



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

Année 2019

Thèse N° 275

Qualité de vie au cours des maladies systémiques au service de Médecine interne à l'Hôpital Militaire Avicenne

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/12/2019

PAR

Mlle. **Fatima Ezzahra RIZKOU**

Née Le 24 Juillet 1994 à Ouarzazate

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Qualité de vie - Les maladies systémiques-Short-Form 36

JURY

M.	H. QACIF	PRESIDENT
	Professeur de L'enseignement Supérieur en Médecine Interne	
M.	M. ZYANI	RAPPORTEUR
	Professeur de L'enseignement Supérieur en Médecine Interne	
M.	N. ZEMRAOUI	} JUGES
	Professeur agrégé en Néphrologie	
M.	S. KADDOURI	
	Professeur agrégé en Médecine Interne	



فَتَبَسَّ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ

الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ

وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ

وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

النمل : ١٩

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



Serment d'hippocrate

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

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

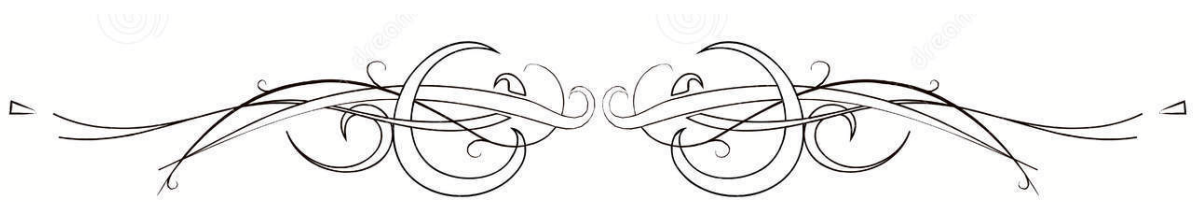
Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

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

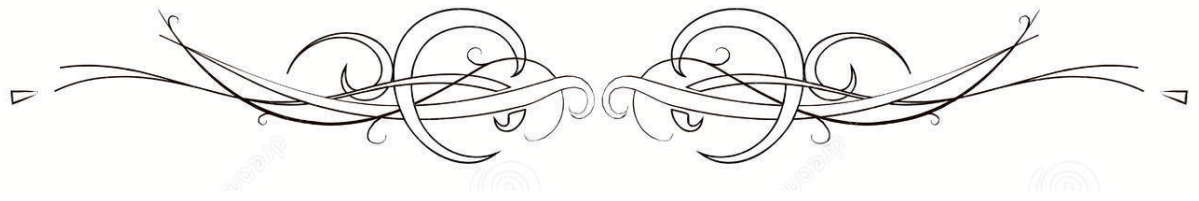
Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie

ARSALANE Lamiae	Microbiologie –Virologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
ASRI Fatima	Psychiatrie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUAÏTY Brahim	Oto–rhino– laryngologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie– réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOÛAT Aïcha	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUALI IDRÏSSI Mariem	Radiologie
BOUSKRAOÛI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato– orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOÛSS Youssef	Anesthésie– réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRÏSSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto–rhino–laryngologie
DRAÏSS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZYANI Mohammed	Médecine interne
FADILI Wafaa	Néphrologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo facial	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJ Soumaya	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MLIHA TOUATI	Oto-Rhino -

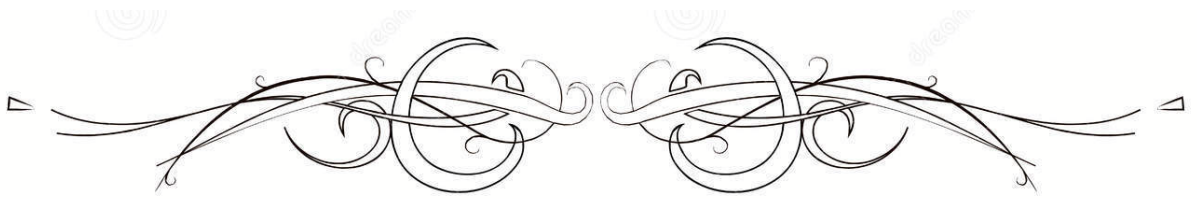
		Mohammed	Laryngologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RBAIBI Aziz	Cardiologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardiovasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHAZI Mirieme	Rhumatologie		

Professeurs Assistants

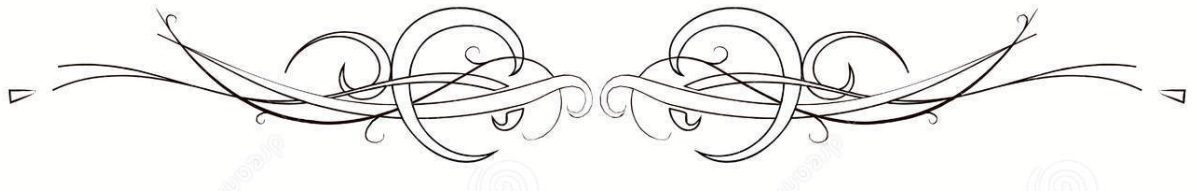
Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	ELQATNI Mohamed	Médecine interne
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
AMINE Abdellah	Cardiologie	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	Hammoune Nabil	Radiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JALLAL Hamid	Cardiologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie

BABA Hicham	Chirurgie générale	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELGHMAIDI Sarah	OPhtalmologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
DOUIREK Fouzia	Anesthésie – réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organique	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
EL HAMZAOUI Hamza	Anesthésie réanimation	WARDA Karima	Microbiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 24/09/2019



DÉDICACES



*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes
qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le
haut pour atteindre mon objectif. C'est avec gratitude, amour et respect
que*



Je dédie cette thèse ...

A Allah :

Tout puissant

Notre créateur et notre clément

Qui nous guide dans notre vie

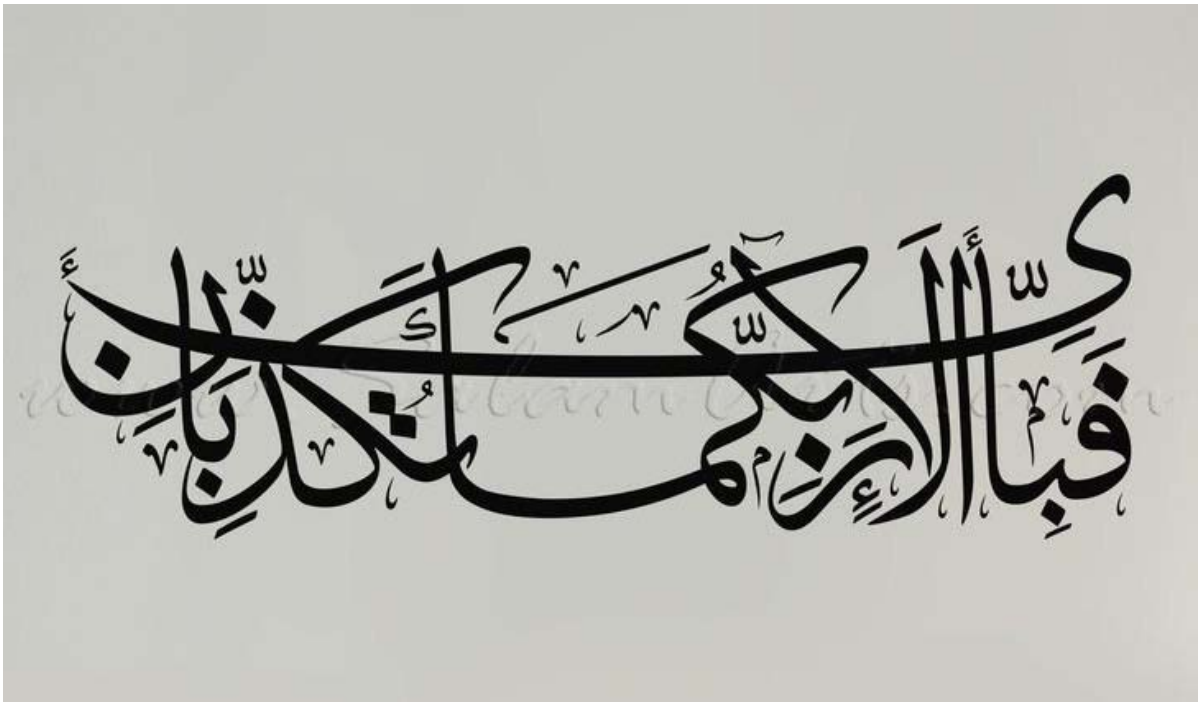
Qui nous aide dans notre chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Ce travail est de lui, grâce à lui et vers lui.

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde



*A MES TRÈS CHÈRES PARENT : mon cher père SALAH RIZKOU et ma
chère mère KHADJOU YASSINE*

*Pour vous décrire il me faudrait quelque chose de plus que des mots,
aucune expression, aussi élaborée qu'elle soit, ne pourrait vous tracer à
mes yeux telle que mon cœur vous voit et vous aperçois, ne pourrait
traduire ma profonde gratitude et ma reconnaissance pour toutes ces
années de sacrifices et de dévouement. Vous êtes la lanterne qui illumine
mon chemin, tant de modestie et de simplicité, vous avez toujours su
donner et donner sans compter.*

*Merci de m'avoir tenue la main tout au long de ces années, de m'avoir
accompagnée et soutenue dans mon choix de devenir médecin. Grâce à
vous je n'ai manqué de rien, j'ai pu grandir et faire des études, bercée par
votre amour et votre bienveillance. Vous avez été et serez toujours les
piliers de ma vie.*

*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. Ce titre de Docteur en Médecine je le porterai fièrement et je
vous le dédie tout particulièrement.*

A mes très chères sœurs : Jihane et Hiba

Mon troisième pilier. On en a fait du chemin ensemble. Je ne peux exprimer à travers ces lignes, tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Je vous remercie énormément mes chéries pour votre support, votre aide, votre générosité, votre dévouement et indéfectible soutien, et je vous dédie ce travail, pour tous les moments de joie, de complicité, et de taquinerie qu'on a pu partager ensemble. Et j'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de mon affection pour vous. Je vous souhaite un avenir florissant et une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité. Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

A mon cher et adorable frère Mohamed

Mon dernier pilier et pas le moindre. Aucune dédicace ne saurait satisfaisante pour exprimer tout l'amour que j'ai pour toi, ta joie et ta gaieté me comblent de bonheur. Puisse dieu te garder, éclairer ta route et t'aider à réaliser à ton tour tes vœux les plus chers. Je vous aime
Marcello.

A ma grand-mère maternelle Touda

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour toi. Je te remercie Mahlouno pour tout le soutien exemplaire et l'amour exceptionnel que tu me portes depuis mon enfance et j'espère que ta bénédiction m'accompagnera toujours. Que Dieu te garde et te procure
santé et bonheur éternel.

*A La mémoire de mes grands-parents paternels
et mon grand-père maternel*

Je sais que si vous étiez parmi nous, vous aurez été heureux et fiers. Que ce travail soit une prière pour le repos de vos âmes. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.

A mes oncles et tantes

A mes cousins et cousines

A tous les membres de ma famille petits et grands

Merci pour votre soutien, encouragements, et les conseils qui m'ont été d'une aide précieuse. J'espère que vous trouverez ici le témoignage de ma profonde affection. Que Dieu vous protège

A mes adorables amies : Alia, Hasna

A mon tour les bininates. Je suis juste vraiment heureuse de vous avoir rencontrées ; mes sistere from another mister ; et d'avoir pu parcourir la plus grande partie des études de médecine à vos côtés. Cela me les a rendues plus respirables et même agréables. Vous êtes pour moi des sœurs sur qui je peux compter, on a pleins de souvenirs ensemble qui seront gravés dans ma mémoire pour toujours. En témoignage de l'amitié qui nous unit, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé, de succès et de bonheur.

A ma chère Yumi

Merci pour les agréables moments qu'on a passés ensemble. Merci pour la sympathie et l'affection que vous m'avez toujours portées, qu'elles demeurent éternelles. Nos chemins seront séparés mais notre amitié demeurera à jamais. God made us friends because no mother could handle us as sisters.

A tous mes amis et collègues

En souvenir des moments agréables passés ensemble, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de bonne santé.

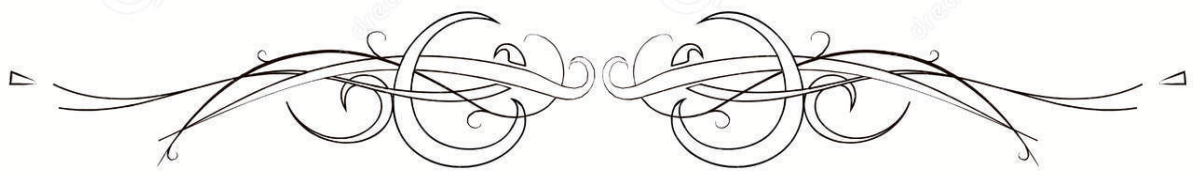
A tous mes professeurs et maîtres

qui m'ont imbibé de leur savoir

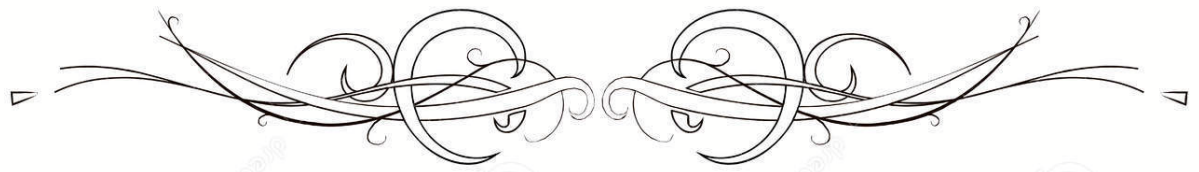
Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect et je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité.

A tous ceux et celles qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.



REMERCIEMENTS



***A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
PR M. ZYANI : PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET
CHÉF DE SERVICE DE MÉDECINE
INTERNE A HOPITAL MILITAIRE AVICIENNE***

Merci pour la qualité de votre encadrement, pour votre grande disponibilité, et pour votre aide dans la réalisation de ce travail. J'ai eu la chance et le grand plaisir de travailler sous votre direction, j'ai trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui m'a reçu en toutes circonstances avec sympathie. Votre sérieux et votre rigueur de travail, votre dévouement, sincérité et amour pour ce métier étaient toujours une source d'inspiration et de motivation pour moi ; vos qualités humaines et professionnelles nous servent d'exemple. Je vous remercie d'avoir m'honoré et accepté de me confier et diriger ce travail. Veuillez accepter, cher Maître, mes sincères remerciements avec toute la reconnaissance et l'appréciation que je vous témoigne.

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE THÈSE :
PR H. Qacif : Professeur de l'enseignement supérieur en médecine interne
Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant aimablement de juger et de présider ce travail. Vos qualités professionnelles nous ont beaucoup marquées, nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE :

PR N. ZEMRAOUI : Professeur agrégé en néphrologie

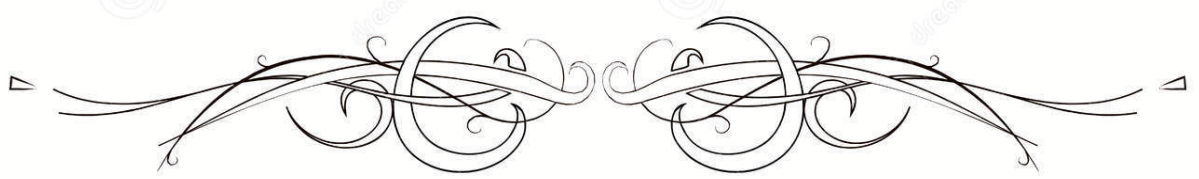
Nous vous remercions du grand honneur que vous nous faites en acceptant de faire parties de notre jury de thèse. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et votre spontanéité avec lesquelles vous nous avez accueillis. Veuillez accepter, cher maître, ce travail avec toute notre estime et respect.

PR S. KADDOURI : Professeur agrégé en Médecine interne

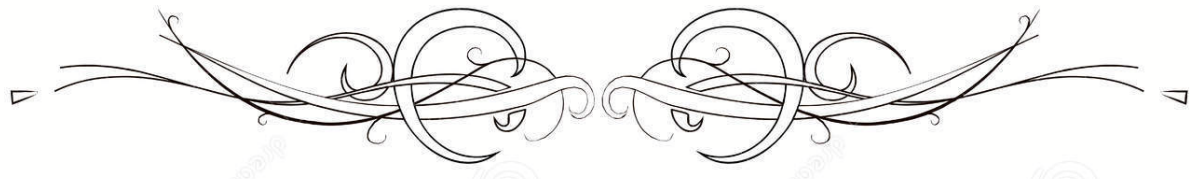
Nous vous sommes très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Notre gratitude est grande pour l'intérêt que vous avez montré à l'encontre de notre travail. Veuillez trouver dans cet ouvrage le témoignage de notre profonde reconnaissance et respect.

Je remercie également :

Tous les médecins et l'équipe paramédicale du service de médecine interne à l'hôpital militaire Avicenne et toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.



