



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Année 2013

Thèse N : 88

**Evaluation de la qualité de vie des patients atteints
de la maladie de behçet
(Etude prospective sur 6 mois)**

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../2013
PAR

Mlle. Hind KAROUN

Née le 15 Février 1987 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLÉS :

Maladie de behçet – qualité de vie – Short-Form 36.

JURY

Mr. S. AMAL

Professeur de Dermatologie

PRÉSIDENT

Mme. L. ESSAADOUNI

Professeur de Médecine Interne

RAPPORTEUR

Mme. F. ASRI

Professeur de Psychiatrie

Mr. M. EL HATTAOUI

Professeur agrégé de Cardiologie

Mme. N. AKHDARI

Professeur de Dermatologie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رب اوزعني ان اشكر نعمتك التي
انعمت علي وعلى والدي
وان اعمل صالحا ترضاه
وادخلني برحمتك في
عبادك الصالحين.

صدق الله العظيم



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

Doyen Honoraire

: Pr. Badie-Azzamann MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice doyen à la recherche et la coopération

: Pr. Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen à la pédagogies

: Pr. Ag Zakaria DAHAMI

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique B
ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
AIT BENALI	Said	Neurochirurgie
AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
AKHDARI	Nadia	Dermatologie
ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
AMAL	Said	Dermatologie
ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique A

ASRI	Fatima	Psychiatrie
BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
BENELKHAÏAT BENOMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
CHABAA	Laila	Biochimie
CHOULLI	Mohamed Khaled	Neuropharmacologie
ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
FIKRY	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
KISSANI	Najib	Neurologie
KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
MANSOURI	Nadia	stomatologie et chirurgie maxillo faciale
MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie B
RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie A

SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
SARF	Ismail	Urologie
SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique A
YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation

PROFESSEURS AGREGES

ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
ADMOU	Brahim	Immunologie
AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
ARSALANE	Lamiaé	Microbiologie- Virologie (Militaire)
BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
BOUKHIRA	Abderrahman	Biochimie-Chimie (Militaire)
BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique (Militaire)
CHELLAK	Saliha	Biochimie-chimie (Militaire)
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
DAHAMI	Zakaria	Urologie
EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie B

ELFIKRI	Abdelghani	Radiologie (Militaire)
ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
KHOULALI IDRISI	Khalid	Traumatologie-orthopédie (Militaire)
LAOUAD	Inas	Néphrologie
LMEJJATI	Mohamed	Neurochirurgie
MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
TASSI	Noura	Maladies Infectieuses

PROFESSEURS ASSISTANTS

ABKARI	Imad	Traumatologie-orthopédie B
ABOU EL HASSAN	Taoufik	Anesthésie - réanimation
ABOUSSAIR	Nisrine	Génétique
ADALI	Imane	Psychiatrie
ADALI	Nawal	Neurologie
AGHOUTANE	El Mouhtadi	Chirurgie – pédiatrique
AISSAOUI	Younes	Anesthésie Réanimation (Militaire)
AIT BENKADDOUR	Yassir	Gynécologie – Obstétrique A
AIT ESSI	Fouad	Traumatologie-orthopédie B
ALAOUI	Mustapha	Chirurgie Vasculaire périphérique (Militaire)

ALJ	Soumaya	Radiologie
AMRO	Lamyae	Pneumo - phtisiologie
ANIBA	Khalid	Neurochirurgie
BAIZRI	Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques (Militaire)
BASRAOUI	Dounia	Radiologie
BASSIR	Ahlam	Gynécologie – Obstétrique B
BELBARAKA	Rhizlane	Oncologie Médicale
BELKHOUE	Ahlam	Rhumatologie
BENALI	Abdeslam	Psychiatrie (Militaire)
BEN DRISS	Laila	Cardiologie (Militaire)
BENCHAMKHA	Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
BENHADDOU	Rajaa	Ophtalmologie
BENHIMA	Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie B
BENJILALI	Laila	Médecine interne
BENZAROUEL	Dounia	Cardiologie
BOUCHENTOUF	Rachid	Pneumo-phtisiologie (Militaire)
BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique B
BOURRAHOUAT	Aicha	Pédiatrie
BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique
CHAFIK	Rachid	Traumatologie-orthopédie A
DAROUASSI	Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie (Militaire)

DIFFAA	Azeddine	Gastro - entérologie
DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie A
EL AMRANI	Moulay Driss	Anatomie
EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL BARNI	Rachid	Chirurgie Générale (Militaire)
EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI	Rachid	Chirurgie Cardio Vasculaire
EL HAOURY	Hanane	Traumatologie-orthopédie A
EL IDRISSE SLITINE	Nadia	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KARIMI	Saloua	Cardiologie
EL KHADER	Ahmed	Chirurgie Générale (Militaire)
EL KHAYARI	Mina	Réanimation médicale
EL MEHDI	Atmane	Radiologie (Militaire)
EL MGHARI TABIB	Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL OMRANI	Abdelhamid	Radiothérapie
FADILI	Wafaa	Néphrologie
FAKHIR	Bouchra	Gynécologie – Obstétrique A
FAKHIR	Anass	Histologie -embryologie cytogénétique
FICHTALI	Karima	Gynécologie – Obstétrique B
HACHIMI	Abdelhamid	Réanimation médicale
HAJJI	Ibtissam	Ophtalmologie

HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique
HAROU	Karam	Gynécologie – Obstétrique B
HOCAR	Ouafa	Dermatologie
JALAL	Hicham	Radiologie
KADDOURI	Said	Médecine interne (Militaire)
KAMILI	El ouafi el aouni	Chirurgie – pédiatrique générale
KHOUCHANI	Mouna	Radiothérapie
LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
LAKMICHI	Mohamed Amine	Urologie
LAKOUICHMI	Mohammed	Chirurgie maxillo faciale et Stomatologie (Militaire)
LOUHAB	Nissrine	Neurologie
MADHAR	Si Mohamed	Traumatologie-orthopédie A
MAOULAININE	Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
MARGAD	Omar	Traumatologie – Orthopédie B (Militaire)
MATRANE	Aboubakr	Médecine Nucléaire
MOUAFFAK	Youssef	Anesthésie - Réanimation
MOUFID	Kamal	Urologie (Militaire)
MSOUGGAR	Yassine	Chirurgie Thoracique
NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
NOURI	Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
OUALI IDRISSE	Mariem	Radiologie

OUBAHA	Sofia	Physiologie
OUERIAGLI NABIH	Fadoua	Psychiatrie (Militaire)
QACIF	Hassan	Médecine Interne (Militaire)
QAMOUSS	Youssef	Anesthésie - Réanimation (Militaire)
RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
RADA	Noureddine	Pédiatrie A
RAIS	Hanane	Anatomie-Pathologique
ROCHDI	Youssef	Oto-Rhino-Laryngologie
SAMLANI	Zouhour	Gastro - entérologie
SERHANE	Hind	Pneumo-Phtisiologie
SORAA	Nabila	Microbiologie virologie
TAZI	Mohamed Illias	Hématologie clinique
ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
ZAOUI	Sanaa	Pharmacologie
ZIADI	Amra	Anesthésie - Réanimation



DEDICACES

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
l'amour, Le respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que*



Je dédie cette thèse ...

*A Allah :
Tout puissant
Qui m'a inspiré
Qui m'a guidé dans le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenu
Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde*

*A
MES TRÈS CHERS PARENTS :*

*Aucune expression, aussi élaborée qu'elle soit, ne pourrait traduire ma profonde gratitude et ma reconnaissance pour toutes ces années de sacrifices et de dévouement surtout celles de mes études médicales. Merci de m'avoir soutenu et aidé à surmonter tous les imprévus de la vie. C'est grâce à ALLAH puis à vous que je suis devenue ce que je suis aujourd'hui.
En ce jour, j'espère réaliser l'un de vos rêves et être digne de porter votre nom.
Puisse ALLAH m'aider pour rendre un peu soit-il de ce que vous m'avez donné.
Puisse ALLAH vous accorder santé, bonheur et longue vie afin que je puisse vous rendre un minimum de ce que je vous dois.
A mes êtres chers, je vous témoigne mon profond amour et mes respects les plus dévoués.*

*A MES CHÈRES SOEURS :
GHIZLANE, MERYEM ET HAJAR*

*Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous.
Pour votre aide et votre soutien moral.
Pour tout ce que vous avez fait pour moi.
Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent.
Pussions-nous rester unies dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue.
Puisse dieu, nous garder, à jamais, unies et entourées de tendresse, joie et prospérité.*

A MA TRÈS CHÈRE AMIE ET SŒUR FATIMAZAHRA-ELHATTAB :

*Nulle dédicace ne saurait exprimer mon amour et ma profonde affection.
A toi chère sœur qui a toujours su être à mon écoute et me comprendre à demi-mot à travers un simple regard, à me reconforter au moment opportun. Aux moments inoubliables que nous avons passé ensemble, tu as toujours été là et où il faut et quand il faut. Les phrases me manquent pour t'exprimer ma grande reconnaissance et mon admiration profonde.
Puisse dieu, tout puissant, te combler de santé, de bonheur et te procures longue vie afin de réaliser tous tes rêves.*

A TOUTE LA FAMILLE ELHATTAB

En reconnaissance pour la grande affection que vous me témoignez et pour la gratitude ainsi que l'amour sincère que je vous porte. Que Dieu vous accorde santé, longue vie et beaucoup de bonheur.

A MES TRÈS CHÈRES AMIES:

***SANAE, SOUKAINA, BOUCHRA, MAJDA, MOUNIA, JALILA,
MERYEM ET SANAE***

Merci, chères amies pour les bons moments que nous avons passés ensemble. Aucun mot ne saurait exprimer mes sentiments de considération et de reconnaissance envers votre soutien et vos encouragements le long de mes études. Vous avez toujours donné l'exemple des amies attentives et fidèles, et des camarades serviables et marrants.

Je saisis cette occasion pour vous exprimer mon profond respect et vous souhaiter le bonheur, la joie et tout le succès du monde.

A MA CHÈRE AMIE IMANE ET SES PARENTS :

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux,

A NOTRE CHÈRE MAJDA :

SECRÉTAIRE AU SERVICE DE MÉDECINE INTERNE IBN TOFAIL

Je vous remercie infiniment d'avoir m'aider dans la réalisation de ce travail. Votre aide était d'un grand apport.

Toujours sympathique, souriante, très serviable, vous m'avez vraiment facilité les choses. Je suis très reconnaissante et merci pour tout.

A MES ONCLES ET TANTES

A MES TRÈS CHÈRS COUSINS ET COUSINES

J'espère ne jamais vous décevoir, et être à la hauteur de ce que vous attendez de moi...

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

En reconnaissance de votre amour et de votre tendresse.

A TOUS MES AMIS.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHÈRS ET QUE J'AI OMIS DE CITER:

Que ce travail soit le témoignage des bons moments que nous avons passé ensemble. J'espère pour vous une vie pleine de bonheur.

***A TOUS CEUX QUI ONT POUR MISSION CETTE TÂCHE DE SOULAGER
L'ÊTRE HUMAIN ET D'ESSAYER DE LUI PROCURER LE BIEN-ÊTRE
PHYSIQUE, PSYCHIQUE ET SOCIAL***

REMERCIEMENTS

*A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE
PR. L. ESSAADOUNI : CHEF DE SERVICE DE MEDECINE
INTERNE HOPITAL IBN TOFAIL*

*Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail.
Vous nous avez éblouis par votre sérieux, votre sympathie, votre modestie, votre honnêteté, et toutes vos qualités humaines qui nous servent d'exemple. Nous espérons avoir mérité votre confiance. Notre reconnaissance sera éternelle.
Veuillez accepter l'expression de nos sentiments les plus respectueux et les plus reconnaissants.*

*A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :
PR. S. AMAL : CHEF DE SERVICE DE DERMATOLOGIE HOPITAL
IBN TOFAIL.*

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement la présidence de notre jury de thèse. Vos qualités professionnelles nous ont beaucoup marquées mais encore plus votre gentillesse et votre sympathie. Nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements.

*A NOTRE MAITRE ET JUGE :
PR. F. ASRI : CHEF DE SERVICE DE PSYCHIATRIE HOPITAL IBN
NAFISSE*

Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre présence. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillis. Veuillez accepter, cher maître, ce travail avec toute notre estime et respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE :
PR. N. AKHDARI : PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE HOPITAL
IBN TOFAIL.

Vous avez accepté très spontanément de faire partie de notre jury. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Vos qualités humaines et professionnelles nous ont beaucoup marquées.
Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE :
PR. M. ELHATTAOUI : CHEF DE SERVICE DE CARDIOLOGIE
HOPITAL IBN TOFAIL.

Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Vous nous faites l'honneur de juger ce modeste travail.

Veillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A Dr. N. ELKHOUDRI : EPIDEMIOLOGISTE A EVOTEC.

Nous sommes très reconnaissants pour l'aide apporté lors de la réalisation de ce travail.

Veillez accepter mes sincères remerciements de même que le témoignage de mon profond respect.

A Dr. SEBBANI : RESIDENTE AU SERVICE
D'EPIDEMIOLOGIE.

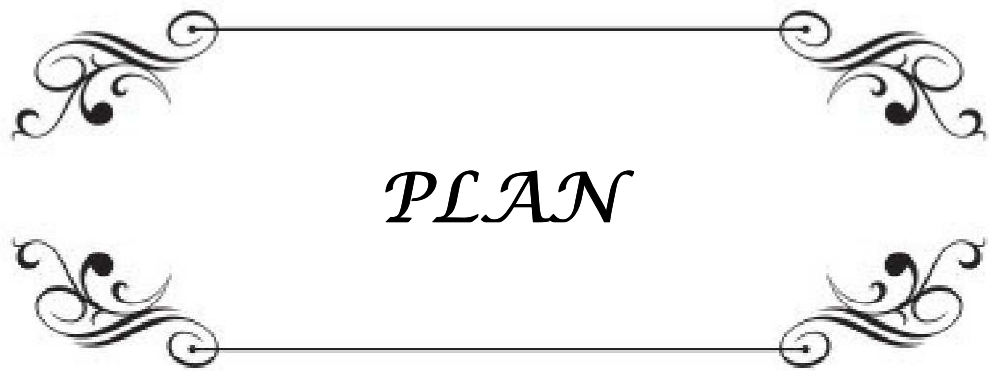
Nous vous sommes reconnaissants de l'aide apportée tout au long de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de nos sentiments les plus distingués.

ABBREVIATIONS

Liste des abréviations

MB	: Maladie de behçet
QDV	: Qualité de vie
SF-36	: Short Form-36 Health Survey
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
Leeds BD-QoL	: Leeds Behçet disease Quality Of Life
BDCAF	: Behçet's Disease Current Activity Form
WHOQOL-BREF	: World Health Organization Quality Of Life – Bref
HAQ	: Health Assessment Questionnaire
EQ-5D	: Euro QoL-5 Dimensions
OHIP-14	: Oral Health Impact Profile- 14
NEI-VFQ-25	: National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire-25
PF	: Pseudo folliculites
EN	: Erythème Noueux
AINS	: Anti- inflammatoires non stéroïdiens
AVK	: Anti vitamine K
FP	: Fonctionnement Physique
RP	: Rôle Physique
DP	: Douleur Physique
SG	: Santé Générale
RE	: Rôle Emotionnel
FS	: Fonctionnement Social
VT	: Vitalité
SM	: Santé Mentale
PR	: Polyarthrite Rhumatoïde



INTRODUCTION	1
PATIENTS ET METHODES	3
I.matériels :	4
1. Type de l'étude	4
2. Population cible	4
3. Echantillon	4
II-méthodes :	4
1. Fiche d'exploitation	5
2. Le SF-36	5
III-méthodes statistiques :	5
RESULTATS	6
I-Etude descriptive :	7
1. Caractéristiques des patients	7
2. Caractéristiques de la maladie de behçet	9
3. Evaluation de la qualité de vie des patients par le SF-36	13
II-Etude analytique :	15
1. Lien entre les caractéristiques démographiques, socio-économiques des patients et la QDV	15
2. Lien entre les caractéristiques de la maladie de behçet et la QDV	21
DISCUSSION	32
I-Généralités :	33
1. La maladie de behçet :	33
1.1. Introduction	33
1.2. Historique	33
1.3. Epidémiologie	34
1.4. Pathogénie	36
1.5. Diagnostic clinique de MB	39
1.6. Traitement	50
1.7. Evolution et pronostic de la MB	53
2- QDV et ses mesures :	53
2.1-Qualité de vie :	53
a. Genèse d'un concept	53
b. Définitions de la QDV	54
c. QDV et relation avec la santé	55
2.2-QDV et ses mesures :	56
a. généralités sur le développement des échelles	56
b. déroulement d'une étude de la QDV	57
c. les instruments de mesure de la QDV	57
2.3-Mesure de la QDV au cours de la MB :	58
a. Instruments génériques utilisés au cours de la MB :	59
b. Instruments spécifiques de la MB :	60

II-Discussion de nos résultats :.....	62
1. QDV et facteurs démographiques et socio-économiques :.....	65
2. impact des aspects cliniques sur la QDV :.....	67
 CONCLUSION	 70
 ANNEXES	 72
 RESUMES	 83
 BIBLIOGRAPHIE	 86



INTRODUCTION

La maladie de behçet (MB) est une vascularite inflammatoire, multi systémique, caractérisée par la fréquence et la bénignité des manifestations cutané-muqueuses et articulaires et la gravité des manifestations oculaires, neurologiques centrales, vasculaires et surtout artérielles et digestives.

Son diagnostic est clinique et repose sur des critères internationaux. [1]

Elle constitue l'une des affections inflammatoires chroniques dont l'impact est d'une telle ampleur, qu'il atteint le patient aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychique et émotionnel.

La qualité de vie (QDV) devient maintenant un enjeu majeur dans le domaine de la santé, sa prise en compte procède du légitime souhait de la communauté médicale de connaître la manière dont le patient vit sa maladie.

Les études de la QDV en médecine, visent à apprécier la perception qu'a le patient de sa place dans l'existence. C'est une conception <<humaniste>> de la médecine qui fut admettre la QDV au rang des critères médicaux et des données biomédicales permettant ainsi d'aider à la décision médicale et de guider la prise en charge des patients. [2]

Ces études sont utilisées depuis la fin des années 70 dans différentes spécialités médicales, pour évaluer l'impact des pathologies chroniques sur la QDV.

Au Maroc, aucune étude n'a évalué la QDV des patients atteints de la MB. Le but de notre travail, est donc d'évaluer la QDV de ces patients en utilisant le SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form), qui reste l'outil de référence le plus utilisé dans ce type d'étude et surtout qu'il est traduit et validé en arabe dialectal. [3]

PATIENTS

&

METHODS

I. Matériels :

1. type de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, visant à évaluer la QDV des patients atteints de la MB sur une durée de six mois.

2. Population cible :

Les patients atteints de la MB.

3. Echantillon :

Un échantillon accidentel de 100 patients atteints de la MB a été colligé au niveau des services suivants :

- ✓ Service de médecine interne du centre hospitalier universitaire Mohamed VI de Marrakech.
- ✓ Service de médecine interne de l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.
- ✓ Consultation de médecine interne du centre hospitalier régional Mohamed V de Safi.

II. Méthodes :

Notre étude s'est déroulée sous forme d'entretiens. Le recueil des informations a été réalisé à l'issue de l'interrogatoire des malades et à partir des données du dossier médical.

Les patients recrutés ont été informés du but de l'étude.

Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés.

Le recueil des données a été effectué avec respect de L'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

Les questionnaires utilisés au cours de l'étude sont:

1. La fiche d'exploitation : (voir annexe 1)

Elle comporte 2 rubriques :

- Les caractéristiques démographiques et socio-économiques des malades.
- Les caractéristiques de la MB.

2. Le SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form): (annexe2)

Le SF-36 est une échelle générique pour mesurer la QDV qui comporte 8 dimensions. Le score de chaque dimension est situé entre 0 et 100 avec des chiffres élevés indiquant une meilleure santé perçue [4]. Les scores peuvent être également obtenus par la somme algébrique de valeurs finales des items composant chaque dimension. Le SF-36 est disponible en arabe dialectale.

III. méthodes statistiques :

On a fait appel à deux méthodes d'analyse statistique :

- **Une analyse descriptive uni variée** : pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages et pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts- types.
- **Une analyse bi variée** : au cours de cette analyse, nous avons utilisé des tests statistiques notamment le test T de Student et le test U de Mann Whitney pour comparer deux moyennes, le test Anova pour comparer plus de deux moyennes.
- Le logiciel utilisé au cours de l'étude est le spss 18 pour le windows. le seuil de signification a été fixé à 0,05.



