



Anxiété et dépression chez les patients Tunisiens atteints de BPCO

Anxiety and depression in Tunisian patients with COPD

Houda Snène¹, Rym Rafrafi², Nozha Salah¹, Hana Blibech¹, Nadia Mehiri¹, Bechir Louzir¹

1-Service de Pneumologie, CHU Mongi Slim La Marsa, Tunis, Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis,

2-Service de Psychiatrie, CHU Mongi Slim La Marsa, Tunis, Université Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis

RÉSUMÉ

Introduction : La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une pathologie pulmonaire chronique dont le retentissement est multi-systémique, pouvant se compliquer de troubles psycho-affectifs. **Objectif :** Estimer la fréquence de l'anxiété et de la dépression chez les patients suivis pour BPCO à l'état stable dans un CHU à Tunis et de déterminer les facteurs prédictifs de leur apparition.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale à visée analytique réalisée auprès de patients suivis pour une BPCO à l'état stable aux consultations externes du service de pneumologie du CHU Mongi Slim La Marsa. Les symptômes de la BPCO ont été évalués par le Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test (CAT), sa sévérité par la classification du GOLD 2020 et le dépistage des troubles psycho-affectifs par l'échelle HAD.

Résultats : Cent trois patients ont été colligés, d'âge moyen de 64 ans. La prévalence de l'anxiété était de 44,7% et celle de la dépression de 33,9% avec 26,2% des patients ayant un épisode dépressif majeur. En analyse multivariée par régression logistique binaire, les valeurs les plus élevées du CAT étaient associées à l'anxiété, à la dépression et l'apparition d'un épisode dépressif majeur. Les autres facteurs associés à l'anxiété et à l'apparition d'un épisode dépressif majeur étaient les troubles du rythme cardiaques associés et les valeurs les plus basses de l'IMC. De plus, le sexe féminin était associé à l'apparition d'un épisode dépressif majeur.

Conclusion : L'anxiété et la dépression sont fréquentes chez les patients Tunisiens souffrant de BPCO, d'où tout l'intérêt de leur dépistage systématique.

Mots clés : Anxiété, Dépression, Broncho-pneumopathie chronique obstructive, Echelle hospitalière d'anxiété et de dépression

SUMMARY

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a chronic lung disease with a multi-systemic impact that can be complicated by psycho-affective disorders.

Aim: To determine the frequency of anxiety and depression in patients followed for stable COPD in a university hospital-center in Tunisia to determine the predictors of their onset.

Methods: This was an analytical cross-sectional study of patients followed for stable COPD at the pulmonology department of the Mongi Slim La Marsa Hospital. The symptoms of COPD were assessed by the Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test (CAT), its severity by the GOLD 2020 classification and the screening of psycho-affective disorders by the HAD scale.

Results: One hundred and three patients were enrolled, with an average age of 64 years. The prevalence of anxiety was 44.7% and that of depression was 33.9% with 26.2% of patients with a major depressive episode. In multivariate analysis by binary logistic regression, the highest values of CAT score were associated with anxiety, depression, and the onset of a major depressive episode. Other factors associated with anxiety and the onset of a major depressive episode were associated heart rhythm disorders and the lowest BMI values. In addition, the female gender was associated with the onset of a major depressive episode.

Conclusion: Anxiety and depression are common in Tunisian patients with COPD, hence the interest of their systematic screening.

Correspondance

Houda Snène

Service de Pneumologie, CHU Mongi Slim La Marsa, Tunis / Université
Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis