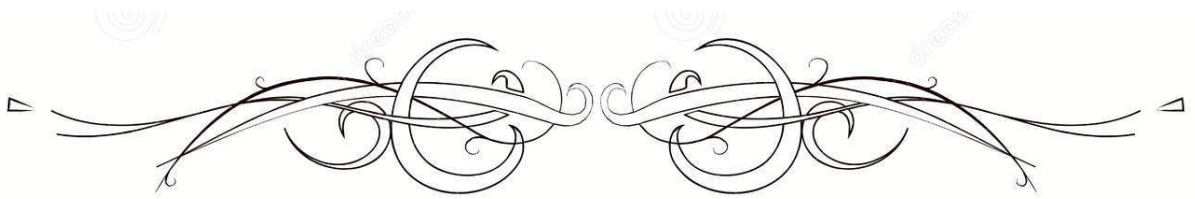
ABRÉVIATIONS



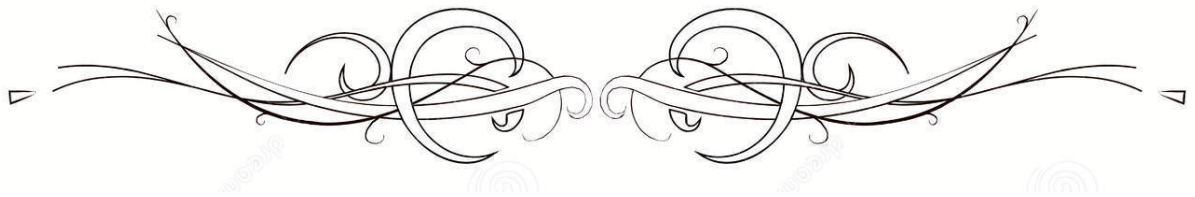
Liste des abréviations

QdV	: Qualité de vie
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
SF-36	: Short Form-36 Health Survey
AINS	: Anti- inflammatoires non stéroïdiens
MHD	: Les mesures hygiéno-diététiques
NHP	: Nottingham Health Profile
WHOQOL	: WHO Quality Of Life assessment
WHOQOL-BREF	: World Health Organization Quality Of Life - Bref
HAQ	: Health Assessment Questionnaire
EQ-5D	: Euro QoL-5 Dimensions
Leeds BD-QoL	: Leeds Behçet disease Quality Of Life
BDCAF	: Behçet's Disease Current Activity Form
OHIP-14	: Oral Health Impact Profile- 14
NEI-VFQ-25	: National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire-25
SLE-QOL	: Systemic Lupus Erythematosus-specific Quality-Of-Life
SSC	: SLE Symptom Checklist
Lupus-QOL	: Lupus Qol Scale
PF	: Activité physique ou fonctionnement (physical functioning)
RP	: Limitations (du rôle) liées à la santé physique (role physical)
BP	: Douleur physique (bodily pain)
GH	: Santé générale (general health)
VT	: Vitalité (énergie / fatigue) (vitality)
SF	: Fonctionnement ou bien-être social (social functioning)
RE	: Limitations (du rôle) liées à la santé mentale (role emotional)
MH	: Santé mentale (mental health)
HT	: Modification perçue de l'état de santé (eported health transition)
PCS	: Score physique (physical component score)

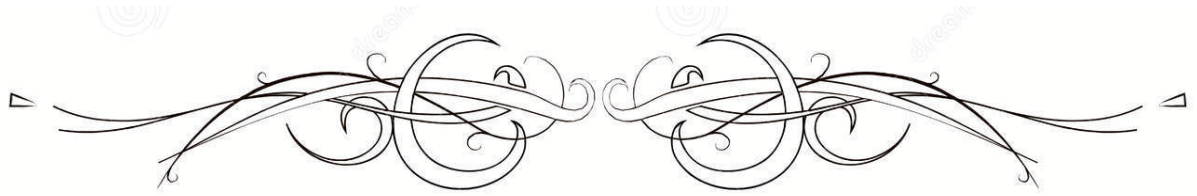
MCS	: Score mental (mental component score)
MB	: Maladie de behçet
PR	: Polyarthrite Rhumatoïde
LES	: Lupus érythémateux systémique
LEAD	: Lupus érythémateux aigu disséminé
MAI	: Maladie auto-immune
MPO	: Myélopéroxydase
ANCA	: Anticorps anti-neutrophiles cytoplasmique
PR3	: Antiprotéinase 3
ACR	: American College of Rheumatology
EULAR	: European League Against Rheumatism
FR	: Facteurs rhumatoïdes
ACPA	: AC anti-peptides ou protéines citrullinées
CRP	: C-reactive protein
VS	: Vitesse de sédimentation
Cellule LE	: Cellule de Hargraves
TNF-α	: Facteur de nécrose tumorale α
ADA	: Adénosine déaminase
TD	: Ttube digestif
SNC	: Système nerveux central
MO	: Moelle osseuse
ID	: Immunodéprimé
R	: Risques
;V	: Tous (contexte/atteinte possible).
gl	: Ganglions
ChimioTH	: Chimiothérapie
PAPA	: <i>Syndrome dev Pyogenic arthritis, pyoderma gangrenosum, acne</i>
IL	: Interleukine
TNF-α	: Facteur de nécrose tumorale α



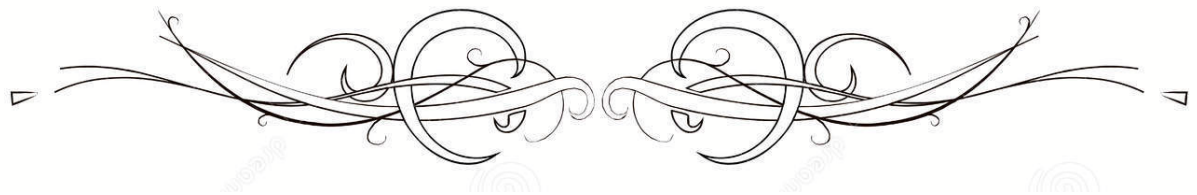
PLAN



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	3
I. MATÉRIELS	4
1. Type de l'étude	4
2. Population cible	4
3. Echantillon	4
II. MÉTHODES	5
1. La fiche d'exploitation	5
2. Le SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form)	5
III. MÉTHODES STATISTIQUES:.....	5
RESULTATS	7
I. ÉTUDE DESCRIPTIVE	8
1. Caractéristiques des patients	8
2. Caractéristiques de la maladie de système	11
3. Évaluation de la qualité de vie des patients	13
II. ÉTUDE ANALYTIQUE	17
1. Lien entre les caractéristiques démographiques, socio-économiques des patients et la QdV.....	17
2. Lien entre les caractéristiques de la maladie systémique et la QdV	21
DISCUSSION	25
I. Généralités	26
1. Les maladies systémiques	26
2. La QdV et ses mesures	41
II. Discussion de nos résultats	53
1. QdV et facteurs démographiques et socio-économiques	56
2. Impact des aspects cliniques sur la QdV	58
CONCLUSION	60
RECOMMANDATIONS	62
ANNEXE	64
RÉSUMÉS	70
BIBLIOGRAPHIE	74



INTRODUCTION



Les maladies systémiques constituent un groupe hétérogène de maladies et syndromes auto-immuns et/ou auto-inflammatoires diffus, caractérisées habituellement par une atteinte plus ou moins sévère de plusieurs appareils (cutané-articulaire, viscérale, immunologique et hématologique).

Ce groupe de maladies constitue l'une des principales maladies chroniques ayant un lourd tribut fonctionnel, psychologique et social avec un retentissement important sur la qualité de vie (QdV).

La qualité de vie, qui devient maintenant un enjeu majeur dans le domaine de la santé, est un concept qui, de prime abord, pourrait paraître simple cependant, en donner de la multidimensionnalité de ce concept et de sa triple origine : sociopolitique, médicale et psychologique apparaissent extrêmement difficiles.

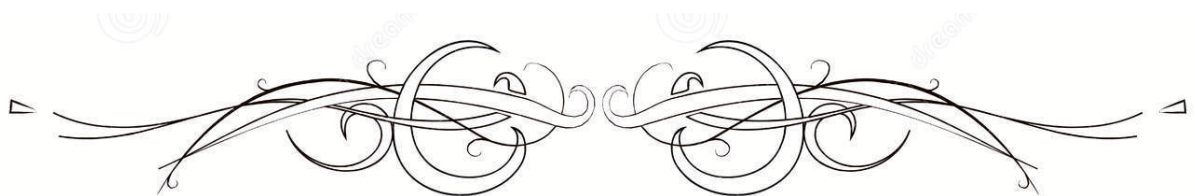
L'OMS en a donné une définition assez consensuelle en 1993 : "La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être énoncé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement" [1].

La prise en compte de la QdV des personnes atteintes de maladies systémiques est une priorité, car ces pathologies prennent une importance croissante et contribuent énormément à l'augmentation du taux de décès dus aux maladies chroniques.

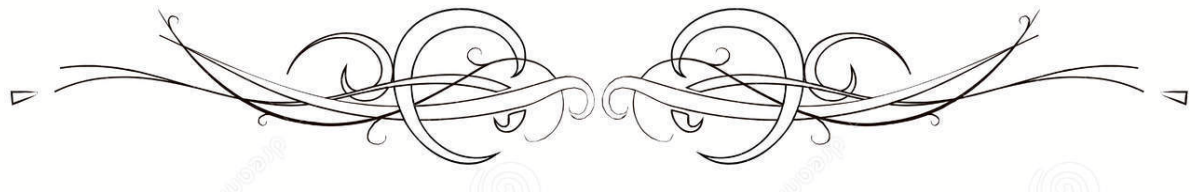
Devant un tel constat, on a décidé donc, dans notre travail, d'évaluer la QdV des patients atteints des maladies systémique, en utilisant le SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form), qui reste l'outil de référence le plus utilisé dans ce type d'étude et surtout qu'il est traduit et validé en arabe dialectal.

Notre étude va s'axer sur :

- ✓ L'évaluation de l'impact de ces maladies
- ✓ L'appréciation du retentissement de la maladie systémique sur les activités journalières et le travail du malade.
- ✓ L'évaluation du retentissement de la maladie systémique sur l'entourage du malade
- ✓ L'évaluation du retentissement psychologique de la maladie systémique
- ✓ L'évaluation de la qualité de vie des patients à travers des échelles spécifiques à cet égard.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. MATERIELS :

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, visant à évaluer la QdV des patients atteints des maladies systémiques.

2. Population cible :

2.1. Critères d'inclusion

- Patients atteints de maladie systémique.
- Suivis depuis au moins 1 mois, au service de médecine interne à l'HMA
- Patient ayant donné son consentement oral.

2.2. Critères d'exclusion

- Altération des fonctions supérieures, patient non interrogeable.
- Patients ayant refusé le consentement.

3. Echantillon :

Un échantillon accidentel de 60 patients atteints de maladie systémique recrutés au niveau des centres suivants :

- Service de médecine interne de l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.
- Consultation de médecine interne de l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

II. METHODES :

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 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 : (annexe 1)

Elle comporte 2 rubriques :

- Les caractéristiques économiques et sociodémographiques des malades.
- Les caractéristiques de la maladie.

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

Le SF-36 est une échelle générique pour mesurer la QdV, composé de 36 items, comporte 8 dimensions. Le score de chaque dimension est situé entre 0 et 100 avec des chiffres élevés indiquant une meilleure santé perçue [2]. 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 dialectal.

III. METHODES STATISTIQUES :

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

- oUne analyse descriptive univariée : 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 60 patients, 23 étaient des hommes soit 38% de la population étudiée et 37 étaient des femmes soit 62%, donnant un sexe ratio Homme/Femme de 0,62.

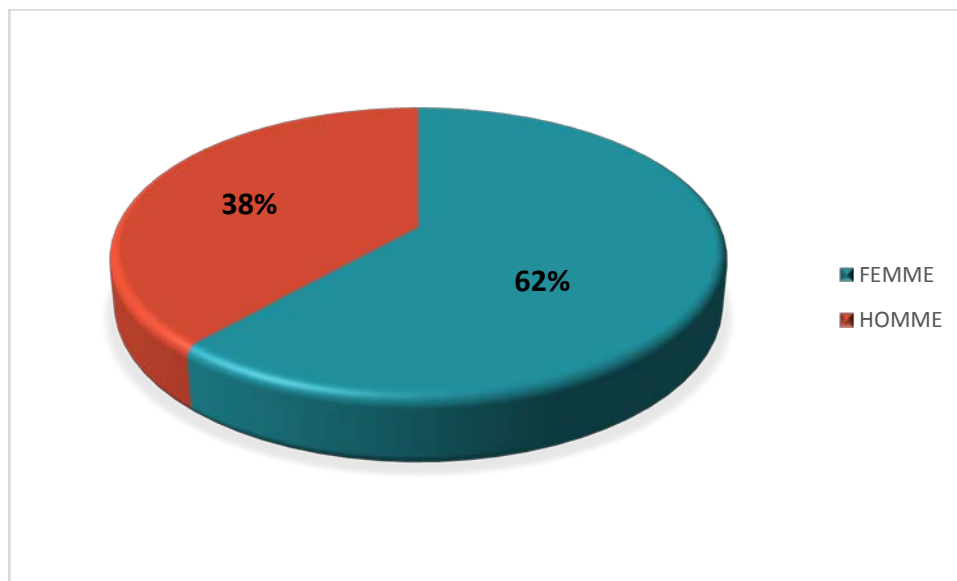


Figure 1 : La répartition des patients selon le sexe.

1.2. Age :

La moyenne d'âge des patients recrutés était de 47,5 avec des âges extrêmes allant de 15 ans à 80 ans. On a divisé les patients en 2 groupes comme le montre le graphe ci-dessous :

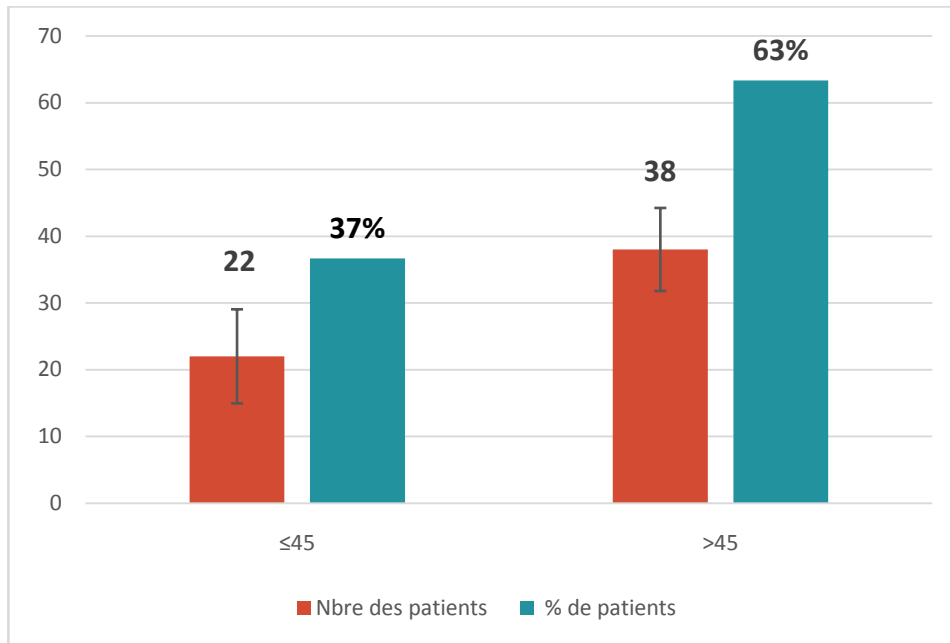


Figure 2 : L'âge des patients

1.3. Statut marital :

L'étude du statut marital a révélé que 67% des patients sont mariés, alors que 15% sont divorcés et 19% sont soit célibataires soit veufs selon le graphe suivant :

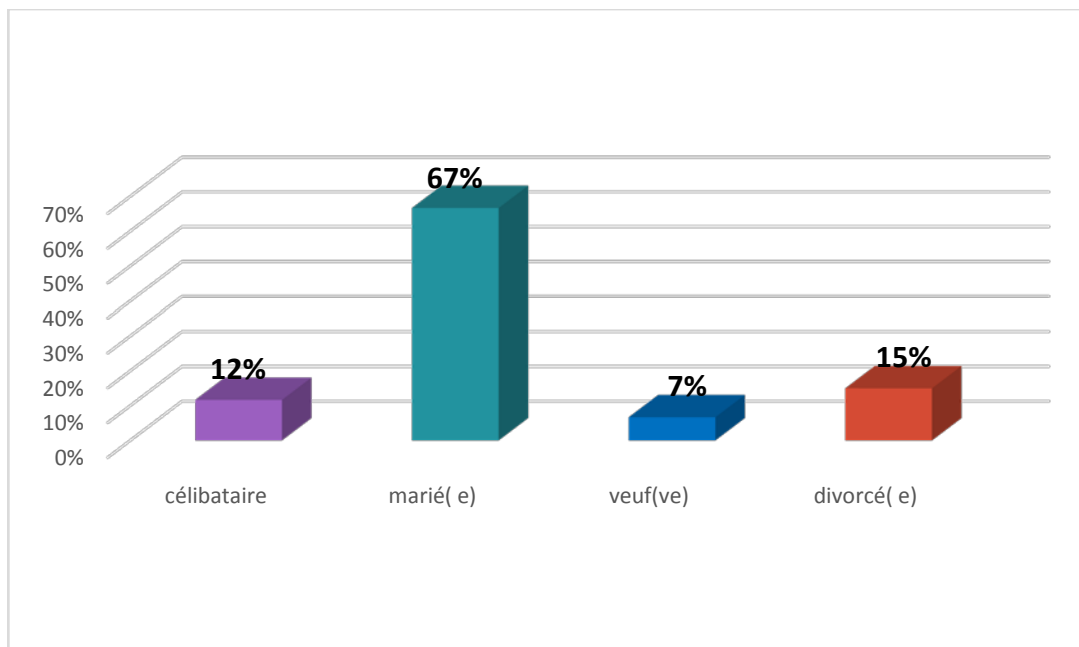


Figure 3 : Statut marital des patients.

1.4. Statut professionnel des patients :

L'étude de l'activité professionnelle a révélé une prédominance des patients sans une activité professionnelle soit 40% de la population étudiée.

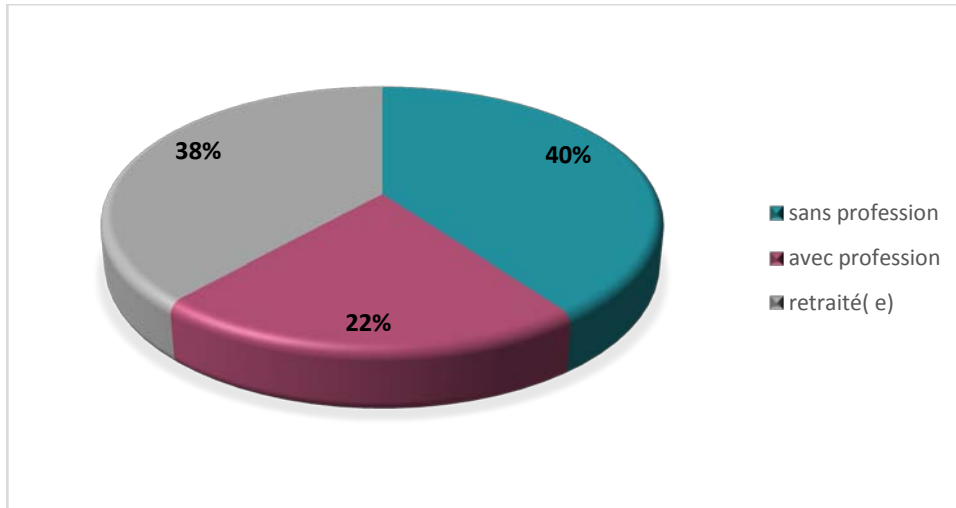


Figure 3 : Statut professionnel des patients

1.5. Niveau d'instruction :

La majorité des patients, soit 82% de la population de l'étude ont un niveau d'instruction.