RESULTATS

I. ETUDE DESCRIPTIVE :

1. Caractéristiques des patients :

1-1 Sexe :

Parmi les 100 patients, 67 étaient des hommes soit 67% de la population étudiée et 33 étaient des femmes soit 33%, avec un sexe ratio Homme/Femme de 2,03.

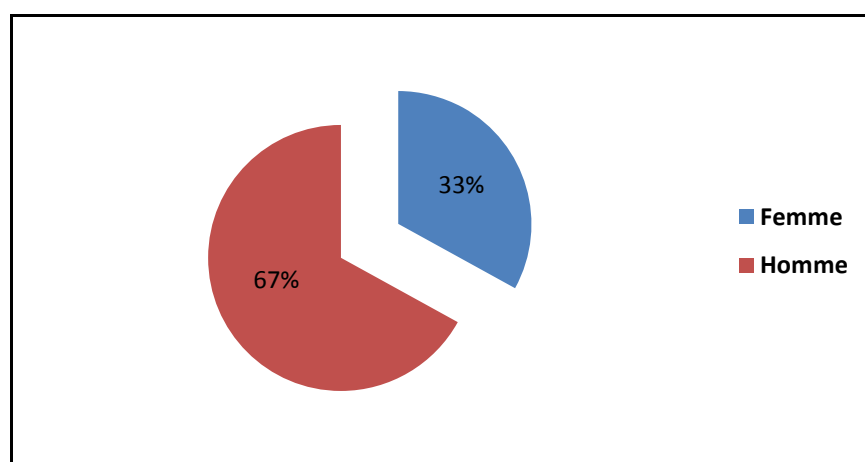


Fig.1 : La répartition des patients selon le sexe.

1-2 Age :

La moyenne d'âge des patients recrutés était de 35,73+/-10,73 avec des âges extrêmes allant de 14 ans à 64 ans. On a divisé les patients en 2 groupes comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau I : L'âge des patients

Groupes d'âge	Nbre de patients	% de patients
<35 ans	54	54%
>35 ans	46	46%
total	100	100%

1-3 Statut marital :

L'étude du statut marital a révélé que 69% des patients sont mariés et 29% sont célibataires.

Tableau II : Le statut marital des patients

Statut marital	Nbre de patients	% de patients
célibataire	29	29%
Marié(e)	69	69%
Divorcé(e)	2	2%

1-4 Niveau socio-économique :

a. Niveau d'instruction :

La plupart des patients, soit 69% de la population de l'étude ont un niveau d'instruction. Dans 20% des cas, le niveau d'instruction était universitaire et dans 28% des cas était secondaire.

Tableau III : Le niveau d'instruction des patients

Niveau d'instruction	Nbre de patients	% de patients
Analphabète	31	31%
Primaire	21	21%
secondaire	28	28%
universitaire	20	20%
Total	100	100%

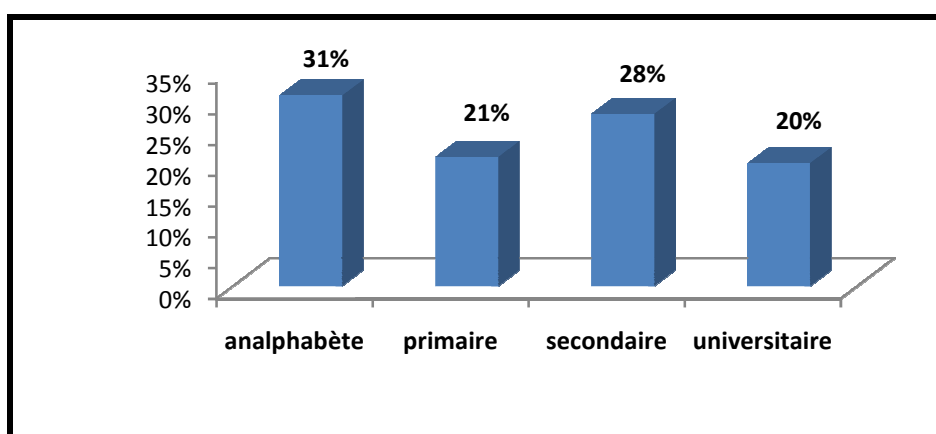


Fig.2 : Le niveau d'instruction des patients

b. Statut professionnel des patients :

L'étude de l'activité professionnelle a révélé une prédominance de patients avec activité professionnelle soit 67% de la population étudiée.

Tableau IV : Le statut professionnel des patients

profession	Nbre de patients	% de patients
Sans profession	33	33%
Avec profession	67	67%
Total	100	100%

c. la couverture médicale :

L'étude de la couverture médicale chez nos malades a montré une légère prédominance des patients non mutualistes, soit 55% de la population étudiée.

Tableau V : La couverture médicale des patients

Couverture médicale	Nbre de patients	% de patients
Non mutualiste	55	55%
mutualiste	45	45%
Total	100	100%

2. Caractéristiques de la MB :

2-1 Durée d'évolution de la maladie

La durée moyenne du diagnostic était de 5 ans et demi avec des extrêmes allant de 6 mois à 25 ans.

D'autre part, on a classé la durée d'évolution en 4 catégories comme le montre le tableau suivant :

Tableau VI : La durée d'évolution de la maladie des patients

Durée d'évolution	Nbre de patients	% de patients
Inf à 1 an	21	21%
[1 an- 4[	23	23%
[4 ans-6ans[	21	21%
Sup à 6 ans	35	35%
Total	100	100%

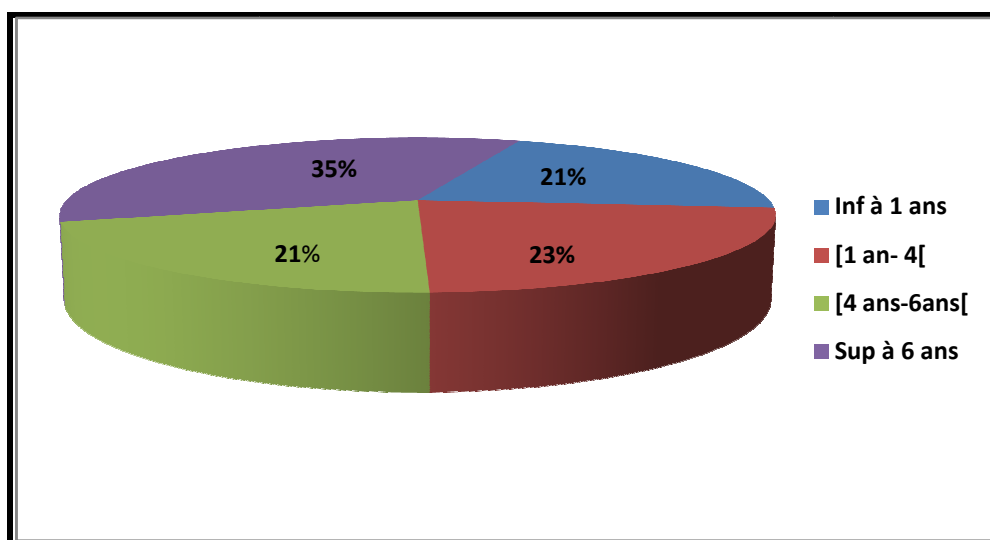


Fig.3 : La durée d'évolution de la maladie des patients

2-2 Atteintes cliniques :

a- Les atteintes bénignes :

Dans notre série, l'atteinte muqueuse est présente chez tous les patients alors que l'atteinte cutanée est observée dans 70% des cas.

L'atteinte articulaire est retrouvée chez 26% des patients.

Tableau VII : Les atteintes systémiques

L'atteinte clinique		Nbre de patients	% de patients
Atteinte muqueuse	Aphtose bipolaire (aphtose buccale et génitale)	52	52%
	Aphtose buccale seulement	48	48%
Atteinte cutanée	pseudo folliculite	46	46%
	Érythème noueux	22	22%
	Aphtes cutanés	2	2%
Atteinte articulaire		26	26%

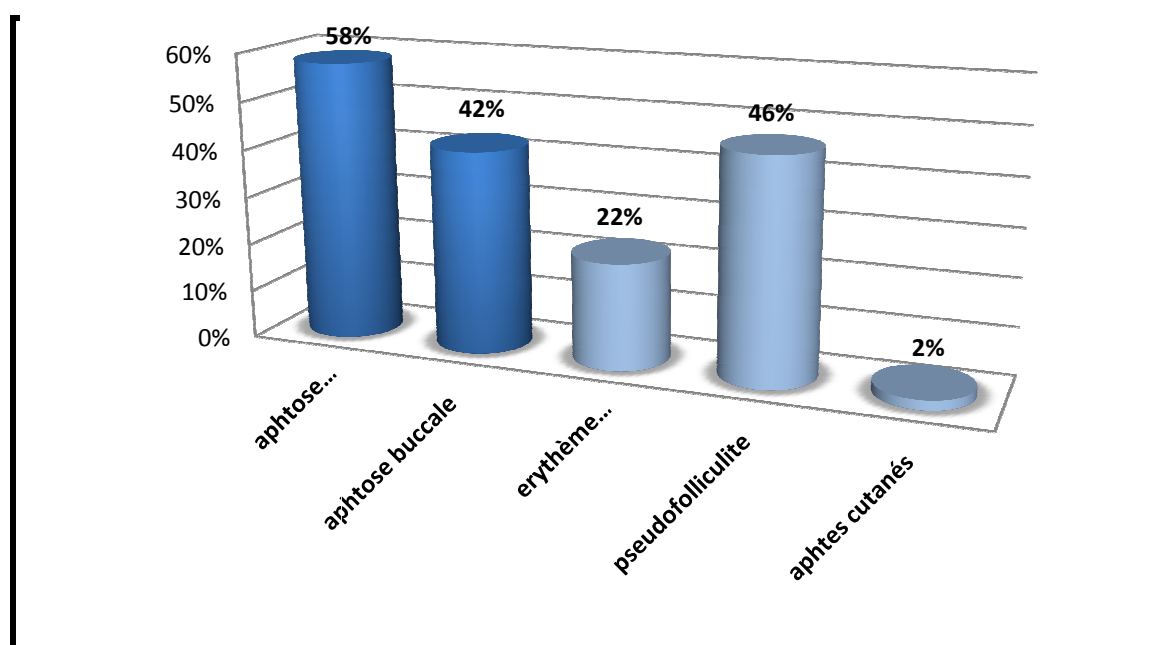


Fig.4 : L'atteinte cutané-muqueuse chez les patients

b- Les atteintes graves :

La moitié des patients de notre série présentent une atteinte oculaire (n=49), 75,5% d'entre eux ont une atteinte bilatérale. L'uvéite postérieure vient au premier rang (48,98%) suivie de la panuvéite (22,44%).

Tableau VIII : L'atteinte oculaire chez les patients

		Nbre de patients	% de patients
localisation	unilatérale	12	24,5%
	bilatérale	37	75,5%
Type d'atteinte	Uvéite antérieure	5	10,22%
	Uvéite postérieure	24	48,98%
	Hyalite	9	18,36%
	panuvéite	11	22,44%

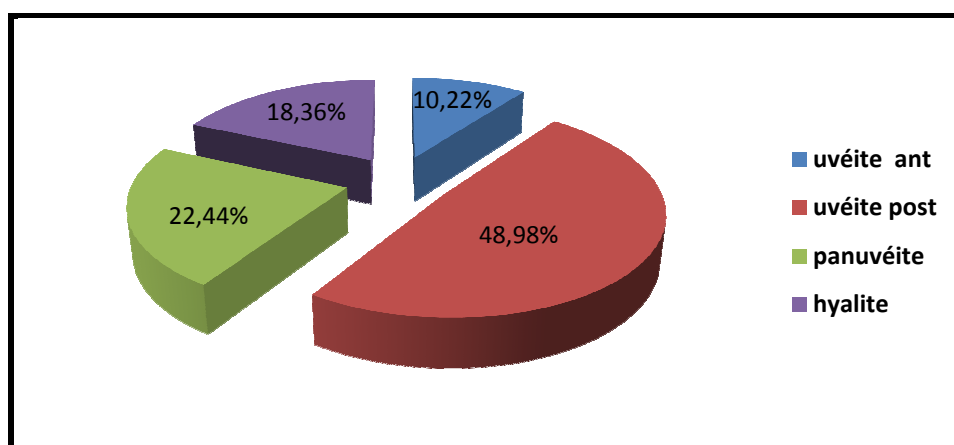


Fig. 5 : Les types d'atteinte oculaire chez les patients

L'atteinte vasculaire est présente chez 31% des patients de la population étudiée, sous forme de thromboses veineuses profondes intéressant surtout les membres inférieurs. La thrombophlébite cérébrale, quant à elle, représente la lésion retrouvée chez tous les malades présentant une atteinte neurologique. Cette atteinte est observée chez 14% des patients.

On n'a pas noté d'atteinte digestive chez les patients de notre série.

Tableau IX : Les autres atteintes graves chez les patients

Atteintes cliniques	Nbre de patients	% de patients
Neurologique	14	14%
Vasculaire	31	31%
digestive	0	0%

2-3 Traitement :

Tous les patients de notre série étaient sous traitement, 73% étaient sous colchicine, 77% sous corticothérapie par voie orale. Le traitement immunosuppresseur, à base de cyclophosphamide et d'azathioprine a été instauré chez 65% des sujets alors que 29% de nos patients étaient sous AVK.

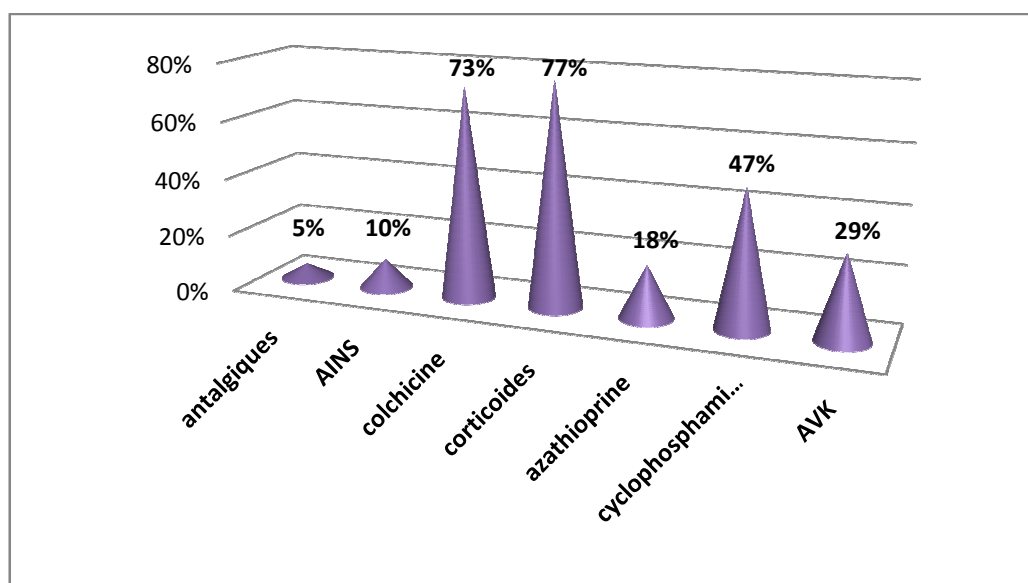


Fig.6 : La répartition des traitements en pourcentage

3. Evaluation de la qualité de vie des patients :

Nous avons étudié la qualité de vie des patients à l'aide du SF-36. Les scores obtenus, concernant chaque dimension ainsi que les deux scores finaux physique et mental, sont illustrés sur le tableau X.

Tableau X : Les scores du SF-36 obtenus par la moyenne de la somme algébrique des valeurs finales des items composant chaque dimension.

Dimensions	Moyenne+/-écart type [valeur minimale-valeur Maximale]
Fonctionnement physique (FP)	72,60+/- 19,312[5-100]
Retentissement de l'état physique sur les activités ou rôle physique (RP)	32,75+/-40,932[0-100]
Douleur physique (DP)	63,02+/-28,627[0-100]
Santé générale (SG)	52,06+/-19,934[8,33-87,50]
Vitalité (VT)	49,10+/-16,227[5-100]
Fonctionnement social (FS)	62,42+/-19,396[25-100]
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités ou rôle émotionnel (RE)	31,66+/-39,175[0-100]
Santé mentale (SM)	51,75+/-14,434[12-100]
Score physique	55,19+/-22,68[11,04-96,87]
Score mental	48,56+/-18,952[11,8-83,5]

La moyenne des scores de nos malades était entre 31,5 et 72,5. Les scores les plus diminués concernaient les dimensions : rôle physique, rôle émotionnel, vitalité, santé mentale, santé générale et score mental, alors que les composantes : douleur physique, fonctionnement social et score physique étaient dans la moyenne. Seul le paramètre fonctionnement physique était satisfaisant. (Figure 7)

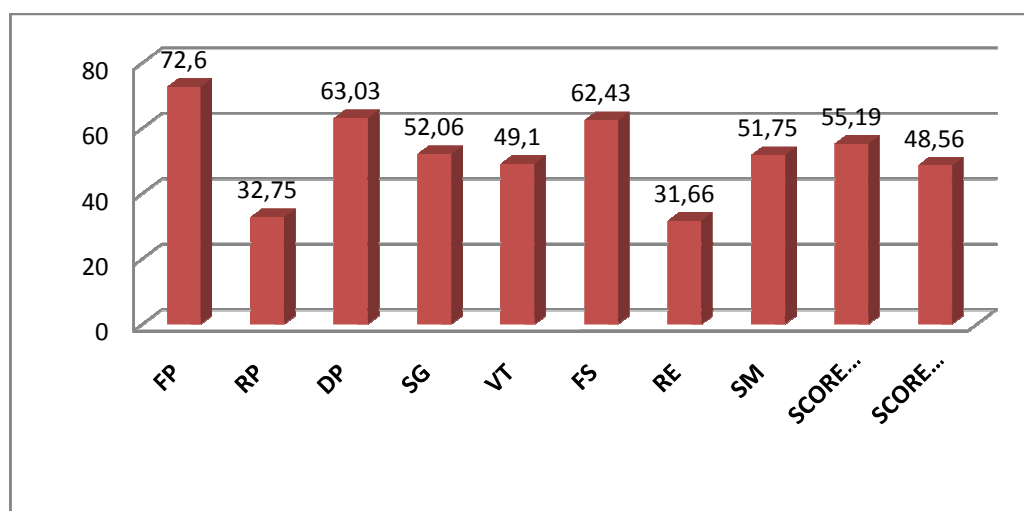


Fig.7 : Les scores finaux du SF-36 exprimés en moyennes

II. ETUDE ANALYTIQUE :

1. Lien entre les caractéristiques démographiques, socio-économiques des patients et la QDV :

1-1 Influence de l'âge sur la qualité de vie des patients atteints de la MB :

Tableau XI : Etude du rapport entre l'âge et la QDV

	âge		P*
	<35 ans	>35 ans	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type(FP)	75,64+/-20,97	68,89+/-16,55	0,017
Retentissement de l'état physique sur les activités(RP) Moyenne +/-écart-type	36,36+/-42,98	28,33+/-38,29	0,382
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	64,73+/-28,84	60,94+/-28,55	0,48
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	53,08+/-21,48	50,81+/-18,015	0,383
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	50,55+/-17,47	47,33+/-14,56	0,275
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	64,09+/-19,85	60,39+/-18,85	0,306
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	36,36+/-40,71	25,92+/-36,85	0,19
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	51,71+/-15,94	51,80+/-12,53	0,903
Score physique	57,61625+/- 24,618	52,24362+/- 19,9503	0,229
Score mental	50,676+/-20,717	45,984+/-16,404	0,390

P* : le degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la qualité de vie dans sa dimension fonctionnement physique ; Les patients ayant moins de 35 ans ont des scores plus

**Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de la maladie de behçet
(Étude prospective sur 6 mois)**

élevés. En revanche nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'âge et les autres dimensions de la qualité de vie.

1-2 Influence du sexe sur la qualité de vie des patients atteints de la MB :

Tableau XII : Etude du rapport entre le sexe et la QDV

	sexe		p*
	homme	femme	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type(FP)	77,16+/- 17,990	63,33+/- 18,819	0,001
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/-écart type(RP)	36,94+/- 42,049	24,24+/- 37,752	0,146
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	67,57+/- 26,465	53,79+/- 30,975	0,023
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	55,333+/- 18,026	45,425+/- 22,165	0,019
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	52,69+/- 15,059	41,82+/- 16,289	0,001
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	65,19+/- 17,289	56,82+/- 22,337	0,042
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	35,32+/- 39,302	24,24+/- 38,434	0,185
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	53,60+/- 14,337	48,00+/- 14,107	0,068
Score physique	59,386+/- 21,646	46,695+/- 22,683	0,008
Score mental	51,444+/- 18,048	42,719+/- 19,668	0,030

Il existe un lien statistiquement significatif entre le sexe et la qualité de vie dans les dimensions suivantes : fonctionnement physique, douleur physique, santé générale, fonctionnement social et vitalité. Les femmes ont des scores moins élevés par rapport aux hommes. Ainsi, les deux scores finaux physique et mental sont également significatifs.

