SA** = satisfaction; **SX** = sexualité.

déclarant un périmètre de marche inférieur à 500m. Plus les capacités fonctionnelles sont importantes (périmètres de marche étendus), plus les scores de qualité de vie sont élevés. Par contre, pour un périmètre de marche donné, des scores de qualité de vie très différents peuvent être observés, particulièrement lorsque la limitation fonctionnelle est importante. Cet effet de dispersion maximale des scores de qualité de vie lorsque le périmètre de marche diminue est visualisé par la forme triangulaire du nuage de points lorsque l'on positionne sur un même graphique le périmètre de marche des patients en abscisse et les scores de qualité de vie pour une dimension donnée en ordonnée (fig. 3).

Pour décrire les répercussions de l'artériopathie sur la qualité de vie et mesurer l'efficacité du traitement par la prostaglandine E₁, Creutzig et al.^[35] ont utilisé en plus du questionnaire général SF-36, le questionnaire spécifique PAVK-86. Ce questionnaire, rempli avec l'aide d'un interviewer, explore six domaines au moyen de 86 questions : le statut fonctionnel, la douleur, les plaintes, l'humeur, l'anxiété, la vie sociale et les attentes en terme de

traitement des patients. Les résultats montrent que tous les scores de qualité de vie sont réduits en cas d'artériopathie, et tout particulièrement, pour les dimensions concernant le statut fonctionnel et la douleur. Par ailleurs, les résultats obtenus pour le périmètre de marche et les différentes dimensions explorées par le questionnaire sont peu corrélés. Les auteurs expliquent ce résultat par l'influence d'autres facteurs dans l'évaluation de la qualité de vie comme l'existence de maladies concomitantes liées à l'âge des patients (âge médian des patients de l'étude: 64,5 ans) et par la faible pertinence de la mesure du périmètre de marche.

Partant du principe qu'un instrument générique n'est pas assez sensible pour détecter les effets d'un traitement sur la qualité de vie des patients, Spengel et al.^[36] ont développé une échelle spécifique à la claudication intermittente, le Claudication Scale (Clau-S). Cet auto-questionnaire explore 9 dimensions: vie quotidienne, douleurs, malaises physiques, vie sociale, craintes liées à la maladie, vitalité, fatigue, dépression et colère. Dans l'étude de validation de cette échelle,^[37] 234

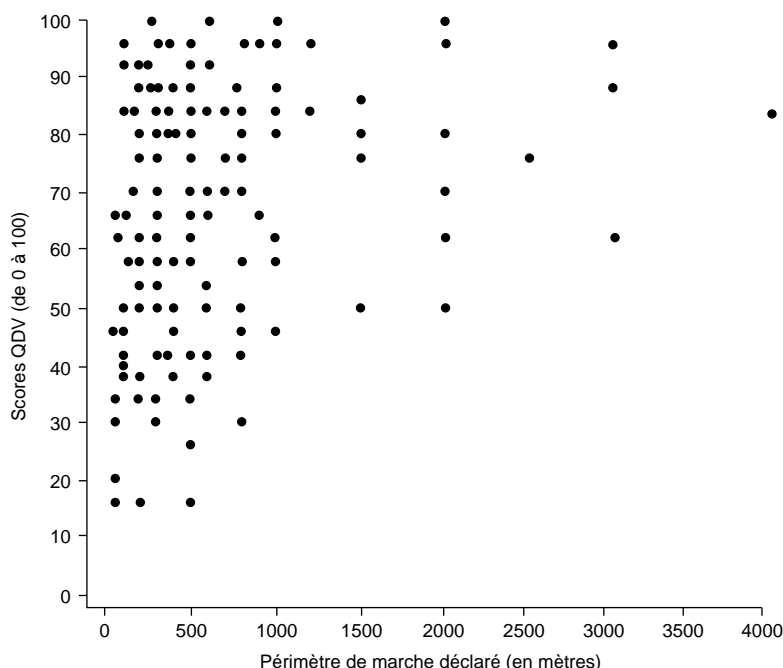


Fig. 3. Etude des scores de qualité de vie (QDV) en fonction du périmètre de marche déclaré (exemple de l'échelle de retentissement des douleurs sur les activités quotidiennes). Cinquante et une observations sont cachées.

patients porteurs d'une AOMI au stade II (Classification de Leriche et Fontaine) et présentant un périmètre de marche inférieur à 500m, ont été randomisés dans 2 groupes de traitement: vasoactif versus placebo. Les résultats montrent que la qualité de vie de ces patients pouvait être améliorée par l'administration pendant 6 mois d'un traitement par vasoactif et plus particulièrement pour les dimensions "vie sociale" et "douleurs".

