



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 214

# Qualité de vie et dermatite atopique

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 03/07/2018

PAR

Mlle. **Yasmina ABOUTALEB**

Née Le 16 Mars 1991 à Agadir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Dermatite atopique – Qualité de vie – SCORAD – CDLQI–DFI.

JURY

|      |  |            |
|------|--|------------|
| M.   | <b>S. AMAL</b><br>Professeur de Dermatologie         | PRESIDENT  |
| Mme. | <b>O. HOCAR</b><br>Professeur agrégé en Dermatologie | RAPPORTEUR |
| M.   | <b>M. BOURROUS</b><br>Professeur de Pédiatrie        | } JUGES    |
| Mme. | <b>G.DRAISS</b><br>Professeur agrégé en Pédiatrie    |            |



# *Serment d'hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**





---

*LISTE DES  
PROFESSEURS*

---



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUY YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

| <b>Nom et Prénom</b>           | <b>Spécialité</b>             | <b>Nom et Prénom</b>      | <b>Spécialité</b>          |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| ABOULFALAH Abderrahim          | Gynécologie-<br>obstétrique   | FINECH Benasser           | Chirurgie - générale       |
| ADERDOUR Lahcen                | Oto- rhino-<br>laryngologie   | FOURAJI Karima            | Chirurgie pédiatrique<br>B |
| ADMOU Brahim                   | Immunologie                   | GHANNANE<br>Houssine      | Neurochirurgie             |
| AIT BENALI Said                | Neurochirurgie                | KHALLOUKI<br>Mohammed     | Anesthésie-<br>réanimation |
| AIT-SAB Imane                  | Pédiatrie                     | KHATOURI Ali              | Cardiologie                |
| AKHDARI Nadia                  | Dermatologie                  | KISSANI Najib             | Neurologie                 |
| AMAL Said                      | Dermatologie                  | KOULALI IDRISSE<br>Khalid | Traumato-<br>orthopédie    |
| AMINE Mohamed                  | Epidémiologie-<br>clinique    | KRATI Khadija             | Gastro- entérologie        |
| AMMAR Haddou                   | Oto-rhino-<br>laryngologie    | LAOUAD Inass              | Néphrologie                |
| ARSALANE Lamiae                | Microbiologie -<br>Virologie  | LMEJJATI Mohamed          | Neurochirurgie             |
| ASMOUKI Hamid                  | Gynécologie-<br>obstétrique B | LOUZI Abdelouahed         | Chirurgie - générale       |
| ASRI Fatima                    | Psychiatrie                   | MAHMAL Lahoucine          | Hématologie -<br>clinique  |
| BENELKHAÏAT BENOMAR<br>Ridouan | Chirurgie - générale          | MANOUDI Fatiha            | Psychiatrie                |

|                                 |                                    |                             |                                       |
|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| BOUAITY Brahim                  | Oto-rhino-laryngologie             | MANSOURI Nadia              | Stomatologie et chiru maxillo faciale |
| BOUGHALEM Mohamed               | Anesthésie – réanimation           | MOUDOUNI Said Mohammed      | Urologie                              |
| BOUKHIRA Abderrahman            | Biochimie – chimie                 | MOUTAJ Redouane             | Parasitologie                         |
| BOUMZEBRA Drissi                | Chirurgie Cardio-Vasculaire        | MOUTAOUAKIL Abdeljalil      | Ophtalmologie                         |
| BOURROUS Monir                  | Pédiatrie A                        | NAJEB Youssef               | Traumato-orthopédie                   |
| BOUSKRAOUI Mohammed             | Pédiatrie A                        | NEJMI Hicham                | Anesthésie-réanimation                |
| CHAKOUR Mohamed                 | Hématologie                        | NIAMANE Radouane            | Rhumatologie                          |
| CHELLAK Saliha                  | Biochimie- chimie                  | OULAD SAIAD Mohamed         | Chirurgie pédiatrique                 |
| CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat | Radiologie                         | RAJI Abdelaziz              | Oto-rhino-laryngologie                |
| CHOULLI Mohamed Khaled          | Neuro pharmacologie                | SAIDI Halim                 | Traumato-orthopédie                   |
| DAHAMI Zakaria                  | Urologie                           | SAMKAOUI Mohamed Abdenasser | Anesthésie-réanimation                |
| EL ADIB Ahmed Rhassane          | Anesthésie-réanimation             | SARF Ismail                 | Urologie                              |
| EL FEZZAZI Redouane             | Chirurgie pédiatrique              | SBIHI Mohamed               | Pédiatrie B                           |
| EL HATTAOUI Mustapha            | Cardiologie                        | SOUMMANI Abderraouf         | Gynécologie-obstétrique A/B           |
| EL HOUDZI Jamila                | Pédiatrie B                        | TASSI Noura                 | Maladies infectieuses                 |
| ELFIKRI Abdelghani              | Radiologie                         | YOUNOUS Said                | Anesthésie-réanimation                |
| ESSAADOUNI Lamiaa               | Médecine interne                   | ZOUHAIR Said                | Microbiologie                         |
| ETTALBI Saloua                  | Chirurgie réparatrice et plastique |                             |                                       |

### Professeurs Agrégés

| Nom et Prénom          | Spécialité             | Nom et Prénom  | Spécialité                |
|------------------------|------------------------|----------------|---------------------------|
| ABKARI Imad            | Traumato-orthopédie B  | FADILI Wafaa   | Néphrologie               |
| ABOU EL HASSAN Taoufik | Anesthésie-réanimation | FAKHIR Bouchra | Gynécologie-obstétrique A |

|                          |  |                               |  |
|--------------------------|--|-------------------------------|--|
| ABOUCHADI Abdeljalil     | Stomatologie et chir maxillo faciale     | FAKHRI Anass                  | Histologie-<br>embyologie<br>cytogénétique   |
| ABOUSSAIR Nisrine        | Génétique                                | GHOUNDALE Omar                | Urologie                                     |
| ADALI Imane              | Psychiatrie                              | HACHIMI Abdelhamid            | Réanimation médicale                         |
| ADALI Nawal              | Neurologie                               | HAJJI Ibtissam                | Ophtalmologie                                |
| AGHOUTANE El Mouhtadi    | Chirurgie pédiatrique A                  | HAOUACH Khalil                | Hématologie biologique                       |
| AISSAOUI Younes          | Anesthésie - réanimation                 | HAROU Karam                   | Gynécologie-<br>obstétrique B                |
| AIT AMEUR Mustapha       | Hématologie Biologique                   | HOCAR Ouafa                   | Dermatologie                                 |
| AIT BENKADDOUR Yassir    | Gynécologie-<br>obstétrique A            | JALAL Hicham                  | Radiologie                                   |
| ALAOUI Mustapha          | Chirurgie-<br>vasculaire<br>péripherique | KAMILI El Ouafi El Aouni      | Chirurgie pédiatrique B                      |
| ALJ Soumaya              | Radiologie                               | KHOUCHANI Mouna               | Radiothérapie                                |
| AMRO Lamyae              | Pneumo-<br>phtisiologie                  | KRIET Mohamed                 | Ophtalmologie                                |
| ANIBA Khalid             | Neurochirurgie                           | LAGHMARI Mehdi                | Neurochirurgie                               |
| ATMANE El Mehdi          | Radiologie                               | LAKMICHY Mohamed Amine        | Urologie                                     |
| BAIZRI Hicham            | Endocrinologie et maladies métaboliques  | LAKOUICHMI Mohammed           | Stomatologie et<br>Chirurgie maxillo faciale |
| BASRAOUI Dounia          | Radiologie                               | LOUHAB Nisrine                | Neurologie                                   |
| BASSIR Ahlam             | Gynécologie-<br>obstétrique A            | MADHAR Si Mohamed             | Traumato- orthopédie A                       |
| BELBARAKA Rhizlane       | Oncologie médicale                       | MAOULAININE Fadl mrahbi rabou | Pédiatrie (Neonatalogie)                     |
| BELKHOU Ahlam            | Rhumatologie                             | MATRANE Aboubakr              | Médecine nucléaire                           |
| BEN DRISS Laila          | Cardiologie                              | MEJDANE Abdelhadi             | Chirurgie Générale                           |
| BENCHAMKHA Yassine       | Chirurgie réparatrice et plastique       | MOUAFFAK Youssef              | Anesthésie -<br>réanimation                  |
| BENHIMA Mohamed Amine    | Traumatologie -<br>orthopédie B          | MOUFID Kamal                  | Urologie                                     |
| BENJELLOUN HARZIMI Amine | Pneumo-<br>phtisiologie                  | MSOUGGAR Yassine              | Chirurgie thoracique                         |
| BENJILALI Laila          | Médecine interne                         | NARJISS Youssef               | Chirurgie générale                           |
| BENLAI Abdeslam          | Psychiatrie                              | NOURI Hassan                  | Oto rhino laryngologie                       |

|                          |   |                      |                              |
|--------------------------|---|----------------------|------------------------------|
| BENZAROUEL Dounia        | Cardiologie                                   | OUALI IDRISSE Mariem | Radiologie                   |
| BOUCHENTOUF Rachid       | Pneumo-<br>phtisiologie                       | OUBAHA Sofia         | Physiologie                  |
| BOUKHANNI Lahcen         | Gynécologie-<br>obstétrique B                 | QACIF Hassan         | Médecine interne             |
| BOURRAHOUEAT Aicha       | Pédiatrie B                                   | QAMOUISS Youssef     | Anesthésie-<br>réanimation   |
| BSISS Mohamed Aziz       | Biophysique                                   | RABBANI Khalid       | Chirurgie générale           |
| CHAFIK Rachid            | Traumato-<br>orthopédie A                     | RADA Noureddine      | Pédiatrie A                  |
| DAROUASSI Youssef        | Oto-Rhino -<br>Laryngologie                   | RAFIK Redda          | Neurologie                   |
| DRAISS Ghizlane          | Pédiatrie                                     | RAIS Hanane          | Anatomie<br>pathologique     |
| EL AMRANI Moulay Driss   | Anatomie                                      | RBAIBI Aziz          | Cardiologie                  |
| EL ANSARI Nawal          | Endocrinologie et<br>maladies<br>métaboliques | ROCHDI Youssef       | Oto-rhino-<br>laryngologie   |
| EL BARNI Rachid          | Chirurgie-<br>générale                        | SAJIAI Hafsa         | Pneumo- phtisiologie         |
| EL BOUCHTI Imane         | Rhumatologie                                  | SAMLANI Zouhour      | Gastro- entérologie          |
| EL BOUIHI Mohamed        | Stomatologie et<br>chir maxillo faciale       | SEDDIKI Rachid       | Anesthésie -<br>Réanimation  |
| EL HAOUATI Rachid        | Chiru Cardio<br>vasculaire                    | SORAA Nabila         | Microbiologie -<br>virologie |
| EL HAOURY Hanane         | Traumato-<br>orthopédie A                     | TAZI Mohamed Illias  | Hématologie- clinique        |
| EL IDRISSE SLITINE Nadia | Pédiatrie                                     | ZAHLANE Kawtar       | Microbiologie -<br>virologie |
| EL KARIMI Saloua         | Cardiologie                                   | ZAHLANE Mouna        | Médecine interne             |
| EL KHADER Ahmed          | Chirurgie générale                            | ZAOUI Sanaa          | Pharmacologie                |
| EL KHAYARI Mina          | Réanimation<br>médicale                       | ZEMRAOUI Nadir       | Néphrologie                  |
| EL MGHARI TABIB Ghizlane | Endocrinologie et<br>maladies<br>métaboliques | ZIADI Amra           | Anesthésie -<br>réanimation  |
| EL OMRANI Abdelhamid     | Radiothérapie                                 | ZYANI Mohammed       | Médecine interne             |

### Professeurs Assistants

| Nom et Prénom       | Spécialité   | Nom et Prénom             | Spécialité  |
|---------------------|--|---------------------------|---|
| ABDELFETTAH Youness | Rééducation et<br>Réhabilitation<br>Fonctionnelle                                      | Hammoune Nabil            | Radiologie  |
| ABDOU Abdessamad    | Chiru Cardio<br>vasculaire   | HAZMIRI Fatima<br>Ezzahra | Histologie -<br>Embryologie -<br>Cytogénétique      |
| ABIR Badreddine     | Stomatologie et<br>Chirurgie maxillo<br>faciale  | IHBIBANE fatima           | Maladies Infectieuses                               |
| ADARMOUCH Latifa    | Médecine<br>Communautaire<br>(médecine<br>préventive, santé<br>publique et<br>hygiène) | JALLAL Hamid              | Cardiologie   |
| AIT BATAHAR Salma   | Pneumo-<br>phtisiologie  | JANAH Hicham              | Pneumo- phtisiologie                                |
| AKKA Rachid         | Gastro -<br>entérologie  | KADDOURI Said             | Médecine interne                                    |
| ALAOUI Hassan       | Anesthésie -<br>Réanimation  | LAFFINTI Mahmoud<br>Amine | Psychiatrie   |
| AMINE Abdellah      | Cardiologie  | LAHKIM Mohammed           | Chirurgie générale                                  |
| ARABI Hafid         | Médecine physique<br>et réadaptation<br>fonctionnelle                                  | LALYA Issam               | Radiothérapie                                       |
| ARSALANE Adil       | Chirurgie<br>Thoracique  | LOQMAN Souad              | Microbiologie et<br>toxicologie<br>environnementale |
| ASSERRAJI Mohammed  | Néphrologie  | MAHFOUD Tarik             | Oncologie médicale                                  |
| BAALLAL Hassan      | Neurochirurgie   | MARGAD Omar               | Traumatologie -<br>orthopédie                       |
| BABA Hicham         | Chirurgie générale   | MILOUDI Mohcine           | Microbiologie -<br>Virologie                        |
| BELARBI Marouane    | Néphrologie  | MLIHA TOUATI<br>Mohammed  | Oto-Rhino -<br>Laryngologie                         |
| BELBACHIR Anass     | Anatomie-<br>pathologique  | MOUHSINE Abdelilah        | Radiologie  |
| BELFQUIH Hatim      | Neurochirurgie   | MOUNACH Aziza             | Rhumatologie  |

|                              |   |                              |   |
|------------------------------|---|------------------------------|---|
| BELHADJ Ayoub                | Anesthésie –<br>Réanimation                 | MOUZARI Yassine              | Ophtalmologie   |
| BENNAOUI Fatiha              | Pédiatrie<br>(Neonatalogie)                 | NADER Youssef                | Traumatologie –<br>orthopédie   |
| BOUCHAMA Rachid              | Chirurgie générale                          | NADOUR Karim                 | Oto–Rhino –<br>Laryngologie   |
| BOUCHENTOUF Sidi<br>Mohammed | Chirurgie générale                          | NAOUI Hafida                 | Parasitologie<br>Mycologie  |
| BOUKHRIS Jalal               | Traumatologie –<br>orthopédie               | NASSIM SABAH Taoufik         | Chirurgie Réparatrice<br>et Plastique   |
| BOUZERDA Abdelmajid          | Cardiologie                                 | NYA Fouad                    | Chirurgie Cardio –<br>Vasculaire  |
| CHETOUI Abdelkhalek          | Cardiologie                                 | OUEIAGLI NABIH<br>Fadoua     | Psychiatrie   |
| CHRAA Mohamed                | Physiologie                                 | REBAHI Houssam               | Anesthésie –<br>Réanimation   |
| EL HARRECH Youness           | Urologie                                    | RHARRASSI Isam               | Anatomie–<br>patologique  |
| EL KAMOUNI Youssef           | Microbiologie<br>Virologie                  | SALAMA Tarik                 | Chirurgie pédiatrique   |
| EL MEZOUARI El Moustafa      | Parasitologie<br>Mycologie                  | SAOUAB Rachida               | Radiologie  |
| ELBAZ Meriem                 | Pédiatrie                                   | SEBBANI Majda                | Médecine<br>Communautaire<br>(médecine préventive,<br>santé publique et<br>hygiène) |
| ELQATNI Mohamed              | Médecine interne                            | SERGHINI Issam               | Anesthésie –<br>Réanimation   |
| ESSADI Ismail                | Oncologie Médicale                          | TAMZAOURTE Mouna             | Gastro – entérologie  |
| FDIL Naima                   | Chimie de<br>Coordination Bio–<br>organique | TOURABI Khalid               | Chirurgie réparatrice<br>et plastique   |
| FENNANE Hicham               | Chirurgie<br>Thoracique                     | YASSIR Zakaria               | Pneumo– phtisiologie  |
| GHAZI Mirieme                | Rhumatologie                                | ZARROUKI Youssef             | Anesthésie –<br>Réanimation   |
| GHOZLANI Imad                | Rhumatologie                                | ZIDANE Moulay<br>Abdelfettah | Chirurgie Thoracique  |
| HAMMI Salah Eddine           | Médecine interne                            | ZOUIZRA Zahira               | Chirurgie Cardio–<br>Vasculaire   |

**LISTE ARRÊTÉE LE 12/02/2018**



---

# *DÉDICACES*

---



*Ce moment est l'occasion d'adresser mes remerciements et  
ma reconnaissance et de dédier cette thèse .....*



*Je dédie cette thèse*

*A MA TRÈS CHÈRE MÈRE :*

*Tamraoui Zineb*

*Aucune phrase aussi expressive soit-elle ne saurait décrire ce que je ressens pour toi Tamamatinou.*

*Tu es mon idéal féminin, ma perpétuelle inspiration et une source d'amour infini.*

*Un simple sourire de toi et mon cœur s'adoucit.*

*Tu as été là pour moi du début jusqu'à la fin, et tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager.*

*Tu as fais briller mes jours les plus sombres et tu as contribué à mon bonheur quotidien.*

*Et en cette occasion, je te dédie cet humble travail qui n'égale en rien tous tes sacrifices, mais qui témoignera de mon grand amour et reconnaissance.*

*Que Dieu te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude d'esprit et te protège de tout mal.*

*Je t'aime fort !*

**A MON TRÈS CHER PÈRE :**

**Mohamed Aboutaleb**

*Aucun hommage ne pourra décrire mon dévouement et mon amour pour  
toi.*

*Ton soutien moral et ta compréhension ont toujours été présents aux  
moments les plus difficiles.*

*Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain  
Je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et pour ne jamais te  
décevoir.*

*En signe d'amour, de reconnaissance et de gratitude pour tout le soutien  
et sacrifice dont tu as fais preuve à mon égard.  
Je te dédie mon cher papa cet humble travail.*

*Que Dieu t'offre santé, prospérité, longévité et nous garde toujours unis.*

***Je t'aime énormément !***

**A MON FRÈRE**

**Taoufiq Aboutaleb**

*En témoignages a tous nos souvenirs,  
A tous les moments magiques passés ensemble.*

*A nos fous rires et a nos querelles.*

*Mon attachement et mon amour pour toi sont inconditionnels.  
Pour toute la complicité et entente qui nous unissent, je te dédie ce  
modeste travail.*

*Que Dieu te procure tout le bonheur et le succès que tu mérites.*

***Je t'adore !***

## *A la mémoire de ma grand-mère Zahra Aznague*

*Cette émotion qui me vient en pensant a toi grand mère,  
Cet énorme vide que tu as laissé en nous,  
Tu étais notre lumière, notre trésor, notre source de bonheur.  
Tous ces mots, toutes mes pensées et tous ce travail te sont dédiés.  
Tu étais une femme d'exception qui a toujours sue m'encourager.  
J'espère que tu seras fière de moi de là ou tu es.  
Tu nous manques a tous...  
Que ton âme repose en paix.*

## *A La mémoire de mes grands-parents*

*Je sais que si vous étiez parmi nous, vous aurez été heureux et fiers. Que  
vos âmes reposent en paix. Que dieu tout puissant vous accorde sa  
clémence et sa miséricorde.*

## *A mon très cher oncle*

### *Tamraouí Jamal*

*Tu as toujours été présent pour moi et cela depuis mon enfance,  
Tes conseils n'ont pas d'égale et ton point de vue pertinent sur la vie m'a  
toujours fasciné.  
Ton affection et ton soutien me sont très importants, et c'est pour toute  
ces raisons et bien plus encore que je te dédie ce modeste travail.*

*A Ma petite princesse*

*Lina Aboutaleb*

*Tu es ma petite étoile, ma bouffée d'oxygène, qui me redonne toujours le  
sourire.*

*Tu m'as rendue la Tati la plus heureuse du monde.*

*Je t'aime jusqu'à l'infini...*

*Non, la double infini !*

*A Ma très chère cousine*

*Toufayur*

*Plus qu'une cousine, plus qu'une amie.*

*Une véritable sœur que je n'ai pas eue.*

*Ta générosité d'esprit et ton soutien ont été pour moi une source de  
courage et de confiance.*

*Je t'adore !*

*A mon oncle Abdellah et à ma tante Fatima.*

*A mes cousins Mohcine et Ayoub et*

*A ma cousine Majda*

*L'affection et l'amour que je vous porte, sont sans limite.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et le respect que j'ai  
pour vous.*

*Puisse dieu vous préserver et vous procurer tout le bonheur et la  
prospérité.*

*A mes meilleures amies bien aimées, Rím el maña, Fatíma Zahra, Imane  
et Kaoutar*

*Vous êtes pour moi plus que des amies!*

*Vous êtes mes anges gardiens, mes sœurs d'âme, mes quatre piliers de  
bonheurs.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma grande affection et en  
souvenir des agréables moments passés ensemble.*

*Vous êtes les meilleures.*

*Je vous aime fort.*

*A Ma bínôme de toujours Fatíma Lagroubou*

*En témoignage a nos moments de joie, de fraternité et des épreuves  
difficiles qu'on a pu surmonter ensemble...*

*Sans toi, cette expérience n'aurait pas été la même.*

*Que nos liens restent toujours solides et que dieu nous apporte bonheur et  
nous aide à réaliser tous nos projets.*

*À mes ami(e)s et collègues, et à tous ceux que j'ai côtoyés durant toute ma  
formation,*

*Ce fût un plaisir de faire ce parcours avec vous.*



---

*REMERCIEMENTS*

---



*A Notre Maître et Président de Jury :*

*Mr le Professeur, S. Amal*

*Professeur de dermatologie à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech et Chef service de dermatologie. CHU Mohammed VI de Marrakech*

*Qui m'a fait l'honneur de présider le jury de cette thèse.*

*Je vous exprime par ces quelques mots mon profond respect et ma reconnaissance de m'avoir permis de réaliser ce travail. Je vous remercie infiniment pour votre aide ainsi que votre disponibilité et votre soutien tout au long de cette expérience enrichissante.*

*A Mon Maître et Rapporteur de thèse :*

*Madame le Professeur Ouafa Hocar,*

*Professeur agrégé en dermatologie à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.*

*Ces quelques mots ne suffisent certainement pas pour exprimer le grand honneur et l'immense plaisir que j'ai eu à travailler sous votre direction, pour vous témoigner ma profonde reconnaissance de m'avoir confié ce travail, pour tout ce que vous m'avez appris, pour le précieux temps que vous avez consacré à diriger chacune des étapes de cette thèse avec une grande rigueur et perspicacité. Votre compétence, votre dynamisme, votre sympathie et votre rigueur ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez croire en l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.*

***A notre maître et juge de thèse : Pr M. Bourrous***

*Professeur de pédiatrie à la faculté de médecine et de pharmacie de  
Marrakech CHU Mohammed VI de Marrakech*

*C'est pour nous un très grand honneur que vous acceptiez de siéger parmi  
notre honorable jury. Vos compétences professionnelles et vos qualités  
humaines seront pour nous un exemple dans l'exercice de la profession.  
Recevez cher maître l'expression de notre profond respect et l'assurance  
de notre grande admiration.*

***A notre Maître et juge de thèse : Professeur  
DRAISS Ghizlane***

*Professeur agrégé en Pédiatrie. CHU Mohammed VI de Marrakech*

*Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons  
pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités  
humaines. Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et  
notre profond respect.*

***A notre Maître Pr M. Sebbani,***

*Professeur de Médecine Communautaire (médecine préventive, santé  
publique et hygiène)*

*Je vous exprime par ces quelques mots mon profond respect et ma  
reconnaissance de m'avoir aidée à réaliser ce travail. Je vous remercie  
infiniment pour votre aide ainsi que votre disponibilité et votre soutien.*

*Ce fut un honneur de travailler avec vous.*



---

*TABLEAUX & FIGURES*

---



## Liste des tableaux :

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Tableau I</b>     | : Répartition du nombre total selon les tranches d'âge.                  |
| <b>Tableau II</b>    | : Répartition du nombre total selon le sexe                              |
| <b>Tableau III</b>   | : Répartition du nombre total selon l'origine                            |
| <b>Tableau IV</b>    | : Répartition de la consanguinité  |
| <b>Tableau V</b>     | : Répartition selon le niveau d'étude                                    |
| <b>Tableau VI</b>    | : Répartition du nombre total selon l'allaitement maternel               |
| <b>Tableau VII</b>   | : Allaitement exclusif au sein les premiers 6 mois                       |
| <b>Tableau VIII</b>  | : Répartition du nombre total selon l'âge de diversification alimentaire |
| <b>Tableau IX</b>    | : Répartition du nombre total selon le type d'habitat                    |
| <b>Tableau X</b>     | : Répartition selon la présence de poussière dans l'habitat              |
| <b>Tableau XI</b>    | : Répartition du nombre total selon le contact avec les animaux          |
| <b>Tableau XII</b>   | : Exposition au tabagisme passif   |
| <b>Tableau XIII</b>  | : Répartition du nombre total selon les antécédents personnels d'atopie. |
| <b>Tableau XIV</b>   | : Répartition des cas d'asthme familial.                                 |
| <b>Tableau XV</b>    | : Répartition des cas de Rhinite allergique familiale                    |
| <b>Tableau XVI</b>   | : Répartition des cas de conjonctivite allergique familial               |
| <b>Tableau XVII</b>  | : Répartition des cas de dermatite atopique familial.                    |
| <b>Tableau XVIII</b> | : Répartition selon le score de sévérité.                                |
| <b>Tableau XIX</b>   | : Répartition des cas selon l'observance thérapeutique.                  |
| <b>Tableau XX</b>    | : Répartition des cas selon l'éducation thérapeutique                    |
| <b>Tableau XXI</b>   | : Répartition des cas selon l'école d'atopie.                            |
| <b>Tableau XXII</b>  | : Répartition des cas selon l'échelle du CDLQI                           |
| <b>Tableau XXIII</b> | : Score de la dimension symptôme et sentiment du CDLQI (Question 1 et 2) |
| <b>Tableau XXIV</b>  | : Score de la dimension loisirs du CDLQI (Question 4, 5 et 6)            |
| <b>Tableau</b>       | : Score de la dimension école ou vacance du CDLQI (Question 7).          |
| <b>Tableau XXV</b>   | : Score de la dimension relationnelle du CDLQI (Question 3 et 8)         |

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Tableau XXVII</b>   | : Score de la dimension sommeil du CDLQI (Question 9)   |
| <b>Tableau XXVI</b>    | : Score de la dimension traitement du CDLQI (Question 10)   |
| <b>Tableau XXVII</b>   | : Répartition des cas selon l'échelle du DFI  |
| <b>Tableau XXVIII</b>  | : Liens entre les caractéristiques des patients avec la qualité de vie (CDLQI)  |
| <b>Tableau XXIX</b>    | : Liens entre les caractéristiques des patients avec la qualité de vie (DFI)  |
| <b>Tableau XXX</b>     | : Liens entre les caractéristiques des patients avec la gravité de la DA (SCORAD)   |
| <b>Tableau XXXI</b>    | : Liens entre les antécédents des patients avec la qualité de vie (CDLQI)   |
| <b>Tableau XXXII</b>   | : Liens entre les antécédents des patients avec la qualité de vie (DFI)   |
| <b>Tableau XXXIII</b>  | : Liens entre les antécédents des patients avec le SCORAD   |
| <b>Tableau XXXIV</b>   | : Liens entre l'observance thérapeutique avec la qualité de vie et le SCORAD  |
| <b>Tableau XXXV</b>    | : Liens entre l'éducation thérapeutique avec la qualité de vie et le SCORAD   |
| <b>Tableau XXXVI</b>   | : Liens entre l'école d'atopie avec la qualité de vie et le SCORAD  |
| <b>Tableau XXXVII</b>  | : Corrélation entre la qualité de vie (CDLQI) et le SCORAD  |
| <b>Tableau XXXVIII</b> | : Corrélation entre la qualité de vie (DFI) et le SCORAD  |
| <b>Tableau XXXIX</b>   | : Critères diagnostic de Hanifin et Rajka, 1979 (21)  |
| <b>Tableau XL</b>      | : Critères de diagnostic de l'United Kingdom Working Party, 1994 (21)   |
| <b>Tableau XLI</b>     | : Critères de définition de la dermatite atopique du nourrisson, adaptation des critères de l'United Kingdom Working Party (Taïeb et Boralevi, 2004) (21) |
| <b>Tableau XLII</b>    | : Résultat du CDLQI de différentes études de quelques pays différents   |
| <b>Tableau XLIII</b>   | : Résultat du DFI de différentes études de quelques pays différents   |

