



Année 2022

Thèse N° 036/22

EVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE CHEZ LES PATIENTS SUIVIS POUR LUPUS ÉRYTHÉMATEUX SYSTÉMIQUE (à propos de 102 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/01/2022

PAR

Mr. JNYAH MOHAMMED KHALIL

Né le 26 Novembre 1996 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Qualité de vie – Lupus – SF12

JURY

- M. BERRAHO MOHAMED** PRÉSIDENT
Professeur d'Epidémiologie clinique
- Mme EL FAKIR SAMIRA**..... RAPPORTEUR
Professeur d'Epidémiologie clinique
- Mme BERRADY RHIZLANE**.....
Professeur de Médecine interne
- M. TACHFOUTI NABIL**.....
Professeur d'Epidémiologie clinique
- Mme OTMANI NADA** MEMBRE ASSOCIÉ
Professeur assistante en informatique médical
- } JUGES

SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES TABLEAUX	4
INTRODUCTION	7
I. EPIDEMIOLOGIE DU LES	8
1. Au monde	8
2. En Afrique	11
3. Au Maroc	12
II. Tableau clinique	12
III. Lupus et qualité de vie	14
1. Définition de la qualité de vie	14
2. Impact du LES sur la qualité de vie	15
3. La qualité de vie comme objectif du traitement du LES	16
4. Evaluation de la qualité de vie des patients lupiques	16
5. Objectifs	17
MATERIELS ET METHODES	18
I. Type et lieu d'étude	19
II. Population de l'étude	19
1. Critères d'inclusion	19
2. Critères d'exclusion.....	19
3. Recueil des données	19
4. SF 12	20
III. Analyse statistique	22
1. Calcul des scores	22
2. Analyse descriptive	24
3. Analyse uni variée	24

4. Analyse multivariée	24
IV. Aspect éthique	25
RESULTATS	26
I. Résultats descriptifs	27
II. La qualité de vie mesurée par le SF12	32
1. Score PCS	32
1.1. Sous items du score PC.....	32
1.2. Facteurs associés au PCS	32
1.3. Analyse multivariée :.....	38
2. Score MCS	39
2.1. Sous items du score MCS	39
2.2. Facteurs associés au MCS	39
2.3. Analyse multivariée	46
DISCUSSION.....	47
RESUME.....	52
ANNEXES	58
BIBLIOGRAPHIE.....	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte choroplèthe montrant la prévalence du LED dans le monde	11
Figure 2. Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge.....	27
Figure 3. Répartition de l'échantillon en fonction du milieu d'habitat	28
Figure 4. Répartition de la population d'étude selon le revenu mensuel.	29
Figure 5. Pourcentage des manifestations cliniques chez la population	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Incidence et prévalence de LES dans quelques pays	10
Tableau 2. Les différentes dimensions du score SF-12.	23
Tableau 3. moyenne des sous items du score PCS	32
Tableau 4. Score du PCS selon les caractéristiques sociodémographiques	33
Tableau 5. Score du PCS selon les antécédents médicaux des patients	34
Tableau 6. Score du PCS selon les manifestations cliniques en rapport avec le LES ...	36
Tableau 7. valeur de β ajusté	38
Tableau 8. Moyenne des sous items du score MCS.....	39
Tableau 9. Score du MCS selon les caractéristiques sociodémographiques	40
Tableau 10. Score du MCS selon les antécédents médicaux des patients	42
Tableau 11. Score du MCS selon les manifestations cliniques en rapport avec le LES	44
Tableau 12. valeur de β ajusté.....	46

LISTE DES ABREVIATIONS

AAN	: Anticorps anti nucléaire
ADN	: Acide désoxyribonucléique
AINS	: Anti inflammatoire non stéroïdien
ATCD	: Antécédents
AC	: Anticorps
BP	: Bodily Pain
CHU	: Centre hospitalier universitaire
EEG	: Electroencéphalogramme
EQ	: Euro QoL
GH	: General health
HRQoL	: Health-Related Quality of Life
HTA	: Hypertension artérielle
Ig	: Immunoglobuline
LES	: lupus érythémateux systémique
MCS	: Mental component summary
MH	: Mental health
PCS	: Physical component summary
PEC	: Prise en charge
PF	: Physical functioning
QDLS	: Qualité de vie liée à la santé
QDV	: Qualité de vie
RAMED	: Régime d'assistance médicale
RE	: Role-emotional

RP	: Role-physical
SAPL	: Syndrome des anti phospholipides
SF	: Short form
SLICC	: Systemic lupus International collaborating Clinics
TMT	: Trail making test
VT	: Vitality
WHOQoL	: World Health Organisation Quality of Life

INTRODUCTION

Le Lupus Érythémateux Systémique (L.E.S) est une affection appartenant au groupe des maladies auto-immunes, il s'agit d'une maladie complexe dans laquelle tous les composants du système immunitaire sont impliqués. Le lupus affecte de nombreux organes (cœur, rein, articulations...) rendant ainsi son expression clinique très polymorphe parfois bénigne, sévère ou même grave. En effet, il s'agit d'une maladie systémique protéiforme et potentiellement grave caractérisée par la production d'anticorps antinucléaires dirigés contre l'ADN natif. [1]

Cette affection se traduit par des manifestations cliniques différentes chez chaque individu avec comme point commun une évolution marquée de poussées entrecoupées par des périodes de rémission.[1]

I. EPIDEMIOLOGIE DU LES :

Le LES est une maladie ubiquitaire qui touche toutes les populations et toutes les races avec une large prédominance chez la femme en âge de procréer et un sex-ratio femme/homme de 9 avant la ménopause, ce qui laisse supposer un rôle potentiel des facteurs hormonaux, plus particulièrement des œstrogènes. La race noire est particulièrement touchée avec une sévérité clinique plus importante. [2,3,4,5]

1. Au monde :

La prévalence de la maladie semble avoir une répartition géographique étant donné que la maladie est fréquemment retrouvée chez la population asiatique, les afro-américains, les hispano-américains et les caribéens en comparaison aux caucasiens. [6,7]

Les meilleures informations dont nous disposons sur l'incidence, la prévalence, la mortalité et la morbidité proviennent d'Europe et d'Amérique du Nord ; moins de données sont disponibles en Afrique, en Amérique du Sud, en Asie et en Australie.

Étant donné que la maladie est moins fréquente chez les enfants (avant la puberté), de nombreuses études ne rapportent que des données provenant de population adulte.

Les taux d'incidence annuels aux États-Unis vont de 2 à 7,6 pour 100 000 et la prévalence varie encore plus largement de 19 à 159 pour 100 000 selon la définition de LES utilisée, les méthodes de constatation des cas, la standardisation selon l'âge et l'origine raciale et ethnique de la population. [8]

De même, les chiffres en Europe montrent une variation considérable avec des taux d'incidence annuels entre 1 et 4.9 pour 100 000 et une prévalence de 28 à 97 pour 100 000. En France, malgré l'absence de données épidémiologiques précises, la prévalence serait d'environ 35 personnes atteintes pour 100 000 habitants. [9]

Tableau 1. Incidence et prévalence du LES dans quelques pays [10]

Pays ou population	Incidence (par 100,000)			Prévalence (par 100,000)				
	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Sujets noirs	Sujets blancs
Etats Unis (Géorgie)	5.6	9.2	1.8	73	128	15	119	33
Etats Unis (Michigan)	5.5	9.3	1.5	73	129	13	112	48
Barbados	NA	12.2*	0.8*	NA	153*	10*	NA	NA
Danemark	1	NA	NA	28	NA	NA	NA	NA
Royaume Uni	4.6	7.8	1.3	88	152	22	525*	124
American-Indian Health Service	7.4	10.4	NA	178	271	54	NA	NA
Taiwan	4.9‡	NA	NA	98‡	NA	NA	NA	NA
Corée	NA	NA	NA	19- 22‡	NA	NA	NA	NA
	2.5‡	NA	NA	27‡	NA	NA	NA	NA
Australie	NA	NA	NA	NA	NA	NA	74§	19
	NA	NA	NA	45	NA	NA	93	NA

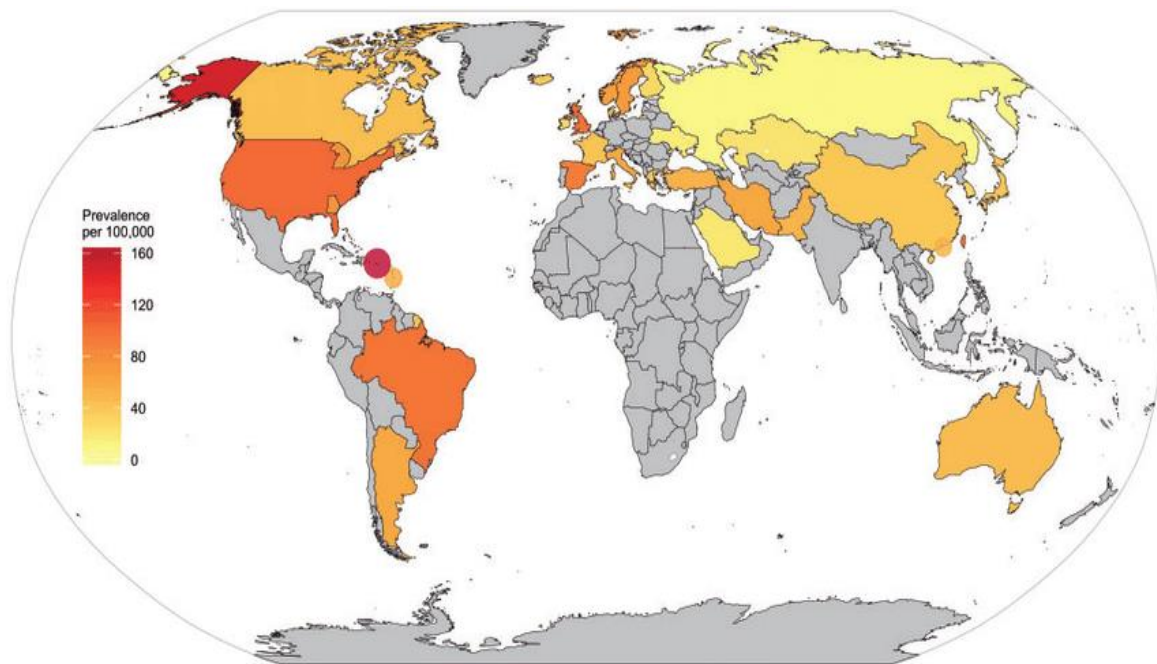


Figure 1. Carte choroplèthe montrant la prévalence du LED dans le monde [11]

2. En Afrique :

La prévalence est de 15 à 60/100000 habitants/an en occident [12,13,14] mais le nombre de cas rapporté par les séries africaines demeure infirme ; 49 cas en 15 ans en Côte d'ivoire (2004) [15] ,16 cas en 13 ans au Togo (2008) [16] et 30 cas en 10 ans au Sénégal (1998) [17].

