



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

IMPACT DU VITILIGO SUR LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS

Présenté par

Mohamed EL GHARIB

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département **Santé**

Spécialité : **Santé Internationale**

Le Jeudi 21 Avril 2011

Devant le jury composé de :

Monsieur le Docteur **Christian Mésenge** Président
Directeur de département Santé, Université Senghor

Monsieur le Professeur **Alain Taieb** Examineur
Professeur d'université et chef de service de
Dermatologie, Hôpital Saint André,
CHU de Bordeaux

Monsieur le Docteur **Thomas Jouary** Examineur
praticien hospitalier, service de Dermatologie,
Hôpital Saint André, CHU de Bordeaux

Remerciements

Arrivé au terme de la rédaction de ce mémoire, il m'est particulièrement agréable d'exprimer ma gratitude et mes remerciements à tous ceux qui, par leur enseignement, leur soutien et leurs conseils, m'ont aidé à sa réalisation.

Ma gratitude va d'abord à Monsieur le Professeur Alain Taieb qui m'a honoré de sa confiance en m'acceptant et en me formant au sein de l'équipe de Dermatologie de l'hôpital Saint André. Promoteur de ce mémoire, il m'a encouragé à entreprendre des activités de recherche au sein du groupe, dont il assure la présidence. J'ai particulièrement été impressionné par ses qualités cliniques, scientifiques et humaines. Puissent ces lignes être l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Khaled Ezzedine m'a permis de poursuivre mon travail de recherche dans un esprit scientifique et amicale rigoureux. Son écoute attentive et ininterrompue, ainsi que ses vastes connaissances clinique, scientifique et professionnels m'ont été d'une aide précieuse. Je lui adresse mes plus sincères remerciements.

Mes remerciements sont adressées également au Docteur Thomas Jouary pour sa disponibilité incessante, sa gentillesse, sa rigueur scientifique m'ont été d'aide précieuse.

Je tiens à remercier tout l'équipe de Saint André: Madame le docteur Brigitte Milpied, les chefs de clinique et les Docteurs (Dr. Sonya Marques et le Dr. Serge Boutchnei) pour leur aide à réaliser ce travail.

je tiens à remercier sincèrement Monsieur le docteur Christian Mésange, qui, en tant que Directeur de Département de Santé à l'université Senghor, pour sa générosité et la grande patience dont il a su faire preuve malgré ses charges académiques et professionnelles, il s'est toujours montré à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce mémoire, ainsi pour l'inspiration, l'aide et le temps qu'il a bien voulu me consacrer et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

- A Madame Alice Mounir – pour son énergie, sa sympathie et son soutien pendant tout le déroulement de ce "Master"

Dédicace

A la mémoire de mon Père

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, L'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour vous.

J'essayerai toujours de réaliser les buts qu'on se fixe ensemble. Je garderai nos valeurs d'homme, de travail, ces valeurs sont simplement vous.

A ma chère mère

Honorable, aimable : Tu représentes pour moi la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

A ma très chère Femme

Quand je t'ai connu, j'ai trouvé la femme de ma vie, l'amour et la lumière de mon chemin. Ma vie à tes côtés est remplie de belles surprises. Tes sacrifices, ton soutien moral, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement, les deux anges que Dieu nous a offerts m'ont permis de réussir mes études, de réussir ma vie.

Résumé

Le vitiligo est une dermatose hypochromiante qui touche environ 0.5% à 1% de la population en général sans distinction de race ni de sexe. Bien que l'affection ne s'associe à aucun affaiblissement physique, les effets psychosociaux peuvent être majeurs. Les tâches de vitiligo en zone exposée (visage et mains), sont une source d'embarras dans la vie sociale et peuvent être des motifs de stigmatisation. Ceci semble particulièrement vrai chez les personnes à peau naturellement pigmentée mais est ressenti chez les personnes à peau claire vivant dans les zones tempérées plus particulièrement en saison chaude.

Des études d'impact de vitiligo sur la qualité de vie ont été faites dans des pays européens (patients majoritairement à peau claire) ou l'Inde et l'Iran (patients majoritairement à peau foncée).

Le score de DLQI (dermatology life quality index) était de 7.17 sur une population française, de 6.9 sur une population belge, des effets plutôt modérés sur des populations à peau claire. Par contre le score de DLQI sur une population indienne était de 10.67, de 11.4 pour les femmes iraniennes et de 8.8 pour les hommes iraniens⁴. Il existe une différence d'impact sur la qualité de vie des patients atteints de vitiligo entre les pays européens et les pays en voie de développement. Cette différence d'impact sur la qualité de vie porte sur le DLQI ?

Cette différence porte encore sur l'estime de soi et l'image du corps ?

