



Année 2022

Thèse N° 037/22

ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX SYSTÉMIQUE (à propos de 102 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/01/2022

PAR

Mr. JENNANE REDA

Né le 03 Mars 1995 à Arfoud

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Dépression – Anxiété – Lupus érythémateux systémique – HAD

JURY

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

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	5
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES GRAPHIQUES	6
INTRODUCTION	7
I. Epidémiologie du LES	9
1. Au monde	9
2. En Afrique	12
3. Au Maroc	12
II. Tableau clinico-biologique	13
A. Cliniquement.....	13
1. Atteintes cutanéomuqueuses	13
2. Atteintes rénales	13
3. Manifestations cardiaques	13
4. Atteintes pleuropulmonaires	14
5. Manifestations neuropsychiatriques	14
6. Manifestations musculaires	14
7. Manifestations ganglionnaires et spléniques	14
8. Atteintes digestives et hépatiques	14
9. Atteintes oculaires	14
B. Biologiquement	15
III. Classification	15
IV. Lupus et dépression et l'anxiété	16
1. Impact du LES sur la dépression et l'anxiété	16

2. La prévention de la dépression et l'anxiété comme objectif du traitement du LES	17
3. Evaluation de la dépression et l'anxiété des patients lupiques :	18
V. Objectifs	19
1. L 'objectif principal	19
2. Les objectifs secondaires	19
MATÉRIELS ET MÉTHODES	20
I. Schémas d'étude	21
II. Critères d'inclusion et d'exclusion	21
III. Recueil des données	21
IV. Analyse statistique	23
V. Calcul des scores	23
VI. Analyse descriptive	23
VII. Analyse uni variée	23
VIII. Analyse multivariée	24
IX. Aspect éthique	24
RÉSULTATS	25
I. Résultats descriptives	26
1. Les caractères socio-démographiques	26
2. Caractéristiques de la maladie	28
2.1. Antécédents personnels	28
2.2. Durée de l'évolution	28
2.3. Profil immunologique	28
2.4. Manifestations cliniques	29
3. Dépression	30

4. Anxiété	30
II. Résultats analytiques	31
1. Les facteurs associés aux troubles psychiques	31
1.1. Analyse uni-variée des facteurs associés à la dépression	31
a. Paramètres sociodémographiques	31
b. Paramètres cliniques	31
1.2. Analyse multivariée des facteurs associés à la dépression	33
1.3. Analyse uni-variée des facteurs de risque de l'anxiété	34
a. Paramètres sociodémographiques	34
b. Paramètres cliniques	34
1.4. Analyse multivariée des facteurs de risque de l'anxiété	36
DISCUSSION	37
CONCLUSION	42
RESUME	44
ANNEXES	50
RÉFÉRENCES.....	58

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAN	: Anticorps antinucléaires
ATCD	: Antécédent
ACR	: American College of Rheumatology
DSM	: Diagnostic and statistical manual
HADS	: Échelle d'anxiété et de dépression à l'hôpital
IRS	: Inhibiteur de la recapture de la sérotonine
IRSNA	: Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et noradrénaline
IMAO	: Inhibiteurs de la monoamine oxydase
LES	: Lupus érythémateux systémique
LES	: Lupus érythémateux systémique
MADRS	: Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
MINI	: Mini international neuropsychiatric interview
NPSLE	: Lupus neuropsychiatrique
OMS	: organisation mondiale de la santé
PEC	: prise en charge
PHQ-9	: Patient Health questionnaire
QVLS	: qualité de vie liée à la santé
SAPL	: Syndrome des anti phospholipides
SLICC	: Systemic lupus international collaborating clinics

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte choroplèthe montrant la prévalence du LES dans le monde10

LISTE DES TABLEAUX

tableau 1. incidence et prévalence de les dans quelques pays11

tableau 2. la répartition de la population d'étude selon le statut marital.26

tableau 3. répartition de la population d'étude selon le niveau d'éducation.....27

tableau 4. répartition de la population d'étude selon la couverture sociale.....27

tableau 5. les facteurs associés à la dépression par une analyse uni-variée.....32

tableau 6. les facteurs associés à la dépression par une analyse multivariée.33

tableau 7. tableau montre les différents facteurs associés à l'anxiété par une analyse uni-variée.....35

tableau 8. les facteurs associés à l'anxiété par une analyse multivariée :s36

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Pourcentage des manifestations cliniques chez la population.....29

Graphique 2. Prévalence de la dépression chez les patients inclus dans l'échantillon..30

Graphique 3. Prévalence de l'anxiété chez les patients inclus dans l'échantillon.....30

INTRODUCTION

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune systémique impliquant plusieurs organes avec diverses manifestations cliniques. C'est une maladie chronique dont la cause exacte n'est pas claire. Ses manifestations cliniques sont polymorphes, se manifestant par une inflammation de différents tissus/organes, principalement la peau, les articulations, les reins, la séreuse, le système nerveux central et les cellules sanguines [1]. Une activation anormale des lymphocytes B et des lymphocytes T entraîne une diminution de la tolérance à certains antigènes et conduit à la production d'anticorps pathogènes (AC). Pour une cause encore mal connue, elle se caractérise par la présence d'auto-anticorps antinucléaires (AAN), notamment des anti-ADN naturels, qui participent à l'attaque d'un ou plusieurs organes, accompagnée d'une évolution spontanée de poussées et de rémissions. Cliniquement, les différences dans les signes physiques rendent le diagnostic difficile et il est presque impossible de définir une image typique.

I. ÉPIDÉMIOLOGIE DU LES

1. Au monde :

Les meilleures informations dont nous disposons sur l'incidence, la prévalence, la mortalité et la morbidité proviennent de l'Amérique du Nord et de l'Europe ; 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, l'âge et l'origine raciale et ethnique de la population [2]. En Europe une étude anglo-saxonne réalisée à Nottingham rapporte une prévalence de 24.7 pour 100 000 dans la population générale contre 207 sur 100 000 dans la population noire de la même région [3]. En France, malgré le manque de données épidémiologiques précises, la prévalence serait d'environ 35 personnes atteintes pour 100 000 habitants sont concernés. [4]

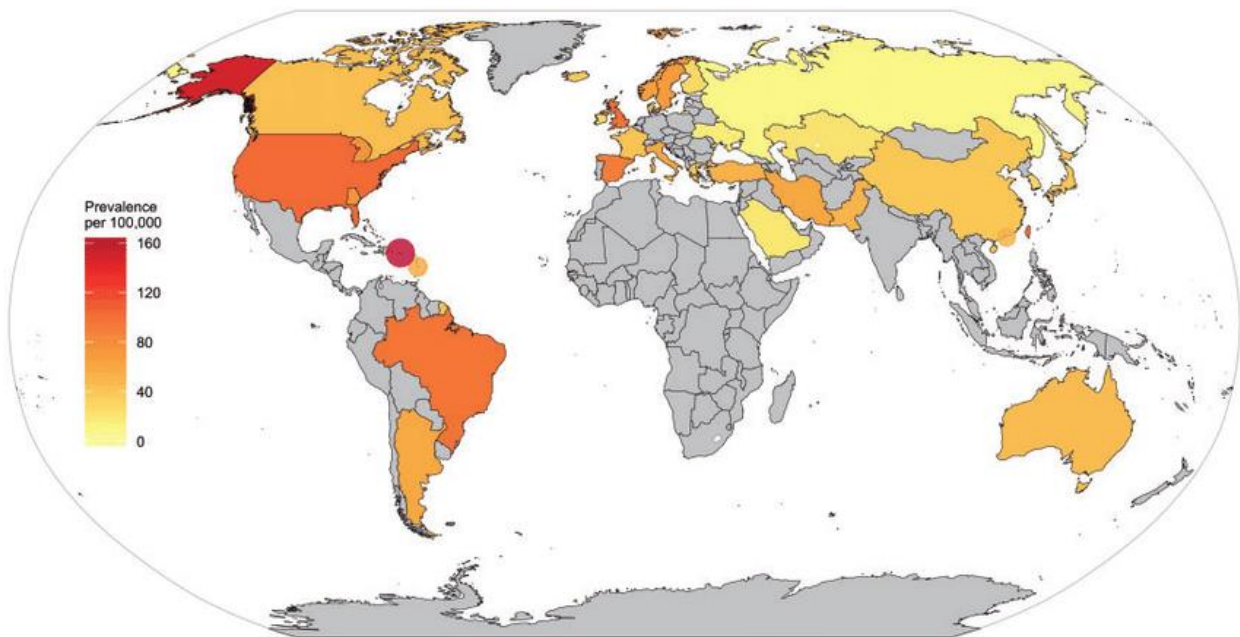


Figure 1. Carte choroplèthe montrant la prévalence du LES dans le monde [5]

Tableau 1. Incidence et prévalence de LES dans quelques pays [6]

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

2. En Afrique :

BASSET [7] a décrit pour la première fois le lupus érythémateux systémique (LES) en Afrique à Dakar en 1960. 26 ans plus tard, CISSE [8], toujours détenu à Dakar, ne rapporte que 6 observations recueillies en 10 ans, tandis que TAYLOR [9] a décrit 31 cas en 6 ans la même année en Zimbabwe. Ce phénomène rare, qui est généralement accepté en Afrique, contraste fortement avec la prévalence plus élevée dans la population afro-américaine [10-11-12].