En Afrique subsaharienne, depuis les premiers cas rapportés à Dakar [18], quelques séries hospitalières sont de plus en plus publiées [18,19,20,21].

Les difficultés diagnostiques liées au polymorphisme du tableau clinique pourraient être à l'origine d'une sous-évaluation, du fait d'un certain nombre de cas non diagnostiqués, comme l'ont déjà noté des auteurs ailleurs. [22]

3. Au Maroc :

Bien que peu commune, il ne s'agit pas non plus d'une maladie rare. Elle affecterait plus de 5 millions de personnes dans le monde et au moins entre 15 à 20 000 au Maroc. Sa prévalence se situe entre 2 à 15 pour 1 000 selon les ethnies. On relève une prédominance féminine (9 femmes pour un homme), un pic de fréquence entre 20 et 30 ans, un début avant 16 ans dans 10 à 15 % des cas, et des évolutions plus sévères pour les individus à faible niveau de vie. [23]

Une étude menée sur la population de la région de Marrakech a objectivé une incidence estimée à 6.25 cas pour 100 000 habitants pour la population générale. Celles calculées chez le sexe féminin et masculin étaient respectivement de 11.29 et de 1.10 cas pour 100 000 habitants.[24]

II. Tableau clinique :

Les symptômes du L.E.S sont très polymorphes touchant : les articulations, le système nerveux central et périphérique, la peau, les poumons, le cœur, les reins, les séreuses et autres atteintes hématologiques. Les manifestations cliniques les plus fréquemment retrouvées sont les suivantes :

- **Signes généraux :** Asthénie, anorexie, fièvre ...
- **Signes dermatologiques :** Érythème en vespertilio, lupus discoïde, éruption cutanée symétrique en ailes de papillon, urticaire, livedo, purpura infiltré ou parfois nécrotique.
- **Signes rhumatologiques :** Arthralgie inflammatoire secondaire à une oligo ou polyarthrite aiguë avec dérouillage matinal, ostéoporose secondaire à un traitement à base de corticothérapie. [24,25,26,27]
- **Signes vasculaires :** les vascularites sont très fréquentes, phénomène de

Raynaud [28], hypertension artérielle (si atteinte rénale), thromboses secondaires au SAPL. [29, 30]

- **Signes rénaux** : La néphropathie lupique est fréquente et conditionne le pronostic vital des patients, de type glomérulaire évoluant éventuellement vers une IRC chez un patient sur trois au bout de cinq à dix ans [31,32,33,34].
- **Signes pulmonaires et cardiaques** : péricardite, endocardite, myocardite, atteinte coronaire avec véritable IDM en cas de SAPL [35,36,37].
- **Signes hématologiques** : Anémie, leucopénie, thrombopénie..
- **Signes neuropsychiatriques** : Crises comitiales, hémiplégie, monoplégie voire paraplégie, méningite lymphocytaire aseptique, chorée, migraine, les états dépressifs, l'insomnie, les états d'excitation, l'anxiété, les troubles cognitifs, les hallucinations, la confusion mentale [38,39]
- **Signes musculaires** : faiblesse musculaire, myalgies et des fibromyalgies, des myosites avec un tracé myositique a l'EEG. [40]
- **Signes ganglionnaires et spléniques** : adénopathies cervicales, splénomégalie..
- **Signes digestifs et hépatiques** : péritonite, ascite, cytolyse hépatique , ulcérations ou perforations ,gastrite, hépatomégalie. [41]
- **Signes oculaires** : rétinites, atteinte du nerf optique ou des nerfs oculomoteurs, exophtalmie, chémosis. [42]

Le LES reste une maladie hétérogène de diagnostic parfois laborieux dans les formes précoces et ne disposant d'aucun marqueur pathognomonique, d'où l'intérêt de plusieurs classifications permettant de poser le diagnostic positif telles que la classification de l'ACR et plus récemment la classification SLICC.[43,44]

Le pronostic de la maladie dépend de la présence d'atteintes principalement cardiaque, rénale et cérébrale.

III. Lupus et qualité de vie :

1. Définition de la qualité de vie :

Le concept de la qualité de vie (QDV) est très complexe ; il faut en citer deux caractéristiques fondamentales : la multidimensionalité et la subjectivité.

La multidimensionalité comporte plusieurs champs : le bien-être physique, fonctionnel, émotionnel, spirituel et le bien-être social. Ces différents champs sont difficilement dissociables .

La subjectivité se rapporte au fait que la QDV ne peut être correctement comprise qu'en se plaçant dans la perspective du patient. La douleur en est l'illustration classique. La QDV subjective se réfère à l'appréciation et la satisfaction du patient en ce qui concerne son niveau réel de fonctionnement, comparé à ce qu'il considère comme possible ou idéal.[45]

La définition de la qualité de vie liée à la santé (QVLS) inclut les aspects physiques, psychologiques et sociaux du bien-être positif, ainsi que les effets négatifs de maladie, du traitement et de l'infirmité. Il fait référence aux évaluations des sujets sur leurs niveaux de fonctionnement et de satisfaction par rapport à ce qu'ils perçoivent comme étant « idéal ». La QVLS englobe les aspects de la vie qui peuvent influencer ou être influencé par la « santé ». Les domaines de la QVLS comprennent généralement les domaines : physique, social, fonctionnement cognitif et bien-être émotionnel.

En d'autres termes, une bonne santé est le résultat d'un bien-être biologique, psychologique et social ; une perturbation dans l'une de ces zones (par exemple, biologique), provoque des maladies, affecte les autres domaines du bien-être et influence la QVLS.

2. Impact du LES sur la qualité de vie :

Les patients atteints de lupus érythémateux systémique (LES) présentent des symptômes chroniques qui ont un impact négatif sur leur qualité de vie (QDV). Des études ont évalué les variables qui ont contribué à la qualité de vie chez les patients atteints de LES, y compris le rôle médiateur de la morbidité psychologique et de l'activité de la maladie.

Une étude transversale a inclus 104 femmes atteintes de LES. Les participantes ont répondu à plusieurs instruments évaluant la fatigue, la morbidité psychologique (dépression et anxiété), l'image corporelle, l'activité de la maladie et la qualité de vie. Les résultats suggèrent une certaine détérioration de la qualité de vie en rapport avec la chronicité de la maladie elle-même et/ou de sa prise en charge.[46]

Selon les résultats, l'intervention chez les patients atteints de LES devrait se concentrer sur la morbidité psychologique des patients, en particulier dans la phase active de la maladie. L'image corporelle, la gravité de la fatigue et la morbidité psychologique doivent être surveillées chez les patients atteints de LES afin de favoriser la qualité de vie.

3. La qualité de vie comme objectif du traitement du LES :

Les traitements actuels permettent en règle générale de guérir puis de prévenir les poussées en permettant au malade de mener une vie presque normale, de préserver sa qualité de vie, d'aller à l'école ou de poursuivre ses études comme les autres et de maintenir son insertion socio-professionnelle.

De grands efforts ont été déployés, avec l'aide de l'industrie pharmaceutique, pour trouver quels schémas thérapeutiques traitent le LES de façon techniquement satisfaisante, sans détériorer la qualité de vie compte tenu des effets secondaires possibles et de la quantité souvent importante de médicaments à prendre.[47]

Il s'en suit que le traitement pharmacologique idéal du LES devrait autant prolonger la longévité qu'améliorer le bien-être général et l'état fonctionnel affecté par la maladie. Par conséquent, la longévité et la QVLS sont considérées comme les deux objectifs les plus recherchés du traitement du LES.

4. Evaluation de la qualité de vie des patients lupiques :

Des mesures génériques et / ou spécifiques à une maladie peuvent être utilisées dans les études sur la QVLS des sujets lupiques.

Les instruments génériques (par exemple, Short Form Health Survey (SF-36), SF-12, Sickness Impact Profile (SIP), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), EuroQoL-5D (EQ-5D)) sont conçus pour être applicables à un large éventail de populations et d'interventions.

En revanche, les mesures ciblées sur les maladies (par exemple ; Profil d'évaluation des symptômes subjectifs, test de dépistage de traînée Reitan (TMT), mini-examen de l'état mental) sont conçus pour être pertinents pour une maladie particulière ou pour un problème de santé donné.

Au Maroc, différentes études ont été portées sur la qualité de vie de patients

atteints de maladies chroniques différentes, mais, à notre connaissance, peu de données sont disponibles sur la qualité de vie des patients lupiques.

5. Objectifs :

❖ Objectif principal :

L'objectif principal de ce travail est de mesurer la qualité de vie des patients lupiques suivis au sein du service de médecine interne au CHU Hassan II de Fès.

❖ Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires sont :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients.
- Chercher les facteurs pouvant être associés à la qualité de vie de ces patients.

MATERIELS ET METHODES

I. Type et lieu d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, visant à évaluer la QDV des patients atteints de LES suivis au service de médecine interne au CHU Hassan II de Fès.

II. Population de l'étude :

Patients atteints de lupus érythémateux systémique suivis au niveau du service de médecine interne au CHU HASSAN II de FES à partir du mois de Septembre 2020 jusqu'au mois de Avril 2021.

1. Critères d'inclusion :

Patients suivis en ambulatoire et/ou hospitalisés au service de médecine interne pour LES.

2. Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les patients diagnostiqués comme porteurs d'une pathologie psychologique avant le diagnostic du Lupus.

3. Recueil des données :

Après avoir eu l'accord du comité d'éthique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès et le consentement éclairé des patients, on a recueilli les informations à partir des données du dossier médical et d'un entretien avec les patients et ceci à l'aide d'une fiche d'exploitation comportant un questionnaire validé.

[Annexe 1]

Ce questionnaire comporte 4 parties :

❖ **La 1^{ère} partie** : Données sociodémographiques

- Age
- Sexe
- Milieu de résidence
- Statut matrimonial
- Couverture sociale

❖ **La 2^{ème} partie** : Données socio-économiques

- Profession
- Revenu mensuel
- Niveau d'étude

❖ **La 3^{ème} partie** : Antécédents

- Médicaux
- Chirurgicaux
- Toxiques
- Gynéco-obstétricaux

❖ **La 4^{ème} partie** : Données cliniques de la maladie

- Date de diagnostic
- Manifestations cliniques
- Manifestations biologiques
- Traitement

❖ **La 5^{ème} partie** :

Pour répondre mieux aux objectifs, la qualité de vie a été mesurée à l'aide du questionnaire SF 12.