Un recrutement systématique des patients suivis au sein du service de dermatologie de l'hôpital saint André à Bordeaux pour les consultations de vitiligo. (recrutement entre la période Mai-Juillet 2010).

les différents caractéristiques des 50 patients inclut dans cette étude dont 42.0 % hommes et de 58.0 % femmes ont démontré que 90.0 % des patients étaient plus gênés par les tâches de vitiligo en été, 4.0 % en hiver et 6.0 % étaient identiques. D'autres facteurs comme le genre, l'âge et la durée de maladie ne semblent pas influencer la qualité de vie des patients.

le modèle de relation pour déterminer les facteurs les plus significatifs, a démontré que, la sévérité Perçue et ethnie étaient significativement en relation avec DLQI. (P=0.0001 et 0.003 respectivement).

Mot-clefs

vitiligo, qualité de vie, psychiatrie, dermatologie, estime de soi, image de corps

Abstract

The vitiligo is a hypopigmented dermatosis which touches approximately 0.5 % a 1 % of the general population without distinction of neither race nor sex. Although it has no physical affection, the psychosocial effects could be major. The lesions of vitiligo on exposed areas (face and hands), are a source of embarrassment in the social life and can be motives of stigmatization. This seems particularly true at the persons with naturally pigmented skin but is felt at persons with a fair skin living in the temperate zones more particularly in warm season.

Studies of impact of vitiligo on the quality of life were particularly in European countries (patients mainly with a fair skin) or India and Iran (patients mainly with dark skin). The score of DLQI (dermatology life quality index) was 7.17 on a French population, 6.9 on a Belgian population, effects were rather moderate on populations with a fair skin. On the other hand the score of DLQI on an Indian population was 10.67, 11.4 for Iranian women and 8.8 for Iranian men. There is a difference of impact on the quality of life of patients affected by vitiligo between the European countries and the developing countries.

This difference of impact on the quality of life concerns the DLQI?

This difference still concerns the self-esteem and the body image?

A systematic recruitment of the patients was followed within the service of dermatology of Saint André hospital in Bordeaux for the consultations of vitiligo. (Recruitment between the period of May-July, 2010).

The various characteristics of 50 patients included in this study among which 42.0 % men and 58.0 % women demonstrated that 90.0 % of patients were more bothered by lesions of vitiligo in summer, 4.0 % in winter and 6.0 % were identical. Other factors as gender, age and the duration of disease do not seem to influence the quality of life of patients. The model of relation to determine the most significant factors, demonstrated that, the perceived severity and the ethnic group were significantly related to DLQI. (P=0.0001 and 0.003 respectively).

By Key-words

vitiligo, quality of life, psychiatry, dermatology, self esteem, body image

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- ES TOT : Score totale d'estime de soi
- IC TOT : Score totale d'image de corps
- DLQI TOT : score totale de dermatology life quality index
- DLQI : dermatology life quality index
Indice de qualité de vie en dermatologie
- QOL : Quality of life
- HRQL : Health related quality of life
- VETF : vitiligo european task force

Sommaire

Contents

Remerciements	i
Dédicace	ii
Résumé	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
Sommaire	1
Contents	1
Méthodologie de recherche documentaire.....	2
Introduction.....	3
Problématique	8
1.1 Statut Social de Patients de Vitiligo à travers les Âges.....	8
1.2 Statut social moderne des patients touchés par le vitiligo	10
1.3 Le vitiligo chez les Adolescents.....	10
1.4 Des données contradictoires	11
Contexte et justification.....	13
Objectif principal.....	14
Objectif spécifique.....	14
Méthodologie	14
Résultats.....	15
Discussion	25
Conclusion.....	29
Références bibliographiques	30
2 Liste des illustrations.....	32
3 Liste des tableaux	33

Méthodologie de recherche documentaire

Mots clés: vitiligo, qualité de vie, psychiatrie, dermatologie, estime de soi, image de corps

-Recherche par mots clés sur Pubmed:

dermatology and quality of life : 80 articles

Détails de recherche: les descripteurs de recherche: ("vitiligo"[MeSH Terms] OR "vitiligo"[All Fields]) AND ("quality of life"[MeSH Terms] OR ("quality"[All Fields] AND "life"[All Fields]) OR "quality of life"[All Fields])

-Pubmed par recherche avancée:

1- ("vitiligo"[MeSH Major Topic]) AND "quality of life"[MeSH Major Topic], 29 articles trouvés , 29 articles sélectionnés.

2-((gauthier y[First Author])) AND "vitiligo"[MeSH Major Topic]: 4 articles trouvés, 1 article sélectionné.

3-(finlay[First Author]) AND "quality of life"[MeSH Major Topic]:13 articles trouvés, 1 article sélectionné.

-Recherche par mots clés sur science direct :

Vitiligo et psychiatrie :

25 articles trouvés, 2 articles sélectionnés.

-recherche par mots clés sur EM Consult:

Psychiatrie et dermatologie.

18 articles trouvés, 1 article sélectionné.

Systeme de référence et de rédaction bibliographique :

Systeme de Vancouver.