1-3 Influence du statut marital sur la qualité de vie des patients atteints de la MB :

Tableau XIII : Etude du rapport entre le statut marital et la QDV :

	Statut marital		P*
	marié	Non marié	
Fonctionnement physique(FP) Moyenne +/-écart-type	71,23+/-17,12	75,65+/-23,51	0,062
Retentissement de l'état physique sur les activités(RP) Moyenne +/-écart type	29,71+/-39,13	39,52+/-44,62	0,304
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	62,28+/-27,96	64,68+/-30,47	0,613
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	51,1806+/- 19,627	54,0294+/- 20,792	0,457
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	47,46+/-15,66	52,74+/-17,12	0,125
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	61,85+/-19,83	63,71+/-18,64	0,567
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	28,98+/-37,88	37,63+/-41,94	0,304
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	51,17+/-14,05	53,03+/-15,42	0,488
Score physique	53,73019+/- 21,383	58,466+/- 25,417	0,297
Score mental	47,121+/- 18,597	51,779+/- 19,647	0,28

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre le statut marital et la qualité de vie dans toutes ses composantes.

1-4 Influence du niveau d’instruction sur la qualité de vie des patients atteints de La MB :

Tableau XIV : Etude du rapport entre le niveau d’instruction et la QDV

	Niveau d’instruction			p*
	Aucun+primaire	secondaire	universitaire	
Fonctionnement physique(FP) Moyenne +/-écart-type	67,79+/-22,50	78,93+/-11,33	76,25+/-16,29	0,029
Retentissement de l’état physique sur les activités(RP) Moyenne +/-écart-type	25,00+/-37,38	43,75+/-44,94	37,50+/-41,75	0,125
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	59,18+/-30,53	69,91+/-21,69	63,38+/-31,45	0,281
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	47,91+/-20,22	58,18+/-18,61	54,28+/-19,31	0,075
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	46,63+/-16,50	3,75+/-15,25	49,00+/-16,19	0,175
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	59,95+/-19,97	68,30+/-17,17	60,63+/-19,98	0,167
Retentissement de l’état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	26,28+/-38,68	39,28+/-38,55	35,00+/-41,14	0,339
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	50,44+/-15,32	54,86+/-13,63	50,80+/-13,11	0,408
Score physique	50,14+/-23,42	62,69+/-20,69	57,85+/-20,98	0,050
Score mental	45,82+/-19,30	53,44+/-17,48	48,85+/-19,528	0,231

Il y a un lien statistiquement significatif entre le niveau d'instruction et la qualité de vie dans sa dimension fonctionnement physique (FP). Le score physique final est dans la limite significative.

1-5 L'influence de l'activité professionnelle sur la qualité de vie des patients atteints de la MB :

Tableau XV : Etude du rapport entre le statut professionnel et la QDV :

	Statut professionnel		P*
	Sans profession	Avec profession	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	60,30+/- 22,94	78,66+/-13,83	0,000
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/-écart type	22,73+/- 39,71	37,69+/-40,91	0,062
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	52,73+/- 29,20	68,10+/-27,14	0,017
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	42,673+/- 20,253	56,689+/- 18,203	0,002
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	40,91+/- 18,22	53,13+/-13,56	0,002
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	55,30+/- 21,66	65,93+/-17,29	0,02
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	24,24+/- 39,33	35,32+/-38,87	0,178
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	47,64+/- 16,89	53,78+/-12,71	0,06
Score physique	44,606+/- 23,172	60,41581+/- 20,686	0,001
Score mental	42,022+/- 20,661	51,787+/- 17,318	0,012

Il existe un lien statistiquement significatif entre le statut professionnel et la qualité de vie dans la plupart de ses dimensions : FP, DP, SG, VT, FS ainsi que les deux scores finaux physique et mental. Les patients qui ont un travail ont les meilleurs scores.

1-6 L'influence de la couverture médicale sur la qualité de vie des patients atteints de la MB :

Tableau XVI: Etude du rapport entre la CM et la QDV :

	Couverture médicale		p*
	Non mutualiste	mutualiste	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	71,09+/-22,06	74,44+/-15,35	0,892
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/-écart type	26,36+/-39,21	40,56+/-42,07	0,074
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	62,27+/-29,08	63,94+/-28,37	0,753
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	49,6185+/-20,243	55,052+/-19,353	0,156
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	48,18+/-18,01	50,22+/-13,86	0,471
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	61,00+/-19,51	64,17+/-19,33	0,43
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	27,88+/-39,42	36,29+/-38,81	0,294
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	50,96+/-16,56	52,71+/-11,42	0,371
Score physique	52,33498+/-22,712	58,698+/-22,409	0,205
Score mental	47,005+/-19,821	50,47+/-17,869	0,4

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la couverture médicale et la QDV dans toutes ses dimensions.

2. Lien entre les caractéristiques de la MB et la QDV :

2-1 L'influence de la durée de la maladie sur la qualité de vie des patients atteints de la MB :

Tableau XVII: Etude du rapport entre la durée de la maladie et la QDV

	Durée d'évolution de la maladie			p*
	Inf à 4ans	4ans-6ans	Sup à 6 ans	
Fonctionnement physique(FP) Moyenne +/-écart-type	76,70+/-18,11	72,86+/-19,9	67,29+/-19,64	0,097
Retentissement de l'état physique sur les activités(RP) Moyenne +/-écart type	29,55+/-40,08	35,71+/-42,26	35,00+/-42,10	0,788
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	61,76+/-29,17	65,12+/-28,32	63,36+/-28,87	0,905
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	52,895+/- 22,050	53,369+/- 20,439	50,234+/- 17,059	0,797
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	49,43+/-15,97	46,67+/-16,30	50,14+/-16,82	0,732
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	60,63+/-19,38	65,48+/-19,73	62,86+/-19,53	0,637
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	29,54+/-38,86	33,33+/-39,44	33,33+/-40,42	0,893
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	50,82+/-14,78	52,14+/-13,58	52,69+/-14,82	0,844
Score physique	55,225+/- 23,589	57,192+/- 22,076	53,968+/- 22,453	0,878
Score mental	47,604+/- 19,871	49,404+/- 17,87	49,268+/- 18,878	0,905

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la durée d'évolution de la maladie et la QDV dans toutes ses composantes.

2-2L'influence des atteintes cliniques sur la qualité de vie des patients atteints de la MB :

Tableaux XVIII: Etude du rapport entre l'atteinte muqueuse et la QDV «Apthose bipolaire :

	Apthose bipolaire		p*
	oui	non	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	70,77+/-19,84	74,58+/-18,73	0,456
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/-écart type	29,81+/-41,14	35,94+/-40,90	0,423
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	59,71+/-28,13	66,61+/-29,02	0,193
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	51,0388+/-18,559	53,174+/-21,467	0,513
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	45,25+/-14,07	52,19+/-17,92	0,048
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	60,19+/-18,98	64,84+/-19,75	0,206
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	28,20+/-39,26	35,41+/-39,14	0,345
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	50,38+/-11,73	53,23+/-16,89	0,333
Score physique	53,004+/-22,706	57,575+/-22,661	0,322
Score mental	45,93+/-17,943	51,418+/-19,781	0,145

Tableaux XIX: Etude du rapport entre l'atteinte muqueuse et la QDV « Aphtose buccale » :

	Aphtose buccale		P*
	oui	Non	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	74,58+/-18,73	70,77+/-19,84	0,456
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/- écart type	35,94+/-40,90	29,81+/-41,14	0,423
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	66,61+/-29,02	59,71+/-28,13	0,193
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	53,174+/-21,467	51,038+/-18,559	0,513
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	52,19+/-17,92	45,25+/-14,07	0,048
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	64,84+/-19,75	60,19+/-18,98	0,206
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	35,41+/-39,14	28,20+/-39,26	0,345
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	53,23+/-16,89	50,38+/-11,73	0,333
Score physique	57,575+/-22,661	53,004+/-22,706	0,322
Score mental	51,418+/-19,781	45,93+/-17,943	0,145

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'atteinte muqueuse et la QDV dans sa composante vitalité (VT), les patients qui présentaient une aphtose bipolaire ont des scores diminués.

Tableau XX: Etude du rapport entre les lésions cutanées et la QDV << pseudo folliculites>> :

	pseudo folliculites		p*
	oui	non	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	74,35+/-18,46	71,11+/-20,06	0,412
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/-écart type	31,52+/-42,31	33,80+/-40,09	0,693
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	66,03+/-30,03	60,46+/-27,40	0,344
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	51,682+/- 20,786	52,3887+/- 19,368	0,851
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	47,07+/-15,66	50,83+/-16,65	0,27
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	62,34+/-19,93	62,50+/-19,12	0,825
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	30,43+/-42,06	32,71+/-36,91	0,731
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	48,76+/-13,65	54,30+/-14,71	0,093
Score physique	55,894+/- 23,493	54,605+/-22,18	0,917
Score mental	47,149+/- 20,525	49,771+/-17,608	0,529

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les pseudo folliculites et la QDV dans toutes ses dimensions.

Tableau XXI : Etude du rapport entre les lésions cutanées et la QDV<< érythème noueux>> :

	Erythème noueux		p*
	oui	non	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	80,91+/-14,53	70,26+/-19,92	0,014
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/- écart type	53,41+/-38,80	26,92+/-39,84	0,005
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	64,20+/-25,73	62,69+/-29,54	0,796
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	60,982+/-17,325	49,548+/-19,997	0,015
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	56,59+/-11,99	46,99+/-16,70	0,004
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	68,18+/-17,98	60,80+/-19,58	0,077
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	53,03+/-35,12	25,64+/-38,33	0,004
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	55,82+/-10,80	50,60+/-15,17	0,079
Score physique	65,284+/-19,239	52,353+/-22,880	0,014
Score mental	58,404+/-15,859	45,789+/-18,915	0,008

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'érythème noueux et la QDV dans ses dimensions : FP, RP, SG, VT et RE.

Tableau XXII : Etude du rapport entre les lésions cutanées et la QDV<< aphtes cutanés>> :

	Aphtes cutanés		p*
	oui	non	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	65,00+/-7,07	72,76+/-19,47	0,293
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/- écart type	0,00+/-0,00	33,42+/-41,08	0,237
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	40,00+/-7,07	63,49+/-28,72	0,183
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	52,080+/-14,736	52,063+/-20,083	0,902
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	42,50+/-3,54	49,23+/-16,36	0,407
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	50,00+/-0,00	62,68+/-19,51	0,281
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	0,00+/-0,00	32,31+/-39,31	0,243
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	48,00+/-5,66	51,83+/-14,56	0,488
Score physique	39,27+/-7,219	55,523+/-22,790	0,331
Score mental	35,125+/-0,53	48,839+/-19,048	0,29

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les aphtes cutanés et la QDV.

Tableau XXIII : Etude du rapport entre l'atteinte articulaire et la QDV :

	Atteinte articulaire		p*
	oui	non	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	66,00+/-17,76	73,59+/-20,06	0,251
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/- écart type	20,00+/-33,75	30,77+/-41,54	0,026
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	48,50+/-29,61	62,56+/-26,27	0,227
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	44,081+/-22,952	49,142+/-17,077	0,627
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	31,50+/-16,34	45,26+/-16,10	0,028
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	53,75+/-21,29	63,46+/-16,82	0,181
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	13,33+/-28,11	31,62+/-40,43	0,183
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	43,20+/-17,87	52,82+/-14,77	0,113
Score physique	43,393+/-21,654	54,245+/-21,175	0,201
Score mental	36,246+/-14,828	49,539+/-18,717	0,199

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre l'atteinte articulaire et la QDV dans les dimensions rôle physique (RP) et vitalité (VT). Les sujets sans atteinte articulaire ont des scores meilleurs.

Tableau XXIV : Etude du rapport entre l'atteinte oculaire et la QDV<< la localisation>> :

	Localisation de l'atteinte oculaire		p*
	unilatérale	bilatérale	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	74,23+/-16,05	71,29+/-21,29	0,735
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/- écart type	25,00+/-40,82	29,29+/-40,89	0,723
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	58,46+/-32,54	60,29+/-25,96	0,991
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	53,5231+/-16,912	45,925+/-18,795	0,249
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	53,08+/-14,22	40,43+/-17,08	0,045
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	61,54+/-19,41	61,43+/-18,03	0,952
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	23,08+/-36,98	30,47+/-39,91	0,545
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	45,54+/-15,01	52,80+/-15,99	0,115
Score physique	52,802+/-20,443	51,951+/-22,44	0,926
Score mental	41,999+/-17,629	48,782+/-19,174	0,241

Tableau XXV : Etude du rapport entre l'atteinte oculaire et la QDV<< le type d'atteinte>> :

	Type d'atteinte oculaire				p*
	uvéïte antérieure	uvéïte postérieure	panuvéïte	hyalite	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart- type	77,00+/- 21,10	73,96+/- 15,74	65,00+/- 27,66	72,78+/- 18,39	0,593
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/-écart type	40,00+/- 54,77	26,04+/- 39,34	18,18+/- 33,71	36,11+/- 45,26	0,692
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart- type	60,50+/- 28,91	58,85+/- 24,13	56,82+/- 37,03	65,00+/- 24,69	0,926
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart- type	56,49+/- 25,091	48,435+/- 18,05	44,31+/- 18,18	47,22+/- 16,537	0,682
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart- type	52,00+/- 15,65	47,29+/- 12,42	43,64+/- 24,81	55,56+/- 13,10	0,401
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart- type	65,00+/- 20,54	60,94+/- 15,77	56,82+/- 21,91	66,67+/- 18,75	0,651
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart- type	40,00+/- 54,77	25,00+/- 37,10	24,24+/- 36,79	33,33+/- 40,82	0,835
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart- type	52,80+/- 15,85	51,33+/- 13,33	48,73+/- 24,58	51,11+/- 9,33	0,962
Score physique	58,49+/- 29,21	52,19+/- 18,78	46,07+/- 23,46	55,27+/- 23,62	0,695
Score mental	52,45+/- 24,491	45,432+/- 15,534	43,35+/- 23,37	51,665+/- 18,498	0,678

Il existe un lien statistiquement significatif entre la localisation de l'atteinte oculaire et la QDV dans sa dimension vitalité (VT) avec une moyenne plus élevée chez les patients qui avaient une atteinte unilatérale par rapport à ceux qui avaient une atteinte bilatérale. En revanche on n'a pas trouvé de lien statistiquement significatif entre le type de l'atteinte oculaire et la QDV dans toutes ses composantes.

Tableau XXVI : Etude du rapport entre l'atteinte vasculaire et la QDV :

	Atteinte vasculaire		p*
	oui	non	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	70,97+/-18,64	73,33+/-19,70	0,624
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/-écart type	30,65+/-40,16	33,70+/-41,53	0,771
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	67,98+/-27,47	60,80+/-29,05	0,294
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	51,58+/-21,473	52,279+/-19,363	0,958
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	50,32+/-16,22	48,55+/-16,32	0,928
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	64,92+/-20,52	61,30+/-18,92	0,383
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	29,03+/-39,20	32,85+/-39,39	0,664
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	51,71+/-13,25	51,77+/-15,03	0,436
Score physique	55,294+/-22,923	55,155+/-22,748	0,994
Score mental	48,995+/-18,503	48,371+/-19,282	0,997

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'atteinte vasculaire et la QDV.

Tableau XXVII : Etude du rapport entre l'atteinte neurologique et la QDV :

	Atteinte neurologique		P*
	oui	non	
Fonctionnement physique Moyenne +/-écart-type	63,57+/-14,20	74,07+/-19,70	0,012
Retentissement de l'état physique sur les activités Moyenne +/-écart type	3,57+/-13,36	37,50+/-41,96	0,003
Douleur physique(DP) Moyenne +/-écart-type	62,32+/-24,27	63,14+/-29,40	0,867
Santé générale(SG) Moyenne +/-écart-type	41,545+/-15,713	53,77+/-20,096	0,018
Vitalité(VT) Moyenne +/-écart-type	45,36+/-17,81	49,71+/-15,98	0,072
Fonctionnement social(FS) Moyenne +/-écart-type	55,36+/-10,65	63,58+/-20,28	0,09
Retentissement de l'état émotionnel sur les activités(RE) Moyenne +/-écart-type	0,00+/-0,00	36,82+/-39,94	0,001
Santé mentale(SM) Moyenne +/-écart-type	49,71+/-16,05	52,08+/-14,23	0,074
Score physique	42,75+/-11,022	57,224+/-23,477	0,026
Score mental	37,607+/-10,447	50,348+/-19,46	0,024

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre l'atteinte neurologique et la QDV dans ses composantes ; FP, RP, SG et RE ainsi que les deux scores finaux physique et mental. Les sujets avec une atteinte neurologique ont des scores nettement diminués.



DISCUSSION

I. Généralités :

1. La maladie de behçet :

1-1 Introduction :

C'est une affection inflammatoire, multi systémique récidivante, d'évolution chronique. Son expression clinique est dominée par des Manifestations cutanéomuqueuses (Aphthose bipolaire et lésions cutanées), oculaires et articulaires. Les artères, tout comme les veines de toute taille, le système nerveux central et le tube Digestif, peuvent aussi être atteints, avec de graves conséquences. [5]

C'est une pathologie évoluant par poussées rémissions et sa sévérité diminue généralement avec le temps. [5]

Le substratum histopathologique est une vascularite occlusive touchant les vaisseaux de tous les calibres. [6]

Plusieurs affections ou groupes d'affections peuvent poser des problèmes nosologiques avec la MB. En effet, son origine inconnue et l'absence de tests biologiques spécifiques font que certains auteurs distinguent MB et syndrome de behçet. [5]

1-2 Historique :

Il semble q'HIPPOCRATE ait déjà décrit l'atteinte oculaire de la MB dans son 3ème livre des maladies épidémiques. En effet, dans le chapitre VII du livre III de l'Epidémion, il écrivait : <...mais il y avait aussi d'autres fièvres comme elles seront décrites : beaucoup avaient leurs bouches affectées d'ulcérations aphteuses. Il y avait aussi beaucoup de fluxions dans les parties génitales et des ulcérations, des furoncles externes et internes autour et au niveau des aines, des ophtalmies humides de caractère chronique avec douleurs, excréments fongueuses des paupières externes et internes qui détruisaient la vue de beaucoup de personnes.> [7].

En 1920, GILBERT donne à ce syndrome le nom d'ophtalmie lente et la classe dans un contexte de maladie générale [7].

En 1931, ADAMANTIADES, ophtalmologue grec, décrit le cas d'un patient qui a présenté une iritis à hypopion accompagnée d'ulcérations génitales, d'une phlébite et d'une hydarthrose bilatérale des deux genoux [8].

En 1937, un professeur de dermatologie turc, Hulusi Behçet, a individualisé une entité associant une aphtose buccale, une aphtose génitale et une inflammation oculaire à type d'uvéïte à hypopion, entité qui a porté son nom [5].

En 1941, TOURAINE élargit le cadre de la maladie en introduisant le concept de grande aphtose à caractère symétrique, après avoir revu 343 cas dans la littérature [9].

En 1982, OHNO et coll. décrivent pour la première fois l'association entre la MB et le gène HLA-B51 [9].

En 1990, le diagnostic de la MB est reconnu comme étant clinique, reposant sur des critères internationaux établis par le groupe international d'études sur la MB (INTERNATIONAL STUDY GROUP for Behçet's disease) [1,7].

1-3 Épidémiologie :

La MB a une distribution mondiale, mais avec prédilection dans les pays du moyen orient, l'Asie de l'est et le pourtour du bassin méditerranéen, Le long de l'ancienne <route de la soie> située entre les latitudes 30 et 45 degrés nord, avec des pôles de fréquence aux extrémités : à l'ouest (Tunisie, Turquie, Grèce, Égypte, Liban, Iran, Irak) et à l'est (Corée, Chine, nord du Japon) [5,10].

La survenue de l'affection paraît exceptionnelle parmi les sujets de race noire. Il faut souligner que la MB est fréquente dans des régions où les affections auto-immunes sont elles-mêmes fréquentes [5].