4. SF 12 :

C'est une échelle qui a été construite à partir de l'échelle SF36, mise au point et analysée par John Ware et al [48]. Elle est largement utilisée actuellement en langue anglaise mais aussi dans 15 autres traductions. L'étude de choix et de validation des items a été effectuée dans 9 pays européens et auprès de 9000 personnes.[49]

Le SF12 permet de calculer deux scores : un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique. Les moyennes et écarts types des deux scores sont publiés pour les 9 pays européens dans lesquels s'est déroulée l'étude de validation.

Il peut être administré à des patients ou à la population générale.

Le SF12 évalue huit dimensions de la santé :

- L'activité physique
- La vie et les relations avec les autres
- Les douleurs physiques
- La santé perçue
- La vitalité
- Les limitations dues à l'état psychique
- Les limitations dues à l'état physique
- La santé psychique

Le questionnaire SF 12 a fait l'objet d'une validation transculturelle en dialecte Marocain arabe. [50]

III. Analyse statistique :

Les données ont été cotées, saisies sur le logiciel Excel 2010 et analysées en utilisant le logiciel Epi info 3.4 version 2007.

1. Calcul des scores :

Les scores des 12 questions et des échelles sont calculés de façon qu'un score élevé corresponde à un meilleur état de santé.

Pour le score activité physique (PF) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 33a + 33b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure activité physique.

Pour le score limitations dues à l'état physique (RP) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 34a + 34b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique l'absence de limitations dues à l'état physique.

Pour le score douleurs physiques (BP) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 36. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une absence ou peu de douleurs physiques.

Pour le score santé perçue (GH) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 32. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure santé perçue.

Pour le score vitalité (VT) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 37b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure vitalité.

Pour le score vie et relation avec les autres (SF) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 38. Le score de cette échelle est calculé de 25 façons à ce qu'un score élevé indique une meilleure vie relationnelle avec les autres (vie sociale).

Pour le score limitations dues à l'état psychique (RE) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 35a + 35b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique moins de limitations dues à l'état psychique.

Pour le score santé psychique (MH) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 37a + 37c. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure santé psychique.

Tableau 2 : Les différentes dimensions du score SF-12.

Dimensions	Items
L'activité physique	(PF=33a + 33b)
La vie et les relations avec les autres	(SF= 38)
Les douleurs physiques	(BP= 36)
La santé perçue	(GH= 32)
La vitalité	(VT= 37b)
Les limitations dues à l'état psychique	(RE= 35a + 35b)
Les limitations dues à l'état physique	(RP= 34a + 34b)
La santé psychique	(MH= 37a + 37c)

Transformation linéaire des scores de chaque échelle :

Cette étape a pour objectif de transformer le score d'origine de chaque échelle en un score qui s'étend de 0 à 100. Cet objectif est obtenu par l'application de la formule suivante :

Score transformé pour chaque échelle = (score d'origine de l'échelle - plus petit score d'origine possible) / (étendue possible des scores d'origine pour cette échelle) *100

2. Analyse descriptive :

Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions alors que les variables quantitatives en termes de moyennes \pm écart-type.

3. Analyse uni variée

Dans un deuxième temps une analyse uni variée a été effectuée pour étudier l'association entre PCS et le MCS et les variables explicatives (sexe, âge, ...)

Les tests statistiques utilisés sont : khi 2 pour les variables qualitatives et la régression linéaire simple pour les variables quantitatives.

Une valeur $p < 0.05$ a été considérée comme statistiquement significative.

4. Analyse multivariée

L'analyse multivariée par régression linéaire multiple a été réalisée pour chercher les facteurs pouvant influencer la qualité de vie après ajustement sur les facteurs de confusion. Nous avons inclus dans le modèle multivarié les variables ou le degré de signification est inférieur à 20%. L'association significative a été présentée par le β et son intervalle de confiance (IC).

IV. Aspect éthique :

Le protocole de l'étude a été soumis au comité d'éthique hospitalo-universitaire de Fès et a reçu son approbation.

RESULTATS

Un total de 102 patients lupiques suivis au service de médecine interne du CHU de Fès ont été inclus dans l'étude.

I. Résultats descriptifs :

1. Les caractères sociodémographiques :

a. Âge :

Dans notre échantillon, l'âge moyen était de 41.64 ± 13.74 ans, avec des extrêmes allant de 18 à 71 ans.

b. Sexe :

Dans notre série, le sexe féminin était prédominant par rapport au sexe masculin avec un pourcentage de 92.2%.

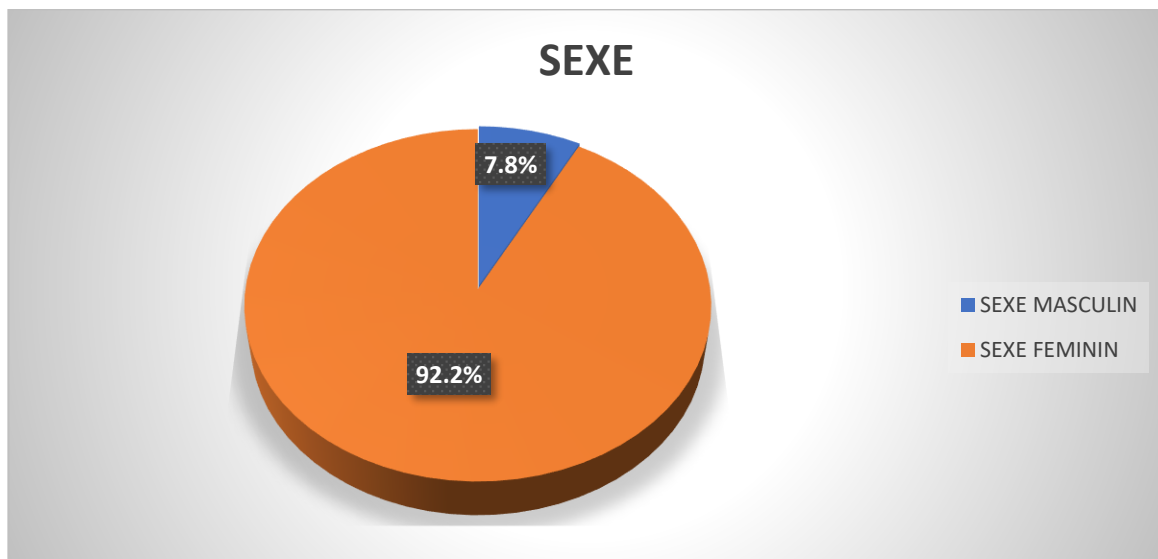


Figure 2. Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge (N=102)

c. Statut marital :

Près de deux patients sur trois (59.8%) étaient mariés, 26.5% étaient célibataires, et 13.7% veufs (ve) ou divorcé(e)s comme le montre le tableau 3.

Tableau 3 : La répartition de la population d'étude selon le statut marital (N=102).

Statut marital	Population d'étude en % validé
Marié	59.8
Célibataire	26.5
Veuf(ve) ou Divorcé	13.7
Total	100

d. Le milieu d'habitat :

La plupart des patients habitaient en milieu urbain (68.3%).

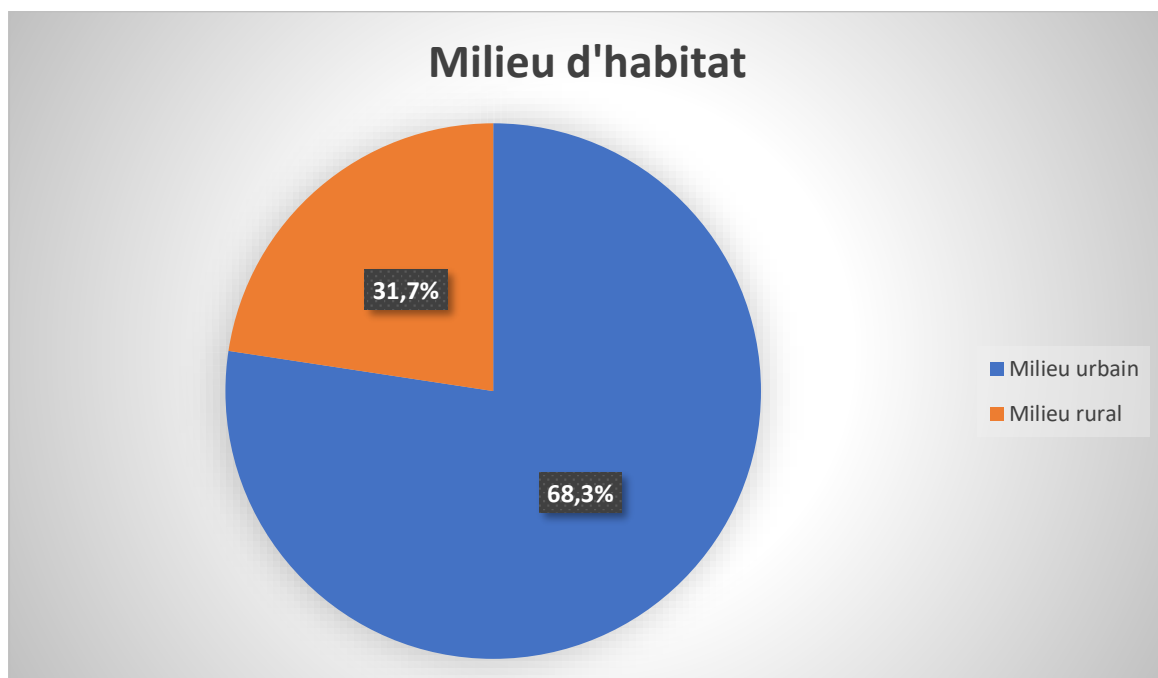


Figure 3. Répartition de l'échantillon en fonction du milieu d'habitat

e. Le niveau d'étude :

Concernant le niveau d'étude, 31% étaient analphabètes, 19% avaient un niveau primaire, 36% avaient un niveau secondaire et 14% ont fait des études supérieures comme le montre le tableau 4.

TABLEAU 4 : Répartition de la population d'étude selon le niveau d'éducation (N=102).

Niveau d'étude	%
Analphabète	31
Primaire	19
Secondaire	36
Études supérieures	14
Total	100

f. Revenu mensuel :

Plus des deux tiers des patients (68.3%) avaient un revenu mensuel inférieur à 2000 MAD.