houda.snen@gmail.com

INTRODUCTION

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie inflammatoire chronique multisystémique, caractérisée sur le plan respiratoire par une limitation du débit d'air dans les voies aériennes et / ou des anomalies alvéolaires généralement causées par une exposition significative à des particules ou des gaz nocifs dont le tabac est le chef de file. Elle représente la quatrième cause de mortalité dans le monde et elle a été responsable de plus de trois millions de décès en 2012, soit 6% de tous les décès à l'échelle mondiale [1]. Elle constitue ainsi, un problème de santé publique aussi bien dans le monde qu'en Tunisie. Sa prévalence, en Tunisie en 2012, a été estimée à 3,7% de la population générale [2]. Du fait de son évolution chronique et de son caractère dyspnéisant, elle aboutit à une altération de la qualité de vie et à des troubles psycho-affectifs dont les troubles anxieux et dépressifs responsables, si non traités, d'une mal observance thérapeutique et ainsi d'une aggravation de la maladie. Evaluer cette atteinte psycho-affective devient nécessaire chez tout patient souffrant de BPCO pour mieux ajuster sa prise en charge thérapeutique en collaboration avec les psychiatres, améliorer sa qualité de vie et ralentir l'évolution de la maladie. Les buts de la présente étude étaient d'estimer la fréquence des troubles psycho-affectifs type anxiété et dépression chez les patients tunisiens suivis en consultation externe pour BPCO à l'état stable et de rechercher les facteurs prédictifs de leur apparition.

MÉTHODES

Nous avons mené une étude transversale à visée analytique aux consultations externes du service de Pneumologie du Centre Hospitalo-universitaire Mongi Slim La Marsa à Tunis en Tunisie, durant une période de six mois, allant du 1^{er} Juin 2019 au 31 Décembre 2019. Tous les patients âgés de 45 ans et plus (âge à partir duquel les symptômes de la BPCO apparaissent selon le Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [1]) et suivis pour une BPCO depuis au moins trois mois et qui sont à l'état stable, ont été inclus. Le diagnostic de la BPCO a été retenu selon les critères du GOLD de 2015, c'est-à-dire une exposition aux facteurs de risque (tabac dans ses différentes formes et polluants atmosphériques qu'ils soient professionnels ou autres) et associée à une symptomatologie clinique de bronchite

chronique (dyspnée et toux productive) avec à l'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) un rapport de Tiffeneau $<0,7$ en post bronchodilatation (trouble ventilatoire obstructif fixe). N'ont pas été inclus les patients ayant une pathologie psychiatrique diagnostiquée avant l'installation de la BPCO ou présentant une néoplasie associée ou une autre pathologie inflammatoire chronique (pathologie rhumatismale, connectivite, vascularite..). Après un consentement éclairé et écrit, chaque patient a été interrogé et examiné par le même investigateur. Le recueil des données a été réalisé grâce à une fiche analytique relevant les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents pathologiques médicaux et chirurgicaux, la symptomatologie clinique fonctionnelle en rapport avec la BPCO (évaluée par l'échelle modified Medical Research Council dyspnea scale (mMRC) pour la dyspnée comportant cinq stades de zéro à quatre et le Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test (CAT) en sa version arabe validée disponible sur le CAT website (<http://www.catestonline.org/>)), le nombre d'exacerbation de la BPCO par an (profil exaerbateur fréquent si deux exacerbations ou plus par an), les données de la spirométrie avec test de réversibilité aux β_2 mimétiques de courte durée d'action et le traitement pris pour la BPCO. Chaque patient a eu une mesure du poids et de la taille lors des EFR avec calcul de l'IMC. Un IMC $<18,5$ kg/m² a été considéré comme une insuffisance pondérale. Le score du CAT oscille entre zéro et 40 et selon le GOLD les patients les plus symptomatiques ont un score ≥ 10 . L'évaluation de la sévérité de la BPCO s'est basée sur la classification du GOLD 2020.

Le dépistage d'une dépression ou d'un trouble anxieux s'est basé sur l'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (HAD). La version arabe de cette échelle, validée dans l'étude Terkawi et al. en 2017, a été utilisée [3]. Elle comporte 14 items cotés de zéro à trois. Sept questions se rapportent à l'anxiété (Score A) et sept autres à la dimension dépressive (Score D). Un score \leq sept signifie l'absence de symptomatologie, un score entre huit et 10 signifie une symptomatologie douteuse et un score ≥ 11 signifie une symptomatologie certaine. Cette interprétation peut être proposée pour chacun des scores (A et D). Par ailleurs, la somme des scores A et D (score A+D) a été classée en deux stades : stade 1 (score <19 ; absence de symptomatologie) et stade 2 (score ≥ 19 ; épisode dépressif majeur). Il s'agit d'un outil de dépistage qui nécessite une consultation par un médecin spécialisé

en psychiatrie pour confirmer le diagnostic. Les patients ayant accepté d'avoir une évaluation plus poussée ont été adressés en consultation externe de psychiatrie.

