



Année 2022

Thèse N°56/22

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE CHEZ LES PATIENTS AYANT UNE HYPOTHYROIDIE DANS LA VILLE DE FES

(À propos de 80 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/02/2022

PAR

Mlle. EL OCHI IKRAM

Né le 11 NOVEMBRE 1996 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Hypothyroïdie - Qualité de vie - SF12

JURY

Mme. EL RHAZI KARIMA.....PRÉSIDENT

Professeur de Médecine communautaire

Mme. EL FAKIR SAMIRA.....RAPPORTEUR

Professeur d'Epidémiologie clinique

M. TACHFOUTI NABIL.....

Professeur agrégé d'Epidémiologie clinique

Mme EL OUAHABI HANAN.....

Professeur en Endocrinologie

Mme SALHI HOUDA.....

Professeur en Endocrinologie

JUGES

SOMMAIRE

Table des matières

INTRODUCTION:	5
EPIDEMIOLOGIE :	7
A-Au monde :	8
B- Au Maroc:	8
Hypothyroïdie et qualité de vie :	9
A - définition de la qualité de vie :	9
B- IMPACT DE L'HYPOTHYROIDIE SUR LA QUALITE DE VIE :	10
Objectifs:	11
METHODES:	11
A-Type et lieu d'étude :	11
B- Population d'étude :	11
C-Recueil de données :	11
D. Analyse statistique :	12
E. Ethique :	13
Résultats :	14
A-caractéristiques Sociodémographiques de notre échantillon:	15
B. Description des données cliniques:	19
C. Qualité de vie :	21
1 .Les facteurs associés au PCS :	21
2.Les facteurs associés au MCS :	24
Discussion	25
Conclusion.....	29
Résumé:	30
Objectif :	30
Méthode :	30
Résultats :	30
Conclusion :	31
Summary:	32
Objective:	32
Method:	32
Results:	32

Conclusion:	33
:ملخص.....	34
Bibliographies	35
ANNEXES	39

TABLE DES ILLUSTRATIONS :

Figure 1: Répartition des participants selon le sexe.....	15
Figure 2: Répartition des participants selon le milieu de résidence.....	16
Figure 3: Répartition des participants selon la profession.....	16
Figure 4: Répartition des participants selon le niveau d'étude.....	17
Figure 5: Répartition des participants selon l'état matrimonial.....	18
Figure 6: Répartition des participants selon le revenu mensuel.....	18
Figure 7: Répartition des participants selon les comorbidités.....	19
Figure 8: Répartition des signes ressentis par les patients.....	20
Tableau 1: Description de la QDV chez les patients atteints d'hypothyroïdie.....	21
Tableau 2: Facteurs associés au score PCS : Résultats de l'analyse uni variée.....	22
Tableau 3 : Facteurs associés au score PCS : Résultats de l'analyse multivariée...	24
Tableau 4 : les facteurs associés au score mental de la qualité de vie : Résultats de l'analyse uni variée.....	25

INTRODUCTION:

L'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques est un défi pour les systèmes de santé à travers le monde et l'OMS [1]. Les maladies chroniques sont « des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement et qui nécessitent un traitement et des soins à long terme » selon l'OMS.

Au Maroc, on constate que 15 % des individus souffrent d'au moins une maladie et que 3 %, par contre, ont déclaré souffrir de deux maladies chroniques [2].

Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles importantes. Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour notre système de santé.

Ces maladies comprennent le diabète, l'asthme, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les dysthyroïdies ...

Leur point commun c'est qu'elles retentissent sur les dimensions sociale, psychologique et économique du malade.

L'hypothyroïdie est un syndrome clinique causé par un dysfonctionnement de la sécrétion de la glande thyroïde [3]. L'insuffisance des hormones thyroïdiennes entraîne des dysfonctionnements à différents aspects physiques, mentaux et sociaux [4].

EPIDEMIOLOGIE :

A-Au monde :

On estime que la prévalence de l'hypothyroïdie au monde est à environ 0,4% à 2% [5], mais cela ne prend en compte que les formes symptomatiques (hypothyroïdie patente). Il ne faut pas oublier l'importance des formes frustes qui sont un facteur de sous-estimation de la fréquence des hypothyroïdies. On peut considérer que la prévalence réelle, toutes formes confondues, est de l'ordre de 4 à 8 % [6].

De plus, il est nécessaire de noter la très nette prédominance du sexe féminin dans le champ des patients atteints avec un sexe ratio de 2 à 3 femmes pour 1 homme [7].

Par ailleurs, on peut noter un caractère familial important avec une grande fréquence de dysthyroïdie et de goitre chez les ascendants, dans les fratries ou cousins des patients atteints d'hypothyroïdie.

En ce qui concerne l'âge, plusieurs études ont montré que la fréquence de la maladie augmente avec le vieillissement, pour un âge moyen de survenue entre 58 et 60 ans [8].

B- Au Maroc:

Au Maroc, il existe peu de données sur la prévalence de cette pathologie. Selon l'enquête sur la population et la santé familiale (ESPSF) menée en 2003-2004, la prévalence de l'hypothyroïdie est estimée à 0,5% [9].

Hypothyroïdie et qualité de vie :

A – définition de la qualité de vie :

Le concept de la qualité de vie (QDV) est très compliqué ; il faut en citer deux principales caractéristiques: la multidimensionalité et la subjectivité [10]. La multidimensionalité contient plusieurs champs : le bien-être physique, le bien être fonctionnel, le bien être émotionnel, le bien-être social et le bien-être spirituel. 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'exemple classique. La QDV subjective se réfère à la satisfaction et l'appréciation du patient en ce qui concerne son niveau réel de fonctionnement, comparé à ce qu'il considère comme idéal ou possible.

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 » [11].

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 qualité de vie.

B- IMPACT DE L'HYPOTHYROIDIE SUR LA QUALITE DE VIE :

L'hypothyroïdie provoque de nombreux symptômes liés à de faibles niveaux d'hormones thyroïdiennes, notamment une sensation de fatigue, une sensation de froid, une peau sèche et une prise de poids. Le traitement de l'hypothyroïdie en remplaçant la thyroxine, la principale hormone produite par la glande thyroïde, résout les symptômes de l'hypothyroïdie chez la majorité des patients. Cependant, de nombreux patients avec un diagnostic d'hypothyroïdie rapportent une diminution de la qualité de vie par rapport aux personnes sans hypothyroïdie. Cela a été rapporté chez les patients sous traitement ainsi que chez ceux non traités.

Une grande étude menée dans l'ouest de l'Angleterre a montré que la qualité de vie dans un groupe de patients hypothyroïdiens traités était en effet inférieure à celle des témoins d'âge et de sexe similaires [12]. Dans une étude menée à Amsterdam auprès de 141 patients hypothyroïdiens, le fonctionnement cognitif, la santé mentale et la vitalité étaient inférieurs à ceux d'un groupe de référence néerlandais [13].

L'intérêt pour la mesure de la satisfaction et de la qualité de vie en matière de soins de santé s'est accru en ces dernières années et il est considéré comme une mesure importante [14 - 15].

Au Maroc, aucune étude n'a exploré le volet de la qualité de vie chez ces patients d'où l'intérêt de la présente étude.

Objectifs:

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la qualité de vie physique et psychique des patients atteints d'hypothyroïdie et de déterminer les facteurs associés à sa détérioration.

METHODES:

A-Type et lieu d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale menée entre novembre 2019 et novembre 2020 au niveau du service d'endocrinologie du CHU Hassan II de Fès.