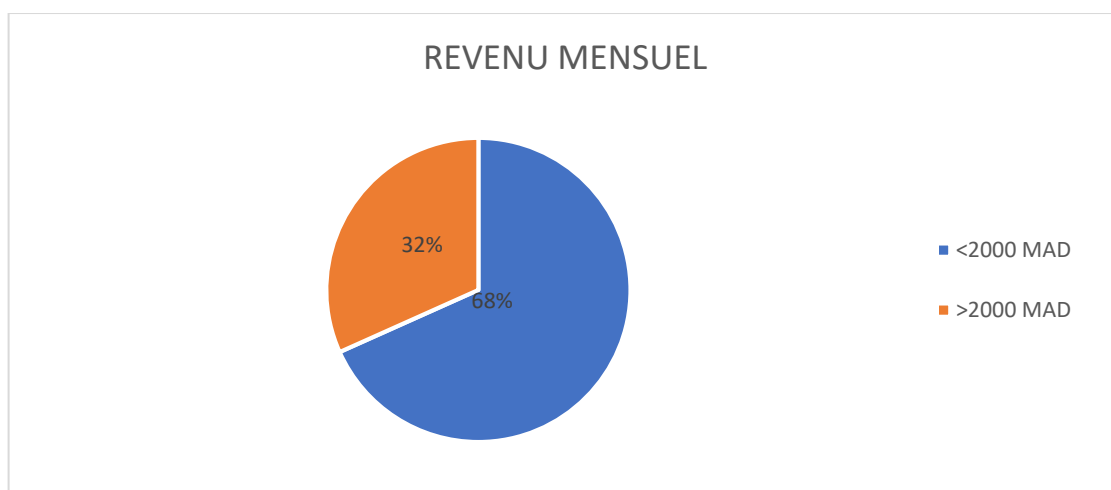


Figure 4. Répartition de la population d'étude selon le revenu mensuel (N=102).

g. Couverture sociale :

Presque trois quarts des patients étaient ramedistes (77.2%) alors que 2% n'avaient pas de couverture médicale.

TABLEAU 5 : Répartition de la population d'étude selon la couverture sociale (N=102).

Couverture sociale	%
RAMED	77.2
Mutualiste	18.8
Aucune couverture	2
Total	100

h. Antécédents personnels :

Dans notre étude, plus d'un patient sur 10 (12.7%) était hypertendu, 9.8% étaient diabétiques, 9.8% souffraient d'une cardiopathie, 7.8% avaient une néphropathie et seulement 1% des patients avaient une néoplasie.

12.7% des femmes avaient un antécédent d'avortement.

2. Caractéristiques de la maladie :

a. Durée d'évolution :

En moyenne la durée d'évolution du lupus chez les patients inclus dans l'étude est de 6.8 ± 5.5 ans.

b. Profil immunologique :

Près de la moitié des patients (47%) avaient des anticorps Anti-ADN positifs alors que 20.2% avaient des anticorps antinucléaires positifs.

c. Manifestations cliniques :

Dans le cadre de leur pathologie, 70.6% des patients avaient des manifestations dermatologiques dont 48% souffraient d'une atteinte du visage, 64.7% avaient des manifestations rhumatologiques, la moitié avaient des manifestations rénales et 48% avaient des manifestations générales.

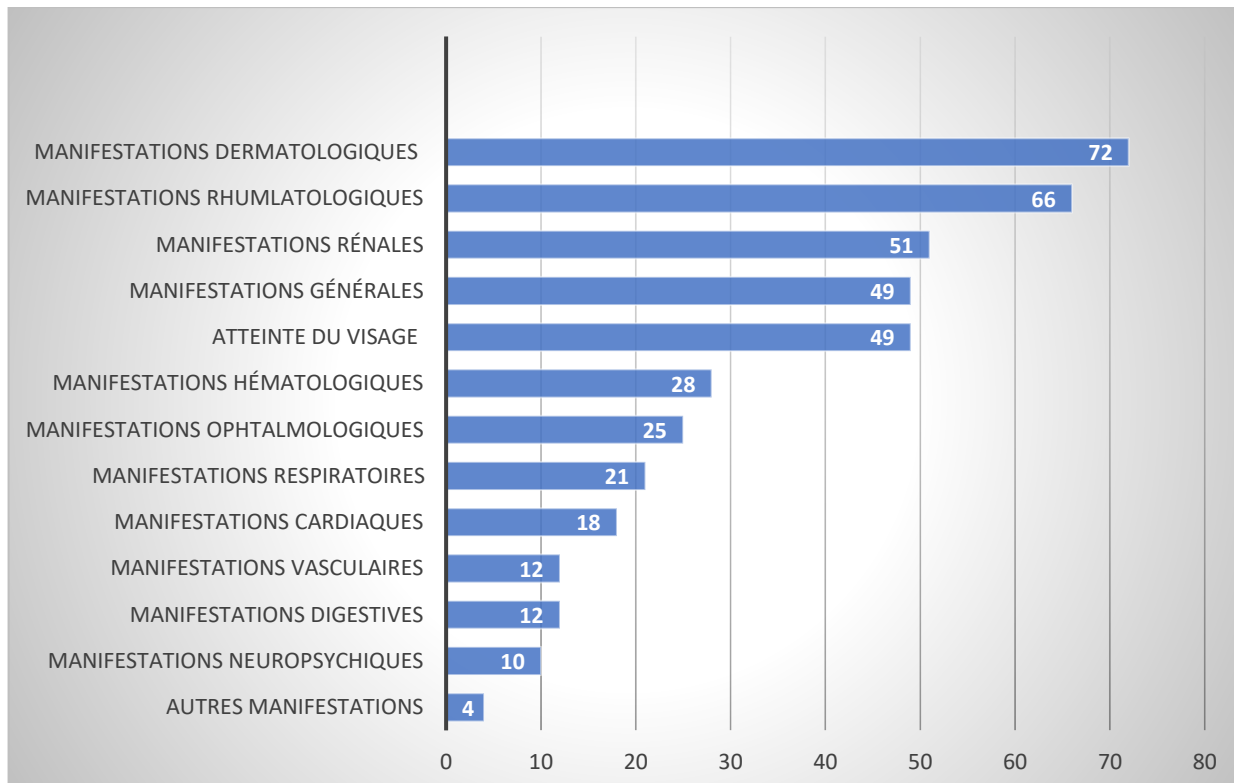


Figure 5. Pourcentage des manifestations cliniques chez la population (N=102)

II. La qualité de vie mesurée par le SF12 :

1. Score PCS :

L'échelle du score physique (PCS) avait une moyenne de 37.09 (± 10.9).

1.1. Sous items du score PCS

Tableau 3. moyenne des sous items du score PCS

Variables	M \pm SD
Fonctionnement physique (PF)	38.78 \pm 11.77
Rôle Physique (RP)	36.22 \pm 9.91
Douleur physique (BP)	34.16 \pm 14.15
Santé générale (GH)	33.88 \pm 12.25

1.2. Facteurs associés au PCS :

❖ Facteurs sociodémographiques :

L'âge avancé et le statut marital étaient associés significativement à une altération de la qualité de vie physique ($p=0.000$ et $p=0.009$ successivement). Le reste des paramètres sociodémographiques n'étaient statistiquement pas significatifs comme le montre le tableau suivant.

Tableau 4. Score du PCS selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	M (ET)	P
Sexe		
Femme	36.98 (10.96)	0.716
Homme	38.45 (10.72)	
Age	-0.37 (-0.51 ; -0.23) *	0.000
Niveau d'étude		
Scolarisés	35.54 (11.09)	0.156
Non scolarisés	38.67 (10.81)	
Profession		
Avec emploi	36.47 (10.90)	0.349
Sans emploi	38.74 (10.93)	
Statut marital		
Célibataire	42.53 (10.44)	0.009
Divorcé ou veuf	34.68 (11.4)	
Revenu mensuel		
≤2000 MAD	36.90 (10.88)	0.799
>2000 MAD	37.51 (11.28)	
Couverture sociale		
Couverts	36.98 (10.89)	0.447
Non couverts	42.96 (17.58)	
Habitat		
Rural	39.46 (11.09)	0.138
Urbain	36.00 (10.79)	
Logement		
Seul	38.00 (12.16)	0.795
En famille	37.01 (10.84)	

* : β et IC95% β

❖ Antécédents :

On a trouvé une association significative entre l'altération de la qualité de vie physique (PCS) et : le nombre élevé de comorbidités ($p=0.000$), la présence d'une hypertension artérielle (38.30 vs 28.82 ; $p=0.000$).

On a trouvé aussi que les patients diabétiques avaient un PCS nettement inférieur que les patients non diabétiques (29.94 vs 37.87 ; $p=0.028$).

Par ailleurs, notre étude n'a pas démontré d'association significative entre le PCS et la présence de cardiopathie, de néphropathie, de néoplasie comme le montre le tableau 8.

Tableau 5. Score du PCS selon les antécédents médicaux des patients

Antécédents	M (ET)	P
Nombre de comorbidités	-3.46 (-5.33 ; -1.58) *	0.000
HTA	28.82 (6.94)	0.000
Pas d'HTA	38.30 (10.87)	
Diabète	29.94 (7.44)	0.028
Pas de diabète	37.87 (10.96)	
Cardiopathie	31.01 (12.65)	0.063
Pas de cardiopathie	37.75 (10.56)	
Néphropathie	35.56 (8.24)	0.681
Pas de néphropathie	37.22 (11.12)	
Néoplasie	32.70 (-)	0.688
Pas de néoplasie	37.14 (10.94)	
Avortement	32.84 (9.72)	0.133
Pas d'avortement	37.71 (10.97)	

* : β et IC95% β

❖ Caractéristiques de la maladie :

Les patients qui souffraient de manifestations respiratoires secondaires à leur maladie lupique avaient un score PCS inférieur par rapport aux patients qui ne présentaient pas de symptômes respiratoires (31.77 vs 38.47 ; $p=0.011$). De plus, les patients qui se plaignaient de manifestations hépato gastriques avaient un PCS nettement inférieur que le reste des patients (28.20 vs 38.81 ; $p=0.005$).

On a également objectivé une association statistiquement significative entre l'altération du PCS et les manifestations ophtalmologiques avec une moyenne inférieure chez les patients souffrants de plaintes d'ordre oculaire (32.07 vs 38.72 ; $p=0.007$).