Dans 20% des cas, le niveau d'instruction était universitaire, contre 32% primaire et 30% secondaire.

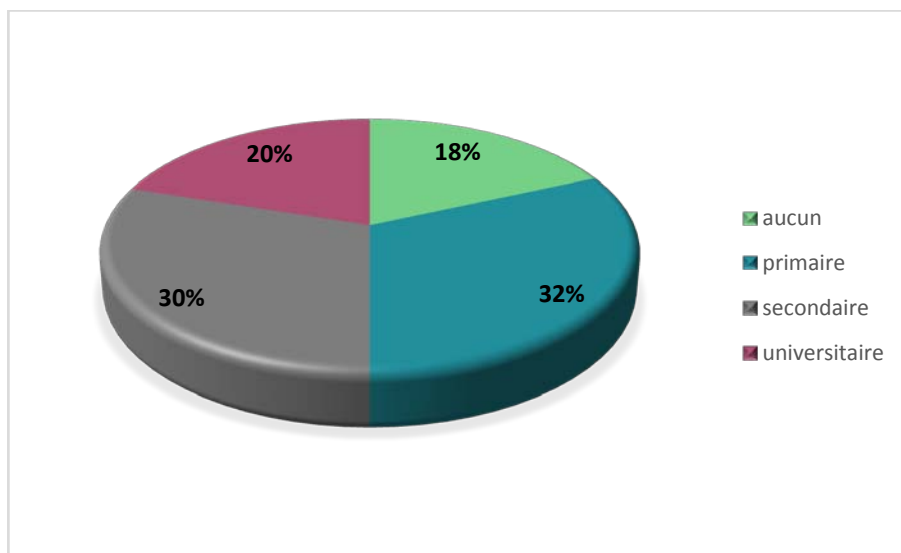


Figure 4 : Niveau d'instruction des patients

1.6. La couverture médicale :

L'étude de la couverture médicale chez nos malades a montré une nette prédominance des patients avec une couverture médicale, soit 90% de la population étudiée.

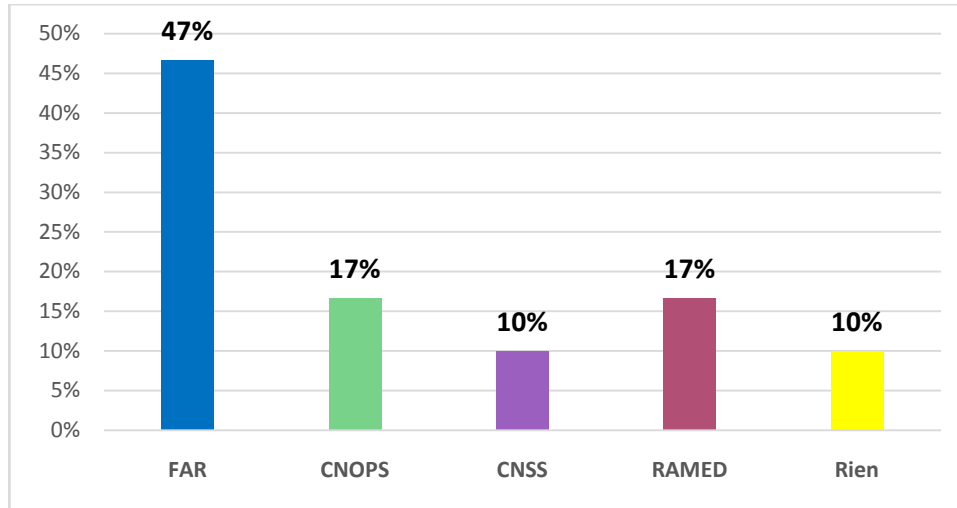


Figure 5 : La couverture médicale des patients

2. Caractéristiques de la maladie de système :

2.1. Les différentes maladies systémiques observées dans notre série :

Dans notre série, la MB a été de loin la plus prépondérante quantitativement, suivie de LES et Syndrome de Gougerot-Sjögren primitif.

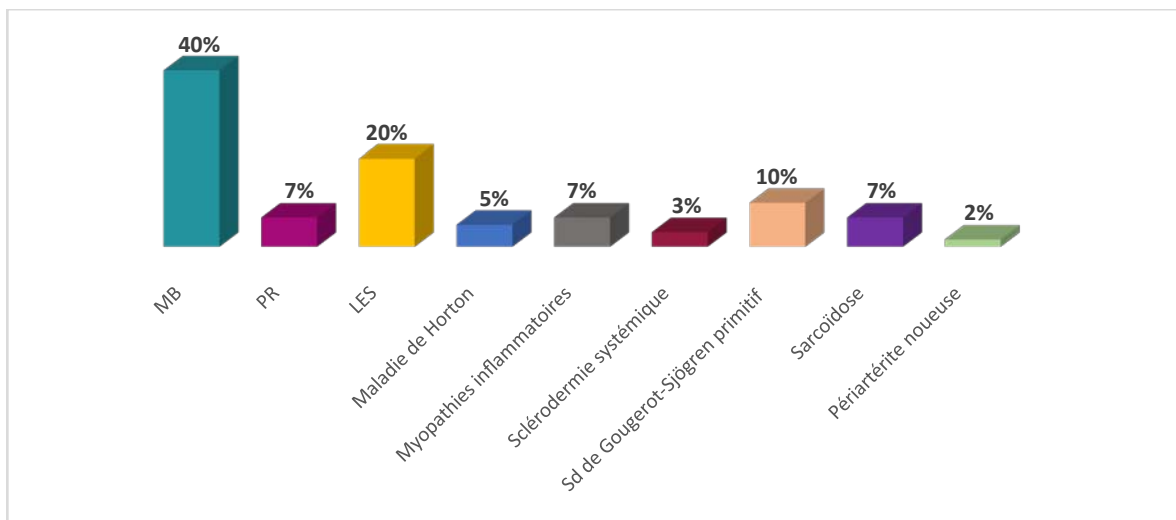


Figure 6 : 1 Les différentes maladies systémiques observées dans notre série

2.2. Durée d'évolution de la maladie :

La durée moyenne de l'évolution était de 6 ans et demi avec des extrêmes allant de 6 mois à 20 ans.

D'autre part, on a classé la durée d'évolution en 3 catégories comme le montre le graphe suivant:

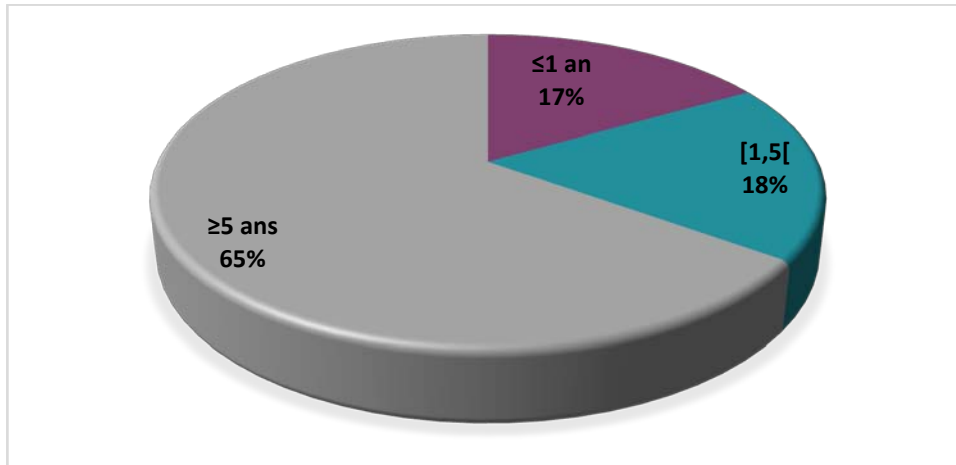


Figure 7 : Durée d'évolution de la maladie

2.3. Les atteintes cliniques :

Dans notre série, les atteintes dermatologique et rhumatologique sont de loin les plus observées. En seconde lieu on trouve l'atteinte immunologique suivie par l'atteinte ophtalmologique.

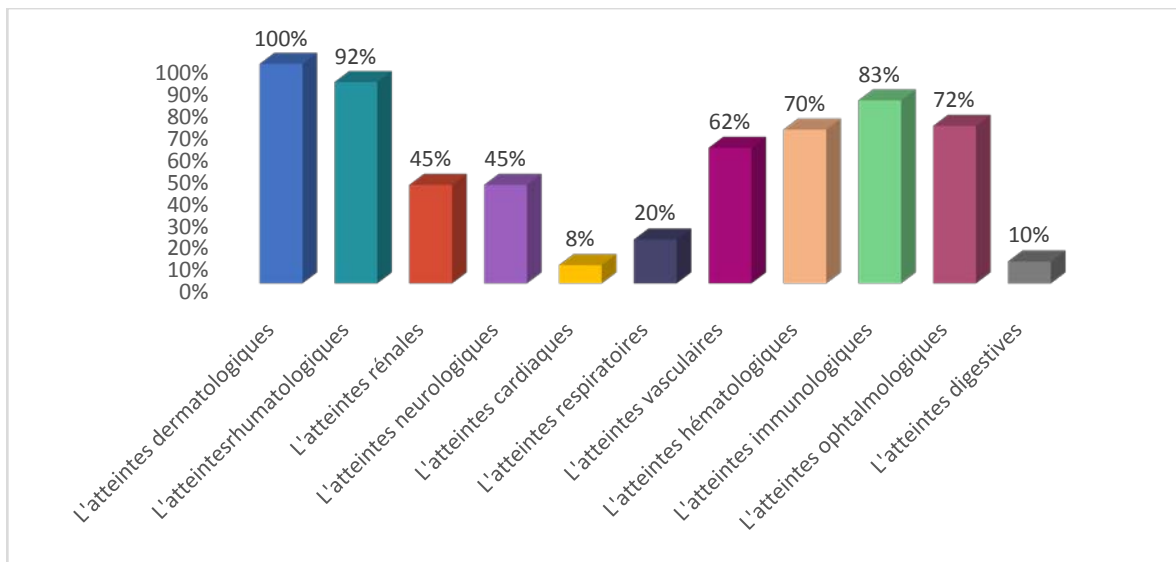


Figure 8 : Les atteintes cliniques

2.4. Traitement :

Tous les patients de notre série étaient sous traitement, 67% étaient sous corticothérapie par voie orale, 58% sous antipaludéens de synthèse, 55% sous immunosuppresseur alors que 50% prenaient la colchicine. Seuls 20% des patients ont suivi les mesures hygiéno-dietétiques.

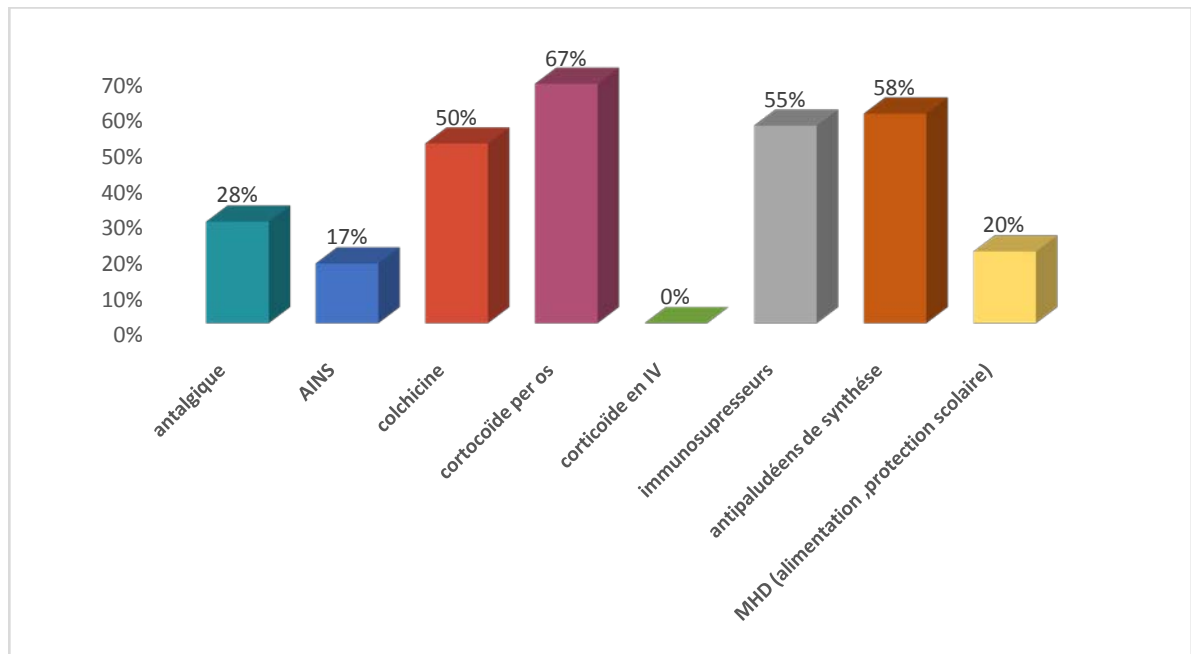


Figure 9 : La répartition des traitements en pourcentage

3. Evaluation de la qualité de vie des patients :

Notez que dans notre étude, nous n'utiliserons plus que la formulation qualité de vie pour parler de qualité de vie relative à la santé.

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 ci-dessous.

Nous avons utilisé les abréviations anglaises classiques pour désigner les 9 scores, dont voici les correspondant en français :

- ✓ PF physical functioning : activité physique (fonctionnement)
- ✓ RP role physical : limitations (du rôle) liées à la santé physique

- ✓ BP bodily : pain douleur physique
- ✓ GH general health : santé générale
- ✓ VT vitality : vitalité (énergie / fatigue)
- ✓ SF social functioning : fonctionnement ou bien-être social
- ✓ RE role emotional : limitations (du rôle) liées à la santé mentale
- ✓ MH mental health : santé mentale
- ✓ HT eported health transition : modification perçue de l'état de santé
- ✓ PCS physical component score : score physique
- ✓ MCS mental component score : score mental

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

LES DIMENSIONS	LA MOYENNE +/- écart type	LA VALEUR MINIMALE	LA VALEUR MAXIMALE
Activité physique (PF)	73+/-10	10	100
Limitations (du rôle) liées à la santé physique (RP)	37+/-34	0	100
Douleur physique BP	43+/-24	0	100
Santé générale (GH)	55+/-18	8	85
Vitalité (énergie / fatigue) (VT)	47+/-17	5	80
Fonctionnement ou bien-être social (SF)	62+/-14	25	100
Limitations (du rôle) liées à la santé mentale (RE)	33+/-15	5	100
Santé mentale (MH)	50+/-13	14	96
Modification perçue de l'état de santé (HT)	35+/-24	0	75
score physique (PCS)	50+/- 10	11	80
score mental (MCS)	45+/- 13	11	73

La moyenne des scores de nos malades était entre 29 et 73. Les scores les plus diminués concernaient les dimensions : rôle émotionnel, rôle physique, modification perçue de l'état de santé, douleur physique, score mental, vitalité, alors que les composantes :score physique, la santé mentale, santé générale et le fonctionnementsocial étaient dans la moyenne. Seul le paramètre fonctionnement physiqueétait satisfaisant.

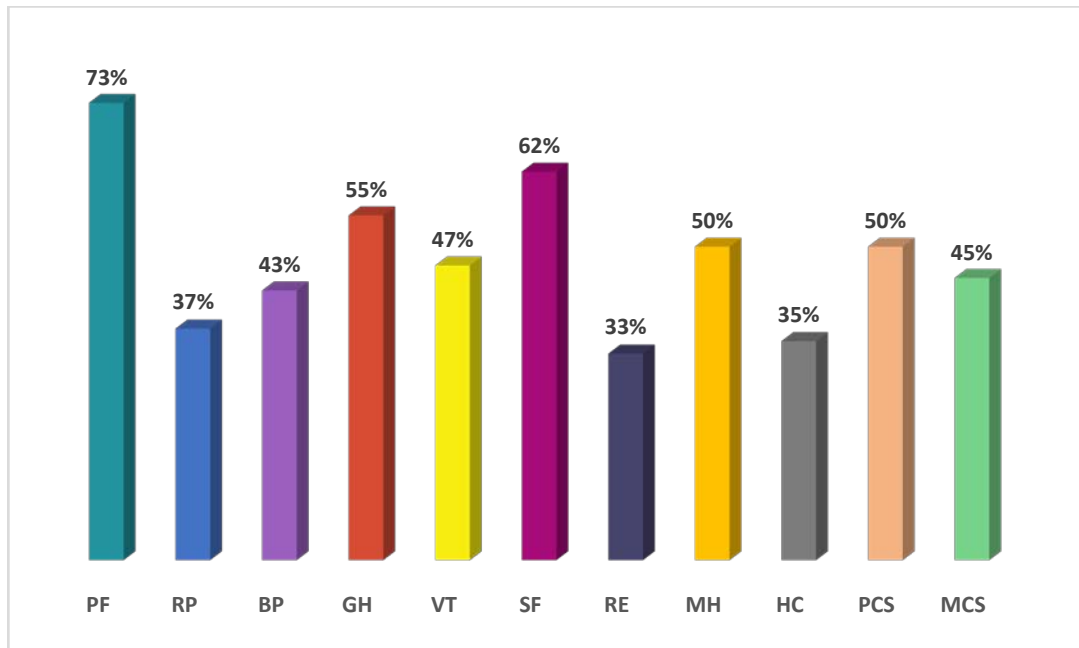


Figure 10 : Les scores finaux du SF-36 exprimés en moyennes.