En effet, le taux de prévalence en Occident est de 15 à 60/100 000 habitants [13-14-15] mais le nombre de cas rapporté par les séries africaines demeure infirme ; 49 cas en 15 ans en Côte d'ivoire (2004) [16] ,16 cas en 13 ans au Togo (2008) [17], 30 cas en 10 ans au Sénégal (1998) [18].

En Afrique subsaharienne, depuis les premiers cas rapportés à Dakar [7], quelques séries hospitalières sont de plus en plus publiées [19-20-21-22-23].

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 [24].

3. Au Maroc :

Bien qu'elle ne soit pas courante, ce n'est pas non plus une maladie rare. Une prévalence comprise selon les ethnies entre 3 et 150 cas pour 10 000 habitants, soit entre 15 et 20 000 personnes au Maroc. [25]

II. TABLEAU CLINICO-BIOLOGIQUE :

Les principaux signes clinico-biologiques sont les suivants :

A. Cliniquement

1. Atteintes cutanéomuqueuses (60 à 75 % des cas) :

Touche particulièrement les zones photo exposées, on décrit [26] :

- Une éruption érythémato-squameuse en vespertilio (ou en ailes de chauve-souris)
- Des plaques érythémato-squameuses des zones photo exposées
- Une photosensibilité
- Des lésions discoïdes
- Les lésions de vascularite se manifestant par un purpura.
- Des ulcérations muqueuses le plus souvent bucco-pharyngées
- Une alopecie en plaques ou, plus rarement, diffuse et complète.
- Un acrosyndrome
- Des lésions évoquant un syndrome des anti phospholipides.

2. Atteintes rénales (30 à 50 % des cas) :

L'atteinte rénale, qui peut être révélatrice, est glomérulaire.

Dans les formes sévères, liées ou non à une hypertension artérielle (10 à 30 % des cas), l'évolution peut conduire à une insuffisance rénale [26].

3. Manifestations cardiaques (10 à 30 % des cas) :

La péricardite est la complication la plus fréquente, généralement asymptomatique, révélée par l'échographie.

La présence et la gravité d'une valvulopathie doit être enregistrée par l'échocardiographie [26].

4. Atteintes pleuropulmonaires (15 à 40 % des cas)

La pleurésie sérofibrineuse est l'atteinte la plus fréquente [26].

5. Manifestations neuropsychiatriques :

Elles sont nombreuses et extrêmement hétérogènes dans leur expression clinique : 19 syndromes ont été définis : 12 syndromes neurologiques centraux et 7 syndromes neurologiques périphériques. Parmi les atteintes centrales les plus sévères, on distingue schématiquement [27] :

- Crises épileptiques (15%) de tous types ;
- Les manifestations focales sont dominées par les accidents vasculaires cérébraux constitués ou transitoires ;
- Manifestations diffuses : troubles mnésiques et cognitifs fréquents mais généralement légers.
- Troubles de l'humeur
- Trouble dépressif, trouble anxieux
- Psychose

6. Manifestations musculaires (5 à 30 % des cas) :

Des myalgies ou, plus rarement, une vraie myosite [26].

7. Manifestations ganglionnaires et spléniques (10 à 70 %des cas) :

Des adénopathies cervicales sont fréquentes au cours d'un lupus actif [26].

8. Atteintes digestives et hépatiques :

L'atteinte la plus typique est la péritonite lupique, même si elle est parfois révélatrice, mais elle reste une manifestation très rare [26].

9. Atteintes oculaires :

Il existe des lésions oculaires, telles que des rétinites (5 à 20 % des cas) ou des lésions du nerf oculomoteur ou du nerf optique [26].

B. Biologiquement :

Plus spécifiquement on note la présence [26] :

- D'Anticorps anti-ADN à un taux significatif
- D'anticorps antiphospholipides, et l'anticorps anti-Sm.

III. CLASSIFICATION :

Les critères de l'ACR (1997) sont les critères de classification de référence. L'existence au moins 4 des 11 critères ACR permet de confirmer le diagnostic de LES avec une sensibilité et une spécificité de 96%, mais ils ne sont pas utilisés dans un but diagnostique à l'échelon individuel. En particulier, ils ne sont pas pertinents pour identifier un LES chez un patient atteint de SAPL (voir Annexe 1) [28-29].

Plus récemment, une nouvelle classification a été proposée par le Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC), la présence d'au moins 4 critères, dont au moins un critère clinique et un critère biologique ou une histologie de glomérulonéphrite lupique avec des AAN et/ou des anticorps anti-DNA natifs permet d'affirmer l'existence d'un LES avec une sensibilité de 94% et une spécificité de 92% [30].

IV. Lupus et dépression et l'anxiété :

1. Impact du LES sur la dépression et l'anxiété :

Un patient atteint d'un lupus à trois fois plus de risque de faire une dépression [31].

En effet, de 25 à 50 % des gens qui souffrent d'une maladie chronique souffrent également de dépression. La comorbidité de la dépression et de l'anxiété est fréquente chez les douloureux chroniques, c'est pourquoi l'évaluation de ces facteurs psychopathologiques est essentielle pour améliorer la qualité de vie de cette population à haut risque [32].

Une étude a utilisé une conception transversale et 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 l'état mental en rapport avec la chronicité de la maladie elle-même et/ou de sa prise en charge.

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.

Les recherches cliniques de ces dernières années ont mis en évidence les liens étroits existant entre les pathologies psychiatriques et les affections somatiques connues pour présenter d'importants problèmes de santé publique : hypertension artérielle, maladies coronariennes, diabète....

De nombreuses données épidémiologiques montrent que le LES et la dépression, s'associent de manière non fortuite, et se compliquent mutuellement.

2. La prévention de la dépression et l'anxiété 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 conserver une bonne santé mentale, d'aller à l'école ou de poursuivre ses études comme les autres et de maintenir son insertion socio-professionnelle. [33]

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 effets secondaires sur l'état émotionnel et comportemental des patients lupiques.

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 ainsi que la prévention de la dépression et l'anxiété sont considérées comme les grands objectifs les plus recherchés du traitement du LES. [33]

3. Évaluation de la dépression et l'anxiété des patients lupiques :

Pour l'étude de la dépression, on peut utiliser plusieurs instruments :

- ✓ L'échelle HAD qui est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). **(Annexe 2) [34,35].**

- ✓ L'entretien structuré qui reprend les critères du DSM-IV :

Le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) qui a été développé pour fournir un entretien diagnostique structuré compatible avec les critères diagnostiques du DSM III-R (puis IV) de l'Association américaine de psychiatrie et de la CIM10 (Classification internationale des maladies) [36,37]. Utilisé pour poser le diagnostic de la dépression, il individualise l'épisode dépressif majeur actuel et passé **(Annexe 3).**

- ✓ L'échelle de BECK **(Annexe 4)**, pour évaluer la sévérité de la dépression ; elle comprend 13 items [38], chaque item est noté de 0 à 3 pour un score total entre :

- 0 et 4 : pas de dépression.
- 5 et 7 : dépression légère.
- 8 et 15 : dépression modérée.
- 16 et plus : dépression sévère.

V. Objectifs :

1. L'objectif principal :

L'objectif principal de ce travail est d'estimer la prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les patients lupiques suivis au sein du service de médecine interne au CHU Hassan II de Fès.

2. Les objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires sont :

1. Étudier les facteurs associés à la survenue de la dépression et l'anxiété chez les patients atteints de LES.
2. Étudier les particularités de la maladie lupique chez ces patients

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Schémas d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale auprès des patients atteints de LES à Fès.

II. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Nous avons inclus les patients suivis en ambulatoire et/ou hospitalisés au service de médecine interne au CHU Hassan II de Fès pour LES selon les critères de l'ACR 1997 à partir du mois de Septembre 2020 jusqu'au mois d'avril 2021. Nous avons exclu les patients chez qui le diagnostic d'une dépression et/ou anxiété a été retenu avant le diagnostic du LES.