Introduction

Diverses composantes construisent la réalité clinique de la maladie. En effet, des systèmes de soins officiels et parallèles essaient chacun de répondre à leur façon aux problèmes humains entraînés par la maladie. Les croyances étiologiques, les traitements disponibles, le statut des soignant et leurs relations de pouvoir sont une partie de la réponse apportée. Mais la culture n'est pas le seul facteur qui modèle leur forme : les facteurs politiques, économiques, sociaux, historiques et environnementaux jouent aussi un rôle important.

Les systèmes de soin peuvent être décomposés en trois secteurs qui se chevauchent : les secteurs populaire, professionnel et traditionnel. Dans chaque système de soins, la maladie est perçue, nommée et interprétée et un type spécifique de soins est appliqué. Le sujet malade rencontre différents discours sur la maladie quand il passe d'un secteur à un autre.

A travers le temps les troubles pigmentaires de la peau comme le vitiligo, la lèpre et l'albinisme ont eu plusieurs définitions et interprétations. Et c'est selon ces définitions que les malades ont été traités, isolés ou même stigmatisés(1). La stigmatisation historiquement associée à ces maladies n'a pas disparu de nos jours et des informations et des programmes éducatifs devraient être mis en place pour faire face à ce problème, particulièrement la crainte de la contagion.

Compréhension de Termes anciens Signifiant Taches de Peau Blanches

Bien que le vitiligo soit probablement apparu dans le premier siècle de notre temps, des descriptions de la maladie maintenant connue comme le vitiligo peut être trouvé dans les classiques médicaux du deuxième millénaire av. JC.

Les premières références de la maladie ont été trouvées dans (2200 av. JC) dans la période d'Aushooryan, selon la littérature iranienne "Tarkh-e-Tibble". De même, dans le Papyrus Ebers (à peu près 1500 av JC)(2), il y a une mention de deux types de maladies affectant la couleur de la peau. Une d'entre elles est associée à des tumeurs et l'isolation est recommandée, c'est probablement la lèpre. L'autre se manifeste avec seulement par des changements de couleur qui est peut être le véritable vitiligo, et celle-ci peut être traitée.

Des centaines d'années av JC, le vitiligo était présent dans des anciens livres sacré indiens, comme l'Atharva Veda (1400 av JC) et le livre Bouddhiste Vinay Pitak (224-544 av JC)(2). L'Atharva Veda donne une description du vitiligo et beaucoup de maladies achromiques ou hypochromiques sous des noms différents comme "Kilasa", "Sveta Khista", "Charak".

Le mot sanscrit "Kilas" est tiré de kil qui signifie blanc. Ainsi "Kilas" "les moyens qui rejettent la couleur" le terme "Sveta Khista" signifiait la lèpre et le vitiligo a été probablement confondu avec la lèpre. Le terme "Charak" utilisé

par les villageois, signifiait "que s'étend ou est secret". Dans le "Vinay Pitak", le terme "kilas" a été aussi utilisé pour décrire les taches blanches sur la peau.

Les descriptions de vitiligo et d'autres leucodermies sont présents dans d'autres anciens livres médicaux indiens comme le Charaka Samhita (800 av JC) (la médecine), Manus mriti (200 av JC) (la loi) et Amorkasha (600 ap JC)(2). Il y a aussi des références à une maladie avec un blanchissement de la peau dans les premiers classiques de l'Extrême-Orient. Dans "Makataminoharai", une collection de prières Shinto (datant d'environ 1200 av JC), il y a la mention d'une maladie "shira-bito" qui signifie littéralement le Blanc. Cela pourrait aussi avoir été le vitiligo(2).

Quoique le vitiligo, la maladie avec des taches blanches, ait été reconnu depuis longtemps, il était fréquemment confondu avec la lèpre. Même Hippocrate (460-355 av JC) n'a pas différencié le vitiligo de la lèpre et a inclus le lichen, la lèpre, le psoriasis et le vitiligo sous la même catégorie. Dans l'Ancien Testament de la Bible, le mot hébreu "Zora'at" se réfère à un groupe de maladies de peau qui ont été classifiées dans cinq catégories: (1) "des taches blanches" en soi, interprété comme vitiligo ou leucodermies postinflammatoire; (2) taches blanches associées à une inflammation; (3) taches blanches associées à une desquamation; (4) taches blanches associées à une atrophie; (5) taches blanches associées à une repousse de poils blancs(2).

Ptolémée II (250 av. JC) a demandé à la traduction de la Bible hébraïque en grec pour que plus de personnes puissent la comprendre. Le mot "Zora'at" a été traduit dans les versions grecques de la Bible comme "la lèpre blanche" (Leviticus chap. XIII). Selon des dermatologues modernes et des théologiens, cette lèpre ne représentait pas une maladie précise, mais le psoriasis, leucodermies et d'autres troubles perçus pour être associés avec le fait d'être spirituellement impropre. Par conséquent, les personnes affectées de taches blanches, indépendamment de leur cause, ont été mises à l'isolation..

