

# Prévalence de la fatigue chronique chez les patients guéris d'un lymphome de Hodgkin : suivi à long terme des essais conduits par l'EORTC et le GELA (1964-2004)

Raphaël Busson<sup>1,2</sup>, Marleen van der Kaaij<sup>3,4</sup>, Christophe Fermé<sup>5</sup>, Michel Henry-Amar<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Centre de Traitement des Données (CTD) du Cancéropôle Nord-Ouest, Centre François Baclesse, Caen ;

<sup>2</sup> Université de Caen Basse-Normandie ; <sup>3</sup> Universitair Medisch Centrum, Groningen, Pays-Bas ;

<sup>4</sup> European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) ;

<sup>5</sup> Groupe d'Étude des Lymphomes de l'Adulte (GELA)

## Contexte

Le lymphome de Hodgkin (LH) fait partie des cancers dont le pronostic est très favorable. Dix ans après le diagnostic et le traitement, le taux de survie est compris entre 80% et 95% selon les stades. Pendant les deux premières années après le traitement d'un LH, le niveau de fatigue diminue significativement mais persiste à un niveau anormalement élevé. Alors qu'environ 30% des survivants d'un cancer se plaignent de fatigue chronique, cette proportion atteint 65% à 75% parmi les survivants d'un LH à comparer aux 10% de sujets fatigués dans la population générale. Par ailleurs, l'impact des comorbidités sur la fatigue chronique n'a jusqu'à aujourd'hui été analysé que de manière globale à l'exception de la dépression.

## Objectifs

- 1) Identifier les caractéristiques démographiques, culturelles et cliniques, y compris les comorbidités, liées au développement d'une fatigue persistante dans une cohorte de sujets guéris d'un LH.
- 2) Déterminer des groupes de sujets à risque permettant d'élaborer des stratégies de prévention de façon ciblée en agissant par exemple, sur les composantes (fatigue globale, physique, cognitive, activité, motivation) associées aux niveaux de fatigue les plus élevés.

## Matériels et Méthodes

La population cible concerne tous les patients survivants à un LH inclus dans l'un des neuf essais conduits par le Groupe Lymphomes de l'EORTC et le GELA entre 1964 et 2004. Une enquête transversale a été réalisée par questionnaires en 2009-2010. Deux auto-questionnaires ont été utilisés : le Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20 questionnaire validé) et le Life Situation Questionnaire qui a permis de recueillir les informations suivantes :

	N (%)
<b>2032 Répondants</b>	
Âge en 2010	
Moyenne [min ; max]	48 [24 ; 85]
Années depuis la randomisation	
Moyenne [min ; max]	14 [5 ; 45]
Sexe	
Homme	998 (49)
Femme	1034 (51)
Pays	
Pays-Bas	956 (47)
France	769 (38)
Belgique	152 (8)
Italie	91 (5)
Slovénie	28 (1)
Slovaquie	30 (1)
Autres	6 (<1)
Niveau d'études	
Supérieur	737 (36)
Lycée	647 (32)
Collège	648 (32)
Comorbidités statistiquement liées à la fatigue	
BPCO	75 (4)
Dépression	220 (11)
Tentatives de suicide	30 (1)
Insuffisance cardiaque	122 (6)
Fatigue déclarée moins de 3 ans après le LH	319 (16)
Diabète	76 (4)
Arthrose sévère	90 (4)

La détermination de groupes pronostiques pour les scores de fatigue du MFI-20 a été réalisée à l'aide de régressions linéaires et logistiques.

## Remerciements

Ce projet est financé par une bourse de thèse de La Ligue nationale contre le cancer.

Evaluation et analyse de la qualité de vie en oncologie 2014



Bordeaux • Limoges • Montpellier • Nîmes • Toulouse

## Estimations des scores de fatigue

Globalement, 1337 survivants expriment un score de fatigue  $\geq 40$ , soit une prévalence de la fatigue anormale de 66% (IC 95% [63% ; 68%]). L'estimation du score moyen d'une population s'obtient par addition des coefficients correspondant aux caractéristiques de cette population et du score de base.