La prévalence la plus élevée de la MB a été rapportée en Turquie (jusqu'à 420 cas par 100000 habitants) suivie par Israël (146 cas par 100000 habitants) puis la Chine avec 110 cas

par 100000 habitants. A l'inverse la MB est moins fréquente en Europe et aux États-Unis (0,1 à 7,5 par 100000 habitants). Au Maroc la prévalence est estimée à plus de 15 cas par 100000 habitants [11] (figure 8).

L'incidence de la MB n'est pas bien connue. Elle serait de l'ordre de 0,9 nouveaux cas par 100000 habitants au Japon et de 0,57 nouveaux cas par 100000 habitants en Iran. [6,10]

Au Maghreb, elle est de 110 par 100000 habitants en Tunisie [12] et elle est fréquente au Maroc ; plus de 900 cas entre 1977 et 2002[13,14]. Un travail a été fait récemment au service de médecine interne de CHU de Marrakech afin d'estimer l'incidence de la MB dans cette région en 2012. Elle est de l'ordre de 3,48 cas par 100000 habitants avec une nette prédominance pour le sexe masculin où l'incidence était de 4,26 cas par 100000 habitants contre 2,7 cas par 100000 habitants pour le sexe féminin. [Sujet de thèse en cours sous l'encadrement de Pr. Essaadouni].

L'âge de début de la maladie se situe le plus souvent entre 25 et 30 ans. Un début précoce dans l'enfance ou tardif après 60 ans a été rapporté. La MB est classiquement plus fréquente et plus grave chez l'homme que chez la femme. Des études plus récentes apportent une atteinte de plus en plus fréquente chez le sexe féminin. [6]

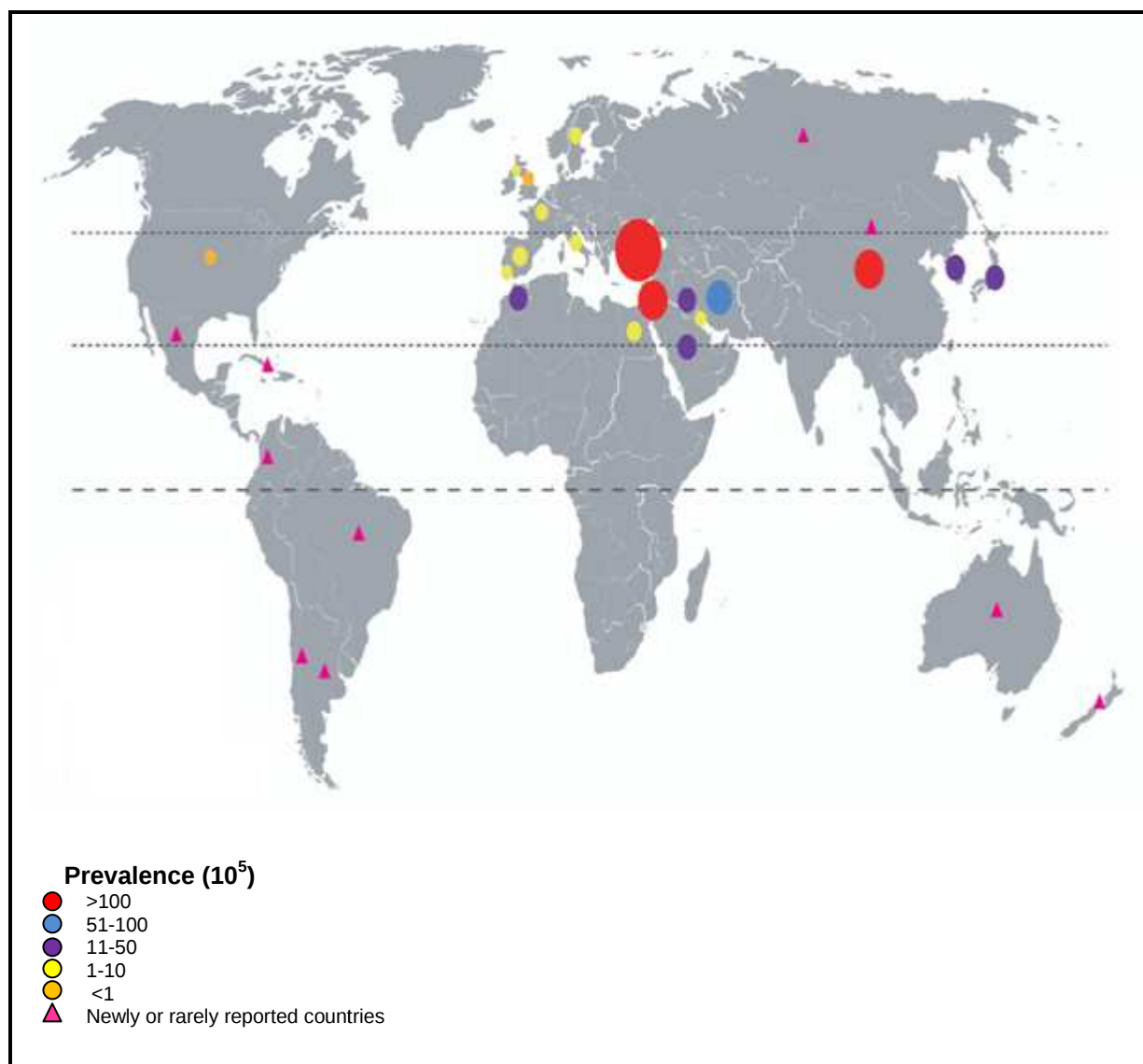


Figure 8 : la distribution mondiale de la MB et sa prévalence. [11]

1-4Pathogénie:

L'étiologie de la MB reste inconnue à ce jour. C'est une pathologie multifactorielle qui fait intervenir des facteurs immunitaires, environnementaux et infectieux chez des sujets génétiquement prédisposés. [6,16]

Plusieurs anomalies des cellules de système immunitaire interviennent dans l'immunopathologie de la MB avec une réponse lymphocytaire de type th1 majoritaire. D'autres

anomalies ont été rapportées telle qu'une diminution du rapport CD4+/CD8+, une augmentation des complexes immuns circulants, une augmentation du chimiotactisme et de l'activité de phagocytose des polynucléaires neutrophiles, une altération des cellules endothéliales avec présence d'anticorps spécifiques. Des déficits en protéine C, S et facteur V de leiden ont été mis en évidence ainsi que la présence d'anticorps anticardiolipines. [10, 15,16]

La lésion histopathologique de base dans la MB est une vascularite occlusive non granulomateuse. L'atteinte des gros vaisseaux est caractérisée par la présence d'infiltrat inflammatoire dense, fait surtout de lymphocytes T CD4+, intéressant toutes les tuniques pariétales des vaisseaux. [16]

La fréquence de l'antigène HLAB51 varie de 40 à 80% dans la MB, et est deux à trois fois supérieure aux sujets témoins. D'autres gènes conférant une prédisposition génétique à la MB : MHC-class-I-Chain related A(MICA) et MHC-class-I-Chain related B(MICB) situées sur le chromosome 6. La proximité des gènes *MIC* avec le locus HLA B, a fait évoquer la possibilité que l'association de la MB avec le HLA-B51 reflète en fait une association avec MICA ou MICB. [17]

Des facteurs environnementaux en rapport avec une infection virale ou bactérienne notamment streptococcique ont été rapportés chez les patients atteints de la MB. Les protéines du choc thermique (Heat Shok Protein [HSP]) spécialement celles de 60 et 65 kDa, sont des antigènes candidats potentiels comme initiateurs de l'apparition de la MB ou des poussées. Les HSP jouent le rôle de protéines transporteuses pour les autres protéines intracellulaires quand la cellule est soumise à des conditions de stress comme l'infection, l'hypoxie, les traumatismes, les irradiations par les UV et les drogues toxiques. L'hypothèse du rôle des HSP dans la physiopathologie de la MB pose un problème qui est celui de la sélectivité des tissus. En effet, les molécules HSP sont exprimées par tous les tissus dans des conditions de stress, alors que la MB ne touche qu'un nombre limité de tissus. Cette sélectivité pourrait s'expliquer par des différences dans l'expression locale des protéines HSP, comme par exemple une expression préférentielle au niveau de la rétine ou de la peau. [17] (Voir figure 9 et 10).

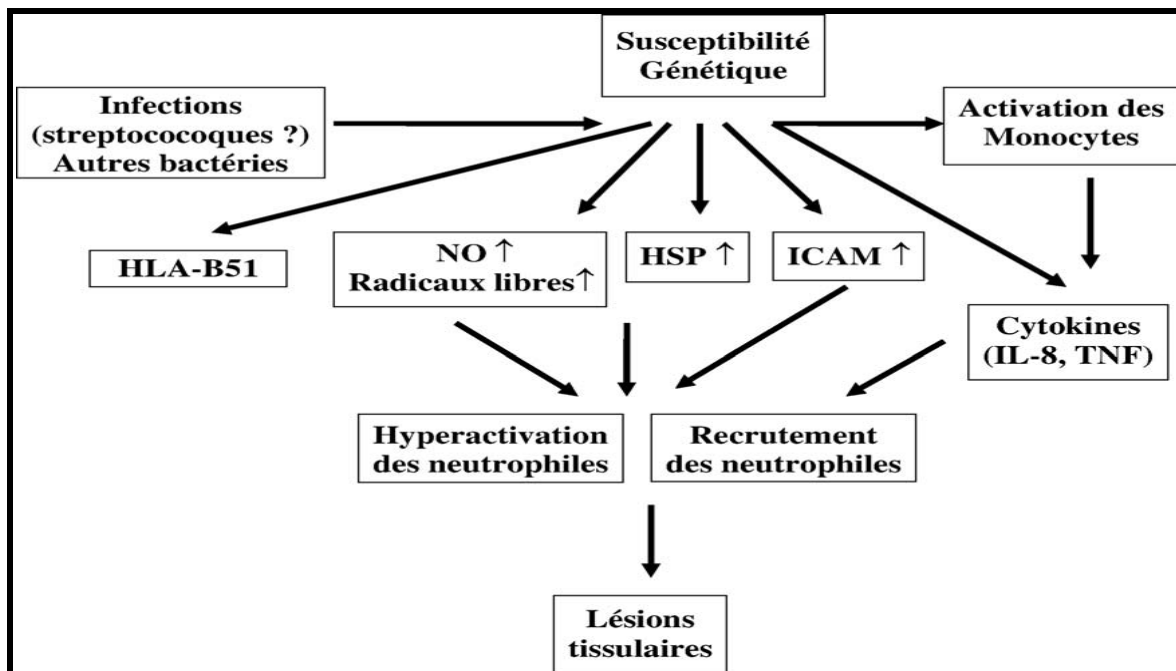


FIGURE 9 : Physiopathologie de la maladie de Behçet. [18]

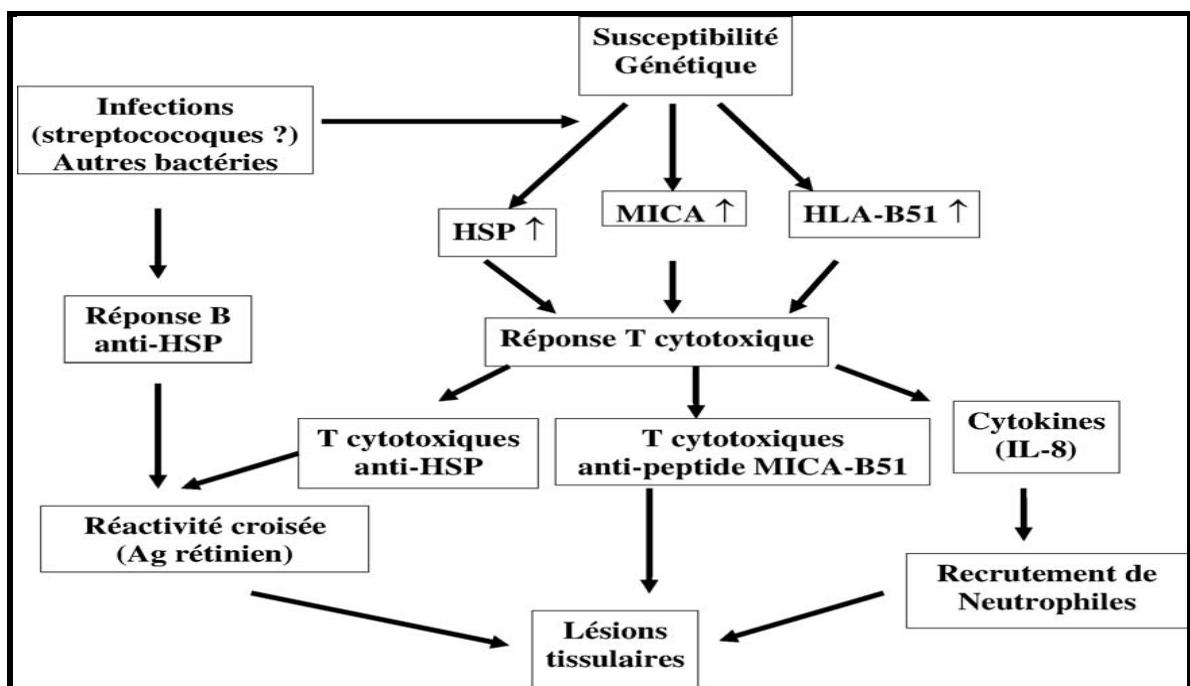


FIGURE 10 : Physiopathologie de la maladie de Behçet. [18]

1-5 Le diagnostic clinique de la MB :

a- les signes généraux :

Les symptômes généraux qui accompagnent les poussées de la MB sont généralement discrets. On pourra constater un état fébrile modéré ou parfois important (39 à 40 °C) en cas de manifestations neurologiques, pulmonaires ou digestives, mais les adénopathies périphériques sont rares, et non localisées nécessairement dans les territoires satellites des aphtes muqueux ou cutanés. [5]

b- Les signes cutanéomuqueux :

Ils sont représentés par l'aphtose bipolaire associée à des signes cutanés :

Les **aphtes buccaux** existent dans 98% des cas et sont exigés dans les critères internationaux [1] (fig.11 et 12) ; il s'agit d'ulcérations douloureuses, isolées ou multiples, parfois précédées d'une vésicule éphémère ; les bords en sont nets, l'ulcération est tapissée d'un enduit « beurre frais », le pourtour est inflammatoire et douloureux. Ils siègent sur la face interne des Jouvées, le sillon gingivolabial, le pourtour de la langue Et le frein. L'évolution se fait vers la guérison sans cicatrice. **On ne peut les différencier de l'aphtose buccale banale, mais leur nombre, leur répétition, l'invalidité qu'ils entraînent, doivent inquiéter.**



Fig.11 : aphte labial macéré et mordillé. [5]



Fig.12 : aphtose buccale majeure. [20]

Les **aphtes génitaux** existent dans 60 à 65% des cas et sont très évocateurs de la maladie. Les **aphtes génitaux laissent des cicatrices dépigmentées permettant un diagnostic rétrospectif.** [5,20]

Les **manifestations cutanées**, très variées, se voient dans 70% des cas. Elles comprennent, par ordre décroissant de fréquence, l'hypersensibilité cutanée aux effractions cutanées (80 à 100%), les pseudofolliculites (60%) (Fig.13), les lésions d'érythème noueux (30 à 40%). [5] (Fig.14)



Fig.13 : pseudofolliculite. [20]



Fig.14 : érythème noueux au niveau des MI. [20]

D'autres lésions sont également décrites, comme une éruption maculaire et papulaire, ou un dermographisme.

L'hypersensibilité cutanée est recherchée à titre diagnostique lors du *Pathergy-test*. Ce test est une réaction cutanée non spécifique d'hyperréactivité induite par une piqûre d'aiguille intradermique. La réaction est une réaction d'hypersensibilité de type retardé. [6]

Ces lésions ont tendance à régresser spontanément et à rechuter.

c- Les signes articulaires :

Les atteintes articulaires surviennent dans 45% des cas.

L'atteinte féminine est prédominante (89% versus 59%). L'atteinte articulaire est précoce et peut précéder de plusieurs années les autres manifestations. [15]

Il s'agit d'arthralgies et/ou d'arthrites inflammatoires généralement fixes, siégeant au niveau des grosses articulations généralement porteuses (genoux, chevilles). [15,20]

L'évolution est récidivante et asymétrique et rarement destructrices. Les radiographies sont habituellement normales.

Le liquide articulaire est inflammatoire avec une forte Proportion de polynucléaires et de ragocytes.

L'association à une spondylarthrite ankylosante chez des sujets HLA-B27 est possible (2%). [6,20]

d- Les signes oculaires :

Les manifestations oculaires viennent au deuxième rang par leur fréquence et **conditionnent le pronostic fonctionnel d'autant que la bilatéralisation des lésions est fréquente (78% des cas) et rapide.** [20]

Les chambres antérieure et/ou postérieure de l'œil peuvent être touchées.

L'uvéite qui est potentiellement cécitante est la lésion la plus fréquente dans la MB. D'autres manifestations oculaires rares ont été décrites : épisclérite, sclérite, kératite, névrite optique isolée, paralysies oculomotrices et ulcères conjonctivaux. [6]

L'uvéite survient dans 60% à 80% des cas. En moyenne 4 ans après le début des manifestations systémiques de la maladie. Elle peut toute fois être inaugurale, restant isolée pendant quelques années (10% à 20%). [10]

L'inflammation intraoculaire associée à la MB est récurrente avec des poussées imprévisibles. Elle se présente typiquement sous la forme d'une panuvéite non granulomateuse bilatérale, symétrique ou asymétrique associée à une vasculite rétinienne. [6]

Ces atteintes évoluent par des poussées spontanément régressives mais qui sont responsable de dégâts tissulaires irréversibles avec des complications fréquentes, ce qui rend compte de l'intérêt d'un traitement précoce des patients. [21]

L'**uvéite antérieure** isolée est rare, environ 10% des cas, et se voit surtout chez les femmes. [6]

Elle se manifeste par une uvéite aiguë non granulomateuse avec un effet Tyndall important dans la chambre antérieure associé dans un tiers des cas à un hypopion qui peut être <<chaud>> (œil rouge) ou <<froid>> (œil blanc). [21] (Fig.15, 16 et 17)

Elle cède en général en deux à trois semaines, même en l'absence de traitement mais peut récidiver d'une façon très brutale et rapide. [6]

L'**uvéite postérieure** est la manifestation inflammatoire la plus fréquente et la plus grave [21]. Elle est marquée par une baisse indolore de l'acuité visuelle et peut être asymptomatique. L'examen du fond d'œil peut objectiver une hyalite d'importance variable. Cette hyalite est habituellement diffuse, avec infiltration cellulaire et protéique de l'ensemble du vitré. Des précipités vitréens peuvent apparaître à la surface inférieure de la rétine périphérique inférieure une semaine après l'installation de la poussée inflammatoire. (fig.18)

L'atteinte rétinienne se traduit par l'apparition de plages de rétinite hémorragique très évocatrices de cette affection. [6] (Fig.19 : A, B et C)



Fig.15 : Uvéite antérieure à hypopion « froid » (absence de rougeur). [6]



Fig.16 : Hypopyon au cours d'une uvéite antérieure aiguë. [6]



Fig.17 : Iridocyclite avec hypopyon. [21]

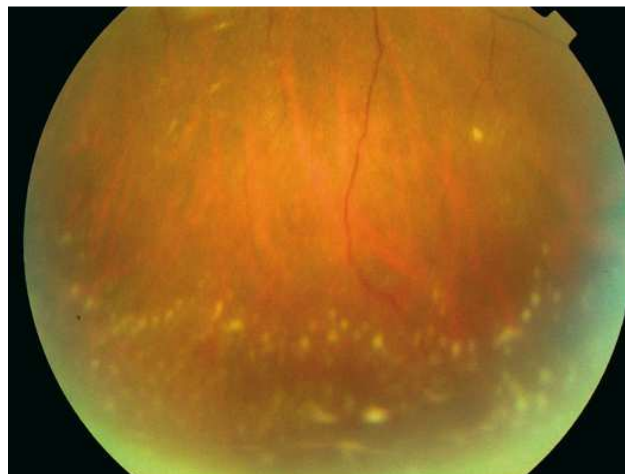


Fig.18 : Exsudats vitréens pré rétiniens disséminés en périphérie inférieure. [21]