Tout récemment, pour décrire les répercussions de la maladie sur le fonctionnement quotidien des patients et comparer l'efficacité de deux vasoactifs, Meilhac et al.^[38] ont utilisé, en plus de la mesure de la gêne fonctionnelle, un autoquestionnaire de qualité de vie se composant de 14 items divisés en trois parties: handicap physique (6 questions), difficultés éprouvées du fait de la maladie dans la vie sociale et familiale (5 questions), et handicaps éventuels non liés directement à l'artérite (3 ques-

tions) [tableau III]. Dans cette étude, les 131 patients inclus ont des caractéristiques proches de celles des patients de l'étude ARTEMIS®.^[11] Les auteurs observent que l'artériopathie affecte la qualité de vie des patients et que celle-ci est améliorée par la prise des médicaments. Par ailleurs, comme lors de l'étude de validation du questionnaire ARTEMIS®, lorsque la gêne fonctionnelle est faible, la qualité de vie perçue par le patient est bonne et lorsque la gêne fonctionnelle augmente, la perception de la qualité de vie est plus dispersée variant de "très bonne" à "très détériorée". Les auteurs retrouvent donc la même tendance à la dispersion des scores de qualité de vie lorsque la gêne fonctionnelle augmente.

D'autres questionnaires "qualité de vie" ou de gêne fonctionnelle peuvent être utilisés tels que le Spitzer Quality of Life Index (QL Index)^[39] ou le Walking Impairment Questionnaire (WIQ).

Tableau III. Contenu du questionnaire de Meilhac et al.^[38]

A. Handicaps physiques liés directement à l'artérite
1. Eviter de marcher avec des personnes plus jeunes que vous
2. Ne pas pouvoir accélérer le pas si les circonstances l'obligent
3. Eviter les trajets en côte
4. Ressentir la nécessité de prendre un moyen de transport
5. Etre capable de marcher sur un terrain plat plus de 300 mètres avant que n'apparaisse la douleur au mollet
6. Evaluer (minutes) le temps qui s'écoule avant l'apparition de la douleur lors de la marche en terrain plat
B. Difficultés éprouvées, du fait de la maladie, dans la vie sociale ou familiale
7. Accomplir certaines activités de loisirs (bricolage, jardinage, etc.)
8. Etre intéressé par la lecture, la télévision, le cinéma
9. Etre attentif aux éventuels soucis de l'entourage
10. Trouver autant de plaisir à réaliser ses désirs
11. Garder sa sérénité vis-à-vis de ses problèmes ou de ceux concernant son entourage
C. Handicaps éventuels non liés directement à l'artérite
12. Avoir des difficultés à mémoriser certains faits récents, à se souvenir de son numéro de téléphone, etc.
13. Avoir du mal à trouver les mots pour s'exprimer
14. Avoir du mal à se concentrer sur une tâche donnée

Intérêt de la qualité de vie pour la prise en charge thérapeutique

Au stade de la claudication intermittente, le traitement des artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs est essentiellement fonctionnel, visant à améliorer la qualité de la marche et à conserver la vitalité des membres inférieurs. Or les résultats obtenus lors de la validation du questionnaire ARTEMIS® (retrouvés dans l'étude de Meilhac et al.^[38]) permettent de séparer les patients en deux groupes sur leurs capacités physiques: les patients ayant un périmètre élevé, supérieur ou égal à 500m et les patients ayant un périmètre de marche faible, inférieur à 500m. Pour les patients présentant un périmètre de marche élevé, les scores de qualité de vie sont élevés traduisant le faible impact de la pathologie sur la qualité de vie des patients. Pour les patients ayant un périmètre de marche faible, les scores de qualité de vie sont variables, de faibles à élevés, traduisant des impacts différents de la pathologie sur la qualité de vie des patients. Au regard de ces résultats, la stratégie théra-

peutique devrait être adaptée au périmètre de marche et au score de qualité de vie trouvé. Ainsi, chez les patients ayant un périmètre de marche étendu et un score de qualité de vie élevé, le traitement de l'artériopathie devrait s'intéresser à prévenir les risques ischémiques en agissant notamment sur les facteurs de risque (hypertension, tabagisme, diabète..), permettant ainsi d'espérer une stabilisation des lésions. Chez les patients ayant un périmètre de marche réduit (inférieur à 500m) et un score de qualité de vie élevé, le traitement devrait être également avant tout préventif, alors que chez les patients ayant un périmètre de marche réduit et un score de qualité de vie bas, le traitement devrait être plus global alliant à la prévention des risques ischémiques, un traitement fonctionnel.