A l'étude statistique les variables quantitatives de distribution normale ont été exprimées en moyenne et écart-type et les variables quantitatives de distribution non normale en médiane et extrêmes. Les variables qualitatives ont été exprimées en nombre de patients et en pourcentage. La comparaison des moyennes a été faite par une analyse de variance, avec une hypothèse de normalité des paramètres quantitatifs. La comparaison de deux moyennes sur séries indépendantes a été effectuée au moyen du test non paramétrique de Mann et Whitney (deux groupes) pour séries indépendantes. Les comparaisons de pourcentages sur séries indépendantes ont été effectuées par le test du chi-deux. Une modélisation par régression logistique binaire a été réalisée avec comme variables dépendantes le score A, le score D et le score A+D en deux stades chacun. Les variables indépendantes sélectionnées avaient un $p \leq 0,2$. Le modèle final a été réalisé avec les paramètres finaux selon la méthode pas à pas descendante de Wald. Pour tous les tests statistiques, le seuil de signification (p) a été fixé à 0,05.

RÉSULTATS

Durant la période de l'étude, 103 patients correspondaient aux critères d'inclusion, ne présentaient pas de critères de non-inclusion et ont accepté de participer à notre travail.

L'âge moyen des patients était de $64,2 \pm 8,23$ ans et l'IMC moyen était de $23,41 \pm 4,8$ kg/m². Les comorbidités rapportés étaient le diabète (16,5% des cas) et les maladies cardiovasculaires (28,2% des cas). La consommation du tabac sous plusieurs présentations a été retrouvée chez tous les patients : cigarettes dans 99% des cas, tabac à priser dans 8,7% des cas et tabac à narguilé dans 4% des cas. Par ailleurs, il existait une exposition à la biomasse (cuisson au feu de bois) dans 6,8% des cas avec une durée moyenne d'exposition de 34 ± 18 années. Le diagnostic de la BPCO a été fait en moyenne depuis $6 \pm 5,7$ ans. L'évaluation de la dyspnée par l'échelle mMRC a objectivé une dyspnée stade deux ou plus chez 68,9% des patients. La médiane du score du CAT était de 18 avec 83,3% des patients ayant un $CAT \geq 10$. Le nombre d'exacerbation moyen de la BPCO par an était de deux. A la classification du GOLD

2020, 37% des patients étaient classés GOLD D. La prise du traitement était régulière, quotidienne sans arrêt non justifié chez 74,5% des patients. Le tableau 1 résume les différentes caractéristiques de la population de l'étude.

En évaluant les réponses obtenues à l'échelle HAD, la médiane du score A était de 7 avec 44,7% des patients qui avaient une symptomatologie évocatrice d'anxiété et la médiane du score D était de 6 avec 33,9% des patients qui avaient une symptomatologie évocatrice de dépression. Par ailleurs, la médiane du score A+D était de 13 avec 26,2% des patients ayant un épisode dépressif majeur. Le tableau 2 résume les différentes données obtenues au score A et au score D.

A l'étude statistique univariée (Tableaux 3 et 4), le score A était associé de façon statistiquement significative aux troubles du rythme cardiaque associés ($p=0,008$), à l'IMC ($r=-0,241$; $p=0,018$), à l'insuffisance pondérale ($p=0,012$), au score du CAT ($r=0,441$; $p<0,001$) et à sa valeur ≥ 10 ($p=0,001$). Le score D était associé de façon statistiquement significative à l'IMC ($r=-0,217$; $p=0,050$), à l'insuffisance pondérale ($p=0,046$), au score du CAT ($r=0,393$; $p<0,001$) et à sa valeur ≥ 10 ($p=0,039$). Le score A+D était associé aux troubles du rythme cardiaque associés ($p=0,034$), à l'IMC ($r=-0,259$; $p=0,006$), à l'insuffisance pondérale ($p=0,012$), au score du CAT ($r=0,481$; $p<0,001$) et à sa valeur ≥ 10 ($p=0,003$).