Tableau II : Les scores du SF-36 selon les différentes maladies observées :

les ≠ maladies observées Dimentions +/-écart type	MB	LES	Sd de Gougerot-Sjögren	PR	Myopathies inflammatoires	Sarcoïdose	Maladie de Horton	Sclérodemie systémique	Périartérite noueuse
PF	63+/-10	65+/-16	68+/-15	50+/-12	51+/-10	92+/-11	61+/-7	88+/-10	100
RP	29+/-15	35+/-12	53+/-23	22+/-20	45+/-14	60+/-12	50+/-18	55+/-15	60
BP	38+/-20	45+/-15	44+/-20	20+/-12	22+/-28	75+/-33	43+/-17	71+/-33	67
GH	50+/-12	40+/-10	55+/-20	45+/-12	52+/-13	80+/-18	54+/-13	80+/-12	81
VT	50+/-11	47+/-17	60+/-18	35+/-15	39+/-11	77+/-17	46+/-15	76+/-11	78
SF	60+/-19	55+/-20	70+/-26	50+/-23	53+/-12	76+/-15	53+/-13	85+/-19	80
RE	33+/-14	40+/-10	45+/-13	30+/-15	50+/-18	60+/-13	50+/-10	62+/-14	58
MH	51+/-10	60+/-12	56+/-22	44+/-18	49+/-16	70+/-14	53+/-20	60+/-10	89
HC	33+/-15	40+/-26	50+/-10	30+/-20	40+/-15	55+/-10	50+/-19	50+/-15	53
PCS	50+/-13	44+/-14	54+/-9	41+/-12	48+/-13	80+/-13	58+/-16	69+/-13	75
MCS	42+/-20	44+/-15	50+/-15	34+/-16	50+/-10	76+/-12	58+/-13	66+/-20	70

Les scores les plus diminués sont observées chez les patients atteints de la PR, contre Périartérite noueuse, Sarcoïdose, Sclérodermie systémique qui ont enregistrées des scores élevés.

En revanche les scores enregistrés pour les patients suivis pour la MB sont homogènes avec la moyenne des scores de tous malades confondus déjà citée en dessus. Les scores les plus diminués sont : rôle physique, rôle émotionnel, modification perçue de l'état de santé, douleur physique et le score mental, tandis que : le score physique, vitalité, la santé mentale, santé générale et le fonctionnement social étaient à peu près autour de la moyenne. Seul le paramètre fonctionnement physique était satisfaisant pour cette catégorie.

II. ETUDE ANALYTIQUE :

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

1.1. Influence du sexe sur la qualité de vie des patients :

Tableau III: Etude du rapport entre le sexe et la QdV :

Dimentions+/-écart type	SEXE		p*
	Homme	Femme	
PF	77+/- 17	63+/- 18	0,001
RP	36+/- 42	24+/- 37	0,146
BP	67+/- 26	53+/- 30	0,023
GH	55+/- 18	45+/- 22	0,019
VT	52+/- 15	41+/- 16	0,001
SF	65+/- 17	56+/- 22	0,042
RE	35+/- 39	24+/- 38	0,185
MH	53+/- 14	48+/- 14	0,068
HC	55+/-25	45+/-12	0,233
PCS	59+/- 21	46+/- 22	0,008
MCS	51+/- 18	42+/- 19	0,03

P* : le degré de signification

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.

1.2. Influence de l'âge sur la qualité de vie des patients :

Tableau IV : Etude du rapport entre l'âge et la QdV :

Dimensions +/- écart type	Âge ≤45	Âge >45	P
PF	76+/- 20	68+/-16	0,017
RP	37+/-42	28+/-38	0,382
BP	65+/-28	61+/-28	0,48
GH	53+/-21	50+/-18	0,383
VT	50+/-17	47+/-14	0,275
SF	64+/-19	60+/-18	0,306
RE	36+/-40	26+/-36	0,19
MH	51+/-40	52+/-12	0,903
HC	67+/-23	33+/-12	0,234
PCS	57+/-24	52+/-19	0,229
MCS	50+/-éà	46+/-16	0,39

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la qualité de vie dans sa dimension fonctionnement physique ; Les patients ayant moins de 45 ans ont des scores plus élevés. En revanche nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'âge et les autres dimensions de la qualité de vie.

1.3. Influence du statut marital sur la qualité de vie des patients :

Tableau V: Etude du rapport entre le statut marital et la QdV :

Dimensions+/-écart type	Statut marital		p
	Marié	Non marié	
PF	71+/-17	75+/-23	0,062
RP	29+/-39	39+/-44	0,304
BP	62+/-27	64+/-30	0,613
GH	51+/-19	54+/-20	0,457
VT	47+/-15	52+/-17	0,125
SF	61+/-19	63+/-18	0,567
RE	28+/-37	37+/-41	0,304
MH	51+/-14	53+/-15	0,488
HC	55+/-20	63+/-12	0,455
PCS	53+/-21	58+/-25	0,295
MCS	47+/-18	51,779+/-19	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 Statut professionnel sur la qualité de vie des patients :

Tableau VI : Etude du rapport entre le statut professionnel et la QdV :

Dimensions+/-écart type	Statut professionnel		P
	Sans profession	Avec profession	
PF	60+/-22	75+/-23	0,0001
RP	22+/-39	39+/-44	0,062
BP	52+/-29	64+/-30	0,017
GH	42+/-20	54+/-20	0,002
VT	40+/-18	52+/-17	0,002
SF	55+/-21	63+/-18	0,02
RE	24+/-39	37+/-41	0,178
MH	47+/-16	53+/-15	0,06
HC	35+/-20	63+/-12	0,018
PCS	44+/-23	58+/-25	0,001
MCS	42+/-20	51+/-19	0,012

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

1.5. Influence du niveau d'instruction sur la qualité de vie des patients :

Tableau VII: Etude du rapport entre le niveau d'instruction et la QdV :

Dimensions+/-écart type	Niveau d'instruction			p
	Aucun+primaire	Secondaire	Universitaire	
PF	67+/-22	78+/-11	76+/-16	0,029
RP	25+/-37	43+/-44	37+/-41	0,125
BP	59+/-30	69+/-21	63+/-31	0,281
GH	47+/-20	58+/-18	54+/-19,31	0,075
VT	46+/-16	37+/-15	49+/-16,19	0,175
SF	59+/-19	68+/-17	60+/-19,98	0,167
RE	26+/-38	39+/-38	35+/-41	0,339
MH	50+/-15	54+/-13	50+/-13,11	0,408
HC	25+/-15	50+/-16	55+/-13	0,456
PCS	50+/-23	62+/-20	57+/-20	0,05
MCS	45+/-19	53+/-17	48+/-19	0,231

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

1.6. L'influence de la couverture médicale sur la qualité de vie des patients :

Tableau VIII: Etude du rapport entre la couverture médicale et la QdV :

Colonne1 Dimentions+/-écart type	Couverture médicale re médicale Colonne2		Colonne3 p
	Non mutualiste	Mutualiste	
PF	71+/-22	74+/-15	0,892
RP	26+/-39	40+/-42	0,074
BP	62+/-29	63+/-28	0,753
GH	49+/-20	55+/-19	0,156
VT	48+/-18	50+/-12	0,457
SF	61+/-19	64+/-19	0,43
RE	27+/-39	36+/-38	0,294
MH	50+/-16	52+/-11	0,371
HC	55+/-20	65+/-25	0,123
PCS	52+/-22	58+/-22	0,205
MCS	47+/-19	50+/-17	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 maladie systémique et la QdV :

2.1. L'influence de la durée de la maladie sur la qualité de vie des patients :

Tableau IX: Etude du rapport entre la durée de la maladie et la QdV :

Colonne1 Dimentions+/-écart type	Durée d'évolution de la maladie			Colonne4 p
	≤1 an	[1,5[≥5	
PF	76+/-18	24+/- 37	62+/-20	0,097
RP	29+/-16	53+/- 30	53+/-17	0,788
BP	63+/-28	45+/- 22	52+/- 15	0,9
GH	36+/-38	41+/- 16	65+/- 17	0,797
VT	55+/-34	56+/- 22	35+/- 39	0,732
SF	29+/-33	24+/- 38	53+/- 14	0,567
RE	60+/-39	37+/-15	55+/-25	0,89
MH	52+/-11	68+/-17	59+/- 21	0,678
HC	65+/-25	39+/-38	51+/- 18	0,765
PCS	58+/-22	54+/-13	55+/-18	0,456
MCS	50+/-17	50+/-16	48+/-19	0,876

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

2.2. L'influence des atteintes cliniques sur la qualité de vie des patients :

Tableau X : Etude du rapport entre l'atteinte dermatologique et la QdV :

Dimensions +/- écart type	Atteinte dermatologique		p
	Oui	Non	
PF	50+/-18	-	-
RP	35+/-40	-	-
BP	40+/-42	-	-
GH	60+/-28	-	-
VT	55+/-19	-	-
SF	45+/-12	-	-
RE	50+/-19	-	-
MH	36+/-38	-	-
HC	52+/-11	-	-
PCS	52+/-25	-	-
MCS	47+/-22	-	-

On ne pourra pas faire de comparaison car tous les patients ont une atteinte cutanéomuqueuse.

Tableau XI : Etude du rapport entre l'atteinte rhumatologique et la QdV :

Dimensions +/- écart type	L'atteinte rhumatologique		p
	Oui	Non	
PF	66+/-17,76	73+/-20	0,251
RP	20+/-33	30+/-41	0,026
BP	48+/-29	62+/-26	0,227
GH	44+/-22	49+/-17	0,627
VT	31+/-16	45+/-16	0,028
SF	53+/-21	63+/-16	0,181
RE	13+/-28	31+/-40	0,183
MH	43+/-17	52+/-14	0,113
HC	45+/-23	55+/-23	0,095
PCS	43+/-12	54+/-21	0,223
MCS	36+/-23	49+/-18	0,311

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

Tableau XII : Etude du rapport entre l'atteinte ophtalmologique et la QdV :

Dimensions+/-écart type	L'atteinte ophtalmologique		p
	Oui	Non	
PF	60+/-14	74+/-19	0,735
RP	23+/-13	37+/-41	0,340
BP	52+/-24	63+/-29	0,867
GH	31+/-15	53+/-20	0,072
VT	35+/-17	49+/-15	0,018
SF	55+/-10	63+/-20	0,09
RE	12+/-11	36+/-39	0,234
MH	19+/-16	25+/-15	0,074
HC	35+/-23	50+/-23	0,123
PCS	42+/-20	57+/-20	0,064
MCS	33+/-17	48+/-19	0,145

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre l'atteinte ophtalmologique et la QdV dans sa composante VT. Les sujets avec une atteinte ophtalmologique ont des scores diminués.

Tableau XIII : Etude du rapport entre l'atteinte vasculaire et la QdV :

Dimensions+/-écart type	L'atteinte vasculaire		p
	Oui	Non	
PF	70+/-18	73+/-19	0,624
RP	30+/-40	33+/-41	0,771
BP	67+/-27	60,80+/-29	0,294
GH	51+/-21	52,279+/-19	0,958
VT	50+/-16	48,55+/-16	0,928
SF	64+/-20	61,30+/-18	0,383
RE	29+/-39	32,85+/-39	0,664
MH	51+/-13	51,77+/-15	0,436
HC	55+/-23	45+/-23	0,223
PCS	54+/-21	62+/-20	0,311
MCS	49+/-18	53+/-17	0,993

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

Tableau XIV : Etude du rapport entre l'atteinte neurologique et la QdV :

Dimensions +/- écart type	L'atteinte neurologique		p
	Oui	Non	
PF	63 +/- 14	75 +/- 40	0,012
RP	3 +/- 13	32 +/- 14	0,003
BP	62 +/- 24	64 +/- 16	0,145
GH	41 +/- 15	53 +/- 23	0,018
VT	49 +/- 18	54 +/- 20	0,113
SF	55 +/- 10	63 +/- 17	0,095
RE	0,00 +/- 0,00	35 +/- 23	0,001
MH	49 +/- 16	56 +/- 12	0,74
HC	50 +/- 23	55 +/- 23	0,223
PCS	50 +/- 20	60 +/- 40	0,026
MCS	42 +/- 19	52 +/- 11	0,024

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre l'atteinte neurologique et la QdV dans ses composantes ; PF, RP, GH 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. Les maladies systémiques :

1.1. Système :

En anatomie et en physiologie, un système est un ensemble de cellules, de tissus et d'organes qui concourent à la mise en œuvre d'une fonction particulière. On parle ainsi de système cardio-vasculaire, de système nerveux central, de système nerveux autonome, de système endocrinien ou encore de système immunitaire. Dans d'autres cas, on emploie plus volontiers le terme appareil, pour désigner par exemple l'appareil locomoteur ou l'appareil digestif. Mais les deux termes (système et appareil) ont grosso modo la même signification.

Il faut établir une différence entre les systèmes qui sont constitués in fine par des organes spécifiques, comme le système cardio-vasculaire (le cœur et les vaisseaux) ou le système endocrinien (les glandes endocrines), et ceux qui sont constitués essentiellement d'un tissu particulier réparti dans tout l'organisme, et que l'on trouve dans différents organes non spécifiques, comme le tissu conjonctif ou les cellules constituant le système immunitaire.

1.2. Les maladies systémiques

Les maladies systémiques sont des maladies dites hétérogènes, complexes, multifactoriels, inflammatoires et chroniques qui évoluent souvent par poussées alternées avec des épisodes plus calmes, résultant d'un processus pathologique d'origine inconnue, qui va pouvoir toucher plusieurs organes /appareils simultanément.[36].

Ces maladies, parfois graves, souvent sévères, sont un véritable problème de santé publique car elles entrent dans la constitution des maladies chroniques qui représentent la troisième cause de morbidité ; après les maladies cardiovasculaires et cancéreuses ; altérant ainsi la qualité de vie, en plus de la véritable difficulté trouvée face à leur diagnostic qui nécessite souvent des examens paracliniques coûteux.

Certaines de ces pathologies sont assez fréquentes, comme la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Sjögren et d'autres sont beaucoup plus rares, comme la sclérodermie, les myosites. Globalement, toutes affections confondues, leur prévalence est probablement de 5 à 10% dans la population générale. [36,37].

Elles regroupent généralement 4 grandes familles de maladies :

- Vascularites systémiques,
- Collagénoses /connectivites (Maladie auto-immune non spécifique d'organe),
- Granulomatoses systémiques,
- maladies auto-inflammatoires.

a. Vascularites systémiques :

Le terme de vascularite désigne un ensemble anatomoclinique caractérisé par l'association d'un processus inflammatoire et d'une atteinte de la paroi des vaisseaux. Ce terme générique ne préjuge ni de la taille (micro- ou macro vascularite) ni du type (artère, capillaire, veine) de vaisseaux atteints. Le caractère systémique de la vascularite rend compte de la diffusion du processus pathologique à plusieurs organes ou viscères.[43].

Les vascularites peuvent être idiopathiques ou primitives, secondaires à des infections ou à des pathologies auto-immunes, secondaires à l'utilisation de médicaments, de toxiques (cocaïne, etc.) ou encore paranéoplasiques (il existe des vascularites associées aux néoplasies et aux hémopathies sous la forme de Syndrome paranéoplasique difficile à confirmer. Il est évoqué lorsqu'il y a parallélisme entre l'évolution de ces pathologies. Le mécanisme et le lien de causalité restent inconnus).

a.1. Épidémiologie :

Tableau XV : La prévalence de certaines vascularites [49] :

Maladie	Nb. d'études	Prévalence (par 1.000.000)
▶ Maladie de Behçet	14	3 – 4.200
▶ GPA (Wegener)	8	24 – 160
▶ Maladie de Horton	1	87 – 94
▶ Polyangéite microscopique	4	0 – 94
▶ Périartérite noueuse	5	2 – 33
▶ EGPA (Churg-Strauss)	4	2 – 14

Tableau XVI : L'incidence de certaines vascularites [49] :

Maladie	Nb. d'études	Incidence (par 1.000.000)
▶ Polyangéite microscopique	6	1,5 – 24,5
▶ Maladie de Horton	1	9 – 17
▶ GPA (Wegener)	8	1,3 – 14,4
▶ Maladie de Behçet	3	2,4 – 7,5
▶ Périartérite noueuse	5	0 – 16 (77)
▶ EGPA (Churg-Strauss)	7	0 – 4

a.2. physiopathologie

La physiopathologie est complexe, encore mal connue, mais suggère, au moins en partie, le rôle préférentiel de deux mécanismes immun-pathologiques :

- Le dépôt de complexes immuns comparable à celui sous-tendant la pathogénie de la maladie sérique. Son expression anatomo-pathologique en est la vascularite dite «leucocytoclasique» ;
- Une réaction à médiation cellulaire, dont l'expression anatomo-pathologique est le granulome intra ou extravasculaire. [49].

a.3. Classification

Il existe plusieurs classifications, dont deux principales qui ressortent dans les données de la littérature :

- Nomenclature de Chapel Hill (1994) qui s'appuie sur l'histologie et les mécanismes pathogéniques.
- ACR (1990) qui se base sur des critères cliniques, biologiques et histologiques.

Les données histologiques sont en fonction du type de calibre du vaisseau atteint et du type de l'atteinte vasculaire.

La classification la plus adaptée semble être celle de Chapel Hill pour sa simplicité et pour le fait qu'elle reflète et soit en adéquation avec les mécanismes physio-pathogéniques de ces maladies.[45].