MFI-20	Coefficients (SD)			
	Fatigue générale	Fatigue physique	Réduction de l'activité	Réduction de la motivation
Score de base*	27,8 (1,8)	27,4 (1,7)	15,2 (1,4)	8,8 (1,4)
Pays				
Pays-Bas	n/a —	0,0 ‡	n/a —	n/a —
France	n/a —	-5,9 (1,1)	n/a —	n/a —
Belgique	n/a —	1,8 (1,9)	n/a —	n/a —
Italie	n/a —	-10,1 (2,3)	n/a —	n/a —
Slovénie	n/a —	-3,0 (4,2)	n/a —	n/a —
Slovaquie	n/a —	7,0 (4,1)	n/a —	n/a —
Sexe				
Homme	0,0 ‡	0,0 ‡	n/a —	n/a —
Femme	6,1 (1,2)	2,4 (1,0)	n/a —	n/a —
Années depuis la randomisation				
Par tranche de 10 ans	n/a —	2,6 (0,7)	n/a —	n/a —
Niveau d'études				
Supérieur	0,0 ‡	0,0 ‡	n/a —	0,0 ‡
Lycée	2,6 (1,4)	2,7 (1,1)	n/a —	2,6 (1,2)
Collège	6,1 (1,5)	6,0 (1,2)	n/a —	6,3 (1,3)
Âge au moment de l'étude				
Par tranche de 10 ans	1,4 (0,5)	1,1 (0,5)	4,0 (0,5)	4,0 (0,5)
Comorbidités				
Dépression	12,9 (2,0)	9,2 (1,6)	10,5 (1,8)	9,2 (1,8)
Tentative de suicide	n/a —	n/a —	n/a —	12,9 (4,3)
Diabète	11,8 (3,2)	n/a —	11,6 (2,9)	8,4 (2,7)
Arthrose sévère	11,1 (2,9)	10,1 (2,3)	13,3 (2,7)	12,8 (2,4)
Fatigue après le LH	21,7 (1,7)	13,0 (1,4)	12,0 (1,6)	8,8 (1,4)
Insuffisance cardiaque	13,8 (2,5)	10,9 (2,0)	12,4 (2,3)	9,2 (2,2)
BPCO†	16,3 (3,1)	11,3 (2,5)	12,0 (2,9)	n/a —