B- Population d'étude :

- Critères inclusion :

Nous avons inclus dans cette étude tous les patients ayant une hypothyroïdie suivis au service d'Endocrinologie du CHU Hassan II de Fès.

- Critères d'exclusion :

Nous avons exclus les femmes enceintes, les patients qui avaient des troubles psychiatriques ou mentaux, ainsi que les patients difficiles à interroger.

C-Recueil de données :

Les informations ont été recueillies en se basant sur un questionnaire (annexe1) comportant :

- **Les données sociodémographiques :**

L'âge au moment de l'enquête, le sexe, le niveau d'étude, le milieu de résidence, le statut professionnel, statut marital.

- **Les données socio-économiques :**

Revenu mensuel et la couverture sociale.

- **Les facteurs de risque comportementaux :**

La consommation d'alcool et de tabac, l'activité physique.

- **Les données cliniques et thérapeutiques :**

Les comorbidités, la durée de la maladie, les signes cliniques de la maladie, la valeur de TSH, la prise de Levothyrox et L'IMC.

- **Qualité de vie :**

Les données sur la qualité de vie ont été recueillies à l'aide du questionnaire SF12 dans sa version arabe traduite et validée [16].

C'est une échelle qui a été construite à partir de l'échelle SF36, mis au point et analysée par John ware et al [17]. Le SF12 permet d'évaluer huit dimensions de la santé : La fonction physique, Le rôle physique, La fonction sociale, La douleur physique, Le rôle émotionnel, La santé mentale, La vitalité, la santé générale.

Le SF12 calcule deux scores : un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique. Les scores de la qualité de vie varient de 0 à 100, les scores les plus élevés correspondent à une meilleure qualité de vie [18].

D. Analyse statistique :

Pour chaque participant, nous avons calculé deux scores de la santé physique et mentale du SF-12. Les fréquences ont été utilisées pour les variables qualitatives. Les moyennes et les écarts types ont été utilisés pour les variables quantitatives. Le

test de Student et l'ANOVA ont été utilisés pour tester les associations entre les scores de qualité de vie et les variables qualitatives.

Pour les associations entre les scores de qualité de vie et l'âge, la durée de l'hypothyroïdie et les niveaux de TSH, la corrélation de Pearson a été utilisée. Une analyse multivariée par régression linéaire multiple a été utilisée pour identifier les facteurs associés aux scores de qualité de vie, en tenant compte des facteurs de confusion.

Les facteurs ayant une valeur $p \leq 0,2$ en analyse bivariée ont été inclus dans le modèle. Dans toutes les analyses, le niveau de signification a été maintenu à $< 0,05$. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R.

E. Ethique :

L'approbation éthique a été obtenus auprès du comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès, au Maroc, et tous les sujets ont été informés des conditions liées à l'étude et ont donné leur consentement éclairé.

L'anonymat et la confidentialité ont été respectés pour tous les participants.

Résultats :

A-caractéristiques Sociodémographiques de notre échantillon:

Au total 80 patients atteints d'hypothyroïdie ont été colligés.

✓ Répartition selon l'âge:

La moyenne d'âge de nos patients était $50,53 \pm 13,16$ ans.

✓ Répartition selon le sexe:

Dans notre série on note une prédominance féminine avec un pourcentage de 80% (n=72) (Figure 1). Le sex-ratio H/F était de 0,1.

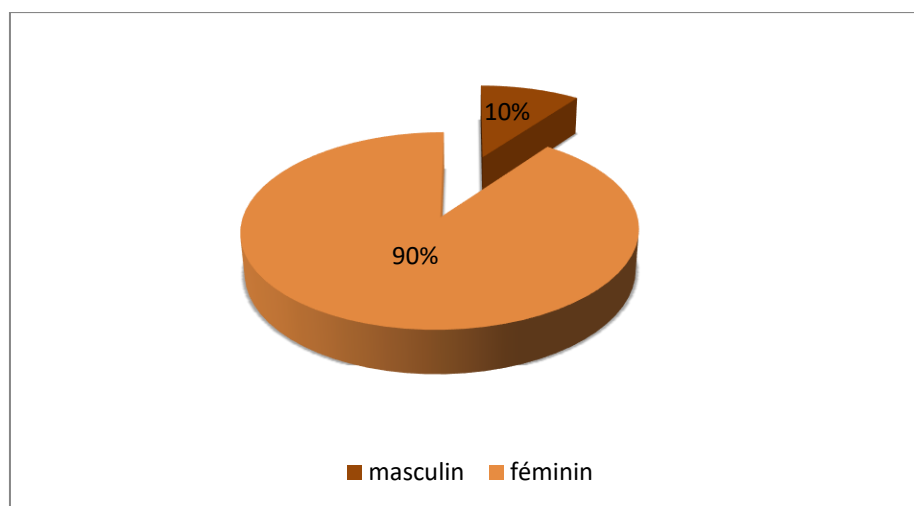


Figure1: Répartition des participants selon le sexe.

✓ Répartition selon le milieu de résidence:

La répartition des patients selon le milieu de résidence dénote la prédominance de la population urbaine avec : 27 patients du milieu rural soit 33,8% et 53 patients du milieu urbain soit 66,3%.

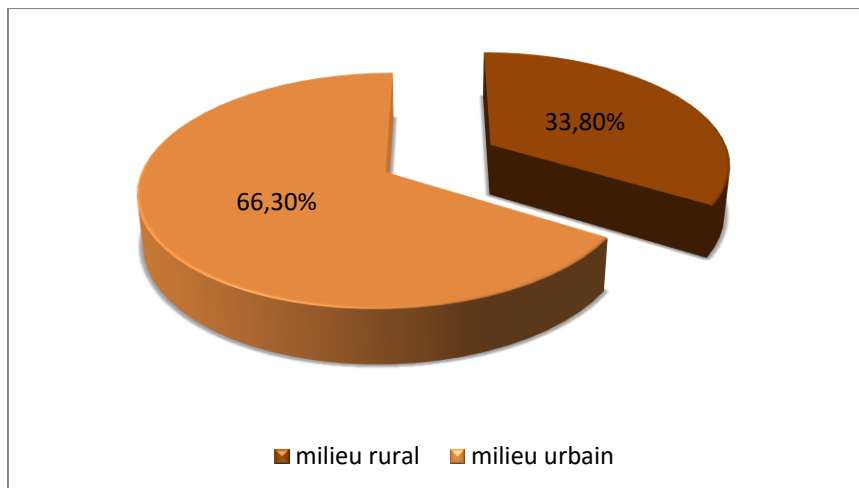


Figure 2 : Répartition des participants selon le milieu de résidence.

✓ Répartition selon la profession:

On a trouvé que 70 patients (87,5%) étaient sans emploi ou retraités et 10 patients (12,5%) étaient employés.