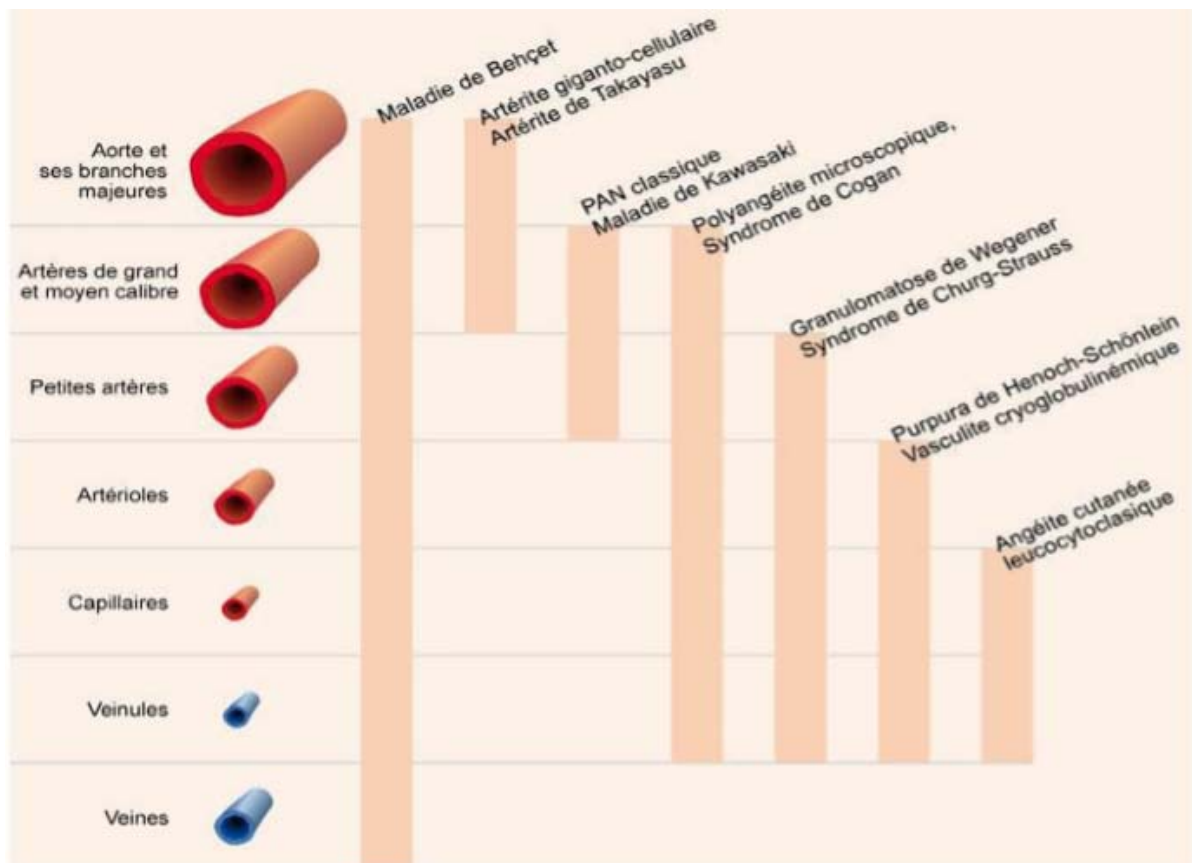


Figure 11 : Les vascularites classifiées selon la taille prédominante du vaisseau touché.[46].

Tableau XVII : Nomenclature des vascularites proposée par la Conférence de Consensus de Chapel Hill 2012.[47].

	Dénominations CHCC 2012	Aspects	Âges de début
Grands vaisseaux	Artérite de Takayasu	Souvent granulomateuse, touchant l'aorte et ses branches principales	Souvent avant 50 ans
	Artérite géantocellulaire (GCA)	Souvent granulomateuse, touchant l'aorte et ses branches principales. Cellules géantes souvent observées sur les biopsies de GCA actives	Souvent après 50 ans
Moyens vaisseaux	Polyartérite noueuse	Artérite nécrosante des vaisseaux de moyen et petit calibres sans glomérulonéphrite, sans vasculite dans les artéoles capillaires ou veinules et pas associée aux ANCA	
	Maladie de Kawasaki	Artérite touchant les vaisseaux de moyen et petit calibres	Principalement chez les enfants
Petits vaisseaux	Lié aux ANCA (AAV) a) Polyangéite microscopique (MPA)	Vasculite nécrosante, avec peu ou pas de dépôt de complexes immuns, associée aux ANCA (MPO ou PR3). Il existe des vasculites à ANCA séronégatives si les patients remplissent les critères de vasculite à ANCA sans retrouver d'ANCA (par exemple: pas détectés par les techniques actuelles)	50-60 ans
	b) Granulomatose avec polyangéite (GPA) (anciennement maladie de Wegener)		40-50 ans
	c) Granulomatose avec éosinophile et polyangéite (EGPA) (anciennement maladie de Churg et Strauss)		40-60 ans
	Lié aux dépôts de complexes immuns a) maladie des anticorps antimembrane basale glomérulaire (GBM) b) Vasculite cryoglobulinémique c) Vasculite à IgA (maladie d'Henoch Schönlein) d) Vasculite urticaire hypocomplémentémique (vasculite anti-C1q)	Dépôts d'immunoglobulines et/ou du complément dans la paroi des vaisseaux, touchant principalement les vaisseaux de petit calibre. Les glomérulonéphrites sont fréquentes. L'implication artérielle est moins fréquente que dans les vasculites à ANCA	
Vaisseaux de tailles variables	Maladie de Behçet	Aphthose orale et génitale récurrente, avec lésions inflammatoires cutanées, neurologiques, articulaires, du tube digestif et/ou oculaires.	
	Syndrome de Cogan	Lésions inflammatoires oculaires (kératite interstitielle, épisclérite, uvéite) et de l'oreille interne	
Vasculite d'un organe	L'implication du système doit être mentionnée dans le nom (par exemple: vasculite primitive du système nerveux central...)	Certains patients vont développer une atteinte vasculitique dans un autre organe, ce qui en fait une vasculite systémique	
Vasculite associée à une maladie systémique	Par exemple: vasculite lupique, vasculite rhumatoïde		
Vasculite liée à une étiologie probable	Lié à l'hydralazine, panartérite noueuse associée à l'hépatite B, aortite syphilitique...		

a.4. Traitement :

Le traitement des vascularites systémiques, repose sur l'emploi de thérapeutiques souvent lourdes, certes symptomatiques mais fréquemment efficaces. Les progrès thérapeutiques ont permis une nette diminution de la mortalité, mais s'accompagnent parallèlement d'une augmentation de la morbidité iatrogène. La corticothérapie par voie générale reste la pierre angulaire du traitement, mais ses modalités et les thérapeutiques associées sont variables en fonction du type de l'angéite systémique. Les espoirs thérapeutiques reposent sur

une prise en charge plus physiopathologique de ces patients, comme celle proposée dans le traitement des périartérites noueuses liées au virus de l'hépatite B, ou des cryoglobulines liées au virus de l'hépatite C, c'est-à-dire un traitement dirigé directement vers l'antigène responsable de la vascularite. Malheureusement, ces cas de figures restent des exceptions puisque, le plus souvent, le ou les antigènes responsables ne sont pas connus.[43].

b. Collagénoses, connectivites :

Le terme connectivite ou collagénose désignait initialement un ensemble d'affections ayant comme dénominateur commun les modifications anatomopathologiques du tissu conjonctif. Si les conceptions physiopathologiques ont considérablement évolué et ne mettent plus au premier plan les anomalies du tissu collagène, le terme de connectivite est toujours en vigueur et désigne habituellement le lupus érythémateux systémique (LES), les myopathies inflammatoires, la sclérodermie systémique, le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif et les connectivites mixtes et les connectivites indifférenciées. Certains y placent aussi les vascularites nécrosantes.

Les connectivites sont des maladies auto-immunes non spécifiques d'organes qui regroupent des affections bien évidemment responsables d'atteintes multiviscérales de présentations diverses ce qui rend leur diagnostic parfois difficile. [50].

Le tableau clinique de connectivites est complexe. Les signes cliniques sont peu spécifiques, leur association est suggestive. Cette approche est à la base de la construction des critères internationaux, obéissent à des regroupements symptomatiques et résultent d'une analyse statistique établie le plus souvent à partir d'un recrutement de patients atteints de maladies rhumatologiques. Il s'agit avant tout de critères de classification ayant pour objectif de permettre la constitution de séries homogènes de patients dans des études cliniques, et non de critères diagnostiques utilisables à l'échelle individuelle. Certains patients remplissent les critères pour plusieurs connectivites : on parle de syndrome de chevauchement.[50].

Tableau XVIII : Exemple de critères de certaines connectivites :

<p>Les critères ACR/EULAR 2009 pour le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde débutante [44] devant une polyarthrite débutante avec des radiographies normales et en l'absence d'un diagnostic d'une autre maladie:</p> <p><u>Type d'atteinte articulaire (0-5) :</u> 1 articulation moyenne ou grosse 0 2-10 articulations moyennes ou grosses 1 1-3 petites articulations 2 4-10 petites articulations 3 >10 articulations (au moins 1 petite articulation) 5</p> <p><u>Sérologie (0-3) :</u> Ni FR ni ACPA 0 Au moins un test faiblement positif 2 Au moins un test fortement positif 3</p> <p><u>Durée de la synovite (0-1) :</u> <6 semaines 0 >6 semaines 1</p> <p><u>Marqueurs de l'inflammation (0-1) :</u> Ni CRP ni VS élevée 0 CRP ou VS élevée 1</p> <p><u>Le diagnostic de PR est posé si le score est ≥ 6</u></p>
<p>Lupus érythémateux aigu disséminé (critères ACR 1997) [41] :</p> <p><u>1 - Eruption malaire en ailes de papillon</u> <u>2 -Eruption de lupus discoïde</u> <u>3 -Photosensibilité</u> <u>4 -Ulcérations orales ou nasopharyngées</u> <u>5 -Polyarthrite non érosive</u> <u>6 -Pleurésie ou péricardite</u> <u>7 -Atteinte rénale:</u> - protéinurie > 0.5g/24h ou - cylindres urinaires</p> <p><u>8 -Atteinte neurologique (convulsions ou psychose)</u> <u>9 -Anomalies hématologiques :</u> - anémie hémolytique ou - leucopénie < 4000/mm³ ou - lymphopénie < 4500/mm³ ou - thrombopénie < 100 000/mm³</p> <p><u>10 -Désordre immunologique</u> - présence de cellules LE ou - anticorps anti-ADN natif ou - anticorps anti-Sm - fausse sérologie syphilitique</p> <p><u>11 -Anticorps antinucléaires à taux anormal (en l'absence de médicaments inducteurs):</u> - titre anormal d'anticorps antinucléaires en immunofluorescence, ou - technique équivalente à n'importe quel moment de l'évolution, en l'absence de médicaments inducteur de lupus.</p> <p><u>Diagnostic positif si 4 des 11 critères sont présents, simultanément ou non, quel que soit l'intervalle de temps séparant les différentes observations.</u></p>

b.1. Épidémiologie :

Il s'agit de maladies rares, touchant 5 à 10% de la population mondiale (les maladies rares étant définies par une fréquence de survenue inférieure à 1/2000). Dans 80% des cas, ce sont des pathologies à prédominance féminine.

Les valeurs épidémiologiques que l'on peut trouver dans la littérature sont extrêmement variables, ce qui souligne les caractères importants génétiques et environnementaux.

L'âge de survenue est en règle compris entre 20 et 50 ans. Toutefois une MAI systémique peut survenir à tout âge de la vie, y compris chez l'enfant et le vieillard. [38 ,39].

Tableau XIX : Prévalence (pour 100 000 habitants) des connectivites :

	Prévalence	Sex-ratio	Âge
Dermatomyosite/ polymyosite	5-10	2	10 ; 40-60
Sclérodermie	20	3-6	30-50
Lupus érythémateux aigu disséminé	15-50	9	10-40
Syndrome de Gougerot-Sjögren	100-500	9	50
Polyarthrite rhumatoïde	1000-4000	2	40

b.2. Pathogénie :

La cause des connectivites est mal connue mais divers facteurs sont incriminés.

- Des facteurs génétiques sont présents dans le lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD) où il existe près de 10 % de formes familiales, et dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) où certains allèles HLA DR sont particulièrement fréquents (DR1 et DR4). Le déficit en certaines fractions du complément s'accompagne de complications infectieuses mais également de maladies auto-immunes de type lupique. [37].
- Des facteurs d'environnement sont incriminés :
 - infections virales,
 - hormones sexuelles (cas du LEAD où la fin de la grossesse s'accompagne d'une aggravation),
 - médicaments : LEAD induits (bêtabloquants), MAI induites (interféron),

- toxiques : silice et solvants dans la sclérodermie systémique,
- cancers : 20 % des dermatomyosites de l'adulte sont associées à un cancer et peuvent le révéler.

b.3. Traitement :

En l'absence de traitement étiologique, la thérapeutique des connectivites repose sur un traitement immunosuppresseur et anti-inflammatoire. Le traitement symptomatique joue un rôle d'appoint nonnégligeable. Certains LEAD cutanés ou articulaires peuvent être traités par AINS ou antipaludéens de synthèse. La plupart des LEAD nécessitent un traitement corticoïde et pour les formes graves (glomérulonéphrite proliférative diffuse, neurolupus...) un traitement immunosuppresseur par cyclophosphamide est souvent instauré. Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde avérée est spécifique (méthotrexate, AINS ou corticoïdes à faible dose, antipaludéens de synthèse, sels d'or, dérivés thiolés, anti-TNF dans les formes graves). La dermatopolymyosite nécessite habituellement une corticothérapie très prolongée, souvent associée à des immunosuppresseurs ou aux immunoglobulines intraveineuses, qui permettent de diminuer les doses de corticoïdes employées.

c. Granulomatoses systémiques :

Le terme de « Granulomatose » fait classiquement référence à un ensemble de pathologies définies par la présence des lésions histologiques caractéristiques comprenant deux types particuliers de macrophages tissulaires : les cellules épithélioïdes et les cellules géantes, c'est une inflammation cellulaire, nodulaire subaiguë ou chronique.

Le caractère systémique s'exprime par l'atteinte de multiples organes ou si ces maladies s'est accompagnées de signes généraux et d'un syndrome inflammatoire.[51].

c.1. Pathogénie :

Le mécanisme physiopathologique est encore incertain, mais il semble que les cellules initialement impliquées soient des lymphocytes T-helper-1 produisant de l'interféron- γ , et des

macrophages qui expriment le facteur de nécrose tumorale α (TNF- α) et des métalloprotéinases, qui contribueraient à une réaction de type hypersensibilité retardée. Il faut donc considérer les granulomatoses disséminées comme un état réactionnel à des stimuli variés, pouvant être inflammatoires, infectieux, toxiques ou néoplasiques. Ce mode réactionnel pourrait être variable selon les individus, et même variable dans le temps, ce qui pourrait expliquer des présentations cliniques et histologiques hétérogènes pour une même étiologie. [52].

Maladies inflammatoires systémiques <ul style="list-style-type: none">• Sarcoïdose• Connectivites, lupus systémique, polyarthrite rhumatoïde (granulomatose interstitielle diffuse avec arthrite)• Colites inflammatoires, hépatites auto-immunes• Chez l'enfant, syndrome de Blau
Néoplasies <ul style="list-style-type: none">• Lymphomes<ul style="list-style-type: none">– cutanés : lymphomes T de type mycosis fongoïde (granulomateux)– systémiques : hodgkiniens, non hodgkiniens• Syndromes myélodysplasiques• Tumeurs solides : pulmonaire, sein, col de l'utérus, prostate
Métaboliques <ul style="list-style-type: none">• Diabète, dyslipidémies, troubles thyroïdiens
Toxiques <ul style="list-style-type: none">• Médicamenteux : antihypertenseurs, hypolipémiants• Immunothérapie et facteurs de croissance : interféron α, G-CSF, inhibiteurs du TNF-α• Agents chimiques par réaction à corps étranger : béryllium, cérium
Déficits immunitaires <ul style="list-style-type: none">• congénitaux, déficit immunitaire commun variable ou sévère, syndrome de Wiskott-Aldrich, granulomatose cutanée chronique• acquis, iatrogènes
Idiopathique, diagnostic d'attente

Figure 12 : Principales étiologies des granulomatoses systémiques non infectieuses [52] :

Tableau XX : Les étiologies infectieuses les plus courantes des granulomatoses [53].

Agent infectieux	Contexte	Atteintes						
		Foie	TD	MO	Poumon	Os	SNC	Autres
<i>Mycobactéries</i>								
<i>M. tuberculosis</i> ^a	Géographique ID	+++	+	++	+++	+++	++	∇
<i>Bactéries</i>								
Listeria	ID	+	+	+/-	+	+/-	+++	Ceil, endocardie, Anévrismes myc
Salmonelles ^a	Voyages, ID, drépanocytaire	+	++	+	+	++	+	∇ (gl méésentériques)
Syphilis ^a	R sexuels	++	+	+	+/-	++	+++	Vaisseaux++ Peau +++
Brucellose ^a	Contact bétail	++	+/-	+++	+	+++	++	gl, endocardie
Fièvre Q	Poux, tiques, lait précarité	++	-	-	++	+	+	Myocardie, endocardie
Pasteurellose	Morsures (chats/chiens)	+	+/-	+/-	+	+++	+	Derme-hypoderme, ∇
Lyme	Campagne (tique)	+	-	-	-	+++	+++	Peau +++ Coeur, muscle, oeil
<i>Champignons</i>								
Aspergillose	Neutropénie, greffe reanimation	+	-	+/-	+++	+	+++	Peau, endocardie, oreille
Candidose	ID, réanimation, chimioTH abrasive	++	+	++	+++	++	+++	∇ (endocardie, peau)
Cryptococcose ^a	ID profonde	+	+	+	+++	+	+++	∇ (gl, peau)
Histoplasmosse ^a (Ch. dimorphes)	Amérique, Afrique grottes	+	+	+++	+++	+	+	∇ gl médiast, peau, endocardie
<i>Parasites</i>								
Bilharziose	Eau douce, tropical	+++	+++	-	+	-	+	Peau, myocarde
Toxocarose	Ubicitaire (enfants)	+++	-	-	++	+/-	+/-	Larva migrans viscérale, oculaire
Leishmaniose ^a	Phlébotome (tropical ou été tempéré)	+++	++	+++	++	+/-	+	Polyadénopathies
Toxoplasmose	Ubicitaire, ID	++	+	++	++	-	+++	muscle, œil, cœur, gl
<i>Virus</i>								
Hépatites C-B	R sanguins/sexuels	++	-	+/-	+/-	-	-	Vascularites
EBV, CMV	∇, ID	+++	+	++	+	+/-	+	∇
VIH	R sanguins/sexuels	++	+/-	+	+/-	-	+	

c.2. Traitement :

Lorsqu'une cause curable est trouvée : infectieuse, auto-immune, médicamenteuse, néoplasique, un traitement spécifique doit être entrepris.

Pour les autres granulomatoses d'origine indéterminée, les recommandations thérapeutiques sont basées sur des observations ou de petites études ouvertes, et sur l'expérience clinique en sachant que les essais négatifs ne sont généralement pas rapportés. L'approche thérapeutique correspond globalement à celle de la sarcoïdose, à savoir corticothérapie locale ou générale, cyclines, antipaludéens de synthèse, immunosuppresseurs de type méthotrexate ou ciclosporine, et éventuellement anti-TNF de type thalidomide.[52].

d. maladies auto-inflammatoires :

Les syndromes auto-inflammatoires, aussi appelés syndromes de fièvre périodique héréditaires, sont caractérisés par une inflammation stérile ; sans cause infectieuse ; des poussées fébriles récidivantes associées à des manifestations cutanées, des muqueuses, des séreuses et des articulations « atteintes systémiques ». On ne trouve ni autoanticorps, ni cellules T auto-réactives. Certains syndromes ne comportent pas de fièvre, mais présentent les manifestations associées. La réponse inflammatoire est généralement très marquée, avec une élévation des marqueurs inflammatoires sériques et de l'amyloïde A.