## Liste des Figures :

- Figure 1** : Répartition du nombre total selon les tranches d'âge
- Figure 2** : Répartition du nombre total selon le sexe.
- Figure 3** : Répartition du nombre total selon l'origine
- Figure 4** : Répartition de la consanguinité
- Figure 5** : Répartition selon le niveau d'étude
- Figure 6** : Répartition du nombre total en fonction de l'allaitement maternel
- Figure 7** : Répartition du nombre total selon l'âge de diversification alimentaire
- Figure 8** : Répartition du nombre total selon le type d'habitat
- Figure 9** : Répartition du nombre total selon le contact avec les animaux.
- Figure 10** : Exposition au tabagisme passif
- Figure 11** : Répartition du nombre total selon les antécédents personnels d'atopie
- Figure 12** : Répartition des cas d'asthme familial.
- Figure 13** : Répartition des cas de Rhinite allergique familiale
- Figure 14** : Répartition des cas de conjonctivite allergique familiale.
- Figure 15** : Répartition des cas de dermatite atopique familiale.
- Figure 16** : Répartition des malades selon la sévérité de la DA par le SCORAD.
- Figure 17** : Répartition des enfants selon l'observance thérapeutique.
- Figure 18** : Répartition des cas selon l'éducation thérapeutique
- Figure 19** : Répartition selon l'école d'atopie.
- Figure 20** : Répartition des enfants selon l'échelle du CDLQI.
- Figure 21** : Répartition des enfants selon l'échelle du DFI.
- Figure 22** : Corrélation entre le CDLQI et SCORAD
- Figure 23** : Corrélation entre DFI et SCORAD
- Figure 24** : Physiopathologie de la dermatite atopique
- Figure 25** : Atteinte très inflammatoire et suintante avec respect médio facial
- Figure 26** : Surinfection herpétique localisé au niveau des joues.
- Figure 27** : Les gestes à éviter et adopter pour soigner une peau atopique (49)
- Figure 28** : brochure des gestes à adopter donner a nos patients



---

# *ABRÉVIATIONS*

---



## Liste des abréviations

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>DA</b>        | : Dermatite Atopique                                       |
| <b>QOL</b>       | : Quality Of Life  |
| <b>CDLQI</b>     | : Child Dermatology Life Quality Index                     |
| <b>DFI</b>       | : Dermatitis Family Impact                                 |
| <b>OMS</b>       | : Organisation Mondiale de la Santé                        |
| <b>SCORAD</b>    | : Scoring Of Atopic Dermatitis                             |
| <b>PO-SCORAD</b> | : Patient Oriented Scoring Of Atopic Dermatitis            |
| <b>ISAAC</b>     | : International Study Of Asthma and Allergies in Childhood |
| <b>Ag</b>        | : Antigènes  |
| <b>IgE</b>       | : Immunoglobulines E                                       |
| <b>HAS</b>       | : Haute Autorité de Santé                                  |
| <b>CD</b>        | : Cellule Dendritique                                      |
| <b>UKWP</b>      | : United Kingdom Working Party                             |
| <b>FLG</b>       | : Filaggrine   |
| <b>S.aureus</b>  | : Staphylocoques aureus                                    |
| <b>DC</b>        | : Dermocorticoïde  |
| <b>EFSA</b>      | : European Food Safety Authority                           |
| <b>UI</b>        | : Unité Internationale                                     |
| <b>URL</b>       | : Unités Relatives de Lumière                              |
| <b>UTR</b>       | : Régions Non Transcrites                                  |
| <b>VAERS</b>     | : Vaccine Adverse Events Reporting System                  |



---

# *PLAN*

---



|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>MATÉRIELS ET MÉTHODES</b> .....  | <b>4</b>  |
| I. Type d'étude.....  | 5         |
| II. Lieu et période d'étude.....  | 5         |
| III. Population étudié.....   | 5         |
| 1. Critères d'inclusion.....  | 5         |
| 2. Critères d'exclusion.....  | 5         |
| IV. Méthode.....  | 6         |
| 1. Recueil des données.....   | 6         |
| 2. Méthodes d'évaluations.....  | 7         |
| V. Analyse statistique:.....  | 11        |
| <b>RÉSULTATS</b> .....  | <b>12</b> |
| I. ÉTUDE DESCRIPTIVE.....   | 13        |
| 1. Description générale de l'échantillon.....   | 13        |
| 2. Descriptions des cas de la DA.....   | 25        |
| II. Évaluation de la qualité de vie.....  | 28        |
| 1. Échelle du CDLQI.....  | 28        |
| 2. Échelle du DFI.....  | 31        |
| III. ÉTUDE ANALYTIQUE.....  | 33        |
| 1. Liens entre les caractéristiques des patients avec la qualité de vie et le SCORAD..... | 33        |
| 2. Liens entre les antécédents des patients avec la qualité de vie et le SCORAD.....      | 37        |
| 3. Liens entre la prise en charge des patients avec la qualité de vie et le SCORAD.....   | 40        |
| 4. Corrélacion entre les échelles du CDLQI et DFI avec le SCORAD.....                     | 41        |
| <b>DISCUSSION</b> .....   | <b>44</b> |
| I. Généralité.....  | 45        |
| II. Physiopathologie.....   | 45        |
| III. Clinique et Diagnostic de la DA.....   | 46        |
| 1. Aspect clinique.....   | 46        |
| 2. Diagnostic Différentiel.....   | 47        |
| 3. Diagnostic positif.....  | 47        |
| IV. Traitement.....   | 51        |
| 1. Prévention.....  | 51        |
| 2. Traitement médicamenteux.....  | 53        |
| 3. Éducation thérapeutique.....   | 54        |
| 4. Soutien psychologique.....   | 55        |
| V. Discussion de nos résultats.....   | 56        |
| 1. de la DA sur la qualité de vie : CDLQI.....  | 57        |
| 2. Retentissement de la DA sur la QDV : DFI.....  | 58        |
| 3. Retentissement sur d'autre pathologie dermatologique.....                              | 59        |
| 4. École d'atopie.....  | 60        |

|  |           |
|--|-----------|
| 5. Facteurs déterminants du retentissement sur la QDV et le SCORAD ..... | 61        |
| 6. Relation entre QDV et gravité avec la prise en charge de la DA .....  | 66        |
| 7. Corrélation entre qualité de vie et gravité .....                     | 70        |
| <b>LIMITES</b> .....   | <b>72</b> |
| <b>CONCLUSION</b> .....  | <b>74</b> |
| <b>ANNEXES</b> .....   | <b>76</b> |
| <b>RÉSUMÉS</b> .....   | <b>87</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....   | <b>91</b> |



---

# *INTRODUCTION*

---



La dermatite atopique ou « eczéma atopique » est une maladie inflammatoire chronique de la peau. Elle est fréquente chez les enfants et peut apparaître dès les premiers mois de vie (1). Elle aura néanmoins tendance à disparaître spontanément vers l'âge de 5 ans pour ne plus jamais réapparaître. Tout comme elle peut persister au-delà de l'enfance et se poursuivre à l'âge adulte.

Le diagnostic de la dermatite atopique est clinique. Elle se manifeste par des lésions inflammatoires prurigineuses non contagieuses, évoluant par poussées entrecoupées de phases de rémission, pendant lesquelles la peau présente une importante xérose cutanée (2). Ceci le plus souvent associé à un terrain personnel ou familial d'atopie. Cette atopie est sous la dépendance de facteurs héréditaires touchant près d'un tiers de la population générale par diverses manifestations cliniques dont la dermatite atopique, la rhinite allergique et l'asthme (3).

Il s'agit d'une affection multifactorielle associant un terrain génétique particulier et l'action de facteurs environnementaux (4). Pour ceux qui n'étaient pas encore convaincus de la nature « allergique » de la DA, des études cliniques de provocation des lésions cutanées par des atopènes, de même que des études d'éviction de ces mêmes atopènes ont montré de façon formelle le rôle des allergènes environnementaux dans la genèse des lésions cutanées d'eczéma de la DA (5).

Le mot dermite regroupe des aspects sémiologiques divers qui ont un trait histopathologique commun : une atteinte épidermique prédominante avec afflux des lymphocytes T associé à un œdème intercellulaire réalisant des vésicules microscopiques. Leur rupture détermine le caractère suintant et croûteux des lésions, et constitue un terrain propice à la surinfection staphylococcique (6).

La prévalence de la DA a triplée en 30 ans dans les pays industrialisés (7). Ceci s'explique préférentiellement par l'influence des facteurs environnementaux qui sont de plus en plus incriminés à côté de l'hérédité. Au Maghreb, elle constitue un motif fréquent de consultation. Elle est estimée entre 8 à 23% au Maroc, 9,4 à 13% en Tunisie, 6,5% en Algérie contre 10 à 25% dans les pays européens (8). « Étude ISAAC 2007 »

Comme pour la plupart des maladies chroniques, tel que l'asthme, le diabète ou encore les maladies cardiovasculaires, les conséquences de la DA en terme de morbidité et de qualité de vie sur les patients touchés et leurs entourages peuvent être extrêmement importantes (9). D'où l'importance d'évaluer son impact par les différentes échelles de qualité de vie, qui restent cependant rarement utilisées dans notre pratique courante (10).

Les échelles d'évaluations de qualité de vie appliquées à la dermatite atopique sont des questionnaires visant à évaluer le retentissement de cette maladie sur la vie quotidienne, le ressenti psychologique et la vie sociale des patients ou de leurs parents (11). Parmi les indices utilisés, on note le CDLQI qui est appliqué aux enfants âgés de 4 à 16 ans (12). Et le DFI qui ont été destinés aux parents des enfants de moins de 4 ans (13).

● **L'objectif de l'étude :**

L'objectif de notre étude consiste donc à évaluer la qualité de vie des enfants atteints de dermatite atopique à Marrakech, par la version « arabe marocain » validée et publiée des échelles CDLQI et DFI (14)(15). Ainsi que de connaître la corrélation entre la sévérité de la maladie objectiver par le SCORAD et la QDV.



---

*MATÉRIELS*  
&  
*MÉTHODES*

---



## **I. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective de type descriptive et analytique visant à évaluer la qualité de vie chez les enfants ayant une dermatite atopique.

## **II. Lieu et période d'étude**

L'étude a été menée à Marrakech, au CHU Mohamed VI.

Cette étude prospective s'est déroulée sur une année. Du 1 Mai 2017 au 31 Mai 2018.

## **III. Population étudiée**

Le recrutement des cas s'est déroulé en consultation de dermatologie pédiatrique de l'hôpital mère et enfant, et en consultation de dermatologie au centre de consultation externe et hôpital du jour du CHU Mohamed VI Marrakech.

Le nombre de cas étudiés étaient de 110.

L'origine des patients étaient soit rurale ou urbaine, pour la plupart de la région de Marrakech.

### **1. Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans l'étude, tous patients répondant aux critères diagnostics de Hanifin Et Rajka (16). Âgés de 0 à 16 ans.

### **2. Critères d'exclusion :**

Ont été exclus tous patients :

- Ne répondants pas aux critères de diagnostics de Hanifin et Rajka.

- Patients présentant une dermatose eczématiforme :
  - Psoriasis
  - Gale
  - Dermite séborrhéique

## **IV. Méthode**

### **1. Recueil des données :**

Le recueil des données a été réalisé à partir d'un questionnaire (annexe 1), qui a été rempli lors d'un entretien avec le patient et le parent de l'enfant. S'en est suivi d'un examen clinique dermatologique. La nature de l'étude a été parfaitement expliquée à la population étudiée, un consentement oral a été obtenu de la part de chaque participant.

#### **1.1 Données anamnestiques :**

- Informations générales sur l'enfant
- Consanguinité
- Environnement
- Antécédents personnels d'atopie
- Antécédents familiaux d'atopie

#### **2.1 Données cliniques :**

- Examen clinique
- Évolution
- Complication
- Traitement
- Éducation thérapeutique

## **2. Méthodes d'évaluations :**

Afin d'évaluer le retentissement de la DA sur la qualité de vie des patients, on a d'abord évalué la gravité de la maladie par le SCORAD, puis on a utilisé les deux échelles: le CDLQI et le DFI.

### **2.1. CDLQI/CDLQI cartoon:**

Le questionnaire de l'indice de qualité de vie en dermatologie pédiatrique est conçu pour les enfants de 4 à 16 ans. C'est une échelle simple d'utilisation comprenant 10 questions. Il est explicite et peut être remis au patient à qui il est demandé de le remplir à l'aide du parent ou du tuteur de l'enfant. Une ou deux minutes suffisent habituellement pour le remplir (17) (18). (Annexe 2 et 3)

#### **a. Le score correspondant a chaque réponse:**

- Énormément : Score de 3
- Beaucoup : Score de 2
- Un peu : Score de 1
- Pas du tout : Score de 0
- Question sans réponse est notée 0

Le CDLQI est calculé en additionnant le score de chaque question. Le score maximal est de 30. Le score minimal de 0. Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est altérée. Le CDLQI peut également être exprimé en pourcentage du score maximal possible de 30.

#### **b. Signification des scores du CDLQI :**

- Score 0-1 = aucun effet sur la vie de l'enfant
- Score 2-6 = faible effet sur la vie de l'enfant
- Score 7-12 = effet modéré sur la vie de l'enfant
- Score 13-18 = effet important sur la vie de l'enfant
- Score 19-30 = effet extrêmement important sur la vie de l'enfant

**c. Analyse détaillée du CDLQI :**

Le CDLQI peut être analysé selon six rubriques comme suit:

- Symptômes et sentiments : Questions 1 et 2. Score maximum 6
- Loisirs : Questions 4, 5 et 6 Note maximum 9
- École ou vacances : Question 7 Score maximum 3
- Relations personnelles : Questions 3 et 8 Score maximum 6
- Sommeil : Question 9 Score maximum 3
- Traitement : Question 10 Score maximum 3

Les scores de chacune de ces sections peuvent également être exprimés en pourcentage des scores 9, 6 ou 3.

**2.1. DFI :**

The Dermatitis Family Impact est un questionnaire sur l'impact de l'eczéma de l'enfant sur la famille (19). Son but est de mesurer à quel point le problème de peau de l'enfant a eu des conséquences sur la famille au cours des 7 derniers jours. (Annexe 4)

Le système de notation pour le DFI est le suivant:

Chaque question est notée de 0 à 3.

**a. Le score correspondant a chaque réponse:**

- Pas du tout = 0
- Un peu = 1
- Beaucoup = 2
- Énormément = 3

Le DFI est calculé en additionnant le score de chaque question. Le score maximal est de 30. Le score minimal de 0. Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est altérée. Le DFI peut également être exprimé en pourcentage du score maximal possible de 30.

**b. Signification des scores du DFI :**

- Score 0-1 = aucun effet sur la vie de la famille
- Score 2-6 = faible effet sur la vie de la famille
- Score 7-12 = effet modéré sur la vie de la famille
- Score 13-18 = effet important sur la vie de la famille
- Score 19-30 = effet extrêmement important sur la vie de la famille

**2.1. SCORAD :**

Scoring Atopic Dermatitis est le score de gravité de la dermatite atopique le plus connu et le plus utilisé. C'est un outil de référence de suivi et d'évaluation de la pathologie. Il a été créé et validé en 1990 par un groupe d'experts : l'European Task Force of Atopic Dermatitis (20).

Le SCORAD permet de suivre l'évolution de la dermatite atopique du patient. Il existe sous la forme d'une fiche que le médecin remplit à chaque consultation afin d'en obtenir un score. (Annexe 5)

Il intègre à la fois des données d'examen clinique (intensité et l'étendue), et des données anamnestiques (évaluation du prurit et de l'insomnie) (21).

Il se compose de trois notations :

- A : l'étendue de la zone atteinte par l'eczéma. Elle est mesurée grâce à la règle des 9, proposée par Rajka et Langeland en 1989, dont le premier critère consistait à rendre compte du pourcentage d'atteinte corporelle. L'ensemble de la surface corporelle atteint ainsi 100 %, le chiffre retenu est ainsi entre 0 et 100.

- B : l'intensité des signes sur la peau atteinte par l'eczéma et l'intensité de la sécheresse de la peau non atteinte par l'eczéma. Les signes de l'inflammation évalués sur la peau atteinte sont l'érythème (la rougeur), l'œdème (gonflement), le suintement associé ou non à des croûtes (évacuation de l'œdème), les excoriations (traces de grattage), la lichenification (épaississement). Chaque signe est coté entre 0 et 3, la sécheresse s'y ajoute, également notée entre 0 et 3.
- C : l'importance des perturbations causées par l'eczéma (ressenti du patient par rapport au prurit et aux troubles du sommeil) pendant les trois derniers jours. Le prurit ressenti est noté de 0 à 10 et la perte de sommeil également de 0 à 10.

Le SCORAD se calcule ainsi :  $A/5 + 7B/2 + C$ . On considère la DA minime avec un score obtenu  $< 15$  ; la DA est modérée avec un score obtenu entre 16 et 40 ; la DA est considérée sévère dès lors qu'on dépasse 40.

D'autres scores évaluent la gravité mais sont moins utilisés que le SCORAD, comme l'EASI (Eczema Area and Severity Index) qui vont permettre au praticien d'évaluer l'intensité de la maladie à un moment donné pendant la consultation médicale.

Il existe aussi un score qui aide à intégrer le patient ou le parent dans la prise en charge de sa propre maladie par une évaluation personnelle selon le même mode d'évaluation que le médecin. C'est le POSCORAD (Patient Oriented Scoring Atopic Dermatitis), qui est un nouvel outil d'éducation thérapeutique (Annexe 6). Il offre au patient la possibilité d'utiliser lui-même le score grâce à une application mobile très simplifiée, ce qui l'aidera dans le choix des traitements et permettra d'établir la courbe évolutive de l'eczéma entre deux consultations. Il peut également intégrer l'aspect de l'eczéma par trois questions qui attendent une réponse par oui ou par non :

- La peau saigne-t-elle par endroits à cause de l'eczéma ? Avez-vous retrouvé des traces de sang dans le lit ou dans le pyjama ?
- a-t-il des fissures à cause de l'eczéma ?
- La peau pèle-t-elle à cause de l'eczéma ?

Au final, pour chacune des réponses positives, on ajoute un point. Le but est d'améliorer la prise en charge de la maladie, en aidant le patient et son médecin à se concentrer sur un objectif commun : améliorer la maladie (22).

- Cet outil d'éducation thérapeutique existe en téléchargement libre pour tablettes électroniques type i-pad, pour Smartphones, macs et PC.

## **V. Analyse statistique:**

Les données ont été saisies sur EXCEL 2007 et ont été analysé par le département d'épidémiologie du CHU Mohamed VI.



---

# *RÉSULTATS*

---



## I. ÉTUDE DESCRIPTIVE :

### 1. Description générale de l'échantillon:

#### 1.1. L'âge des patients :

L'âge moyen des patients dans notre étude était de 4 ans et 2 mois.

La médiane était de 3 ans avec des extrêmes d'âge de 3 mois et 15 ans.

La tranche d'âge entre 2 ans et 6 ans étaient les plus représentées : 53,6% de la population étudiée.

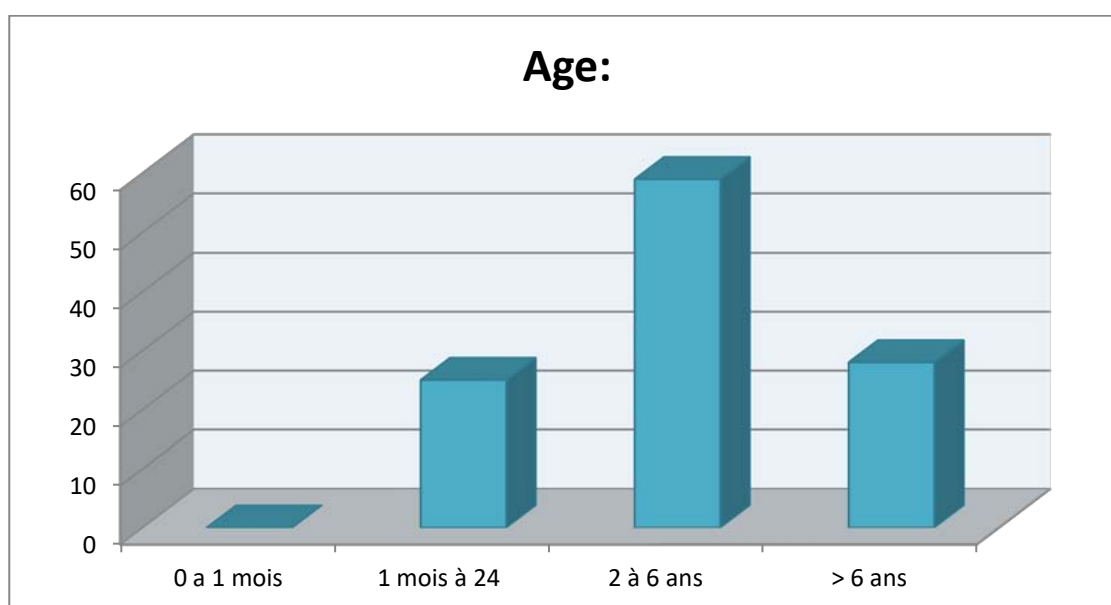
Les enfants de plus de 6 ans représentaient 23,6 %.

Les nourrissons d'un mois à 2 ans représentaient 22,7 %.

Par contre aucun cas de nouveau né n'a été noté dans notre échantillon. (Tableau 1)

**Tableau I : Répartition du nombre total selon les tranches d'âge.**

| Age    | 0-1 mois | 1-24 mois | 2-6 ans | > 6 ans | Total |
|--------|----------|-----------|---------|---------|-------|
| Nombre | 0        | 25        | 59      | 26      | 110   |
| %      | 0 %      | 22,7%     | 53,6%   | 23,6%   | 100%  |



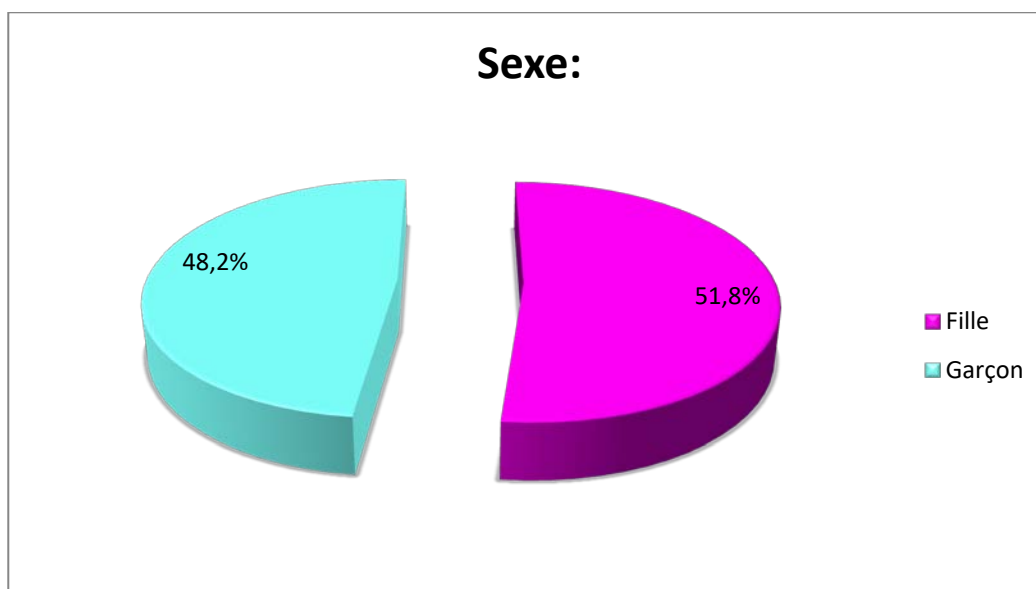
**Figure 1: Répartition du nombre total selon les tranches d'âge**

### 1.2. Le sexe :

L'échantillon était composé de 57 filles et de 53 garçons. Soit 51,8% contre 48,2%. Avec un sex-ratio Homme/Femme de 0,93 (Figure 2)

**Tableau II : Répartition du nombre total selon le sexe**

| Sexe   | Féminin | Masculin | Total |
|--------|---------|----------|-------|
| Nombre | 57      | 53       | 110   |
| %      | 51,8%   | 48,2%    | 100%  |



**Figure 2: Répartition du nombre total selon le sexe.**

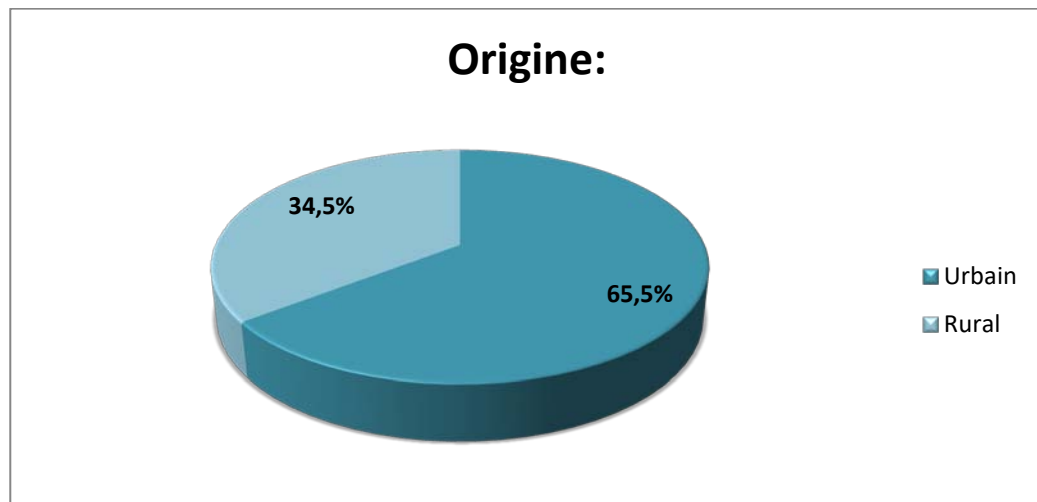
### 1.3. Origine :

72 patients étaient d'origine urbaine, soit 65,5 %. 38 étaient d'origine rurale, soit 34,5%.

Pour la plupart des patients d'origine urbaine, 62 étaient originaires de Marrakech. Quelques patients étaient de Bengrir (5 cas), de Safi (3 cas) et d'Agadir (2 cas).

**Tableau III : Répartition du nombre total selon l'origine**

| La parité | Urbain | Rurale | total |
|-----------|--------|--------|-------|
| Nombre    | 72     | 38     | 110   |
| %         | 65,5 % | 34,5 % | 100 % |



**Figure 3: Répartition du nombre total selon l'origine**

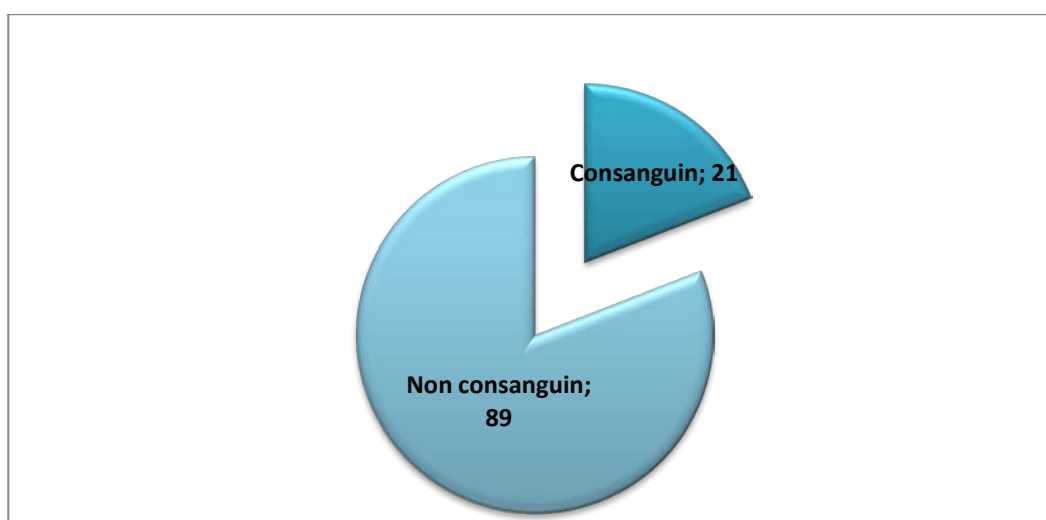
**1.4. Consanguinité:**

89 cas n'étaient pas issus d'un mariage entre apparentés, soit 80,9 %.

Par contre il a été noté 21 cas de consanguinité chez les enfants, soit 19,1 %.