Tableau 6. Score du PCS selon les manifestations cliniques en rapport avec le LES

Manifestations cliniques	M (ET)	P
Durée d'évolution de la maladie	-0.5 (-0.88 ; -0.12) *	0.011
Manifestations générales		0.865
Oui	37.28 (11.30)	
Non	36.91 (10.62)	
Manifestations dermatologiques		0.553
Oui	36.68 (11.06)	
Non	38.09 (10.62)	
Manifestations rhumatologiques		0.131
Oui	35.89 (10.26)	
Non	39.30 (11.81)	
Manifestations rénales		0.639
Oui	36.58 (10.64)	
Non	37.60 (11.24)	
Manifestations cardiaques		0.154
Oui	33.76 (11.15)	
Non	37.81 (10.78)	
Manifestations respiratoires		0.011
Oui	31.77 (8.94)	
Non	38.47 (10.98)	

Manifestations Hépto-gastriques		
Oui	28.81 (9.44)	0.005
Non	38.20 (10.64)	
Manifestations ophtalmologiques		0.007
Oui	32.07 (10.51)	
Non	38.72 (10.58)	
Atteinte du visage		
Oui	36.61 (11.15)	0.667
Non	37.54 (10.75)	
Manifestations immunologiques		
Oui	35.49 (10.70)	0.392
Non	37.51 (10.27)	
Anticorps anti-ADN		
Oui	36.83	0.998
Non	36.82	
Anticorps anti-nucléaire		
Oui	37.54	0.676
Non	36.32	

* : β et IC95% β

1.3. Analyse multivariée :

Lors de notre étude, nous avons constaté que l'âge avancé, le logement en milieu rural et la présence de manifestations respiratoires étaient associés négativement au score PCS avec des valeurs de β estimés respectivement à : -0.37 (IC 95% : -0.5 ; -0.24). -5.3 (IC 95% : -9.2 ; -1.32). -5.22 (IC 95% : -9.8 ; -0.64).

Tableau 7. valeur de β ajusté

Variables	β ajusté	IC95%
Age	-0.37	-0.5 ; -0.24
Habitat rural	-5.3	-9.2 ; -1.32
Manifestations respiratoires	-5.22	-9.8 ; -0.64

2. Score MCS :

2.1. Sous items du score MCS :

Tableau 8. Moyenne des sous items du score MCS

Variables	M±D
Vitalité (VT)	43.31 ± 10.84
Fonctionnement social (SF)	37.07 ± 12.57
Rôle émotionnel (RE)	32.34 ± 11.28
Santé mentale (MH)	38.9 ± 13.65

2.2. Facteurs associés au MCS :

❖ Facteurs sociodémographiques :

Une forte association a été retrouvée entre l'âge et l'altération de la qualité de vie mentale (MCS) avec un $p=0.011$.

Or, on n'a pas trouvé d'association significative entre le MCS et les variables sociodémographiques notamment : le sexe, le milieu d'habitat, le statut marital, le niveau d'étude, la profession, le revenu et la couverture sociale comme le montre le tableau 12.

Tableau 9. Score du MCS selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	M (ET)	P
Sexe		
Femme	39.25 (12.54)	
Homme	37.85 (11.81)	0.750
Age	-0.22 (-0.38 ; -0.05) *	0.011
Niveau d'étude		
Scolarisés	39.46 (11.17)	0.270
Non scolarisés	36.85 (12.39)	
Profession		
Employé	40.59 (10.20)	0.168
Non employé	36.97 (12.28)	
Revenu mensuel		
<2000 MAD	37.02 (12.19)	0.230
>2000 MAD	40.08 (11.03)	
Couverture sociale		
Couverts	38.05 (11.84)	0.734
Non couverts	35.15 (17.93)	
Habitat		
Rural	38.27 (12.35)	0.934
Urbain	38.06 (11.56)	
Logement		
Seul	37.97 (14.70)	0.998
En famille	37.96 (11.59)	

* : β et IC95% β

❖ **Antécédents :**

Lors de notre étude une association significative a été trouvée entre l'altération de la qualité de vie mentale et la présence d'antécédents (36.31 versus 41.42 ; $p=0.040$).

On a également trouvé une altération du MCS chez les patients hypertendus (38.81 versus 32.14 ; $p=0.014$). Le score MCS a été nettement meilleur chez les patients sans antécédents de maladie auto-immune comparé aux patients porteurs d'autres maladies auto-immunes (39.10 versus 30.18 ; $p=0.01$).

En revanche, notre étude n'a pas démontré d'association significative entre le MCS et la présence de : diabète, cardiopathie, néphropathie, de néoplasie comme le montre le tableau 13.

Tableau 10. Score du MCS selon les antécédents médicaux des patients

Antécédents	M (ET)	P
Nombre de comorbidités	-3.41 (-5.46 ; -1.36) *	0.001
HTA		0.014
Oui	32.14 (7.77)	
Non	38.81 (12.09)	
Diabète		0.481
Oui	35.45 (11.66)	
Non	38.24 (11.86)	
Cardiopathie		0.085
Oui	31.85 (11.36)	
Non	38.63 (11.73)	
Néphropathie		0.673
Oui	36.83 (7.17)	
Non	38.06 (12.15)	
Maladie auto-immune		0.010
Oui	30.18 (11.52)	
Non	39.10 (11.48)	

* : β et IC95% β

❖ **Caractéristiques de la maladie :**

Les patients qui souffraient de manifestations respiratoires secondaires à leur maladie lupique avaient un score MCS inférieur par rapport aux patients qui ne présentaient pas de symptômes respiratoires (33.54 vs 39.11 ; $p=0.05$). Par ailleurs, on n'a pas trouvé d'association significative entre le MCS et les autres manifestations cliniques du LES notamment générales, dermatologiques, rhumatologiques, cardiaques, rénales, neuropsychiques, immunologiques...

Ainsi, notre étude n'a pas objectivé de relation significative entre le MCS et la présence d'anticorps anti-ADN ($p=0.280$) ou d'anticorps anti-nucléaire ($p=0.978$).

Tableau 11. Score du MCS selon les manifestations cliniques en rapport avec le LES

Manifestations cliniques	M (ET)	P
Manifestations générales		
Oui	36.84 (12.13)	0.357
Non	39.00 (11.53)	
Manifestations dermatologiques		
Oui	37.91 (11.75)	0.943
Non	38.09 (12.15)	
Manifestations rhumatologiques		
Oui	37.11 (10.86)	0.328
Non	39.52 (13.40)	
Manifestations rénales		
Oui	38.80 (11.44)	0.477
Non	37.12 (12.22)	
Manifestations cardiaques		
Oui	35.88 (10.61)	0.414
Non	38.41 (12.07)	
Manifestations respiratoires		
Oui	33.54 (12.17)	0.054
Non	39.11 (11.52)	
Manifestations		

hépto-gastriques		
Oui	38.97 (11.02)	0.754
Non	37.83 (11.96)	
Manifestations ophtalmologiques		
Oui	36.17 (13.29)	0.386
Non	38.54 (11.32)	
Atteinte du visage		
Oui	37.42 (12.99)	0.656
Non	38.47 (10.70)	
Manifestations vasculaires		
Oui	38.93 (11.67)	0.764
Non	37.83 (11.89)	
Anticorps anti-ADN		
Oui	36.17 (12.51)	0.278
Non	39.06 (11.58)	
Anticorps anti-nucléaire		
Oui	37.66 (8.09)	0.978
Non	37.75 (12.87)	

2.3. Analyse multivariée :

Lors de notre étude, nous avons constaté que le nombre de comorbidités et la présence de manifestations respiratoires étaient associés négativement au score MCS avec des valeurs de β estimés respectivement à : -3.46 (IC95% : -5.48 ; -1.44) et -5.8 (IC95% : -11.18 ; -0.41).

Tableau 12. valeur de β ajusté

Variables	β ajusté	IC95%
Nombre de comorbidités	-3.46	-5.48 ; -1.44
Manifestations respiratoires	-5.8	-11.18 ; -0.41

DISCUSSION

Notre travail est l'un des premiers à notre connaissance qui explore la qualité de vie chez les patients atteints de LES au Maroc. C'est une étude transversale qui a été réalisée au sein du service de médecine interne au CHU Hassan II à Fès, au Maroc. Les participants ont répondu à un questionnaire contenant des informations sur leurs données personnelles et médicales, ainsi que sur les différentes questions de l'échelle SF12.

Dans notre étude, l'échelle du score physique (PCS) avait une moyenne de 37.097 ± 10.9 alors que l'échelle de score mental (MCS) avait une moyenne de 37.97 ± 11.8 .

Au niveau international, les résultats d'une étude chinoise sur un échantillon de 60 patientes ont révélé une altération de la QDV [51]. Une étude américaine vient appuyer le même résultat avec des scores PCS et MCS nettement inférieurs comparés à la population générale [52]. De plus, une étude égyptienne menée sur des patients atteints de LES a objectivé des scores diminués dans tous les domaines ce qui est cohérent avec nos résultats [53]. D'autres études notamment turque [54], Sud-Africaine [55], canadienne [56] et serbe [57] ont trouvé des résultats similaires.

D'autre part, des études ont montré une détérioration de la QDV pouvant persister à long terme [58,59] et touchant tous les items [60] ce qui est similaire aux résultats retrouvés dans notre travail.

Concernant les facteurs personnels associés à la détérioration de la qualité de vie des patients atteints de LES, une étude américaine a démontré une association significative entre l'âge avancé des patients et un score PCS bas indépendamment de l'activité de la maladie et de ses manifestations [61].

Les résultats d'autres études suggèrent que l'âge avancé, la pauvreté, la présence de plusieurs maladies associées au LES altéreraient la QDV chez les patients lupiques [62,63,64], ce qui concorde avec nos résultats.

En analyse multivariée, nous avons objectivé une forte association entre le logement en milieu rural et la dégradation de la qualité de vie physique de nos patients. Cette dégradation pourrait être liée au manque de moyens et à la difficulté d'accès aux établissements de santé surtout dans les régions éloignées. En effet, une étude américaine a démontré que la pauvreté est directement liée à l'altération de l'état de santé des patients lupiques au fil du temps [65].

Alors qu'une étude chinoise estime que la présence d'atteintes cardiaque et pulmonaire est directement liée à un score PCS inférieur à la normale [66], une autre étude mexicaine confirme le même résultat chez les patients ayant diverses manifestations cliniques et souffrant des complications de leur maladie lupique [67] ce qui concorde avec les résultats obtenus lors de notre étude.

Par ailleurs, nos résultats affirmaient que la présence de diverses manifestations cliniques associées au LES (pulmonaires, digestives et ophtalmologiques) était directement corrélée à un score PCS bas tandis que le MCS n'était associé qu'aux manifestations respiratoires de la maladie.