Certaines maladies sont héritées de façon monogénique (fièvre méditerranéenne familiale, syndrome de fièvre avec hyper-IgD (hyper-immunoglobuline D), syndromes périodiques associés à la cryopyrine, syndrome PAPA (*Pyogenic arthritis, pyoderma gangrenosum, acne*), et arthrite pédiatrique granulomateuse) tandis que d'autres ont une origine polygénique.

Les mutations identifiées dans les maladies monogéniques conduisent à une production exagérée d'interleukine -1β , une cytokine pro-inflammatoire. C'est pourquoi, l'antagoniste du récepteur de l'IL-1 (anakinra, Kineret) ou des anticorps monoclonaux recombinants contre l'IL-1 β (canakinumab, Ilaris) permettent de traiter certaines de ces maladies. D'autres répondent mieux aux antagonistes du TNF- α . A côté des maladies monogéniques rares mentionnées ci-dessus, un rôle de l'inflammasome dans d'autres maladies plus courantes a aussi été démontré, comme par exemple dans le vitiligo ou les dermatoses neutrophiliques. [54].

Syndromes fébriles périodiques classiques
<ul style="list-style-type: none">• Fièvre méditerranéenne familiale (FMF)• Syndrome périodique associé au récepteur du TNF (TRAPS)• Syndrome de fièvre avec hyper-IgD
Syndromes périodiques associés à la cryopyrine
<ul style="list-style-type: none">• Urticaire familiale au froid• Syndrome de Muckle-Wells• NOMID/CINCA
Autres maladies auto-inflammatoires (liste non exhaustive)
<ul style="list-style-type: none">• Pyogenic arthritis, <i>pyoderma gangrenosum</i>, acné (syndrome PAPA)• Syndrome de Schnitzler• Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, cervical adenitis (syndrome PFAPA)• Syndrome de Still• Déficience de l'antagoniste du récepteur de l'IL-1β (syndrome DIRA)• Arthrite pédiatrique granulomateuse et syndrome de Blau
NOMID/CINCA : Neonatal onset multisystem inflammatory disease/ Chronic infantile neurological and articular syndrome; IgD : immunoglobuline D; TNF : facteur de nécrose tumorale.

Figure 13 : Maladies auto-inflammatoires [54] :

d.1. Quelques maladies auto-inflammatoires :

➤ **Fièvre méditerranéenne familiale :**

La fièvre méditerranéenne familiale (FMF) est le syndrome fébrile d'origine génétique le plus fréquent et touche en majorité les populations du pourtour méditerranéen (Juifs du nord de l'Afrique, Arméniens, Turcs, Arabes), avec une prévalence de 1/200 à 1/1000.

Les manifestations de cette maladie autosomale récessive surviennent pendant l'enfance ou l'adolescence et comprennent des accès de fièvre d'environ trois jours, des arthralgies, myalgies, péricardite, pleurite, douleurs abdominales aspécifiques et lésions cutanées. Les lésions cutanées ne sont pas obligatoires et décrites dans 12 à 43% des cas. A côté des

exanthèmes purpuriques non spécifiques, la plaque érysipéloïde est relativement typique, plaque érythémateuse bien délimitée siégeant sur la face antérieure du pied ou de la jambe, qui disparaît spontanément en quelques jours. [55].

La maladie peut se compliquer par une amyloïdose secondaire pouvant conduire à une insuffisance rénale. Un purpura de Henoch-Schönlen, des angiœdèmes, un érythème palmoplantaire diffus et un syndrome de Raynaud peuvent aussi être observés.

Le gène affecté (*MEFV*) code pour une protéine nommée pyrine, qui est impliquée dans la régulation de l'inflammasome. Les mutations décrites conduisent à une activation non contrôlée de l'inflammasome et une production augmentée d'IL-1 β .

La colchicine permet de contrôler la maladie et de prévenir l'amyloïdose secondaire. Dans les cas résistants, une réponse à l'anakinra, à l'interféron α ou aux anti-TNF- α a été décrite.

➤ *Syndrome de fièvre avec hyper-IgD :*

Ce syndrome autosomal récessif doit son nom au taux élevé d'IgD mesuré chez une partie des patients. La mutation du gène de la mévalonate kinase (MVK) conduit à un déficit partiel de cette enzyme et à une accumulation de l'acide mévalonique. Le déficit enzymatique entraîne une diminution des produits intermédiaires et une activité augmentée de la caspase-1, résultant en une surproduction d'IL-1 β . La maladie commence souvent dans les premières semaines de vie et est caractérisée par des accès de fièvre récurrents de trois à sept jours accompagnés d'arthralgies, lymphadénopathies, douleurs abdominales et rash cutané. Les manifestations cutanées sont observées chez deux tiers des patients, généralement sous la forme d'un exanthème maculopapuleux ou morbilliforme, mais aussi une urticaire ou un érythème noueux. La moitié des patients développe des aphtes buccaux, avec ou sans aphtes génitaux, conduisant au diagnostic erroné de Behçet. Les accès surviennent toutes les quatre à huit semaines. Une splénomégalie peut aussi être observée. Le diagnostic est posé après deux mesures d'un taux élevé d'IgD. Un taux normal n'exclut cependant pas la maladie, en particulier chez les petits enfants, qui ont souvent un taux normal. Les IgA (immunoglobulines A) sont augmentées dans 80% des cas. La durée des accès fébriles peut être réduite par les statines. [56].

➤ ***Pyogenic arthritis, pyoderma gangrenosum, acne (syndrome PAPA):***

Syndrome autosomal dominant causé par la mutation du gène *PSTPIP1* (*Proline-serine-threonine-phosphatase-interacting protein 1*), qui code pour une protéine interagissant avec la pyrine (voir précédemment : Fièvre méditerranéenne familiale). Comme dans la FMF, la mutation résulte en une production augmentée d'IL-1 β . L'acronyme PAPA résume les manifestations majeures du syndrome caractérisé par une acné cystique sévère survenant à la puberté et persistant souvent à l'âge adulte, une oligoarthrite destructrice (coudes, genoux et chevilles) et un pyoderma gangrenosum en général sur les membres distaux, parfois aussi multifocal généralisé. Les patients montrent une bonne réponse à l'inhibition de l'IL-1 β . [57].

➤ ***Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, cervical adenitis (syndrome PFAPA) :***

Le syndrome PFAPA est la forme la plus fréquente de maladie auto-inflammatoire chez l'enfant. Son étiologie est inconnue. Le syndrome est caractérisé par des poussées régulières de fièvre élevée (> 39 °C), associées à au moins un des trois signes cardinaux comportant une stomatite aphteuse, une pharyngite et une lymphadénite cervicale. Céphalées, symptômes gastro-intestinaux et arthralgies peuvent également être présents. Les manifestations cutanées sont rares et peuvent se présenter sous la forme d'érythèmes du tronc, de macules palmoplantaires ou de purpura. Une aphtose bipolaire peut mener au diagnostic erroné de Behçet. La maladie se manifeste avant l'âge de cinq ans, avec des attaques de trois à six jours récidivant toutes les 3-8 semaines. Une résolution est généralement observée à l'adolescence. L'inhibition de l'IL-1 β conduit à une amélioration des symptômes.[58].

➤ ***Syndrome de Still :***

La cause de la maladie de Still de l'enfant et de l'adulte est inconnue. Dans les deux formes, une élévation de l'IL-18 a été mesurée, signe indirect d'une activité augmentée de l'IL-1 β (les deux molécules sont activées par la caspase-1). Le syndrome de Still de l'adulte survient

aux environs de 35 ans et est caractérisé par des épisodes fébriles fluctuant au cours de la journée, des arthralgies, un rash de couleur saumon et une élévation de la ferritine sérique. Le diagnostic différentiel cutané comprend les exanthèmes viraux, une syphilis secondaire et les maladies lymphoprolifératives. Une pharyngite, une lymphadénopathie, une hépatosplénomégalie, une leucocytose, une élévation des enzymes hépatiques peuvent compléter le tableau clinique.[59].

➤ ***Arthrite pédiatrique granulomateuse et syndrome de Blau :***

Les cas familiaux sont désignés sous le nom de syndrome de Blau, les cas sporadiques sont aussi appelés sarcoïdose néonatale. Cette maladie autosomale dominante est causée par une mutation du NLR *NOD2*, ce qui conduit à une activation constitutive de NF- κ B (*Nuclear factor-kappa B*). Des mutations du même gène sont aussi retrouvées dans la maladie de Crohn. La triade clinique caractéristique se manifeste avant l'âge de trois ans et comporte une dermatite granulomateuse, une polyarthrite symétrique et une uvéite récurrente pouvant conduire au glaucome et à la cécité. Les lésions cutanées sont le premier signe de la maladie et se manifestent sous la forme de papules brun-rouge ou d'érythèmes nodulaires histologiquement comparables à une dermatite granulomateuse sarcoïdale.[60].

2. La QDV et ses mesures :

2.1. La QDV :

Il existe un nombre sans cesse grandissant de travaux dédiés à la qualité de vie. La diversité des définitions proposées rend compte de la complexité du concept de la qualité de vie, qui est désormais considéré parmi les indicateurs d'appréciation de la santé et de ses conséquences.

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). [1]

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. [1]

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, qui ne mettent pas en jeu le pronostic vital à court terme. Leurs traitements cherchent donc, au-delà d'un gain modéré en survie, à améliorer les retentissements physique, psychologique et social de la maladie, soit concourir à une bonne qualité de vie.
- Les attentes du malade se sont modifiées : le malade souhaite des informations auxquelles il accède par le dialogue avec son médecin, ou par les multimédias. 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 XXe siècle que la relation médecin-malade dite paternaliste s'est modifiée. L'autonomie du patient, qui grâce à une information claire peut participer aux décisions thérapeutiques le concernant, est devenue la clé de voûte de la relation médecin-malade. 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). [3]

b. Les définitions de la QDV :

Le concept de qualité de vie peut paraître simple, tant il est intuitif et banalisé. Cependant, une définition explicite et consensuelle est indispensable. [3]

Selon les auteurs la qualité de vie apparaît 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 » ou bien encore « ce qui reflète l'impact des maladies, des traitements et des décisions de santé sur la vie quotidienne, en essayant d'approcher le point de vue du patient ». [3]

L'OMS a proposé, en 1993, comme définition : « La perception qu'un individu a de sa place dans l'existence , dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. ». [1] 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.

L'évaluation de la qualité de vie dans sa globalité est, de toute évidence, très difficile, voire impossible. De plus, cette évaluation est en fonction du contexte, c'est-à-dire des objectifs de la mesure de la QDV. Dans le domaine de la santé, l'approche de la QDV sera probablement différente pour l'économiste, le spécialiste de santé publique et le clinicien.

c. La QDV en relation avec la santé :

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 ».

Elle prend en compte les domaines physique (autonomie et activités physiques), psychologique (anxiété, dépression, émotion), relationnel (familial, social, professionnel), symptomatique (répercussion de la maladie et de son traitement) et des aspects plus particuliers tels que la sexualité ou l'image de soi. [5].

Ces différents domaines, qui ont une importance variable d'un sujet à l'autre et au cours du temps, correspondant à 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.

La qualité de vie ne peut être appréciée que par le patient lui-même et non par le médecin ou le soignant (à l'exception des cas particuliers où l'état cognitif du malade ne le permet pas).

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. Grâce 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. [1]

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.

b. Les différentes approches d'évaluation de la QDV :

On distingue deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie : l'entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative).

L'entretien psychologique permet une évaluation plus globale de la qualité de vie et possède une valeur thérapeutique. Cependant, il a plusieurs inconvénients : difficulté de standardisation et donc d'utilisation dans des études comparatives, impossibilité d'application à grande échelle, et coût élevé.

Les outils psychométriques, constitués d'échelles ou de questionnaires (auto- ou hétéro-évaluation), réalisent une évaluation plus restrictive de la QDV, mais ils permettent une mesure standardisée et sont généralement faciles à utiliser. Ils s'adressent aux individus d'une population donnée et sont aptes à fournir des informations valables en moyenne pour l'ensemble du groupe. Ils sont utilisés pour une aide à la prise de décision au niveau collectif.

Au niveau individuel, il faut disposer d'un outil psychométrique qui doit prendre le sujet comme sa propre référence, explorer et analyser tous les domaines qui composent la qualité de vie ou la qualité de vie liée à la santé, pondérer chacun des domaines les uns par rapport aux autres, en fonction de leur importance pour chaque individu. Un tel outil est extraordinairement complexe. Peu d'outils répondant à ces caractéristiques ont été élaborés à ce jour ; on peut citer le SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) [6], le PGI (Patient-Generated Index) [7] et le SQLP (Subjective Quality of Life Profile) [8]. Ces questionnaires permettent une mesure subjective de la santé plus qu'ils ne mesurent la qualité de vie des sujets.

c. Les propriétés des questionnaires :

Les questionnaires ; qui doivent être pertinents et simple ; sont composés de plusieurs questions (ou items) regroupées en une ou plusieurs échelles correspondant aux aspects (ou domaines) de la qualité de vie explorés par le questionnaire. On associe à chaque échelle un score (variant généralement de 0 à 100) calculé à partir des réponses à chacune des questions composant l'échelle.

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, 4]

Il existe deux possibilités de réponse aux questions. La première possibilité est une réponse fermée dichotomique (oui/non) ou à plusieurs modalités graduées en termes de fréquence ou d'intensité (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup), appelée "Likert Scale".

L'autre possibilité de réponse est représentée par les échelles graphiques, dites "visuelles-analogiques", symbolisées par un trait horizontal. Dans ce cas, le patient doit répondre et se positionner par un repère entre les deux extrémités correspondant à deux états opposés (pas du tout, énormément).

La méthodologie de mise au point des questionnaires répond à des critères précis. Comme tout instrument de mesure, les questionnaires doivent posséder des propriétés psychométriques : critères de validité permettant de juger de la pertinence de l'outil de mesure, fiabilité, sensibilité au changement. Des tests statistiques particuliers permettent de vérifier ces propriétés [9].

La plupart des questionnaires ont été mis au point dans différents pays d'Amérique du Nord et d'Europe, notamment les Pays-Bas. Pour les utiliser dans d'autres pays, il est nécessaire de les adapter dans une autre langue ou culture et de vérifier les propriétés psychométriques du questionnaire obtenu [9].

Disposer de questionnaires "internationaux" est une nécessité dans les études multicentriques internationales. En plus de ces propriétés psychométriques, il est souhaitable que les questionnaires explorent les principaux aspects de la qualité de vie avec un nombre restreint de questions pour que le temps de remplissage ne soit pas trop long. Cela a conduit à développer des "formes courtes"(ou Short Form) de certains questionnaires.

d. Les instruments de mesure de la QDV :

Il n'existe pas un instrument de mesure standard et universel, et l'on recense plusieurs centaines de questionnaires ou échelles dans la littérature. On distingue habituellement les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

d.1. les instruments génériques :

Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent, en particulier, de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes. Mais ils manquent de sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales).

Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants:

- SF-36 (MOS 36 Short Form) [2], avec 36 items regroupés en 8 échelles : activité physique (10), limitation/état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/rerelations (2), santé psychologique/mentale (5), limitation/état psychologique (4);
- NHP (Nottingham Health Profile)[10], avec 45 items regroupés en 6 échelles;
- WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items;
- WHOQOL BREF [11], avec 26 items regroupés en 4 échelles.

d.2. instruments spécifiques :

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, oncologie...) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur, sommeil...). Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile.

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

Généralement, des modules particuliers sont associés au questionnaire spécifique à une pathologie (appelé "questionnaire central" ou "core questionnaire"). Les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique.[9]

2.3. Mesure de la QDV au cours des maladies systémiques:

Les maladies de système regroupent plusieurs pathologies très fréquentes, ayant un important impact sur le vécu quotidien des patients. C'est pour ces raisons, il est devenu indispensable de mettre en place des instruments permettant l'évaluation de la QDV au cours de ces maladies.

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. [2,9,12]

Cependant, des échelles plus spécifiques pour certaines maladies ont été développées récemment vu la nécessité d'étudier certains paramètres ayant un impact particulier sur la QDV au cours de ces dernières.

a. Instruments génériques les plus utilisés au cours des maladies systémiques :

a.1. SF-36 (Short-Form 36 Health survey):

Développé en 1993 aux Etats-Unis par Ware et al, le SF-36 est une échelle conçue pour fournir des évaluations portant sur des concepts génériques de la santé, non spécifique à un certain âge ou à une maladie ou à un traitement.

Accentué sur les aspects physique, social, et fonctionnement émotionnel, le SF-36 est devenu la mesure de l'état de santé générale la plus utilisée dans le monde entier. Il peut être auto-évalué ou administré par un intervieweur qualifié.

Comme son nom l'indique Il est composé de 36 questions, évaluant 8 dimensions qui ont été regroupées en 2 scores synthétiques :

- Un score physique (Physical Component Score, PCS) divisée en échelles : activité physique (10), limitation/état physique (4), douleur physique (2), santé générale (5)
- un score mental (Mental Component Score, MCS) comprend les échelles de vitalité (4), fonctionnement ou bien-être social (2), santé mentale (5), limitations (du rôle) liées à la santé mentale (3).

En outre, il existe des questions sur les modifications de l'état de santé et sur la perception du répondeur de leur état de santé. [9].