**Tableau IV : Répartition de la consanguinité**

|        | Consanguin | Non consanguin | Total |
|--------|------------|----------------|-------|
| Nombre | 21         | 89             | 110   |
| %      | 19,1 %     | 80,9 %         | 100 % |



**Figure 4: Répartition de la consanguinité**

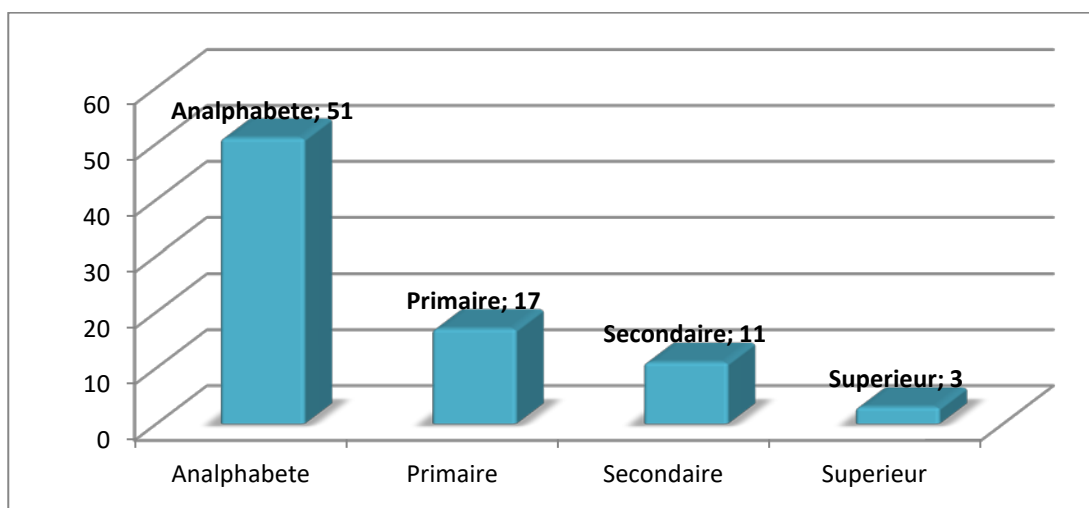
**1.5. Niveau d'étude de la mère:**

Plus de la moitié de la population, soit 62% étaient analphabètes.

Seulement 21% avaient un niveau primaire, 13% avaient un niveau secondaire et 4% avaient un niveau supérieur.

**Tableau V : Répartition selon le niveau d'étude**

| Niveau d'étude | Nombre | %    |
|----------------|--------|------|
| Analphabète    | 51     | 62 % |
| Primaire       | 17     | 21 % |
| Secondaire     | 11     | 13 % |
| Supérieur      | 3      | 4 %  |
| Total          | 82     | 100% |



**Figure 5: Répartition selon le niveau d'étude**

**1.6. Allaitement maternel et diversification alimentaire:**

**a. Allaitement maternel :**

85 des femmes ont allaité leurs enfants au sein, soit 77,3 %.

63 parmi eux ont reçus un allaitement exclusif au sein, soit 57,3 %.

Seulement 25 femmes n'ont pas allaité leurs enfants au sein, soit 22,7 %.

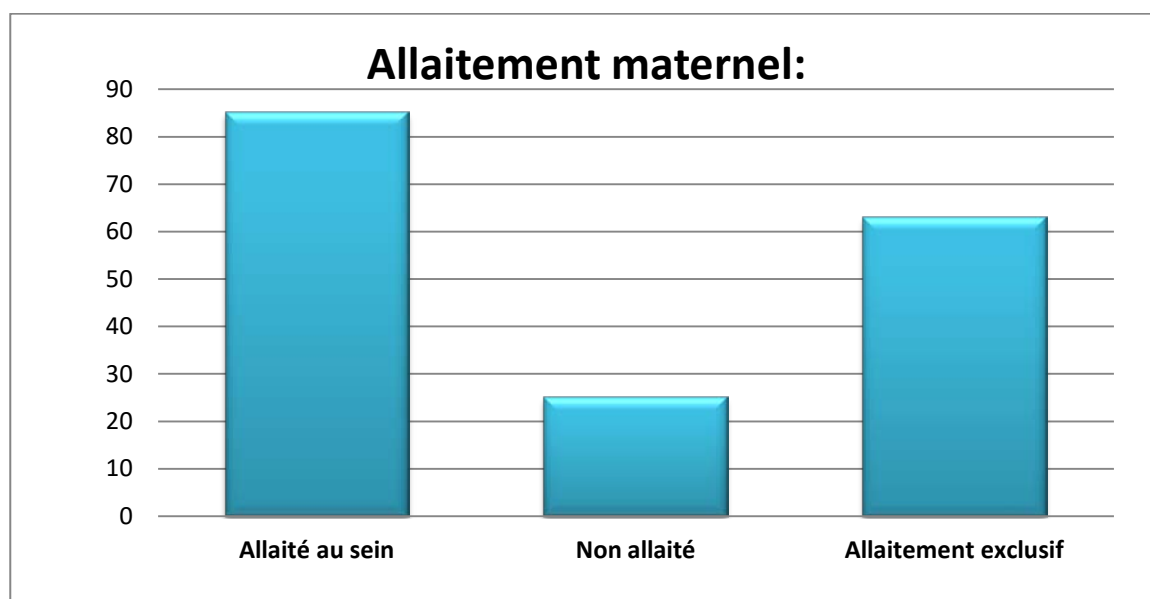
4 cas avaient allaité leurs enfants pour une durée de moins de 3 mois et ont été considéré comme non allaités.

**Tableau VI : Répartition du nombre total selon l'allaitement maternel**

|        | Allaité | Non allaité | Total |
|--------|---------|-------------|-------|
| Nombre | 85      | 25          | 110   |
| %      | 77,3 %  | 22,7 %      | 100 % |

**Tableau VII : Allaitement exclusif au sein les premiers 6 mois**

|        | Allaitement exclusif | Allaitement au sein et au biberon | Non Allaité | Total |
|--------|----------------------|-----------------------------------|-------------|-------|
| Nombre | 63                   | 22                                | 25          | 85    |
| %      | 57,3 %               | 20 %                              | 22,7 %      | 100 % |



**Figure 6: Répartition du nombre total en fonction de l'allaitement maternel**

**b. Diversification alimentaire :**

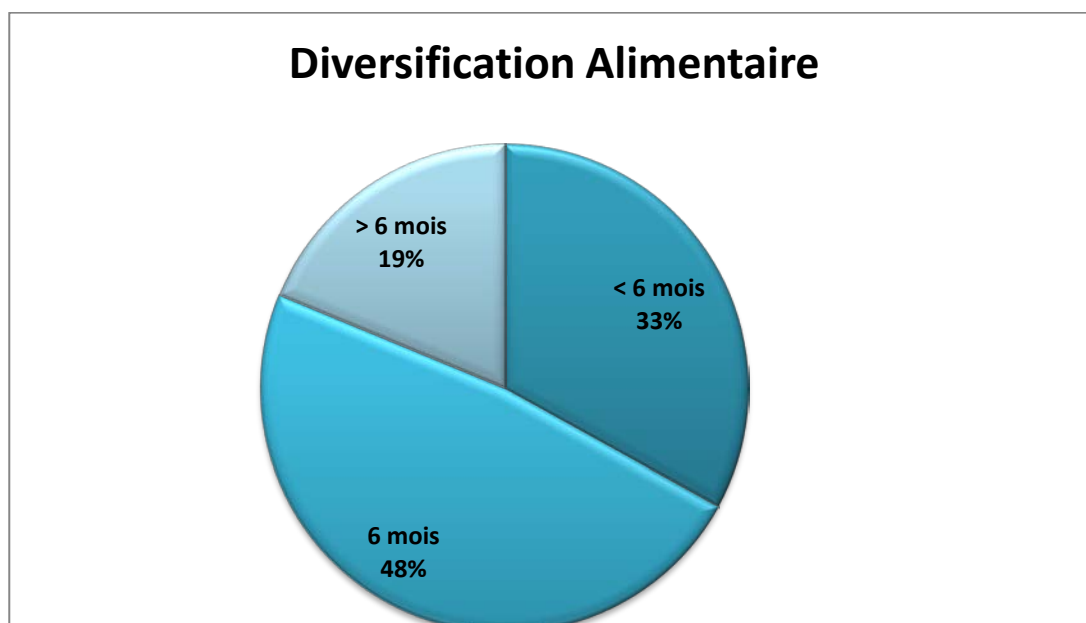
Parmi les 110 enfants, 54 enfants avaient reçu une diversification alimentaire à 6 mois, soit 49,1 %.

34 étaient sujets à la diversification alimentaire avant l'âge de 6 mois, soit 30,9 %.

Et 22 enfants ne l'avaient reçu qu'après les 6 mois. Soit 20 %.

**Tableau VIII : Répartition du nombre total selon l'âge de diversification alimentaire**

| L'âge de diversification | < 6 mois | 6 mois | > 6 mois | Total |
|--------------------------|----------|--------|----------|-------|
| Nombre                   | 34       | 54     | 22       | 110   |
| %                        | 30,9 %   | 49,1 % | 20 %     | 100 % |



**Figure 7 :** Répartition du nombre total selon l'âge de diversification alimentaire

#### 1.7. Environnement :

##### a. Habitat :

73,9 %des maisons étaient bien aérées et présentaient toutes plusieurs fenêtres (au moins une fenêtre par pièce). Contre seulement 26,4 % qui avaient des habitas mal aérées.

Près de la moitié de nos patients déclaraient la présence de poussière dans leurs foyers, soit 41,8%. 14 Habitats étaient sans toit, soit 12,7%.11 se situaient à proximité d'un grand boulevard, soit 10%. Et 4 habitats avaient un chantier de travaux à proximité, soit 3,6%.

**Tableau IX :** Répartition du nombre total selon le type d'habitat

| Type d'habitat | Bien aéré | Mal aéré | Total |
|----------------|-----------|----------|-------|
| Nombre         | 81        | 29       | 110   |
| %              | 73,6 %    | 26,4 %   | 100 % |

**Tableau X :** Répartition selon la présence de poussière dans l'habitat

| Type d'habitat | Présence de poussière | Absence de poussière | Total |
|----------------|-----------------------|----------------------|-------|
| Nombre         | 46                    | 64                   | 110   |
| %              | 41,8 %                | 58,2 %               | 100 % |



**Figure 8:** Répartition du nombre total selon le type d'habitat

**b. Contact avec les animaux :**

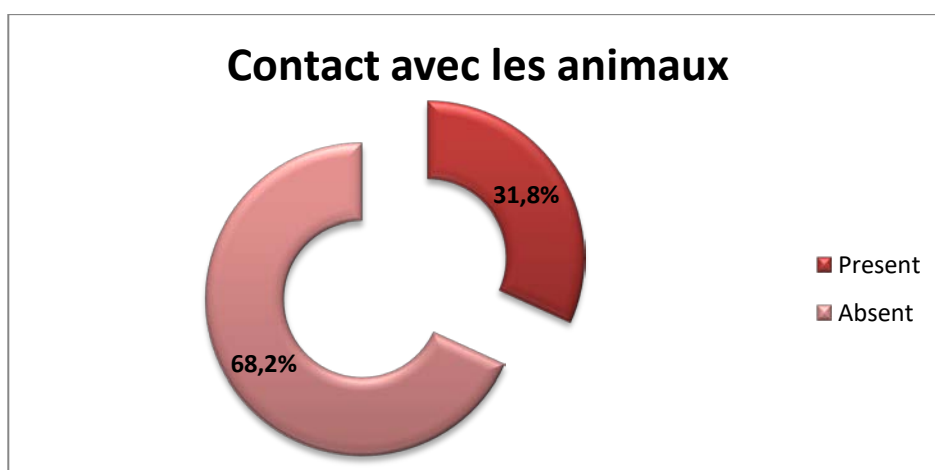
Il a été noté la présence d'un contact avec les animaux dans 35 cas pendant les premières années de vie, soit 31,8 %. Dont la plupart étaient des chats.

Dans le milieu rural, les animaux étaient surtout des animaux d'élevages.

Il a été noté seulement deux cas ayant eu un contact avec un chien, mais ceci en même temps avec un chat.

**Tableau XI :** Répartition du nombre total selon le contact avec les animaux

| Contact avec les animaux | Présent | Absent | Total |
|--------------------------|---------|--------|-------|
| Nombre                   | 35      | 75     | 110   |
| %                        | 31,8 %  | 68,2 % | 100 % |



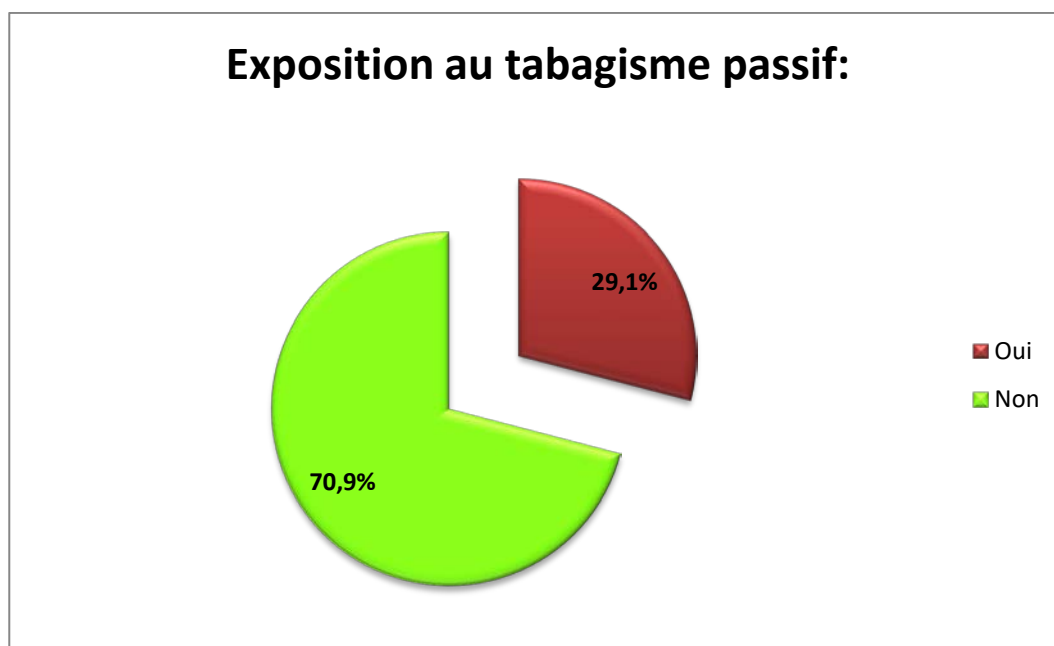
**Figure 9:** Répartition du nombre total selon le contact avec les animaux.

**c. Tabagisme passif :**

Près du tiers de nos enfants atopiques étaient exposés au tabagisme passif, soit 29 %.

**Tableau XII : Exposition au tabagisme passif**

| Exposition au tabagisme passif | Oui    | Non    | Total |
|--------------------------------|--------|--------|-------|
| Nombre                         | 32     | 78     | 110   |
| %                              | 29,1 % | 70,9 % | 100 % |



**Figure 10: Exposition au tabagisme passif**

**1.8. Les antécédents personnels d'atopie:**

L'asthme reste l'antécédent personnel le plus retrouvé chez les enfants atopiques avec 15 cas, soit 13,6%.

Il a été noté 12 cas de rhinite allergique parmi les 110 enfants, soit 10,9%.

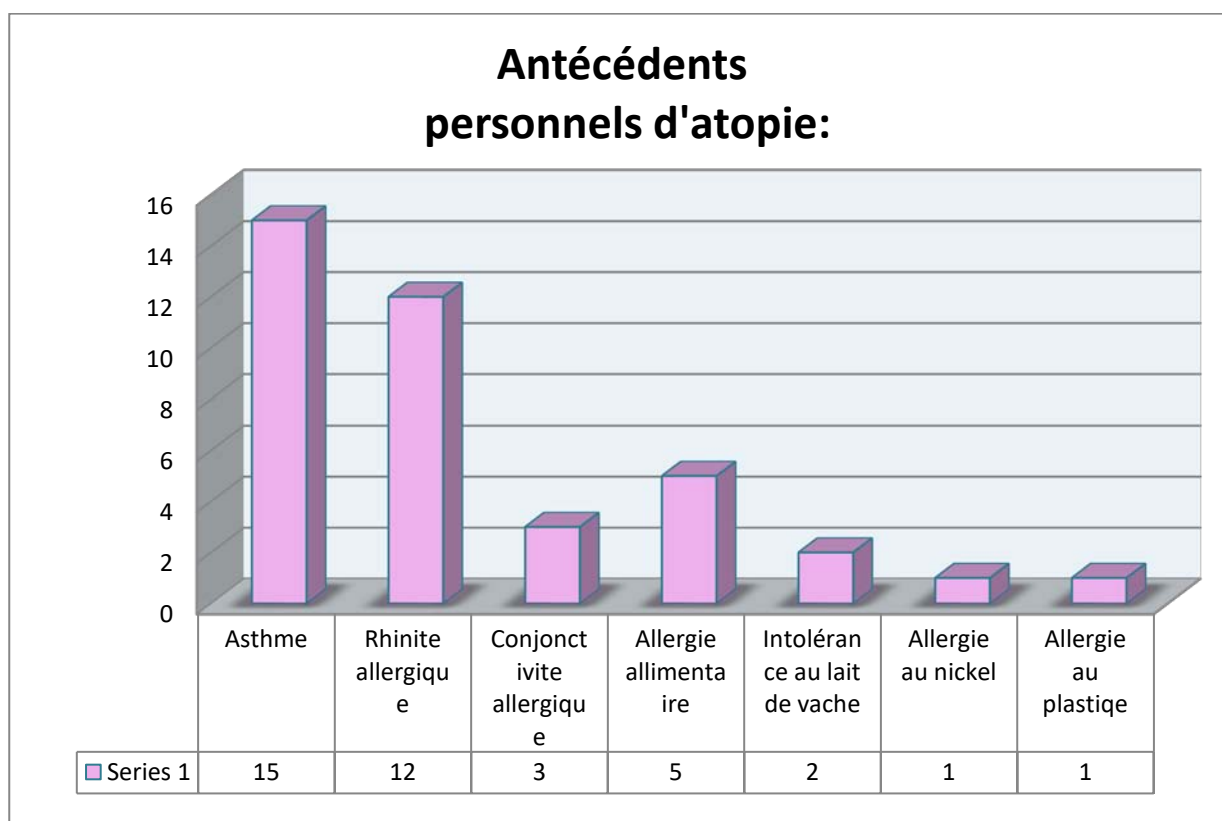
Il a été noté seulement 3 cas de conjonctivite allergique parmi les 110 enfants, soit 2,7%.

Il a été noté 7 cas d'allergie alimentaire, soit 6,3%. Dont 4 cas d'allergie aux poissons, 2 cas d'intolérance au lait de vache et un cas d'allergie à la fraise.

Il a été noté un cas d'allergie au nickel, et un cas d'allergie au plastique, soit 0,9% chacun.

**Tableau XIII : Répartition du nombre total selon les antécédents personnels d'atopie.**

| Antécédents                  | Nombres | %     |
|------------------------------|---------|-------|
| Asthme                       | 15      | 13,6% |
| Rhinite allergique           | 12      | 10,9% |
| Conjonctivite allergique     | 3       | 2,7%  |
| Allergie alimentaire         | 5       | 4,5%  |
| Intolérance au lait de vache | 2       | 1,8%  |
| Allergie au plastique        | 1       | 0,9%  |
| Allergie au nickel           | 1       | 0,9%  |



**Figure 11: Répartition du nombre total selon les antécédents personnels d'atopie**

**1.9. Antécédents familiaux d'atopie :**

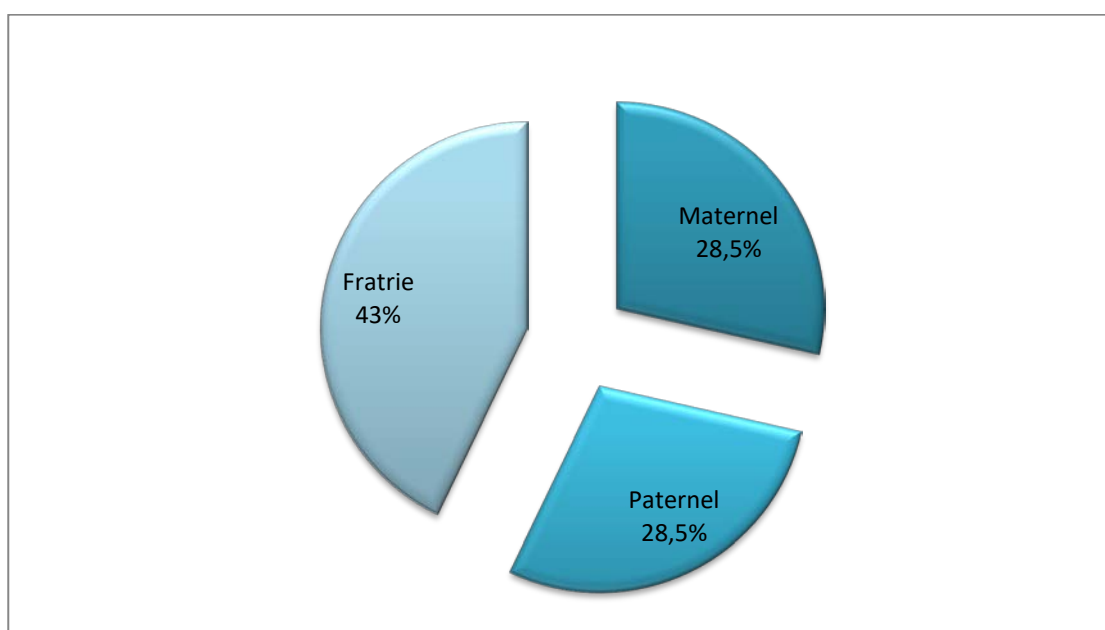
**a. L'asthme**

Une histoire familiale d'asthme a été retrouvée chez 21 enfants, soit 19 %.

Les cas d'asthmes chez la mère comme chez le père étaient de 6 cas. La fratrie quand elle représentait 9 cas, soit respectivement 28,5%, 28,5 % et 43 %.

**Tableau XIV : Répartition des cas d'asthme familial.**

| Antécédents d'asthme familiaux | Nombre | %      |
|--------------------------------|--------|--------|
| Maternel                       | 6      | 28,5 % |
| Paternel                       | 6      | 28,5 % |
| Fratrie                        | 9      | 43 %   |
| Total                          | 21     | 100 %  |



**Figure 12: Répartition des cas d'asthme familial.**

**b. Rhinite allergique :**

L'antécédent familial de rhinite allergique a été retrouvé dans 23 cas, soit 21%

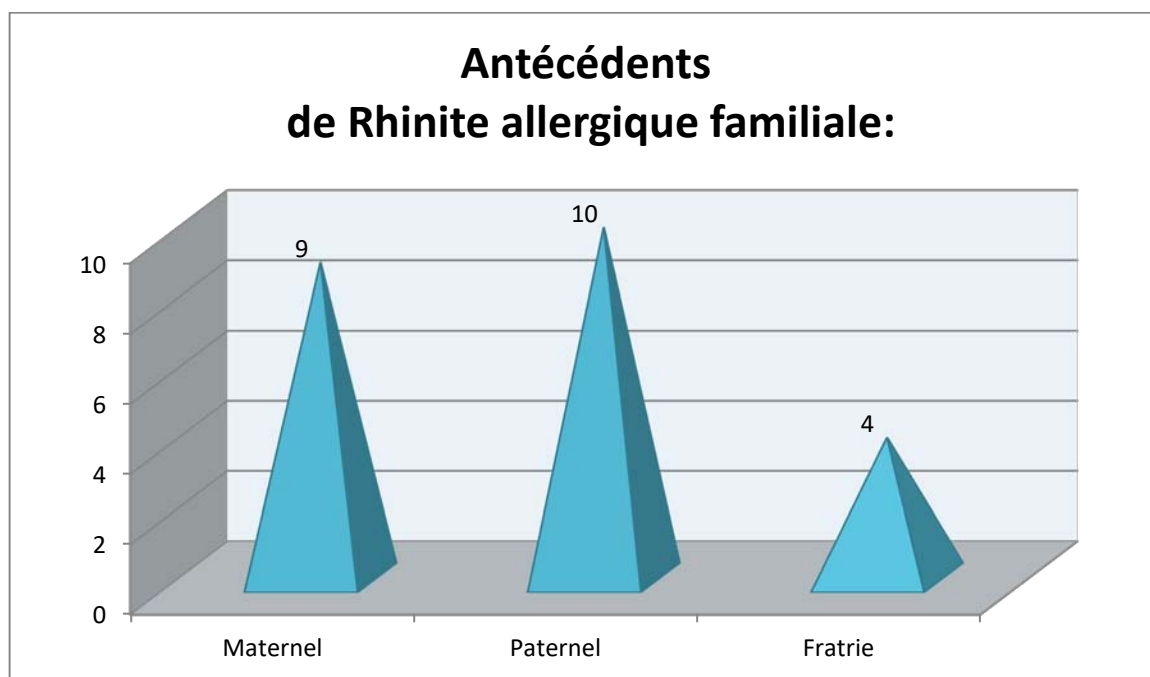
Le plus de cas ont été retrouvés chez les pères (10 cas), soit 44 %.

Il a été noté 9 cas de rhinite allergique chez la mère des enfants, soit 39 %.

Il a été noté 4 cas de rhinite allergique dans la fratrie, soit 17 %.

**Tableau XV : Répartition des cas de Rhinite allergique familiale**

| Antécédents de Rhinite allergique familiale | Nombre | %     |
|---|--------|-------|
| Rhinite allergique maternelle               | 9      | 39 %  |
| Rhinite allergique paternelle               | 10     | 44 %  |
| Rhinite allergique dans la fratrie          | 5      | 17 %  |
| Total                                       | 23     | 100 % |



**Figure 13: Répartition des cas de Rhinite allergique familiale**

**c. La conjonctivite allergique :**

Il a été noté 3 cas d'antécédents familiaux de conjonctivite allergique, soit 3%.

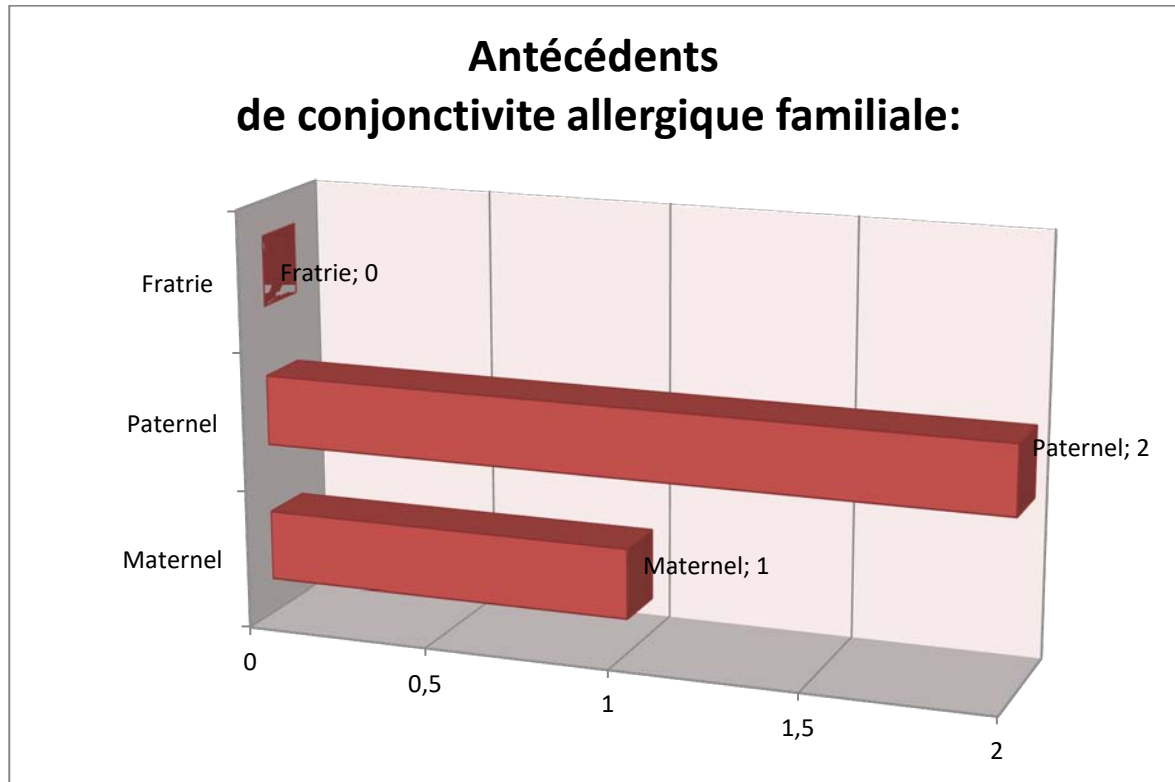
Il a été noté 2 cas de conjonctivite allergique chez les pères des enfants, soit 67 %.

Il a été noté un seul cas de conjonctivite allergique chez les mères des enfants, soit 33 %.

Par contre, il n'a été noté aucun cas de conjonctivite allergique dans la fratrie.