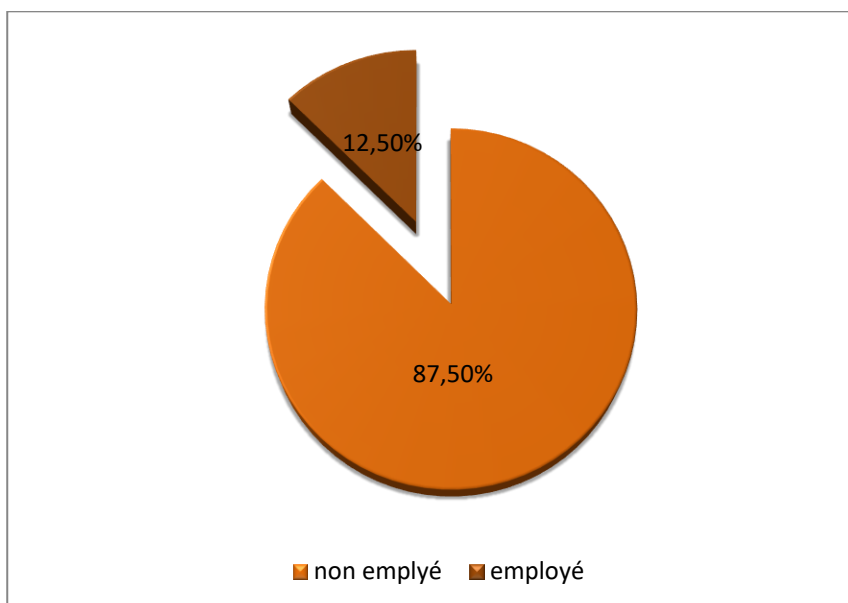


Figure 3: Répartition des participants selon la profession.

✓ **Répartition selon le niveau d'éducation:**

Concernant le niveau d'éducation, plus que la moitié des patients étaient analphabètes 56,3%, 20% avaient un niveau primaire et 23,8% avaient un niveau secondaire ou supérieurs.

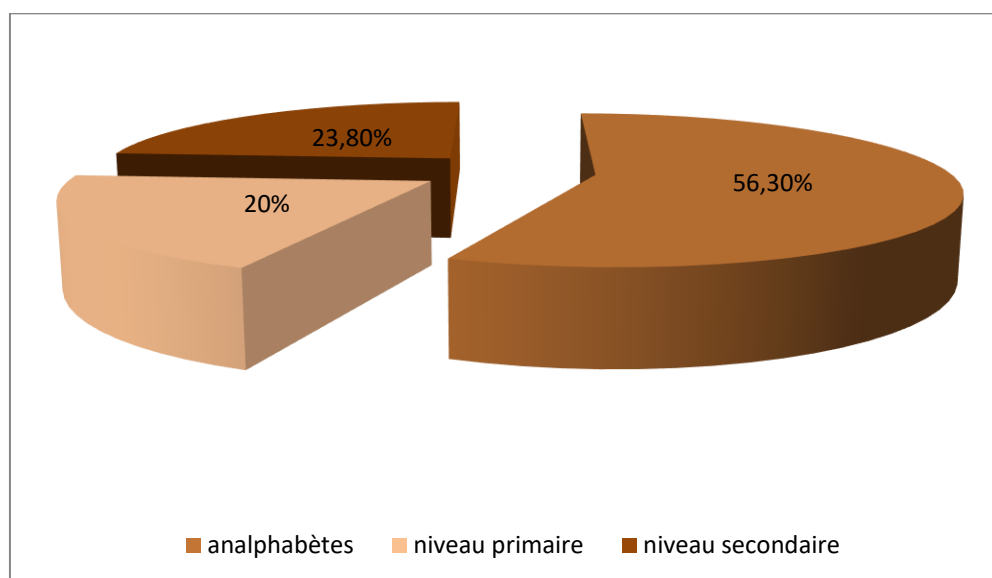


Figure 4: Répartition des participants selon le niveau d'étude.

✓ **Répartition selon le statut marital :**

Pour le statut marital, la moitié des patients étaient mariés (50 %), 16,3 % étaient célibataires et 17% était divorcés ou veuf.

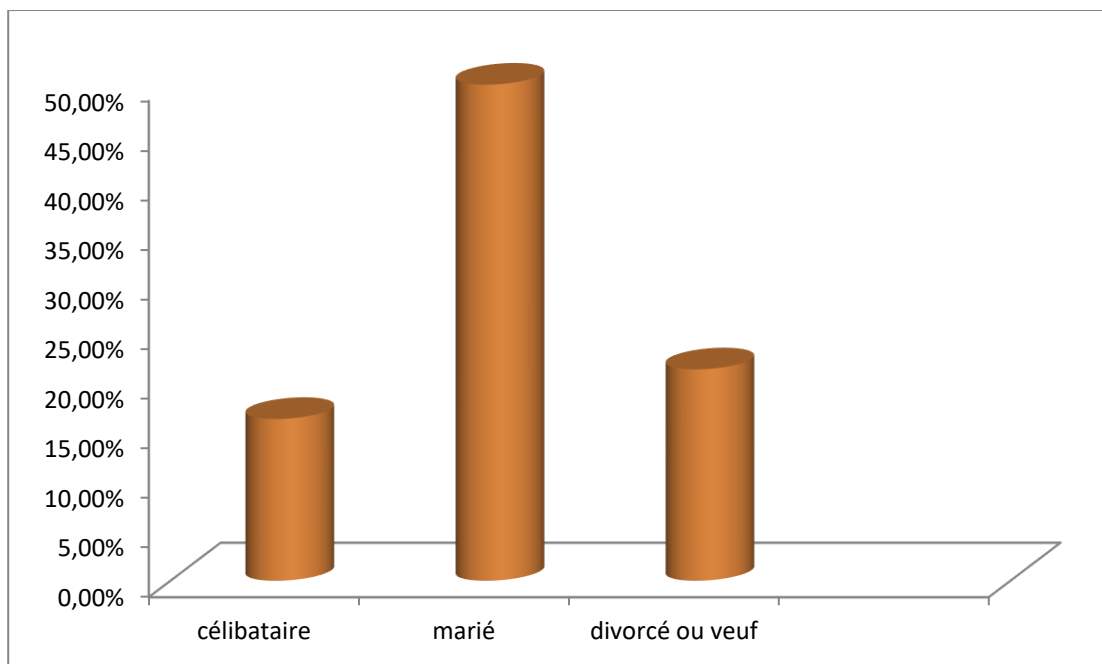


Figure 5: Répartition des participants selon l'état matrimonial.

✓ Répartition selon le revenu mensuel :

Pour le revenu mensuel la majorité des patients 78,8% avaient un salaire moins de 2000 dhs et 21,2% avaient un salaire de plus de 2000 dhs par mois.

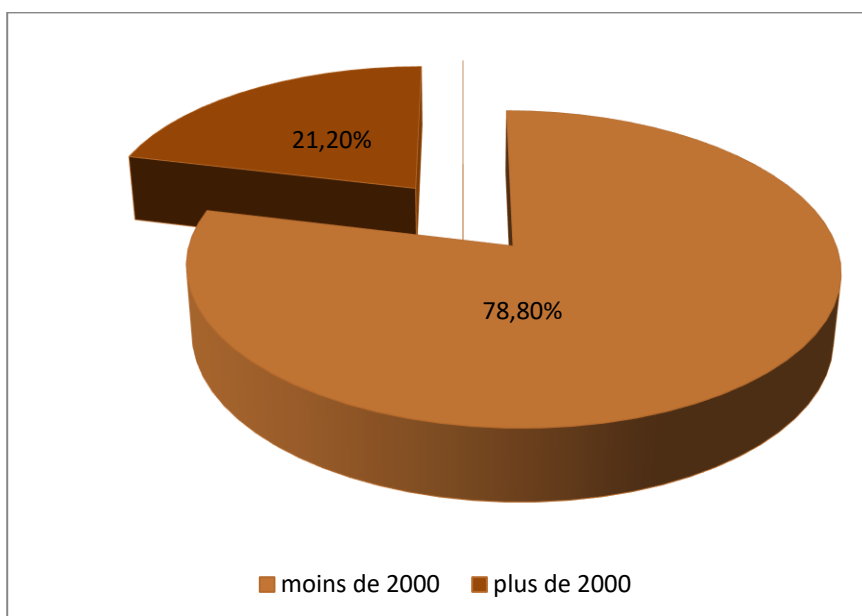


Figure 6: Répartition des participants selon le revenu mensuel.