"Bohak", "baras", "alabras" est les noms arabes utilisés pour décrire le vitiligo. "Baras" signifie "la peau blanche". Dans le Coran (Surat la famille d'Imran chapitre 3, le verset 48 et Surat la table chapitre 5 verset 109) nous pouvons lire: " Jésus a pu guérir des patients présentant un vitiligo". "Alabras" a été traduit lèpre dans beaucoup de langues. Cependant, Tahar Ben Achour en 1973 a expliqué que "alabras" signifie le vitiligo. Pour ce théologien, l'étiologie de vitiligo dans le Coran était inconnue, mais l'affection était considérée comme héréditaire et pas contagieuse.

Le nom vitiligo a été d'abord utilisé par physicien romain célèbre Celsus au deuxième siècle Bc dans son classique médical "de Medecina"(2).

De Celsus à la Période Moderne

Que ce que le vitiligo?

Le vitiligo est une dermatose hypochromiante qui touche environ **0.5% à 1% de la population en général** sans distinction d'âge, de race ni de sexe. Le vitiligo est actuellement classifié dans deux sous-types majeurs, le vitiligo segmentaire (SV) incluant des lésions focalisées, limitées à un segment du tégument qui ne progresse pas vers la maladie généralisée et le vitiligo non-segmentaire (NSV) qui correspond aux formes généralisés, symétriques, y compris le vitiligo acrofacial. Le vitiligo non-segmentaire est un trouble dépigmentant acquis caractérisé par une perte chronique et progressive des mélanocytes de l'épiderme et du réservoir folliculaire. **Bien que l'affection ne soit ni contagieuse, ni associée à un affaiblissement physique, elle représente toujours une cause de stigmatisation et de diminution de qualité de vie chez la population touchée. Le vitiligo est un défi en croissance pour les dermatologues à cause des besoins thérapeutiques non satisfaits**(3).

Plusieurs études au dix-neuvième siècle ont montré qu'il y avait une relation entre la dépigmentation de la peau cliniquement normale des patients de vitiligo et le frottement. Ce phénomène isomorphe décrit par Koebner dans le psoriasis s'applique au vitiligo et à d'autres dermatoses. Au cours du dernier siècle et jusqu'à présent, l'utilisation alternative des termes "de vitiligo" et "leukodermie" a perpétué une confusion dans la littérature médicale. Pearson, juste après la fin du dix-neuvième siècle décrit sous le nom leukodermie, une maladie qui semble être le vitiligo. Au vingtième siècle, la nature évasive de vitiligo a mené à plusieurs définitions prudentes sans avoir à établir une étiologie spécifique. " Le vitiligo peut être décrit comme une perte primaire, progressive, des mélanocytes d'étiologie toujours mystérieuse, cliniquement présenté par l'apparition des tâches hypopigmentés de la peau.

Simultanément, il y a eu beaucoup de tentatives de classifier le vitiligo, souvent avec des résultats discordants. Ces classifications ont été basées sur la distribution ou la localisation de des taches hypopigmentées (segmentaire ou généralisé) ou d'autre part type A, ou non dermatomal, considéré comme une maladie autoimmune et type B, ou dermatomal. On a considéré l'absence de dépigmentation de cheveux comme un pronostic favorable.

Jusqu'à présent, aucun mécanisme spécifique de vitiligo n'a été identifié et la seule caractéristique, établie au microscope électronique, est l'absence partielle ou totale de mélanocytes dans l'épiderme. Bien que la cause initiale de vitiligo reste inconnue, il y a des avancées significatives dans notre compréhension de ce désordre. On a proposé trois théories principales successivement. L'hypothèse neurogénique a suggéré qu'un produit chimique sortant des terminaisons nerveux dans la peau favoriserait la destruction mélanocytaire. La théorie d'autodestruction a affirmé que les mélanocytes pourraient être détruits par un échec du mécanisme protecteur normal qui enlève d'habitude les produits chimiques toxiques. La théorie d'autoimmunité plus récente a été basée sur une association fréquente avec des troubles autoimmunitaire et l'occurrence des anticorps dans ces patients.

Il reste à établir si le vitiligo est une maladie causé par un seul mécanisme spécifique ou plusieurs mécanismes différents aboutissant à la dépigmentation(3).

L'évolution des précurseurs à Photothérapie de Vitiligo

Le Papyrus Ebers (à peu près 1550 av JC), l'Atharva Veda (à peu près 1400 av JC), d'autre littérature médicale Indienne et Bouddhiste (à peu près 200 ap JC) et le manuscrit chinois de la période (à peu près 700 ap JC), fait la référence au traitement de vitiligo avec des graines noires de la plante Bavachee ou Vasuchika qui est actuellement appelé *Psoralea corylifolia*(2).