En analyse multivariée par régression logistique binaire, les symptômes évocateurs d'anxiété étaient associés aux troubles du rythme cardiaques associés ($p=0,004$), aux valeurs les plus basses de l'IMC ($p=0,057$) et aux valeurs les plus élevées du score du CAT ($p<0,001$). Les symptômes évocateurs de dépression étaient associés aux valeurs les plus élevées du score du CAT ($p=0,001$). La suspicion d'un épisode dépressif majeur était associée au genre féminin ($p=0,013$), aux troubles du rythme cardiaques associés ($p=0,006$), aux valeurs les plus basses de l'IMC ($p=0,019$) et aux valeurs les plus élevées du score du CAT ($p=0,001$). Le tableau 5 résume les différentes associations significatives retrouvées à l'étude statistique multivariée.

Tableau 1. Caractéristiques de la population de l'étude

		Nombre	Pourcentage
Genre	Hommes	99	95
	Femmes	4	5
IMC	< 18,5 kg/m ²	21	20,4
	18,5 ≤ IMC < 24,99 kg/m ²	47	45,6
	25 ≤ IMC < 29,99 kg/m ²	27	26,2
	IMC ≥30 kg/m ²	8	7,8
Antécédent de diabète		17	16,5
Antécédent de maladies cardio-vasculaires		29	28,2
	Hypertension artérielle	21	20,4
	Troubles du rythme cardiaque	11	10,7
	Maladie thrombo-embolique	5	4,9
	Coronaropathie	8	7,8
Tabac à fumer		102	99
	Taux de sevrage	45	44,6
Tabac à priser		9	8,7
	Taux de sevrage	3	33,4
Tabac à narguilé		4	4
	Taux de sevrage	3	75
Exposition à la biomasse (cuisson au feu de bois)		7	6,8
Dyspnée selon l'échelle mMRC			
	Stade 0	4	3,9
	Stade 1	28	27,2
	Stade 2	34	33
	Stade 3	26	25,2
	Stade 4	11	10,7
Score du CAT			
	Score <10	19	18,4
	10 ≤ score <20	45	43,7
	20 ≤ score <30	20	19,4
	30 ≤ score <40	19	18,4
Profil exacerbateur fréquent		39	37,9
Classification GLOD 2020			
	GOLD B	11	10,7
	GOLD C	53	51,5
	GOLD D	1	1
	GOLD A	38	36,9
Traitement de fond			
	Monothérapie	13	12,6
	Bithérapie	61	59,2
	Trithérapie	16	15,6
	En arrêt de traitement	13	12,6
Oxygénothérapie de longue durée à domicile		11	10,7
Ventilation non invasive à domicile		2	1,9

IMC : Indice de masse corporelle ; Echelle mMRC : Modified medical research council scale ; CAT : Chronic obstructive pulmonary disease assesment test ; GOLD : Global initiative for chronic obstructive lung disease.

Tableau 2. Résultats de l'échelle HAD dans la population de l'étude

	Score A (Anxiété) Nombre (%)	Score D (Dépression) Nombre (%)
Score ≤ 7	57 (55,3)	68 (66,0)
7 < Score < 11	21 (20,4)	16 (15,5)
Score ≥ 11	25 (24,3)	19 (18,5)

DISCUSSION

Au terme de ce travail, nous avons observé une fréquence de l'ordre de 44,7% pour l'anxiété chez les patients tunisiens suivis en consultation externe pour BPCO à l'état stable et de l'ordre de 33,9% pour la dépression avec 26,2% des patients ayant un épisode dépressif majeur. En analyse multivariée par régression logistique binaire, les valeurs les plus élevées du score du CAT étaient associées à l'anxiété, à la dépression et à la survenue d'un épisode dépressif majeur. Les troubles du rythme cardiaque associés et les valeurs les plus basses de l'IMC étaient associés à l'anxiété et à la survenue d'un épisode dépressif majeur qui est aussi associé au genre féminin.