III. Recueil des données

Les données ont été recueillies par un questionnaire administré en face à face auprès des patients et complété à l'aide des dossiers médicaux.

Ce questionnaire comporte 5 parties

✓ Données sociodémographiques :

- Âge
- Sexe
- Milieu d'habitat
- Statut matrimonial
- Couverture sociale

✓ Données socio-économiques :

- Profession
- Revenu mensuel
- Niveau d'étude

✓ Antécédents :

- Médicaux

- Chirurgicaux
 - Toxiques
 - Gynéco-obstétricaux
- ✓ Données cliniques de la maladie :
- Date de diagnostic
 - Manifestations cliniques
 - Manifestations biologiques
 - Traitement
- ✓ Échelle de la dépression et de l'anxiété HAD

L'échelle hospitalière de l'anxiété et de la dépression (HADS) a été conçue pour le dépistage des troubles anxieux et dépressifs dans la pratique médicale. L'échelle a été validée dans divers contextes pour évaluer la gravité de la dépression et de l'anxiété dans les établissements de soins primaires et secondaires. Elle a été utilisée et validée et a montré une bonne performance tant en auto-administration qu'en administration par l'enquêteur [39].

Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive, permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Les éléments sont codés de façon croissante, de sorte que des valeurs plus élevées indiquent une plus grande gravité des symptômes. Un score ≥ 8 , a été proposé pour l'identification des cas, à la fois pour la dépression et l'anxiété chez les patients ayant différents problèmes de santé physique, avec une sensibilité de l'ordre de 0,8. Un score ≤ 7 signifie l'absence d'une dépression ou anxiété [40]. Nous avons utilisé une version traduite et validée en arabe dialectal [41]. (Voir annexe 2).

IV. 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.

V. Calcul des scores

Les 14 questions de l'échelle HAD sont calculées de façon à ce qu'un score élevé corresponde à une tendance vers la dépression ou l'anxiété ;

- ✓ Pour le score de l'anxiété (Total A) : c'est la somme algébrique des points des réponses 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.
- ✓ Pour le score de la dépression (Total D) : c'est la somme algébrique des points des réponses 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante a été proposée pour chacun des scores (A et D) :

- ✓ ≤ 7 : absence de symptomatologie
- ✓ > 7 : Présence de symptomatologie

VI. Analyse descriptive

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de proportions et les variables quantitatives en termes de moyennes \pm écart-type.

VII. Analyse uni variée :

Une analyse uni variée a été effectuée pour étudier l'association entre l'anxiété et la dépression et les variables explicatives (sexe, âge, ...)

Les tests statistiques utilisés sont : khi 2 pour la comparaison de pourcentages et le test de Student pour les comparaisons de moyennes.

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

VIII. Analyse multivariée :

L'analyse multivariée par régression logistique binaire a été réalisée pour chercher les facteurs associés à l'anxiété et à la dépression après ajustement sur les facteurs de confusion.

Le seuil d'inclusion dans le modèle de régression était de 20%. L'association significative a été présentée en utilisant un OR et son intervalle de confiance (IC).

IX. Aspect éthique

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

RÉSULTATS

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

I. Résultats descriptifs :

1. Les caractères socio-démographiques :

L'âge moyen des patients de notre étude était de 41.64 (\pm 13.74) ans avec des extrémités allant de 18 à 71 ans. Quant au sexe, notre série comportait 92.2% des patients étaient de sexe féminin. Parmi lesquels 31.7% des patients habitaient en milieu rural contre 68.3% en milieu urbain.

Les statuts matrimoniaux de nos patients étaient comme tels : 59.8% mariés ; 26.5% de célibataires et 13.7% veufs ou divorcés comme le montre **le tableau 2**.

Tableau 2. 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

Concernant le niveau d'étude, 31% étaient analphabète, 19% avaient un niveau primaire, 36% avaient un niveau secondaire et 14% ont fait des études supérieures comme le montre **le tableau 3**.

Tableau 3. 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

Globalement, notre population d'étude présentait un bas niveau socio-économique : Plus des deux tiers des patients (68.3%) avaient un revenu mensuel inférieur à 2000 MAD alors que 12.9% avaient un revenu supérieur à 4000 MAD.

Uniquement 2% des patients étaient sans couverture médicale contre 77.2% qui bénéficiaient du RAMED et 18.8% de mutualistes comme le montre le **tableau 4**.

Tableau 4. 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

2. Caractéristiques de la maladie :

2.1. 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.

2.2. Durée de l'évolution :

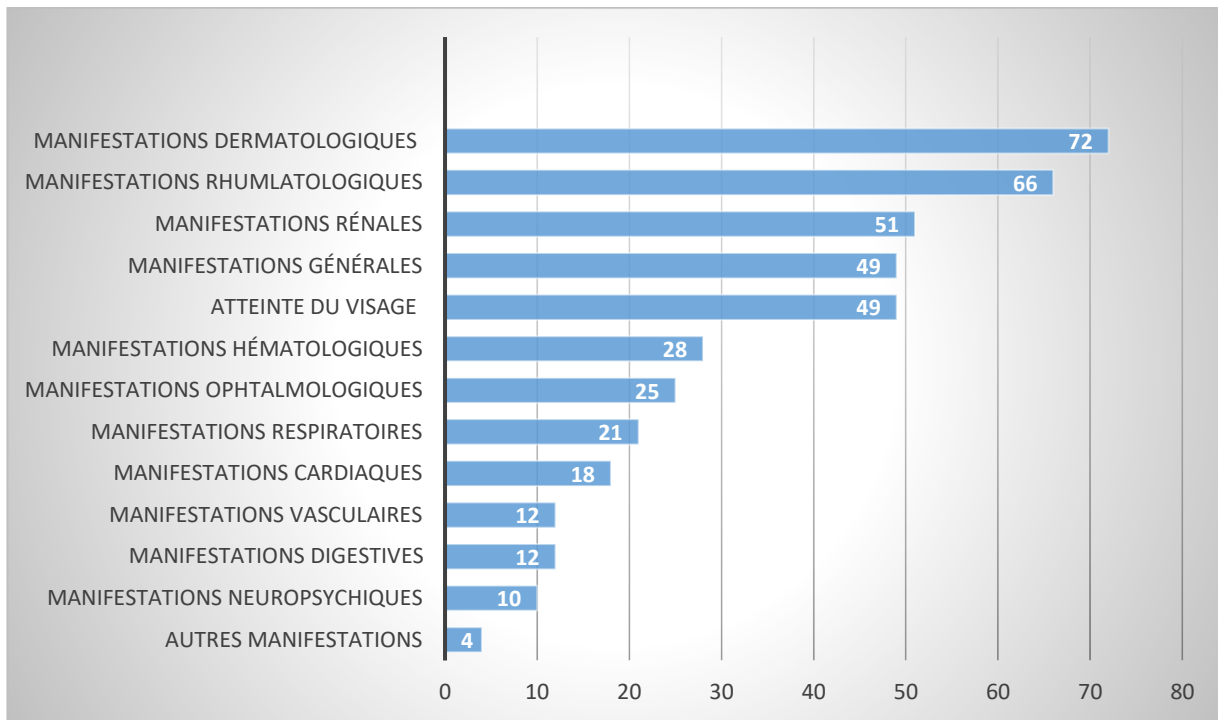
En moyenne la durée de l'évolution du lupus chez les patients inclus dans l'étude est de 6.8 ± 5.5 ans.