Cette mesure préalable des scores de qualité de vie avant tout choix thérapeutique permettra, de plus, de vérifier pour chaque patient, l'amélioration ressentie en terme de qualité de vie après l'application du traitement. Si, quelques mois après l'application du traitement, l'index de qualité de vie n'est pas augmenté (absence d'amélioration), l'efficacité du traitement devrait être remise en cause, et en revanche, si l'index est augmenté, l'utilité du traitement sera confortée.

Conclusion

Si l'intérêt de mesurer la qualité de vie chez les patients atteints d'AMI a été prouvé, la question du choix de l'instrument de mesure de cette qualité de vie est importante. Depuis 1993, des questionnaires spécifiques à l'artériopathie ont été développés, validés et utilisés dans des études d'évaluation de la qualité de vie. La validité de construction, la cohérence interne et la validité clinique du questionnaire de Meilhac ont été validées au cours d'une étude comparative randomisée en double-aveugle sur la qualité de vie de patients atteints d'AOMI de stade II. Toutefois, aucune référence concernant le développement de ce questionnaire n'est indiquée. Le questionnaire PAVK-86 a été développé en allemand et validé dans le cadre d'une étude d'évaluation de la qualité

de vie allemande. Aucune adaptation culturelle de ce questionnaire n'est indiquée. L'échelle Clau-S a aussi été développée en allemand et traduite en français, anglais et belge flamand. Sa cohérence interne, sa validité de construction, concurrente et clinique ont été établies dans le cadre d'une étude transversale dans les cinq langues. De plus, sa sensibilité aux changements dans le temps a été validée au cours d'une étude longitudinale dans sa version allemande. Le questionnaire ARTEMIS® a été développé en français et ses propriétés psychométriques (cohérence interne, validité clinique, sensibilité dans le temps) ont été validées lors d'études transversales et longitudinales.

Dans tous les cas, ces questionnaires ont été utilisés parallèlement à un questionnaire générique (SF-36) permettant ainsi d'évaluer les aspects de qualité de vie plus généraux et de pouvoir comparer le niveau de qualité de vie de patients atteints d'artériopathie avec le niveau de qualité de vie de patients souffrant d'autres pathologies.

En conclusion, la mesure de la qualité de vie du patient atteint d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs est une aide à la détermination de l'efficacité des médicaments et des molécules. Elle est, de plus, un préalable à toute prise en charge des patients permettant une optimisation de la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre et sa validation ultérieure.