La BPCO est une pathologie pulmonaire chronique associée à une morbi-mortalité importante malgré les différentes thérapeutiques prescrites. Le traitement médicamenteux, la réhabilitation respiratoire et le sevrage tabagique permettent de freiner le déclin de la fonction respiratoire qui est induit par la maladie sans la stopper. En Tunisie, sa prise en charge reste émaillée de plusieurs obstacles tels que l'absence de moyens suffisants pour l'aide au sevrage tabagique et l'inexistence de centre de réhabilitation respiratoire. Ainsi, le handicap occasionné par cette maladie, souvent accompagnée par d'autres comorbidités tels que les maladies cardiovasculaires, la dénutrition, est important et peut être responsable de l'apparition de troubles psycho-affectifs. Ces troubles peuvent assombrir le pronostic de la BPCO du fait de l'abandon du traitement et de la reprise du tabagisme [4].

Pour l'évaluation de la dyspnée, l'échelle mMRC est la plus utilisée en pneumologie et celle adoptée par le GOLD [5]. Pour l'évaluation des symptômes respiratoires, le CAT, qui est un auto-questionnaire, est le plus adapté étant validé dans la BPCO par une revue systématique de la littérature publiée en 2014 dans l'European Respiratory Journal [6]. Pour ce qui est de l'évaluation des troubles

psycho-affectifs, l'échelle HAD est la plus répondue et la plus utilisée dans les différentes études partout dans le monde [7-10]. Elle a été traduite et validée en plusieurs langues dont l'arabe [3]. En effet, l'échelle HAD ne prend pas en considération la dimension physique de la symptomatologie psychiatrique, qui pourrait être une source de confusion. Ces symptômes pourraient être reliés à une atteinte physique telles que la fatigue, l'insomnie, les céphalées, et les troubles de l'appétit et ont été omis pour éviter les faux positifs parmi les personnes atteintes de maladies somatiques [11]. Il s'agit d'un bon moyen de dépistage de la dépression ainsi que de suivi de l'évolution de la symptomatologie dépressive au cours du temps même sous traitement.

Les données de la littérature estiment qu'environ 50% des patients suivis pour BPCO ont un trouble anxieux et que 33% ont une dépression. Cette prévalence est supérieure à celle rapportée dans d'autres pathologies chroniques [12] et s'élève encore plus chez les patients ayant eu une exacerbation récente [13]. Ces chiffres concordent avec nos résultats. En effet, 44,7% des patients du présent travail souffraient d'anxiété et 33,9% de dépression. Pour la dépression, des écarts de prévalence existent dans la littérature à cause d'une confusion entre la dépression mineure et le trouble dépressif majeur. En effet, des études montrent une prévalence de 29% avec l'échelle HAD alors que d'autres l'estiment à 5-10% dans la population générale en utilisant un autre questionnaire de dépistage [14]. Quant à l'anxiété, sa prévalence varie en fonction de la définition adoptée et de l'outil de mesure utilisé. Elle est, par ailleurs, deux fois plus fréquente chez les femmes [15] et ceci est expliqué par le fait que les hommes utilisent des stratégies plus actives pour faire face à cette anxiété [16].

Pour ce qui est de la relation entre les symptômes associés à la BPCO et l'apparition des troubles psycho-affectifs, Doyle et al. ont conclu dans leur travail que l'anxiété et la dépression au cours de la BPCO étaient associées à des niveaux plus élevés de fatigue et de dyspnée ainsi qu'à la fréquence des symptômes de la BPCO. De même, dans une étude tunisienne menée par Maoua et al. les facteurs associés à une altération de la qualité de vie chez les BPCO étaient la dyspnée, le nombre d'exacerbations/an et la présence de comorbidités [7]. Ceci rejoint les résultats du présent travail qui a démontré que l'anxiété et la dépression étaient associées à la présence de plusieurs plaintes fonctionnelles respiratoires évaluées par le score