2.3. Profil immunologique :

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

2.4. Manifestations cliniques :

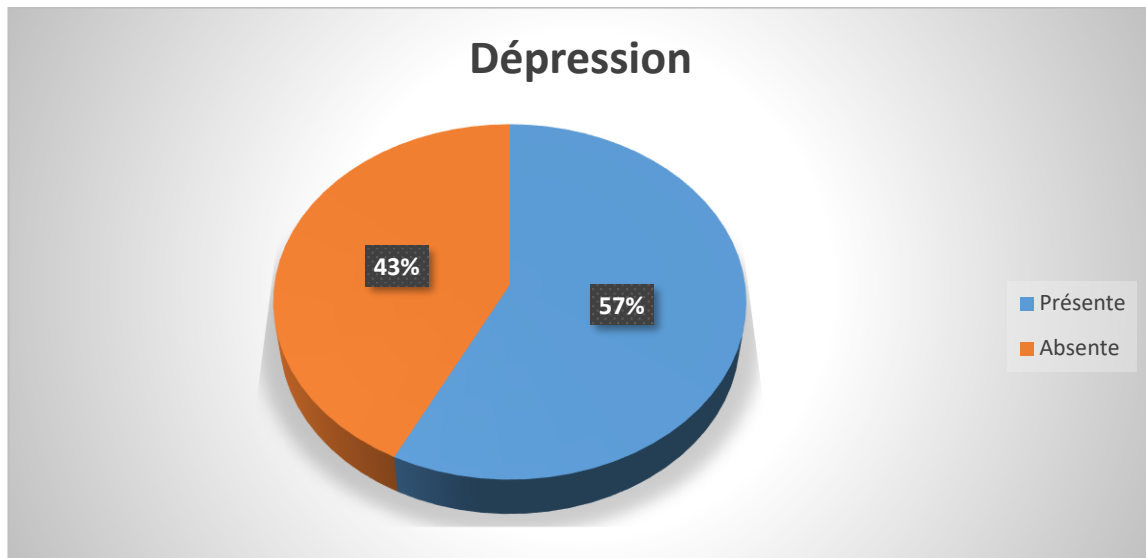
Dans le cadre de leur pathologie, 70.6% des patients avaient des manifestations dermatologiques dont 48% souffraient d'une atteinte du visage, 64.7% avaient des manifestations rhumatologiques, la moitié avaient des manifestations rénales et 48% avaient des manifestations générales.



Graphique 1. Pourcentage des manifestations cliniques chez la population (N=102)

3. Dépression :

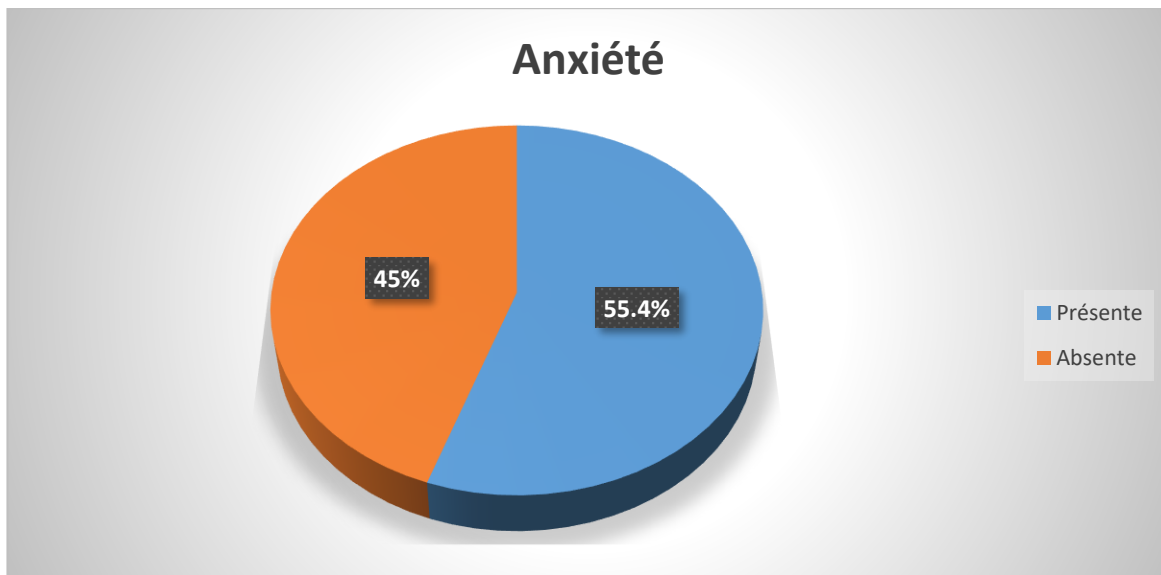
Dans notre étude, 57.4% des patients inclus avaient une dépression.



Graphique 2. Prévalence de la dépression chez les patients inclus dans l'échantillon.

4. Anxiété :

55.4% des patients inclus dans notre échantillon avaient une anxiété.



Graphique 3. Prévalence de l'anxiété chez les patients inclus dans l'échantillon.

II. Résultats analytiques :

1. Les facteurs associés aux troubles psychiques :

1.1. Analyse uni-variée des facteurs associés à la dépression :

a. Paramètres sociodémographiques :

Notre étude a montré que la dépression chez nos patients était associée à l'âge avancé ($p=0.001$), à un revenu mensuel <2000 MAD ($p=0.05$) et au mariage ($p=0.035$) (tableau 5).

b. Paramètres cliniques :

Chez nos patients, la dépression était associée à la présence d'antécédents d'hypertension artérielle ($p=0.006$), de diabète ($p=0.041$) ou de cardiopathie ($p=0.041$), ainsi que la présence de plusieurs manifestations liées au lupus ($p=0.003$) et surtout des manifestations cardiaques ($p=0.031$) et respiratoires ($p=0.005$) (tableau 5).

Tableau 5. Les facteurs associés à la dépression par une analyse uni-variée

Variables		Dépression		Valeur p
		Non	Oui	
Âge		36.7 ± 12.05	45.41 ± 13.94	0.001
Niveau d'étude	faible niveau d'étude	38.1%	57.9%	0.068
	haut niveau d'étude	61.9%	42.1%	
Profession	Sans emploi	62.8%	79.3%	0.076
	Employé	37.2%	20.7%	
État civil	Seul	39.5%	17.2%	0.035
	Divorcé ou veuf	14.0%	13.8%	
	Marié	46.5%	69.0%	
Revenu mensuel	≤ 2000 dhs	57.1%	75.9%	0.054
	> 2000 dhs	42.9%	24.1%	
Nombre de comorbidités		0.79 ± 0.83	1.41 ± 1.19	0.003
Hypertension artérielle	Oui	2.3%	20.7%	0.006
	Non	97.7%	79.3%	
Diabète	Oui	2.3%	15.5%	0.041
	Non	97.7%	84.5%	
Cardiopathie	Oui	2.3%	15.5%	0.041
	Non	97.7%	84.5%	
Avortement	Oui	4.7%	17.2%	0.066
	Non	95.3%	82.8%	
Durée de la maladie		5.49 ± 4.48	7.63 ± 5.99	0.056
Manifestations cardiaques	Oui	7.0%	24.1%	0.031
	Non	93.0%	75.9%	
Manifestations respiratoires	Oui	7.0%	31.0%	0.005
	Non	93.0%	69.0%	
Manifestations ophtalmologiques	Oui	16.3%	31.0%	0.106
	Non	83.7%	69.0%	
Manifestations immunologiques	Oui	38.7%	55.1%	0.175
	Non	61.3%	44.9%	
Nombre de manifestations de lupus		3.81 ± 1.74	4.95 ± 1.99	0.003

1.2. Analyse multivariée des facteurs associés à la dépression :

L'analyse multivariée a montré que la dépression chez nos patients était liée au mariage avec un OR = 4.86 (IC: 1.48 – 15.95), à un faible revenu mensuel avec un OR = 6.35 (IC: 1.88 – 21.42), à un antécédent de diabète avec un OR = 22.44 (IC: 1.94 – 259.31) ou un avortement avec un OR = 11.65 (IC: 1.5 – 90.32), ainsi qu'un nombre élevé de manifestations liées au lupus avec un OR = 1.56 (IC: 1.16– 2.1) (**tableau 6**).

Tableau 6. Les facteurs associés à la dépression par une analyse multivariée.

variable		OR	IC à 95%	Valeur p
État civil	mariés	4.86	(1.48–15.95)	0.006
	Divorcés ou veufs	0.58	(0.11–2.97)	
	Célibataires	1		
Revenu mensuel	≤ 2000 dhs	6.35	(1.88–21.42)	0.003
	> 2000 dhs	1		
Diabète	Oui	22.44	(1.94–259.31)	0.013
	Non	1		
Avortement	Oui	11.65	(1.5–90.32)	0.019
	Non	1		
Nombre de manifestations de lupus		1.59	(1.16–2.1)	0.003

1.3. Analyse uni-variée des facteurs de risque de l'anxiété :

a. Paramètres sociodémographiques :

Notre étude a démontré que l'anxiété était statistiquement associée à l'âge avancé des patients ($p=0.001$), le faible niveau d'éducation ($p=0.015$), le chômage ($p=0.048$), et le mariage ($p=0.007$) (tableau 7).

b. Paramètres cliniques :

Dans notre étude, on note aussi une association entre l'anxiété et le fait d'avoir plusieurs comorbidités ($p=0.001$), l'hypertension artérielle ($p=0.005$), la longue durée de la maladie ($p=0.021$), et la présence des manifestations respiratoires ($p=0.047$) (tableau 7).