La photochimiothérapie a été pratiquée dans le monde ancien par les physiciens et les herboristes qui ont utilisé le fait de bouillir les extraits de feuilles, des graines, ou les racines d'*Ammi majus linnaeus* en Egypte ou *Psoralea corylifolia* en Inde, qui contient psoralens et plusieurs furocoumarins. Ces préparations faites de graines d'herbes, ont été ou appliqués à la peau ou ingéré avant l'exposition solaire. Dans l'ancien " système Ayurvedique de médecine", l'utilisation de *Psoralea corylifolia* pour inciter la repigmentation de vitiligo est soigneusement enregistrée. Dans "Charaka Samhita" l'utilisation topique et ou systémique de figes était recommandé aussi avant l'exposition au soleil. On connaît que des figes contiennent tant psoralens que glucosides de psoralens. Dans Atharva Veda (2000 - 1400 av JC) et beaucoup d'autres écritures de cette période, le traitement de vitiligo avec "bavacheree" (*Psoralea corylifolia*) sont décrits, associés avec l'exposition à la radiation solaire et adorant. C'est illustré dans Atharva Veda dans certaine poésie.

Selon des livres médicaux indiens, les deux herbes les plus appliquées et les plus efficaces étaient "Malapu" (*Ficus hispida*) et "Bawachi" (*Psoralea corylifolia*). Ces herbes ont été administrées oralement et suivi par une exposition à la lumière du soleil jusqu'à ce que la transpiration ait été observée. Des bulles apparaissent et après leur rupture, la repigmentation commence. Dans Ayurveda, l'association de traitement de gingembre séché, de poivre noir, des racines fermentées dans l'urine de la vache et la pommade locale avec une pâte faite de plusieurs herbes médicinales incluant *Psoralea corylifolia*, était incité pour la repigmentation de vitiligo.

Une autre plante importante *Ammi majus linnaeus* qui grandit partout dans la Vallée du Nil comme une mauvaise herbe, a été utilisée beaucoup de siècles av. JC comme un traitement pour leukoderma. Ibn el Bitar dans son livre du treizième siècle "Mofradat Al Adwiya," a décrit le traitement de vitiligo "barras" avec les graines d'Aatrillal (*Ammi majus*) associé à la lumière du soleil. Aatrillal a semblé être une thérapie recommandé pour leukoderma dans "Ben Shoerb", une tribu Berberian vivant dans le désert africain du Nord-Ouest. Des herboristes égyptiens ont utilisé ces herbes sous forme d'une poudre. A travers les âges, en Égypte, l'utilisation topique ou orale de graines de la plante *Ammi majus* suivi par l'exposition solaire, comme c'était mentionné plus tôt en Inde, était le traitement recommandé. Psoralens naturel a été trouvé dans plus de trente plantes, y compris le citron vert, le citron, la bergamote, le céleri et la figue(2).

Histoire Moderne de quelques Traitements de Vitiligo

-Photothérapies

En 1938, Kuske a examiné phytophotodermatite arrivant sur la peau qui a été en contact avec certaines plantes et qui était exposé au soleil. La recherche vaste a commencé en 1941 au Caire, l'Egypte, dans le laboratoire de Fahmi et son groupe. Trois composés cristallins ont été obtenus d'Ammi majus 1 et nommés ammoidin, ammidin et majudin. El Mofty était le premier, au début des années 1940, à utiliser cristallin methoxsalen suivi par l'exposition solaire pour le traitement de vitiligo. Les résultats ont été bonnes et bientôt ensuite deux ces composés, 8-methoxypsoralen et 8-isoamyleneoxypsoralen ont été produits par une société égyptienne au Caire. . En 1974, une nouvelle source lumineuse d'UVA de haute intensité a été initialement utilisée en combinaison avec 8-MOP orale ou 4-5-8 trimethyl psoralen pour le traitement de vitiligo. Il était le début de thérapie PUVA qui a permis d'inciter un bonne repigmentation de la peau en utilisant les melanocytes du réservoir folliculaire. La période de 1974 à 1988 était la période de photomédecine qui a établi l'efficacité thérapeutique de psoralens en association avec des UVA dans le traitement de vitiligo, le psoriasis et plusieurs autres maladies de peau. L'utilisation de PUVA a baissé pendant les 20 dernières années en raison de la preuve des effets destructeurs et carcinogénique en raison de cette technique et au développement parallèle de dispositifs d'irradiation UVB à bande étroite(2).

Problématique

1.1 Statut Social de Patients de Vitiligo à travers les Âges

L'histoire de vitiligo révèle beaucoup d'informations sur le stigmate social des patients souffrant de cette maladie. Dans la littérature Bouddhiste (624-544 av. JC) nous pouvons lire "des hommes et des femmes souffrant de cette maladie nommé Kilasa n'était pas éligible pour aller bien". Pareil dans "Rigveda" (le livre indien) les personnes souffrant de switra et leur progéniture ne sont pas qualifiés d'épouser d'autres".