Tableau 3: Facteurs associés aux troubles psycho-affectifs chez les patients atteints de BPCO en étude statistique univariée

	Symptomatologie évocatrice d'anxiété				Symptomatologie évocatrice de dépression				Episode dépressif majeur						
	Non Nombre (%)	Oui Nombre (%)	ORB	IC (95%)	p-value	Non Nombre (%)	Oui Nombre (%)	ORB	IC (95%)	p-value	Non Nombre (%)	Oui Nombre (%)	ORB	IC (95%)	p-value
Genre															
Homme	-	-	-	-	NS	67 (67,7)	32 (32,3)	0,159	0,016-1,591	0,113	75 (75,8)	24 (24,2)	0,107	0,011-1,074	0,054
Femme	-	-	-	-		1 (25,0)	3 (75,0)				1 (25,0)	3 (75,0)			
Antécédents cardio-vasculaires															
Oui	13 (44,8)	16 (55,2)	1,910	0,802-4,549	0,141	-	-	-	-	NS	18 (62,1)	11 (37,9)	2,215	0,872-5,627	0,091
Non	45 (60,8)	29 (39,2)	-	-		-	-	-	-		58 (78,4)	16 (21,6)	-	-	
Antécédents de troubles du rythme cardiaque															
Oui	2 (18,2)	9 (81,8)	7,000	1,430-34,270	0,008	5 (45,5)	6 (54,5)	2,607	0,735-9,243	0,119	5 (45,5)	6 (54,5)	4,057	1,125-14,663	0,034
Non	56 (60,9)	36 (39,1)	-	-		63 (68,5)	29 (31,5)	-	-		71 (77,2)	21 (22,8)	-	-	
IMC <18,5 Kg/m²															
Oui	7 (33,3)	14 (66,7)	3,290	1,197-9,044	0,012	10 (47,6)	11 (52,4)	2,658	0,998-7,080	0,046	11 (52,4)	10 (47,6)	3,476	1,267-9,356	0,012
Non	51 (62,2)	31 (37,8)	-	-		58 (70,7)	24 (29,4)	-	-		65 (79,3)	17 (20,7)	-	-	
Dyspnée ≥ 2 à l'échelle mMRC															
Oui	36 (57,7)	35 (49,3)	2,139	0,887-5,159	0,084	44 (62,0)	27 (38,0)	1,841	0,724-4,678	0,196	-	-	-	-	NS
Non	22 (68,8)	10 (31,3)	-	-		24 (75,0)	8 (25,0)	-	-		-	-	-	-	
Stades du CAT															
Score < 10	17 (89,5)	2 (10,5)	-	-	0,001	17 (89,5)	2 (10,5)	-	-	0,013	-	-	-	-	NS
10 ≤ score < 20	27 (60,0)	18 (40,0)	-	-		31 (68,9)	14 (31,1)	-	-		-	-	-	-	
20 ≤ score < 30	8 (40,0)	12 (60,0)	-	-		13 (65,0)	7 (35,0)	-	-		-	-	-	-	
30 ≤ score ≤ 40	5 (27,8)	13 (72,2)	-	-		7 (38,9)	11 (61,1)	-	-		-	-	-	-	
Score CAT >10															
Oui	41 (48,2)	44 (51,8)	17,171	2,178-135,341	0,001	53 (62,4)	32 (37,6)	4,528	0,971-21,107	0,039	58 (68,2)	27 (31,8)	1,466	1,268-1,694	0,003
Non	16 (94,1)	1 (5,9)	-	-		15 (88,2)	2 (11,8)	-	-		17 (100)	0	-	-	
Exacerbateur fréquent															
Oui	18 (46,2)	21 (53,8)	1,944	0,867-4,361	0,105	22 (56,4)	17 (43,6)	1,975	0,857-4,552	0,108	26 (66,7)	13 (33,3)	1,786	0,732-4,354	0,200
Non	40 (62,5)	24 (37,5)	-	-		46 (71,9)	18 (28,1)	-	-		50 (78,1)	14 (21,9)	-	-	