Tableau 7. Tableau montre les différents facteurs associés à l'anxiété par une analyse uni-variée

Variables		Anxiété		Valeur p
		Non	Oui	
Âge		36.56 ± 12.11	45.84 ± 13.78	0.001
Niveau d'étude	faible niveau d'étude	35.6%	61.1%	0.015
	haut niveau d'étude	64.4%	38.9%	
Profession	Sans emploi	62.2%	80.4%	0.048
	Employé	37.8%	19.6%	
État civil	Seul	42.2%	14.3%	0.007
	Divorcé ou veuf	11.1%	16.1%	
	Marié	46.7%	69.6%	
Revenu mensuel	≤ 2000 dhs	60.0%	74.5%	0.136
	> 2000 dhs	40.0%	25.5%	
Nombre de comorbidités		0.78 ± 0.79	1.45 ± 1.2	0.001
Hypertension artérielle	Oui	2.2%	21.4%	0.005
	Non	97.8%	78.6%	
Diabète	Oui	4.4%	14.3%	0.178
	Non	95.6%	85.7%	
Cardiopathie	Oui	4.4%	14.3%	0.178
	Non	95.6%	85.7%	
Néphropathie	Oui	2.2%	12.5%	0.072
	Non	97.8%	87.5%	
Durée de la maladie		5.35 ± 4.25	7.82 ± 6.11	0.021
Manifestations cardiaques	Oui	11.1%	21.4%	0.192
	Non	88.9%	78.6%	
Manifestations respiratoires	Oui	11.1%	28.6%	0.047
	Non	88.9%	71.4%	

1.4. Analyse multivariée des facteurs de risque de l'anxiété :

L'analyse multivariée a montré que le risque d'anxiété chez nos patients augmente avec le faible niveau d'étude avec un OR = 2.77 (IC : 1.14 – 6.74), le grand nombre d'antécédents avec OR = 1.89 (IC : 1.18 – 3.03), ainsi qu'avec la présence de manifestations respiratoires avec un OR = 4.14 (IC : 1.27 – 13.43) (tableau 8).

Tableau 8. Les facteurs associés à l'anxiété par une analyse multivariée :

Variable		OR	IC à 95%	Valeur p
Niveau d'étude	faible niveau d'étude	2.77	(1.14 – 6.74)	0.024
	haut niveau d'étude	1		
Nombre de comorbidité		1.89	(1.18 – 3.03)	0.009
Manifestations respiratoires	Oui	4.14	(1.27 – 13.43)	0.018
	Non	1		

DISCUSSION

Notre travail étudie, d'une part, la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les patients atteints de LES, et d'autre part, il cherche les facteurs associés à la présence de ces troubles psychologiques chez ces patients.

C'est une étude transversale qui a été menée dans le service de médecine interne au CHU Hassan II de Fès en utilisant le questionnaire HAD.

Dans notre étude, la prévalence de la dépression et de l'anxiété était successivement estimée à 57.4% et 55.4%. Contre une prévalence rapportée par FG NERY et EF BORBA de 10.8% à 68% pour la dépression tandis que celle de l'anxiété était de 15.6 % à 46.5 %. [42,43, 44,45].

Il faut tout de même prendre en compte avant de comparer ces résultats que des études ont utilisé des échelles diagnostiques différentes comme (le MADRS. et le PHQ-9 ...). D'autres études ayant comme nous employé l'HAD telle que : Zhang et al ont rapporté une prévalence de 30% pour la dépression et de 40% pour l'anxiété [46].

Outre le choix de l'échelle, le seuil adopté fait également sujet de débat. Dans une revue de la littérature sur l'utilisation du HADS comme instrument d'évaluation de l'anxiété et de la dépression, Bjelland et al. ont constaté que le HADS donnait de bons résultats dans le diagnostic et l'évaluation de la sévérité des symptômes de l'anxiété et de la dépression au seuil diagnostique recommandé de ≥ 8 pour les deux sous échelles. Cependant, des études indiquent que des seuils inférieurs (anxiété : 5-7 ; dépression : 4-8) seraient plus appropriés dans cette population [47].

L'association entre les troubles dépressifs et anxieux et les facteurs sociodémographiques était assez différente dans diverses études. Dans notre étude des facteurs, tels que le chômage et un faible niveau d'éducation étaient associés à l'anxiété. Ainsi le faible revenu mensuel était fortement associé à la dépression avec un OR =6.35 (IC 95% :1.88- 21.42), ce qui est conforme aux résultats de plusieurs autres études qui ont confirmé l'association entre le risque d'anxiété et de dépression

et le faible revenu mensuel chez les patients atteints de LES [48–49]. Dans ce sens une étude chinoise portant sur des patients atteints de LES a révélé que chez ces patients le chômage et le faible revenu mensuel étaient associés à l'anxiété et à la dépression [50]. Contrairement aux résultats de Waheed et Coll qui montrent que l'emploi et le revenu mensuel n'avaient aucun effet sur la fréquence de l'anxiété et de la dépression [51].

Pour l'état matrimonial, une étude a rapporté que le mariage était associé à la présence d'une humeur dépressive modérée à sévère chez les patients atteints de lupus [52], ceci est cohérent avec nos résultats qui ont montré une forte association entre le mariage et le risque de dépression avec un OR =4.86 (IC95% :1.48–15.95). Ces résultats diffèrent d'autres études où le risque de troubles mentaux était plus fréquent chez les patients célibataires [53,54]. Une autre étude réalisée sur des femmes atteintes de LES a montré que les problèmes dans les relations familiales peuvent avoir une influence négative sur l'état psychique et peuvent même augmenter le risque d'idées suicidaires [55].

Concernant l'effet de la durée de la maladie sur la prévalence de la dépression et de l'anxiété, on a constaté dans notre étude une association entre la longue durée de la maladie et le risque de troubles psychologiques, ce qui concorde avec les résultats des patients Saoudiens atteints de lupus [56].

La relation entre l'activité de la maladie et la dépression et l'anxiété a été étudiée par plusieurs chercheurs auparavant. Julian, Nery Et Bachen montrent que l'activité de la maladie était pertinente avec la dépression et l'anxiété. Par contre Huang, Hanly, et Palagini ; n'ont trouvé aucune pertinence dans leurs études [57–58–59].

Notre étude a montré une association entre la dépression et l'activité de la maladie où le nombre des manifestations lupiques était statistiquement plus élevé dans le groupe déprimé que dans le groupe non déprimé, cette relation a été confirmée dans

l'analyse de régression logistique multivariée où le nombre de manifestations lupiques augmentait le risque de dépression avec OR = 1.56 (IC95%: 1.16 - 2.1), et les manifestations respiratoires qui augmentent le risque d'anxiété avec un OR = 4.14 (IC95% :1.27 -13.43).

Notre étude montre aussi que le nombre des comorbidités augmente le risque d'anxiété OR=1.89 (IC95% :1.18- 3.03), ainsi les antécédents de diabète ou d'avortement augmentent le risque de dépression, ceci est en accord avec une étude russe [60] qui confirme que le risque de troubles mentaux augmente avec la présence de comorbidités chez les patients diagnostiqués avec un LES.

Au final notre étude montre une prévalence élevée d'anxiété et de dépression, par rapport aux autres études, cette élévation peut être expliquée par le retard de diagnostic et par le manque de moyen de dépistage systématique des troubles psychiatriques lors du suivi de la maladie.

Dans notre étude, on a constaté que la longue durée de la maladie augmente plus la prévalence de la dépression et l'anxiété par rapport aux autres études, cette augmentation pourrait être liée au manque de moyens et à la difficulté d'accès aux établissements de santé. Ainsi, on a pu montrer que le nombre des manifestations était statistiquement plus élevé dans le groupe déprimé et notamment la présence des manifestations respiratoires. Cette élévation 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.

Malgré ses limites, ce travail pourrait suggérer les recommandations suivantes :

Recommandations

- Adopter un outil de dépistage systématique des troubles psychiatriques lors du suivi des survivants à un LES. Ceci améliore automatiquement l'identification fiable des patients qui ont des signes de dépression et ou d'anxiété.
- Évaluer tout patient souffrant de dépression post-lupus pour anxiété post-lupus et vice versa.
- Sensibiliser tous les médecins généralistes et spécialistes sur l'importance des complications psychiatriques après un LES.
- Encourager plus d'études pour décrire les facteurs prédictifs de dépression et anxiété chez les patients atteints du LES dans notre population.

CONCLUSION

Le diagnostic de LES est délicat vu la similarité des symptômes physiques des séquelles de LES et ceux de la dépression. La prévalence rapportée est variable suite à la grande variabilité des échelles et de la méthodologie des études.