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 différentes maladies systémiques, plusieurs études ont utilisé le SF-36 qui est un instrument de choix pour mesurer la QDV des patients atteints de ces différentes pathologies. [13,14,15,16]

a.2. 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, il comporte 26 questions évaluant 4 domaines qui sont : la santé physique, psychique, les relations sociales et environnementales. [17]. 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. [18]

Il a été aussi utilisé chez 73 patients atteints de LES en Inde, notant que c'est juste les domaines physique et psychologique qui ont été affectés chez ces patients [19].

a.3. 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 tels que la sclérodémie [20], le lupus, l'arthrose [21] et en rhumatologie pédiatrique par sa version Child HAQ dont la validité semble établie dans plusieurs populations [21]. Dans la maladie de Behçet, il a été utilisé en association avec d'autres instruments évaluant le retentissement psychologique et social de la maladie. [23]

Certes, le HAQ est parmi les premiers instruments de mesure de la qualité de vie établis, néanmoins, il ne comporte pas de paramètres explorant le retentissement social et psychologique de la maladie. Il est composé de 20 items qui évaluent la capacité à effectuer les gestes de la vie quotidienne dans huit domaines.

a.4. EuroQol 5D (EQ-5D) :

Comme son nom l'indique, cette échelle générique de qualité de vie est européenne. Il s'agit d'un instrument très simple, d'administration très rapide, puisqu'il ne comporte que 5 items représentant 5 dimensions (mobilité, soins de soi, activités usuelles, douleurs et inconfort, anxiété et dépression), dont la réponse se fait sur des échelles en 3 points (1 : pas de problème, 2 : problèmes modérés, 3 : Problèmes sévères).

Il existe deux versions de l'Euroqol 5D : anglaise et chinoise. Elles sont toutes les deux des échelles valables pour mesurer la QDV des patients atteints de maladies rhumatismales y compris le LES [22].

b. Les instruments spécifiques utilisés au cours des maladies systémiques :

Vue qu'actuellement il n'existe pas un instrument spécifique de mesure de la QDV au cours de toutes les maladies systémiques confondues ; étant donné la diversification de ce groupe hétérogène de maladies ; nous avons cité les instruments spécifiques utilisés au cours de certaines maladies systémiques.

b.1. Les instruments spécifiques utilisés au cours de la MB :

Une seule échelle de mesure de la QDV spécifique à la MB a été développée : 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 un questionnaire spécifique de la MB, 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. [24].

Il a été traduit en version coréenne en 2008 et en version arabe en 2011. [25,26].

Ce questionnaire a de très bonnes propriétés psychométriques concernant la validité du contenu, le test- retest et les sensibilités aux changements. [24] .

+ **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, érythème noueux, pseudo-folliculite, 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. [27,28] .

+ **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 [29]. 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. [30,31].

+ **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. [32].

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. [14].

b.2. Les instruments spécifiques utilisés au cours de la LES :

+ **SLE-QOL (Systemic Lupus Erythematosus-specific Quality-Of-Life):**

Développé et validé en 2005, elle comporte 40 items et 6 dimensions : fonctionnement physique, activités, symptômes, traitement, humeur et image de soi. Elle a été évaluée chez 275 personnes atteintes de LES et ses propriétés psychométriques étaient bonnes concernant la cohérence interne, la validité du contenu, le test-retest, les sensibilités aux changements [33].

+ **SSC (SLE Symptom Checklist) :**

Il était développé en 2003, il possède une cohérence interne et un test-retest satisfaisants [34].

+ **Le Lupus-QOL (Lupus Qol Scale) :**

Il comporte 34 items et 8 domaines : fonctionnement physique, douleur, image de soi, état émotionnel, fatigue, relations sexuelles, planification et responsabilité à l'égard des autres [35]. Il possède des propriétés psychométriques acceptables quand il est comparé au SF-36.

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 des différentes maladies systémiques, puisque la plupart des patients inclus dans notre étude sont des patients atteints de la MB, nous avons choisi de comparer les résultats de notre travail avec celles dédiées à l'évaluation de la qualité de vie au cours de la MB.

Plusieurs études ont 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. [13, 14, 61, 62, 63, 64,65, 66, 67, 68]. Certains travaux ont utilisé le SF-36 qui reste le meilleur instrument pour évaluer la QDV au cours de

la MB [13, 14, 61], d'autres ont analysé la QDV grâce à des instruments spécifiques aux différentes atteintes cliniques observées au cours de cette affection. [14, 30, 66, 67, 69].

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 [66, 68]. 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 [62, 66]. De l'autre côté, une diminution nette concernant les domaines RP, RE, VT et GH a été notée par Ozlem.C et Yurtsever en 2011 [13], alors que d'autres auteurs [14, 64, 65, 67] ont prouvé une diminution plus marquée dans les composantes ; RP, RE, VT, SF et MH.

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

Nous avons trouvé que la QDV de nos patients est diminuée, ce qui explique l'impact négatif de ces affections sur la QDV puisque ce sont le plus souvent des maladies chroniques et incurables. Les domaines ; RP, RE, VT, MH, GH et score mental du SF-36 étaient les plus touchés, alors que, des scores moyens concernant ; BP et SF ont été observés. Seul le paramètre PF était satisfaisant. Ce constat est en accord avec les résultats de l'étude menée par Ozlem.C en Turquie sur 94 patients [13], qui a objectivé lui aussi des perturbations dans les scores en rapport avec RP/RE/VT ainsi que BP et GH tandis que, le PF et le SF étaient plus élevés. Une autre étude réalisée par Sumru Onal et al [14] ont objectivé que les dimensions RP, GH, SF, 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 [66]. Ce même résultat a été montré par Erdogan.Z dans son étude sur 200 patients atteints de MB. [61]. Quand nos résultats ont été comparés à ceux réalisés par Muncu et col [64], des valeurs proches concernant les composantes RP, RE et VT ont été signalés. (Voir tableau récapitulatif XXI).

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 GH/BP et SF 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 XXI : 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/GH/BP	PF	RE/VT	SF
Sumru Onal et al(2010)	RP/ GH	PF/ BP	VT/SF	RE
Erdogan.Z et al(2009)	RP/ GH / BP	PF	RE/VT/MH	SF
Ertam et al (2009)	RP/ GH	–	RE/MH	–
Taniverdi et al(2003)	RP/ GH / BP	–	RE/VT/MH	–
Notre série	RP/ GH	PF	RE/VT/MH	SF

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 [70].

Dans le même sens, une autre étude comparative menée par Moses et Fisher en NewYork, a évalué l'état de santé de 129 patients atteints de MB avec 116 atteints de PR à l'aide du HAQ [67]. C'était intéressant de trouver que les patients atteints de la MB avaient le même score de BP 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 [71], 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 45 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 [13]. 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 marocaine.

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 [13] 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 [72].

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 niveau d'instruction 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 niveau d'instruction et les domaines : GH et VT, les sujets avec un niveau universitaire avaient une QDV meilleure [13]. Sumru Onal et al, ont objectivé ce même lien entre le niveau d'instruction et les dimensions : PF/RE/SF/RP et MH ; les scores bas ont été retrouvés chez les analphabètes [14]. Bernabé, quant à lui, a révélé qu'un niveau d'instruction plus haut est corrélé avec une QDV meilleure [62]. D'après ces études, il semble que le niveau d'instruction 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 [13]. 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 [13], 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 articulaire et la QDV, nos patients avaient des scores très diminués dans les composantes : RP, BP, GH, 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 [63]. Ozlem.C a montré ce même lien positif dans la plupart des dimensions du SF-36 [13]. 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 [73]. 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 GH, le PF, et le RE par rapport aux sujets sains [66].

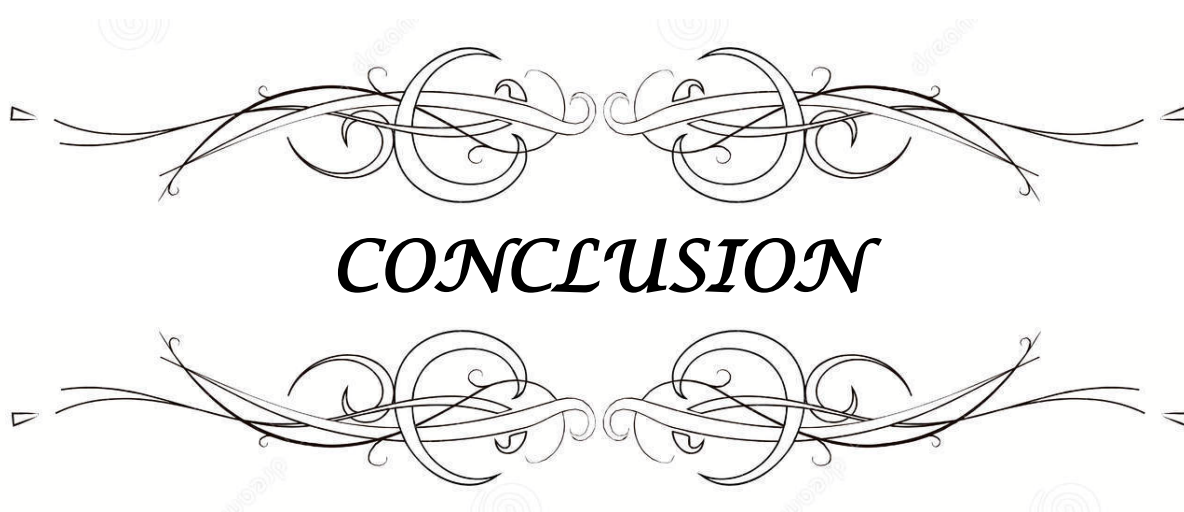
Tous ces constats prouvent le degré d'handicap fonctionnel qu'engendre cette atteinte ainsi que son impact majeur sur l'état émotionnel des malades.

Parallèlement à l'étude d'Ozlem.C [13], 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 BP [66]. Cette différence observée peut s'expliquer par le nombre élevé des patients participants à l'étude d'Ertam par rapport au nôtre.

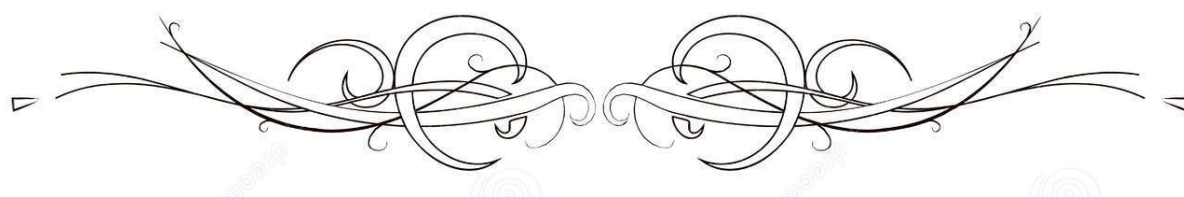
Selon nos résultats, l'atteinte oculaire affectait la QDV de nos patients, avec un lien significatif concernant la composante VT. En analysant les scores de nos malades, nous avons constaté que les sujets qui présentaient une atteinte oculaire avaient des scores très diminués par rapport à ceux qui ne l'avaient pas surtout dans les domaines RP, RE, GH et VT. 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 comparant 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 [14]. Selon Taniverdi, les patients qui avaient une atteinte oculaire présentaient des scores bas surtout dans les domaines RE, RP, GH et VT en les comparant à un groupe témoin [68], aussi, Ertam a objectivé une corrélation positive entre l'atteinte oculaire et la QDV dans sa dimension MH [66]. 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). [13]

Le dernier paramètre étudié est l'atteinte neurologique. Nous avons noté la présence d'un lien statistiquement significatif avec la QDV dans quatre des huit dimensions du SF-36 (PF/RP/GH/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 [62].



CONCLUSION



La maladie de système est un regroupement de plusieurs maladies hétérogène dont le point commun est l'atteinte multi-systémique touchant avec prédilection l'adulte jeune, d'étiopathogénie le plus souvent inconnue, et dont l'expression clinique est dominée par l'atteinte cutanéomuqueuse. Elles regroupent 4 grandes familles de maladies : (Vascularites systémiques, Collagénoses /connectivites (Maladie auto-immune non spécifique d'organe), Granulomatoses systémiques, maladies auto-inflammatoires).

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

La QDV est réduite chez nos patients, particulièrement dans les domaines RP, RE, VT et MH.

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 niveau d'instruction, l'activité professionnelle, l'atteinte 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.



RECOMMANDATIONS

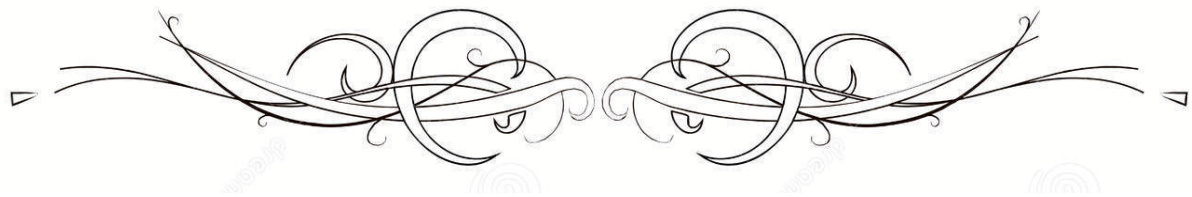


Recommandations en faveur de l'amélioration de la qualité vie

- Il importe surtout de soulager les patients, de réduire leurs symptômes (douleur...) ;
- Faciliter l'accès aux soins ;
- Réduire des facteurs de stress et améliorer les capacités de gestion du stress.
- Promouvoir les attitudes culturelles et les pratiques qui réduisent les risques de préjudice pour les patients ;
- Améliorer les conditions socio-économiques, en particulier le niveau d'instruction et par ailleurs l'activité professionnelle ;
- Accroître le bien-être, plus spécifiquement qualifié de « bien-être émotionnel », en mettant œuvre des mesures fondées sur les données aptes à améliorer ce domaine (une prise en charge psychologique accrue...).



ANNEXE



Annexe 1 : fiche d'exploitation

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: FAR CNOF S CNSS RAMED RIEN

Antécédents :

Personnels :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Toxiques :

Allergiques :

Familiaux :

Durée d'évolution de la maladie :

Atteintes cliniques :

Atteintes dermatologiques :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Atteintes rhumatologiques :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Atteintes rénales :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Atteintes neurologiques :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Atteintes cardiaques :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Atteintes respiratoires :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Atteintes vasculaires :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Atteintes hématologiques :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Atteintes immunologiques :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Atteintes ophtalmologiques :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Atteintes digestives :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Diagnostic et les critères de diagnostic :

Traitement :

- Symptomatique : antalgiques AINS
- la colchicine
- Corticoïdes : VO IV
- Immunosuppresseurs :
- Antipaludéens de synthèse :
- Les mesures hygiéno-diététiques (alimentation, protection solaire):
- autres :

Annexe 2 : SF-36 Traduction validée en arabe dialectal :

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

الأسئلة التي جاينين كيتعلقوا بصحتك كيف ما كتخص بها نناي. الأجوبة ديالك غادي تمكنا نتبعو الصحة ديالك ونعرفو إلى أي حد أنت قادر تكبير الأشغال العادية ديالك.
بغينا دابا الله يخليك تجاوبنا على الأسئلة وتبع على حسب التعليمات التي غادي نعطيك .

1. على العموم ، غادي تكول باللي الصحة ديالك:

(دور على جواب واحد)

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

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

(دور على جواب واحد)

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

3. الأسئلة التي جاية كتعلق بالأشغال التي يمكن يخصك تديرها في يوم عادي. واش الحالة ديالك الصحة ديالك دابا كتخصك في هذه الأشغال؟

(دور على جواب واحد)

الاشغال	الحالة دالصحة ديالي كتحسني بزاف	الحالة دالصحة ديالي كتحسني شوية	الحالة دالصحة ديالي ما كتحسنيش نهائيا
1. في الأشغال التي خاصها مجهود بدني كبير بحال الجري، تهبز شي حاجة ثقيلة، ولا تدير شي رياضة عنيفة.	1	2	3
2. في الأشغال المتوسطة ، بحال تحول شي طابلة ، تدوز الشطابية.	1	2	3
3. باش تهبز وتدي التقضية الحانوت .	1	2	3
4. باش تطلع الدروج بزاف ديال الطيقات على رجلك.	1	2	3
5. باش تطلع طبقة واحدة على رجلك.	1	2	3
6. باش تحني، تكلس على ركبيك ولا تقرد.	1	2	3
7. باش تمشي اكثر من 1 كيلومتر على رجلك .	1	2	3
8. باش تمشي في الزنقة بزاف على رجلك .	1	2	3
9. باش تمشي من الراس حتى للرأس د الزنقة .	1	2	3
10. باش تعوم ولا تلبس حوايجك.	1	2	3

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

(دور على رقم واحد كل سطر)

لا	ايه	
2	1	1. واش اضطريتي تتقص من الوقت اللي كتخصص للخدمة ولا لحوايج اخرين.
2	1	2. واش قضيت قل من دكشي اللي كنت تبغي تقضي داشغال؟
2	1	3. واش كاين شي نوع من الشغال ما قدرتيش تديرهم؟
2	1	4. واش لقيت شي صعوبة في الأشغال ديالك اللي جملتك تبدل مجهود أكثر.

5. خلال الشهر اللي فات، بسبب حالتك الصحية النفسية، (مثلا تحس براسك مضيوم اولا مخلوع)، واش كانت عندك شي وحدة من الصعوبات اللي غادي نذكرو 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 الشغال لخرين؟
2	1	2. واش قضيت قل من دكشي اللي كنت تبغي تقضي داشغال؟
2	1	3. واش ما ابقيتش ندر تتن العمل ديالك كيفما العادة؟

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

(دور على جواب واحد)

1. واش ماترتش نهائيا.....
2. واش اثرت شوية.....
3. واش اثرت بين وبين.....
4. واش اثرت بزاف.....
5. واش اثرت كثير بزاف.....

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

(دور على جواب واحد)

1. واش ما حسيتي بوالو.....
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. خلال الشهر اللي فات ، قال أش من حد ، هذا الإكلم أثر على الشغال ديالك اليومية (في لعمل ولا في الدار)؟

(تور على جواب واحد)

- 1..... واش ما أثرش نيانيا
- 2..... واش أتر شوية
- 3..... واش أتر بين بين
- 4..... واش لتر بزاف
- 5..... واش أتر كثير بزاف

9. خلال الشهر اللي فات ، شحال من مرة؟

(دور على رقم واحد في سطر)

الأشغال	كاع الوقت	أغلبية الوقت	بزاف دالمرات	بعض المرات	قليل بزاف	نهايتا
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 مضيوم 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	+	5	6

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

(تور 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

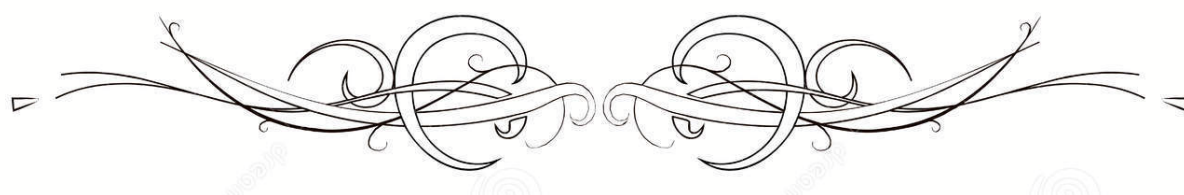
11. غادي نطرحو عليك شي أسئلة، وبغينا نعرفو إلى أي درجة هي صحيحة ولا غالطة ؟

(تور على جواب واحد)

صحيحة 100%	نكولو صحيحة	ماعرفتش	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	2	3	4	5



RÉSUMÉS



Résumé

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.