B. Description des données cliniques:

✓ **Durée de la maladie:**

La moyenne de la durée de la maladie dans notre étude est de $7,5 \pm 6,27$ ans.

✓ **Comorbidités :**

Cette étude a mis en évidence que plus de la moitié des patients 51,3% avaient des comorbidités et 48,3% n'avaient aucune comorbidités.

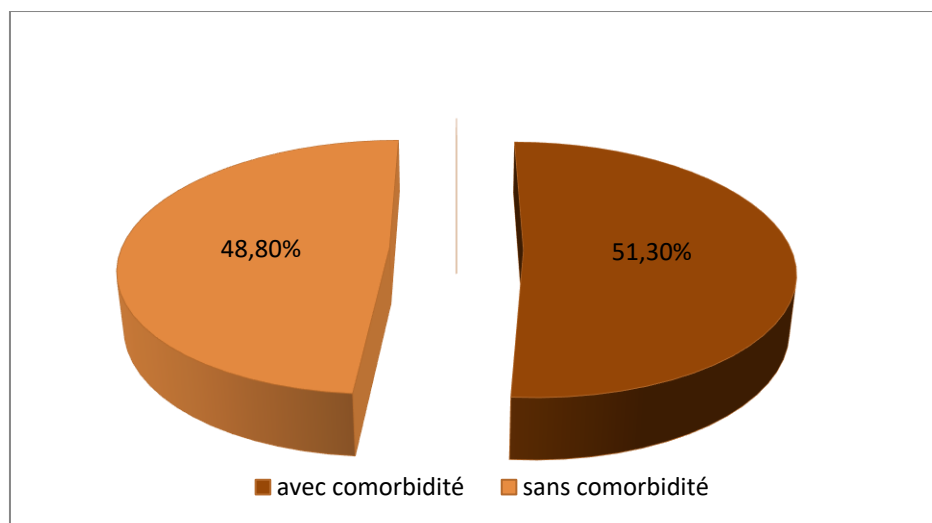


Figure 7: Répartition des participants selon les comorbidités.

✓ **Manifestations cliniques :**

Les symptômes les plus souvent observés par les patients sont la fatigue chez 73,8%, les problèmes de concentration et de mémoire chez 43,8%, des crampes et des fourmillements chez 61,3%. La constipation et des signes dépressifs ont été notés chez 37,5% des cas. La prise de poids était présente chez 33,8% des patients. 28,8% des patients ressentaient une froideur et 12,5 % avaient des troubles de fertilité et une irrégularité du cycle menstruel, tandis que seulement 7,5% des patients avaient des symptômes cardiovasculaires.

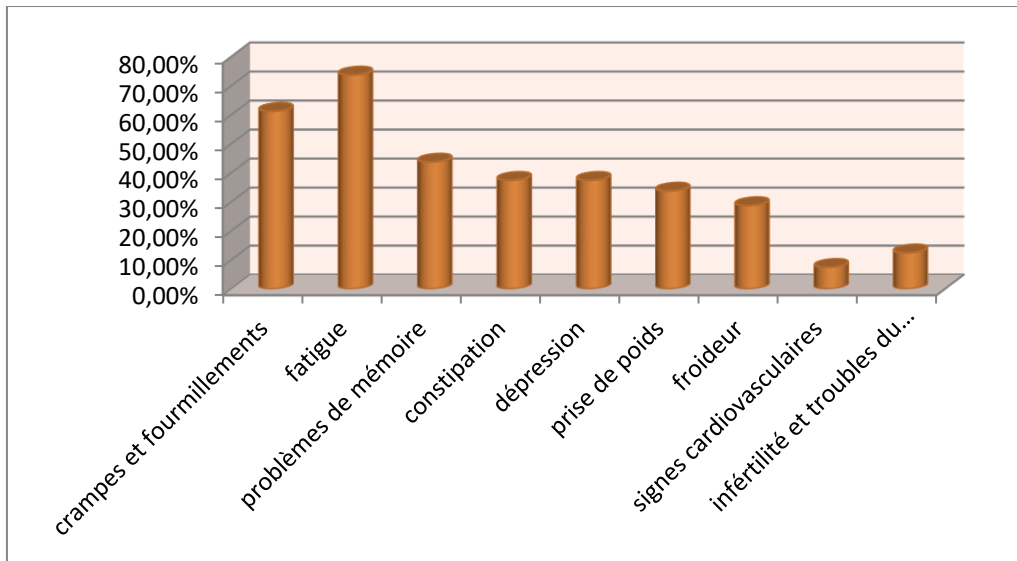


Figure 8: Répartition des signes ressentis par les patients.

✓ **Le nombre de symptômes:**

45 % des patients avaient moins de 3 signes cliniques et 55% des patients avaient plus de 3 signes cliniques.

✓ **Etiologie :**

78,8 % des individus interrogés avaient une hypothyroïdie post thyroïdectomie et 21,3 % avaient une pathologie auto immune.

✓ **Traitement :**

La majorité des patients de notre série 96,3% étaient sous LEVOTHYROXINE.

✓ **Taux du TSH :**

La moyenne du taux du TSH chez nos patients était $5,5 \pm 9,9$ (mIU/L).

C. Qualité de vie :

Les patients ayant une hypothyroïdie ont répondu au questionnaire générique SF-12.

Pour le score résumé mental, la moyenne était de $42,65 \pm 10,79$ tandis que pour le score résumé physique, la moyenne était de $41,20 \pm 10,23$ (Tableau1). La dimension « fonction physique » semblait la plus dégradée dans la QDV physique et le « rôle émotionnel » était le plus touché concernant la QDV mentale comme le montre le tableau 1.

Tableau1 : Description de la QDV chez les patients atteints d'hypothyroïdie.

Domaine du score SF12	Moyenne \pm ET
Fonction physique	$42,61 \pm 9,41$
Rôle physique	$37,36 \pm 9,95$
Douleur physique	$41,64 \pm 15,79$
Santé général	$37,59 \pm 10,81$
Fonction social	$45,46 \pm 11,98$
Vitalité	$48,75 \pm 11,04$
Rôle émotionnel	$37,76 \pm 10,14$
Santé mentale	$40,15 \pm 11,18$
Score physique	$41,20 \pm 10,23$
Score mentale	$42,65 \pm 10,79$

1 .Les facteurs associés au PCS :

Le tableau 2 montre les facteurs associés à la qualité physique. La fatigue avait un lien significatif avec la qualité de vie ($p = 0,007$). Le score de qualité de vie physique (PCS) était plus élevé chez les patients ne ressentant pas de fatigue $46,29 \pm 8,01$ que ceux présentant la fatigue $39,39 \pm 10,38$.

Les patients avec des problèmes de concentration et de mémoire avaient également un score PCS plus dégradé $37,87 \pm 11,42$ que ceux qui en avaient pas $43,79 \pm 8,47$, cette différence est statistiquement significative ($p=0,009$).