Mais malgré cette variabilité, 55.4% des patients atteints de LES souffrent d'anxiété et 57.4% sont déprimés, ce qui prouve que la dépression et l'anxiété sont des troubles émotionnels majeurs chez les patients atteints de LES. Cependant, le manque de sensibilisation et les difficultés de détection précoce rendent difficile l'obtention d'un traitement précoce pour les patients souffrants de ces conditions. Notre étude a montré que plusieurs facteurs de risque ont été associés à l'anxiété et/ou à la dépression. Cela doit être un point important pour agir contre ces facteurs grâce à une prise en charge multidisciplinaire précoce et complète des patients atteints de LES.

RESUME

RESUME

Le diagnostic de LES constitue un événement potentiellement traumatisant et représente une source majeure d'anxiété et de dépression pour les patients.

Objectif : notre travail a pour but d'évaluer l'anxiété et la dépression des patients lupiques dans la ville de Fès, et d'identifier les facteurs qui l'influencent.

Méthodologie : Une étude transversale observationnelle a été menée dans le service de médecine interne au CHU Hassan II de Fès. L'anxiété et la dépression ont été évaluées à l'aide du questionnaire HAD traduit et validé en dialecte arabe Marocain.

Résultats : Nous avons inclus 102 sujets dans l'étude. L'âge moyen des patients était de 41.64 (\pm 13.74 ans). L'évaluation de l'état psychologique a révélé une dépression chez 57.4% des cas et un état anxieux chez 55.4%.

L'analyse uni-variée a retrouvé que, l'âge ($p=0.001$), la profession ($p=0.048$), l'état civil ($p=0.007$) étaient associés à l'apparition d'anxiété en plus de l'âge ($p=0.001$), et du revenu mensuel ($p=0.05$) pour la dépression.

A propos des paramètres cliniques, on trouve une association significative entre l'hypertension artérielle et les manifestations respiratoires et la survenue de dépression et de l'anxiété ($p<0.05$).

L'analyse multivariée a montré que la dépression chez nos patients LES était liée au plusieurs facteurs notamment, le mariage avec OR= 4.86 (IC : 1.84 - 15.95), des antécédents de diabète avec un OR=22.44 (1.94 - 259.31) et le nombre élevé de manifestations liées au lupus avec un OR=1.56 (IC : 1.16 - 2.1). Pour l'anxiété le risque augmente avec le faible niveau d'étude avec un OR=2.77 (IC : 1.14 - 6.74), le nombre des antécédents et la présence de manifestations respiratoires.

Conclusion : A la lumière de ce travail, l'équipe de soin doit formellement comprendre un psychiatre pour évaluer l'état psychologique des patients lupiques au début de la maladie, avec un suivi indispensable tout au long du traitement, afin de dépister précocement les éventuelles conséquences psychologiques pour une meilleure prise en charge.

ABSTRACT

SLE diagnosis is a potentially traumatic event and a major source of anxiety and depression for patients.

Objective:

The objective of our work is to assess the anxiety and depression of lupic patients in the city of Fez, and identify the factors that influence it.

Methodology:

A cross-sectional observational study was carried out in the internal medicine department of CHU Hassan II in Fez. Anxiety and depression were assessed using the HADs questionnaire translated and validated in Moroccan Arabic dialect.

Results:

We included 102 subjects in the study. The mean age of the patients was 41.64 (\pm 13.74 years). The psychological state

assessment reveal SLE depression in 57.4% of cases and anxiety state in 55.4%.

The univariate analysis found that, age ($p = 0.001$), occupation ($p = 0.048$), marital status ($p = 0.007$) were associated with the onset of anxiety. In addition to age ($p = 0.001$), and monthly income ($p = 0.05$) for depression.

For clinical parameters, there is a significant association between high blood pressure and respiratory manifestations and the occurrence of depression and anxiety ($p < 0.05$).

Multivariate analysis showed that depression in our SLE patients was related to several factors including, marriage to OR= 4.86 (CI: 1.84 – 15.95), the antecedents of diabetes with OR=22.44 (1.94 – 259.31), and the high number of lupus-related manifestations with OR=1.56 (CI: 1.16 – 2.1). For anxiety the risk increases with the low level of study with OR=2.77 (CI: 1.14 – 6.74), the number of history and the presence of respiratory manifestations.

Conclusion: Taking into account the results of this work, the care team must formally include a psychiatrist to assess the psychological state of lupus patients at the beginning of the disease, with an essential follow-up throughout the treatment, in order to detect early possible psychological consequences for better management.

ملخص

تعتبر الذئبة الحمامية الجهازية حدثا يمكن أن يكون مؤلما ومصدرا رئيسيا للقلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بها.

أهداف الدراسة: يهدف عملنا إلى تقييم القلق والاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من الذئبة الحمامية الجهازية في مدينة فاس، مع تحديد العوامل المؤثرة في الدراسة.

المنهجية: أجريت هذه الدراسة المقطعية في قسم الطب الباطني للمركب الاستشفائي الجامعي بفاس. وقد تم تقييم القلق والاكتئاب بالاعتماد على معايير (HAD) المترجمة والمثبتة باللهجة العربية المغربية.

النتائج: تم ادراج 102 حالة في هذه الدراسة. متوسط العمر للمرض كان $41.64 (\pm 13.74)$. التقييم للحالة النفسية نجم عنه 57.4% للاكتئاب و 55.4% للقلق.

وجد التحليل أحادي المتغير، أن العمر ($p=0.001$)، المهنة ($p=0.048$)، الحالة الاجتماعية ($p=0.007$)، لهم ارتباط بظهور القلق. بالإضافة إلى العمر ($p=0.001$)، الدخل الشهري ($p=0.05$)، وظهور الاكتئاب.

فيما يتعلق بالمتغيرات السريرية، هناك ارتباط كبير بين ارتفاع ضغط الدم والمظاهر التنفسية و حدوث الاكتئاب والقلق ($p < 0.05$).

أظهر التحليل المتعدد المتغير أن الاكتئاب عند الذين يعانون من الذئبة الحمامية الجهازية كان مرتبطا بعدة عوامل بما في ذلك، الزواج مع $OR=4.86 (IC: 1.84 - 15.95)$ ، وسوابق مرض السكري مع $OR=22.44 (IC: 1.94 - 259.31)$ ، وارتفاع عدد المظاهر المرتبطة بمرض الذئبة مع $OR=1.56 (IC: 1.16 - 2.1)$ ، أما بالنسبة للقلق، فإن الخطر يزداد مع انخفاض مستوى الدراسة مع $OR=2.77 (IC: 1.14 - 6.74)$ ، عدد السوابق ووجود المظاهر التنفسية.

الخلاصة: وفي ضوء هذا العمل، يجب على فريق الرعاية أن يضم رسميا طبيبا نفسيا لتقييم الحالة النفسية لمرضى الذئبة الحمامية الجهازية في بداية المرض، مع متابعة أساسية طوال فترة العلاج، للكشف عن العواقب النفسية الممكنة في وقت مبكر من أجل تحسين جودة العلاجات.

ANNEXES

Annexe 1 :**Critères de classification du lupus érythémateux systémique (LES)**

CRITERES ACR	DEFINITION
Arthrites	Arthrites non érosives touchant au moins 2 articulations périphériques
Erythème malaire	Erythème fixe, plat ou surélevé sur les éminences malaires, tendant à épargner les plis naso-labiaux
Photosensibilité	Eruption cutanée inhabituelle secondaire à l'exposition
Sérites	Pleurésie ou péricardite documentée
Atteinte rénale	Protéinurie persistante > 0.5 g/24h Présence de cylindres cellulaires
Atteinte neurologique	Epilepsie ou psychose
Ulcérations buccales ou nasopharyngées	Peu douloureuses
Rash discoïde	Association de 3 lésions : - Erythème aux bords nets et télangiectasies fines - Squames épaisses « en clou » dans les orifices folliculaires - Atrophies cicatricielles
Anomalies de la NFS	Anémie hémolytique Leucopénie < 4 G/L (sur 2 prélèvements) Lymphopénie < 1.5 G/L (sur 2 prélèvements) Thrombocytopénie < 100 G/L

Annexe 2 :

هذا الاستبيان يساعد الطبيب لمعرفة مشاعرك وقراءة أحاسيسك ، لذا يرجى إحاطة الرقم الموازي لأفضل اختيار يصف حالتك خلال الأسبوع الماضي. ليس من المطلوب الاستغراق في التفكير لإختيار الإجابة، وإنما تفضل الإجابات العفوية التلقائية.