**Tableau XVI : Répartition des cas de conjonctivite allergique familial**

| Antécédents de conjonctivite allergique familiale | Nombre | %     |
|---|--------|-------|
| Maternel  | 1      | 33 %  |
| Paternel  | 2      | 67 %  |
| Fratrie   | 0      | 0 %   |
| Total   | 3      | 100 % |



**Figure 14:** Répartition des cas de conjonctivite allergique familiale.

**d. Dermatite atopique:**

La dermatite atopique représentait l'antécédent familial le plus retrouvé. On note que 25 des enfants avaient des antécédents familiaux de dermatite atopique sur les 110 patients, soit 23%.

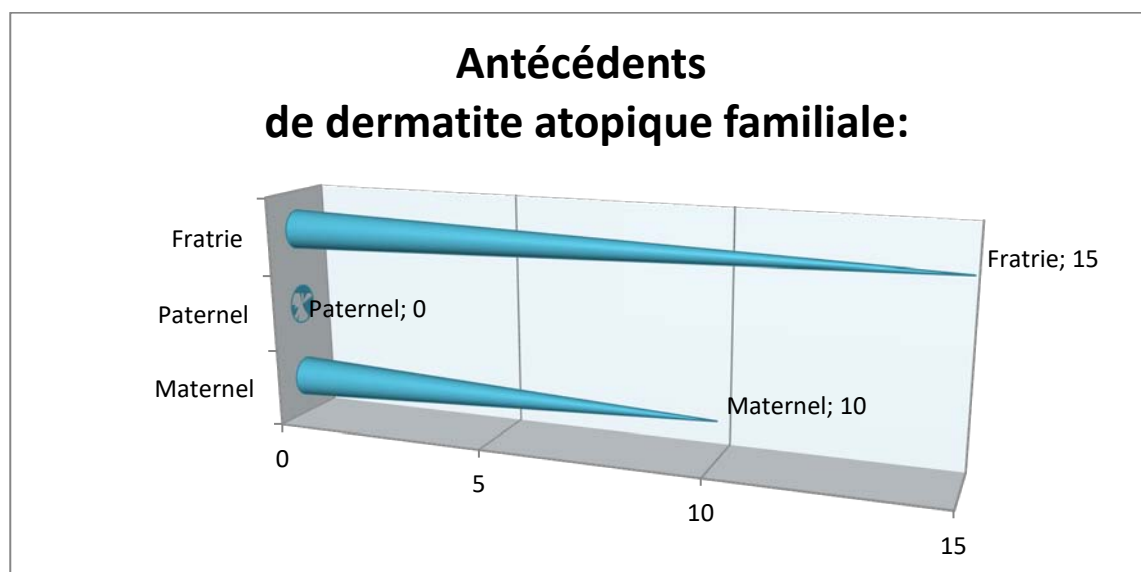
La dermatite atopique a été retrouvée essentiellement dans la fratrie. 15 cas sur les 25 retrouvés. Qui représente 60 %.

Il a été noté 10 cas chez les mères des enfants, soit 40%.

Par contre aucun cas n'a été retrouvé chez les pères.

**Tableau XVII : Répartition des cas de dermatite atopique familial.**

|              | Nombre    | %            |
|--------------|-----------|--------------|
| Maternel     | 10        | 40 %         |
| Paternel     | 0         | 0 %          |
| Fratrie      | 15        | 60 %         |
| <b>Total</b> | <b>25</b> | <b>100 %</b> |



**Figure 15:** Répartition des cas de dermatite atopique familiale.

## 2. Descriptions des cas de la DA :

### 2.1. Critères diagnostique de Hanifin et Rajka:

Tous les patients recrutés répondaient aux critères de Hanifin et Rajka. Les patients qui n'y répondaient pas ont été exclus.

### 2.2. SCORAD :

Le SCORAD moyen était de 16,47.

La médiane était de 13 avec des extrêmes entre 58 et 1.

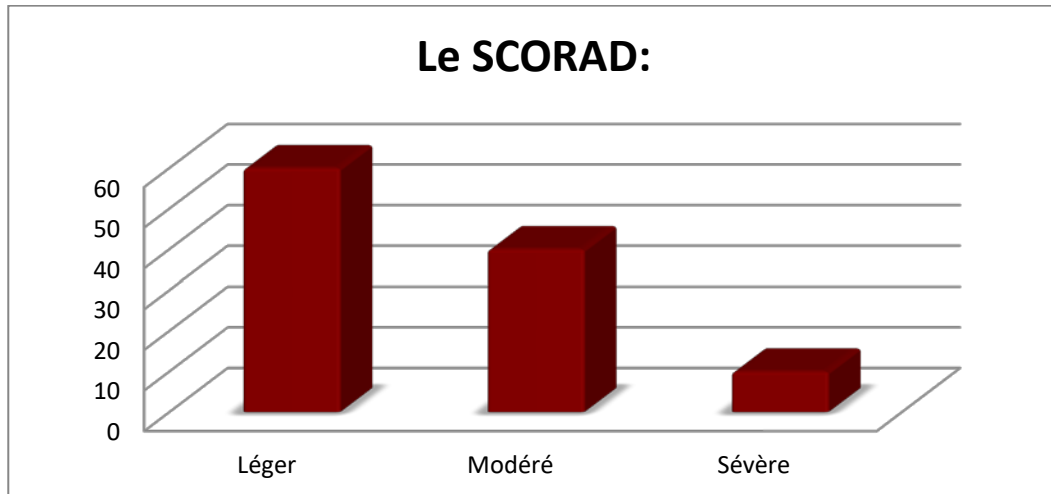
Dans près de la moitié des cas des enfants (60 cas) avaient un SCORAD léger < 15, soit 54,5 %.

40 enfants avaient un SCORAD modéré entre 15 et 40, soit 36,4 %.

Et seulement 10 des enfants avaient un SCORAD sévère > 40, soit 9,1 %.

**Tableau XVIII :** Répartition selon le score de sévérité.

| SCORAD       | Nombre     | %            |
|--------------|------------|--------------|
| < 15         | 60         | 54,5 %       |
| 15-40        | 40         | 36,4 %       |
| >40          | 10         | 9,1 %        |
| <b>Total</b> | <b>110</b> | <b>100 %</b> |



**Figure 16:** Répartition des malades selon la sévérité de la DA par le SCORAD.

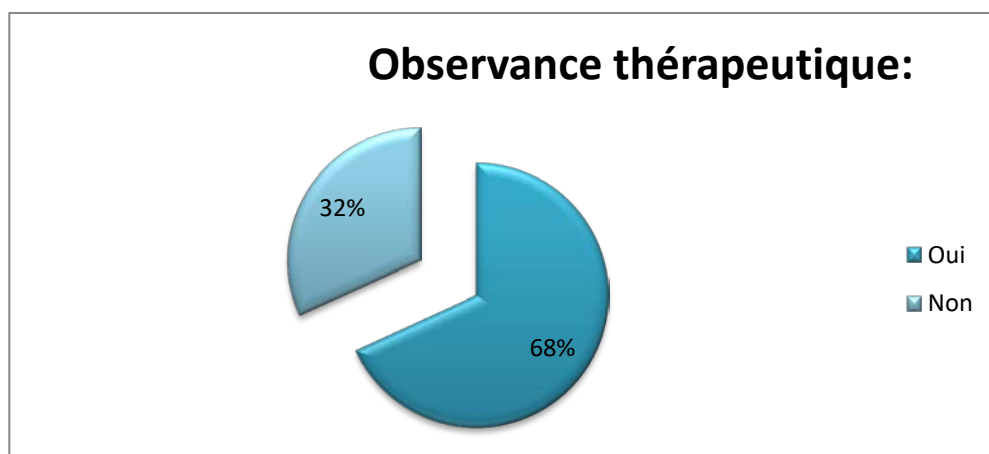
**2.3. Observance thérapeutique:**

La plupart des enfants (75 cas) avaient déjà reçu un traitement antérieur et avaient une bonne observance thérapeutique, soit 68%.

Contre 35 personnes qui déclaraient ne pas prendre de traitement régulièrement, où prenaient mal leurs traitements, soit 32%.

**Tableau XIX :** Répartition des cas selon l'observance thérapeutique.

| Observance thérapeutique | Oui  | Non  | Total |
|--------------------------|------|------|-------|
| Nombre                   | 75   | 35   | 110   |
| %                        | 68 % | 32 % | 100 % |



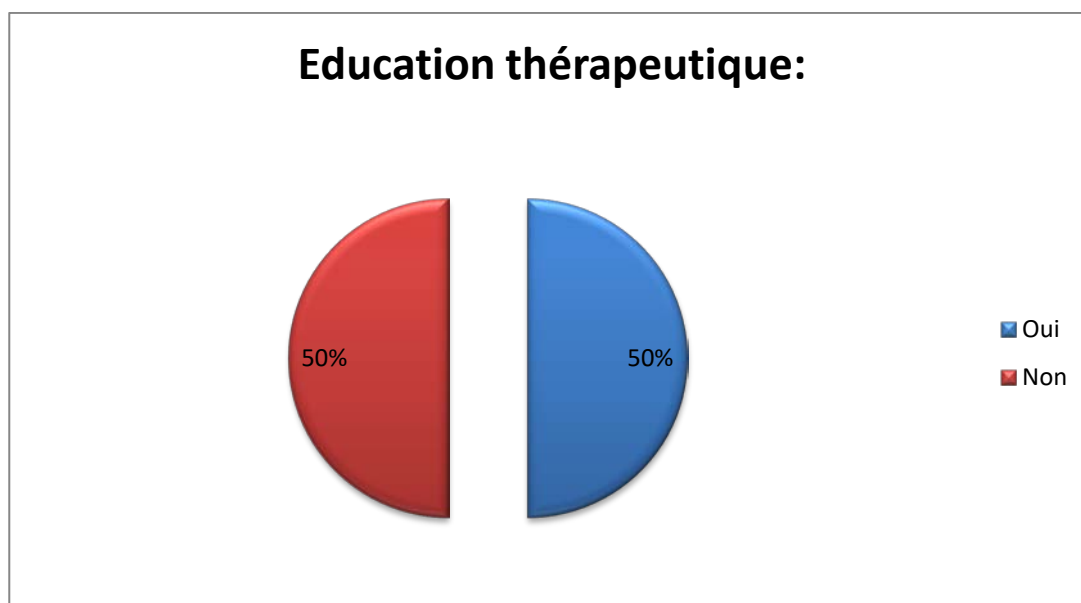
**Figure 17:** Répartition des enfants selon l'observance thérapeutique.

**2.4. Éducation thérapeutique :**

La moitié des enfants (55 cas)avaient déjà reçus une éducation thérapeutique, soit 50%.

**Tableau XX : Répartition des cas selon l'éducation thérapeutique**

| Éducation thérapeutique reçue | Oui  | Non  | Total |
|-------------------------------|------|------|-------|
| Nombre                        | 55   | 55   | 110   |
| %                             | 50 % | 50 % | 100 % |



**Figure 18: Répartition des cas selon l'éducation thérapeutique**

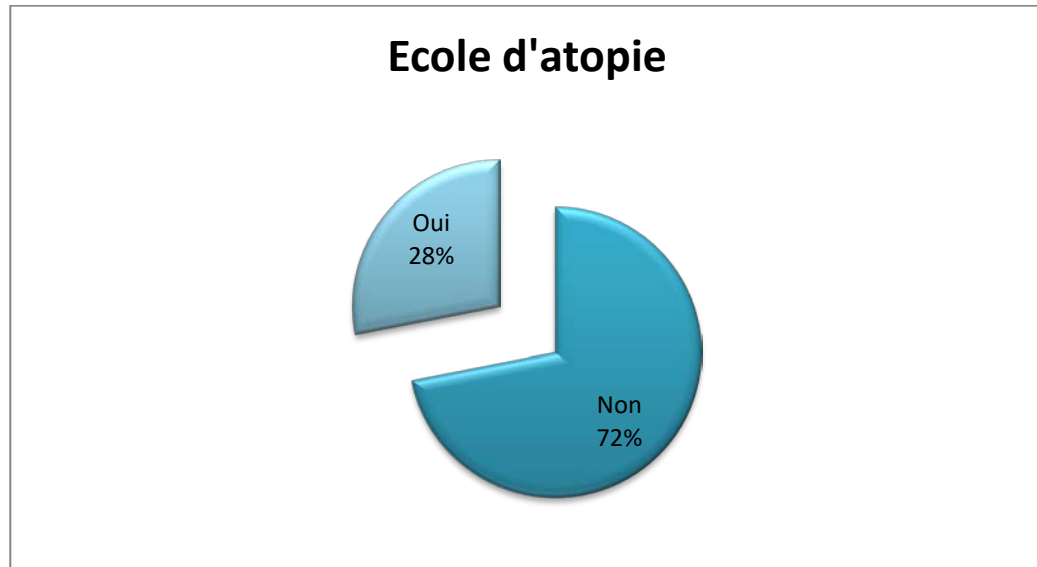
**2.5. L'école d'atopie :**

30 enfants parmi les 110 avaient participé à l'école d'atopie, soit 27 %.

80 enfants n'avaient pas participé à l'école d'atopie, soit 72%.

**Tableau XXI : Répartition des cas selon l'école d'atopie.**

| École d'atopie | Nombre | %    |
|----------------|--------|------|
| Oui            | 30     | 28 % |
| Non            | 80     | 72%  |
| Total          | 110    | 100% |



**Figure 19:** Répartition selon l'école d'atopie.

## II. Évaluation de la qualité de vie :

### 1. Échelle du CDLQI :

Le score moyen du CDLQI étaient de : 8,31

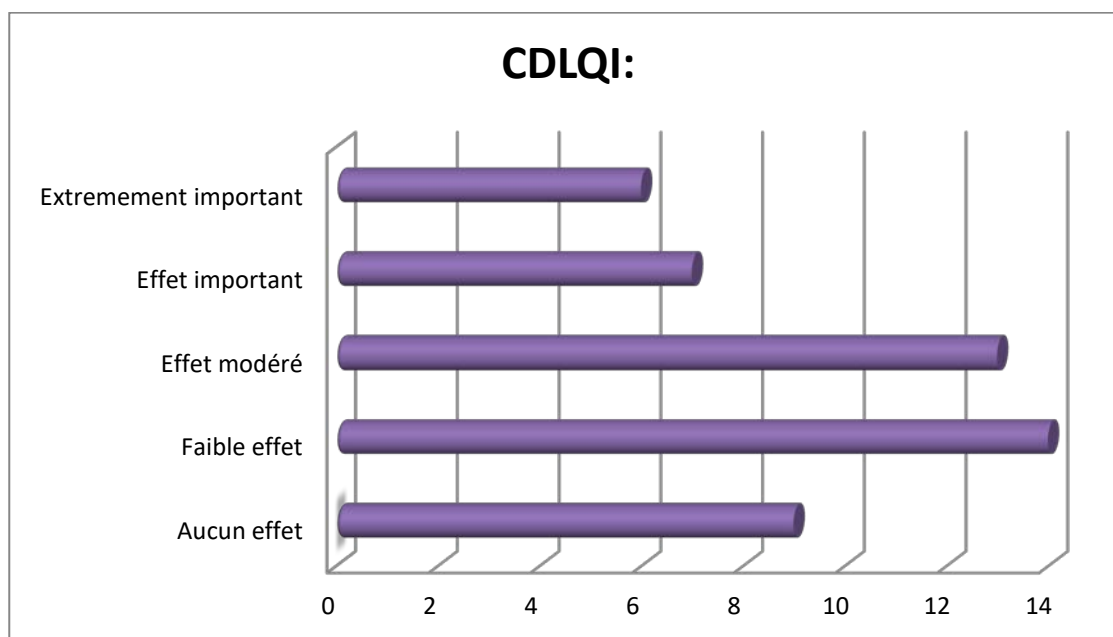
La médiane était de : 7 avec un minimum de 0 et un maximum de 23.

Parmi les 110 enfants, 49 avaient plus de 4 ans et avaient répondu au questionnaire du CDLQI.

- 14 cas estimaient que la DA avaient un faible effet sur leur qualité de vie, soit 28,6%.
- Alors que 13 patients avaient déclarés qu'elle avait un effet modéré sur leur qualité de vie, soit 26,5%.
- 9 cas estimaient que la DA n'avait aucun impact sur leur qualité de vie, soit 18,4 %
- Et 7 patients avaient déclarés que la DA avaient un effet important sur leur qualité de vie, soit 14,3 %
- Seulement 6 enfants avaient un effet extrêmement important sur leur qualité de vie, soit 12,2 %.

**Tableau XXII : Répartition des cas selon l'échelle du CDLQI**

| CDLQI   | Nombre de patients | % de patients |
|---------|--------------------|---------------|
| 0 - 1   | 9                  | 18,4 %        |
| 2 - 6   | 14                 | 28,6 %        |
| 7 - 12  | 13                 | 26,5 %        |
| 13 - 18 | 7                  | 14,3 %        |
| 19 - 30 | 6                  | 12,2 %        |
| Total   | 49                 | 100 %         |



**Figure 20:** Répartition des enfants selon l'échelle du CDLQI.

**1.1. Répartition du score selon chaque dimension du CDLQI :**

**Tableau XXIII : Score de la dimension symptôme et sentiment du CDLQI (Question 1 et 2)**

| Dimension symptôme et sentiments | Nombre | %     |
|----------------------------------|--------|-------|
| Faible Impact                    | 26     | 53 %  |
| Modéré à important               | 23     | 47 %  |
| Total                            | 49     | 100 % |

Parmi les 49 enfants, 26 avaient un faible impact sur leur qualité de vie « dimension symptômes et sentiments », soit 53 %. Et 23 enfants avaient un effet modéré à important, soit 47 %.

**Tableau XXIV : Score de la dimension loisirs du CDLQI (Question 4, 5 et 6)**

| Dimension loisirs | Nombre | %     |
|-------------------|--------|-------|
| Faible impact     | 35     | 71 %  |
| Impact modéré     | 11     | 23 %  |
| Effet important   | 3      | 6 %   |
| Total             | 49     | 100 % |

Parmi les 49 enfants, 35 avaient un faible impact sur leur qualité de vie « dimension loisirs », soit 71,4 %. 11 enfants avaient un impact modéré, soit 22,5 %. Et 3 avaient un effet important sur leurs qualités de vie, soit 6,1 %

**Tableau XXV : Score de la dimension école ou vacance du CDLQI (Question 7).**

| Dimension école ou vacance | Nombre | %     |
|----------------------------|--------|-------|
| Faible impact              | 39     | 80 %  |
| Impact modéré à important  | 10     | 20 %  |
| Total                      | 49     | 100 % |

Parmi les 49 enfants, 39 avaient un faible impact sur leur qualité de vie dimension « école ou vacance », soit 79,6 %. 10 des enfants avaient un impact modéré à important, soit 20,4 %.

**Tableau XXVI : Score de la dimension relationnelle du CDLQI (Question 3 et 8)**

| Dimension relationnelle   | Nombre | %      |
|---------------------------|--------|--------|
| Faible impact             | 38     | 77,5 % |
| Impact modéré à important | 11     | 22,5 % |
| Total                     | 49     | 100 %  |

Parmi les 49 enfants, 38 avaient un faible impact sur leur qualité de vie dimension « relationnelle », soit 77,5 %. 11 Enfants avaient un impact modéré à important, soit 22,5 %.

**Tableau XXVII : Score de la dimension sommeil du CDLQI (Question 9)**

| Dimension sommeil        | Nombre | %     |
|--------------------------|--------|-------|
| Faible effet             | 37     | 75 %  |
| Effet modéré à important | 12     | 25 %  |
| Total                    | 49     | 100 % |

Parmi les 49 enfants, 37 avaient un faible impact sur leur qualité de vie dimension « sommeil », soit 75 %. 12 enfants avaient un impact modéré à important, soit 25 %.

**Tableau XXVIII : Score de la dimension traitement du CDLQI (Question 10)**

| Dimension traitement      | Nombre | %      |
|---------------------------|--------|--------|
| Impact léger              | 34     | 69,4 % |
| Impact modéré à important | 15     | 30,6 % |
| Total                     | 49     | 100 %  |

Parmi les 49 enfants, 34 avaient un faible impact sur leur qualité de vie dimension « Traitement », soit 69,4 %. 15 enfants avaient un impact modéré à important, soit 30,6 %.

## 2. Échelle du DFI :

Le score moyen du DFI était de : 9,08

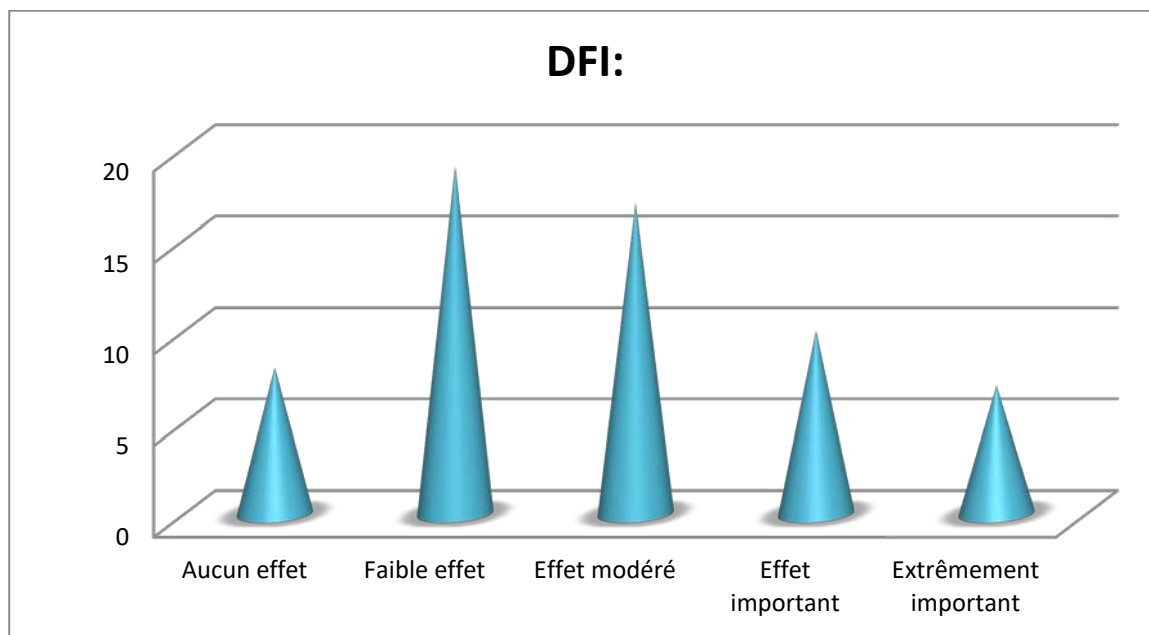
La médiane était de : 8 avec des extrêmes de 0 et 28.

Parmi les 110 enfants, 61 avaient moins de 4 ans. Ce sont leurs parents qui ont répondu au questionnaire du DFI. Parmi les 61 parents 54 étaient des mamans contre 6 pères et une grand-mère.

- 19 parents avaient déclaré que la DA de leur enfant avait un faible effet sur la qualité de vie de leurs familles, soit 31,1 %.
- Et 17 autres estimaient aussi qu'elle avait un effet modéré sur la qualité de vie de leurs familles, soit 27,9%.
- 10 parents estimaient que la DA avait un effet important sur leur qualité de vie, soit 16,4%.
- 8 cas estimaient que la DA n'avait aucun impact sur la qualité de vie de leurs familles, soit 13,1 %.
- Et seulement 7 parents avaient déclaré que la DA avait un impact extrêmement important sur la qualité de vie de leurs familles, soit 11,5%.

**Tableau XXIX : Répartition des cas selon l'échelle du DFI**

| DFI                         | Nombre | %      |
|-----------------------------|--------|--------|
| Aucun effet                 | 8      | 13,1 % |
| Faible effet                | 19     | 31,1%  |
| Effet modéré                | 17     | 27,9 % |
| Effet important             | 10     | 16,4 % |
| Effet extrêmement important | 7      | 11,5 % |
| Total                       | 61     | 100 %  |



**Figure 21: Répartition des enfants selon l'échelle du DFI.**

### III. ÉTUDE ANALYTIQUE :

#### 1. Liens entre les caractéristiques des patients avec la qualité de vie et le SCORAD:

##### 1.1. Influence sur la QDV (CDLQI) :

**Tableau XXX : Liens entre les caractéristiques des patients avec la qualité de vie (CDLQI)**

| CDLQI                       | Impact moyen à absent<br>(bonne qualité de vie) | Grand impact<br>(mauvaise qualité de vie) | T          | P            |
|-----------------------------|---|---|------------|--------------|
| <b>Age</b>                  |   |   |            |              |
| 1-24 mois                   | 0   | 0   | 0          |              |
| 24 - 72 mois                | 20 (40,8%)                                      | 3 (6,1%)                                  | 23 (46,9%) | 0,424        |
| > 72 mois                   | 21 (42,9%)                                      | 5 (10,2%)                                 | 26 (53,1%) |              |
| <b>Sexe</b>                 |   |   |            |              |
| F                           | 25 (51%)  | 7 (14,3%)                                 | 32 (65,3%) | 0,150        |
| M                           | 16 (32,7%)                                      | 1 (2%)                                    | 17 (34,7%) |              |
| <b>Origine</b>              |   |   |            |              |
| R                           | 13 (26,5%)                                      | 2 (4,1%)                                  | 15(30,6%)  | 0,532        |
| U                           | 28 (57,1%)                                      | 6 (12,2%)                                 | 34 (69,4%) |              |
| <b>Consanguinité</b>        |   |   |            |              |
| Non                         | 33 (67,3%)                                      | 5 (10,2%)                                 | 38 (77,6%) | 0,247        |
| Oui                         | 8 (16,3%)                                       | 3 (6,1%)                                  | 11 (22,4%) |              |
| <b>Allaitement maternel</b> |   |   |            |              |
| Non reçu                    | 16 (32,7%)                                      | 0   | 16 (32,7%) | <b>0,031</b> |
| Reçu                        | 25 (51%)  | 8 (16,3%)                                 | 33 (67,3%) |              |
| <b>Allaitement exclusif</b> |   |   |            |              |
| Non                         | 23 (46,9%)                                      | 2 (4,1%)                                  | 25 (51%)   | 0,110        |
| Oui                         | 18 (36,7%)                                      | 6 (12,2%)                                 | 24 (49%)   |              |
| <b>Diversification</b>      |   |   |            |              |
| <6 mois                     | 11 (22,4%)                                      | 2 (4,1%)                                  | 13 (26,5%) |              |
| à 6 mois                    | 24 (49%)  | 5 (10,2%)                                 | 29 (59,2%) | -            |
| >6 mois                     | 6 (12,2%)                                       | 1 (2%)                                    | 7 (14,3%)  |              |

**Tableau XXXI : Liens entre les caractéristiques des patients  
avec la qualité de vie (CDLQI) « suite »**

| CDLQI                           | Impact moyen à absent<br>(bonne qualité de vie) | Grand impact<br>(mauvaise qualité de vie) | T          | P     |
|---------------------------------|---|---|------------|-------|
| <b>Habitat aéré</b>             |   |   |            |       |
| Oui                             | 32 (65,3%)                                      | 5 (10,2%)                                 | 37 (75,5%) | 0,300 |
| Non                             | 9 (18,4%)                                       | 3 (6,1%)                                  | 12 (24,5%) |       |
| <b>Poussière</b>                |   |   |            |       |
| Oui                             | 16 (32,7%)                                      | 3 (6,1%)                                  | 19 (38,8%) | 0,630 |
| Non                             | 25 (51%)  | 5 (10,2%)                                 | 30 (61,2%) |       |
| <b>Tabagisme passif</b>         |   |   |            |       |
| Oui                             | 12 (24,5%)                                      | 2 (4,1%)                                  | 14 (28,6%) | 0,588 |
| Non                             | 29 (59,2%)                                      | 6 (12,2%)                                 | 35 (71,4%) |       |
| <b>Contact avec les animaux</b> |   |   |            |       |
| Oui                             | 12 (24,5%)                                      | 2 (4,1%)                                  | 14 (28,6%) | -     |
| Non                             | 29 (59,2%)                                      | 6 (12,2%)                                 | 35 (71,4%) |       |

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'allaitement maternel et la QDV (CDLQI), mais il n'existe aucun lien avec les autres caractéristiques des patients.