Pour les manifestations cardiovasculaires, les patients ne présentant pas des signes cardiovasculaires avaient un meilleur score $41,74 \pm 9,69$ que ceux présentant des signes cardiovasculaire $34,52 \pm 14,95$, mais cette association n'était pas significative ($p=0,09$).

La dépression était également statistiquement associé au score résumé physique ($p=0,003$). Les patients dépressifs avaient une mauvaise QDV.

Les comorbidités avaient une influence significative sur le score physique ($p<0,001$). Les patients avaient une comorbidité avaient un score plus faible de la QDV.

Aucune association entre le taux du TSH, le niveau sociodémographique des patients et le niveau de qualité de vie physique des malades n'a été trouvé.

Tableau 2 : Facteurs associés au score PCS : Résultats de l'analyse uni variée.

Variables	moyenne \pm ET	p-value
Fatigue		0,007
Présente	$39,39 \pm 10,38$	
absente	$46,29 \pm 8,01$	
Problèmes de concentration et de mémoire		0,009
présente	$37,87 \pm 11,42$	
absente	$43,79 \pm 8,47$	
Problèmes cardiovasculaires		0,09
Présente	$34,52 \pm 14,95$	
absente	$41,74 \pm 9,69$	

Gain de poids		0,19
présent	39,12±12,21	
Absent	42,26±9	
Symptômes dépressifs		0,003
Présentes	36,96±11,09	
Absentes	43,75±8,85	
Nombre des symptômes		0,19
≤3	42,87±7,99	
>3	39,84±11,67	
Comorbidités		0,025
présentes	38,72±10,72	
Absentes	43,81±9,10	
TSH (mIU/L)	-0,05*	0,68

Les résultats de l'analyse multivariée (tableau 3), ont montré que les variables associées avec le score PCS étaient : la fatigue ($\beta = -5,35$, IC_{95%} (-10,03 ; -0,68)), les comorbidités ($\beta = -5,68$, IC_{95%} (-9,77 ; -1,59)) et les troubles dépressifs ($\beta = -6,68$, IC_{95%} (-10,98 ; -2,40)).

Table 3 : Facteurs associés au score PCS : Résultats de l'analyse multivariée.

Variables	β ajusté (IC _{95%})
Fatigue	
Présente	-5,35 (-10,03 ; -0,68)
Absente	Classe de référence
Troubles dépressifs	
Présente	-6,68 (-10,98 ; -2,40))
Absente	Classe de référence
Comorbidités	
Présente	-5,68 (-9,77 ; -1,59)
Absente	Classe de référence

2. Les facteurs associés au MCS :

Le tableau 4 montre les facteurs associés au score mental de la qualité de vie. On a trouvé une association significative du MCS avec la fatigue ($p=0,033$), la dépression ($p=<0,0001$) et la présence de constipation ($p=0,033$). Un score plus faible chez les patients qui avaient ces symptômes.

Aucune association significative n'a été trouvée entre le taux du TSH, le niveau sociodémographique des patients et le niveau de qualité de vie mentale des malades.

Tableau 4 : les facteurs associés au score mental de la qualité de vie : Résultats de l'analyse uni variée.

Caractéristique	Moyenne \pm (ET)	P
Nombre de symptômes		0,067
≤ 3	45,09 \pm 11,43	
> 3	40,66 \pm 9,93	
Fatigue		0,033
Absente	46,96 \pm 8,42	
Présente	41,12 \pm 11,18	
Crampes et fourmillements		0,14
Présents	41,24 \pm 10,29	
Absents	44,88 \pm 11,35	
Constipation		0,033
Présente	39,34 \pm 10,47	
Absente	44,64 \pm 10,59	
Dépression		<0,0001
Présente	34,56 \pm 8,44	
Absente	47,51 \pm 9,02	
Comorbidités		0,12
Présentes	44,45 \pm 11,15	
Absentes	40,77 \pm 10,20	
Taux du TSH	0,19*	0,11

Discussion

Notre travail est le premier à notre connaissance qui a exploré la qualité de vie chez les patients ayant une hypothyroïdie au Maroc. Les résultats de notre étude ont montré que la qualité de vie des participants était altérée et que les symptômes de l'hypothyroïdie affectaient le bien être des patients.

La comparaison des résultats de la qualité de vie avec les deux études faite sur la population générale au niveau national [19 ,20] a montré des scores PCS supérieurs à celui retrouvé chez nos patients. Au niveau international, des études menées en Grande-Bretagne, en Suisse et en Suède et utilisant le même outil de mesure de QVLS ont retrouvé des scores PCS et MCS plus élevés que ceux retrouvés chez nos patients [21,22].

Les résultats de notre étude ont montré une altération de la qualité de vie des patients hypothyroïdiens. Ces résultats sont compatibles avec les conclusions d'autres études, qui ont également signalé la dégradation des scores de la qualité de vie, tel que l'étude menée en ASIE [23], à l'union britannique [24]et en EUROPE [25].En plus, des études comparant des groupes d'individus atteints d'hypothyroïdie et les sujets sains ont conclu au même sens de différence[26].

La qualité de vie dans notre étude n'était pas associée à la situation sociodémographique de nos patients. Ce résultat rejoint celui obtenu par Ngiap C T [23], Mais ne concorde pas avec celui obtenu par Mitchell A [24], qui rapporte que les patients du sexe masculin avaient une qualité de vie meilleure que celle des femmes.

Dans notre étude, les résultats concluent qu'il existe un lien significatif entre l'existence de comorbidités et la qualité de vie. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature [23].

Les comorbidités ont un effet négatif sur la qualité de vie des patients. Elles contribuent au handicap physique, fonctionnel et psychologique, et limitent également les relations sociales, réduisant ainsi la qualité de vie. Par contre d'autres études n'ont pas montré un lien entre les comorbidités et la qualité de vie.

Dans notre étude, on a également trouvé que le PCS et le MCS étaient associés à la fatigue, ce résultat est similaire au résultat de l'étude britannique [24].

En plus, nous avons trouvé que les patients dépressifs avaient des scores de qualité de vie médiocres dans le domaine physique et mental. Cette constatation rejoint celle de l'étude menée en IRAN [26]. En effet, les troubles psychiques en général perturbent la vie des personnes touchées et de leur famille, la dépression empêche sensiblement l'aptitude à travailler ou étudier et à faire face à la vie quotidienne.

Nous avons aussi trouvé une association significative entre le score PCS et les problèmes de concentration et de mémoire, ces troubles sont une véritable source d'inquiétude et mène inéluctablement à un sentiment de confusion et de désordre qui ne permet plus de prioriser l'essentiel.

Le taux du TSH chez nos participants n'était pas associé à leur qualité de vie. Cette constatation est confirmée par l'étude faite en ASIE [23] qui a montré que la qualité de vie n'était pas associée à la fonction thyroïdienne de la population étudiée en termes de leurs niveaux de TSH.

D'après nos résultats, il semble que les patients avec un plus grand nombre de symptômes avaient une qualité de vie plus altérée mais l'association n'était pas significative. Les résultats trouvés dans d'autres études telles que l'étude asiatique [23], qui a montré que plus les patients présentant un nombre croissant de symptômes, plus ils avaient une qualité de vie inférieure et l'étude menée en UK [24] avec un plus grand impact négatif de l'hypothyroïdie sur la qualité de vie, avec un nombre croissant de symptômes.

La prise du poids, d'après nos résultats, n'avait pas de lien avec la qualité de vie de nos participants. Ces résultats diffèrent de ceux trouvés dans la littérature [23,27].