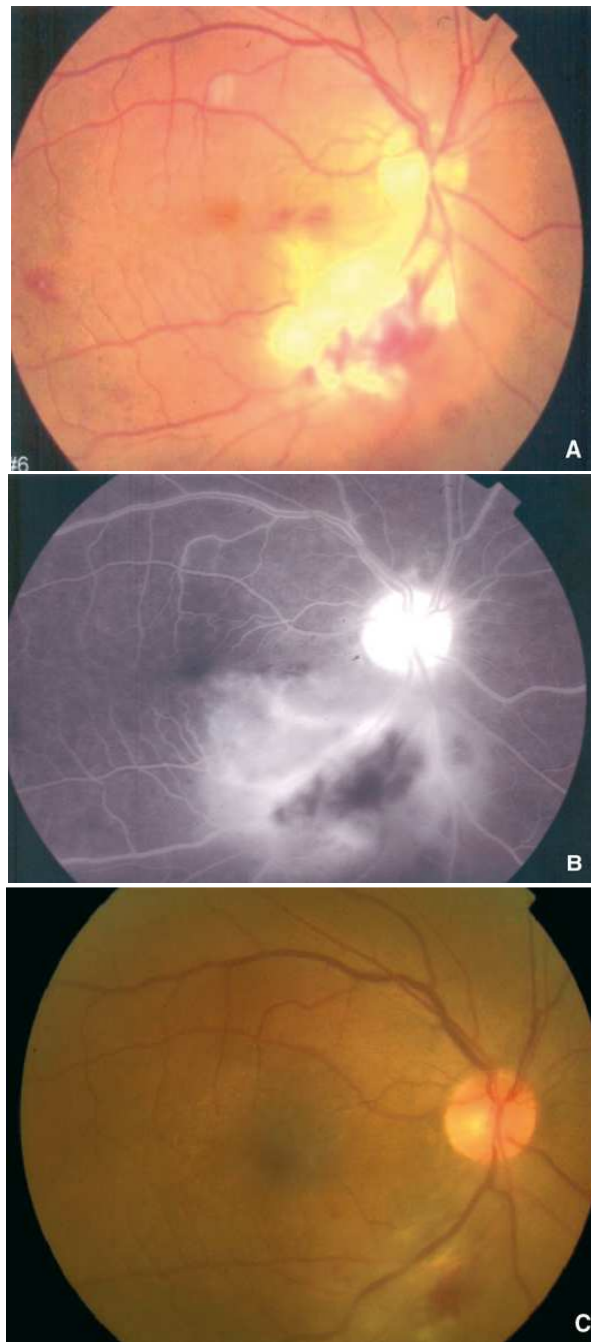


Fig.19 : A. Photographie du fond d'œil montrant la présence d'un infiltrat rétinien superficiel dans l'arcade temporale inférieure, associé à des hémorragies rétiniennees.
B. Angiographie à la fluorescéine (temps tardif) montrant une imprégnation de l'infiltrat rétinien associée à des diffusions vasculaires rétiniennees et une hyper fluorescence papillaire.
C. Photographie du fond d'œil prise 5 jours plus tard montrant la disparition quasi totale de l'infiltrat rétinien.

e- Les signes vasculaires :

L'atteinte vasculaire est très évocatrice de la MB. Cette atteinte affecte plus les hommes que les femmes. [5]

Les lésions se caractérisent par une atteinte possible des vaisseaux de toute taille et de tout type, avec une accentuation du côté veineux, en épargnant généralement les reins et le système nerveux périphérique. Contrairement à d'autres Vascularites, on ne note pas d'anticorps anti cytoplasmiques des neutrophiles, ni de dépôt de complexes immuns. [5]

Les Thromboses veineuses surviennent en moyenne dans 30% à 40% des cas et sont très évocatrices de la maladie sans être toutefois spécifiques.

Les thromboses veineuses superficielles sont fugaces et migratoires, elles sont retrouvées à l'interrogatoire, des nodules étagés sur le trajet veineux peuvent être considérés comme des formes dégradées de thromboses. (Fig.20)



Fig.20 : phlébite superficielle du ML. [20]

Les thromboses veineuses profondes peuvent toucher tous les troncs veineux. L'originalité tient au calibre des troncs touchés : iliofémoral, territoire cave supérieur et/ou cave inférieur ou également thromboses veineuses cérébrales.

Ces thromboses, souvent récidivantes, sont parfois révélatrices ou tout au moins sont l'occasion de porter le diagnostic de MB : **la survenue d'une thrombose doit surprendre chez un sujet jeune, sans autre facteur de risque vasculaire.** [6,15]

Leur caractère emboligène, bien que moins fréquent que dans les thromboses veineuses idiopathiques, est certain (10 à 15% des cas de thromboses). [15]

Les Atteintes artérielles sont observées dans **3 à 5%** des cas selon les séries. Il peut s'agir de thromboses ou d'anévrismes. (Fig.21 et 22)

Les atteintes artérielles pulmonaires sont les plus graves. (Fig.23)



Fig.21 : thrombose de l'artère fémorale superficielle droite. [69]



Fig.22 : anévrysme de l'artère fémorale superficielle droite. [69]

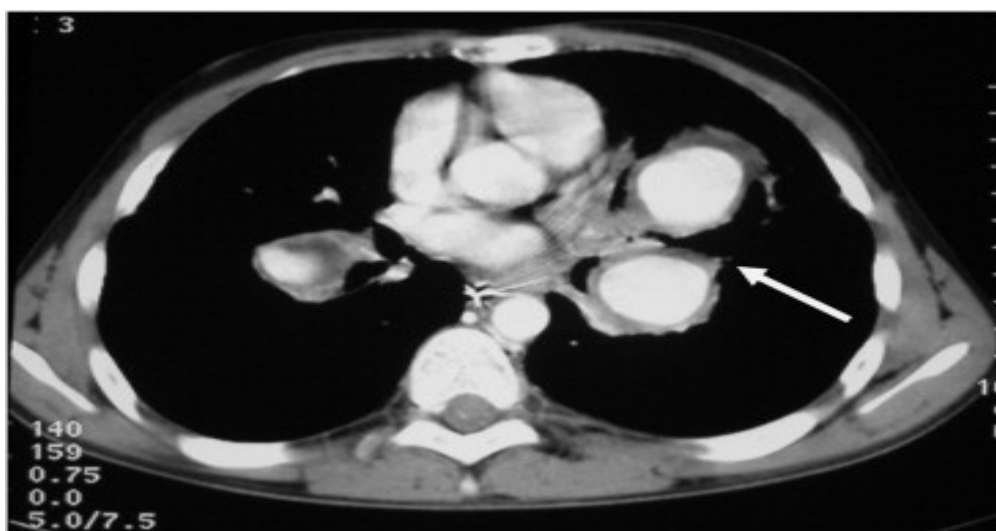


Fig.23 : anévrysme bilatérale de l'artère pulmonaire. [69]

f- Les signes neurologiques :

Anatomiquement, les lésions neurologiques comportent trois ordres d'altération :

- des lésions inflammatoires avec méningo-encéphalite et infiltrations péri vasculaires témoignant de la vascularite.
- Des foyers de ramollissements avec nécroses développées autour des vaisseaux de moyens et petits calibres témoignant d'une thrombose vasculaire.
- Des altérations neuronales avec chromatolyse, la gliose est discrète et la démyélinisation est modérée. [20]

Les manifestations neurologiques de la MB sont observées dans 20% des cas en moyenne. Elles surviennent généralement dans la quatrième décennie de la vie et dans les 10 ans suivant le premier symptôme.

Elles sont extrêmement variées et font toute la gravité de la maladie du fait des séquelles qu'elles entraînent. [15]

Les manifestations cliniques, parfois précédées de fièvre et céphalées, sont dominées par les méningo-encéphalites, les paralysies des nerfs crâniens et les signes pyramidaux. [20]

g- Les autres atteintes :

D'autres atteintes rares peuvent être observées dans la MB notamment des manifestations digestives dont la fréquence a pu être estimée à 1% selon une étude récente turque.

L'atteinte rénale est aussi rare et se manifeste sous forme de glomérulopathie proliférative ou des dépôts amyloïdes. [15]

Il n'existe aucun critère biologique spécifique dans le diagnostic de la MB. Le groupage dans le système HLA n'a pour l'instant qu'un intérêt théorique. La biopsie cutanée d'une intradermoréaction au sérum physiologique permet d'observer une vascularite avec dépôts de complément. [20]

L'augmentation de l'expression des T lymphocyte gamma-delta après exposition de lymphocytes en culture à des peptides issus de protéines de choc thermique. Si ces données se confirment, on pourrait enfin disposer d'un test diagnostique. [21]

Par ailleurs, les critères de l'*International Study Group for Behçet's Disease* (ISGBD), ont été proposés en 1990 avec une sensibilité de 91 % et une spécificité de 96 %. (Figure 24 et 25)

- **Aphthose buccale récidivante :**
 - 3 types: majeur, mineur, herpétiforme
 - ≥ 3 poussées/an
 - observé par un médecin ou le patient
- + au moins 2 des critères suivants:**
- **Ulcérations génitales récidivantes ou lésions cicatricielles**
observées par un médecin ou le patient
- **Lésions oculaires**
 - uvéite antérieure, uvéite postérieure, hyalite à la lampe à fente
 - vasculite rétinienne observée par un ophtalmologue
- **Lésions cutanées**
 - érythème noueux, pseudofolliculite, lésions papulo-pustuleuses
 - nodules acnéiformes observés par un médecin en dehors de l'adolescence ou d'un traitement corticoïde
- **Test pathergique cutané positif**
 - lu par un médecin après 24-48h

Figure 24 : critères de classification de la MB proposés par l'*International Study Group for Behçet's Disease*. [1]

Aphthose orale	1 point (critère obligatoire)
Aphthose génitale	2 points
Lésions cutanées	1 point
Atteinte oculaire	2 points
Test pathergique positif	1 point
Diagnostic établi si ≥ 3 critères positifs	

Figure 25 : nouveaux critères de classification de la MB. [19]

1-6 Le traitement :

Comme les autres vascularites, la MB n'a pas de traitement spécifique.

Le but du traitement est de :

- + Réduire la fréquence et la sévérité des rechutes.
- + Limiter les séquelles des complications. [22]

Il repose sur :

les médicaments à action anti-inflammatoire :

+ Les corticoïdes :

La corticothérapie est efficace par voie locale (uvéite antérieure) et par voie générale. Les indications indiscutables en sont l'atteinte oculaire et/ou neurologique aux doses initiales de 1 mg/kg/j. Des bolus de méthylprednisolone (1g en injection intraveineuse [IV] sur 3 heures) peuvent être employés en initiation thérapeutique dans les formes graves et évolutives. Cette corticothérapie une fois débutée sera poursuivie aux doses d'attaque au moins 6 semaines et diminuée selon les modalités habituelles de 10% environ tous les 8 jours. Si la corticorésistance

est exceptionnelle, la corticodépendance est la règle, posant les problèmes habituels de la corticothérapie prolongée, notamment sur le métabolisme osseux. [20]

+ **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens :**

Ils sont utilisés principalement dans les formes articulaires.

 La colchicine :

La colchicine à la dose de 1 à 2mg/24 heures est active en continu sur les formes cutanéomuqueuses en diminuant le nombre, l'importance et la répétition des lésions. Elle pourrait avoir un rôle préventif des poussées, d'autant que celles-ci ont pu être observées à son arrêt intempestif. [20]

Elle peut être utilisée aussi en relais de la corticothérapie générale après guérison ou stabilisation des poussées oculaires et/ou neurologiques.

 Les immunosuppresseurs (IS) :

Les traitements immunosuppresseurs facilitent le sevrage cortisonique mais ne doivent pas être employés seuls notamment du fait de leur latence d'action.

Les plus utilisés sont : le cyclophosphamide, l'azathioprine et la cyclosporine A.

Leur risque oncogène à long terme les font réserver aux formes graves de la maladie, menaçant le pronostic vital et/ou fonctionnel. [5,15]

Elles sont utilisées pendant une durée moyenne de 2 ans.

 Les biothérapies :

Représentent l'actualité thérapeutique dans la prise en charge de la MB.

Ce sont des molécules synthétiques dirigées contre une cible de la réponse immunitaire.

➤ **L'interféron alpha 2a et 2b :(IFN alpha)**

Nouvelle arme thérapeutique, Immunomodulateur, antiviral et cytotoxique . elle a fait l'objet de plusieurs études et a permis de contrôler des atteintes oculaires et articulaires résistantes aux IS.

Son utilisation en 1^{ère} intention dans les formes neurologiques et vasculaires , n'a pas été démontrée.

Par ailleurs , plusieurs questions restent sans réponse. Ces interrogations concernent la posologie , la durée et le moment du traitement, l'association éventuelle à d'autres thérapeutiques. En effet, il semble qu'en association avec la colchicine et la pénicilline, la prescription d'INF alpha pendant 6 mois réduit le risque d'atteinte systémique , notamment oculaires et améliore le pronostic lointain. [23]

➤ **Les anti-TNF alpha :**

La MB est une maladie inflammatoire où le TNF alpha est une cytokine fortement impliquée, sécrétée de manière importante lors des poussées.

Trois anti-TNF alpha sont utilisés dans le traitement de la MB : l'infliximab, l'étanercept et l'adalimumab.

L'infliximab pourrait avoir une place de choix dans les formes graves de la maladie notamment oculaires et cutanéomuqueuses et en 2^{ème} intention dans les formes neurologiques, mais nécessitent une confirmation par des études randomisées. [24]

L'étanercept, lui a ça place en 1^{ère} intention dans le neuro-behçet. [23]

✚ **Autres traitements :**

Les anticoagulants sont prescrits dans les thromboses constituées.

Les antiagrégants plaquettaires sont utilisés en prévention primaire ou secondaire des complications thrombotiques.

1-7 Évolution et pronostic de la MB :

La MB évolue par des poussées imprévisibles, la sévérité des atteintes étant très variable d'une poussée à l'autre et d'un malade à l'autre. Elle a tendance à « s'éteindre » progressivement avec l'âge.

La mortalité est relativement faible ; environ 5% et essentiellement liée aux accidents vasculaires.

Les handicaps sont liés à l'inflammation oculaire et à l'atteinte neurologique.

Les grossesses sont possibles mais doivent se faire sous surveillance stricte en relation avec le médecin traitant et l'obstétricien de manière à adapter les traitements indispensables pendant la grossesse en sachant que la colchicine indispensable n'est pas contre-indiquée dans cette situation de même que l'Azathioprine si nécessaire. [25]

2. La QDV et ses mesures :

2-1 La QDV :

a- Genèse d'un concept :

Dès 1947, la définition de la santé s'écartait d'un objectif restrictif <<absence de maladie ou d'handicap>>, pour s'élargir à un « état de complet bien-être physique, mental et social » selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). [2]

Le mot <<bien être>> était mentionné, mais il fallut d'autres modifications conceptuelles de la santé pour voir apparaître celui de la qualité de vie.

Le concept de la qualité de vie est apparu aux Etats-Unis dans les années 1970. Né dans le domaine de l'urbanisme et de l'écologie, il gagna rapidement celui de la santé. [2]

La notion de qualité de vie semble être survenue dans les suites d'une évolution des trois fondements de la médecine que sont la maladie, le malade et le médecin :

- + Les malades ont changé de visage : l'essor de la médecine moderne au cours de la première moitié du XXème siècle a permis de maîtriser les grandes maladies infectieuses dans les pays industrialisés.

- + L'espérance de vie fut ainsi presque triplée sur les deux derniers siècles en Europe. La fin du XXème siècle voit alors la prépondérance des maladies chroniques, pour lesquelles la guérison ne pouvant pas toujours être obtenue. Il importe surtout de soulager les patients, de réduire leurs symptômes, et par là-même, d'améliorer leur qualité de vie.
- + Les attentes du malade se sont modifiées : le malade souhaite des informations auxquelles il accède par le dialogue avec son médecin. Chaque individu veut juger de sa santé, de son propre point de vue.
- + La prise en charge médicale a pris, elle aussi, un tournant décisif : c'est aussi à la fin du XXème siècle que la relation médecin-malade dite paternaliste s'est modifiée. Le patient peut participer aux décisions thérapeutiques. Le médecin ne décide plus de façon unilatérale. Afin de mieux percevoir les préférences de son patient, il va s'intéresser à sa qualité de vie.

Par ailleurs l'évaluation des pratiques médicales est désormais essentielle. Cependant, La mortalité ou le taux de guérison ne sont plus les seuls indicateurs pertinents. L'apport d'un indicateur émanant des sciences humaines à côté de ceux émanant des sciences dures est séduisant. La qualité de vie va ainsi permettre d'évaluer des bénéfices qui jusqu'à présent n'étaient pas pris en compte.

Les médecins se sont donc attachés à mesurer la qualité de vie et ce concept a pu rejoindre les autres mesures de l'évaluation médicale (biologie, imagerie). [2]

b- Les définitions de la QDV :

La notion de QDV est complexe et soumise à une évaluation permanente des mentalités quant à la notion de qualité , avec des dimensions sociales, économiques, médicales..., c'est un concept complexe multidirectionnel et subjectif, ainsi difficile à mesurer. [26]

Intuitivement, la qualité de vie est une notion individuelle dont chacun peut légitimement donner une définition.

Selon les auteurs, la QDV apparait comme <<ce qui permet de quantifier les répercussions de la maladie sur la vie >>, <<l'ensemble des satisfactions et des insatisfactions éprouvées par un sujet à propos de sa vie>>. [2]

Selon Corten: cette définition varie en fonction de l'importance qu'un individu pourra accorder aux différents aspects de sa vie (santé, famille, finances, environnement...), de ses attentes, de sa culture et de son expérience.

L'OMS définit la qualité de vie comme étant :<< la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte culturel et le système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes>> [3]. Il s'agit là d'une définition très large, affectée de façon complexe par la santé physique, l'état psychologique, les croyances personnelles, les relations sociales, et les relations avec l'environnement. [2,27]

c- La QDV en relation avec la santé :

La création de l'OMS et l'établissement de la définition multidimensionnelle de la santé, associée aux changements d'orientation de la pratique médicale dans les dernières décennies ont participé à l'éclosion de la QDV relative à la santé en tant que critère de jugement. [27]

En effet **La qualité de vie liée à la santé** est un « concept concernant les caractéristiques et incapacités physiques qui influent sur la capacité d'un individu à fonctionner et à en retirer satisfaction » Walker et Ross. Quality of life assessment and application. MTP. Press Ltd.

Deux dimensions peuvent être individualisées dans toute étude de la qualité de vie :

1– **une dimension objective** : elle comprend le fonctionnement ainsi que les caractéristiques socioéconomiques.

2–**une dimension subjective** : elle comprend le bien être. Cette dernière constitue en fait un principal pilier dans l'étude de ce concept.

Ainsi, la QDV relative à la santé est un concept multidimensionnel incluant au minimum les domaines physiques, psychiques et sociaux aussi que les symptômes liés à la maladie et aux traitements. [27]

Ceci explique la multitude d'instruments de mesure disponibles. Ces mesures doivent aussi tenir compte de la variabilité avec le temps de ces paramètres et d'être sensibles au changement.

2-2 La QDV et ses mesures :

a- Généralités sur le développement des échelles :

Les mesures de QDV, aussi appelées échelles, analysent les réponses à un questionnaire standardisé et validé.

Ces échelles visent à évaluer le jugement que porte le patient sur sa QDV.

Le développement d'une échelle est un processus long et complexe. Grace aux plusieurs travaux menés depuis plus de 30 ans, la construction d'une échelle est maintenant bien codifiée.

Il résulte d'une approche multidisciplinaire nécessitant la collaboration entre cliniciens, statisticiens, linguistes et psychométriciens afin d'obtenir un instrument fiable et valide. [2]

Les principales étapes du développement d'une échelle de QDV sont :

- 1-Génération des items (experts, entretiens, littérature).
- 2-Réduction des items (pré-étude clinique, statistiques).
- 3-Validation psychométrique (étude clinique, statistique).
- 4-Exploitation en clinique.

Les questionnaires doivent être pertinents et simple à comprendre. Les questions sont regroupées par thème pour explorer les différentes dimensions. Classiquement, on admet 4 dimensions pour couvrir le champ des valeurs de la QDV :

- **Physique** : elle comporte l'activité physique quotidienne (possibilité de se déplacer, sommeil, alimentation)

- **Somatique** : c'est-à-dire les symptômes et la douleur, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques.
- **Psychologique** : elle comprend la vie spirituelle de l'individu (c'est-à-dire réflexion, pensée, méditation, satisfactions artistiques, prière ...), l'humeur (dépression, anxiété), les performances cognitives (mémoire, concentration) et le sentiment de bien être.
- **Social** : elle porte sur les relations avec autrui au niveau social, professionnel, amical, familial et les satisfactions professionnelles et maritales. [2, 27]

b- Déroulement d'une étude de QDV :

Après avoir validé le questionnaire, il peut être administré à des patients dans le cadre d'une étude de QDV.