2.1. Influence sur la QDV (DFI) :**Tableau XXXII : Liens entre les caractéristiques des patients avec la qualité de vie (DFI)**

| DFI                             | Impact moyen a absent<br>(bonne qualité de vie) | Grand impact<br>(mauvaise qualité de vie) | T          | P     |
|---------------------------------|---|---|------------|-------|
| <b>Age</b>                      |   |   |            |       |
| 1-24 mois                       | 18 (29,5%)                                      | 7 (11,5%)                                 | 25 (41%)   | 0,090 |
| 24 - 72 mois                    | 32 (52,5%)                                      | 4 (6,6%)                                  | 36 (59%)   |       |
| <b>Sexe</b>                     |   |   |            |       |
| F                               | 23 (37,7%)                                      | 2 (3,3%)                                  | 25 (41%)   | 0,084 |
| M                               | 27 (44,3%)                                      | 9 (14,8%)                                 | 36 (59%)   |       |
| <b>Origine</b>                  |   |   |            |       |
| R                               | 22 (36,1%)                                      | 1 (1,6%)                                  | 23 (37,7%) | 0,029 |
| U                               | 28 (45,9%)                                      | 10 (16,4%)                                | 38 (62,3%) |       |
| <b>Consanguinité</b>            |   |   |            |       |
| Non                             | 41 (67,2%)                                      | 10 (16,4%)                                | 51 (83,6%) | 0,420 |
| Oui                             | 9 (14,8%)                                       | 1 (1,6%)                                  | 10 (16,4%) |       |
| <b>Allaitement maternel</b>     |   |   |            |       |
| Non reçu                        | 8 (13,1%)                                       | 1 (1,6%)                                  | 9 (14,8%)  | 0,485 |
| Reçu                            | 42 (68,9%)                                      | 10 (16,4%)                                | 52 (85,2%) |       |
| <b>Allaitement exclusif</b>     |   |   |            |       |
| Non                             | 17 (27,9%)                                      | 5 (8,2%)                                  | 22 (36,1%) | 0,350 |
| Oui                             | 33 (54,1%)                                      | 6 (9,8%)                                  | 39 (63,9%) |       |
| <b>Habitat aéré</b>             |   |   |            |       |
| Non                             | 14 (23%)  | 3 (4,9%)                                  | 17 (27,9%) | 0,638 |
| Oui                             | 36 (59%)  | 8 (13,1%)                                 | 44 (72,1%) |       |
| <b>Poussière</b>                |   |   |            |       |
| Non                             | 28 (45,9%)                                      | 6 (9,8%)                                  | 34 (55,7%) | 0,594 |
| Oui                             | 22 (36,1%)                                      | 5 (8,2%)                                  | 27 (44,3%) |       |
| <b>Tabagisme passif</b>         |   |   |            |       |
| Non                             | 36 (59%)  | 7 (11,5%)                                 | 43 (70,5%) | 0,414 |
| Oui                             | 14 (23%)  | 4 (6,6%)                                  | 18 (29,5%) |       |
| <b>Contact avec les animaux</b> |   |   |            |       |
| Non                             | 32 (52,5%)                                      | 8 (13,1%)                                 | 40 (65,6%) | 0,430 |
| Oui                             | 18 (29,5%)                                      | 3 (4,9%)                                  | 21 (34,4%) |       |

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'origine des enfants et la QDV (DFI), mais il n'existe aucun lien avec les autres caractéristiques des patients.

3.1. Influence sur la gravité SCORAD :

Tableau XXXIII : Liens entre les caractéristiques des patients avec la gravité de la DA (SCORAD)

| SCORAD                                  | Impact léger à modéré | Impact modéré à sévère | T          | P     |
|---|-----------------------|------------------------|------------|-------|
| <b>Age</b>                              |                       |                        |            |       |
| 2-24 mois                               | 13 (11,8%)            | 12 (10,9%)             | 25 (22,7%) | 0,055 |
| 24 - 72 mois                            | 46 (41,8%)            | 13 (11,8%)             | 59 (52,6%) |       |
| > 72 mois                               | 19 (17,3%)            | 7 (6,4%)               | 26 (23,6%) |       |
| <b>Sexe</b>                             |                       |                        |            |       |
| F                                       | 42 (38,2%)            | 15 (13,6%)             | 57 (51,8%) | 0,325 |
| M                                       | 36 (36,7%)            | 17 (15,5%)             | 53 (48,2%) |       |
| <b>Origine</b>                          |                       |                        |            |       |
| R                                       | 27 (24,5%)            | 11 (10%)               | 38 (34,5%) | 0,581 |
| U                                       | 51 (46,4%)            | 21 (19,1%)             | 72 (65,5%) |       |
| <b>Consanguinité</b>                    |                       |                        |            |       |
| Non                                     | 65 (59,1%)            | 24 (21,8%)             | 89 (80,9%) | 0,226 |
| Oui                                     | 13 (11,8%)            | 8 (7,3%)               | 21 (19,1%) |       |
| <b>Allaitement maternel</b>             |                       |                        |            |       |
| Non reçu                                | 21 (19,1%)            | 4 (3,6%)               | 25 (22,7%) | 0,079 |
| Reçu                                    | 57 (51,8%)            | 28 (25,5%)             | 85 (77,3%) |       |
| <b>Allaitement Exclusif &lt; 6 mois</b> |                       |                        |            |       |
| Oui                                     | 36 (32,7%)            | 11 (10%)               | 47 (42,7%) | 0,179 |
| NON                                     | 42 (38,2%)            | 21 (19,1%)             | 63 (57,3%) |       |
| <b>Diversification</b>                  |                       |                        |            |       |
| <6 mois                                 | 24 (21,8%)            | 10 (9,1%)              | 34 (30,9%) | 0,978 |
| à 6 mois                                | 38 (34,5%)            | 16 (14,5%)             | 54 (49,1%) |       |
| >6 mois                                 | 16 (14,5%)            | 6 (5,5%)               | 22 (20%)   |       |
| <b>Habitat aéré</b>                     |                       |                        |            |       |
| Non                                     | 18 (16,4%)            | 11 (10%)               | 29 (26,4%) | 0,163 |
| Oui                                     | 60 (54,5%)            | 21 (19,1%)             | 81 (73,6%) |       |
| <b>Poussière</b>                        |                       |                        |            |       |
| Non                                     | 48 (43,6%)            | 16 (14,5%)             | 64 (58,2%) | 0,183 |
| Oui                                     | 30 (27,3%)            | 16 (14,5%)             | 46 (41,8%) |       |
| <b>Tabagisme passif</b>                 |                       |                        |            |       |
| Oui                                     | 57 (51,8%)            | 21 (19,1%)             | 78 (70,9%) | 0,288 |
| Non                                     | 21 (19,1%)            | 11 (10%)               | 32 (29,1%) |       |
| <b>Contact avec les animaux</b>         |                       |                        |            |       |
| Non                                     | 56 (50,9%)            | 19 (17,3%)             | 75 (68,2%) | 0,148 |
| Oui                                     | 22 (20%)              | 13 (11,8%)             | 35 (31,8%) |       |

Il n'existe aucun lien statistiquement significatif entre le SCORAD et les autres caractéristiques des patients.

## 2. Liens entre les antécédents des patients avec la qualité de vie et le SCORAD:

### 2.1. Liens entre QDV (CDLQI) et les antécédents d'atopie :

Tableau XXXIV : Liens entre les antécédents des patients avec la qualité de vie (CDLQI)

| CDLQI                                       | Bonne QDV  | Mauvaise QDV | Total       | p     |
|---|------------|--------------|-------------|-------|
| <b>Asthme personnel</b>                     |            |              |             |       |
| Non   | 37 (75,5%) | 6 (12,2%)    | 43 (87,8%)  | 0,250 |
| Oui   | 4 (8,2%)   | 2 (4,1%)     | 6 (12,2%)   |       |
| <b>Rhinite allergique personnelle</b>       |            |              |             |       |
| Non   | 37 (75,5%) | 8 (16,3%)    | 45 (91,8%)  | 0,120 |
| Oui   | 3 (6,1%)   | 1 (2,1%)     | 4 (8,2%)    |       |
| <b>Conjonctivite allergique personnelle</b> |            |              |             |       |
| Non   | 39 (79,6%) | 8 (16,3%)    | 47 (95,9%)  | 0,697 |
| Oui   | 2 (4,1%)   | 0            | 2 (4,1%)    |       |
| <b>Allergie</b>                             |            |              |             |       |
| Non   | 38 (77,6%) | 8 (16,3%)    | 46 (93,9%)  | 0,579 |
| Oui   | 3 (6,1%)   | 0            | 3 (6,1%)    |       |
| <b>Asthme familial</b>                      |            |              |             |       |
| Non   | 37 (75,5%) | 5 (10,2%)    | 42 (85,7%)  | 0,075 |
| Oui   | 4 (8,2%)   | 3 (6,1%)     | 7 (14,3%)   |       |
| <b>Rhinite allergique familiale</b>         |            |              |             |       |
| Non   | 33 (67,3%) | 4 (8,2%)     | 37 (75,5%)  | -     |
| Oui   | 8 (16,3%)  | 4 (8,2%)     | 12 (24,5 %) |       |
| <b>DA familiale</b>                         |            |              |             |       |
| Non   | 34 (69,4%) | 6 (12,2%)    | 40 (81,6%)  | -     |
| Oui   | 7 (14,2%)  | 2 (4,1%)     | 9 (18,3%)   |       |

Il n'existe aucun lien statistiquement significatif entre les antécédents d'atopie et la QDV (CDLQI).

## 2.2. Liens entre QDV (DFI) et les antécédents d'atopie :

Tableau XXXV : Liens entre les antécédents des patients avec la qualité de vie (DFI)

| DFI   | Bonne QDV  | Mauvaise QDV | Total      | p     |
|---|------------|--------------|------------|-------|
| <b>Asthme personnel</b>                     |            |              |            |       |
| Non   | 41 (67,2%) | 11 (18%)     | 52 (85,2%) | 0,144 |
| Oui   | 9 (14,8%)  | 0 (0%)       | 9 (14,8%)  |       |
| <b>Rhinite allergique personnelle</b>       |            |              |            |       |
| Non   | 42 (68,9%) | 11 (18%)     | 53 (86,9%) | 0,182 |
| Oui   | 8 (13,1%)  | 0 (0%)       | 8 (13,1%)  |       |
| <b>Conjonctivite allergique personnelle</b> |            |              |            |       |
| Non   | 49 (80,3%) | 11 (18%)     | 60 (98,4%) | 0,820 |
| Oui   | 1 (1,6%)   | 0 (0%)       | 1 (1,6%)   |       |
| <b>Allergie</b>                             |            |              |            |       |
| Non   | 45 (73,8%) | 10 (16,4%)   | 55 (90,2%) | 0,706 |
| Oui   | 5 (8,2%)   | 1 (1,6%)     | 6 (9,8%)   |       |
| <b>Asthme familial</b>                      |            |              |            |       |
| Non   | 42 (68,9%) | 7 (11,5%)    | 49 (80,3%) | -     |
| Oui   | 8 (13,1%)  | 4 (6,5%)     | 12 (19,7%) |       |
| <b>Rhinite allergique familiale</b>         |            |              |            |       |
| Non   | 45 (73,8%) | 10 (16,4%)   | 55 (90,2%) | -     |
| Oui   | 5 (8,2%)   | 1 (1,6%)     | 6 (9,8%)   |       |
| <b>Conjonctivite allergique familiale</b>   |            |              |            |       |
| Non   | 48 (78,7%) | 10 (16,4%)   | 58 (95,1%) | 0,455 |
| Oui   | 2 (3,3%)   | 1 (1,6%)     | 3 (4,9%)   |       |
| <b>DA familiale</b>                         |            |              |            |       |
| Non   | 36 (59%)   | 10 (16,4%)   | 46 (75,4%) | 0,178 |
| Oui   | 14 (23%)   | 1 (1,6%)     | 15 (24,6%) |       |

Il n'existe aucun lien statistiquement significatif entre les antécédents d'atopie et la QDV (DFI).

2.3. Liens entre gravité SCORAD et les antécédents d'atopie :

Tableau XXXVI : Liens entre les antécédents des patients avec le SCORAD

| SCORAD  | Impact léger<br>a modéré | Impact modéré a<br>sévère | Total       | p     |
|---|--------------------------|---------------------------|-------------|-------|
| <b>Asthme personnel</b>                         |                          |                           |             |       |
| Non   | 69 (62,7%)               | 26 (23,6%)                | 95 (86,4%)  | 0,239 |
| Oui   | 9 (8,2%)                 | 6 (5,5%)                  | 15 (13,6%)  |       |
| <b>Rhinite allergique<br/>personnelle</b>       |                          |                           |             |       |
| Non   | 69 (62,7%)               | 29 (26,4%)                | 98 (89,1%)  | 0,518 |
| Oui   | 9 (8,2%)                 | 3 (2,7%)                  | 12 (10,9%)  |       |
| <b>conjonctivite allergique<br/>personnelle</b> |                          |                           |             |       |
| Non   | 75 (68,2%)               | 32 (29,1%)                | 107 (97,3%) | 0,352 |
| Oui   | 3 (2,7%)                 | 0 (0%)                    | 3 (2,7%)    |       |
| <b>Allergie</b>                                 |                          |                           |             |       |
| Non   | 71 (64,5%)               | 30 (27,3%)                | 101 (91,8%) | 0,483 |
| Oui   | 7 (6,4%)                 | 2 (1,8%)                  | 9 (8,2%)    |       |
| <b>Asthme familial</b>                          |                          |                           |             |       |
| Non   | 66 (60%)                 | 25 (22,7%)                | 91 (82,7%)  | 0,652 |
| Oui   | 12 (10,9%)               | 7 (6,4%)                  | 19 (17,3%)  |       |
| <b>Rhinite allergique<br/>familiale</b>         |                          |                           |             |       |
| Non   | 67 (60,9%)               | 25 (22,7%)                | 92 (83,6%)  | 0,134 |
| Oui   | 11 (10%)                 | 7 (6,4%)                  | 18 (6,4%)   |       |
| <b>Conjonctivite allergique<br/>familiale</b>   |                          |                           |             |       |
| Non   | 78 (70,9%)               | 29 (26,4%)                | 107 (97,3%) | 0,023 |
| Oui   | 0 (0%)                   | 3 (9,4%)                  | 3 (2,7%)    |       |
| <b>DA familiale</b>                             |                          |                           |             |       |
| Non   | 61 (55,5%)               | 25 (22,7%)                | 86(78,2%)   | 0,806 |
| Oui   | 17 (15,4%)               | 7 (6,4%)                  | 24(21,8%)   |       |

Il existe un lien statistiquement significatif entre le SCORAD et les antécédents familiaux de conjonctivite allergique. Par contre il n'existe aucun lien avec les autres antécédents d'atopie.

### 3. Liens entre la prise en charge des patients avec la qualité de vie et le SCORAD:

#### 3.1. Observance thérapeutique :

**Tableau XXXVII : Liens entre l'observance thérapeutique avec la qualité de vie et le SCORAD**

| Observance thérapeutique | Mauvaise   | Bonne      | Total      | p            |
|--------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| <b>SCORAD</b>            |            |            |            |              |
| Léger a modéré           | 19 (17,3%) | 59 (53,6%) | 35 (31,8%) | <b>0,009</b> |
| Modéré a sévère          | 16 (14,5%) | 16 (14,5)  | 75 (68,2%) |              |
| <b>CDLQI</b>             |            |            |            |              |
| Bonne QDV                | 7 (14,3%)  | 34 (69,4%) | 41 (83,7%) | <b>0,015</b> |
| Mauvaise QDV             | 5 (10,2)   | 3 (6,1%)   | 8 (16,3%)  |              |
| <b>DFI</b>               |            |            |            |              |
| Bonne QDV                | 16 (26,2%) | 34 (55,7%) | 50 (82%)   | 0,055        |
| Mauvaise QDV             | 7 (11,5%)  | 4 (6,6%)   | 11 (18%)   |              |

Il existe un lien statistiquement significatif entre le SCORAD et le CDLQI avec l'observance thérapeutique.

Par contre il n'existe aucun lien avec le DFI.

#### 3.2. Éducation thérapeutique :

**Tableau XXXVIII : Liens entre l'éducation thérapeutique avec la qualité de vie et le SCORAD**

| Éducation thérapeutique | Reçue      | Non reçue  | Total      | p            |
|-------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| <b>SCORAD</b>           |            |            |            |              |
| Léger a modéré          | 46 (41,8%) | 32 (29,1%) | 78 (70,9%) | <b>0,003</b> |
| Modéré a sévère         | 9 (8,2%)   | 23 (20,9%) | 32 (29,1%) |              |
| <b>CDLQI</b>            |            |            |            |              |
| Bonne QDV               | 22 (44,9%) | 19 (38,8%) | 41 (83%)   | 0,136        |
| Mauvaise QDV            | 2 (4,1%)   | 6 (12,2%)  | 8 (16,3%)  |              |
| <b>DFI</b>              |            |            |            |              |
| Bonne QDV               | 29 (47,5%) | 21 (34,4%) | 50 (82%)   | <b>0,018</b> |
| Mauvaise QDV            | 2 (3,3%)   | 9 (14,8%)  | 11 (18%)   |              |

Il existe un lien statistiquement significatif entre le SCORAD et le DFI avec l'éducation thérapeutique.

Par contre il n'existe aucun lien entre le CDLQI et l'éducation thérapeutique.

### 3.3. École d'atopie :

**Tableau XXXIX : Liens entre l'école d'atopie avec la qualité de vie et le SCORAD**

| École d'atopie  | Non        | Oui        | Total      | p            |
|-----------------|------------|------------|------------|--------------|
| <b>SCORAD</b>   |            |            |            |              |
| Leger a modéré  | 49 (44,5%) | 29 (26,4%) | 78 70,9%   | <b>0,000</b> |
| Modéré a sévère | 31 (28,2%) | 1 (0,9%)   | 32 (29,1%) |              |
| <b>CDLQI</b>    |            |            |            |              |
| Bonne QDV       | 27 (55,1%) | 14 (28,6%) | 41 (83,7%) | 0,052        |
| Mauvaise QDV    | 8 (16,3%)  | 0 (0%)     | 8 (16,3%)  |              |
| <b>DFI</b>      |            |            |            |              |
| Bonne QDV       | 34 (55,7%) | 16 (26,2%) | 50 (82%)   | <b>0,024</b> |
| Mauvaise QDV    | 11 (18%)   | 0 (0%)     | 11 (18%)   |              |

Il existe un lien statistiquement significatif entre le SCORAD et le DFI avec l'école d'atopie.

Par contre il n'existe aucun lien entre le CDLQI et l'école d'atopie.

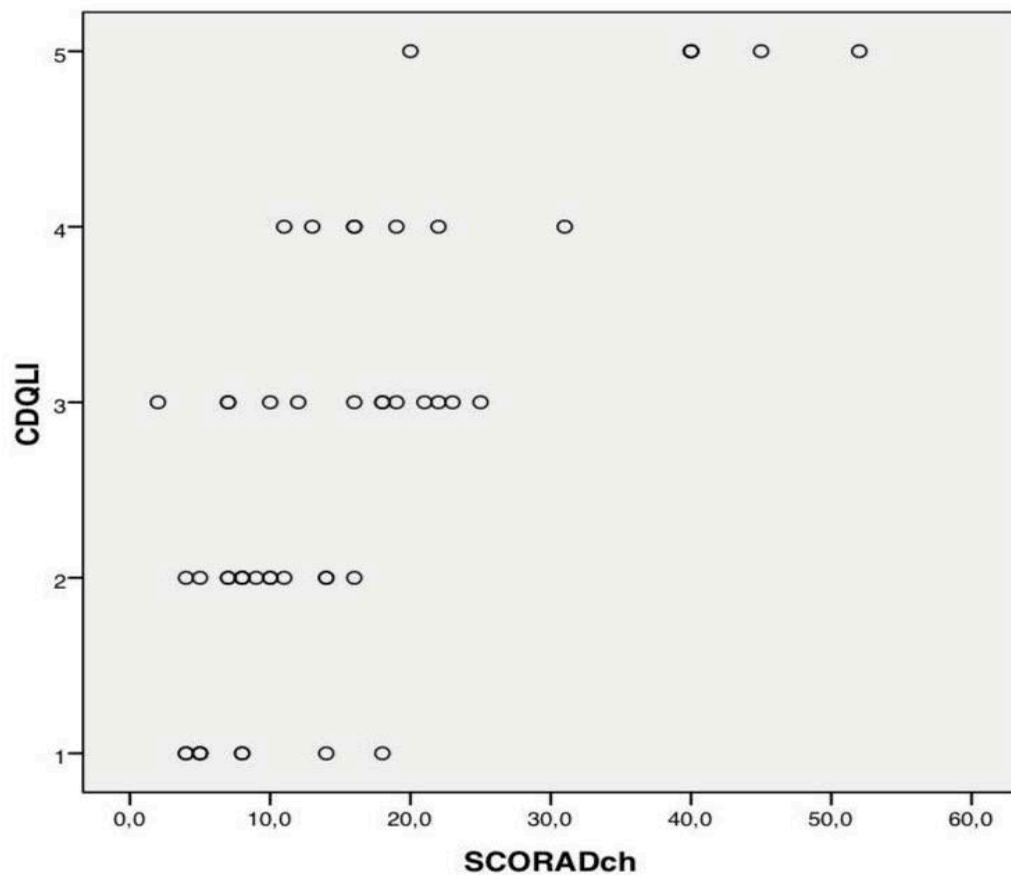
## 4. Corrélation entre les échelles du CDLQI et DFI avec le SCORAD :

### 4.1. Corrélation entre le CDLQI et le SCORAD :

**Tableau XL : Corrélation entre la qualité de vie (CDLQI) et le SCORAD**

| SCORE  | Coefficient de corrélation          | SCORAD                         | CDLQI                          |
|--------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| SCORAD | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) | 1                              | <b>0,781**</b><br><b>0,000</b> |
| CDLQI  | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) | <b>0,781**</b><br><b>0,000</b> | 1                              |

\*\* La corrélation est significative au niveau de 0,01 (2-tailed)



**Figure 22 : Corrélation entre le CDLQI et SCORAD**

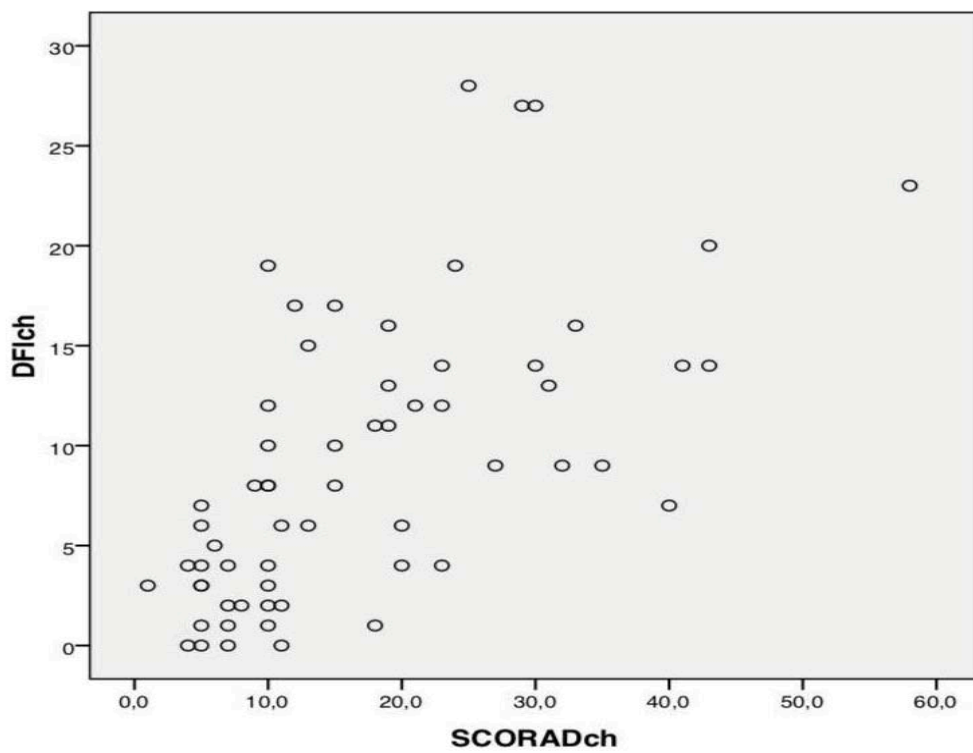
Il existe une corrélation entre l'échelle du CDLQI et la gravité (SCORAD)

**4.2. Corrélation entre DFI et SCORAD :**

**Tableau XLI : Corrélation entre la qualité de vie (DFI) et le SCORAD**

| SCORE  | Coefficient de corrélation             | SCORAD                         | DFI                            |
|--------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| SCORAD | Pearson Correlation<br>Sig. (2-tailed) | 1                              | <b>0,645**</b><br><b>0,000</b> |
| DFI    | Pearson Correlation<br>Sig. (2-tailed) | <b>0,646**</b><br><b>0,000</b> | 1                              |

**\*\*.** La corrélation est significative niveau de 0,01 (2-tailed)



**Figure 23 : Corrélation entre DFI et SCORAD**

Il existe une corrélation entre l'échelle du DFI et la gravité (SCORAD)



---

## ***DISCUSSION***

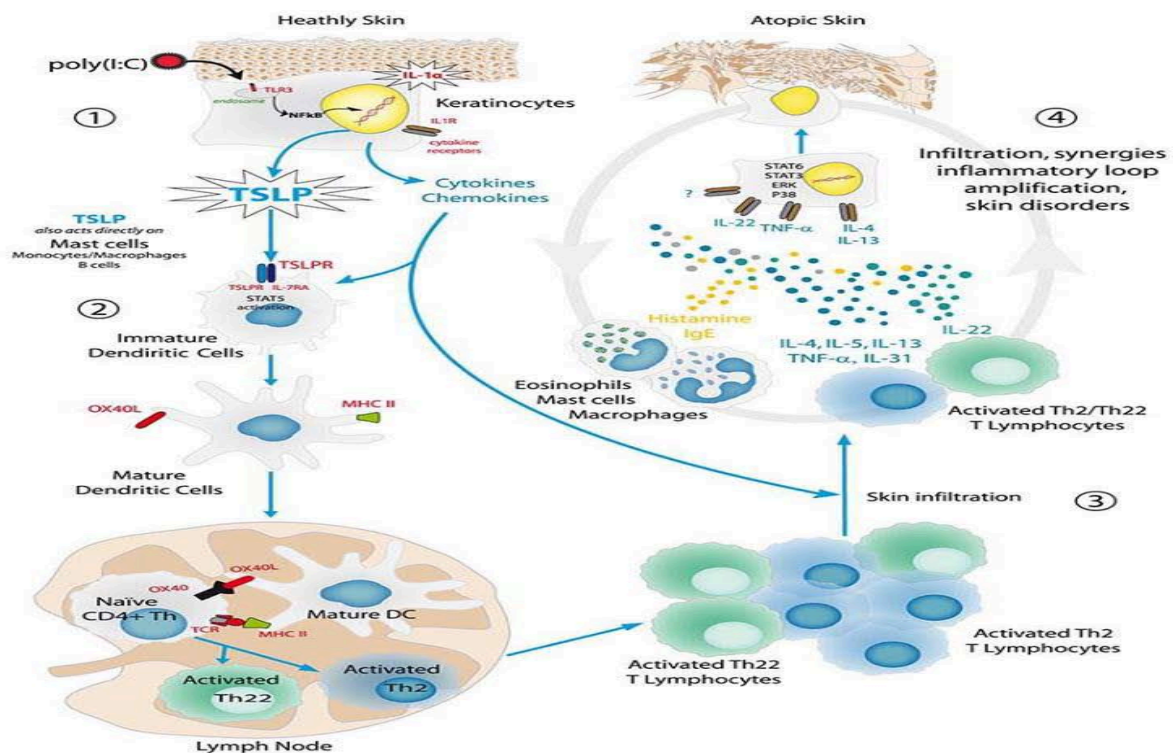
---



## I. Généralité :

La Dermatite Atopique (DA) (ou eczéma constitutionnel) est une affection inflammatoire prurigineuse chronique commune chez l'enfant et l'adulte jeune, qui est sous la dépendance de facteurs héréditaires mais dont l'augmentation de prévalence au cours des dernières décennies s'explique préférentiellement par l'influence de facteurs environnementaux encore mal compris.

## II. Physiopathologie :



**Figure 24 : Physiopathologie de la dermatite atopique**

La DA correspond au développement d'une réponse immunitaire impliquant les Ag, les cellules présentatrices d'Ag du groupe des cellules dendritiques (CD) et les lymphocytes de type T spécifiques. (3) et qui résulte de l'interaction entre :

- Des anomalies constitutionnelles de la barrière cutanée liées à une prédisposition génétique;
- Une hyperréactivité du système immunitaire ;

- Des facteurs environnementaux et inflammatoires qui restent néanmoins encore mal compris (27) (un individu même sensibilisé développera les lésions d'eczéma en fonction de facteurs psychologiques, physiques, chimiques et alimentaires) (3).

### **III. Clinique et Diagnostic de la DA :**

#### **1. Aspect clinique :**

La DA débute généralement à l'âge de 3 mois, mais parfois on peut assister à des formes précoces dès le premier mois de vie. Il s'agit essentiellement, d'une atteinte symétrique des convexités des membres. D'une atteinte des convexités du visage (front, joues, menton) avec un respect assez net de la région médio faciale, en particulier de la pointe du nez.

Le prurit, qui est un des critères majeurs de diagnostics de la DA, est surtout le symptôme le plus mal vécu par les patients (23). Souvent net chez le nourrisson et responsable de troubles du sommeil dès les premiers mois de vie.