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS):		من فضلك، قم بإختيار الإجابة المناسبة بوضع دائرة عليها:	
A	أشعر بالتوتر الشديد: • أكثر الوقت • عدة مرات • أحياناً • لا أشعر بذلك مطلقاً	D	أحس بأنني هامد (فاقد للطاقة) : • تقريباً في كل وقت • في كثير من الأحيان • في بعض الأوقات • لا أشعر بذلك مطلقاً
D	أنا لازلت أتمتع بالأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها: • بالتأكيد، كما كنت • ليس تماماً • قليلاً • بالكاد، على الإطلاق	A	يتناهي شعور بالخوف: • لا، على الإطلاق • أحياناً • كثيراً • في أغلب الأوقات
A	أشعر بنوع من الخوف، وكان شيئاً مروعاً على وشك الحدوث: • بالتأكيد، وبشكل مزعج • نعم، ولكن أقل سوءاً • قليلاً، لكنه لا يقلقني • لا أشعر بذلك على الإطلاق	D	لقد فقدت الاهتمام بمظهري: • بالتأكيد فقدت كل الاهتمام • أنا لا أهتم بمظهري كما يجب أن أهتم • قد لا أعني بمظهري كما يجب • أعني بمظهري بشكل جيد كما كنت سابقاً
D	أستطيع الضحك و رؤية الجوانب الممتعة في الأشياء: • كما كنت سابقاً • أقل مما كنت سابقاً • بالتأكيد، ليس كثيراً الآن • لا أشعر بذلك على الإطلاق	A	الإحساس بضيق الصدر دون مجهود جسدي: • في الواقع، كثيراً جداً • كثيراً، لأبأس به • أشعر بذلك قليلاً • لا أشعر بذلك على الإطلاق
A	تأتيني دائماً افكار مقلقة: • أغلب الأوقات • معظم الأوقات • من وقت لآخر، ولكن ليس كثيراً • أحياناً	D	أنا أتطلع للأشياء من حوئي باستمتاع: • بقدر ما يمكنني فعله • نوعاً ما أقل مما اعتدت على فعله • بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله • لا، على الإطلاق
D	أشعر بالبهجة: • لا، على الإطلاق • ليس كثيراً • في بعض الأحيان • في أغلب الأوقات	A	يتناهي إحساس مفاجئ بالخوف: • في الواقع، في كثير من الأحيان • غالباً • ليس كثيراً • لا أشعر بذلك على الإطلاق
A	يمكنني الجلوس براحة و الشعور بالاسترخاء: • بكل التأكيد • عادة ما • ليس كثيراً • لا يمكنني ذلك على الإطلاق	D	يمكنني الإستمتاع بقراءة كتاب جيد أو مشاهدة البرامج التلفزيونية أو الإستماع إلى الإذاعة: • غالباً • في بعض الأحيان • ليس كثيراً • نادراً جداً

Annexe 3:**- le MINI : EPISODE DEPRESSIF MAJEUR :**

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux (se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement	NON	OUI
	A1 <u>OU</u> A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :		
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.)	NON	OUI
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours?	NON	OUI
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce	NON	OUI

	presque tous les jours ?		
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 <u>OU</u> A2 EST COTEE NON) Si le patient présente un épisode dépressif majeur actuel	NON OUI	OUI
A5 a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler?	NON	OUI
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois	NON	OUI
	A5b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI
		Episode dépressif majeur passé	

Annexes 4:

Inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items)

Entourez la proposition de chaque chapitre correspondant le mieux à votre état actuel :

<p>A</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Je ne me sens pas triste 1. Je me sens cafardeux ou triste 2. Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir 3. Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter 	<p>H</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens 1. Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois 2. J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux 3. J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement
<p>B</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir 1. J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir 2. Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer 3. Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer 	<p>I</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume 1. J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision 2. J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions 3. Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision
<p>C</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie 1. J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens 2. Quand je regarde ma vie 	<p>J</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant 1. J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux 2. J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon

<p>passée, toutce que j'y découvre n'est qu'échecs</p> <p>3. J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)</p>	<p>apparence physique qui me fait paraître disgracieux</p> <p>3. J'ai l'impression d'être laid et repoussant</p>
<p>D</p> <p>0. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait</p> <p>1. Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances</p> <p>2. Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit</p> <p>3. Je suis mécontent de tout</p>	<p>K</p> <p>0. Je travaille aussi facilement qu'auparavant</p> <p>1. Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose</p> <p>2. Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit</p> <p>3. Je suis incapable de faire le moindre travail</p>
<p>E</p> <p>0. Je ne me sens pas coupable</p> <p>1. Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps</p> <p>2. Je me sens coupable</p> <p>3. Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vau rien</p>	<p>L</p> <p>0. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude</p> <p>1. Je suis fatigué plus facilement que d'habitude</p> <p>2. Faire quoi que ce soit me fatigue</p> <p>3. Je suis incapable de faire le moindre travail</p>
<p>F</p> <p>0. Je ne suis pas déçu par moi-même</p> <p>1. Je suis déçu par moi-même</p> <p>2. Je me dégoûte moi-même</p>	<p>M</p> <p>0. Mon appétit est toujours aussi bon</p> <p>1. Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude</p> <p>2. Mon appétit est beaucoup moins bon</p>

<p>3. Je me hais</p>	<p>maintenant</p> <p>3. Je n'ai plus du tout d'appétit</p>
<p>G</p> <p>0. Je ne pense pas à me faire du mal</p> <p>1. Je pense que la mort me libérerait</p> <p>2. J'ai des plans précis pour me suicider</p> <p>3. Si je le pouvais, je me tuerais</p>	<p>Additionnez toutes vos réponses :</p> <p>Le score total varie de 0 à 39.</p> <p>De 0 à 3 : on considère qu'il n'y a pas de dépression</p> <p>De 4 à 7 : dépression légère</p> <p>De 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée</p> <p>A partir de 16 et plus : dépression sévère</p>

RÉFÉRENCES

- [1]. D’Cruz DP, Khamashta MA, Hughes GR. Systemic lupus erythematosus. Lancet 2007 ; 369:587-9
- [2]. 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>
- [3]. Hopkinson ND, Doherty M, Powell RJ. The prevalence and incidence of systemic lupus erythematosus in Nottingham, UK, 1989–1990. Br J Rheumatol, 1993; 32:110–5.
- [4]. 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. Epub 2015 Aug 13.
- [5]. 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.
- [6]. 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
- [7]. BASSET A., HOCQUET P., SOW A.M., RICHIR C.L. A propos d’un cas de lupus érythémateux systémique. Bull. Soc. Med. Afr. Noire Lg. Fr. 1960 ; 5 : 172–5.
- [8]. CISSE C.A. Le lupus érythémateux systémique. A propos de 6 observations et une revue de la littérature. Thèse de Médecine, Dakar, 1986, n°15.

- [9]. **TAYLOR H.G., STEIN M.C.** Systemic lupus erythematosus in Zimbabwe. *Ann. Rheum. Dis*, 1986 ; 45 : 645–8.
- [10]. **DANAVINO R., BACH J.F.** Lupus érythémateux systémique : facteurs étiopathogéniques. *Ann. Med. Int.*, 1977 ; 128 : 39–41.
- [11]. **WALLACE D.J., DUBOIS E.L.** Lupus erythematosus (2nd edition). Lea Fibiger ed., Philadelphia, 1987 ; 128 : 39–41.
- [12]. **HOPKINSON N.D., DOHERTY M., POWELL R.J.** Clinical features and race specific incidence prevalence rates of systemic lupus erythematosus in a geographically complete cohort of patients. *Ann. Rheum. Dis*, 1994 ; 53 : 675–80.
- [13]. **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.
- [14]. **Mok CC, Lau CS.** Lupus in Hong Kong Chinese. *Lupus* 2003; 12:717–22.
- [15]. **Meyer O.** Lupus érythémateux systémique. *EMC rhumatologie orthopédie* 2005; 1–32.
- [16]. **Kombaté K, Saka B, Oniankitan O, Sodonougbo P, Mouhare–Touré A, tchangai–walla K, Pitché P.** *Med trop* 2008; 68: 283–6.
- [17]. **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: 517–23.
- [18]. **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