Notre étude est la première à étudier la QDV chez les patients atteints d'hypothyroïdie au Maroc. Elle a permis d'explorer les différents facteurs sociodémographiques et cliniques qui déterminent sa détérioration. Cependant, les résultats devraient être interprétés en tenant compte de certaines limites. Il s'agit d'une étude transversale sur un petit échantillon des sujets atteints d'hypothyroïdie au CHU. C'est une population qui ne représente pas tous les patients souffrant d'hypothyroïdie, notamment ceux suivis dans le secteur privé. En fait les patients suivis dans les cabinets privés n'ont pas le même profil sociodémographique que ceux suivis dans les ESSP. D'autre part, ceux suivis aux centres de santé n'ont pas le même profil clinique de la maladie. Ces éléments pourraient considérablement influencer la mesure de la QDV.

Conclusion

En conclusion, une mauvaise qualité de vie a été trouvée dans cette enquête. Elle était affectée par la fatigue, la dépression, les troubles de concentration et de mémoire, les comorbidités. Il faut donc faire attention à leur importance dans les soins de ces patients. Étant donné que l'hypothyroïdie est courante, il s'agit d'un domaine important qui nécessite davantage de faire des recherches pour améliorer la prise en charge de ces patients.

Résumé:

Objectif :

L'objectif de ce travail est d'évaluer la qualité de vie des patients ayant une hypothyroïdie dans la ville de Fès, et d'identifier les facteurs qui l'influencent.

Méthode :

Une étude transversale observationnelle a été réalisée auprès des patients ayant une hypothyroïdie suivis au niveau du service d'ENDOCRINOLOGIE du CHU Hassan II de Fès entre novembre 2019 et novembre 2020. La qualité de vie a été évaluée à l'aide du questionnaire SF 12 traduit et validé en dialecte arabe Marocain.

Résultats :

Nous avons inclus 80 sujets dans l'étude. L'âge moyen des patients était de $50,53 \pm 13,16$ ans. La durée moyenne de suivi des malades était de $7,5 \pm 6,27$ ans et les comorbidités ont été retrouvées dans 51,3% des cas. Les symptômes les plus souvent observés sont la fatigue chez 73,8%, les problèmes de concentration et de mémoire chez 43,8%, des crampes et des fourmillements chez 61,3%.

La qualité de vie mentale et sociale était en moyenne de $42,65 \pm 10,79$ et la qualité de vie physique était de $41,20 \pm 10,23$. La dimension « fonction physique » semblait la plus dégradée dans la QDV physique et le « rôle émotionnel » était le plus touché concernant la QDV mentale. Une association significative a été retrouvée entre le PCS et la fatigue, les problèmes de concentration et de mémoire, les manifestations cardiovasculaires, la dépression et les comorbidités. Le MCS était significativement associé avec la fatigue, la dépression et la constipation.

Conclusion :

Les résultats de ce travail suggèrent une meilleure prise en compte de la qualité de vie de ces patients, ainsi que la conduite d'autre recherche sur la QDV chez les patients avec hypothyroïdie.

Summary:

Objective:

The objective of this work is to evaluate the quality of life of patients with hypothyroidism in the city of Fez, and to identify the factors that influence it.

Method:

A cross-sectional observational study was conducted among patients with hypothyroidism followed up at the ENDOCRINOLOGY department of the Hassan II University Hospital of Fez between November 2019 and November 2020. The quality of life was assessed using the SF 12 questionnaire translated and validated in Moroccan Arabic dialect.

Results:

We included 80 subjects in the study. The mean age of the patients was 50.53 ± 13.16 years. The average follow-up time of the patients was 7.5 ± 6.27 years and comorbidities were found in 51.3% of the cases. 73.8% of the patients had fatigue, 43.8% had concentration and memory problems, 61.3% had cramps and tingling.

The average quality of mental and social life was 42.65 ± 10.79 and the average quality of physical life was 41.20 ± 10.23 . The "physical function" dimension appeared to be the most degraded in physical QOL and the "emotional role" was the most affected regarding mental QOL. A significant association was found between the PCS and fatigue, concentration and memory problems, cardiovascular events, depression and comorbidities. The MCS was significantly associated with fatigue, depression and constipation.

Conclusion:

The results of this work suggest a better consideration of the quality of life of these patients, as well as the behavior of other research on QOL in patients with hypothyroidism.

ملخص:

الهدف:

الهدف من هذا العمل هو تقييم نوعية حياة المرضى الذين يعانون من قصور الغدة الدرقية في مدينة فاس، وتحديد العوامل التي تؤثر عليها

الطريقة:

تم إجراء دراسة رصدية مقطعية على المرضى الذين يعانون من قصور الغدة الدرقية و المتابعون بقسم الغدد الصماء في الحسن الثاني CHU في فاس بين نوفمبر 2019 ونوفمبر 2020 ، وتم تقييم جودة الحياة باستخدام استبيان SF 12 المترجم و المصادق عليه باللهجة العربية المغربية.

النتائج:

قمنا بضم 80 مريضاً في الدراسة. كان متوسط عمر المرضى 50.53 ± 13.16 سنة. بلغ متوسط مدة متابعة المرض 7.5 ± 6.27 سنة ووجدت حالات مرض مشتركة في 51.3% من الحالات، وأغلب الأعراض التي لوحظت هي التعب في 73.8% ، مشاكل التركيز والذاكرة في 43.8%، التشنجات والوخز في 61.3% من الحالات.

كانت الجودة العقلية والاجتماعية في المتوسط 42.65 ± 10.79 ونوعية الحياة الجسدية 41.20 ± 10.23 .

يبدو أن بُعد "الوظيفة الجسدية" هو الأكثر تدهوراً في QOL الجسدي وكان "الدور العاطفي" هو الأكثر تأثراً فيما يتعلق بـ QOL العقلية.

تم العثور على ارتباط كبير بين PCS والإرهاق ، مشاكل التركيز والذاكرة ، مظاهر القلب والأوعية الدموية ، الاكتئاب والأمراض المصاحبة. ارتبط MCS بشكل كبير بالتعب والاكتئاب والإمساك.

الخلاصة:

تشير نتائج هذا العمل إلى النظر بشكل أفضل في نوعية حياة هؤلاء المرضى ، كما يجب الإشارة إلى أهمية إجراء بحوث أخرى في هذا المجال.

Bibliographies

[1]–WHO | Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. WHO. :<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-statusreport-2014/en/>

[2] Ministère de la Santé DPRF/DPE/SEIS « Morocco – Enquête sur la Population et la Santé Familiale 2003–2004 », <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1430>.

[3] Goldman L, Behrman RE. Cecil text book of medicine. 22nd ed. New York: Elsevier;2004.

[4] Eustatia–Rutten CF, Corssmit EP, Pereira AM, et al. Quality of life in long term exogenous subclinical hyperthyroidism and the effects of restoration of euthyroidism, a randomized controlled trial. Clin Endocrinol. 2006;64:284–91

[5] Haute Autorité de santé « Pertinence des soins Hypothyroïdie » Rapport d'élaboration , https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/rapport_pertinence_hypothyroidie_vf.pdf.

[6] BACHELOT A., GERSON M., TROPEANO A.I. et al. Hypothyroïdie de l'adulte. In: CAULIN C. et al. Recommandations et pratique, 2ème édition, Vidal, Issy lesMoulineaux, 2007 : 616–621.

[7]VANDERPUMP M.P.J., TUNBRIDGE W.M.G., FRENCH J.M. et al. The incidence of thyroid disorders in the community : a twenty–year follow–up of the Whickham survey.