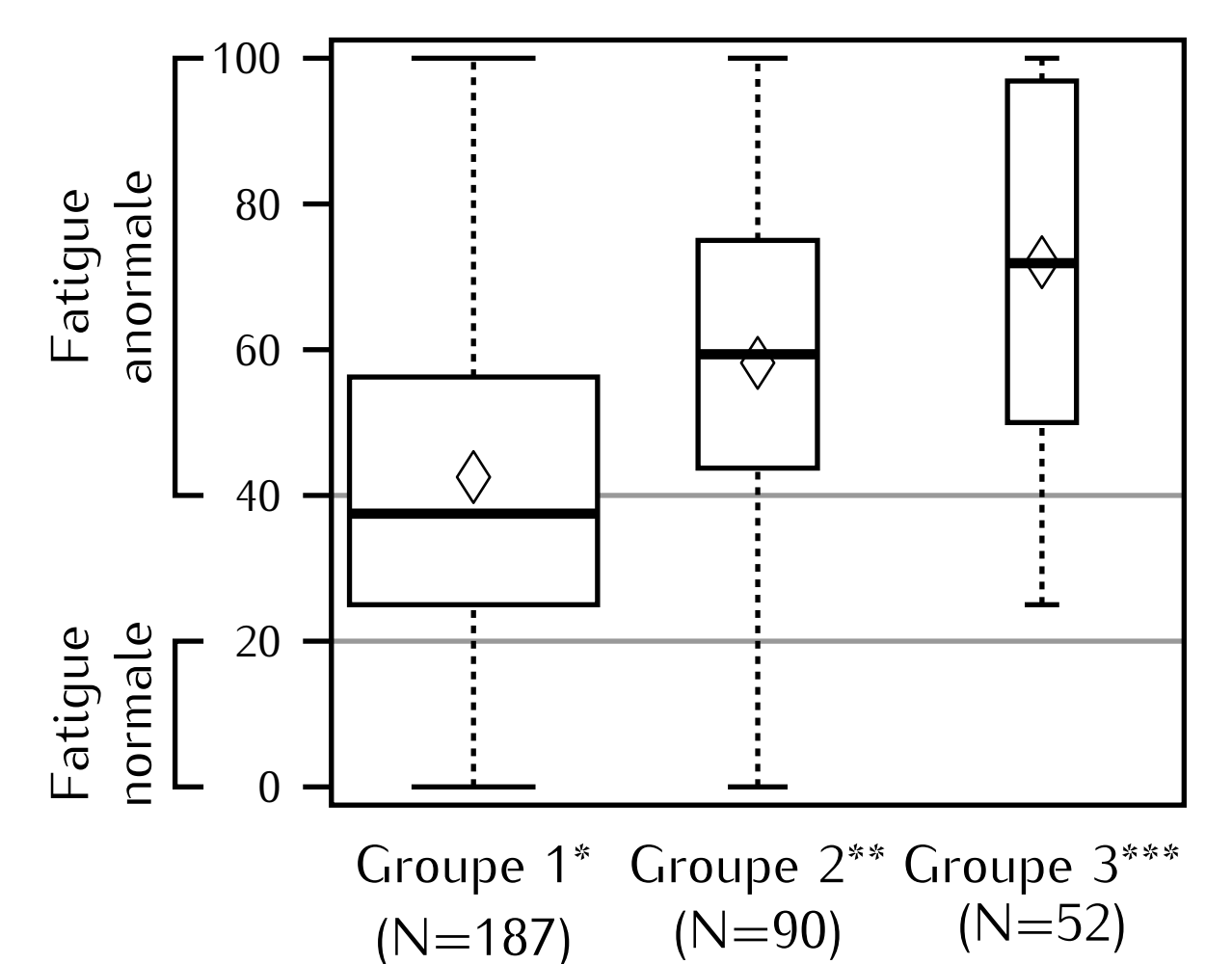
\* pour un âge de 20 ans. †Bronchopneumopathie chronique obstructive ‡référence. n/a équivalent à 0.

## Modélisation logistique - Fatigue maximum

### Problèmes de seuils des modèles logistiques

Comorbidités	Modèle linéaire		Modèle logistique	
	Coefficients	p-value	Odd ratio	p-value
Fatigue après le LH	17,2	<0,001	4,1	<0,001
BPCO	13,9	<0,001	4,7	0,001
Insuffisance cardiaque	12,1	<0,001	3,5	<0,001
Dépression	11,6	<0,001	2,9	<0,001
Arthrose sévère	10,1	<0,001	1,6	0,156
Diabète	7,9	0,005	1,5	0,243

### Maximum des scores de fatigue du MFI-20



- \*Groupe 1 : Patients traités il y a moins de 10 ans en France ou en Italie, âgés de moins de 45 ans, ayant fait des études universitaires et sans comorbidité.
- \*\*Groupe 2 : Patients traités il y a plus de 10 ans aux Pays-Bas ou en Belgique, âgés de plus de 45 ans, ayant arrêté leurs études au collège et sans comorbidité.
- \*\*\*Groupe 3 : Mêmes caractéristiques que le groupe 2 mais avec comorbidités.

## Conclusion

Deux tiers des sujets guéris d'un LH se plaignent de fatigue chronique dont le niveau est indépendant de leur traitement. Le sexe, l'âge, le niveau socioculturel et l'origine géographique sont des facteurs ayant un impact significatif sur le niveau de fatigue. La présence de comorbidités augmente le niveau de fatigue de manière quasi uniforme quelle que soit la comorbidité associée. Il est ainsi possible de définir des groupes de sujets à haut risque de fatigue chronique pour lesquels des actions de prévention pourraient être envisagées pendant et au décours du traitement.

## Contact

Raphaël Busson  
Email : raphael.busson@mail.baclesse.fr  
Téléphone : 02 31 45 40 76  
LinkedIn :



Site du CTD :  
www.ctd-cno.org