Hérodote (484-425 av. JC) dans son livre "Clio", a écrit "si un persan a la lèpre ou la maladie blanche on ne lui permet pas d'entrer dans une ville ou avoir des transactions avec d'autre persan, il doit avoir péché contre le soleil. Les étrangers souffrant de cette maladie sont forcés de quitter le pays; des pigeons même blancs sont souvent chassés, comme coupable du même délit".

Dans Leviticus (XIII, 34), les maladies caractérisées par des taches blanches sont considérées comme une punition envoyée par Dieu : "quelqu'un avec ces affections de peau doit porter des vêtements déchirés et faire écheveler ses cheveux, il doit dissimuler sa lèvre supérieure et appeler malpropre, malpropre". Ainsi longtemps cette maladie persistait, il doit être considéré pratiquement malpropre et vivant à l'extérieur du camp ". Pendant beaucoup de siècles, le stigmate de lèpre a été renforcé par de vieux décrets et lois cruels.

En 1943, selon l'initiative de Pape Pius XII et le bureau Catholique américain, l'église a ajouté la note suivante en ce qui concerne Leviticus XIII : "les sortes diverses de défauts de peau sont traitées ici, qui n'était pas des contagions, mais a simplement disqualifié leurs sujets d'associations avec d'autres, jusqu'à ce que l'on les ait déclarés rituellement propre. Le terme hébreu utilisé ne se réfère pas à la maladie d'Hansen, actuellement appelée la lèpre "(2).

Des théologiens islamiques considèrent que baras est un défaut dans le couple. Ainsi, le mari ou la femme ont le choix pour divorcer. Des rois arabes ont parlé aux patients de vitiligo seulement derrière un écran comme annoncé par le poète Harrith bin Hilliza.

L'association trompeuse durable de contagiosité avec le vitiligo souligne le besoin des patients (ou leurs parents si des enfants) pour être rassuré de la nature non contagieuse de la maladie. Malheureusement, les patients avec le vitiligo sont toujours considérés socialement isolés dans quelques pays.

En Inde et peut-être ailleurs dans certains pays à cause de certaines croyances les patients atteints de vitiligo font face à des problèmes psychologiques et sociaux sévères. C'est plus aigu dans le cas de jeunes femmes et enfants. L'ancien premier ministre de l'Inde, Jawaharlal Nehru a classé le vitiligo comme un de trois problèmes majeurs de l'Inde, les deux autres étant la lèpre et le paludisme. Le vitiligo en Inde généralement connu comme leucoderma est malheureusement associé à certaines croyances religieuses. Dans quelques textes religieux

indiens où on croit à la réincarnation, il est dit qu'une personne qui a fait "le Guru Droh" Dans sa vie précédente souffre du vitiligo dans cette vie.

Ainsi Les patients touchés du vitiligo en Inde ont plus de problèmes sérieusement sentis parmi les jeunes femmes célibataires. C'est à cause de mariages arrangés. Une jeune femme avec vitiligo a peu de chance de se marier. Ainsi, les femmes mariées développant le vitiligo après leur mariage auront des problèmes pouvant aboutir au divorce(4).

Le vitiligo, sous différents noms, a été reconnu et craint pendant plusieurs siècles. Bien que la photothérapie moderne représente une amélioration des anciennes techniques d'herbes et exposition solaire connus dans le monde. Le traitement actuellement utilisé, y compris les techniques chirurgicales, a échoué dans un grand nombre de cas. Le stigmate historiquement associé à la maladie n'a pas disparu et des informations et des programmes éducatifs devraient être mis en place pour combattre ce problème, particulièrement la crainte de la contagion.

1.2 Statut social moderne des patients touchés par le vitiligo

Malgré l'abondance depuis de nombreuses années dans la littérature concernant les retentissements socioprofessionnels et psychoaffectifs des dermatoses, l'évaluation de la qualité de vie en dermatologie est très récente. La construction de l'index de qualité de vie a été surtout le fait de l'école de Cardiff et particulièrement de Finlay(5). Les index de qualité de vie sont la plupart de temps utilisés dans les essais thérapeutiques. Des nombreuses auteurs insistent sur l'auto mesure subjective par les malades eux mêmes de leur qualité de vie et sa modification en fonction d'un traitement ou de la maladie elle-même et sa symptomatologie(6).

La construction d'échelles permettant l'appréciation de qualité de vie des patients et de leur famille, se développe. De nombreuse recherche sont actuellement mise en place.

La mesure de qualité de vie en dermatologie a surtout concerné certains maladies comme l'hirsutisme, le psoriasis, l'eczéma, l'alopecie chez les femmes, les dermatoses chez les enfants, les ulcères des jambes, les onychomycoses, les infections des pieds chez les diabétiques, les troubles des pigmentations.

Les troubles de pigmentations sont des tâches hypopigmentées ou hyperpigmentées de la peau visibles à cause du contraste présent entre la couleur naturel de la peau et celle des tâches.

Comme exemple de tâches hypopigmentées l'albinisme, la lèpre et le vitiligo le plus commun de ses troubles pigmentaires.