Les résultats d'une étude suisse menée sur 252 patients lupiques indiquent que les deux scores PCS et MCS sont négativement associés à la présence de manifestations cliniques et l'activité de la maladie [68]. Or, nos résultats affirment une forte association entre les manifestations respiratoires et un MCS bas, mais avec un score nettement inférieur à celui de l'étude suisse. Cette différence pourrait être liée à la crise sanitaire suite au COVID-19, puisque notre étude a été menée durant cette pandémie. Ainsi, une hantise d'infection par ce virus aurait rendu les

manifestations respiratoires plus pénibles et plus difficiles à vivre.

En ce qui concerne l'évolution de la maladie, une étude canadienne menée sur 146 patients lupiques a objectivé une dégradation du score PCS après un suivi moyen de 8.2 ± 1.1 ans [69] ce qui est cohérent avec nos résultats puisque notre étude a démontré que la durée de la maladie était associée négativement à la qualité de vie physique de nos patients. Cette dégradation pourrait s'expliquer par l'apparition de nouvelles atteintes liées au LES comme a été démontré dans une étude chinoise comparant l'évolution des scores SF36 chez des patients atteints de LES à 2 ans d'intervalle. Celle-ci a montré que l'apparition de nouvelles lésions corporelles liées à la maladie était significativement associée à une diminution du score total du SF36 [70].

Ces résultats devraient être interprétés en tenant compte de certaines limites méthodologiques. Il s'agit d'une étude transversale qui nous a permis simplement de détecter l'association et non les facteurs de risque incriminés dans la dégradation de la qualité de vie chez les patients lupiques.

Nos résultats sont représentatifs d'une seule région au Maroc ce qui ne permet pas de généraliser ces résultats sur tous les patients marocains atteints de LES.

Malgré ses limites, ce travail a pu déceler une dégradation remarquable de la qualité de vie liée à la santé de nos patients, et a permis d'identifier certains facteurs influençant celle-ci. Ces résultats pourraient suggérer les recommandations suivantes :

- **En matière de prise en charge des patients lupiques :**
 - Un renforcement du système de couverture médicale RAMED, vu son efficacité en matière de PEC (accès aux soins et aux traitements), ce qui pourrait induire une amélioration de la qualité de vie des patients.
 - Une meilleure implication des familles dans la PEC vu l'importance du soutien familial dans l'amélioration de la qualité de vie.
- **En matière de formation :**
 - L'inclusion de la notion de la qualité de vie dans le cursus de formation initiale et continue au profil des médecins et du personnel paramédical comme objectif de PEC des patients atteints de lupus érythémateux systémique.
- **En matière de recherche :**

Ces résultats pourraient servir comme base de conduite d'autres recherches portant sur :

- L'évaluation de la qualité de vie chez les patients atteints d'autres maladies chroniques.
- L'évaluation des protocoles et programmes de prise en charge par la réalisation d'études de type coût-utilité et coût efficacité qui constituent un important outil d'aide à la décision.

RESUME

RESUME

Le lupus érythémateux systémique est une pathologie handicapante à prise en charge lourde et au suivi contraignant, ce qui souligne l'importance d'évaluer la qualité de vie chez les patients lupiques.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la qualité de vie des patients atteints de LES dans la ville de Fès, la mesure des dimensions physiques et psychiques et la mise en évidence des déterminants de chacune de ces dimensions.

Une étude transversale observationnelle a été menée au sein du service de médecine interne du CHU Hassan II à Fès entre septembre 2020 et avril 2021. Ces participants ont répondu à un questionnaire contenant des informations sur leurs données personnelles et médicales, et aussi aux différentes questions de l'échelle SF12 traduite et validée en dialecte arabe Marocain.

Nous avons inclus 102 sujets dans l'étude. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 6.8 +/- 5.5 ans. L'échelle du score physique (PCS) avait une moyenne de 37.09 (± 10.9) alors que l'échelle du score mental (MCS) avait une moyenne légèrement plus élevée de 37.96 (± 11.81).

Une association significative a été retrouvée entre le PCS et l'âge avancé des patients, le statut marital, le nombre élevé de comorbidités, le milieu rural et la durée d'évolution de la maladie. Le score PCS se voit aussi fortement associé aux diverses manifestations cliniques du lupus notamment les manifestations respiratoires, hépato-gastriques et ophtalmologiques.

D'autre part, une association significative a été objectivée entre le score MCS et la présence d'antécédents avec une moyenne inférieure chez les patients ayant des antécédents comparés aux patients sans antécédents, plus précisément : l'HTA, un antécédent de cardiopathie et la présence de maladies auto-immunes. Une autre association entre le MCS et la présence de manifestations respiratoire a été démontrée.

Les résultats de ce travail incitent à une meilleure prise en compte de la qualité de vie dans la prise en charge du LES, ainsi que la conduite d'autres recherches sur la QDV des patients lupiques.

SUMMARY :

Systemic lupus erythematosus is a disabling pathology both hard to manage and incurable, which underlines the importance of assessing the quality of life of these patients.

The objective of this work is to assess the quality of life of patients with SLE in the city of Fez, to measure the physical and psychological dimensions and to highlight the determinants of each of these dimensions.

A cross-sectional observational study was carried out in the internal medicine department of the Hassan II University Hospital in Fez between September 2020 and April 2021. These participants answered a questionnaire containing information on their personal and medical data, as well as the various questions of the SF12 scale translated and validated in Moroccan Arabic dialect.

We included 102 subjects in the study. The average duration of the disease was 6.8 +/- 5.5 (years). The Physical Score Scale (PCS) had an average of 37.09 (\pm 10.9) while the Mental Score Scale (MCS) had a slightly higher score of 37.96 (\pm 11.81).

A significant association was found between the PCS and the advanced age of the patients, marital status, the high number of comorbidities, the rural environment and the duration of the disease. The PCS score is also strongly associated with the various clinical manifestations of lupus, in particular respiratory, hepato-gastric and ophthalmological symptoms.

On the other hand, a significant association was found between the MCS score and the presence of a medical background, with a lower score of patients with a medical background compared to patients without, more specifically hypertension, a history of heart disease and the presence of autoimmune disease. Another association between MCS and the presence of respiratory manifestations has been demonstrated.

The results of this work encourage better consideration of the quality of life in the management of SLE as well as the conduct of further research on QOL of these patients.

ملخص

الذئبة الحمامية الجهازية هي مرض معطل يتطلب مراقبة مكثفة، مما يؤكد على أهمية تقييم جودة الحياة لدى مرضى الذئبة.

الهدف من هذا العمل هو تقييم جودة حياة مرضى الذئبة بمدينة فاس، وقياس الأبعاد الجسدية والنفسية وإبراز محددات كل من هذه الأبعاد.

تم إجراء دراسة رصدية مقطعية بقسم الطب الباطني في مستشفى الحسن الثاني الجامعي في فاس بين سبتمبر 2020 وأبريل 2021. أجاب هؤلاء المشاركون على استبيان يحتوي على معلومات عن بياناتهم الشخصية والطبية، بالإضافة إلى الأسئلة المختلفة الخاصة بمقياس SF12 مترجم ومصادق عليه باللهجة العربية المغربية.

قمنا بتضمين 102 مريض في الدراسة. كان متوسط مدة المرض 6.8 ± 5.5 سنوات. كان مقياس النتيجة المادية (PCS) بمتوسط 37.09 ± 10.9 بينما كان مقياس النتيجة العقلية (MCS) أعلى قليلاً من 37.96 ± 11.81 .

تم العثور على ارتباط بين PCS و: العمر المتقدم للمرضى، الحالة الاجتماعية، ارتفاع عدد الأمراض المصاحبة، البيئة الريفية ومدة المرض. ترتبط درجة PCS أيضاً ارتباطاً وثيقاً بمختلف المظاهر السريرية لمرض الذئبة، ولا سيما الاعراض التنفسية والهضمية والعينية.

من ناحية أخرى، تم إبراز ارتباط كبير بين درجة MCS ووجود تاريخ طبي بمتوسط أقل لدى المرضى الذين لديهم تاريخ طبي مقارنة بالمرضى الذين ليس لديهم أي تاريخ، وبصورة أدق ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب ووجود أمراض المناعة الذاتية. تم إثبات ارتباط آخر بين MCS ووجود أعراض تنفسية.

تشجع نتائج هذا العمل على الأخذ بعين الاعتبار بشكل أفضل جودة الحياة في إدارة مرض الذئبة الحمامية الجهازية، بالإضافة إلى إجراء أبحاث أخرى حول جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de la qualité de vie

1. Identifiant du patient IP :

2. N° de tel :

3. Age :

4. Sexe : 1 / Masculin 2/ Féminin

5. Niveau d'étude : 1/ Analphabète 2/ Coranique 3/ Primaire 4/ Secondaire
 5/ universitaire

6. Profession : 1/ sans profession 2/ femme au foyer 3/ Agriculteur 4/ artisan
 5/ Cadre 6/ ouvrier 7/ retraité

7. Statut marital : 1/ Célibataire 2/ Marié(e) 3/ Divorcé(e) 4/ veuf (ve)

8. Revenu mensuel (DH) : 1/ < 2000 2/ 2000-4000 3/ 4000-6000 4/ > 6000

9. Couverture sociale : 0/ Non 1/ RAMED 2/ CNOPS 3/ CNSS 4/ Autre:

10. Logement (habitat) : 1/ Rural 2/ Urbain

11. Logement (vit) : 1/ seul 2/ En famille 3/ en couple

12. Statut tabagique : 0/ Non-fumeur 1/ Ex-fumeur 2/ Fumeur

13. Si fumeur : nombre de paquet par jour : Nombre d'année de tabagisme :

14. Alcool : 0/ Non 1/ Ancien (arrêt > 3 mois) 2/ Moins d'une fois par semaine 3/ Plus
d'une fois par semaine 4/ Quotidiennement

15. ATCD pathologiques médicaux : HTA 0/ Non 1/ Oui // Diabète 0/ Non 1/ Oui
// Cardiopathie 0/ Non 1/ Oui // Néphropathie 0/ Non 1/ Oui // Néoplasie
 0/ Non 1/ Oui // Autre maladie auto-immune 0/ Non 1/ Oui // avortement 0/ Non
 1/ Oui // autre:

16. Duré d'évolution de la maladie (par an) :

17. type d'atteinte : Manifestations générales 0/ Non 1/ Oui // dermatologiques 0/ Non 1/ Oui // rhumatologiques 0/ Non 1/ Oui // rénales 0/ Non 1/ Oui // neuropsychiques 0/ Non 1/ Oui // cardiaques 0/ Non 1/ Oui // vasculaires 0/ Non 1/ Oui // respiratoires 0/ Non 1/ Oui // hépto-gastriques 0/ Non 1/ Oui // ophtalmologiques 0/ Non 1/ Oui // **Hématologiques** 0/ Non 1/ Oui // **atteinte du visage :** 0/ Non 1/ Oui // **Autres :**