**Figure 22: Atteinte très inflammatoire et suintante avec respect médio facial (89)**

## **2. Diagnostic Différentiel :**

Le diagnostic différentiel évolue en fonction de l'âge des patients. Chez le nourrisson, la notion de chronicité et d'évolution à rechute n'est pas toujours évidente à établir. Les diagnostics différentiels les plus fréquents sont : la gâle, l'acropustulose infantile, l'histiocytose langerhansienne, la dermatite séborrhéique du nourrisson et le psoriasis. De plus, il existe un grand nombre de syndromes génétiques pouvant être associés à une DA (ichtyose vulgaire, syndrome de Wiskott–Aldrich, syndrome de Netherton) à évoquer devant toute DA sévère associé à un retard de croissance et polyallergies du nourrisson (24).

Chez l'enfant de plus de deux ans, la notion de chronicité avec évolution à rechutes qui est souvent mieux établie ne cause pas de problème de diagnostic. Le diagnostic différentiel présent à tous les âges reste le psoriasis (4).

## **3. Diagnostic positif :**

Le diagnostic de la DA est clinique et anamnestique. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic positif.

### **3.1. Critères diagnostiques :**

Le diagnostic de DA est retenu devant l'association : Au moins 3 critères majeurs et au moins 3 critères mineurs.

**Tableau XLII : Critères diagnostic de Hanifin et Rajka, 1979 (21)**

| Critères majeurs   | Critères mineurs  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurit</li> <li>• Topographie et aspect suggestifs</li> <li>• Évolution chronique ou à rechute chronique</li> <li>• Antécédents personnels ou familiaux d'atopie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xérose</li> <li>• Ichtyose / Hyperlinéarité des paumes / Kératose pilaire</li> <li>• Positivité des prick-tests</li> <li>• Élévation des IgE sériques</li> <li>• Début précoce</li> <li>• Tendance aux infections cutanées /déficit de l'immunité cellulaire</li> <li>• Eczéma des mamelons</li> <li>• Chéilite</li> <li>• Conjonctivite récidivante</li> <li>• Pli sous-orbitaire de Dennie-Morgan</li> <li>• Kératocône</li> <li>• Cataracte antérieure sous capsulaire</li> <li>• Pigmentation orbitaire</li> <li>• Pâleur/érythème du visage</li> <li>• Pityriasis alba</li> <li>• Plis cervicaux antérieurs</li> <li>• Prurit à la sueur</li> <li>• Intolérance à la laine et aux solvants des lipides</li> <li>• Accentuation périfolliculaire</li> <li>• Intolérance alimentaire</li> <li>• Déclenchement par des facteurs émotionnels ou de l'environnement</li> <li>• Dermographisme blanc</li> </ul> |

Devant la complexité des critères de la grille d'Hanifin et Rajka proposée en 1979, l'UKWP (United Kingdom Working Party) a suggéré des critères diagnostiques simplifiés en 1994. Le diagnostic de DA y est retenu devant la présence d'un prurit associé à 3 items parmi les 5 proposés dans la liste (4).

**Tableau XLIII : Critères de diagnostic de l'United Kingdom Working Party, 1994 (21)**

| Critères majeurs  | Critères mineurs  |
|---|---|
| <b>Dermatose prurigineuse ou parents rapportant que l'enfant se gratte ou se frotte</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents personnels de dermatite de plis de flexion et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans.</li> <li>• Antécédents personnels d'asthme ou de rhume des foins (ou antécédent de maladie atopique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans).</li> <li>• Antécédent de peau sèche généralisée au cours de la dernière année.</li> <li>• Eczéma des grands plis visibles ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant au-dessous de 4 ans.</li> <li>• Début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez l'enfant de plus de 4 ans uniquement).</li> </ul> |

Ces critères ont donc été révisés pour le nourrisson en 2004 par Taïeb et Boralevi (21).

**Tableau XLIV : Critères de définition de la dermatite atopique du nourrisson, adaptation des critères de l'United Kingdom Working Party (Taïeb et Boralevi, 2004) (21)**

| Critères majeurs   | Au moins 3 des critères ci-dessous   |
|--|--|
| <b>Affection cutanée prurigineuse récurrente, durant depuis plus de 3 semaines</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atteinte cutanée céphalique, épargnant la zone péri-buccale, nasale et orbitaire.</li> <li>• Atteinte pure des zones d'extension ou mixte (dermites des zones d'extension ou de flexion).</li> <li>• Absence d'atteinte sur l'aire des langes.</li> <li>• Xérose diffuse.</li> <li>• Dermite des mains.</li> <li>• Réactions cutanées aux aliments ingérés.</li> <li>• Antécédents de maladie atopique au premier degré (DA, asthme ou rhinite allergique)</li> </ul> |

### 3.2. Complications:

Dans toutes les périodes d'activité de la maladie, les surinfections cutanées bactériennes ou virales sont les complications les plus communes. Le staphylocoque doré colonise habituellement la peau de l'atopique(25) à cause d'un déficit de l'immunité vis-à-vis des staphylocoques (23).

L'herpès (HSV1 essentiellement) est responsable de poussées aiguës parfois dramatiques (pustulose disséminée de Kaposi-Juliusberg). Une modification rapide de l'aspect des lésions et / ou la présence de vésiculopustules, en association avec une altération de l'état général et une fièvre élevée doivent conduire le médecin à proposer une hospitalisation d'urgence pour la mise en œuvre d'un traitement antiviral par voie intraveineuse (3; 23).

**Figure 23: Surinfection herpétique localisé au niveau des joues. (89)**

Un retard de croissance peut être associé dans les DA graves. Il devra faire évoquer un possible syndrome de Netherton, surtout quand ce trouble est complété de polyallergies (24). Des complications ophtalmologiques (kératoconjonctivite, kératocône, cataracte, détachement rétinien) sont beaucoup plus rares.

**3.3. Évolution :**

L'évolution est spontanément bonne, avec une rémission complète dans la majorité des cas. La survenue d'autres manifestations atopiques est habituelle sous forme de manifestations respiratoires. L'asthme apparaît vers l'âge de 2 à 3 ans pour s'améliorer ensuite à la puberté avec des récurrences inconstantes à l'âge adulte. La rhinite allergique apparaît en général plus tard, vers l'âge de 7 ans, pour persister de longues années (3; 25).

Des antécédents de vomissement, de diarrhée chronique et une cassure de la courbe de croissance doivent faire penser à une allergie aux protéines de laits de vache (26). 30% à 80% vont avoir une sensibilisation à un ou plusieurs aliments, mais seulement 15% vont développer des symptômes (28). Selon une autre étude, une allergie alimentaire est souvent associée à des formes sévères de DA. Par contre on ne la retrouve pas dans les formes mineures à modérées.

## **IV. Traitement**

La prise en charge de la DA ne consiste pas seulement en une instauration d'un traitement médicamenteux seul. En effet la prévention est très importante et va toucher les enfants à risque et les nouveau-nés présentant les symptômes de la DA.

Le recours aux traitements médicamenteux se fera si la maladie s'est ensuite réellement installée, par le maintien d'une rémission de bonne qualité avec des poussées non significatives et ainsi permettre une meilleure qualité de vie au patient et à ses proches (21).

### **1. Prévention :**

L'atopie est un problème émergent de santé publique en particulier pour les pays riches.

#### **1.1. Prévention primaire :**

Seront concernés par la prévention primaire :

- Femme enceinte ayant un antécédent de DA
- Enfant à risque de DA avant toute manifestation clinique
- Antécédents familiaux de DA.

##### **a. Régime alimentaire de la femme gestante :**

Les recommandations actuelles conseillent de s'abstenir de toute manipulation diététique chez la femme gestante (4). Le régime alimentaire chez la femme pendant la grossesse et

l'allaitement a donc été abordé par Zeiger en 2000 mais les effets bénéfiques d'un régime sans œuf, lait de vache et poisson, qui aurait permis de diminuer le risque de développement de DA chez le nourrisson, n'ont pas été confirmés par cette étude (29).

Actuellement de nombreuses études tentent de montrer le rôle préventif des probiotiques chez des enfants à risque ou des enfants déjà porteurs de DA (30). Mis en lumière en 2001 par un essai randomisé chez des femmes enceintes et des nourrissons dans leurs premiers mois de vie, les probiotiques se sont montrés plus ou moins convaincants en fonction des études qui leur ont été consacrés (31). Les dernières études ont démontré leur rôle significatif et incontesté dans la prévention primaire de la DA (32).

**b. Éviction des allergènes:**

Les études épidémiologiques concernant la responsabilité d'une exposition précoce des nourrissons ou enfants aux allergènes domestiques en général, ont donné des résultats contradictoires et aussi complexes que les facteurs à analyser. Celle sur les effets de mesures d'éviction des acariens dans la literie du nourrisson ne montre pas d'effet significatif cutané dans la prévention de la DA à l'âge de trois ans, même lorsque les mesures d'éviction s'étaient montrées efficaces (33).

**1.2. Prévention secondaire :**

La prévention secondaire permet de contrôler les exacerbations de la DA et d'en diminuer ses conséquences liée à l'atopie. Celle ci passe par les conseils prodigués par les professionnels de santé à la famille du patient ou au patient lui-même. Ces professionnels de santé doivent être à même de pouvoir expliquer simplement les gestes à éviter et les gestes à adopter chez l'enfant ou même l'adulte atopique.

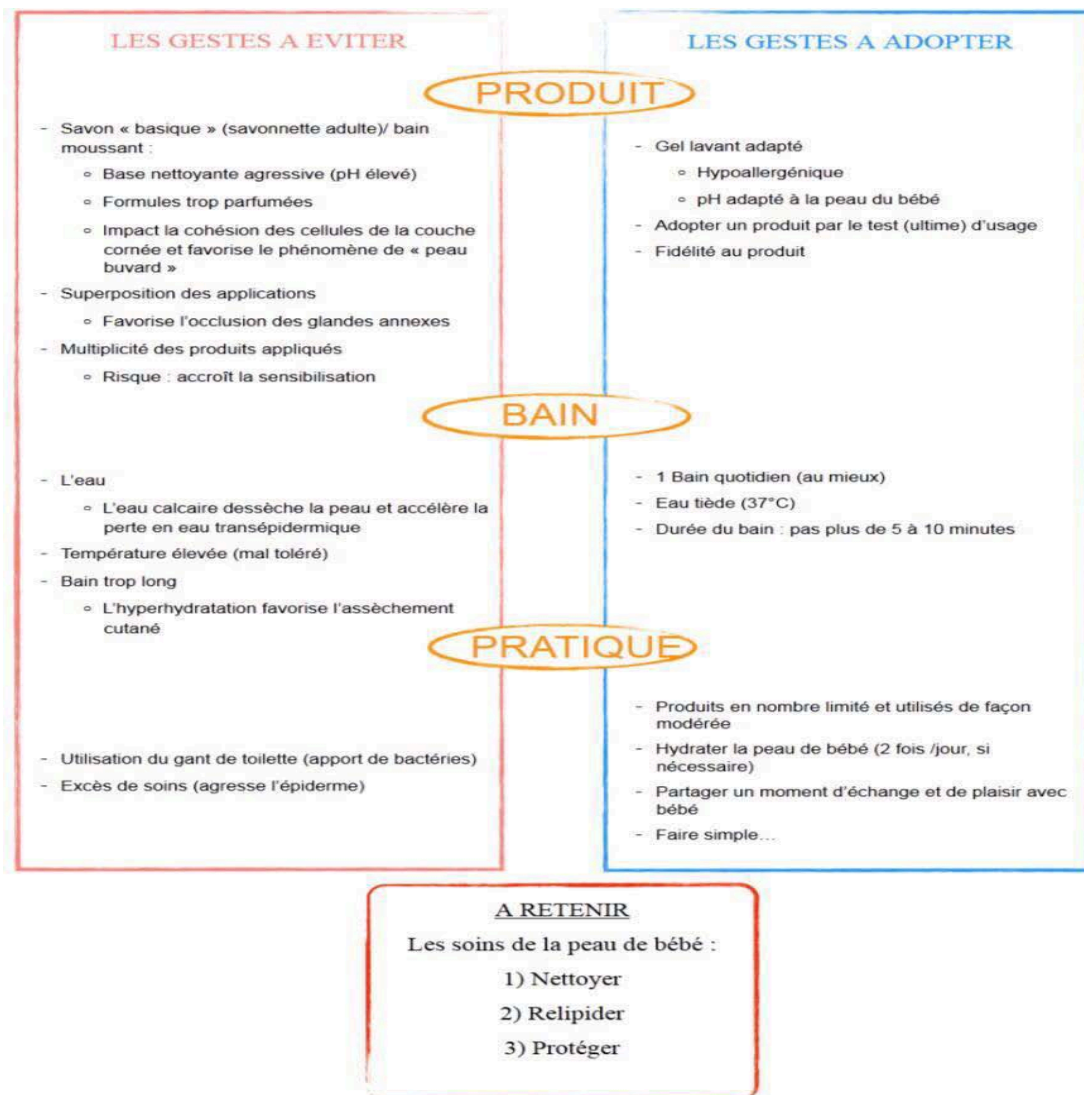


Figure 24: Les gestes à éviter et à adopter pour soigner une peau atopique (34)

## 2. Traitement médicamenteux :

### 2.1. Traitement de la poussée :

#### a. Les dermocorticoïdes :

Les dermocorticoïdes représentent le traitement de référence contre les poussées de la DA. Les effets secondaires de la corticothérapie générale, plus sévères, ont entraîné une corticophobie (35). Leurs effets secondaires sont généralement proportionnels à leur efficacité (36). Les crèmes et

émulsions huile sans eau sont préférées au niveau des plis et sur les lésions suintantes. Les lotions et les gels qui contiennent de l'alcool (irritant) sont réservés aux zones pileuses, et sont contre-indiqués chez les enfants et sur les lésions aiguës suintantes (4; 36; 37; 38).

- **Les antiseptiques** : Une solution antiseptique à la chlorhexidine pourra être utilisée pour nettoyer la peau pour une courte période afin d'éviter d'éventuelle irritation
- **Les Antibiotiques** : Une antibiothérapie locale biquotidienne peut être prescrite à base de fusidate de sodium pendant 3 jours afin d'améliorer nettement le score lésionnel au stade aigu. Elle ne doit pas être poursuivie de façon chronique pour éviter l'émergence de souches bactériennes résistantes.
- **Les antihistaminiques** : Le prurit est un des symptômes majeurs de la DA et possède un retentissement important sur la qualité de vie et de sommeil des patients atteints de DA. Le grattage provoqué par le prurit entraîne une altération plus grande de la barrière cutanée déjà fragile, favorisant les risques de surinfection et de lichenification (39).

## 2.2. Traitement adjuvant :

### a. Soins émollients :

Très peu d'études ont confirmé que les émollients possèdent un rôle important dans la prévention des poussées de dermatite atopique. Pourtant, une étude multicentrique et internationale sur l'intérêt des plantes utilisée par voie topique dans l'amélioration de la DA, a démontré qu'une crème émolliente pouvait avoir un impact direct sur l'amélioration de la qualité de vie, celle des scores de sévérité et l'amélioration de la DA elle-même de 95 % des patients inclus dans l'étude (40).

## 3. Éducation thérapeutique :

Dans une affection chronique comme la dermatite atopique, la demande des malades ou de leurs parents est importante à cerner pour obtenir une adhésion au projet thérapeutique. L'explication des mesures à prendre est d'autant plus important que le traitement lui-même.

Voici un exemple de brochure que l'on donne à nos patients.

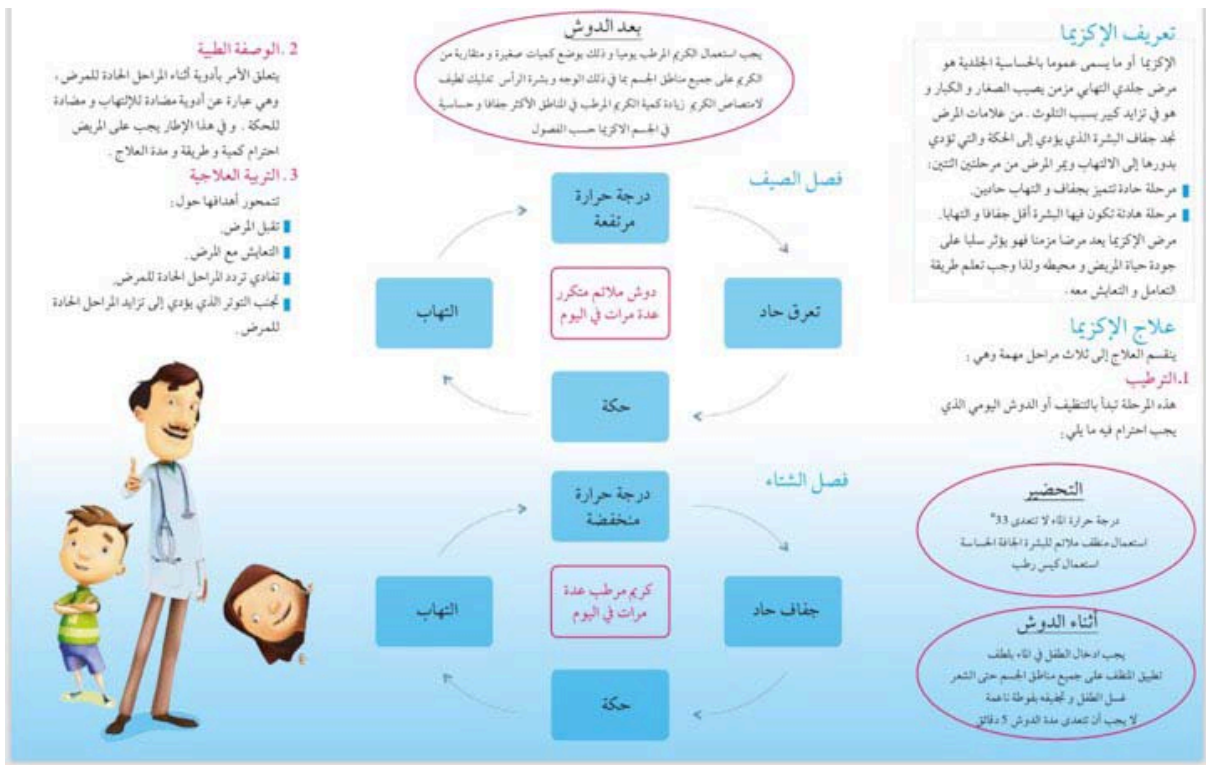


Figure 25: brochure des gestes à adopter donner a nos patients

#### 4. Soutien psychologique :

Les facteurs psychologiques et émotionnels sont bien connus pour influencer le terrain clinique de la DA. D'ailleurs, bien avant que ne soit étudiée la relation entre DA et psychisme, certains auteurs nommaient déjà la DA « Neurodermitis » (41).

Il est évident que la DA, par les altérations de l'image corporelle et le prurit, altère la qualité de vie et peut donc modifier la personnalité des malades ou induire des troubles psychiatriques. Les conséquences sur la vie sexuelle, affective, relationnelle ou le sommeil sont non négligeables (42).

Si le stress peut favoriser la survenue des poussées de DA, il est probable que la DA soit elle-même une cause de stress, formant un véritable « cercle vicieux ». D'où l'importance d'un véritable soutien psychologique dans la prise en charge de toute DA.

## V. Discussion de nos résultats

La DA est une pathologie fréquente pouvant avoir un impact important sur la qualité de vie des patients. La survenue de poussées sévères alternant avec des rémissions représente un handicap important en termes de qualité de vie. Et la relation entre la sévérité mesurée par l'index SCORAD, l'anxiété et la qualité de vie a été clairement démontrée (43).

Actuellement il existe des traitements efficaces contre l'eczéma atopique (44). Ces traitements ne sont pas toujours utilisés par faute de moyen. Et même utilisé, leurs applications restent anarchiques avec une mauvaise observance. Au final, les patients gardent le plus souvent une xérose plus au moins importante puisque la DA a une tendance à s'améliorer avec l'âge.

Notre étude démontre clairement que la DA affecte la qualité de vie de nos patients mais aussi de leurs parents. L'âge du patient influence sur le score de telle façon que la moyenne du DFI qui était de 9,08 était plus élevée que celle du CDLQI : 8,31. Ce qui prouve que la DA a un grand impact sur la vie des personnes qui s'occupent de l'enfant et quelque fois de toute la famille.

Au total, les patients ont été recrutés en consultation de dermatologie du CHU MOHAMED VI de Marrakech. Il semble plus judicieux de croire que les patients qui se réfèrent à un spécialiste avaient une forme plus grave que ceux qui consultent chez un généraliste.

L'étude démontre que les patients avaient déjà au préalable reçu un traitement médicamenteux à plusieurs reprises, mais pas tous n'ont reçu une éducation thérapeutique, démontrant que les praticiens n'y accordent pas beaucoup d'importance dans leur pratique courante malgré que l'éducation thérapeutique reste une partie importante de la prise en charge.

L'éducation de tous les individus impliqués dans les soins aux enfants est donc essentielle pour gérer la DA au mieux. Il est aussi important de fournir des informations simples et claires, sans ambiguïtés, avec comme objectif de réduire l'impact négatif sur la qualité de vie de la famille, car le manque d'information sur la maladie et son traitement augmente l'anxiété des parents et la rend plus difficile à gérer. En on oublie alors d'adhérer au traitement médicamenteux les soins généraux pourtant indispensables au succès thérapeutique.

## **1. Retentissement de la DA sur la qualité de vie : CDLQI**

Le score moyen du CDLQI dans notre étude était de 8,31. La dimension sentiment était la plus importante et la plus retrouvée avec un effet modéré à important. Notre étude a retrouvé le même résultat qu'une étude réalisée en République Tchèque en 2012, avec 203 patients par Amanda Leticia. Le score moyen retrouvé était de 8,58. Les questions avec les scores les plus élevés étaient les dimensions symptômes et sentiments, ainsi que la dimension sommeil (47).

Les dimensions traitement et sommeil sont celles qui ont annoncé le score le plus bas. Probablement par ce que la plupart des patients ne prenaient pas ou mal leurs traitements. Pour d'autre ce fut leurs premières consultations.

En comparant notre score moyen du CDLQI à celui retrouvé dans d'autres pays, nous constatons que nos résultats se situent légèrement au dessus de la moyenne. Certaines études ont retrouvés un score supérieur au notre, comme au Brésil (Moyenne de 9,5 sur 50 cas en 2012 (45)), l'Espagne (Moyenne de 9,4 sur 151 cas en 2012 (49)) et la Malaisie (Moyenne de 10 sur 85 cas en 2002 (52)). D'autres études ont retrouvés un score inférieur au notre tel que la Serbie (Moyenne de 6,29 sur 64 cas en 2012 (46)), la Corée du Sud (Moyenne de 6,6 sur 268 cas en 2012 (48)), le Portugal (Moyenne de 5,4 sur 51 cas en 2012 (50)) et la Suède (Moyenne de 6 sur 78 cas en 2012(51)).

Dans une étude faite par M S NoorAziah, MMed en Malaisie, le score moyen du questionnaire du CDLQI était de 10 au cours du premier entretien et de 7,6 au cours du deuxième entretien (score maximum = 30). Les scores les plus élevés ont été obtenus dans les domaines concernant la dimension symptômes et sentiments, activités et loisir, troubles scolaires et enfin le sommeil (52).

Dans la série de cas vue en école d'atopie session février 2018 à l'hôpital Errazi Marrakech, le score moyen du CDLQI était de 8,75 au premier atelier (score maximum de 15) et de 3,33 au dernier atelier (score maximum de 8).

**Tableau XLV : Résultat du CDLQI de différentes études de quelques pays différents**

| Auteurs / Année                                | Pays               | Nombre de cas | Moyenne du CDLQI |
|--|--------------------|---------------|------------------|
| Amaral CSF et al. / 2012 (45)                  | Brésil             | 50            | 9,5              |
| Natašica Maksimović et al./ 2012 (46)          | Serbie             | 64            | 6,29             |
| Jiráková et al. / 2012 (47)                    | République tchèque | 203           | 8,58             |
| Kim DH, et al. / 2012 (48)                     | Corée du sud       | 268           | 6,6              |
| J. Sánchez-Pérez et al. / 2012 (49)            | Espagne            | 151           | 9,4              |
| Amanda Letícia Bezerra Campos et al / 2016(50) | Portugal           | 51            | 5,4              |
| Agneta Gånemo et al / 2007 (51)                | Suède              | 78            | 6                |
| M S Noor Aziah, MMed et al/ 2002 (52)          | Malaisie           | 85            | 10               |
| <b>Notre étude</b>                             | 2018               | 112           | 8,31             |

## 2. Retentissement de la DA sur la QDV : DFI

La version « arabe marocain » du questionnaire du DFI n'était pas toujours facile à comprendre des parents. La plupart des questions étaient loin du dialecte marocain et plus proche de l'arabe classique.

Le score moyen du DFI dans notre série d'étude était de 9,08. Le même résultat a été retrouvé dans une étude faite par M S Noor Aziah, MMed en Malaisie (52). Le score moyen du questionnaire DFI était de 9,4 lors de la première interview et de 7,8 lors de la deuxième interview (score maximum = 30). Les scores les plus élevés concernaient l'alimentation familiale, le sommeil, les troubles émotionnels des parents, l'épuisement et le traitement.

En comparant notre score moyen du DFI à celui retrouvé dans d'autres pays, nous constatons que nos résultats se situent légèrement au dessus de la moyenne. Certaines études ont retrouvés un score supérieur au notre, comme au Brésil (Moyenne de 11 sur 50 cas en 2012 (45)), et la Malaisie (Moyenne de 9,4 sur 85 cas en 2002 (52)). D'autres études ont retrouvés un score inférieur au notre tel que le Portugal (Moyenne de 6,6 sur 51 cas en 2012 (50)), la Suède (Moyenne de 8 sur 78 cas en 2012 (51)) et la République tchèque (Moyenne de 7,98 sur 202 cas en 2012 (47)).

Dans la série de cas vue en école d'atopie session février 2018 à l'hôpital Errazi Marrakech, le score moyen du DFI était de 10,5 au premier atelier (score maximum de 16 – minimum de 1) et de 3,75 au dernier atelier (score maximum de 10).

**Tableau XLVI : Résultat du DFI de différentes études de quelques pays différents**

| Auteurs / Année                                 | Pays              | Nombre | Moyenne du DFI |
|---|-------------------|--------|----------------|
| Amaral CSF et al. / 2012 (45)                   | Brésil            | 50     | 11             |
| Jiráková et al. / 2012 (47)                     | République cheque | 202    | 7,98           |
| M S Noor Aziah, MMed et al / 2002 (52)          | Malaisie          | 85     | 9,4            |
| Amanda Letícia Bezerra Campos et al / 2016 (50) | Portugal          | 51     | 6,6            |
| Agneta Gånemo et al / 2007 (51)                 | Suède             | 78     | 8              |
| <b>Notre étude</b>                              | 2018              | 112    | 9,08           |

### **3. Retentissement sur d'autre pathologie dermatologique :**

D'autres études se sont intéressées à comparer le retentissement de certaines pathologie dermatologique sur la qualité de vie de leurs patients. Tel que le psoriasis, l'acné ou encore le vitiligo.

Dans une étude faite par Lewis-Jones et Finlay en Angleterre, il a été comparé le score moyen du CDLQI chez des patients pédiatriques atteints de pathologie dermatologique et ils ont trouvé des scores du CDLQI globaux moyens de  $5,4 \pm 5,0$  chez les patients atteints de psoriasis,  $7,7 \pm 5,6$  chez les patients AD et  $5,6 \pm 3,8$  chez les patients atteints de vitiligo (52).Ce qui montre que l'impact sur la qualité de vie des patients atteints de DA était supérieurs a celle des patients atteints de psoriasis et du vitiligo dans cette étude.

Dans une autre étude faite par Selma Bakar en Turquie ; Il a été comparé un groupe de patients atteints de vitiligo, a un groupe atteint de DA a un groupe témoins sains. Les patients atteints de vitiligo présentaient des scores CDLQI totaux significativement plus élevés que les témoins sains. D'un autre coté les patients atteints de vitiligo se sont révélés avoir des scores accrus sur tous les paramètres du CDLQI par rapport au groupe de patients atteints de DA, sauf pour celui des démangeaisons, vêtements / chaussures, ou le sommeil. Les scores sur les

démangeaisons et le sommeil étaient significativement plus élevés dans le groupe de DA que chez les patients atteints de vitiligo. Au total, La qualité de vie des enfants atteints de vitiligo était nettement inférieure à celle des enfants atteints de la DA (53).

Dans une autre étude faite par J. Twiss et Mckena en Suisse. Il a été comparé la qualité de vie des patients atteints de psoriasis aux patients atteints de DA utilisant deux instruments différents, le PSORIQoL et le QoLIAD. Cette étude utilise une nouvelle méthode qui est la technique d'analyse de Rasch pour co-calibrer les scores de différentes mesures spécifiques à une maladie, ce qui permet de comparer les scores entre les maladies. Les résultats de cette étude ont montré que la qualité de vie des patients atteints de psoriasis été plus altéré que celle des patients atteints de DA (54).