Tableau 4. Facteurs associés aux troubles psycho-affectifs chez les patients atteints de BPCO en étude statistique univariée

		IMC en Kg/m ²		Score CAT	
		Moyenne ± écart type	p-value	Médiane(extrêmes)	p-value
Symptômes évocateurs d'anxiété	Non	24,39 ± 4,49	0,018	15,57 (2-38)	< 0,001
	Oui	22,14 ± 4,94		23,54 (9-38)	
Symptômes évocateurs de dépression	Non	24,08 ± 4,52	0,050	16,76 (2-38)	< 0,001
	Oui	22,12 ± 5,13		23,97 (6-38)	
Episode dépressif majeur	Non	24,14 ± 4,65	0,006	16,71 (2-38)	< 0,001
	Oui	21,36 ± 4,71		26 (14-38)	

IMC : Indice de masse corporelle ; CAT : Chronic obstructive pulmonary disease assesment test

Tableau 5. Facteurs associés aux troubles psycho-affectifs chez les patients atteints de BPCO en étude statistique multivariée par régression logistique binaire

	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	Symptômes évocateurs d'anxiété			Symptômes évocateurs d'anxiété		
	ORa	IC (95%)	p-value	ORa	IC (95%)	p-value
Antécédents de troubles du rythme cardiaque	7,000	1,430-34,270	0,008	12,580	2,219-71,314	0,004
IMC	-	-	0,018	0,901	0,809-1,003	0,057
Score CAT	-	-	<0,001	1,109	1,048-1,173	<0,001
	Symptômes évocateurs de dépression			Symptômes évocateurs de dépression		
	ORa	IC (95%)	p-value	ORa	IC (95%)	p-value
Score CAT	-	-	<0,001	1,089	1,037-1,143	0,001
	Episode dépressif majeur			Episode dépressif majeur		
	ORa	IC (95%)	p-value	ORa	IC (95%)	p-value
Genre	0,107	0,001-1,074	0,054	0,024	0,001-0,641	0,013
Antécédents de troubles du rythme cardiaque	4,057	1,125-14,663	0,034	10,565	1,949-57,281	0,006
IMC	-	-	0,006	0,842	0,729-0,972	0,019
Score CAT	-	-	<0,001	1,112	1,044-1,183	0,001

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive ; IMC : Indice de masse corporelle ; Echelle mMRC : Modified medical research council scale ; CAT : Chronic obstructive pulmonary disease assesment test ; ORa : Odds Ratio ajusté.

du CAT ainsi qu'à la présence de comorbidités type troubles du rythme cardiaque. Ces résultats mettent l'accent sur la possibilité de prédire l'apparition des troubles psycho-affectifs chez les patients ayant une BPCO et qui sont les plus symptomatiques, pour pouvoir agir dessus précocement et éviter la transformation du pronostic vers le pire. La prise en charge sera à la fois médicamenteuse mais aussi fonctionnelle respiratoire. En effet, la relation retrouvée dans ce présent travail entre les symptômes anxiodépressifs et les IMC les plus bas met en exergue l'importance de la prise en charge multidisciplinaire des patients souffrant de BPCO et particulièrement la prise en charge nutritionnelle. Dans une revue de la littérature publiée par Gordon et al. la réhabilitation pulmonaire avec tous les piliers qui la composent, en comparaison aux soins habituels, avait montré un effet significatif mais modéré sur les symptômes de l'anxiété et un effet significatif et important sur les symptômes de la dépression [17].

Un certain nombre de limites doivent être considérés dans ce travail. Tout d'abord, il s'agit d'une étude transversale avec tout ce qui en découle comme biais. De plus, l'échantillon n'a pas été constitué par un tirage au sort dans une liste des patients qui sont vus en consultation externe. Il s'agit d'un recrutement basé sur le bénévolat des patients. Par ailleurs, l'échelle HAD permet un dépistage des troubles psycho-affectifs type anxiété et dépression et non une confirmation diagnostique, ainsi l'étude statistique pour la recherche des facteurs prédictifs reste non concluante.