19. type de traitement : 1/corticothérapie 2/ immunosuppresseurs 3/ les 2

20 : si corticothérapie à quelle dose : 1/ < 40 mg/j 2/ 41 à 80 mg/j 3/ > 80 mg/j

21. Nombre de consultation en médecine interne par an :

22. patient en rémission : 0/ Non 1/ Oui

SF 12

يبدت خدمتك أو أشغالك بلا متركز بحال ديمآ ؟

1- دايما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرآت

4- قليل

5- حتى مره

فهاد الريعة ديبال السميات التي دازت شحال أثر عليك الحريق فالأشغال العادية ديبالك قلبك الدار و لا برا (خارج الدار)

1- مآثرش عليك نهالبا

2- أثر عليك عيشوية

3- أثر عليك شوية

4- أثر عليك شوية بزاف

5- أثر عليك بزاف

هاد الأسئلة خاصة بكيفاش كنت كتتحس وكيفاش كنت دابر فهاد الريعة ديبال السميات التي دازت.اختر عفاك الجواب التي قريب لحالة ديبالك.شحال من مرة فهاد الريعة ديبال السميات التي دازت؟. كنت كتتحس بالهنا وراحة البال ؟

1- دايما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرآت

4- قليل

5- حتى مره

ب.كنت كتتحس بيزاف النشاط (الحوية)؟

1- دايما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرآت

4- قليل

5- حتى مره

ج.كنت كتتحس بالنفسية ديبالك مهيسة أو مهموم؟

1- دايما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرآت

4- قليل

5- حتى مره

فهاد الريعة ديبال السميات التي دازت شحال من مرة وقطك شي مشكل و النفسية أثر عليك على الأنشطة الاجتماعية (بحال تزور وتمشي عند صحابك وحبابك)

1- دايما

2- أغلب المرات(أغلب النوبات)

3- شي مرآت

4- قليل

5- حتى مره

اختر الجواب التي كيوصف الحالة ديبالك أكثر.

بصفة عامة واش تقدر تقول بللي صحتك

1- مريانة بزاف

2- مريانة

3- مريانة شوية

4- ما بهالاش

5- عيانة

هاد الأسئلة خاصة بالأشغال التي بملكك تغيرها فنهار عادي واش صحتك داب كتصتغ من أنك تدبر الأشغال ؟ إلى كان الجواب إبه شحال؟

أواش صحتك كتصتغ تدبر أعمال متوسطة (أشغال مصعيباش) بحال تحرك الطيلة،تنشط،تمشي شوية ؟

1- كتصتغ بزاف

2- كتصتغ شوية

3- مكنصتغش نهالبا

ب. واش صحتك كتصتغ تطلع (مجموعة شوية ديبال الفروج)؟

1- كتصتغ بزاف

2- كتصتغ شوية

3- مكنصتغش نهالبا

فهاد الريعة ديبال السميات التي دازت،شحال من مرة وقع ليك شي واحد من هاذ المشاكل فالخدمة ديبالك أو فالأشغال اليومية بسباب صحتك؟. أ.درت الأشغال قل ملي موالف؟

1- دايما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرآت

4- قليل

5- حتى مره

ب. واش عندك صعوبة باتش دير شي خدمات أو أشغال

1- دايما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرآت

4- قليل

5- حتى مره

فهاد الريعة ديبال السميات التي دازت شحال من مرة وقطك شي مشكل من هاذ المشاكل فخدمتك و لا فالأشغال ديبالك العادية (ديبال ديمآ) بسباب مشاكل نفسية(كتتحس براسك مهموم أو مقلق)؟. أ.درت الأشغال قل ملي موالف ؟

1- دايما

2- أغلب المرات (أغلب النوبات)

3- شي مرآت

4- قليل

5- حتى مره

BIBLIOGRAPHIE

[1]. Zahir Amoura

Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Lupus Systémique
Centre de Référence pour le Lupus, le Syndrome des Antiphospholipides et
autres
maladies auto-immunes rares/ 2017

[2]. Mc Carty DJ, Manzi S, Medsger TA, Jr., Ramsey-Goldman R, LaPorte RE, Kwoh CK.

Incidence of systemic lupus erythematosus.
Race and gender differences. *Arthritis Rheum.* 1995 ;38(9) :1260–70.

[3]. Colangelo K, Haig S, Bonner A, Zelenietz C, Pope J.

Self-reported flaring varies during the menstrual cycle in systemic lupus erythematosus compared with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford).* 2011 ; 50(4) :703–8.

[4]. Duran S, Apte M, Alarcon GS.

Poverty, not ethnicity, accounts for the differential mortality rates among lupus patients of various ethnic groups. *J Natl Med Assoc.* 2007 ;99(10) :1196–8.

[5]. **Tsokos GC**

Systemic lupus erythematosus. N Engl J Med 2011 ; 365 : 2110e21

[6]. **Pons-Estel GJ, Alarcón GS, Scofield L, Reinlib L, Cooper GS**

Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. Semin Arthritis Rheum. 2010 Feb ;39(4):257-68

[7]. **Peter H Schur, MD Bevra H Hahn, MD**

Epidemiology and pathogenesis of systemic lupus erythematosus April, 2019

[8]. **Kaul, A., Gordon, C., Crow, M. K., Touma, Z., Urowitz, M. B., Ruiz- Irastorza, G., Hughes, G., & van Vollenhoven, RF. (2016).**

Systemic lupus erythematosus. NATURE REVIEWS DISEASE PRIMERS, 2. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.39>

[9]. **S. Sam Lim a and Cristina Drenkard.**

Discrimination and cumulative damage Among African American Women With Systemic Lupus Erythematosus. 2015 Oct;105(10):2099-107. doi:10.2105/AJPH.2015.302727.

[10]. **Arvind Kaul, Caroline Gordon, Mary K, Crow, Zahi Touma, Murray B, et al.**

Systemic lupus erythematosus. 2016 Jun 16;2:16039. doi: 10.1038/nrdp.2016.39

[11]. Myles J. Lewis, Ali S. Jawad.

The effect of ethnicity and genetic ancestry on the epidemiology, clinical features and outcome of systemic lupus erythematosus. doi : 10.1093/rheumatology/kew399, 5 December 2016, 2017 ; 56: 67–77.

[12]. Lopez P, Mozo L, Gutierrez C, Suarez A.

Epidemiology of systemic lupus erythematosus in northern Spanish population: gender and age influence on immunological features. Lupus 2003;12:860–5.

[13]. Mok CC, Lau CS.

Lupus in Hong Kong Chinese. Lupus 2003; 12:717–22.

[14]. Meyer O.

Lupus érythémateux systémique. EMC rhumatologieorthopédie 2005; 1–32.

[15]. Kombaté K, Saka B, Oniankitan O, Sodonougbo P, Mouhare–Touré A, tchangai–walla K, Pitché P.

Lupus érythémateux systémique : Particularités au Bénin et en Afrique de l’Ouest. Med trop 2008; 68: 283–6.

[16]. Ka M.M., Diallo S., Kane A., Wade B., Diouf B. et Coll.

Lupus érythémateux systémique et syndromes lupiques au Sénégal. Etude rétrospective de trente observations en dix ans. Rev. Rhum 1998 ; 65: 517

[17]. **Daboiko JC, Gueret M, Eti E, Ouali B, Ouattara B, Gbané M, Kouakou NM.**

Profil clinique et évolutif du lupus érythémateux systémique à Abidjan : a propos de 49 cas colligés au CHU de Cocody. Med Afr noir 2004 ; 51: 143-6

[18]. **BASSET A., HOCQUET P., SOW A.M., RICHIR C.L.**

A propos d'un cas de lupus érythémateux disséminé. Bull. Soc. Med. Afr. Noire Lgue Frse, 1960 ; 5 : 172-5.

[19]. **Iba Ba J, Nzenze JR, Biteghe B, Missounga L, Bignoumba Ibouili R, Moussavou Kombila JB et coll.**

Profil clinique, biologique et évolutif du lupus systémique en milieu hospitalier à Libreville. Médecine d'Afrique Noire 2011;5812:551-559.

[20]. **Fall S, Pouye A, Ndiaye FS, Ndongo S, Leye Y, Dioum A et coll.**

Présentation initiale du lupus érythémateux systémique au Sénégal. Médecine d'Afrique Noire 2011; 5803:156-160.

[21]. **Daboiko JC, Gueret M, Eti E, Ouali B, Ouattara B, Gbane M et coll.**

Profil clinique et évolutif du lupus érythémateux systémique à Abidjan : à propos de 49 cas colligés au CHU de Cocody. Médecine d'Afrique Noire 2004;5103:143-146.

[22]. **JOHNSON A.E., GORDON C., HOBBS F.D., BACON P.A.**

Undiagnosed systemic lupus erythematosus in the community. Lancet, 1996 ; 347 : 367-9.

[23]. Saïd EL KETTANI

Profil épidémiologique du lupus érythémateux systémique dans un cabinet libéral de Médecine Interne 2017 :03–05

[24]. F. Z. ELHATTAB, L. ESSAADOUNI

Incidence du lupus systémique à Marrakech 2013 :108–13

[25]. Meyes

Lupus érythémateux systémique. EMC–Rhumatologie Orthopédie 2 (2005) 1–32.

[26]. A.S. Korganow; T. Martin; J.L. Pasquali.

Lupus Erythémateux Systémique. Faculté de Médecine ULP Strasbourg France
Année 2002

[27]. MA Garcia, JC Marcos, AI Marcos, BA Pons–Estel, D Wojdyla, A Arturi, et al.

Male systemic lupus erythematosus in a Latin– American inception cohort of 1214 patients. Lupus (2005) 14, 938–946.

[28]. AKHIATEA T, BENZEKRIA L, SKALLIB T, OUZDDOUNEB N, KETTANIC F, AIT OUGHROUILA M, et al.

Lupus bulleux. À propos d'un cas. Rev Méd Interne, 2007, 28: 655–656.

[29]. **O.Meyer.**

Lupus érythémateux systémique. EMC- Appareil locomoteur 2004: 1-22
(Article 14-244-A-10)

[30]. **CEDEF 1 ,2.**

Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des antiphosphopides Annales de dermatologie et de vénérologie (2008) 135S, F103-F112.

[31]. **LM Vila, AM Mayor, AH Valentin, M Garcia-Soberal, S Vila.**

Clinical and immunological manifestations in 134 Puerto Rican patients with systemic lupus erythematosus. Lupus (1999) 8; 279-286.

[32]. **J AlSaleh, V Jassim, M ElSayed, N Saleh, D Harb.**

Clinical and immunological manifestations in 151 SLE patients living in Dubai. Lupus (2008) 17: 62-66.