#### **4. École d'atopie :**

L'éducation thérapeutique constitue une étape importante où l'on informe le patient ou le parent de la maladie. Mais cette information est rapidement dépassé au dépend d'une démarche éducative qui fait appel a des objectifs plus étendus qui aide a la compréhension de la maladie en faisant prendre au malade ou a sa famille un rôle actif dans son traitement. Plusieurs dimensions sont visées, notamment en changeant ses habitudes de vie et en l'accoutumant à une surveillance régulière dans le but d'accepter le caractère chronique de son eczéma. Ces objectifs là sont développés dans le concept de l'école de l'atopie.

La mesure de l'impact de cette éducation peut se faire selon plusieurs méthodes. L'index du SCORAD, la qualité de vie, l'anxiété, le taux de dépense...

Depuis 2015, 6 écoles d'atopies ont été organisées au service de dermatologie de l'hôpital Errazi Marrakech. Plusieurs dimensions y sont étudiées, notamment :

- L'identité et les conditions de vie.
- L'aspect dermatologique avec évaluation du SCORAD.
- Aspect pédiatrique et allergologiques.

- Aspect psychologique
- Consultation infirmière
- Évaluation économique

Parmi les 30 enfants qui avaient participé à l'école d'atopie, un seul avait présenté une aggravation du SCORAD par la suite, soit 3,3%. Cette nette amélioration du SCORAD pouvait être expliquée aussi par l'amélioration de l'observance thérapeutique et de la qualité des soins effectués pendant la prise en charge éducative. Avant l'école d'atopie, le traitement local était souvent mal effectué ou pas effectué du tout. Après l'école d'atopie les mamans avaient appris à bien effectuer le traitement.

Parmi les 49 enfants qui avaient plus de 4 ans, 14 avaient participé à l'école d'atopie, soit 28,6%. Aucun d'entre eux n'avait une mauvaise qualité de vie par la suite. Soit 100% des patients ont montré une nette amélioration de leurs qualités de vie et de leurs symptômes. Ceci peut s'expliquer aussi par l'évolution naturelle propre de la maladie qui tend à diminuer voire à disparaître avec l'âge.

Parmi les 61 enfants de moins de 4 ans, 16 avaient participé à l'école d'atopie, soit 26,2%. Aucun d'entre eux n'avait une mauvaise qualité de vie par la suite. Soit 100% des parents estimaient que leurs enfants avaient une bonne qualité de vie.

Selon une étude réalisée en 2002 à Nantes par J. M. Chavigny et al. 40 malades ont été suivis pendant 6 mois. Le SCORAD moyen de départ était de 50,5. 6 mois après le début de l'étude, le SCORAD moyen était évalué à 22. Les objectifs éducatifs ont été atteints dans 70,6% des cas. Une amélioration du SCORAD a été observée dans 97 % des cas (55).

## **5. Facteurs déterminants du retentissement sur la QDV et le SCORAD :**

Dans notre étude, les facteurs déterminants du retentissement sur la QDV et la gravité de la DA de nos patients qui sont significatifs étaient :

- L'allaitement maternel pour le CDLQI

- L'origine pour le DFI
- Antécédents familiaux de CA pour le SCORAD

Par contre, on n'a pas trouvé de corrélation avec les autres facteurs.

### **5.1 Allaitement maternel :**

Concernant l'allaitement maternel, si la plupart des études s'accordaient à trouver un effet préventif de l'allaitement maternel effectué au moins 3 à 4 mois, par rapport au lait 1er âge, sur l'apparition de la DA, les dernières études publiées à ce sujet semblent montrer l'absence d'influence de l'allaitement sur la survenue de la DA (56).

Nous avons trouvé un lien positif entre l'allaitement maternel et la qualité de vie (CDLQI). 51% des enfants qui étaient allaités au sein avaient une bonne QDV. Ce résultat est en contradiction avec la plupart des études, où ils ont démontré l'absence de l'influence de l'allaitement maternel sur la DA. Par contre on n'a pas trouvé de lien avec le DFI, ni la gravité.

Une étude faite par Gahagan en 2007 (57) puis Kramer et al. (58) en 2008 ont montré que l'allaitement maternel n'avait pas d'effet protecteur sur la survenue de l'atopie (l'asthme, les maladies allergiques) dans la population générale. De même, une étude publiée récemment (2011) portant sur 51119 enfants (population générale sans risques étudiés) de 8 à 12 ans, inclus dans la seconde partie de l'étude ISAAC, et divisés en trois groupes (pas d'allaitement maternel, allaitement de moins de 6 mois et allaitement prolongé), montrait l'absence d'influence de l'allaitement sur l'apparition de DA (35).

Les résultats de cette étude effectuée dans une population non sélectionnée pourraient peut-être s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas d'effet préventif de l'allaitement sur l'apparition d'une DA en l'absence d'antécédents familiaux d'atopie (56). Mais une étude publiée en 2009 par Yang et al. N'établissait pas d'effet protecteur de l'allaitement maternel réalisé pendant trois mois sur des enfants ayant une histoire familiale d'atopie (59).

Cependant, même si l'allaitement ne protège pas de l'apparition de la DA, toutes les grandes instances comme l'OMS, ou la HAS, préconisent un allaitement maternel prolongé, d'une durée d'au

moins six mois. Cela s'appuie sur son rôle préventif sur l'apparition de maladies infectieuses (intestinales, respiratoires..) et son rôle bénéfique sur le développement de l'enfant (60).

### **5.1 Diversification alimentaire :**

Dans notre étude, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de relation entre la diversification alimentaire et la QDV. Contrairement à Fergusson et Horwood qui ont trouvé que la diversification alimentaire précoce pourrait être un facteur favorisant de DA. C'est dans leur publication de 1994 (61), qu'ils ont mis en évidence, qu'une augmentation de la prévalence de la DA étaient en corrélation avec le nombre d'aliments solides donnés avant l'âge de 4 mois. L'incidence de l'eczéma à l'âge de 2 ans passait ainsi de 13,7 % (absence de diversification précoce avant 4 mois) à 17 % (un à trois aliments solides introduits avant 4 mois) et à 21,5 % (plus de quatre aliments solides avant 4 mois), soit une différence de fréquence significative.

Cette étude a été notamment confirmée en 2008 par Zutavern et al. (62) qui montraient un eczéma plus fréquent chez les enfants ayant reçu une alimentation diversifiée au cours des quatre premiers mois de vie (31). Les recommandations actuelles sont donc de diversifier prudemment et seulement après 6 mois, que ce soit pour les enfants « normaux » ou à risque (antécédent de maladies atopiques pour un des deux parents de l'enfant) (4).

Cependant, un récent rapport d'experts de l'EFSA concluait que, pour les nourrissons de l'Union Européenne, des aliments solides pourraient être introduits sans effets sur la santé de l'enfant en complément d'un allaitement maternel entre le 4e et le 6e mois (63).

D'autres études montrent l'intérêt que peut avoir la diversification alimentaire assez précoce sur la diminution du risque de DA, comme l'étude de 2009 effectuée sur une cohorte de 4129 enfants où l'introduction précoce de poisson avant l'âge de 9 mois (entre 7 et 9 mois) était favorable à la diminution du risque de DA (64).

### **5.1 L'origine :**

Il semble que l'origine des patients est un facteur déterminant de la QDV (DFI) dans notre étude. Nous avons constaté que 90,9% des enfants qui avaient une mauvaise qualité de vie étaient d'origine urbaine.

L'hypothèse la plus souvent avancée pour expliquer la prévalence accrue de l'atopie concerne l'urbanisation des populations par la constatation d'une prévalence plus élevée de la DA dans les pays favorisés par rapport aux pays en voie de développement et dans les villes par rapport aux campagnes. Il pourrait y avoir une relation inverse entre la disparition de parasitoses et certaines maladies infectieuses dans les pays les plus développés, et l'augmentation des maladies immunitaires comme la DA et l'atopie en général. Les campagnes de vaccination, l'utilisation large des antibiotiques et une meilleure hygiène ont effectivement participé fortement à la diminution de l'incidence de la tuberculose et d'autres infections graves (4). Pour appuyer cette hypothèse, il a également été démontré qu'un séjour précoce en crèche diminuait l'incidence de la DA chez les futurs enfants et adultes, ainsi que le fait qu'au sein des familles, la fréquence des maladies atopiques et de maladies auto-immunes est plus élevée chez l'aîné, qui a moins d'occasion que ses frères et sœurs cadets d'être exposé aux infections fréquentes de l'enfance (65).

Actuellement, il existe une nouvelle théorie selon laquelle la prévalence des maladies allergiques augmenterait avec la diminution de la biodiversité environnementale (22).

### 5.1 Le sexe :

Dans notre étude, il n'existe aucun lien entre la différence de sexe et l'altération de la QDV ou encore de la gravité de la maladie. Ceci est en accord avec une étude faite par Kiebert et al. (66), Selon les résultats globaux du CDLQI, les filles souffrant d'une DA n'étaient pas significativement plus élevés que les résultats des garçons. Balci et al. (67) n'ont non plus rapporté aucune différence statistiquement significative dans les scores des sous-échelles CDLQI selon le sexe

Dans une autre étude réalisée par Pavel V. et al. (68). Comparant les résultats de plusieurs pays différents, les auteurs n'ont pas trouvé de différences statistiquement significatives entre le sexe et la qualité de vie des enfants, mais les filles étaient néanmoins plus embarrassées que les garçons par la DA.

### **5.1 Contact avec les animaux :**

Dans notre étude, il n'a pas été démontré de lien entre le contact précoce des enfants durant leurs premières années de vie avec les animaux. En 2007 une revue systématique des études concernant l'exposition aux animaux de compagnie n'avait pas permis de mettre en évidence un risque particulier pour la survenue d'une DA (69), une étude effectuée sur des nourrissons dans leur première année de vie (cohorte atopique au Danemark et non sélectionnée au Royaume Uni) a confirmé en 2008 que les mutations FLG augmentaient le risque de DA et affirmé que l'exposition précoce des nourrissons porteurs de ces mutations aux chats conférait un risque accru de DA tandis qu'elle n'avait aucun effet chez les nourrissons non porteurs de mutations (70).

Si cette étude montrait un rôle favorisant de l'exposition précoce aux chats dans la survenue d'une DA, à l'inverse, l'exposition aux chiens ne modifiait pas le risque de DA, que les nourrissons soient porteurs ou non de la mutation (70). Une vaste enquête allemande de 2010 a répertorié 17000 enfants de 0 à 17 ans exposés aux chiens. La prévalence de la DA dans ce groupe d'enfants atteignait 13,2 %, soit moins que la prévalence générale pour cette catégorie d'âge, ce qui permet de s'interroger sur le rôle de la possession d'un chien sur la protection contre la DA. Ce serait, selon l'étude, l'augmentation de la concentration en endotoxines dans la poussière d'une maison habitée par un chien qui se poserait comme facteur prédisposant (71).

Une autre étude de 2011 montrait, quant à elle, dans des familles à risque atopique, qu'un enfant sans chien au domicile pendant sa première année mais ayant des prick-tests positifs aux allergènes canins voit son risque de développer une DA multiplié par 4 à l'âge de 4 ans ; d'autre part, chez des patients sensibilisés aux allergènes de chat et vivant avec cet animal, le risque de DA est multiplié par 13 (72).

### **5.1 Antécédents d'atopie :**

Seul l'antécédent de conjonctivite allergique (CA) familial avait une relation avec la gravité de la DA (SCORAD). 70,9% des parents qui n'avaient pas de CA, leurs enfants avaient une DA avec un SCORAD bas à l'examen clinique. Ceci est en désaccord sur la relation du SCORAD avec

l'antécédent familial de CA mais reste néanmoins en accord avec l'étude par rapport aux autres antécédents d'atopie. Cette étude a été réalisée en coré du sud par Kim DH, et al. (48), où ils n'ont pas trouvé de différence entre les enfants avec une DA seule et les enfants avec d'autres maladies atopiques telles que l'asthme ou la RA.

Une autre étude faite au Brésil par Amaral CSF et al. (45). Leurs résultats avaient montré un lien significatif entre la rhinite allergique et l'asthme avec la QDV. Démontrant qu'un individu atopique sera probablement génétiquement prédisposé à développer d'autres maladies du même caractère.

## **6. Relation entre QDV et gravité avec la prise en charge de la DA :**

Dans notre étude les 3 volets de la prise en charge avaient une relation avec la QDV et la gravité de la DA.

- Observance thérapeutique avec CDLQI et SCORAD
- Éducation thérapeutique avec DFI et SCORAD
- École d'atopie avec DFI et SCORAD

### **6.1. Observance thérapeutique :**

La DA est une affection dermatologique chronique qui est très fréquente chez l'enfant et qui a un fort impact sur la qualité de vie des enfants atteints. On constate un échec thérapeutique important dont les raisons principales sont la faible observance et la mauvaise intégration des informations fournies par les professionnels de santé rencontrés par le patient et/ou les parents (73).

Dans notre étude, 69,4% des enfants qui avaient une bonne observance thérapeutique avaient une bonne qualité de vie selon le CDLQI et 53,6% avaient aussi un SCORAD bas. Par contre 50% des enfants qui avaient un SCORAD élevé, et 63,6% des enfants de moins de 4 ans qui avaient une mauvaise qualité de vie (DFI) et 62,5% des enfants de plus de 4 ans qui avaient une qualité de vie altérée (CDLQI) avaient tous une mauvaise observance thérapeutique. Pour la

plupart, ils n'appliquaient plus de crème émolliente faute de moyen. Pour les autres, ils ne savaient pas comment l'appliquer ou n'étaient pas réguliers. L'utilisation des émollissants doit être systématique et quotidienne, d'autant plus que la xérose est importante. Une étude américaine a été réalisée par Hanifin et al. Montrait l'intérêt des émollissants dans la prévention primaire de la DA s'est révélée très concluante (74).L'application d'émollissants en relais du traitement de référence par Dc semble aujourd'hui indispensable en raison des effets bénéfiques constatés mais reste tout de même peu étudiés.

Au final, plusieurs problèmes sont à l'origine de cette observance médiocre : l'épuisement de la motivation des parents ou patients eux-mêmes face à la chronicité des poussées, la complexité du traitement, la corticophobie des patients et des soignants, les effets secondaires de certains traitements, leur inefficacité et leur coût, l'insuffisance d'information ou, au contraire, la surinformation faite de données contradictoires. De même, les régimes d'éviction et le recours aux médecines parallèles sont des attitudes qui nuisent souvent au traitement efficace des enfants lorsqu'on leur accorde trop d'importance (9).

### **6.2. Éducation thérapeutique :**

L'éducation thérapeutique se définit selon l'OMS comme « un processus intégré aux soins qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients en les aidant à s'autonomiser, à acquérir et à conserver des compétences afin de les aider à vivre de manière optimale leur maladie ». Elle a ainsi démontré ses effets bénéfiques chez les patients diabétiques, asthmatiques ou présentant des maladies cardio-vasculaires, améliorant ainsi chez les patients atteints, la morbidité, la qualité de vie et les coûts de prise en charge. (9)

Il semble que l'éducation thérapeutique joue un rôle important dans la prise en charge de nos patients, puisque notre étude a montré un lien positif entre la qualité de vie mesuré par le questionnaire du DFI, et la sévérité objectivé par le SCORAD, avec l'éducation thérapeutique. 41,8% des enfants ayant reçu une éducation thérapeutique avaient un SCORAD bas et 47,5% des parents estimaient que leurs enfants avaient une bonne qualité de vie.

Une étude très récente sur les expériences d'éducation thérapeutique insufflées par des départements hospitaliers à travers le monde (23 hôpitaux dans 11 pays différents) montre un intérêt croissant pour l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients atteints de DA, même si l'approche ne concernait pas les hôpitaux du monde entier. Malgré des différences évidentes de financement et de gestion liée au phénomène culturel, il existe un consensus favorable parmi les experts à intégrer l'éducation dans le traitement de l'eczéma (75).

C'est en 1990 que Broberg et al. (76), dans une étude suédoise ouverte, randomisée et contrôlée, ont mis en évidence pour la première fois une augmentation de la consommation de Dc et une diminution significative du score de gravité après éducation thérapeutique par rapport à un groupe contrôle. Cette étude ne concernait que 50 enfants (25 dans chaque groupe) et n'abordait que l'éducation thérapeutique parentale.

En 2001, Coenraads et al. Dans une étude allemande randomisée et contrôlée (77), ont révélé une amélioration de leur qualité de vie (questionnaire de Marburg) et une augmentation de l'autonomie des patients dans leur traitement.

De même, en 2002, dans une étude comparable, Staab et al. Démontraient le rôle de l'éducation thérapeutique sur l'amélioration de la régularité des soins, l'augmentation de la consommation de Dc, la diminution du recours aux médecines parallèles, une augmentation de la confiance dans le traitement médical et une réduction des régimes alimentaires restrictifs souvent injustifiés (78). Ni l'une ni l'autre étude n'ont noté de différences de SCORAD, après étude, entre les groupes d'intervention et de contrôle.

En 2002, Chinn et al. Ne sont pas parvenus à démontrer l'impact de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie d'enfants atteints de DA dans leur étude randomisée et contrôlée (79). Cependant, l'utilisation d'une unique consultation d'éducation avec une infirmière permettrait sans doute d'expliquer aujourd'hui les résultats peu encourageants de cette étude.

D'autres études (Cork et al. en 2003 (80) et Chavigny et al. en 2002 (55)) ont démontré une diminution du score de gravité clinique de la DA, mais les méthodes de démonstration sans groupe contrôle ne permettaient pas de rendre responsable l'éducation thérapeutique de cette amélioration.

Les différences des conclusions de certains articles précédemment cités peuvent être expliquées par certaines limites que peuvent rencontrer toutes études, comme la variabilité des méthodes éducatives utilisées, la variabilité des programmes éducatifs (temps éducatif, personnel impliqué par session ou consultation, outils pédagogiques utilisés, critères d'évaluation,...), les différences culturelles entre les pays (impact psychologique différent selon la culture par exemple), la durée du suivi, les compétences des éducateurs concernés. En particulier, ce sont les difficultés d'évaluation qui sont souvent mises en cause dans la variabilité des résultats (73).

### **6.3. École d'atopie :**

Nous avons trouvé un lien positif entre l'école d'atopie et la gravité de la DA ainsi que la QDV de nos patients. En effet, 44,5% des enfants qui avaient un SCORAD bas avaient participé à l'école d'atopie. Seulement un patient (0,9%) avait toujours un SCORAD élevé. La QDV (DFI) était elle aussi significative puisque plus de la moitié de nos enfants (55,7%) avaient une bonne qualité de vie, et aucun patient soit 0% n'avait une mauvaise QDV suite à l'école d'atopie.

Dans une étude faite par Gieler et al. (81). Il a été démontré que la majorité des parents participant au programme d'éducation avaient une meilleure capacité de prendre en charge la maladie et le traitement médical de leurs enfants, par rapport à un groupe témoin.

Dans une autre étude, faite par Giampaolo Ricci, M.D. et al. (82) En Italie, réalisé sur 3 ans. Il a été démontré que l'école d'atopie aidait à réduire l'anxiété des parents et à améliorer leur qualité de vie.

Au final, nous croyons que des programmes éducatifs de ce type, en association avec un traitement médicamenteux, peuvent être utiles dans la prise en charge à long terme de la maladie. Ils peuvent être considérés comme des facteurs améliorant la qualité de vie de la famille et des enfants et aidant à créer plus d'interaction et de conformité entre les médecins, les parents et les enfants. Tout comme les tentatives institutionnalisées d'information et d'éducation dans ces écoles de l'atopie, doivent pouvoir lutter, petit à petit, contre la corticophobie néfaste au bon déroulement du traitement de référence de la DA (45).

## 7. Corrélation entre qualité de vie et gravité :

Globalement, les résultats de notre étude ont démontré une forte corrélation entre la sévérité de la maladie objectivée par le SCORAD et la QDV (DFI et CDLQI). De plus, ces résultats montraient que la réponse du CDLQI était en général prévisible puisqu'elle est très liée à la sévérité de la maladie. Les réponses du DFI par contre étaient quelque fois imprévisibles surestimant souvent la sévérité de la maladie par rapport à la qualité de vie. Ceci a été aussi démontré dans la littérature par plusieurs études (83, 84,85).

Une corrélation entre le DFI et la sévérité de l'eczéma évalué par le SCORAD a été évalué chez des patients deux fois dans un intervalle de 6 mois en Angleterre par Ben-Gashir mA et al. (86). Et ils ont montré que la qualité de la vie de la famille était elle aussi liée à la gravité de la DA des enfants. Les changements dans les scores du DFI étaient significativement liés aux changements dans les scores SCORAD-D (coefficient de régression: 0,17 (IC 95% 0,06 – 0,29, P = 0,002). Cela confirme entre autre l'importance de l'évaluation de l'impact que peut avoir la maladie et sa prise en charge sur les parents. Au final, la maladie affecte toute la famille. Cela peut impliquer que le questionnaire du DFI pourrait être utilisé comme une mesure supplémentaire dans la pratique courante ainsi que dans les études de recherche.

Dans une autre étude, faite par Holm EA et al. (87). Le CDLQI étaient en corrélation avec la sévérité de la DA évaluée par le SCORAD. Tout comme une autre étude réalisé en Italie par Monti et Al. (88). Qui ont eux aussi démontré une forte association entre la sévérité de la DA et la mauvaise qualité de vie, chez les enfants et leurs mères. Les enfants avec une DA sévères présentaient des scores IDQoL / CDLQI et DFI plus élevés que les groupes ayant une DA légères et modérés (P = 0,006 et P <0,0005, respectivement),

Par contre dans une étude faite en suède par A. Ganemo et al. (51). Il a été démontré qu'il n'existait pas de corrélation entre le DFI et le CDLQI avec le SCORAD, mais ils avaient par contre trouvé une corrélation avec le score de Rajka & Langeland.

**Au total, ce qui ressort de notre étude :**

- Les facteurs déterminants du retentissement sur la QDV et la gravité de la DA de nos patients qui sont significatifs étaient : L'allaitement maternel pour le CDLQI, l'origine pour le DFI, et les antécédents familiaux de conjonctivite allergique pour le SCORAD.
- On a constaté aussi une altération de la qualité de vie des enfants atteints de dermatite atopique ainsi que celle de leurs parents. Et que cette mauvaise qualité de vie est corrélée à la sévérité de la maladie objectivée par le SCORAD.



---

# *LIMITES*

---



Parmi les limites rencontrées dans notre étude on note :

- L'échantillonnage réduit
- Recrutement des cas dans un centre spécialisé, entraînant le plus souvent le recrutement des cas graves.
- Recrutement dans un hôpital public, non représentatif de la population de l'ensemble du pays.
- Le questionnaire du DFI n'est pas bien détaillé. Et vu que c'est la maman qui répondait, en général y'a une surestimation de la gravité et sous estimation de la QDV.
- Niveaux intellectuels des parents rendant très difficiles voir impossible la réponse à l'auto-questionnaire sans aide.
- Différence de compréhension et d'interprétation des questionnaires CDLQI et DFI.



---

## *CONCLUSION*

---



La dermatite atopique est une dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussées. Son traitement fait appel aux traitements locaux qu'il s'agisse de dermocorticoïdes et/ou d'émollients, l'échec thérapeutique reste important souvent liée a une mauvaise observance.

Tout comme pour les maladies chroniques, la qualité de vie reste très altérée.

Au terme de cette étude, on constate que :

- La DA a une répercussion importante sur la qualité de vie des malades mais aussi des parents.
- La DA pose des problèmes thérapeutiques souvent liés à une mauvaise observance.
- L'éducation thérapeutique du malade représente une approche complémentaire efficace dans une stratégie globale de prise en charge.
- L'école d'atopie est une réponse au besoin des malades d'apprendre a gérée par eux même leurs maladies.



---

# *ANNEXES*

---





Évolution :

SCORAD :

CDLQI/DFI :

Traitement :

Éducation Thérapeutique :

**Description de la DA :**

◇ Critères majeurs :

◇ Critères mineurs :

**Conclusion :**

## Annexe 2

### CDLQI

#### المقياس الجلدي لجودة الحياة

بُعينا من هاد الأسئلة نُشوفو التأثير دِيال المشاكل دِيال الجَلْدُ دِيالكْ عَلَى خِياتِكْ فَالسَّيْمَانةِ اللَّيِّ فَانْت عافاكْ دِيرْ علامة فمرْبَعِ واخْدُ فُكَلْ سؤال.

1/ فَالسَّيْمَانةِ اللَّيِّ فَانْت قَدَّاشْ جاتِكْ الحُكَّةُ وَلا الحُرِيْقُ

كثير بَرَّافِ

كثير

قَلِيلِ

والو بمرَّةِ

وَلا القْرِيصِ وَلا كانت حساسة الجِلْدَة دِيالكْ؟

كثير بَرَّافِ

كثير

قَلِيلِ

والو بمرَّةِ

2/ فَالسَّيْمَانةِ اللَّيِّ فَانْت قَدَّاشْ كُنْتِي مقلُوقْ وَلا حَسْبِي

الرَّاسِكْ بِالْمَشاكلِ دِيالِ الجِلْدُ دِيالكْ ؟

كثير بَرَّافِ

كثير

قَلِيلِ

والو بمرَّةِ

3/ فَالسَّيْمَانةِ اللَّيِّ فَانْت قَدَّاشْ تَدَحَّلْتِ لِيكْ الْمَشاكلِ

دِيالِ الجِلْدُ دِيالكْ فَالتَّقْدِيَة وَلا فَشغالِ الدَّارِ؟

حَتَّى عِلاقَة بِالْمَوْضوعِ

كثير بَرَّافِ

كثير

قَلِيلِ

والو بمرَّةِ

4/ فَالسَّيْمَانةِ اللَّيِّ فَانْت قَدَّاشْ أَتْرانْتِ لِيكْ الْمَشاكلِ

دِيالِ الجِلْدُ دِيالكْ عَلَى الحُواجِبِ اللَّيِّ كاتلبِسِ؟

حتى علاقة بالموضوع

كثير بزاف

كثير

قليل

والو بمزة

حتى علاقة بالموضوع

كثير بزاف

كثير

قليل

والو بمزة

حتى علاقة بالموضوع

نعم

لا

حتى علاقة بالموضوع

كثير

قليل

والو بمزة

كثير بزاف

كثير

قليل

5/ فالسيمانة اللي فانتت قداش أترات ليك المشاكل

ذيال الجلد ذبالك على علاقاتك مع الناس ولا على شغال

الفراغ ذبالك؟

6/ فالسيمانة اللي فانتت قداش دارتليك المشاكل

ذيال الجلد ذبالك مشاكل فالرياضة؟

7/ فالسيمانة اللي فانتت واش ماخلاتكش المشاكل ذيال

الجلد ذبالك تخدم ولا تقرا؟

الى ماخلاتكش، قداش خلفاتليك الجلدة ديالك مشاكل

فالخدمة و لا القرابة فالسيمانة اللي فانتت ؟

8/ فالسيمانة اللي فانتت قداش جبداتليك الجلدة

ذيالك المشاكل مع راجلك/مراتك ولا مع صحابك

لقراب و لا مع عائلتك؟

- والو بمرة
- حتى علاقة بالموضوع

- كثير بزاف
- كثير
- قليل
- والو بمرة
- حتى علاقة بالموضوع

- كثير بزاف
- كثير
- قليل
- والو بمرة
- حتى علاقة بالموضوع

**9/** فالسيمنة اللي فانت قداش دارتليك الجلدة  
ديالك مشاكل فالعلاقات الجنسية دياك ؟

**10/** فالسيمنة اللي فانت قداش دارليك التوا  
ديال الجلد دياك مشاكل فحياتك؟ مثلا، شحال من مرة  
خليتي دارك مرونة ولا ضيع ليك وقتك ؟

عافاك تأكد ببلاد جاوبتي على كولشي. شكرا.

حقوق الطبع محفوظة الأباذن من المؤلفين ©AY Finlay, GK Khan, April 1992

## Annexe 3

### CDLQI Cartoons version

من هاد الأسئلة نشوفو التآثير دِيال المشاكل دِيال الجلد دِيالك على حياتك فالسيمانة اللي فاتت بغينا عافاك دير علامة فمربع واحد فكل سؤال.