[8] WEMEAU J.L. Adulthypothyroidism Rev Prat.,2002, 52 : 423–426.

[9] Macro C, Maryland U. ENQUÊTE SUR LA POPULATION ET LA SANTÉ FAMILIALE (EPSF) 2003–2004, 2005. Ministère de la Santé DPRF/DPE/SEIS, 345.

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

[11] Bowling A. Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales. Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 1995. No. of pages: 374.

[12] Saravanan P, Chau WF, Roberts N, Vedhara K, Greenwood R, Dayan CM. Bien-être psychologique chez les patients recevant des doses « adéquates » de L-thyroxine : résultats d'une vaste étude par questionnaire communautaire contrôlée. Endocrinologie clinique 2002 ; 57:577–585.

[13] Wekking EM, Appelhof BC, Fliers E, Schene AH, Huyser J, Tijssen JG, Wiersinga WM. Fonctionnement cognitif et bien-être chez les patients euthyroïdiens sous traitement substitutif à la thyroxine pour l'hypothyroïdie primaire. Journal européen d'endocrinologie 2005 ; 153:747–753.

[14] Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. SocSci Med. 2001;52(4):609-620.

[15] Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. Perspect Public Health. 2017;137:89-101.

[16] Majdouline Obtel, Karima El Rhazi, Samira Elhold, Mohammed Benjelloune, Louisa Gnatiuc & Chakib Nejjari (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.

[17] 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.

[18] Sophie C, Sandrine M. 2021 Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante – Approche théorique et critères opérationnels.

« https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/202107/iqss_guide_proms_general_2021.pdf ».

[19] EL BIAZE M, SEHLI Hi. Adaptation transculturelle du questionnaire SF12. Thèse :Med : USMBA, faculté de médecine et de pharmacie de Fès. 2009.

[20] L. El Emrani, M. Senhaji et A. Bendriss. Mesure de la qualité de vie en relation avec la santé chez la population de Tétouan (Maroc) à l'aide du SF-36 données normatives et influence du sexe et de l'âge. Eastern Mediterranean Health Journal 2016;22.

[21] Brazier JE, Harper R, Jones NM, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ. 1992; 305: 160–4.

[22] Sullivan M, Karlsson J, Ware JE Jr. The Swedish SF-36 Health Survey – I Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general population in Sweden. SocSci Med. 1995; 41 (10): 1349–58

[23] Ngiap CT, Rong QC, Reena C S, Usha S, Yi Ling E K and Li Wei C. Patients on levothyroxine replacement in the community: association between

hypothyroidism symptoms, co-morbidities and their quality of life. *Family Practice*, 2018; 36(3); 269–275.

[24] Mitchell A L, Hegedüs L, Žarković M, Hickey J L, Perros P. PATIENT SATISFACTION AND QUALITY OF LIFE IN HYPOTHYROIDISM: AN ONLINE SURVEY BY THE BRITISH THYROID FOUNDATION. *Clinical Endocrinology*. 2021; 94(3); 513–520.

[25] Torquil W, Mogens G, A° se Krogh R, Steen J B, Laszlo H, Jakob B B and Ulla F–R. Quality of life in patients with benign thyroid disorders. *European Journal of Endocrinology*. 2006; 154(4); 501–510.

[26] Rakhshan M, Ghanbari AR, Rahimi A, Mostafavi I. A Comparison between the Quality of Life and Mental Health of Patients with Hypothyroidism and Normal People Referred to Motahari Clinic of Shiraz University of Medical Sciences. *IJCBNM*. 2017; 5(1): 30–37.

[27] Benjamín R–G, Paula G–A, Juan M C–T, Diana P. P–C , José A L–A, and Ana Isabel C–C. Health–Related Quality of Life in Levothyroxine–Treated Hypothyroid Women and Women without Hypothyroidism: A Case–Control Study. *Journal of clinical medicine*. 2020, 9, 3864; 12.

ANNEXES

Fiche d'exploitation : Etude de la dépression et l'anxiété et qualité de vie chez les patients atteints de maladies chroniques au Maroc (endocrinologie).

Hypothyroïdie

1. Caractéristiques sociodémographiques :

1.1	Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/>
1.2	Age(en année) :
1.3	milieu : rural <input type="checkbox"/> urbain <input type="checkbox"/> Petite enfance :
1.4	Statut matrimonial : célibataire <input type="checkbox"/> marié (e) <input type="checkbox"/> divorcé (e) <input type="checkbox"/> veuf (ve) <input type="checkbox"/>
1.5	Niveau d'étude : analphabète <input type="checkbox"/> coranique <input type="checkbox"/> primaire <input type="checkbox"/> secondaire <input type="checkbox"/> universitaire <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
1.6	Profession : sans profession <input type="checkbox"/> agriculteurs <input type="checkbox"/> artisans <input type="checkbox"/> ouvriers <input type="checkbox"/> cadres <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> (anciennement : sans profession <input type="checkbox"/> agriculteurs <input type="checkbox"/> artisans <input type="checkbox"/> ouvriers <input type="checkbox"/> cadres <input type="checkbox"/>)
1.7	Couverture sociale : mutuelle <input type="checkbox"/> RAMED <input type="checkbox"/> autres <input type="checkbox"/> non assuré <input type="checkbox"/>
1.8	VIT : SEUL <input type="checkbox"/> EN FAMILLE <input type="checkbox"/> EN COUPLE <input type="checkbox"/>
1.9	Revenu mensuel : <2000 <input type="checkbox"/> 2000-4000 <input type="checkbox"/> 4000-6000 <input type="checkbox"/> >6000 <input type="checkbox"/>

2. Facteurs de risques comportementaux :

2.1	Statut tabagique : non-fumeur <input type="checkbox"/> ancien fumeur <input type="checkbox"/> fumeur <input type="checkbox"/> Si fumeur : nombre de paquet année :
2.2	Alcool : non <input type="checkbox"/> ancien (arrêt > 3mois) <input type="checkbox"/> moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> plus d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> quotidiennement <input type="checkbox"/>
2.3	Autres addictions : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui : préciser :

3. Tares associées :

3.1	ATCD médical ou comorbidités : HTA : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> cardiopathie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Néphropathie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Cancer : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> obésité (IMC) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pathologie auto-immunes : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Irradiation cervicale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre :
3.2	ATCD chirurgical : jamais opéré <input type="checkbox"/> opéré <input type="checkbox"/>

4. Données cliniques/Paracliniques:

4.1	ATCD de pathologie thyroïdienne dans la famille: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Qui : _____ Type : _____
4.2	Hypothyroïdie franche <input type="checkbox"/> Infra clinique <input type="checkbox"/> Etiologies : <input type="checkbox"/> Hashimoto <input type="checkbox"/> Post thyroïdectomie (anapath : _____) <input type="checkbox"/> Iatrogène <input type="checkbox"/> Lequel: _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
4.3	Date de diagnostic : (durée de la maladie en année) :
4.4	TSH : (datant de <3 mois) :
4.5	Circonstance de découverte : <input type="checkbox"/> Symptomatologie si oui laquelle : <input type="checkbox"/> fortuite (bilan général) <input type="checkbox"/> bilan systématique lors d'un suivi Complication de l'hypothyroïdie : - asthénie chronique <input type="checkbox"/> - Troubles de concentration et de mémoire <input type="checkbox"/> - Sd dépressif (manque de motivation, troubles du sommeil, etc.) <input type="checkbox"/> - Frilosité <input type="checkbox"/> - Crampes musculaires et fourmillements des membres <input type="checkbox"/> - Cardio vasculaire : Bradycardie <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> IDM <input type="checkbox"/> - Troubles cutané-phanériens (sécheresse cutanée, cassure des cheveux & ongles) <input type="checkbox"/> - Prise de poids <input type="checkbox"/> - Constipation <input type="checkbox"/> - Trouble du cycle menstruel et/ou de fertilité <input type="checkbox"/> Si hypothyroïdie post chirurgicale : Complications iatrogènes <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Dysphonie <input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> Hypoparathyroïdie (avec hypocalcémie) <input type="checkbox"/> Autre _____