- [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]. Ka M.M, Diallo S, Kane A, Wade B, Mbengue M, Diouf B et coll. Systemic lupus erythematosus and lupus syndrome in Senegal. A retrospective study of 30 patients seen over 10 years. Rev Rhum Eng 1998;65:471–6
- [23]. aylor H G, Stein M C. Systemic lupus erythematosus in Zimbabwe. Ann Rheum Dis 1986; 45: 645–8.
- [24]. JOHNSON A.E., GORDON C., HOBBS F.D., BACON P.A. Undiagnosed systemic lupus erythematosus in the community. Lancet, 1996 ; 347 : 367–9.
- [25]. Cella DF. Quality of life: concepts and definition pain and symptoms management, J Pain Symptom Manage. 1994 Apr;9(3):186–92.
- [26]. Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Lupus érythémateux systémique. Syndrome des antiphospholipides ;
Available from : <http://campus.cerimes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato14/site/html/>

- [27]. **Magro–Checa C, Zirkzee EJ, Huizinga TW, SteupBeekman GM.** Management of Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus: Current Approaches and Future Perspectives. *Drugs.* 2016 Mar;76(4):459–83 The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum.* 1999 Apr;42(4):599–608.
- [28]. **Hochberg MC.** Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1997 Sep;40(9):1725.
- [29]. **Ungprasert P, Sagar V, Crowson CS, Amin S, Makol A, Ernste FC, et al.** Incidence of systemic lupus erythematosus in a population–based cohort using revised 1997 American College of Rheumatology and the 2012 Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria. *Lupus.* 2017 Mar;26(3):240–247.
- [30]. **Bruce IN, O’Keeffe AG, Farewell V, Hanly JG, Manzi S, Su L, et al,** Factors associated with damage accrual in patients with systemic lupus erythematosus: results from the Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) Inception Cohort. *Ann Rheum Dis.* 2015 Sep;74(9):1706–13.
- [31]. **Fouad Laboudi et al.** La dépression dans le lupus érythémateux systémique: à propos d’un cas clinique. *Pan African Medical Journal.* 2018;29:123.doi: 10.11604/pamj.2018.29.123.14063.
- [32]. **G. Ninot.** L’anxiété et la dépression associées à la BPCO,0.1016/j.rmr.2010.11.005.
- [33]. **Alexis mathian, zahir amoura,** lupus systémique, centre nationale de reference lupus systémique ET syndrome des anti–phospholipides, hopital pitié–salpetriere, paris mai 2014.

- [34]. Zigmund A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361–370.
- [35]. J.D. Guelfi, L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie , éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.
- [36]. SHEHHAN DV ,LECRUBIER Y ,SHEEHAN KH , AMORIM P ET AL.–The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 20) .
- [37]. AMORIM P , LECRUBIER Y , WEILLER E , HERGUETA T ET AL. –DSM-IV-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1998;13(1):26–34
- [38]. Bouvard M, Cottraux J. *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*. Paris: Masson; 2010.
- [39]. Ayis SA, Ayerbe L, Ashworth M, da Wolfe C. Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in screening stroke patients for symptoms: Item Response Theory (IRT) analysis. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2018;228(September 2017):33–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.037>.
- [40]. Snaith RP. The Hospital Depression and Anxiety Scale. Health and quality of life outcomes [Internet]. 2003;1:29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12914662>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC183845>.

- [41]. **Terkawi A, Tsang S, Alkahtani G, Al-Mousa S, al Musaed S, Alzoraigi U, et al.** Development and validation of Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Saudi Journal of Anaesthesia [Internet]. 2017 May 1 [cited 2021 Jan 14];11(5):S11-8. Available from: </pmc/articles/PMC5463562/?report=abstract>
- [42]. L'American College of Rheumatology, « Nomenclature et définitions de cas pour les syndromes lupiques neuropsychiatriques », Arthrite et rhumatisme, vol. 42, non. 4, pages 599-608, 1999.
- [43]. **FG Nery, EF Borba, VST Viana et al.**, « Prévalence des troubles dépressifs et anxieux dans le lupus érythémateux systémique et leur association avec les anticorps anti-ribosomiques P », Progrès en Neuro-Psychopharmacologie & Psychiatrie Biologique, vol. 32, non. 3, p. 695-700, 2008.
- [44]. **M. Valence-Flores, M. Resendiz, VA Castaño et al.**, « Troubles du sommeil objectifs et subjectifs chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique », Arthrite et rhumatisme, vol. 42, non. 10, p. 2189-2193, 1999.
- [45]. **F. Uguz, A. Kucuk, E. Cicek, F. Kayhan et R. Tunc**, « Troubles de l'humeur, de l'anxiété et de la personnalité chez les patients atteints de lupus érythémateux systémique », Psychiatrie globale, vol. 54, non. 4, p. 341-345, 2013
- [46]. **Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B** (2017) Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 17(1):70. Doi : 10.1186/s12888-017-1234-1.

- [47]. **Sagen U, Vik TG, Moum T, Mørland T, Finset A, Dammen T.** Screening for anxiety and depression after stroke: Comparison of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 2009;67(4):325–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.03.007>
- [48]. **Meszaros ZS, Perl A, Faraone SV** (2012) Psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 73:993–1001
- [49]. **Xia Xie, Dongmei Wu, Hong Chen,** Prevalence and risk factors of anxiety and depression in patients with systemic lupus erythematosus in Southwest China, *Rheumatology*, DOI : 10.1007/s00296-016-3559-3
- [50]. **Biyu Shen, Wei Tan, Guijuan Feng, Yan He, Jinwei Liu, Weijun Chen, Xiaoqin Huang, Zhanyun Da, Xujuan Xu, Hong Liu, and Zhifeng Gu,** The Correlations of Disease Activity, Socioeconomic Status, Quality of Life, and Depression/Anxiety in Chinese Patients with Systemic Lupus Erythematosus. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/270878>
- [51]. **A. Waheed, K. Hameed, A. M. Khan, J. A. Syed, and A. I. Mirza,** “The burden of anxiety and depression among patients with chronic rheumatologic disorders at a tertiary care hospital clinic in Karachi, Pakistan,” *Journal of the Pakistan Medical Association*, vol. 56, no. 5, pp. 243–247, 2006
- [52]. **N Alsowaida, M Alrasheed, A Mayet, A Alsuwaida, MA Omair,** Medication adherence, depression and disease activity among patients with systemic lupus erythematosus. 2017. journals.sagepub.com/home/lup
- [53]. **Xia Xie, Dongmei Wu, Hong Chen,** Prevalence and risk factors of anxiety and depression in patients with systemic lupus erythematosus in Southwest China, *Rheumatology*, DOI : 10.1007/s00296-016-3559-3

- [54]. **Chin CN, Cheong I, Kong N.** Psychiatric disorder in Malaysians with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 1993;2:329–32
- [55]. **Ishikura R, Morimoto N, Tanaka K, Kinukawa N, Yoshizawa S, Horiuchi T, Nakashima H, Otsuka T** (2001) Factors associated with anxiety, depression and suicide ideation in female outpatients with SLE in Japan. *Clin Rheumatol* 20:394–400
- [56]. **N Alsowaida, M Alrasheed, A Mayet, A Alsuwaida, MA Omair,** Medication adherence, depression and disease activity among patients with systemic lupus erythematosus. 2017. journals.sagepub.com/home/lup
- [57]. **LJ Julian, C. Tonner, E. Yelin et al.,** « Prédicteurs cardiovasculaires et liés à la maladie de la dépression dans le lupus érythémateux systémique », *Soins et recherche sur l'arthrite*, vol. 63, non. 4, p. 542– 549, 2011
- [58]. **EA Bachen, MA Chesney et LA Criswell,** « Prévalence des troubles de l'humeur et de l'anxiété chez les femmes atteintes de lupus érythémateux systémique », *Soins et recherche sur l'arthrite*, vol. 61, non. 6, p. 822–829, 2009
- [59]. **L. Palagini, M. Mosca, C. Tani, A. Gemignani, M. Mauri et S. Bombardieri,** « Dépression et lupus érythémateux systémique : une revue systématique » *Lupus*, vol. 22, non. 5, p. 409–416, 2013.
- [60]. **T A Lisitsyna, D lu Vel'tishchev, O F Seravina, O B Kovalevskaia, A S Marchenko, D S Novikova, A A Novikov, E N Aleksandrova, E L Nasonov,** Prevalence of mental disorders in SLE patients : correlations with the disease activity and comorbid chronic conditions. *Ter Arkh.* 2009;81(6):10–6.



أطروحة رقم 22/037

سنة 2022

القلق والاكتئاب لدى مرضى الزئبىة الحمامية الجهازية (بصدد 102 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/01/20

من طرف

السيد جنان رضى
المزداد في 03 مارس 1995 بأرفود

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

الاكتئاب - القلق - الزئبىة الحمامية الجهازية -HAD

اللجنة

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