1.3 Le vitiligo chez les Adolescents

L'âge de début De la maladie peut varier; en environ la moitié des patients déclenchent la maladie avant l'âge de 18 ans, tandis qu'un quart d'entre eux ont des symptômes avant l'âge de 8 ans(7).

Le vitiligo représente un fardeau psychosocial. Chez les adultes, beaucoup de patients de vitiligo souffrent d' une stigmatisation, une diminuation d'estime de soi et un isolement social.

De même les relations interpersonnelles ou sociales, professionnels, la vie sexuelle peuvent être affectées. La majorité d'études sur l'impact psychosocial de vitiligo Ont été conduit chez des adultes et une minorité reste connue sur les effets psychosociaux de vitiligo chez les adolescents, bien que chez la moitié des patients leur maladie se déclare avant l'âge de 18 ans.

Les adolescents étant dans une période de développement croissant psychosocial et vulnérabilité émotionnelle et comme l'accent sur l'apparence physique devient un aspect important de son estime de soi. C'est donc important de révéler l'adaptation psychosociale De vitiligo dans une population adolescente. S.Choi et Al(7) dans une étude menée sur des adolescents âgés de 12 à 18 ans en Korée a montré que la qualité de vie des adolescents atteints de vitiligo est fortement rapprochée des appréhensions des patients de leur maladie, d'ajustement psychosocial et

morbidité psychiatrique, plutôt que la sévérité clinique de la condition elle-même. Les cliniciens devraient reconnaître et traiter avec une adaptation psychologique au long de l'intervention médicale quand ils traitent des adolescents touchés de vitiligo.

1.4 Des données contradictoires

Le vitiligo a été estimé par beaucoup de médecins comme étant seulement un problème cosmétique, causant peu de retentissement physique; cependant, ces problèmes cosmétiques sont aggravés chez des individus à peau foncée à cause du fort contraste entre la couleur naturelle de la peau et les lésions blanches dépigmentées et peuvent causer des Problèmes psychologiques.

Peu de traitements sont vraiment efficaces et les résultats prennent beaucoup du temps pour être appréciés, par exemple la photothérapie. Comme le vitiligo ne cause pas de Prurit sévère ni de douleur, la communauté médicale sous-estime Les conséquences psychosociales de la maladie. La plupart des études d'impact sur la qualité de vie des patients touchés de vitiligo ont été conduit dans des pays Occidentaux, Inde et l'Iran. La prévalence de morbidité psychiatrique Associé au vitiligo s'est étendue de 25 % à 30 % en Italie et grande Bretagne(8,9) et de 56 % à 75 % en Inde(10). Prises Ensemble, ces études ont montré que les patients avec le vitiligo ayant une faible image de corps, baisse d'estime de soi et isolement social Causé par les sentiments d'embarras et qu'ils éprouvent un niveau considérable d'incapacité.

Les données concernant L'impact relatif des facteurs objectifs et subjectifs sont un peu contradictoires. Les femmes sont plus embarrassées dans leur ordre de vie quotidienne que les hommes. Quelques études ont montré que les patients présentant des lésions visibles ont été plus stigmatisés que les autres patients. Que l'âge Jeune et Le niveau socio-économique pourraient influencer l'ajustement.

Que les patients âgés de plus que 40 ans sont plus à risque de diminution de qualité de vie. Cependant, la diminution de qualité de vie est variablement évaluée dans les études. Les échelles diffèrent d'une étude à une autre et en conséquence, les résultats ne peuvent pas être comparés. Salzer et Schallreuter(11) ont reporté que 75 % des patients atteints de vitiligo ont trouvé leur défiguration modérément ou Sévèrement intolérable.

Pour Kent et Alabadie(8) ont reporté que 59 % des patients affirment que le vitiligo avait affecté leurs vies récemment. Ces considérations n'ont pas rapprochées la sévérité de la maladie mais plus la baisse d'estime de soi, la stigmatisation perçue, l'invalidité et l'âge jeune.

Plus Récemment, Sampogna(9) a identifié des catégories de patient à risque d'une forte diminution de qualité de vie. Ces patients étaient surtout des femmes âgées de plus de 40 ans, avec des lésions visibles.

Plusieurs études ont utilisés l'échelle de DLQI (dermatologie life quality index) pour estimer l'impact de vitiligo sur la qualité de vie des patients. Le score était de 7.17 sur une population française(12), de 6.9 sur une population belge(13), des effets plutôt modérés sur des populations à peau claire. Par contre le score de DLQI sur une population indienne était de 10.67(10), de 11.4 pour les femmes iraniennes et de 8.8 pour les hommes iraniens(12,13). Cette différence peut soutenir l'idée que la couleur de peau influence significativement l'impact de cette maladie sur les Patients. Ça semble logique et probablement expliqué par les différences entre les patients de phototypes claires inclus dans les pays Occidentaux et Patients aux phototypes foncés inclus dans les études Indiennes ou études Iraniennes .Concernant le sexe, Borimnejad et Al(14) en Iran a trouvé des différences significatives en DLQI entre hommes et femmes. Des différences Culturels et religieuses peuvent aussi être prises en considération pour expliquer de telles contradictions.