○ كثير بزاف

○ كثير

○ قليل

○ والو بمرّة

○ كثير بزاف

○ كثير

○ قليل

○ والو بمرّة

○ كثير بزاف

○ كثير

○ قليل

○ والو بمرّة



السيمانة اللي فاتت قداش جانتك الحكة ولا الخريق ولا القريص ولا كانت حساسة الجلد دِيالك؟



فالسيمانة اللي فاتت قداش تدخلت ليك المشاكل دِيال الجلد دِيالك علاقاتك بأصدقائك؟



فالسيمانة اللي فاتت قداش آتراك ليك المشاكل دِيال الجلد دِيالك على خروجك أو لعبك ولا على شغال الفراغ دِيالك؟

○ كثير بزاف

○ كثير

○ قليل

○ والو بمرّة

○ كثير بزاف

○ كثير

○ قليل

○ والو بمرّة

○ كثير بزاف

○ كثير

○ قليل

○ والو بمرّة



فالسيمانة اللي فاتت قداش كنتي مقلق ولا حسيت الزاسك بالمشاكل دِيال الجلد دِيالك؟



فالسيمانة اللي فاتت قداش آتراك ليك المشاكل دِيال الجلد دِيالك على الحوايج اللي كتلبس؟



فالسيمانة اللي فاتت قداش دارتليك المشاكل فالرياضة أو السباحة؟



- كثير برآف
- كثير
- قليل
- والو بمرّة

فالسّيمانة اللّي فاتت واش ماخلاتكش المشاكل ذيال  
الجلد ذيالك تخدم ولا تقرا

فالسّيمانة اللّي فاتت واش ماخلاتكش المشاكل ذيال  
الجلد ذيالك تستمت ع بعطلتك

- كثير برآف
- كثير
- قليل
- والو بمرّة



- كثير برآف
- كثير
- قليل
- والو بمرّة

فالسّيمانة اللّي فاتت قداش جبداتك الجلدة  
ذيالك المشاكل مع صحابك  
لقراب و لا مع عائلتك

فالسّيمانة اللّي فاتت قداش دارتلك الجلدة  
ذيالك مشاكل فالنعاس دياك

- كثير برآف
- كثير
- قليل
- والو بمرّة



فالسّيمانة اللّي فاتت قداش دارليك الدوا  
ذيال مشاكل فحياتك

## Annexe 4

## DFI

## استبيان لمعرفة تأثير الحساسية الجلدية على أسرة المريض

اسم الطفل : \_\_\_\_\_ الأم/الأب/ولي الأمر: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ مجموع النقاط :

يهدف هذا الاستبيان الى قياس مدى تأثير إصابة طفلك الجلدية عليك وعلى عائلتك خلال الأسبوع الماضي ،الرجاء اختيار إجابة واحدة لكل سؤال مما يلي :

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> كثير جدا<br><input type="checkbox"/> كثير<br><input type="checkbox"/> قليل<br><input type="checkbox"/> معدوم | 1- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على أعمالك المنزلية (كالغسيل ، النظافة ، إلخ) .   |
| <input type="checkbox"/> كثير جدا<br><input type="checkbox"/> كثير<br><input type="checkbox"/> قليل<br><input type="checkbox"/> معدوم | 2- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على طريقة تحضير الطعام والتغذية .   |
| <input type="checkbox"/> كثير جدا<br><input type="checkbox"/> كثير<br><input type="checkbox"/> قليل<br><input type="checkbox"/> معدوم | 3- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على نوم أفراد العائلة الآخرين.  |
| <input type="checkbox"/> كثير جدا<br><input type="checkbox"/> كثير<br><input type="checkbox"/> قليل<br><input type="checkbox"/> معدوم | 4- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على طريقة قضاء أوقات الفراغ للعائلة ( كالسباحة مثلا)  |
| <input type="checkbox"/> كثير جدا<br><input type="checkbox"/> كثير<br><input type="checkbox"/> قليل<br><input type="checkbox"/> معدوم | 5- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على الوقت اللازم للتسوق للعائلة.  |
| <input type="checkbox"/> كثير جدا<br><input type="checkbox"/> كثير<br><input type="checkbox"/> قليل<br><input type="checkbox"/> معدوم | 6- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على معدل إنفاقك (قيمة الأدوية ، الملابس الخاصة ، إلخ)   |
| <input type="checkbox"/> كثير جدا<br><input type="checkbox"/> كثير<br><input type="checkbox"/> قليل<br><input type="checkbox"/> معدوم | 7- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على إصابة الوالدين أو من يعتني بالطفل بالإجهاد والتعب.  |
| <input type="checkbox"/> كثير جدا<br><input type="checkbox"/> كثير<br><input type="checkbox"/> قليل<br><input type="checkbox"/> معدوم | 8- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على إصابة الوالدين أو من يعتني بالطفل بالضغوط النفسي أو العاطفي مثل الشعور بالاكتئاب أو الإحباط أو الشعور بالذنب. |
| <input type="checkbox"/> كثير جدا<br><input type="checkbox"/> كثير<br><input type="checkbox"/> قليل<br><input type="checkbox"/> معدوم | 9- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على العلاقات العائلية بين من يعتني بالطفل والوالدين أو بين من يعتني بالطفل والأطفال الآخرين في العائلة.           |
| <input type="checkbox"/> كثير جدا<br><input type="checkbox"/> كثير<br><input type="checkbox"/> قليل<br><input type="checkbox"/> معدوم | 10- خلال الأسبوع الماضي ما مدى تأثير إصابة طفلك بالحساسية الجلدية على الحياة العامة لمن يعتني بالطفل.  |

الرجاء التأكد من الإجابة على جميع الأسئلة، وشكرا لك.

M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay 1995

© حقوق الطبع محفوظة ل

## Annexe 5 : SCORAD

### SCORAD INDEX

**EUROPEAN TASK FORCE  
ON ATOPIC DERMATITIS**

Last Name  First Name

Date of Birth:  DD/MM/YY

Date of Visit:

Figures in parenthesis for children under two years

**A: EXTENT** Please indicate the area involved

**B: INTENSITY**

**C: SUBJECTIVE SYMPTOMS**  
PRURITUS + SLEEP LOSS

A/5 + 7B/2 + C

| CRITERIA          | INTENSITY |
|-------------------|-----------|
| Erythema          |           |
| Oedema/Papulation |           |
| Oozing/crust      |           |
| Excoriation       |           |
| Lichenification   |           |
| Dryness*          |           |

\* Dryness is evaluated on uninvolved areas

|  | MEANS OF CALCULATION  |
|--|---|
| <p>Visual analog scale (average for the last 3 days or nights)</p> <p>PRURITUS (0 to 10) <input style="width: 30px;" type="text"/> .....</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.5em; font-weight: bold;">0</p> <p>SLEEP LOSS (0 to 10) <input style="width: 30px;" type="text"/> .....</p> | <p><b>INTENSITY ITEMS</b><br/>(average representative area)</p> <p>0 = absence<br/>1 = mild<br/>2 = moderate<br/>3 = severe</p> |

10

## Annexe 6 : PO-SCORAD



▼ Français

# SCORAD

SCORInG Atopic Dermatitis



## Un outil pour évaluer l'eczéma

Le SCORAD est un score composite validé qui permet au médecin d'évaluer la sévérité de l'eczéma du patient, améliorant ainsi la prise en charge et le traitement. Cette nouvelle application s'adapte à tous types de peaux (blanche, sombre et asiatique) et offre la possibilité de prendre des photos des lésions importantes. De plus, elle permet d'exporter les données du patient au format Excel ou PDF, afin d'enregistrer dans son dossier médical le SCORAD calculé.

Lors de la consultation, cette application vous permet d'évaluer rapidement et d'enregistrer le SCORAD de vos patients à chaque visite.  
Si besoin, vous pouvez vous appuyer sur les illustrations pour la cotation des symptômes (peaux claires, peaux sombres et peaux asiatiques)



Si vous le souhaitez, vous pouvez les utiliser pour « former » votre patient à la reconnaissance de ses symptômes.  
Cette application offre la possibilité d'exporter par email le SCORAD global de vos patients afin de compléter leur dossier.

Cette application offre la possibilité d'exporter les données sous un format html (à transformer en .xls) si le SCORAD de votre patient est un critère d'évaluation dans une étude.

Le SCORAD a été créé et validé par l'European Task Force on Atopic Dermatitis. Les marques SCORAD® et PO-SCORAD® sont des marques déposées. La **ETAD** Fondation pour la Dermatite Atopique détient et dispose des droits d'usage afférents à l'utilisation de l'application SCORAD et POSCORAD.

L'outil, l'application SCORAD et ses illustrations ont été conçus et élaborés avec le concours du Pr Jean-François Stalder.  
Pour la réalisation d'études cliniques, l'usage de l'Outil SCORAD est soumis à l'adhésion à la  
« Charte d'utilisation de l'Outil SCORAD dans le cadre d'études cliniques »  
et l'envoi du formulaire correspondant. Veuillez contacter [poscorad@gmail.com](mailto:poscorad@gmail.com).



**Cliquez pour continuer**



---

# *RÉSUMÉS*

---



## Résumé

La dermatite atopique (DA) est une pathologie inflammatoire chronique très fréquente qui touche à la fois les enfants et les adultes. Le principal symptôme de cette maladie reste le prurit, qui a un impact sur la qualité de vie (QDV). Le but de cette étude était d'évaluer l'impact de la DA sur la vie des enfants atteints de cette maladie.

Il s'agissait d'une étude prospective de type descriptive et analytique incluant des enfants de (0-16 ans) atteints de DA sélectionnés aux cours des consultations de dermatologie du centre hospitaliers universitaire Mohamed VI (CHU Med VI). Les patients recrutés répondaient tous aux critères diagnostic de Hanifin et Rajka. Les données recueillies comprenaient les caractéristiques cliniques de la DA et les résultats des questionnaires centrés sur le patient: score de gravité (SCORAD), l'indice de qualité de vie en dermatologie pour enfants (CDLQI) et l'index de qualité de vie pour la famille (DFI).

Nous avons recrutés 110 enfants sur une durée d'une année. La tranche d'âge était située entre 3 mois et 15 ans. 51,8 % étaient des filles. Le score moyen du CDLQI était de 8,31. C'est la dimension symptômes avec le prurit qui reste la plus touché. Le score moyen du DFI quand a lui était de 9,08. Nous avons trouvé une forte association entre la sévérité de la DA objectiver par le SCORAD et la QDV des enfants mais aussi des mamans. Cependant, le CDLQI était beaucoup plus corrélé à la sévérité que ne l'était le DFI.

La DA comme certaines pathologie chronique affecte la QDV chez les enfants.

## **Abstract**

Atopic dermatitis (AD) is a chronic and inflammatory disorder that affects both children and adults. The main symptom of this disease is pruritus, which impacts health-related quality of life (HRQOL). The aim of this study was to evaluate the impact of AD on the lives of children with this disease.

This was a prospective and descriptive study of children (0–16 years) with AD selected during the dermatology consultations of the Mohamed VI University Hospital (CHU Med VI). The patients were selected according to the criteria of Hanifin and Rajka. The data collected included the clinical features of AD and the results of the patient-centered questionnaires: severity score (SCORAD), the children's version of Dermatology Life Quality Index (CDLQI) and the dermatitis family index (DFI).

We recruited 110 children from may 2017 to may 2018. The age group was between 3 months and 15 years old. 51, 8% were girls. The average score of CDLQI was 8.31. The dimension of symptoms (pruritus) was the most affected. The average score of the DFI was 9.08. A strong association between severe AD and poor QoL was found in both children and mothers. However child's QoL scores were sensitively related to AD severity, more than the family's QoL.

In the end, AD affects the QOL of children.

## خلاصة

التهاب الجلد التحسسي (Atopic dermatitis) هو حالة التهابية مزمنة شائعة جداً تصيب تصيب كلا من الأطفال والبالغين. يتمثل العرض الرئيسي لهذا المرض في الحكة التي تؤثر على جودة الحياة. الغرض من هذه الدراسة هو تقييم تأثير التهاب الجلد التأتبي على حياة الأطفال المصابين بهذا المرض.

كانت هذه دراسة استطلاعية وصفية اجريت على أطفال مصابين بالتهاب الجلد التحسسي الذين تماخضوا هم خلال استشارات الأمراض الجلدية في المستشفى الجامعي محمد السادس (CHU Med 6).

تم استجاب جميع المرضى لمعايير تشخيص حنيفين وراجا. (Rajka & Hanifin) تحتوي البيانات التي تم جمعها على الخصائص السريرية لالتهاب الجلد التحسسي ونتائج الاستبيانات التي تركز على المريض:

درجة الخطورة (SCORAD) مؤشر جودة الحياة في الأمراض الجلدية للأطفال (CDLQI) ومؤشر جودة الحياة للأسرة (DFI).

قمنا بمعاينة 110 طفلاً لمدة سنة كاملة. كانت الفئة العمرية بين 3 أشهر و 15 سنة.

51,8 ٪ كانوا من الفتيات.

وكانت نتيجة مؤشر جودة الحياة في الأمراض الجلدية للأطفال 8,31. من ناحية الأعراض تظل الحكة أكثرهم ضرراً.

كان المتوسط

القياسي لمؤشر جودة الحياة في الأمراض الجلدية للأطفال 9,08. وجدنا علاقة قوية بين شدة DA التي تجسدها SCORAD مع QOL للأطفال و أيضاً للأمهات. و كان مؤشر جودة الحياة CDLQI أكثر ارتباطاً بكثير بشدة التهاب الجلد التحسسي من DFI.

التهاب الجلد التحسسي ك بعض الأمراض المزمنة يؤثر على جودة الحياة عند الأطفال



---

# *BIBLIOGRAPHIE*

---



1. **A. Dammak, G. Guillet,**  
Dermatite atopique de l'enfant, Pédiatrie, 4-112-A-10, 2010.
2. **STALDER, J.F. et LACOUR, J.P.**  
Champs, objectifs et méthodologie de la conférence de consensus "Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant". Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2005, Vol. 132, 1, pp. 5-7.
3. **SAURAT, J-H., et al.**  
Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. 5e éd. Paris : Elsevier Masson, 2009. pp. 67-80. 1152 p.
4. **ROGUEDAS-CONTIOS, A-M. et LORETTE, G.**  
Dermatite atopique. Rueil-Malmaison: Doin, 2007. 63 p.
5. **CRICKX, B., LAMIRAND, M. et NICOLAS, J.-F.**  
La dermatite atopique. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2000. 186 p.
6. **Annales de Dermatologie et de Vénéréologie Vol 130, N° SUP 10 – octobre 2003 pp. 87-92.**  
Allergies cutané-muqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact
7. **Schultz OF.**  
Atopic dermatitis: an increasing problem. *PediatrAllergyImmunol* 1996 ; 7 : 51-3.
8. **S. Baghou, D. Bensaad, A. Taieb, A. Ammar-Khodja.**  
Prévalence et profil Clinique de la dermatite atopique en Algérie. *Ann DermatolVener* 2012; 139(12): B140.
9. **STALDER, J.F. et BARBAROT, S.**  
Ecole de l'atopie : éducation thérapeutique de l'atopique. *La revue du praticien*. 2006, Vol. 56, pp. 273-276.
10. **C. Lifschitz.**  
The Impact of Atopic Dermatitis on Quality of Life
11. **Fondation pour la Dermatite Atopique –**  
Recherche et Education. Qualité de vie
12. **Lewis-Jones MS, Finlay AY.**  
The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol*, 1995; 132: 942-949. R

13. **Lawson V, Lewis–Jones MS, Finlay AY, Reid P, Owens RG.**  
The family impact of childhood atopic dermatitis: the Dermatitis Family Impact Questionnaire. Br J Dermatology, 1998; 138: 107–113
14. **CDLQI version Arabic (Morocco).**  
Department of Dermatology, Cardiff University.
15. **DFI version Arabic (Morocco).**  
Department of Dermatology, Cardiff University.
16. **Hanifin JM, Rajka G.**  
Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta DermVenereol (Stockh) 1980; (suppl. 92) :44–7).
17. **Lewis–Jones MS, Finlay AY.**  
The Children’s Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. Br J Dermatol, 1995; 132: 942–949.
18. **Holme S A, Mann I, Sharpe J L, Dykes P J, Lewis–Jones M S, Finlay A Y.**  
The Childrens’ Dermatology Life Quality Index: validation of the cartoon version. Br J Dermatol 2003; 148: 285–290.
19. **Dodington SR, Basra MK, Finlay AY, Salek MS.**  
The Dermatitis Family Impact questionnaire: a review of its measurement properties and clinical application. Br J Dermatol. 2013; 169: 31–46.
20. **J.F. Stalder.**  
Severity scoring of atopic dermatitis. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis
21. **TAIEB, A.**  
Dermatite atopique : définition, épidémiologie, histoire naturelle, gravité et scores. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2005, Vol. 132, S1, pp. 35–43.
22. **STALDER, J.F., et al.**  
GET Dermatologie Groupe d'Education Thérapeutique en Dermatologie. [En ligne] [Citation : 21 Décembre 2012.] <http://www.edudermatologie.com/>
23. **THOMAS, P., CATTEAU, B. et CARPENTIER, O.**  
L'eczéma de la clinique à la thérapeutique. Paris : Editions MED'COM, 2005. 142 p.

24. **FROT, A-S., et al.**  
Syndrome de Netherton sans érythrodermie néonatale. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2006, Vol. 133, 6-7, pp. 622-623.
25. **CRICKX, B., LAMIRAND, M. et NICOLAS, J.-F.**  
La dermatite atopique. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2000. 186 p
26. **DermIS :**  
Dermatology Information System. Ichtyose vulgaire. www.dermis.net. [En ligne] 2012. [Citation : 22 Juillet 2012.] <http://www.dermis.net/dermisroot/fr/39957/diagnose.htm>.
27. **CEDEF**  
(Collège des Enseignants en Dermatologie de France). Item 114 - Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : dermatite (ou eczéma) atopique. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2012, Vol. 139, 11, pp. A85-A93.
28. **Carlos Lifschitz et al.**  
The Impact of Atopic Dermatitis on Quality of Life. Ann NutrMetab 2015;66(suppl 1):34-40
29. **ZEIGER, R.S.**  
Dietary aspects of food allergy prevention in infants and children. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2000, Vol. 30, S1, pp. 77-86.
30. **NICOLAS, J-F., ROZIERES, A. et CASTELAIN, M.**  
Pathogénie de la dermatite atopique. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2005, Vol. 132, S1, pp. 44-52.
31. **VABRES, P.**  
Quoi de neuf en dermatologie pédiatrique ? Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2008, Vol. 135, S7, pp. S343-S353.
32. **BORALEVI, F.**  
Quoi de neuf en dermatologie pédiatrique en 2010 ? Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2010, Vol. 137, S4, pp. S145-S157.
33. **SCHEINMANN, P., PATY, E. et DE BLIC, J.**  
Quelles mesures d'environnement faut-il prendre pour le traitement de la dermatite atopique de l'enfant et pour la prévention des autres manifestations atopiques ? Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2005, Vol. 132, S1, pp. 86-89.

34. **STALDER, J.F., et al.**  
L'eczéma de votre enfant. [En ligne] [Citation : 29 Octobre 2012.] <http://www.decas.univ-nantes.fr/certif2012/eczeenfant2012/EczEnfant/Une.html>.
35. **FLOHR, C., et al.**  
Lack of evidence for a protective effect of prolonged breast feeding on childhood eczema : lessons from the international Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Two. *British journal of dermatology*. 2011, Vol. 165, 6, pp. 1280–1289.
36. **CAMBAZARD, F.**  
Utilisation des dermocorticoïdes au cours de la dermatite atopique de l'enfant. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2005, Vol. 132, S1, pp. 64–67.
37. **LEBRUN-VIGNES, B. et CHOSIDOW, O.**  
Dermocorticoïdes. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2004, Vol. 131, 1, pp. 39–48.
38. **DOROSZ, P., VITAL DURAND, D. et LE JEUNNE, C.**  
Guide pratique des médicaments. 32e éd. Paris : Maloine, 2013. 1878 p.
39. **CHIAVERINI, C.**  
Quels sont les moyens de prévention des poussées et les mesures adjuvantes de la dermatite atopique de l'enfant ? *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2005, Vol. 132, S1, pp. 243–266.
40. **STALDER, J.F., BOISSON, S. et COUTANCEAU, C.**  
Evaluation de la corrélation entre PO-SCORAD et échelles de qualité de vie. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2012, Vol. 138, 12,S, p. A238
41. **RING, J., et al.**  
Guidelines for treatment of atopiceczema (atopicdermatitis) Part II. *Journal of the European academy of dermatology and venereology*. 2012, Vol. 26, 9, pp. 1176–1193.
42. **MISERY, L.**  
Dermatite atopique et psychisme. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2005, Vol. 132, S1, pp. 112–115.
43. **Linnet J, Jemecc GB.**  
An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 1999 ;195 :10–9

44. **Thestrup–Pedersen K.**  
Treatment principales of atopic dermatitis. *J Eur Acas DermatolVenereol* 2002 ;16 :1–9
45. **Amaral CSF, March MFBP, Sant'Anna CC.**  
Quality of life in children and teenagers with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol.* 2012;87(5):717–23.
46. **N. Maksimović et al.**  
Health–related quality of life in patients with atopic dermatitis
47. **Jiráková et al.**  
A comparative study of the impairment of quality of life Report 689. *International Journal of Dermatology* 2012, 51, 688–692
48. **Kim DH, et al.**  
Quality of Life and Disease Severity in Atopic Dermatitis
49. **J. Sánchez–Pérez et al.**  
Impacto de la calidad de vida relacionada con la salud en población pediátrica y adulta española con dermatitis atópica. Estudio PSEDA
50. **Amanda LetíciaBezerra Campos et al.**  
IMPACT OF ATOPIC DERMATITIS ON THE QUALITY OF LIFE OF PEDIATRIC PATIENTS AND THEIR GUARDIANS
51. **AgnetaGånemo et al.**  
Quality of Life in Swedish Children with Eczema. *ActaDermVenereol* 2007; 87: 345–349.
52. **Lewis–Jones MS, Finlay AY.**  
The Children’s Dermatology Life Quality Index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol* 1995; 132: 942–949.
53. **Selma Bakar Dertlioglu et al.**  
Dermatology life quality index scores in children with vitiligo: comparison with atopic dermatitis and healthy control subjects
54. **J. Twiss • S. P. McKenna et al.**  
Comparing the impact of psoriasis and atopic dermatitis on quality of life: co–calibration of the PSORIQoL and QoLIAD. Springer International Publishing Switzerland 2014

55. **CHAVIGNY, J.M., et al.**  
"Ecole de l'atopie", évaluation d'une expérience d'éducation thérapeutique chez 40 malades. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2002, Vol. 129, 8-9, pp. 1003-1007.
56. **DE BOISSIEU, D.**  
L'allaitement et les laits "de régime" ont-ils un intérêt préventif ou curatif dans la prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant ? *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2005, Vol. 132, S1, pp. 104-111.
57. **GAHAGAN, S. et al.**  
Breastfeeding and the risk of allergy and asthma. *British medical journal*. 2007, Vol. 335, 7624, pp. 782-783.
58. **KRAMER, M.S., ABOUD, F. et MIRONOVA, E.**  
Breastfeeding and child cognitive development. New evidence from a large randomized trial. *Archives of general psychiatry*. 2008, Vol. 65, 5, pp. 578- 584.
59. **YANG, Y.W., TSAI, C.L. et LU, C.Y.**  
Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *British journal of dermatology*. 2009, Vol. 161, 2, pp. 373-383.
60. **DE PROST, Y.**  
Allaitement maternel et dermatite atopique. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2012, Vol. 139, 4, pp. 253-254.
61. **FERGUSON, D.M. et HORWOOD, L.J.**  
Early solid food diet and eczema in childhood: a 10-year longitudinal study. *Pediatric allergy and immunology*. 1994, Vol. 5, S5, pp. 44-47.
62. **ZUTAVERN, A., et al.**  
Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis, and food and inhalant sensitization at the age of 6 year: results from the prospective birth cohort study LISA. *Pediatrics*. 2008, Vol. 121, 1, pp. e44-e52.
63. **FEWTRELL, M., et al.**  
Six months of exclusive breast-feeding: how good is the evidence? *British medical journal*. 2011, Vol. 342, c5955.

64. **ALM, B., et al.**  
Early introduction of fish decreases the risk of eczema in infants. *Archive of disease in childhood*. 2009, Vol. 94, 1, pp. 11–15.
65. **BACH, J-F.**  
The effect of infections on susceptibility to autoimmune and allergic disease. *New England journal of medicine*. 2002, Vol. 347, 12, pp. 911–920.
66. **Kiebert G, Sorensen SV, Revicki D, et al.**  
Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *Int J Dermatol*. 2002;41:151–158.
67. **Balci D, Sangün Ö, Inandi T.**  
Cross validation of the Turkish version of Children’s Dermatology Life Quality Index. *J Turk AcadDermatol*. 2007;1:71402a.
68. **Pavel V. et al.**  
Gender Differences in Self-assessed Health-related Quality of Life in Children with Atopic Dermatitis. *Clinical Aesthetic Volume 9 Number 8*. 2016
69. **LANGAN, S.M., FLOHR, C. et WILLIAMS, H.C.**  
The role of furry pets in eczema : a systematic review. *Archives of dermatology*. 2007, Vol. 143, 12, pp. 1570–1577.
70. **BISGAARD, H., et al.**  
Gene-environment interaction in the onset of eczema in infancy : filaggrin loss-of-function mutations enhanced by neonatal cat exposure. *PLOS Medicine*. 2008, Vol. 5, 6, p. e131.
71. **APFELBACHER, C.J., DIEPGEN, T.L. et SCHMITT, J.**  
Determinants of eczema: population-based cross-sectional study in Germany. *Allergy*. 2010, Vol. 66, 2, pp. 206–213.
72. **EPSTEIN, T.G., et al.**  
Opposing effects of cat and dog ownership and allergens sensitization on eczema in an atopic birth cohort. *Journal of pediatrics*. 2011, Vol. 158, 2, pp. 265–71.
73. **CHAVIGNY, J.M.**  
Place de l’éducation thérapeutique dans le traitement de la dermatite atopique de l’enfant. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*. 2005, Vol. 132, S1, pp. 116–120.

74. **SIMPSON, E., et al.**  
A pilot study of emollient therapy for the primary prevention of atopic dermatitis. *Journal of the American academy of dermatology*. 2010, Vol. 63, 4, pp. 587–593.
75. **BARBAROT, S., et al.**  
Therapeutic patient education in children with atopic dermatitis : position paper on objectives and recommendations. *Pediatric dermatology*. 2013, Vol. 30, 2, pp. 199–206.
76. **BROBERG, A., et al.**  
Parental education in the treatment of childhood atopic eczema. *Acta Dermato-Venereologica*. 1990, Vol. 70, 6, pp. 495–499.
77. **COENRAADS, P.J., et al.**  
Intensive patient education and treatment program for young adults with atopic eczema. *Hautarzt*. 2001, Vol. 52, 5, pp. 428–433.
78. **STAAB, D., et al.**  
Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. *Pediatric allergy and immunology*. 2002, Vol. 13, 2, pp. 84–90.
79. **CHINN, D.J., POYNER, T. et SIBLEY, G.**  
Randomized controlled trial of a single dermatology nurse consultation in primary care on the quality of life of children with atopic eczema. *British journal of dermatology*. 2002, Vol. 146, 3, pp. 432–439.
80. **CORK, M.J., et al.**  
Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *British journal of dermatology*. 2003, Vol. 149, 3, pp. 582–589.
81. **Gieler U, Koehnlein B, Schauer U et al.**  
Elternberatung bei kinder mit atopischer (counseling of parents with children with atopic dermatitis). *Hautarzt* 1992;42(Suppl 11) :37–42.
82. **Giampaolo Ricci, M.D. et al.**  
Three Years of Italian Experience of an Educational Program for Parents of Young Children Affected by Atopic Dermatitis: Improving Knowledge Produces Lower Anxiety Levels in Parents of Children with Atopic Dermatitis. *Pediatric Dermatology* Vol. 26 No. 1 January February 2009

83. **Kiebert G, Soresen SV, Revicki D, Fagan SC, Doyle JJ, Cohen J, Fivenson D:**  
Atopic dermatitis is associated with a decrement in Health-related quality of life. *Int J Dermatol* 2002, 41:151-158.
84. **Ben-Gashir MA, Seed PT, Hay RJ:**  
Quality of life and disease severity are correlated in children with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2004, 150(Suppl. 2):284-290.
85. **Mozaffari H, Pourpak Z, Pourseyed S, Farhoodi A, Aghamohammadi A, Movahadi M, Gharagozloo M, Moin M:**  
Quality of life in atopic dermatitis patients. *J Microbiol Immunol and Infect* 2007, 40(Suppl. 3):260-264.
86. **Ben-Gashir mA, Seed PT et al.**  
Are quality of family life and disease severity related in childhood atopic dermatitis? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16: 455-462.
87. **Holm eA, WulfhC, Stegmann h, Jemec Gb.**  
Life quality assessment among patients with atopic eczema. *br J Der- matol* 2006; 154: 719-725.
88. **Monti et al.**  
Quality of life measures in Italian children with atopic dermatitis and their families. *Italian Journal of Pediatrics* 2011, 37:59
89. **Collection photo du CHU MED VI.**  
Service de dermatologie

# قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض  
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.  
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي  
الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.  
وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان.. لا لأذاه.  
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل

زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانياتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

# جودة الحياة وإلتهاب الجلد التحسسي

## الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 03/07/2018

من طرف

**الأنسة ياسمينة أبوطالب**

المزودة في 16 مارس 1991 بأكادير

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية:

الإلتهاب الجلد التحسسي - CDLQI- DFI- SCORAD - جودة الحياة

## اللجنة

الرئيس

س. أمل

السيد

أستاذ في طب أمراض الجلد

المشرف

و. حكار

السيدة

أستاذة مبرزة في طب أمراض الجلد

م. بوالروس

السيد

أستاذ في أمراض الأطفال

غ. اضرايس

السيدة

أستاذة مبرزة في أمراض الأطفال

الحكام