CONCLUSION

L'estimation de la prévalence de l'anxiété et de la dépression parmi les patients tunisiens suivis en consultation externe pour BPCO à l'état stable rejoint celle de la littérature. Elle est de l'ordre de 44,7% pour l'anxiété et 33,9% pour la dépression. En analyse multivariée par régression logistique binaire, l'apparition d'un épisode dépressif majeur était associée au genre féminin, aux troubles du rythme cardiaque associés, aux valeurs les plus basses de l'IMC et les plus élevées du score du CAT. L'échelle HAD constitue un outil simple et fiable qui devrait être utilisé plus fréquemment en consultation de pneumologie. Mais des études en collaboration avec les psychiatres sont nécessaires pour confirmer le diagnostic de l'anxiété et de la dépression et ainsi optimiser la prise en charge des patients.

RÉFÉRENCES

- 1- Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2020 report. Fontana, WI, USA2020. <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>
- 2- Polatti M, Ben Kheder A, Wali S, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and associated healthcare resource consumption in the Middle East and North Africa: the BREATHE study. *Respir Med* 2012;106:S75-S85.
- 3- Sulieman Terkawi A, Tsang S, Jumaan AlKahtani G, et al. Development and validation of Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Saudi J Anaesth* 2017;11 (Suppl 1) :S11-S18.
- 4- Turan O, Yemez B, Itil O. The effects of anxiety and depression symptoms on treatment adherence in COPD patients. *Prim Health Care Res Dev* 2014;15 (3) :244-51.
- 5- Munari AB, Gulart AA, Dos Santos K, Venâncio RS, Karloh M, Mayer AF. Modified Medical Research Council Dyspnea Scale in GOLD Classification Better Reflects Physical Activities of Daily Living. *Respir Care* 2018;63 (1) :77-85.
- 6- Gupta N, Pinto LM, Morogan A, Bourbeau J. The COPD assessment test: a systematic review. *ERJ* 2014;44:873-84.
- 7- Maoua M, El Maalel O, Abdelghani A, et al. Impact de la BPCO sur la qualité de vie et l'état de santé mentale chez cent patients tunisiens. *Rev Pneumol clin* 2014;70:195-202.
- 8- Xiao T, Qiu H, Chen Y, et al. Prevalence of anxiety and depression symptoms and their associated factors in mild COPD patients from community settings, Shanghai, China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2018;18:89.
- 9- Uchmanowicz I, Jankowska-Polanska B, Motowidlo U, Uchmanowicz B, Chabowski M. Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016;11:963-70.
- 10- Schüz N, Walters J, Cameron-Tucker H, Scott J, Wood-Baker R, Walters EH. Patient Anxiety and Depression Moderate the Effects of Increased Self-management Knowledge on Physical Activity: A Secondary Analysis of a Randomised Controlled Trial on Health-Mentoring in COPD. *COPD* 2015;00:1-8.
- 11- Engum A. The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. *J Psychosom Res* 2007;62:31-8.
- 12- Ninot G. L'anxiété et la dépression associées à la BPCO ; une revue de la question. *Rev Mal Respir* 2011;28:729-48.
- 13- Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008;134:43S-56S.
- 14- Jones PW, Baveystock CM, Littlejohns P. Relationships between

general health measured with the sickness impact profile and respiratory symptoms, physiological measures, and mood in patients with chronic airflow limitation. *Am J Respir Crit Care Med* 1989;140:1538-43.

- 15- Laurin C, Lavoie KL, Bacon SL, et al. Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders and psychological distress in patients with COPD. *Chest*2007;132:148-55.
- 16- Ninot G, Fortes M, Poulain M, et al. Gender difference in coping strategies among patients enrolled in an inpatient rehabilitation program. *Heart Lung* 2006;35:130-6.
- 17- Gordon CS, Waller JW, Cook RM, Cavalera SL, Lim WT, Osadnik CR. Effect of Pulmonary Rehabilitation on Symptoms of Anxiety and Depression in COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Chest* 2019;156 (1) :80-91.