5. Traitement :

5.1	Type de traitement : Levothyroxine <input type="checkbox"/> Dose : _____
------------	--

استبيان صحي: جودة الحياة SF12

<p>ب.دعت خدماتك أو أنشغلك بلا مركز بحال ديمًا ؟</p> <p>1- دائما <input type="radio"/></p> <p>2- أغلب المرات (أغلب النوبات) <input type="radio"/></p> <p>3- شي مرآت <input type="radio"/></p> <p>4- قليل <input type="radio"/></p> <p>5- حتى مره <input type="radio"/></p> <p>فهاد الريعة ديال السماتات اللي دازت شحال أثر عليك الحريق فالأنشغال العادية ديالك فقلب الدار و لا برا (خارج الدار)</p> <p>1- مائرض عليك نهائيا <input type="radio"/></p> <p>2- أثر عليك عيشوية <input type="radio"/></p> <p>3- أثر عليك شوية <input type="radio"/></p> <p>4- أثر عليك شوية بزاف <input type="radio"/></p> <p>5- أثر عليك بزاف <input type="radio"/></p> <p>هاد الأسئلة خاصة بكيفاش كنت كتتحس وكيفاش كنت دابر فهاد الريعة ديال السماتات اللي دازت.اختر عطاك الجواب اللي قريب لحالة ديالك.شحال من مرة فهاد الريعة ديال السماتات اللي دازت؟.أ. كنت كتتحس بالهنا وراحة البال ؟</p> <p>1- دائما <input type="radio"/></p> <p>2- أغلب المرات (أغلب النوبات) <input type="radio"/></p> <p>3- شي مرآت <input type="radio"/></p> <p>4- قليل <input type="radio"/></p> <p>5- حتى مره <input type="radio"/></p> <p>ب.بعت كتتحس بيزاف التناط (الحبوية)؟</p> <p>1- دائما <input type="radio"/></p> <p>2- أغلب المرات (أغلب النوبات) <input type="radio"/></p> <p>3- شي مرآت <input type="radio"/></p> <p>4- قليل <input type="radio"/></p> <p>5- حتى مره <input type="radio"/></p> <p>ج.كنت كتتحس بالنفسية ديالك مهوسة أو مهموم؟</p> <p>1- دائما <input type="radio"/></p> <p>2- أغلب المرات (أغلب النوبات) <input type="radio"/></p> <p>3- شي مرآت <input type="radio"/></p> <p>4- قليل <input type="radio"/></p> <p>5- حتى مره <input type="radio"/></p> <p>فهاد الريعة ديال السماتات اللي دازت شحال من مرة الحالة اديالك الصحية و النفسية أثر عليك على الأنشطة الاجتماعية (بحال تروور وتمشي عند صحابك وحبابك)</p> <p>1- دائما <input type="radio"/></p> <p>2- أغلب المرات(أغلب النوبات) <input type="radio"/></p> <p>3- شي مرآت <input type="radio"/></p> <p>4- قليل <input type="radio"/></p> <p>5- حتى مره <input type="radio"/></p>	<p>اختر الجواب اللي كيوصف الحالة ديالك أكثر. بصفة عامة واش تقدر تقول بلي صحتك</p> <p>1- مزينة بزاف <input type="radio"/></p> <p>2- مزينة <input type="radio"/></p> <p>3- مزينة شوية <input type="radio"/></p> <p>4- ما بهالاش <input type="radio"/></p> <p>5- عيانة <input type="radio"/></p> <p>هاد الأسئلة خاصة بالأنشغال اللي يمكنك تديرها قنهار عادي واش صحتك داب كتتمتلك من أنك تدير الأنشغال ؟ إلى كان الجواب إبه شحال؟</p> <p>أ.واش صحتك كتتمتلك تدير أعمال متوسطة (أنشغال مصعباش) بحال تحرك الطلبة،تنظيف،تمشي شوية ؟</p> <p>1- كتتمتلي بزاف <input type="radio"/></p> <p>2- كتتمتلي شوية <input type="radio"/></p> <p>3- مكنتمتليش نهائيا <input type="radio"/></p> <p>ب. واش صحتك كتتمتلك تطلع (مجموعة شوية ديال الدروج)؟</p> <p>1- كتتمتلي بزاف <input type="radio"/></p> <p>2- كتتمتلي شوية <input type="radio"/></p> <p>3- مكنتمتليش نهائيا <input type="radio"/></p> <p>فهاد الريعة ديال السماتات اللي دازت،شحال من مرة وقع ليك شي واحد من هاد المشاكل فالخدمة ديالك أو فالأنشغال اليومية بسباب صحتك؟ .أ. دبرت الأنشغال قل ملتي موالف؟</p> <p>1- دائما <input type="radio"/></p> <p>2- أغلب المرات(أغلب النوبات) <input type="radio"/></p> <p>3- شي مرآت <input type="radio"/></p> <p>4- قليل <input type="radio"/></p> <p>5- حتى مره <input type="radio"/></p> <p>ب. واش عندك صعوبة باتن دبر شي خدمات أو أنشغال</p> <p>1- دائما <input type="radio"/></p> <p>2- أغلب المرات (أغلب النوبات) <input type="radio"/></p> <p>3- شي مرآت <input type="radio"/></p> <p>4- قليل <input type="radio"/></p> <p>5- حتى مره <input type="radio"/></p> <p>فهاد الريعة ديال السماتات اللي دازت شحال من مرة وقعدك شي مشكل من هاد المشاكل فخدمتك و لا فالأنشغال ديالك العادية (ديال ديمًا) بسباب مشاكل نفسية(كتتحس براسك مهموم أو مقلق)؟ .أدبرت الأنشغال قل ملتي موالف ؟</p> <p>1- دائما <input type="radio"/></p> <p>2- أغلب المرات (أغلب النوبات) <input type="radio"/></p> <p>3- شي مرآت <input type="radio"/></p> <p>4- قليل <input type="radio"/></p> <p>5- حتى مره <input type="radio"/></p>
---	--



أطروحة رقم 22/056

سنة 2022

تقييم جودة حياة مرضى الذين يعانون من قصور الغدة
الدرقية بمدينة فاس
(بخصوص 80 حالة)
الاطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/02/14

من طرف

الآنسة إكرام العشي

المزداة في 11 نونبر 1996 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

جودة حياة - قصور الغدة الدرقية - SF12
اللجنة

السيدة كريمة الغازي الرئيس
أستاذة في الطب الجماعي (الطب الوقائي، الصحة العمومية والمحافظة على الصحة)

السيدة سميرة الفقير المشرف
أستاذة في علم الأوبئة السريرية

السيد تاشفوتي نبيل
أستاذ مبرز في علم الأوبئة السريرية
السيدة حنان الوهابي
أستاذة أخصائية في أمراض الغدد الصماء