Plusieurs modalités de réponses sont envisageables : dichotomiques telles que oui-non, ordinales, de type échelle de Likert telles que très souvent-souvent-parfois-rarement-jamais, continues, par échelle visuelle analogique. Ces échelles risquent de négliger des situations intermédiaires contrairement à ceux qui comportent une pondération des réponses en fonction de l'importance accordée aux différentes dimensions. [2]

Le questionnaire peut être auto-administré, lorsque le patient répond seul aux questions posées, sans intervention extérieure, ou administré par un enquêteur, qui pose les questions au patient et enregistre ces réponses.

Une fois les données recueillies, elles sont exploitées par des tests statistiques afin d'obtenir différents scores utiles pour être confrontés à des données cliniques objectives ou des données démographiques. [2]

c- Les instruments de mesure de la QDV :

On distingue deux types d'outils, les instruments génériques et les instruments spécifiques.

c-1 les instruments génériques :

Les instruments génériques sont conçus pour l'exploration de pathologies variées, à des stades de gravité divers, et dans différents groupes socio-économiques et culturels. Les mesures génériques donnent plus d'importance à l'aspect général de la santé, à la satisfaction du patient et explorent plus globalement certaines dimensions concernant le fonctionnement psychologique et social de l'individu. Elles couvrent des dimensions plus larges de l'état fonctionnel, du bien être et de la perception globale de la santé.

Ces échelles, dont la plus connue et utilisée est le **SF-36**, sont parmi les plus anciennes et ont su faire preuve de leur fiabilité dans de nombreux domaines de la médecine.

c-2 instruments spécifiques :

Les instruments spécifiques sont construits pour des groupes présentant le même type de pathologie, souvent dans le but de mesurer un changement au cours du temps (évaluation thérapeutique). Ils explorent de façon précise chaque caractéristique de la maladie exprimée sous forme de dimensions. [2]

Lors de leur construction, ils sont testés sur la population à laquelle ils sont destinés.

2-3 Mesure de la QDV au cours de la MB :

La MB est une pathologie fréquente, ayant un important impact sur le vécu quotidien des patients. C'est pour cela, il est devenu indispensable de mettre en place des instruments permettant l'évaluation de la QDV au cours de cette pathologie.

De nombreux questionnaires étaient utilisés dans ce sens, et le choix du moyen de mesure dépendra de l'objectif de l'étude.

La majorité des études ont utilisé des questionnaires génériques pour décrire la QDV. Le SF-36 est le plus souvent utilisé. [29,30]

Cependant, des échelles plus spécifiques à la MB ont été développées récemment vu la nécessité d'étudier certains paramètres ayant un impact particuliers sur la QDV au cours de cette maladie. [31,32,33]

a- Instruments génériques utilisés au cours de la MB :

+ **SF-36 (Short-Form 36 Heath survey):**

Développé en 1992 aux Etats-Unis, le SF-36 est une échelle générique de mesure de la QDV axée sur la perception par le patient de son état de santé, intégrant à la fois des données sur la subjectivité des patients mais qui intègre également des axes plus comportementalistes.

Il est composé de 36 questions, évaluant 8 dimensions (activité physique, limitations dues à l'activité physique, douleur physique, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, limitations dues à l'état psychique et santé psychique). [2].

Il s'agit plus d'une mesure de qualité de vie liée à la santé que de qualité de vie telle qu'elle est perçue par le patient. C'est un outil de référence, traduit et adapté culturellement dans plus de 15 pays notamment en arabe. [34]

Cette échelle donne lieu à l'établissement de scores par dimension, et il faut noter qu'il n'existe pas de score global. Un algorithme a été développé pour permettre de calculer un score par « composant », à savoir, un score de santé physique, et un score de santé psychique.

La fiabilité et la validité du SF-36 sont très bonnes, et ce questionnaire a été mis en œuvre dans de nombreuses études internationales, et appliqué à de multiples contextes pathologiques.

Au cours de la MB, plusieurs études ont utilisé le SF-36 qui est un instrument de choix pour mesurer la QDV des patients atteints de cette pathologie. [29, 30,35]

+ **WHOQL-BREF (World Health Organization Quality Of Life BREF):**

Le WHOQL-BREF est abrégé de WHOQL-100 qui est élaboré à partir de la définition de la qualité de vie par l'OMS, et qui présente 100 questions explorant 6 dimensions (santé psychique, santé physique, niveau d'autonomie, relations sociales, environnement et spiritualité).

Le WHOQL-BREF lui, comporte 26 questions évaluant 4 domaines qui sont : la santé physique, psychique, les relations sociales et environnementales. [36] .Il est utilisé actuellement en 19 langues.

Au cours de la MB, il a été utilisé dans une étude turque qui a évalué l'impact du syndrome dépressif sur la QDV des patients atteints de la MB. Cette étude a objectivé que le syndrome dépressif est un facteur important qui affecte la QDV de ces patients. [37]

+ HAQ : Health Assessment Questionnaire

Ce questionnaire était utilisé au début chez les personnes présentant des arthrites, puis il est devenu l'instrument le plus utilisé pour évaluer l'état fonctionnel au cours des maladies rhumatismales, en particulier la polyarthrite rhumatoïde. C'est un instrument générique qui a été validé par la suite pour l'utilisation dans l'évaluation de l'état de santé dans les maladies chroniques.

Il est composé de 20 items qui évaluent la capacité à effectuer les gestes de la vie quotidienne dans huit domaines.

Dans la maladie de behçet, il a été utilisé en association avec d'autres instruments évaluant le retentissement psychologique et social de la maladie. [38]

b- Les instruments spécifiques utilisés au cours de la MB :

Une seule échelle de mesure de la QDV spécifique à la MB a été développée récemment : BD-quality of life. Néanmoins, un autre instrument évaluant l'activité de la maladie a été également instauré ; c'est le Behçet's Disease Current Activity Form(BDCAF).

D'autres instruments ont été aussi utilisés pour décrire certains aspects cliniques spécifiques de la maladie qui sont : l'atteinte oculaire et muqueuse. Ce sont: le NEI-VFQ-25 et OHIP-14.

+the Leeds BD-quality of life (BD-QoL):

C'est le seul questionnaire spécifique de la MB disponible actuellement. Développé par Gilworth et ses collègues en Angleterre en 2004, il est composé de 30 items et 6 dimensions : les relations sociales, émotions, limitations des activités, l'image de soi, en plus que l'âge et le sexe. [39]

Il a été traduit en version coréenne en 2008 et récemment en version arabe en 2011. [31,33]

Ce questionnaire a de très bonnes propriétés psychométriques concernant la validité du contenu, le test- retest et les sensibilités aux changements. [39]

+BDCAF: Behçet's Disease Current Activity Form:

Développé pour la première fois en Angleterre par Bhakta et al en 1999, afin de décrire l'activité de la MB. C'est un instrument qui comprend 12 items (céphalées, ulcérations buccales, ulcérations génitales, EN, PF, arthralgies, arthrites, douleur abdominale, hémorragie digestive, signes oculaires, atteinte du SNC, atteinte vasculaire) évaluant les différentes manifestations qui conditionnent l'activité de la maladie au cours des dernières 4 semaines. C'est un questionnaire administré par un enquêteur ; le patient seul ne peut le remplir, et les items sont cotés de 0 à 4.

A signaler que ce questionnaire a été traduit en version turque, coréenne et puis brésilienne en 2009. [40,41]

+OHIP-14:

Résumé du OHIP-49, le Oral Health Impact Profile 14 est un questionnaire développé en Angleterre en 1997 afin d'étudier la relation entre les atteintes buccales et le bien être [42]. Il a été utilisé dans une étude turque en 2009 pour évaluer l'impact des ulcérations buccales sur la QDV chez les patients atteints de la MB. [32,68]

+NEI-VEQ-25 :

C'est le « National Eye Institute Visual Functioning questionnaire », développé en 2001, il est composé de 25 items analysant 3 dimensions qui sont : la santé générale et vision, les difficultés dans l'exécution des activités et les problèmes de vision. [43]

Il a été utilisé en 2010 dans une étude turque pour étudier l'influence de l'atteinte oculaire sur la QDV chez les patients atteints de la MB. [30]

II. Discussion de nos résultats :

Au cours de cette dernière décennie, une série d'études a été faite sur l'évaluation de la QDV au cours de la MB, destinée essentiellement à la population turque vu la haute prévalence de la maladie dans ce pays. Presque toutes ces études ont trouvé que la QDV est diminuée. [29, 30, 35, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 53]. Certains travaux ont utilisé le SF-36 qui reste le meilleur instrument pour évaluer la QDV au cours de la MB [29, 30, 35], d'autres ont analysé la QDV grâce à des instruments spécifiques aux différentes atteintes cliniques observées au cours de cette affection. [30, 32, 51, 53, 58]

Les domaines les plus affectés varient entre les études : Les études faites lors des années 2003 et 2009 ont démontré que la QDV est réduite dans toutes les dimensions du SF-36 [49, 51]. De même, l'impact négatif sur la QDV a été observé par Bernabé en 2010 et Ertum en 2009 en utilisant respectivement le EQ-5D (Euro-QoL-5D) et le WHQoL-100 [44, 51]. De l'autre côté, une diminution nette concernant les domaines RP, RE, VT et SG a été notée par Ozlem.C et Yurtsever en 2011 [29], alors que d'autres auteurs [30, 46, 50, 53] ont prouvé une diminution plus marquée dans les composantes ; RP, RE, VT, FS et SM.

En résumant, on déduit que les domaines communs les plus touchés dans tous ces travaux étaient : RP, RE, VT et SM.

Nous avons trouvé que la QDV de nos patients est diminuée, ce qui explique l'impact négatif de cette affection sur la QDV puisque c'est une maladie chronique et incurable. Les

domaines ; RP, RE, VT, SM, SG et score mental du SF-36 étaient les plus touchés, alors que, des scores moyens concernant ; DP et FS ont été observés. Seul le paramètre FP était satisfaisant. Ce constat est en accord avec les résultats de l'étude menée par Ozlem.C en Turquie sur 94 patients [29], qui a objectivé lui aussi des perturbations dans les scores en rapport avec RP/RE/VT ainsi que DP et SG tandis que, le FP et le FS étaient plus élevés. Une autre étude réalisée par Sumru Onal et al [30] ont objectivé que les dimensions RP, SG, FS, et VT sont les plus diminuées. De même, Ertam et al ont évalué la QDV chez 195 patients turques souffrant de la MB et 195 patients contrôles, ils ont trouvé tous les scores du SF-36 diminués chez le groupe atteint par rapport au groupe témoin [51]. Ce même résultat a été montré par Erdogan.Z dans son étude sur 200 patients atteints de MB. [35]. Quand nos résultats ont été comparés à ceux réalisés par Muncu et col [46], des valeurs proches concernant les composantes RP, RE et VT ont été signalés. (Voir tableau récapitulatif 28)

Tous ces résultats sont en accord avec les nôtres et prouvent l'importance de ces trois dimensions (RP/RE/VT) dans la QDV des patients puisqu'elles représentent les scores les plus bas dans la plupart des études. D'autre part, les variations décrites concernant les valeurs de SG/DP et FS peuvent être expliquées par divers facteurs essentiellement socioculturels ainsi que les différences entre les pays dans le système de soins qui peut influencer directement la QDV des patients.

Tableau XXVIII : tableau comparatif de nos résultats avec ceux de la littérature.

séries	Les domaines du SF-36			
	Les domaines du score physique		Les domaines du score psychique	
	Les plus diminués	Les plus élevés	Les plus diminués	Les plus élevés
Özlem et al (2011)	RP/SG/DP	FP	RE/VT	FS
Sumru Onal et al (2010)	RP/SG	FP/DP	VT/FS	RE
Erdogan.Z et al (2009)	RP/SG/DP	FP	VT/SM/RE	FS
Ertam et al (2009)	RP/SG	—	RE/SM	—
Taniverdi et al (2003)	RP/SG/DP	—	RE/VT/SM	—
Notre série	RP/SG	FP	RE/VT/SM	FS

La QDV est notamment diminuée dans d'autres pathologies chroniques telles que la polyarthrite rhumatoïde (PR), qui a fait l'objet d'étude dans une série faite par Melikoglu.M en 2010 et qui a étudié la relation entre la dépression et l'activité de la maladie chez deux groupes de malades atteints respectivement de MB et de PR. Une nette différence a été constatée entre les deux groupes ; le seuil le plus élevé des scores de dépression était observé chez le groupe atteint de MB. Ce constat est attendu vu la gravité des atteintes systémiques observées au cours de la MB comme, l'atteinte oculaire ou encore neurologique par rapport à la PR, qui affecte généralement le fonctionnement physique des patients [56].

Dans le même sens, une autre étude comparative menée par Moses et Fisher en New-York, a évalué l'état de santé de 129 patients atteints de MB avec 116 atteints de PR à l'aide du HAQ [53]. C'était intéressant de trouver que les patients atteints de la MB avaient le même score de DP que ceux atteints de PR, et des scores plus élevés concernant l'invalidité fonctionnelle et la vitalité.

Une dernière étude comparative faite par Taner et Cosar [55], a analysé la probabilité d'avoir des troubles psychiques à type de dépression et anxiété au cours de l'atteinte par la MB

et le psoriasis. Le résultat du travail était très étonnant en montrant que la MB augmente le risque de dépression quatre fois plus que le psoriasis, alors qu'une durée d'évolution de maladie plus que trois ans augmente le risque de douze fois. Ceci, implique la nécessité d'une prise de conscience accrue des signes dépressifs chez les sujets atteints de la MB.

1. QDV et facteurs démographiques et socio-économiques :

Nous avons trouvé un lien positif entre l'âge et la QDV ; les sujets plus de 35 ans avaient des scores diminués et ceci retentit essentiellement sur leur fonctionnement physique ($p < 0,05$). Il est probable que les sujets jeunes évaluent mieux leur QDV par rapport aux personnes plus âgées en raison d'une perception plus optimiste du monde et aussi vu la durée d'évolution de la maladie qui n'est pas encore longue chez eux. Ainsi, plus les sujets sont âgés, plus ils éprouvent des difficultés à être autonome. Ce résultat est en contradiction avec l'étude d'Ozlem.C, qui a objectivé lui aussi l'influence de l'âge sur la QDV en montrant cette fois que les sujets < 42 ans avaient des scores diminués concernant les composantes SG et FS [29]. Cette différence obtenue a été expliquée par le fait que les jeunes assument plus de responsabilités professionnelles et familiales et donc arrivent mal à accepter leur maladie. Ce contraste est peut être lié aux différences socioculturelles entre la population turque et la nôtre.

De même, nous avons constaté que le sexe influence beaucoup la QDV de nos patients dans toutes les dimensions sauf RP et RE. Tous les scores ont été diminués chez les femmes par rapport aux hommes. Ce résultat est très logique, d'une part vu la charge sociale lourde attribuée aux femmes et d'autre part, l'existence d'une différence physiologique notamment hormonale entre les deux sexes. Deux études ont trouvé le même résultat, celle d'Ozlem.C [29] qui a objectivé un lien dans la dimension RP et de Dongsik qui a montré que la QDV est diminuée chez les femmes plus que les hommes [48].

Concernant l'évaluation du statut marital, on n'a pas noté de lien statistiquement significatif. Nous n'avons pas pu faire de comparaison sur ce point vu l'absence d'étude évaluant cette relation.

Une corrélation positive a été retrouvée entre le niveau d'instruction et la QDV dans sa dimension FP. Les sujets ayant un NI bas ou encore analphabètes présentaient les scores les plus diminués dans toutes les dimensions. Ozlem.C, dans son étude sur 94 patients a trouvé un lien positif entre le NI et les domaines : SG et VT, les sujets avec un niveau universitaire avaient une QDV meilleure [29]. Sumru Onal et al, ont objectivé ce même lien entre le NI et les dimensions : FP/RE/FS/RP et SM ; les scores bas ont été retrouvés chez les analphabètes [30]. Bernabé, quant à lui, a révélé qu'un NI plus haut est corrélé avec une QDV meilleure [44]. D'après ces études, il semble que le NI est l'un des facteurs déterminants de la QDV parce qu'il affecte la perception générale du monde extérieur et peut influencer l'attitude du patient envers sa santé et sa maladie ; puisque les gens instruits coopèrent mieux dans l'observance du traitement ainsi que dans le suivi d'évolution de leur maladie.

L'impact des conditions socioéconomiques a été également étudié via l'analyse du lien entre la QDV et l'activité professionnelle ainsi que la couverture médicale des patients. Nous avons remarqué que la QDV des patients avec profession est meilleure dans presque toutes ses dimensions par rapport à ceux qui n'ont pas d'activité professionnelle. Ce résultat n'est pas surprenant et peut s'expliquer par l'indépendance financière que le travail procure. Les données de la littérature indiquent des résultats variables. Ozlem.C a constaté que les sujets avec activité professionnelle avaient des scores diminués par rapport aux sujets retraités et a lié cela au stress du travail malgré leur niveau économique meilleur [29]. D'autre part, nous n'avons pas trouvé de lien entre la couverture médicale et la QDV. Ceci, indique que, des conditions socioéconomiques favorables ne sont pas toujours une garantie de satisfaction. Aussi, les croyances culturelles telles que, la soumission au destin influencent beaucoup la perception de l'état de santé surtout chez nos malades.

2. impact des aspects cliniques sur la QDV :

Dans notre étude, nous avons constaté qu'il n'y a pas de relation entre la durée d'évolution de la maladie et la QDV. C'était surprenant puisqu'on s'attendait à ce que la QDV diminue avec le temps, car le patient commence à perdre l'espoir de guérir. Une seule étude faite par Ozlem.C [29], a analysé ce lien et a trouvé le même constat que le nôtre.

Concernant le type d'atteinte clinique, nous avons objectivé une corrélation positive entre l'atteinte cutanéomuqueuse et la QDV ; les ulcérations buccales ainsi que génitales affectent négativement la QDV dans sa dimension vitalité. Les patients ayant une aphtose bipolaire présentaient des scores bas par rapport à ceux qui ne l'avaient pas surtout dans les composantes : RP, RE et VT. Ce même résultat a été retrouvé par Ozlem.C [29], qui a montré une nette diminution de la QDV dans les mêmes composantes déjà citées avec la présence d'un lien significatif dans les dimensions : VT, DP et RE. Ce constat peut être expliqué par la gêne qu'entraînent ces ulcérations et qui retentit sur la SG des malades ainsi que sur leur état émotionnel. Dans une autre étude faite en 2006, Muncu et col ont rapporté l'impact négatif des ulcérations buccales sur la QDV des patients souffrant de la MB par rapport au groupe témoin, en montrant que les scores du RP, RE et VT étaient significativement diminués [46, 47]. De même, Kiliç et al, ont démontré que l'aphtose bipolaire influence beaucoup la QDV dans son RE [57], chose qui était aussi retrouvée par Blackford dans sa série [50]. Bodur, quant à lui, a étudié la relation entre l'activité de la maladie et la QDV, et a conclu que la MB entraîne des perturbations sur le plan émotionnel chez les patients souffrant d'ulcérations génitales récidivantes [45].

Les lésions cutanées semblent avoir une influence très significative dans notre travail, essentiellement l'érythème noueux où le p a été très diminué dans la plupart des domaines du SF-36, ce qui a retentit sur les deux scores finaux physique et mental qui étaient nettement significatifs ($p < 10^{-2}$). Les domaines les plus affectés sont : SG, VT, RE et RP. Ceci, est peut être dû à la douleur et au handicap qu'entraînent ces lésions. Ozlem.C a trouvé dans son étude que

les lésions cutanées influencent la QDV dans ses composantes : FP, FS, DP, et SG [29]. Kiliç, lui a suggéré le rôle de l'érythème noueux à entraîner la douleur physique et à altérer l'état émotionnel des sujets suivis pour MB [57]. Tous ces résultats sont similaires avec les nôtres.