Les maladies de système présentent un pôle majeur des pathologies chroniques ayant un lourd impact sur la QDV des patients qui en souffrent.

Notre travail a pour but, d'évaluer la QDV des patients atteints de maladie systémique. Il s'agit une étude descriptive transversale de 6 mois, utilisant une fiche d'exploitation ainsi que le Short-Form 36 (SF-36).

Nous avons colligé 60 dossiers de patients atteints de différentes maladies systémiques ; 24 patients étaient suivis pour MB soit 40%, 12 pour LES (= 20%), 6 pour Syndrome de Gougerot-Sjögren (= 10%). Le nombre des patients atteints de PR, myopathies inflammatoires et sarcoïdose étaient de 4 pour chaque maladie (= 7%) et pour la maladie de Horton, sclérodémie systémique et la périartérite noueuse était de 3 (=5%), 2 (= 3%), et 1 (=2%) successivement.

L'âge moyen de nos malades était de 47,5 ans avec une prédominance féminine (62% des F/38% des H), donnant un sexe ratio de 0,62. 67%des patients étaient mariés, 50% avaient un niveau d'instruction bas et 40% (n=24) étaient sans emploi.

La QDV de nos malades était diminuée, les domaines du SF-36 les plus touchés sont : RP/RE/VT et MH. Ce résultat montre l'impact négatif de ces affections sur la QDV. L'âge, le sexe, le niveau d'instruction, l'activité professionnelle ainsi que les atteintes cliniques : 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.

Summary

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

Systemic diseases represent the major pole of the chronic pathologies that have by definition a heavy impact on the QoL of patients suffering from these diseases.

Our study aims to evaluate the quality of life (QoL) of patients with Systemic diseases. For this reason, across-sectional study is conducted over a period of 6 months, with the use of a form of exploitation and the Short Form 36 (SF-36).

We recruited over 60 patients with Systemic diseases, 24 of the patients were Behcet disease follow up patient's; an estimated 40%; 12 were affected by systemic lupus erythematosus (=20%), 6 by Sjogren's syndrome (= 10%). The number of patients suffering from Rheumatoid arthritis, Inflammatory myopathies and sarcoidosis was 4 for each disease (= 7%) and from Horton's disease, systemic sclerosis and polyarteritis nodosa was 3 (=5%), 2(= 3%), and 1 (=2%) successively.

The average age of our patients was 47,5 years with a female predominance (62% women versus 38% men) with a sexe ratio of 0.62. 67% of patients were married, 50% had a low education level and 40% were unemployed.

The QoL of our patients was diminished, 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 our patients. Age, gender, education level, working status, the clinical manifestations: articular, neurological and oculardo in fact influence the QoL of our patients. On top of that, we found that there is no link between factors such as marital status, disease duration, and QoL of our patients. All these results were similar to those of the literature with some differences that may be related to socio-cultural features of each country.

ملخص

تعتبر جودة الحياة المتعلقة بالصحة عنصرا مهما في اتخاذ القرار الطبي الى جانب نجاعة وفعالية وسلامة

العلاج.

تمثل الامراض الجهازية قطبا اساسيا للأمراض المزمنة، التي لها تأثير كبير على جودة حياة المصابين بها تهدف هذه الدراسة الى تقويم جودة حياة المرضى المصابين بالأمراض الجهازية ولتحقيق هذا الهدف اعتمدنا على دراسة مستعرضة على مدى ستة أشهر باستعمال مجموعة من الادوات تمثلت في بطاقة استثمار وبطاقة استطلاع الرأي (الاستمارة القصيرة 36).

وقد شملت عينة الدراسة 60 مصابا بمختلف الأمراض الجهازية منهم من يعانون من داء بهجت ما يعادل 40%، 6 من متلازمة شوغرن (10% =). عدد المرضى المصابين ب : التهاب المفاصل الرثياني ، الاعتلال العضلي الالتهابي و الغرناوية أو داء الساركويد هو 4 لكل داء (7% =)، و بالنسبة ل : داء هورتون، داء تصلب الجلد الجهازى و داء التهاب الشرايين العقدي المتعدد فهو (5% =) 3، (3% =) 2 و (2% =) 1 على التوالي.

متوسط العمر هو 47.5 سنة، أغليبتهم إناث 62 % مع نسبة الجنس رجال / نساء 0.62%. 67% من

المرضى متزوجون، 50 % منهم لديهم مستوى تعليمي متدن و 40% لا يزالون اي عمل.

توصلنا من خلال هذه الدراسة أن جودة حياة المرضى كانت منخفضة، ومن أهم المجالات الأكثر تأثرا في

استمارة 36 هي: الدور الجسدي والمعنوي والصحة النفسية . وهذه النتيجة أبرزت التأثير السلبي لهذه الأدوية

الجهازية على جودة حياة المصابين بها.

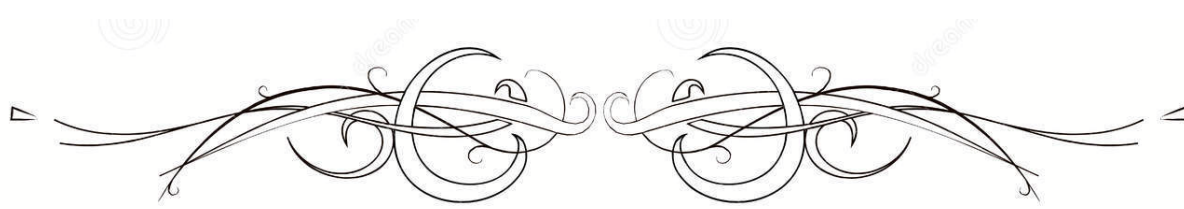
يعتبر متغير السن، الجنس، المستوى التكويني والنشاط المهني من أهم العوامل التي لها تأثير على جودة حياة

المرضى الذين شملتهم الدراسة، وفي المقابل لاحظنا غياب العلاقة ما بين بعض العوامل كالحالة المدنية ومدة تطور

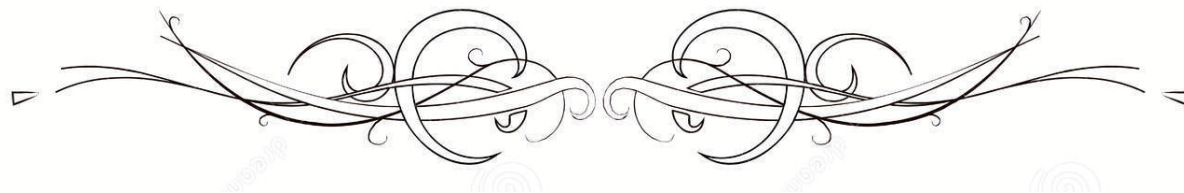
المرض مع جودة حياة المرضى.

النتائج المتوصل إليها قريبة من نتائج الدراسات السابقة التي صبت في نفس الموضوع، مع بعض الاختلافات

التي يمكن ارجاعها إلى الخصائص السوسيوثقافية الخاصة بكل بلد والمختلفة عن بلدنا .



BIBLIOGRAPHIE



1. **OMS, editor.**
Organisation Mondiale de la Santé ; Internet : <http://www.who.org>.
2. **Ware JE, Kosinski M, Dewey JE.**
How to Score Version 2 SF-36 Health Survey. Quality Metric Incorporated, Lincoln,RI, 2000.
3. **BrousseB C, Boisaubert.**
La qualité de vie et ses mesures Quality of life and scales measuring.
, July 2007, Pages 458-462.
4. **F.Bonnetain. F.**
Health related quality of life and end points in oncology. Cancer/Radiothérapie 14(2010) 515-518.
5. **World Health Organization.**
Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL).Qual Life Res 1993; 2: 153-9.
6. **O'Boyle CA, Browne J, Hickey A, McGee HM, Joyce CRB.**
Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): a direct weighting procedure for quality of life domains (SEIQoL-DW). Administration Manual.1995. Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland.
7. **Ruta DA,Garrat AM,Leng L,Russell IT,McDonald LM.**
A new approach to the measurement of quality of life: the Patient-Generated Index (PGI).Med care 1994; 32:1109-26.
8. **Dazord A,Astolfi F,Guisti P,Rebetz MC,Mino A,Terra JL,Brochier C.**
Quality of life assessment in psychiatry: the Subjective Quality of Life Profile (SQLP)-First results of a new instrument. Community Ment Health J 1998; 34(5): 525-35.
9. **Fayers PM, Machin D.**
Quality of life: assessment, analysis and interpretation. Chichester, John Wiley & Sons Ltd,2000.
10. **Hunt SM, McKenna SP,McEwen J,Williams J,Papp E.**
The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations.Social Science&Medicine 1981; 15A: 221-9.
11. **Brooks R and the EuroQol group.**
EuroQol : the current state of play. Health Policy 1996;37: 53-72.

12. **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.
13. **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.
14. **Sumru Onal et al.** La Revue de
Médecine Interne
The Quality of Life in Patients with Behçet's Uveitis. *Arch Ophthalmol.* 2010;128(10):1265-1271.
15. **Liang MH, Socher SH, Roberts WN, Esdalie JM.**
Measurement of SLE activity in clinical research. *Arthritis Rheum* 1988; 31:817-25.
16. **Stoll T, Gordon C, Burkhardt S.**
Consistency and validity of patient administrated assessment of quality of life by MOS SF-36; its association with disease activity and damage in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1997;24:1608-1614.
17. **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.
18. **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.
19. **Walker et Ross.**
Quality of life assessment and application. MTP. Press Ltd.
20. **C. Georges O. Chassany L. Mouthon K. Tiev C.Toledano O. Meyer Z. Marjanovic C.Heneggar T.Papo B. Crickx D. Sereni J. Cabane D.**
Farge Validation of French version of the Scleroderma Health Assessment Questionnaire (SSc HAQ). *Clin Rheumatol* (2005) 24: 3-10
21. **Milligan SE1, Hom DL, Ballou SP, Persse LJ, Svilar GM, Coulton CJ.**
An assessment of the Health Assessment Questionnaire functional ability index among women with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol.* 1993 Jun;20(6):972-6.

22. **Wang C, Mayo NE, Fortin PR.**
The relationship between health related quality of life and disease activity and damage in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2001;28:525-532.
23. **Guillemin F, Briançon S, Pourel J.**
Measurement of the functional capacity in rheumatoid polyarthritis: a French adaptation of the Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1991 Jun; 58(6):459-65.
24. **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.
25. **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.
26. **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.
27. **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.
28. **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.
29. **Gary.D.slade.**
Derivation and validation of a short- form oral health impact profile. *Community. Dent.Oral.Epidemiol.*1997, Ang; 25(4): 284-290.
30. **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.
31. **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.

32. **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-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. Arch Ophthalmol. 2001; 119(7):1050-1058.
33. **Doward LC, Mckenna SP, Whalley D & Tennant A.**
The development of the SLE-QoL: a quality of life instrument specific to systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis 2009;68:196-200.
34. **Grootscholten C, Ligtenberg G, Derksen R, Schreurs K, Glas-Vos JW, Hagen EC.**
Health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: Development and validation of a lupus specific symptom checklist. Qual Life Res 2003;12:635-644.
35. **McElhone K, Abbott J, Franklin-Stevens A.**
A disease specific health-related quality of life measure for adults with systemic lupus erythematosus. Quality of Life Research 2004;13:1554.
36. **GUILLEVIN Loïc, MEYER Olivier, HACHULLA Éric, SIBILIA Jean.**
Traité des Maladies et syndromes systémiques. 6-ème Édition. Lavoisier. 2005. 1736 p.
37. **Georges Khalil, Charles Haddad.**
Abrégé de Maladies Systémiques. 1ère édition. Société Libanaise de Médecine Interne (SLMI). 2006. 130 p.
38. **OLSCHOWJA N.**
L'auto-immunité. Saint Quentin : s.n., 2005.
39. **Thèse : « Approche diagnostique des maladies auto-immune en soins primaires », présentée et soutenue publiquement le 16/11/2012 par Johanna ATTAL.**
Université de Limoges, Faculté de médecine.
40. **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.
41. **Meyer O.**
Critères de classification : mode d'emploi pour le diagnostic de lupus systémique. Rev Rhum 2005;72:142-9.
42. **S. Henriquez, B. Terrier.**
Comorbidités au cours des maladies inflammatoires : l'exemple des vascularites systémiques. La Revue de Médecine Interne Volume 40, Supplément 1, June 2019, Pages A44-A46.

43. **P Cacoub, JC Piette, C Veyssier, B Wechsler, P Godeau.**
Traitement des vascularites systémiques. La Revue de Médecine Interne (t 994) 15, 62–71.
44. **Charlotte Hua, Bernard Combe.**
Les nouveaux critères de classification ACR/EULAR 2010 pour un diagnostic plus précoce de la polyarthrite rhumatoïde. The new ACR/EULAR 2010 classification criteria for an earlier rheumatoid arthritis diagnosis. Revue du Rhumatisme monographies Volume 84, n° 4 pages 337–342 (septembre 2017).
45. **GUILLEVIN L.**
Vascularites, démembrement nosologique et traitements ciblés. La revue du praticien. 2008, Vol. Tome 58, 5.
46. **L. Guillevin, C. Pagnoux, P Guilpain.**
Classification des vascularites systémiques. Classification of systemic vasculatides. La Presse Médicale Volume 36, Issue 5, Part 2, May 2007, Pages 845–853.
47. **JC. Jennette, RJ. Falk. PA, Bacon. 2012**
Revised International Chapel Hill Consensus conference nomenclature of vasculitis des. Arthritis Rheum 2013.
48. **D. Allali, C. Chizzolini.**
Vascularites systémiques : nouvelles nomenclature et approches thérapeutiques. Rev Med Suisse 2014 ; 10 : 854–8.
49. **B. Planchon, E. Cassagnau, P. Pottier, M–A. Pistoruis.**
Les vascularites systémiques. Journal des maladies vasculaires 2000 ;25,3,166–174.
50. **L. Mouthon.**
Épidémiologie, classification des connectivites. JMV–Journal de Médecine Vasculaire Volume 43, Issue 2, March 2018, Pages 84–85.
51. **T. Papo.**
Granulomatoses systémiques. Mise en perspective. Systemic granulomatosis. Put into perspective. La Revue de Médecine Interne Volume 29, Issue 1, January 2008, Pages 3–4.
52. **A.–K. Lapointe E.Laffitte.**
Granulomatoses cutanées disséminées: orientation diagnostique et prise en charge. Rev Med Suisse 2009;5:900–6.

53. **M.Gousseff, F. Mechaï , M.Lecuit, O.Lortholary.**
Les granulomatoses systémiques d'origine infectieuse. Systemic granulomatosis of infectious origin. *La Revue de Médecine Interne* Volume 29, Issue 1, January 2008, Pages 15–27.
54. **L. Feldmeyer.**
Syndromes auto-inflammatoires en dermatologie. *Rev Med Suisse* 2012 ; 8 : 756–61
55. **T. Pettersson, J. Kantonen, S.Matikainen, H.Repo.**
Setting up TRAPS. *Ann Med* 2011.
56. **M. Stoffels, A. Simon.**
Hyper-IgD syndrome or mevalonate kinase deficiency. *Curr Opin Rheumatol* 2011; 23:419–23.
57. **EJ. Smith, F. Allantaz, L. Bennett et al.**
Clinical molecular and genetic characteristics of PAPA syndrome: A review. *Curr Genomics* 2010; 11:519–27.
58. **M. Hofer, G. Rossetti.**
Periodic fever in children: Keep in mind the PFAPA syndrome. *Rev Med Suisse* 2008; 4:529–32.
59. **XD. Kong, D. Xu, W. Zhang et al.**
Clinical features and prognosis in adult-onset Still's disease: A study of 104 cases. *Clin Rheumatol* 2010;29:1015–9.
60. **CD. Rose, TM. Martin, CH. Wouters.**
Blau syndrome revisited. *Curr Opin Rheumatol* 2011;23:411–8.
61. **Z. Erdogan, R.Pinar.**
EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN BEHCET'S DISEASE. *European Journal of Internal Medicine* 20S (2009), S156.
62. **E. Bernabé, W. Marcenes, J. Mather, C. Phillips, F. 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.
63. **H. Bodur, P. Borman, Y. Özdemir, Ç. Atan, G. 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.

64. **G. Mumcu, T. Ergun, N. Inanc, I. Fresko, T. Atalay, O. Hayran, H. Direskeneli.**
Oral health is impaired in Behçet's disease and is associated with disease severity. *Rheumatology* 2004; 43:1028-1033.
65. **Blackford. S, Finlay, A. Y, &**
Quality of life in Behçet's syndrome: 335 patients surveyed. *The British Journal of Dermatology* (1997), 13, 293.
66. **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.
67. **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
68. **N. Tanriverdi, İ. Taşkıntuna, Ç. Dürü, P.Özdal, P. Özdal, S. Ortaç, E. Firat.**
Health-related Quality of Life in Behçet Patients with Ocular Involvement. *Jpn J Ophthalmol* 2003; 47:85-92.
69. **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.
70. **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.
71. **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.
72. **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.
73. **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.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

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

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

جودة الحياة اثناء الإصابة بالأمراض الجهازية في قسم الطب الباطني بالمستشفى العسكري ابن سينا

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2019/12/26

من طرف

السيدة فاطمة الزهراء رزقو

المزداة في 24 يوليوز 1994 بورزازات

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

جودة الحياة - الأمراض الجهازية - الاستمارة القصيرة 36

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

ح. قاصف

أستاذ التعليم العالي في الطب الباطني

م. الزياني

أستاذ التعليم العالي في الطب الباطني

ن. زمراوي

أستاذ مبرز في أمراض الكلي

س. قدوري

أستاذ مبرز في الطب الباطني

السيد

السيد

السيد

السيد