[33]. **Swaak AJ, van den Brink HG, Smeenk RJ, Manger K, Kalden JR, Tosi S, et al.**

Systemic lupus erythematosus : clinical features in patients with a disease duration of over 10 years, first evaluation. Rheumatology (Oxford). 1999 ; 38(10) : 953-8.

[34]. Markowitz GS, D'Agati VD.

Classification of Lupus nephritis. *Curr Opin Nephrol Hypertens.* (2009) May ;
18 (3) : 220–225

[35]. Jain D, Halushka MK.

Cardiac pathology of systemic lupus erythematosus.
J Clin Pathol. 2009 Jul ; 62 (7) : 584–92.

[36]. O.Meyer.

Lupus érythémateux systémique.
EMC- Appareil locomoteur 2004: 1–22 (Article 14–244–A–10)

[37]. O. Ben Abdallah, F. Ben fredj Ismail, S. Toumi, B. Mrad, H. Mhiri, C. Laouani kechrid.

Les manifestations cardiaques au cours du lupus érythémateux systémique.
Rev Méd interne 30 (2009) S90

[38]. Alessandra Bruns, Olivier Meyer.

Manifestations neuropsychiatriques du lupus érythémateux disséminé.
Revue du Rhumatisme. Volume 73, Issue 12, December 2006, pages 1293–
1300.
Le lupus érythémateux systémique : expérience de l'hôpital militaie avicenne
de marrakech(à propos de 40 cas)

[39]. HAY EM, BLACK D, HUDDY A.

Psychiatric disorder and cognitive impairment in systemic lupus erythematosus.

Arthritis Rheum., 42 (1999), pp. 599–608.

[40]. Yahia A. Atig A. Bouker D. Zallema H. Zaglaoui R. Noura C. Kechrid Laouani F. Bahri N. Ghannouchi

Atteinte musculaire au cours du Lupus érythémateux systémique Volume 39, Supplément 1, Juin 2018, Pages A235–A236

[41]. H. Harouna, F. Aboudib, W. Bouissar, K. Echchilali, M. Moudatir, FZ Alaoui, H. El Kabli

Lupus érythémateux systémique : profil digestif

Volume 37, Supplement 2, December 2016, Page A239

[42]. M. Zaki, Z. Lazrak G. Lahlou, A. Fadil, F. Benjellon, B. Allali, D. Lahbil, A. Elkettani, H. A. Amraoui, K. Zaghloul

MANIFESTATIONS OPHTALMOLOGIQUES DU LUPUS CHEZ L'ENFANT

Service d'Ophtalmologie Pédiatrique, Hôpital 20 Août 1953, CHU de Casablanca. 2014, Tome XIX ; N°3

[43]. Manuel CUEN 2018

Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des anti-phospholipides

Néphrologie 8ème édition chapitre 12 - item 190

- [44]. E. M. Tan, A. S. Cohen, J. F. Fries, A. T. Masi, D. J. McShane, N. F. Rothfield, J. G. Schaller, N. Talal, and R. J. Winchester.

The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus, *Arthritis Rheum.* 25:1271–1277 .

- [45]. Cella DF.

Quality of life: concepts and definition pain and symptoms management, *J Pain Symptom Manage.* 1994 Apr;9(3):186–92.

- [46]. M. Graça Pereira, Sílvia Duarte, Ana Ferraz, Martim Santos & Liliana Fontes.

Quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: the mediator role of psychological morbidity and disease activity. 24 Feb 2020. Pages 1247–1257

- [47]. Alexis Mathian, Zahir Amoura.

LUPUS SYSTÉMIQUE

Service de médecine interne 2, Centre National de Référence Lupus Systémique et Syndrome des anti-phospholipides, Groupement Hospitalier Pitié-Salpêtrière, institut E3M, AP-HP, Paris (mai 2014)

- [48]. Ware JE, Sherbourne CD.

The MOS 36-items short-form health survey (SF36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30 : 473–4

[49]. **Gandek B.,Ware Je.,Aarosan Nk.al.**

Cross validation of item selection and scoring for the sf-12 health survey in nine countries :results from the iqola project. International quality of life assessment clin epidemiol,1998,51(11) :1171-78.

[50]. **Obtel, M., El Rhazi, K., Elhold, S., Benjelloune, M., Gnatiuc, L., & Nejjari, C.** (2013).

Cross-cultural adaptation of the 12-Item Short-Form survey instrument in a Moroccan representative Survey. *Southern African Journal of Epidemiology and Infection*, 28(3), 166-171.

<https://doi.org/10.1080/10158782.2013.11441540>

[51]. **Wang H1, Guo X, Lai J, Wang Q, Tian Z, Liu Y, Li M, Zhao J, Zeng X, Quan Fang**
Predictors of health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus associated pulmonary arterial hypertension. Clinical and Experimental Rheumatology, 03 Mar 2016, 34(2):291-295

[52]. **Meenakshi Jolly How**

Does quality of life of patients with systemic lupus erythematosus compare with that of other common chronic illnesses. J Rheumatol. 2005 Sep ;32(9):1706-8.

[53]. Nahla M.Gaballah Amany R.El-Najjar

Clinical characteristics and health related quality of life (HRQoL) in Egyptian patients with systemic lupus erythematosus Volume 41, Issue 2, April 2019, Pages 117–121

[54]. Kaya A, Goker B, Cura ES, et al.

Turkish lupusPRO: cross-cultural validation study for lupus. Clin Rheumatol 2014;33:1079–84.

[55]. Benitha R, Tikly M.

Functional disability and health-related quality of life in South Africans with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol 2007;26:24–9.

[56]. Da Costa D, Dobkin PL, Fitzcharles MA, et al.

Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 2000;27:365–72.

[57]. Zivković V, Mitić B, Stamenković B, et al.

Analysis on the risk factors for organ damage in patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional single-center experience. Sao Paulo Med J 2019;137:155–61.

[58]. McElhone K, Abbott J, Teh LS.

A review of health related quality of life in systemic lupus erythematosus. Lupus 2006;10:633-43.

[59]. Kuriya B, Gladman DD, Ibanez D, Urowitz MB.

Quality of life over time in patients with systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 2008;59(2):181-5.

[60]. KATHLEEN McELHONE, MADHURA CASTELINO, JANICE ABBOTT, IAN N. BRUCE, YASMEEN AHMAD, JOANNA SHELMERDINE, KATE PEERS, DAVID ISENBERG, ADA FERENKEH-KOROMA, BRIDGET GRIFFITHS, MOHAMMED AKIL, PETER MADDISON, CAROLINE GORDON and LEE-SUAN TEH,

The LupusQoL and Associations with Demographics and Clinical The LupusQoL and Associations with Demographics and Clinical, J Rheumatol 2010;37;2273-2279, <http://www.jrheum.org/content/37/11/2273>

[61]. Laura Plantinga, S Sam Lim, C Barrett Bowling and Cristina Drenkard.

Association of age with health-related quality of life in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus: the Georgians Organized Against Lupus study Lupus Science & Medicine. (2016, 1 july).

<https://lupus.bmj.com/content/3/1/e000161>

[62]. Wolfe F, Michaud K, Li T, Katz RS.

EQ-5D and SF-36 quality of life measures in systemic lupus erythematosus: comparisons with rheumatoid arthritis, noninflammatory rheumatic disorders, and fibromyalgia. *J Rheumatol* 2010;2:296-304.

[63]. Mok CC, Ho LY, Cheung MY, Yu KL, To CH.

Effect of disease activity and damage on quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: a 2-year prospective study. *Scand J Rheumatol* 2009;2:121-7

[64]. Sanchez ML, McGwin G Jr, Durán S, et al.

Factors predictive of overall health over the course of the disease in patients with systemic lupus erythematosus from the LUMINA cohort (LXII): use of the SF-6D. *Clin Exp Rheumatol* 2009, 27:67-71.

[65]. Edward Yelin, Laura Trupin and Jinoos Yazdany

A Prospective Study of the Impact of Current Poverty, History of Poverty, and Exiting Poverty on Accumulation of Disease Damage in SLE Arthritis *Rheumatol*. 2017 Aug; 69(8): 1612-1622.

[66]. Wang H1, Guo X, Lai J, Wang Q, Tian Z, Liu Y, Li M, Zhao J, Zeng X, Quan Fang

Predictors of health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus associated pulmonary arterial hypertension. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 03 Mar 2016, 34(2):291-295

- [67]. Etchegaray–Morales,S. Méndez–Martínez,C. Jiménez–Hernández,C. Mendoza–Pinto,N. E. Alonso–García,A. Montiel–Jarquín,A. López–Colombo,A. García–Villaseñor,M. H. Cardiel,M. García–Carrasco

Factors Associated with Health–Related Quality of Life in Mexican Lupus Patients Using the LupusQol January 23, 2017

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170209>

- [68]. Benjamin Chaigne, Carlo Chizzolini, Thomas Perneger, Marten Trendelenburg, Uyen Huynh–Do, Eric Dayer, Thomas Stoll, Johannes von Kempis & Camillo Ribi.

Impact of disease activity on health–related quality of life in systemic lupus erythematosus – a cross–sectional analysis of the Swiss Systemic Lupus Erythematosus Cohort Study (SSCS) BMC Immunol 18, 17 (2017).

- [69]. BINDEE KURIYA, DAFNA D. GLADMAN, DOMINIQUE IBAN~EZ, AND MURRAY B. UROWITZ,

Quality of Life Over Time in Patients With Systemic Lupus Erythematosus, Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) Vol. 59, No. 2, February 15, 2008, pp 181–185, DOI 10.1002/art.23339, © 2008, American College of Rheumatology.

- [70]. Mok CC, Ho LY, Cheung MY, Yu KL, To CH.

Effect of disease activity and damage on quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: a 2–year prospective study. Scand J Rheumatol 2009;2:121–7



أطروحة رقم 22/036

سنة 2022

تقييم جودة حياة مرضى الذئبة الحمامية الجهازية (بصدد 102 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/01/20

من طرف

السيد جنياح محمد خليل
المزداد في 26 نونبر 1996 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

جودة الحياة - الذئبة - SF12

اللجنة

الرئيس السيد محمد براحو..... أستاذ في علم الأوبئة السريري
المشرف السيدة سميرة الفقير..... أستاذة في علم الأوبئة السريري
أعضاء السيدة غزلان براضي..... أستاذة في الطب الباطني
 السيد نبيل تاشفوتي..... أستاذ في علم الأوبئة السريري
عضو مشارك السيدة ندى عماني..... أستاذة مساعدة في المعلوماتية الطبية