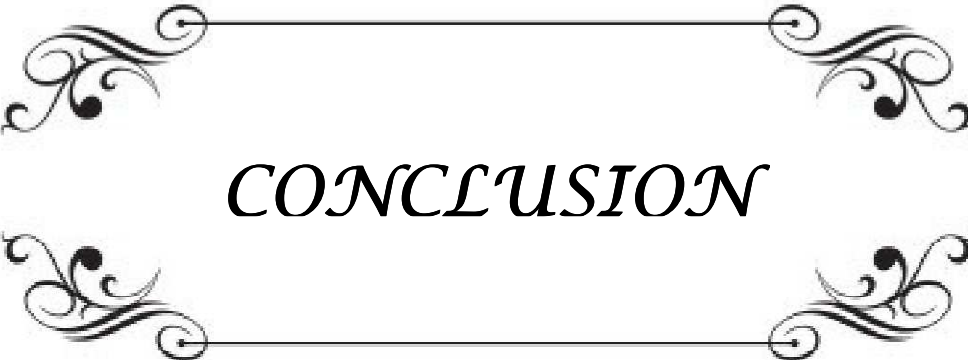
Pour l'atteinte articulaire, nos patients avaient des scores très diminués dans les composantes : RP, DP, SG, RE et VT, avec un lien statistiquement significatif concernant le RP et VT. Bodur, a trouvé dans son étude que 73% des malades avaient des manifestations articulaires qui ont influencé leur QDV dans ses dimensions physique et social [45]. Ozlem.C a montré ce même lien positif dans la plupart des dimensions du SF-36 [29]. L'étude de Gürler a évalué l'influence de l'atteinte articulaire dans la MB sur l'état psychologique des malades et a trouvé un lien très significatif [52]. De même, Ertam a fait une étude comparative entre des patients atteints de la MB et des sujets sains et a montré que les malades souffrant d'atteinte articulaire avaient des scores diminués concernant la SG, le FP, et le RE par rapport aux sujets sains [51]. Tous ces constats prouvent le degré d'handicap fonctionnel qu'engendre cette atteinte ainsi que son impact majeur sur l'état émotionnel des malades.

Parallèlement à l'étude d'Ozlem.C [29], nous n'avons pas constaté de corrélation positive entre la QDV et l'atteinte vasculaire, tandis qu'Ertam a trouvé un lien significatif entre cette atteinte et la QDV dans sa dimension DP [51]. Cette différence observée peut s'expliquer par le nombre élevé des patients participants à l'étude d'Ertam par rapport au nôtre.

Selon nos résultats, l'atteinte oculaire affectait la QDV de nos patients d'après sa localisation uni ou bilatérale, avec un lien significatif concernant la composante VT. En analysant les scores de nos malades, nous avons constaté que les sujets qui présentaient une atteinte oculaire avaient des scores très diminués par rapport à ceux qui ne l'avaient pas surtout dans les domaines RP, RE, SG et VT. Le même constat a été noté chez les sujets avec une panuvéite et une uvéite postérieure contrairement à ceux qui avaient une uvéite antérieure. L'étude faite par Sumru Onal a analysé les scores du SF-36 et du NEI-VFQ-25 chez des patients suivis pour MB avec atteinte oculaire. Les résultats obtenus ont montré que les scores du SF-36 étaient

nettement diminués en les comparants avec ceux du NEI-VFQ-25. Ainsi, la QDV est plus affectée par l'altération de la SG que par l'atteinte visuelle chez ces patients [30]. Selon Taniverdi, les patients qui avaient une atteinte oculaire présentaient des scores bas surtout dans les domaines RE, RP, SG et VT en les comparant à un groupe témoin [49].aussi, Ertam a objectivé une corrélation positive entre l'atteinte oculaire et la QDV dans sa dimension SM [51]. Un résultat opposé a été signalé par Ozlem.C qui n'a pas trouvé de lien significatif entre l'atteinte oculaire et la QDV. Ceci est probablement lié au faible affectif des sujets présentant cette atteinte dans son étude (uniquement 29 sur 94). [29]

Le dernier paramètre étudié est l'atteinte neurologique représentée dans notre série par les thromboses veineuses cérébrales. Nous avons noté la présence d'un lien statistiquement significatif avec la QDV dans quatre des huit dimensions du SF-36(FP/RP/SG/RE), ainsi que les deux scores finaux physique et mental qui étaient nettement diminués ; les scores des domaines RE et RP sont les plus réduits. Ce constat reflète que l'atteinte neurologique a un grand impact sur la diminution de la QDV et peut retentir sur les activités quotidiennes des patients. Ce résultat est en contradiction avec certaines données de la littérature notamment celle de Bernabé qui a analysé l'impact des différents symptômes sur la QDV dans la MB et qui n'a pas objectivé de lien concernant l'atteinte du système nerveux central [44].



CONCLUSION

La MB est une vascularite multi systémique touchant avec prédilection l'adulte jeune, d'étiopathogénie inconnue, et dont l'expression clinique est dominée par l'atteinte cutanéomuqueuse, oculaire et vasculaire.

La QDV dans les maladies chroniques devient maintenant un enjeu majeur dans le domaine de la santé.

La QDV est réduite chez nos patients atteints de MB, particulièrement dans les domaines RP, RE, VT et SM.

Notre travail a permis de mettre en évidence l'impact de certaines données sociodémographiques et cliniques sur la QDV de nos patients telles que l'âge, le sexe, le NI, l'activité professionnelle, l'atteinte cutanéomuqueuse, articulaire et neurologique mais a également mis en évidence l'influence de quelques paramètres liés directement à la maladie comme la durée d'évolution de celle-ci.

La QDV étant considérée comme une perception personnelle, diffère d'une population à l'autre. Elle est essentiellement influencée par les critères socioéconomiques, culturelles et la croyance religieuse. Tous ces facteurs rendent la QDV une entité purement subjective, difficilement évaluable, d'où l'intérêt de les intégrer dans l'interprétation des résultats en fonction des particularités de chaque pays.

En nous basant sur les résultats de cette étude, nous pouvons conclure que l'amélioration de la QDV des patients atteints de la MB impose l'amélioration des conditions socioéconomiques, la qualité des soins proposés à ces malades ainsi qu'une prise en charge psychologique accrue tenant compte de son importance pour avoir une QDV meilleure.



ANNEXES

Annexe 1

Fiche d'exploitation

Identité :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe : masculin ☐ féminin ☐

Statut marital : célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf (Ve) ☐ divorcé(e) ☐

Profession :

Niveau d'instruction : aucun ☐ primaire ☐ secondaire ☐
Universitaire

La couverture médicale: mutualiste ☐ non mutualiste ☐

Antécédents :

Personnels :

Médicaux : ☐

Chirurgicaux : ☐

Toxiques : ☐

Allergiques : ☐

Familiaux :

Durée d'évolution de la maladie :

Atteintes cliniques :

Atteintes cutané-muqueuses : oui ☐ non ☐

Muqueuse : aphtose bipolaire aphtose buccale

Cutanée : EN ☐ PF ☐ A. Cutané ☐

Atteintes articulaires : oui ☐ non ☐

Atteintes ophtalmologiques : oui ☐ non ☐

Unilatérale ☐ bilatérale ☐

Panuvéite ☐ uvéite post ☐ uvéite ant ☐ hyalite ☐

Atteintes neurologiques : oui ☐ non ☐

Atteintes vasculaires : oui ☐ non ☐

Atteintes digestives : oui ☐ non ☐

Critères diagnostiques :

Critère majeur :

Aphtose buccale récidivante (> 3F/an)

Critères mineurs :

Aphtose génitale ☐

**Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de la maladie de behçet
(Étude prospective sur 6 mois)**

Lésions cutanées ☐

Atteinte oculaire ☐

Pathergy test positif ☐

Traitement :

-Symptomatique : antalgiques ☐ AINS ☐

-la colchicine

-Corticoïdes : VO ☐ IV ☐

-Immunosuppresseurs : azathiopirine ☐ cyclophosphamide ☐

-autres : ☐

Annexe 2

SF 36-Traduction validée en arabe dialectal

Les questions de cette section portent sur divers aspects de votre santé générale (physique et/ou mentale).

الأسئلة التي غادي نطرحو عليك، كتعلق بالحالة الصحية دياك العامة (البدنية والنفسية).

C.1) les questions qui suivent portent sur votre état de santé, telle que vous la percevez. Vos réponses permettront de suivre l'évolution de votre état de santé et de savoir dans quelle mesure vous pouvez accomplir vos activités courantes.

Répondez à toutes les questions en suivant les indications qui vous sont données.

En cas de doute, répondez de votre mieux.

الأسئلة التي جايين كيتعلقوا بصحتك كيف ما كتاحس بها نتاي. الأجوبة دياك غادي تمكنا نتبعو الصحة دياك ونعرفو إلى أي حد أنت قادر تدبير الأشغال العادية دياك. بغينا دابا الله يخليك تجاوبنا على الأسئلة وتبع على حسب التعليمات التي غادي نعطيك.

1. en général, diriez-vous que votre santé est :

(encerclez une seule réponse)

- Excellente1
Très bonne.....2
Bonne.....3
Passable.....4
Mauvaise.....5

1. على العموم ، غادي تكول باللي الصحة دياك:

(دور على جواب واحد)

- 1.....ممتازة
2.....مزيانة بزاف
3.....مزيانة
4.....متوسطة
5.....عيانة بزاف

2. par comparaison à l'an dernier, comment évaluez-vous, maintenant, votre santé générale ?

(encerclez une seule réponse)

- Bien meilleure maintenant que l'an dernier.....1
Un peu meilleure maintenant que l'an dernier.....2
A peu près la même que l'an dernier.....3
Un peu moins bonne maintenant que l'an dernier.....4
Bien moins bonne maintenant que l'an dernier5

2. بالمقارنة مع العام اللي فات، واش امكن تكول باللي الصحة دياك دابا:

(دور على جواب واحد)

- 1.....حسن بزاف من العام اللي فات
2.....حسن شوية من العام اللي فات
3.....تقريباً بحال العام اللي فات
4.....ناقص شوية على العام اللي فات
5.....ناقص بزاف على العام اللي فات

Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de la maladie de behçet
(Étude prospective sur 6 mois)

3. les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez avoir à faire au cours d'une journée normale. Votre état de santé actuel vous limite-t-il dans ces activités ? si oui, dans quelle mesure ?

(encerclez un seul chiffre par ligne)

ACTIVITES	Mon état de santé me limite beaucoup	Mon état de santé me limite un peu	Mon état de santé ne me limite pas du tout
a. dans les activités exigeant un effort physique important comme courir, soulever des objets lourds, pratiquer des sports violents.	1	2	3
b. dans les activités modérées comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf.	1	2	3
c. Pour soulever ou transporter des sacs d'épicerie.	1	2	3
d. Pour monter plusieurs étages à pied.	1	2	3
e. Pour monter un seul étage à pied.	1	2	3
f. Pour me pencher, me mettre à genoux ou m'accroupir.	1	2	3
g. Pour faire plus qu'un kilomètre à pied.	1	2	3
h. Pour faire plusieurs coins de rue à pied.	1	2	3
i. Pour marcher d'un coin de rue à l'autre.	1	2	3
j. Pour prendre un bain ou m'habiller.	1	2	3

Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de la maladie de behçet
(Étude prospective sur 6 mois)

3. les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez avoir à faire au cours d'une journée normale. Votre état de santé actuel vous limite-t-il dans ces activités ? si oui, dans quelle mesure ?

(encerclez un seul chiffre par ligne)

ACTIVITES	Mon état de santé me limite beaucoup	Mon état de santé me limite un peu	Mon état de santé ne me limite pas du tout
a. dans les activités exigeant un effort physique important comme courir, soulever des objets lourds, pratiquer des sports violents.	1	2	3
b. dans les activités modérées comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf.	1	2	3
c. Pour soulever ou transporter des sacs d'épicerie.	1	2	3
d. Pour monter plusieurs étages à pied..	1	2	3
e. Pour monter un seul étage à pied.	1	2	3
f. Pour me pencher, me mettre à genoux ou m'accroupir.	1	2	3
g. Pour faire plus qu'un kilomètre à pied.	1	2	3
h. Pour faire plusieurs coins de rue à pied.	1	2	3
i. Pour marcher d'un coin de rue à l'autre.	1	2	3
j. Pour prendre un bain ou m'habiller.	1	2	3

Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de la maladie de behçet
(Étude prospective sur 6 mois)

4. خلال الشهر اللي فات، بسبب حالتك الصحية الجسدية، واش كانت عندك شي وحدة من الصعوبات اللي غادي نذكروا ليك في الخدمة اولا في الشغل الاخرى؟

(دور على رقم واحد كل سطر)

لا	ايه	
2	1	1. واش اضطررتي تنقص من الوقت اللي كنتخصص للخدمة ولا لحوايج اخرين.
2	1	2. واش قضيت قل من دكشي اللي كنت تبغني تنصني داشغال؟
2	1	3. واش كاين شي نوع من الشغل ما قدرتيش تديرهم؟
2	1	4. واش لقيت شي صعوبة في الاشغال ديالك اللي جعلتك تبدل مجهود أكثر.

5. au cours des quatre dernières semaines, avez vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de l'état de votre moral (comme le fait de vous sentir déprimé(e) ou anxieux (se))?

(encerclez un seul chiffre par ligne)

	OUI	NON
a. avez vous consacrer moins de temps à votre travail ou à d'autres activités ?	1	2
b. avez vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu ?	1	2
c. avez vous fait votre travail ou vos autres activités avec moins de soins qu'à l'habitude ?	1	2

5. خلال الشهر اللي فات، بسبب حالتك الصحية النفسية، (مثلا تحس براسك مضبوط اولا مخلوخ)، واش كانت عندك شي وحدة من الصعوبات اللي غادي نذكروا ليك في الخدمة اولا في الشغل الاخرى؟

(دور على رقم واحد كل سطر)

لا	ايه	
2	1	1. واش كان عليك تخصص وقت قل لخدمتك اولا الشغل لخرين؟
2	1	2. واش قضيت قل من دكشي اللي كنت تبغني تنصني داشغال؟
2	1	3. واش ما ابقيتش تتدبر تتقن العمل ديالك كيما العادة؟

6. au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état physique ou moral (comme le fait de vous sentir déprimé(e) ou anxieux(se) a t-il nui à vos activités sociales habituelles (famille, amis, voisins ou autres groupes) ?

(encerclez une seule réponse)

- pas du tout.....1
Un peu2
Moyennement.....3
Beaucoup.....4
Enormément.....5

6. خلال الشهر اللي فات ، تال أش من حد الحالة ديالك الصحية الجسدية و النفسية أثرت على التحركات الإجتماعية العادية ديالك (العائلة، الصحاب ، الجيران ناس اخرين)؟

(تور على جواب واحد)

- 1..... واش ماأترش نهائيا
- 2..... واش أترش شوية
- 3..... واش أترت بين وبين
- 4..... واش أترت بزاف
- 5..... واش أترت كثير بزاف

7. au cours des quatre dernières semaines, avez vous éprouvé des douleurs physiques ?
(encerclez une seule réponse)

- 1..... aucune douleur
- 2..... douleurs très légères
- 3..... douleurs légères
- 4..... douleurs moyennes
- 5..... douleurs intenses
- 6..... douleurs très intenses

7. خلال الشهر اللي فات ، واش حسيت بشي ألم ؟

(تور على جواب واحد)

- 1..... واش ما حسيتي بالو
- 2..... واش حسيت بشي ألم خفيف بزاف
- 3..... واش حسيت بألم خفيف
- 4..... واش حسيت بألم متوسط
- 5..... واش حسيت بألم مجهود
- 6..... واش حسيت بألم مجهود بزاف

8. au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nui à vos activités habituelles (au travail comme à la maison)?

(encerclez une seule réponse)

- 1..... pas du tout
- 2..... un peu
- 3..... moyennement
- 4..... beaucoup
- 5..... énormément

8. خلال الشهر اللي فات ، تال أش من حد ، هذا الألم أثر على الشغال ديالك اليومية (في العمل ولا في الدار)؟

(تور على جواب واحد)

- 1..... واش ماأترش نهائيا
- 2..... واش أتر شوية
- 3..... واش أتر بين وبين
- 4..... واش أتر بزاف
- 5..... واش أتر كثير بزاف

Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de la maladie de behçet
(Étude prospective sur 6 mois)

9. ces questions portent sur les quatre dernières semaines pour chacune des questions suivantes, donnez la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e).

au cours des quatre dernières semaines, combien de fois :

(encerclez un seul chiffre par ligne)

	Tout le temps	La plupart du temps	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a. vous êtes vous senti(e) plein(e) d'entrain (de pep) ?	1	2	3	4	5	6
b. avez vous été très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
c. vous êtes vous senti(e) si déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
d. vous êtes vous senti(e) calme et serein(e) ?	1	2	3	4	5	6
e. avez vous eu beaucoup d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. vous êtes vous senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
g. vous êtes vous senti(e) épuisé et vidé(e) ?	1	2	3	4	5	6
h. vous êtes vous senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
i. vous êtes vous senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

9. خلال الشهر اللي فات، شحال من مرة؟

(دور على رقم واحد في سطر)

الأشغال	كأع الوقت	أغلبية الوقت	بزاف دالمرات	بعض المرات	قليل بزاف	نهائيا
1. حسيت أنك عندك النشاط بزاف.	1	2	3	4	5	6
2. كنت معصب بزاف.	1	2	3	4	5	6
3. حسيت براسك مضبوط وحتى حاجة ما تقدر تفرحك؟	1	2	3	4	5	6
4. حسيت براسك هاني ومرتاح	1	2	3	4	5	6
5. حسيت براسك عندك الجهد بزاف.	1	2	3	4	5	6
6. حسيت براسك مقلق ومدكدك	1	2	3	4	5	6
7. حسيت براسك مهدود وفاشل	1	2	3	4	5	6
8. حسيت براسك فرحان.	1	2	3	4	5	6
9. حسيت براسك عيان.	1	2	3	4	5	6

10. au cours des quatre dernières semaines, combien de fois votre état physique ou moral a-t-il nui à vos activités sociales (comme visiter des amis, des parents, etc.) ?
(encerclez une seule réponse)

tout le temps1
la plupart du temps2
parfois.....3
rarement.....4
jamais.....5

10. خلال الشهر الي فات، شحال من مرة، حالتك الصحية الجسدية او لا النفسية اترت على التحركات الاجتماعية ديالك (بحال تزور الصحاب، تزور الوالدين، إلى آخره)؟

(دور على جواب واحد)

1..... واش أترت كاع الوقت
2..... واش أترت أغلبية الوقت
3..... واش أترت بعض المرات
4..... واش أترت قليل بزاف
5..... واش ما أترت حتى مرة

11. Dans quelle mesure chacun des énoncés suivants est t-il VRAI ou FAUX dans votre cas ?

(encerclez un seul chiffre par ligne)

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Ne sais pas	Plutôt faux	Tout à fait faux
a. Il me semble que je tombe malade un peu plus facilement que les autres.	1	2	3	4	5
b. Je suis aussi en santé que les gens que je connais.	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se détériore.	1	2	3	4	5
d. Ma santé est excellente.	1	2	3	4	5

11. غادي نطرحو عليك شي أسئلة، وبغينا نعرفو إلى أي درجة هي صحيحة ولا غالطة ؟

(دور على جواب واحد)

صحيحة 100%	نكولو صحيحة	مacerفش	نكولو غالطة	غالطة 100%
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1. بالمقارنة مع الناس الاخرين واش كتظن بأنه كا يجيك المرض دغيا.
2. صحتك بحال الناس اللي كنعرف.
1. واش كتظن بأنه في المستقبل، غادي يتزاد عليك الحال.
4. الصحة ديالك ممتازة عزيانة.

RESUMES

Résumé

La MB est une vascularite inflammatoire, multi systémique, caractérisée par la fréquence et la bénignité des manifestations cutanéomuqueuses et articulaires et la gravité des manifestations oculaires, neurologiques centrales et vasculaires.

C'est l'une des pathologies chroniques ayant un lourd impact sur la QDV des patients qui l'en présente.

La QDV liée à la santé est devenue un élément important dans la décision médicale au même temps que l'efficacité et l'innocuité des traitements.

Notre travail a pour but, d'évaluer la QDV des patients atteints de la MB. Pour cette raison, une étude prospective sur 6 mois a été menée, une fiche d'exploitation ainsi que le Short-Form 36 (SF-36), ont été utilisés.

Nous avons colligé 100 patients atteints de la MB. L'âge moyen de nos malades était de 35,73 avec une prédominance masculine (67% des H/33% des F). soixante neuf pourcent (n=69) des patients étaient mariés, 52% (n=52) avaient un NI bas et 33% (n=33) étaient sans emploi. La QDV de nos malades était diminuée, les domaines du SF-36 les plus touchés sont : RP/RE/VT et SM. Ce résultat montre l'impact négatif de cette affection sur la QDV. L'âge, le sexe, le NI, l'activité professionnelle ainsi que les atteintes cliniques : cutanéomuqueuse, articulaire, oculaire et neurologique influençaient la QDV de nos patients. Par contre, nous avons constaté qu'il n'y a pas de lien entre certains facteurs comme le statut marital, la durée d'évolution de la maladie et la QDV des patients. Tous ces résultats ont été proches de ceux de la littérature avec quelques différences qui peuvent être liées aux particularités socioculturelles de chaque pays et qui sont différentes aux nôtres.