Références

1. Criqui MH, Fronek A, Barret-Connor E, et al. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation* 1985; 71: 510-5
2. Chanu B, Rouffy J. Histoire naturelle. In: Rouffy J, Natali J, editors. Artériopathies athéromateuses des membres inférieurs. Ch. 6. Paris: Masson, 1988: 150-60
3. Leng GC, Fowkes FGR. Épidémiologie de la maladie vasculaire périphérique. *Acta Med Int - Angiologie* 1991; 136: 1752-61
4. Smith GD, Shipley MJ, Rose G. Intermittent claudication, heart disease risk factors, and mortality. *Circulation* 1990; 6: 1925-31
5. Criqui MH, Langer RD, Fronek A, et al. Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. *N Engl J Med* 1992; 326: 381-6
6. Schipper H, Clinch J, Powell V. Definitions and conceptual issues. In: Spilker B, editor. *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, 1990; 2: 11-24
7. Leplege A, Mesbah M, Marquis P. Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de la qualité de vie: le MOS SF-36 (version 1.1). *Rev Epidemiol Santé Publique* 1995; 43: 371-9
8. Wilson A, Wiklund I, Lahti T, et al. A summary index for the assessment of quality of life in angina pectoris. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 981-8
9. Briançon S, Alla F, Méjat E, et al. Mesure de l'incapacité fonctionnelle et de la qualité de vie dans l'insuffisance cardiaque. Adaptation transculturelle et validation des questionnaires de Goldman, du Minnesota et de Duke. *Arch Mal Cœur Vaiss* 1997; 90: 1577-85
10. Bousquet J, Bullinger M, Fayol C, et al. Assessment of quality of life in chronic allergic rhinitis using an enhanced version of the SF-36 questionnaire. *J Allergy Immunol* 1994; 94: 182-8
11. Marquis P, Fayol C, McCarthy C, et al. Mesure de la qualité de vie dans la claudication intermittente. Validation clinique d'un questionnaire. *Presse Med* 1994; 23: 1288-92
12. Marquis P. Généralités sur les outils de qualité de vie. *Actualités vasculaires internationales*. Présence et communication médicales. Neuilly sur Seine, 1994; hors série: 12-3
13. The European Group for Quality of Life and Health Measurement. *European Guide to the Nottingham Health Profile*. The European Group for Quality of Life and Health Measurement. Dauphin, 1992
14. Bucquet D. L'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham comme exemple d'instrument de mesure de la "Qualité de Vie liée à la Santé". *Rev Méd Interne* 1991; 12: 255-6
15. Chetter IC, Spark JI, Dolan P, et al. Quality of life analysis in patients with lower limb ischaemia: suggestions for European standardisation. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1997; 13: 597-604
16. Ware JE. *Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute, 1993
17. Berger M, Bobbitt RA, Carter WB, et al. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19 (8): 787-805
18. Chwalow AJ, Lurie A, Bean K, et al. A French version of the Sickness Impact Profile (SIP): stages in the cross-cultural validation of a generic quality of life scale. *Fundam Clin Pharmacol* 1992; 6: 319-26
19. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CK. The Duke Health Profile: a 17-item measure of health and dysfunction. *Med Care* 1990; 28 (11): 1056-70
20. Guillermin F, Paul-Dauphin A, Virion JM, et al. The Duke Health Profile: cross cultural adaptation and validation of a generic quality of life measure. *Qual Life Res* 1995; 4 (5): 436
21. Erickson P, Scott J. The on-line guide to quality-of-life assessment (OLGA): resource for selecting quality-of-life assessments. In: Walker S, Rosser RM, editors. *Quality-of-life assessment: key issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1993; 13: 221-32
22. Rose G, McCartney P, Reid DD. Self administration of a questionnaire on chest pain and intermittent claudication. *Br J Prev Soc Med* 1977; 31: 42
23. Ponte E, Cattinelli S. Quality of life in a group of patients with intermittent claudication. *Angiology* 1996; 47: 247-51
24. Chambers LW. The McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ): methodologic documentation and report of second generation of investigations. Hamilton, Ontario: Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, 1982
25. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139-45

26. Barletta G, Perna S, Sabba C, et al. Quality of life in patients with intermittent claudication – relationship with laboratory exercise performance. *Vasc Med* 1996; 1: 3-7
27. Ware JE, Sherbourne CA. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83
28. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcomes measure for primary care. *BMJ* 1992; 305: 160-4
29. Martin C, Ware JE, Marquis P. Quality of life in duodenal ulcer patients: development and validation of a specific questionnaire. *Gastroenterology* 1991; 100 (5 Pt 12): A12
30. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res* 1992; 1: 349-51
31. Ware J, Gandek B, Keller SD, et al. Evaluating instruments used cross-nationally: methods from the IQOLA project. In: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Press, 1996: 337-46
32. Sherbourne CD. Pain measures. In: Stewart AL, Ware JE, editors. *Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach*. Durham: Duke University Press, 1992: 220-35
33. Stewart AL, Hays RD, Ware JE. Health perceptions, energy/fatigue, and health distress measures in measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach. Durham: Duke University Press, 1992; 8: 143-72
34. Berki SE, Ashcraft ML. On the analysis of ambulatory utilization. *Med Care* 1979; 17: 1163-81
35. Creutzig A, Bullinger M, Cachovan M, et al. Improvement in the quality of life after IV PGE1 therapy for intermittent claudication. *Vasa* 1997; 26: 122-7
36. Spengel FA, Brown TM, Dietze S, et al. The Claudication Scale (Clau-S): a new disease-specific quality of life instrument in intermittent claudication. *Dis Manage Health Outcomes* 1997; 2 (1): 65-70
37. Liard F, Benichou AC, Gamand S, et al. The effects of naftidrofuryl on quality of life. *Dis Manage Health Outcomes* 1997; 2 (1): 71-8
38. Meilhac B, Montestruc F, Aubin F, et al. Etude comparative randomisée en double aveugle de la nicergoline et du naftidrofuryl sur la qualité de vie dans l'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs au stade de la claudication intermittente. *Thérapie* 1997; 52: 179-86
39. Fratezi A, Albers M, De Luccia N, et al. Outcome and quality of life of patients with severe chronic limb ischaemia: a cohort study on the influence of diabetes. *Eur J Vasc Surg* 1995; 10: 459-65

Correspondance et réimpression: Dr *P. Marquis*, MAPI Values, Le d'Aubigny, 27, rue de la Villette, 69003 Lyon, France.

E-mail: pmarquis@mapi.fr