En nous basant sur les résultats de cette étude, nous pouvons conclure que l'amélioration de la QDV des patients atteints de la MB impose l'amélioration des conditions socio-économiques, la qualité des soins proposés à ces malades ainsi qu'une prise en charge psychologique accrue tenant compte de son importance pour avoir une QDV meilleure.

Summury

Behçet's disease (BD) is a systemic inflammatory vasculitis characterized by frequency of mucocutaneous and articular manifestations, severity of ocular, neurological and vasculitis manifestations.

It is one of the chronic diseases with a heavy impact on the quality of life of the patients who are affected.

Health-Related Quality Of Life (HRQL) became an important factor of the medical decision at the same time as the efficacy of the treatment.

Our study aims to evaluate the quality of life (QoL) in patients with BD. For this reason, a prospective study is conducted over a period of 6 months. A form of exploitation and the Short-Form 36 (SF-36) were used.

We recruited 100 patients with BD. The mean age of our patients was 35.73 years with a male predominance (67% men against 33% women). Sixty nine percent (n=69) of patients were married, 52% (n = 52) had a low education level and 33% (n= 33) were unemployed. QoL of our patients was reduced, the domains of SF-36 most affected are: the role physical (RP), role emotional (RE), vitality (VT) and mental health (MH). This result shows the negative impact of this disease on the QoL of patients. Age, gender, education level, working status, the clinical attacks: mucocutaneous, articular, neurological and eye involvement influenced the QoL of our patients. Also, we found that there is no link between factors such as marital status, disease duration, and QOL of patients. All these results were similar to those of the literature with some differences that may be related to socio-cultural particularities of each country.

Based on our results of this study we concluded that improving the quality of life of patients with BD requires the improvement of socio-economic conditions, the quality of care provided to these patients as well as taking in increased psychological burden considering its importance for a better QOL.

ملخص

يعتبر داء بهجت التهابا للعروق الدموية يصيب مجموعة من الاجهزة و يتميز بتعدد المظاهر الحميدة مثل اصابة الجلد و المفاصل و كذا خطورة الاصابات التي تهم العين و الجهاز العصبي و الاوعية الدموية. انه واحد من الامراض المزمنة التي تؤثر بشكل كبير على جودة حياة المرضى المصابين به. تعتبر جودة الحياة المتعلقة بالصحة عنصرا مهما في اتخاذ القرار الطبي الى جانب فعالية و سلامة العلاج. تهدف دراستنا الى تقييم جودة حياة المرضى المصابين بداء بهجت. لهذا الغرض اعتمدنا على دراسة مستقبلية على مدى 6 اشهر حيث قمنا باستعمال استمارة و كذا استطلاع الرأي "الاستمارة القصيرة 36". استعنا بمائة مريض كلهم مصابون بداء بهجت. غالبية المرضى كانوا رجالا مع متوسط عمري هو 35,73 سنة. 69% من المرضى كانوا متزوجين و 52% لديهم مستوى تعليمي متدني و 33% كانوا بدون عمل. جودة حياة مرضانا كانت منخفضة, اهم مجالات الاستمارة 36 الأكثر تأثرا هم الدور الجسدي و الدور المعنوي و التعب و الصحة النفسية. هذه النتيجة تدل على مدى التأثير السلبي لهذا الداء على جودة الحياة. يعتبر السن و الجنس و المستوى الدراسي و الحالة المهنية و كذا العوامل السريرية : إصابة الجلد و المفاصل من أهم العوامل التي تؤثر سلبا على جودة حياة مرضانا. في المقابل ثم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة بين جودة الحياة و الحالة العائلية للمرضى و مدة تطور المرض. جميع النتائج التي توصلنا إليها كانت قريبة من الدراسات التي أجريت سابقا مع وجود بعض الاختلافات التي يمكن ربطها بالخصوصيات السوسيوثقافية الخاصة بكل بلد. بناء على نتائج هذه الدراسة يمكننا أن نستنتج أن تحسين جودة حياة المرضى المصابين بداء بهجت يتطلب تحسين الظروف الاجتماعية و الاقتصادية و نوعية الرعاية المقدمة لهؤلاء المرضى و كذلك زيادة الرعاية النفسية الخاصة بهاته الفئة نظرا لأهمية هذا الجانب من أجل تحسين جودة الحياة

BIBLIOGRAPHIE

1. **International Study Group for Behçet's disease.**
Criteria for diagnosis of Behçet's disease.
Lancet 1990; 335:1078–80.
2. **C.Brousse, B.Boisaubert.**
La qualité de vie et ses mesures.
La revue de médecine interne 28(2007)458–462.
3. **OMS, editor.**
Organisation Mondiale de la Santé; Internet : <http://www.who.org>.
4. **Ware JE, Kosinski M, Dewey JE.**
How to Score Version 2 SF–36® Health Survey.
Quality Metric Incorporated, Lincoln, RI, 2000.
5. **JP Coulon, E Piette.**
Aphtes, aphtose buccale récidivante et maladie de behçet.
ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE. 22-050-N-10.
6. **Khairallah, M et al.**
Œil et maladie de behçet.
J Fr Ophtalmol(2012).
7. **S. Benamour, B. Zeroual, R. Bennis, A. Amraoui and S. Bettal.**
Maladie de Behçet : 316 cas.
Press Med. 19 (1990), pp. 1485–1489.
8. **HAMZA. M.**
Juvenile Behçet's disease in Tunisia.
6ieme conference Internationale sur MB, paris1993.
9. **Ohno. S, Ohguchi. M, Hirose. S, Matsuda. H, Wakisaka. A, Aizawa.M.**
Close association of HLA-Bw51 with Behçet's disease.
Arch. Ophthalmol. 1982; 100: 1455–1458.
10. **D. Saadoun et al.**
Manifestations oculaires de la maladie de Behçet.
La Revue de médecine interne31(2010)545–550.

11. **Sung Bin Cho, Suhyun Cho, and Dongsik Bang.**
New Insights in the Clinical Understanding of Behçet's Disease.
Yonsei Med J 53(1):35–42, 2012.
12. **Hamza M.**
La maladie de Behçet.
In Maladies et syndromes systémiques. Khan MF, Pelletier AP, Meyer O 2001 ; Chap. 30 :883–924.
13. **Bennouna–Biaz. F, Alj Ourhouic. M, Senouci. K, Hassen. B, Heid. E, Lazrek. B.**
Maladie de Behçet, profil épidémiologique.
Maghreb Médical 1995;290 :30–2.
14. **Ben amour. S, Chaotic. L, Zero. LB.**
Study of 673 cases of Behçet's discard.
In: Olivier I, Slaverling C, Cantini F eds. 8th International Congress on Behçet's disease. Program and Abstracts Milano: Prex, 1998:232.
15. **B. Wechsler et LT. Huong Du–Boutin.**
Maladie de Behçet.
ENCYCLOPÉDIE MÉDICO–CHIRURGICALE. 14–206–B–10.
16. **Ümit Türsen.**
Pathophysiology of the Behçet's Disease.
Hindawi Publishing Corporation Pathology Research International
Volume 2012, Article ID 493015, 11 pages, 2011.
17. **S.P.Mahesh, Li. Zhuqing, R.Buggage, F.Mor, I.R. Cohen, E.Y. Chew, et al.**
Alpha tropomyosin as a self–antigen in patients with Behçet's disease.
Clin Exp Immunol 2005; 140:368–75.
18. **Z. Amoura, M. Guillaume, S. Caillat–Zucman, B. Wechsler and J.–C. Piette.**
Physiopathologie de la maladie de behçet.
La Revue de Médecine Interne. November 2006 ; 27 (11) : 843–853.
19. **Davatchi. F, Schirmer. M, Zouboulis. CC, et al.**
Evaluation and revision of the International Study Group Criteria for Behçet's disease.
ACR 2007: Abstract 465.

20. **B. Wechsler et LT. Huong Du-Boutin.**
Maladie de Behçet.
Encycl. Med. Chir. Elsevier, Paris. AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 5-0360, 1998, 4 p.
21. **D. Saadoun, N.Cassoux, B.Wechsler, D.Boutin, C.Terrada P. Lehoang, B.Bodaghi, P.Cacoub**
Manifestations oculaires de la maladie de Behçet.
La Revue de médecine interne 31(2010) : 545-550.
22. **Z. Hajji, A. Berraho.**
Oeil et maladie de Behçet.
Encyclopédie Médico-chirurgicale 21-225-C-20.
23. **Fifi.Otmani.**
Maladie de Behçet. Les Nouvelles Thérapeutiques.
60^{ème} Congrès de la SNFMI et 4^{ème} Congrès Franco-Maghrébin de Médecine Interne
Toulouse, 9-12 Décembre 2009.
24. **R. Scavennec, O. Mir, D. Monnet, A. Brézin, L. Guillevin, B. Christoforov and R. Dhôte.**
Traitement de la maladie de Behçet à localisation oculaire par l'infliximab.
La Revue de Médecine Interne, Volume 24, Supplément 4, Décembre 2003, Page 420s.
25. **T.Thubert et al.**
Maladie de behçet en gynécologie-obstétrique.
Journal de Gynécologie- Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2011) 40, 283-290.
26. **P.Amedro.**
Qualité de vie des enfants porteurs de cardiopathie congénitale.
Archives de pédiatrie 2011 ; 18 : 174-175.
27. **F.Bonnetain.**
Health related quality of life and endpoints in oncology.
Cancer/Radiothérapie 14(2010) 515-518.
28. **Walker et Ross.**
Quality of life assessment and application.
MTP. Press Ltd.
29. **Özlem. Canpolat, MSc, RN, Sabire. Yurtsever, PhD, RN.**
The Quality of Life in Patients with Behçet's Disease.
Asian Nursing Research 5 (2011) 229-235.

30. **Sumru Onal et al.**
Vision- and Health-Related Quality of Life in Patients with Behçet's Uveitis.
Arch Ophthalmol. 2010;128(10):1265-1271
31. **Zahi. Touma, Lilian. Ghandour et al.**
Cross-cultural adaptation and validation of Behçet's disease quality of life questionnaire.
BMC Medical Research Methodology 2011, 11:52. P: 4-7.
32. **G. Muncu et al.**
Oral health and related quality of life status in patients from UK and Turkey: a comparative study in Behçet's disease.
J Oral Pathol Med (2009) 38: 406-409.
33. **Sang. Won Yi, Ji-Hae. Kim, Ki-Young. Lim, Dongsik. Bang, Sungnack. Lee and Eun-So Lee.**
The Behçet's Disease Quality of Life: Reliability and Validity of the Korean Version.
Yonsei Med J 49(5):698-704, 2008.
34. **M.Guermazi et al.**
Translation in Arabic, adaptation and validation of the SF-36 Health Survey for use in Tunisia.
Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 55(2012) 388-408.
35. **Zeynep. Erdogan, Rukiye.Pinar.**
EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN BEHCET'S DISEASE.
European Journal of Internal Medicine 20S (2009), S156.
36. **Dr John Orley.**
WHOQOL-BREF: INTRODUCTION, ADMINISTRATION, SCORING AND GENERIC VERSION OF THE ASSESSMENT.
Programme on Mental Health, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.
37. **F.Uğuz et al.**
Quality of life in patients with Behçet's disease: the impact of major depression.
General Hospital Psychiatry 29 (2007) 21-24.
38. **Guillemin F, Briançon S, Pourel J.**
Measurement of the functional capacity in rheumatoid polyarthrititis: a French adaptation of the Health Assessment Questionnaire (HAQ).
Rev Rhum Mal Osteoartic. 1991 Jun; 58(6):459-65.

39. **Gilworth. G, Chamberlain. MA, Bhakta. B, Haskard. D, Silman. A, Tennant. A.**
Development of the BD-QoL: A quality of life measure specific to Behçet's disease.
The Journal of Rheumatology (2004) 31, 931–936.
40. **Fabício de Souza Neves, Cezar Augusto Muniz Caldas and al.**
Cross-cultural adaptation of simplified version (s) of Behçet's Disease Current Activity Form (BDCAF) and comparison between two different instruments with Brazilian versions for evaluating Behçet's Disease Activity: BR-BDCAF and BR-BDCAF(s).
Rev Bras Reumatol, 2009;49(1):20–31.
41. **V.Hamuryudan, İ.Fresko and al.**
Evaluation of the Turkish translation of a disease activity form for Behçet's syndrome.
Rheumatology 1999; 38: 734–736.
42. **Gary.D.slade.**
Derivation and validation of a short- form oral health impact profile.
Community. Dent.Oral.Epidemiol.1997, Ang; 25(4): 284–290.
43. **Carol M. Mangione, MD, MSPH; Paul P. Lee, MD, JD; Peter R. Gutierrez, MA; Karen Spritzer, BA; Sandra Berry, MS; Ron D. Hays, PhD.**
Development of the 25-list-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire.
Arch Ophthalmol. 2001; 119(7):1050–1058.
44. **Eduardo Bernabé, Wagner Marcenes, Jan Mather, Chris Phillips and Farida Fortune.**
Impact of Behçet's syndrome on health-related quality of life: influence of the type and number of symptoms.
Rheumatology 2010;49:2165–2171.
45. **Hatice Bodur, Pınar Borman, Yıldız Özdemir, Çiğdem Atan, Gülcan Kural.**
Quality of life and life satisfaction in patients with Behçet's disease: relationship with disease activity.
Clinical Rheumatology May 2006, Volume 25, Issue 3, pp 329–333.
46. **G. Mumcu, T. Ergun, N. Inanc, İ. Fresko, T. Atalay, O. Hayran and H. Direskeneli.**
Oral health is impaired in Behçet's disease and is associated with disease severity.
Rheumatology 2004;43:1028–1033.
47. **G. Mumcu, N. Inanc, T. Ergun et al.**
Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease.
Oral Diseases (2006) 12, 145–151.

48. **Dongsik Bang, Sanglo Oh, Kwang-Hoon Lee and al.**
Influence of Sex on Patients with Behçet's Disease in Korea.
J Korean Med Sci 2003; 18:231-235.
49. **Nilgün Tanrıverdi, İbrahim Taşkıntuna, Çağay Dürü, Pınar Özdal, Serap Ortaç and Esin Fırat.**
Health-related Quality of Life in Behçet Patients with Ocular Involvement.
Jpn J Ophthalmol 2003; 47:85-92.
50. **Blackford, S., Finlay, A. Y., & Roberts.**
Quality of life in Behçet's syndrome: 335 patients surveyed.
The British Journal of Dermatology (1997), 13, 293.
51. **Ertam. I and al.**
Quality of life and its relation with disease severity in Behçet's disease.
Clin Exp Rheumatol. 2009 Mar-Apr; 27(2 Suppl 53):S18-22.
52. **Gur. A, Sarac. AJ, Burkan. YK, Nas. K, Cevik. R.**
Arthropathy, quality of life, depression, and anxiety in Behçet's disease: relationship between arthritis and these factors.
Clin Rheumatol. 2006 Jul; 25(4):524-31.
53. **N. Moses Alder, M. Fisher, Y. Yazici.**
Behçet's syndrome patients have high levels of functional disability, fatigue and pain as measured by a Multi-dimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ).
Clin Exp Rheumatol 2008; 26 (Suppl. 50):S110-S113.
54. **G. Mumcu, O. Hayran, D.O. Ozalp and al.**
The assessment of oral health-related quality of life by factor analysis in patients with Behçet's disease and recurrent aphthous stomatitis.
J Oral Pathol Med (2007) 36: 147-52.
55. **Taner. E, Coşar. B, Burhanoğlu. S, Calikoğlu. E, Onder. M, Arikan. Z.**
Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis.
Int J Dermatol. 2007 Nov. 46(11):1118-24.
56. **Melikoglu.MA, Melikoglu.M.**
The relationship between disease activity and depression in patients with Behçet disease and rheumatoid arthritis.
Rheumatol Int. 2010 May; 30(7):941-6.

57. **Kilinç.Y, Yildirim.M et Ceyhan.A**
Quality of life in Behçet's disease patients.
Journal of University of Süleyman Demirel. 2009, 16, 6–10
58. **F.Uğuz, R.Dursun, N.Kaya, A.S. Çili.**
Psychiatric symptoms and quality of life in Behçet patients.
Journal of Anatolian Psychiatry. 2006, 7(3): 133–139.
59. **Sakai. T, Watanabe. H, Kuroyanagi. K and al.**
Health- and vision-related quality of life in patients receiving infliximab therapy for Behçet Uveitis.
Br J Ophthalmol. 2013 Mar; 97(3):338–42.
60. **Tascilar. NF, Tekin. NS, Ankarali. H.**
Sleep disorders in Behçet's disease, and their relationship with fatigue and quality of life.
J Sleep Res. 2012 Jun; 21(3):281–8.
61. **Aydın Yücel, Selma Sönmezoğlu Maraklı and al.**
Clinical Evaluation of Behçet's Disease: A Five Year Follow-Up Study.
The Journal of Dermatology Vol. 32: 365–370, 2005.
62. **Dongsik Bang, Ju Hee Lee, Eun-So Lee and al.**
Epidemiologic and Clinical Survey of Behçet's Disease in Korea: the First Multicenter Study.
J Korean Med Sci 2001; 16: 615–8.
63. **N. Sut, E. Seyahi, S. Yurdakul, M. Senocak and H. Yazici.**
A cost analysis of Behçet's syndrome in Turkey.
Rheumatology 2007; 46:678–682.
64. **Alty JE, Monaghan TM, Bamford JM.**
A patient with neuro-Behçet's disease is successfully treated with etanercept: further evidence for the value of TNFalpha blockade.
Clin Neurol Neurosurg. 2007 Apr; 109(3):279–81.
65. **Marshall SE.**
Behçet's disease.
Clin Rheumatol 2004; 18:291–311.

66. **Salah. OTHMANI.**
Urgences et maladie de behçet.
Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire de Tunis.
67. **Wechsler B, Sbaï A, Du-Boutin LT, Duhaut P, Dormont D, Piette JC.**
Neurological manifestations of Behçet's disease].
Rev Neurol (Paris). 2002 Oct; 158(10 Pt 1):926-33.
68. **Hayran O, Mumcu G, Inanc N, Ergun T, Direskeneli H.**
Assessment of minimal clinically important improvement by using Oral Health Impact Profile-14 in Behçet's disease.
Clin Exp Rheumatol. 2009 Mar-Apr; 27(2 Suppl 53):S79-84.
69. **Youssef Sekkach , Naoual Elomri, Mohamed Jira et al.**
Maladie de Behçet : trente observations avec atteintes vasculaires pulmonaires et des vaisseaux périphériques.
Press Med. 2012 fév ; 41(2) : 52-62.



اقسمُ باللهِ العَظِيمِ

أن أراقبَ اللهَ في مهنتي.

وأن أصونَ حياةَ الإنسانِ في كافّةِ أطوارها في كلِّ الظروفِ والأحوالِ بآذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاكِ والمرَضِ والألمِ والقلقِ.

وأن أحفظَ للناسِ كرامَتَهُم، وأسْتُرَ عَوْرَتَهُم، وأكتمَ سِرَّهُم.

وأن أكونَ على الدوامِ من وسائلِ رحمةِ الله، بآذلاً رعايتي الطبيةَ للقريبِ والبعيدِ، للصالحِ والطالحِ، والصديقِ والعدو.

وأن أثابرَ على طلبِ العلمِ، أسخِرَه لنفعِ الإنسانِ .. لا لأذاه.

وأن أوقّرَ من علّمني، وأُعلّمَ من يصغرنِي، وأكونَ أخاً لكلِّ زميلٍ في المهنةِ الطّبيّةِ مُتعاونينَ على البرِّ والتقوى.

وأن تكونَ حياتي مصداقَ إيماني في سِرِّي وَعَلَانِيَتِي ، نَقِيَّةٌ مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ الله وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

والله على ما أقول شهيد





جامعة القاضي عياض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش

أطروحة رقم: 88

سنة 2013

تقييم جودة حياة المرضى
المصابين بمرض بهجت
(دراسة مستقبلية على مدى 6 أشهر)

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم ... / ... / 2013

من طرف

الآنسة هند قرون

المزودة في 15 فبراير 1987 بأسفي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

داء بهجت - جودة الحياة - الإستمارة القصيرة 36

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد س. أمل

أستاذ في أمراض الجلد

السيدة ل. السعدوني

أستاذة في الطب الباطني

السيدة ف. عسري

أستاذة في الطب النفسي

السيد م. الحطاوي

أستاذ مبرز في أمراض القلب والشرابين

السيدة ن. أخصري

أستاذة في أمراض الجلد