Plusieurs questions peuvent se poser par rapport au vitiligo et son impact psychosocial:

- Y a-t-il une différence significative entre l'impact du vitiligo sur la qualité de vie des adolescents et celle des adultes ?
- Il existe une différence d'impact de vitiligo entre les pays occidentaux et les pays en voie de développement, cette différence porte elle sur le DLQI ?
- Cette différence porte elle sur la différence de phototype ou d'ethnie existants entre ces pays ?
- L'estime de soi, l'image du corps et la sévérité perçue par les patients influencent t-ils l'impact de vitiligo sur leur qualité de vie ?
- Les différences socioculturelles et leurs influences sur la différence d'impact de vitiligo sur la qualité de vie des patients dans les différents pays ?
- La prise en charge psychologique des patients atteints de vitiligo et son rôle pour améliorer leur qualité de vie ?

Contexte et justification

En résumé, le sexe, l'âge, le niveau socio-économique et d'autres variables Comme la durée de maladie, l'extension de la maladie et l'âge de début sont des facteurs possibles de la diminution de qualité de vie. Les études ont apporté des forts arguments pour la diminution en qualité de vie chez les patients atteints de vitiligo, bien que la corrélation entre les facteurs objectifs et subjectifs et cette diminution soit toujours Controversé. **Il existe une différence d'impact sur la qualité de vie des patients atteints de vitiligo entre les pays européens et les pays en voie de développement. Aucune étude comparative de cet impact entre deux pays différents n'a été faite jusqu'à présent dans la littérature.**

Objectif principal

Comparer l'impact sur la qualité de vie des patients atteints de vitiligo

Objectif spécifique

Cette différence d'impact sur la qualité de vie porte sur le DLQI.

Cette différence porte encore sur l'estime de soi et l'image du corps.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale d'impact du vitiligo sur la qualité de vie des patients. Prenant en compte le phototype et la saisonnalité. Par ailleurs, en prolongement d'une étude antérieure, l'impact de la sévérité perçue du vitiligo perçue sur la qualité de vie et l'image du corps sera évalué ainsi que l'effet de l'estime de soi sur la sévérité perçue et la qualité de vie. **Les résultats seront analysés par rapport au phototype, non étudié auparavant sur la littérature.**

Le recrutement des patients dans notre étude:

1-Un recrutement systématique des patients suivis au sein du service de dermatologie de l'hôpital saint André à Bordeaux pour les consultations de vitiligo. (Recrutement entre la période Mai-Juillet 2010).

Critère d'inclusion: âge 18 ans ou plus. Tous types de vitiligo segmentaire ou non segmentaire.

Après leur consentement oral, un entretien parallèle à la consultation est effectué au cours duquel on leur propose de répondre à une batterie de questionnaires qui sont par ordre :

1. données sociodémographiques.
2. l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, 1979.
3. Le questionnaire de l'image du corps de Bruchon-Schweitzer, 1981.
4. Le questionnaire de DLQI de Finlay, Khan 1992. (Modifié par rapport à l'impact durant l'année)(5).
(version française pour la population française et version arabe pour la population égyptienne).
5. VETF evaluation form July 2006, (évaluation clinique et échelle de sévérité perçue).

Une masque et une saisie des données sera faite en utilisant le logiciel EPIINFO.

Une analyse statistique descriptive et une régression linéaire multiple des différents variables.

Résultats

Tableau (1): caractéristiques des patients

	Fréquence	Pourcentage
SEXE		
féminin	29	58.0
masculin	21	42.0
SAISONS		
été	45	90.0
hiver	2	4.0
identique	3	6.0
Phototype		
II	9	18.0
III	23	46.0
IV	18	36.0
ETHNIE		
africain	2	4.0
arabe	4	8.0
caucasien	16	32.0
européen	28	56.0
AGE		
Range	18 - 73	
Mean±S.D.	40.65 ±15.048	
Sévérité perçue		
Range	0-10	
Mean±S.D.	4.46±2.620	

Tableau (2): ANALYSE DESCRIPTIVE

	Min.	Max.	Mean	S.D
ES TOT	23	37	30.96	3.769
DLQI TOT	0	16	4.28	4.071
IC TOT	49	67	57.56	4.436

ES TOT: score total d'estime de soi

DLQI TOT: score total de DLQI

IC TOT: score total d'image de corps

Tableau (3): Relation entre phototype, estime de soi, DLQI et image de corps.

	Phototype			F, p
	II	III	IV	
ESTOT	29.22±4.265	31.17±3.243	31.56±4.090	1.230 .302
DLQITOT	4.22±3.801	4.43±3.603	4.11±4.910	.032 .969
ICTOT	58.78±4.236	56.57±4.601	58.22±4.278	1.124 .334

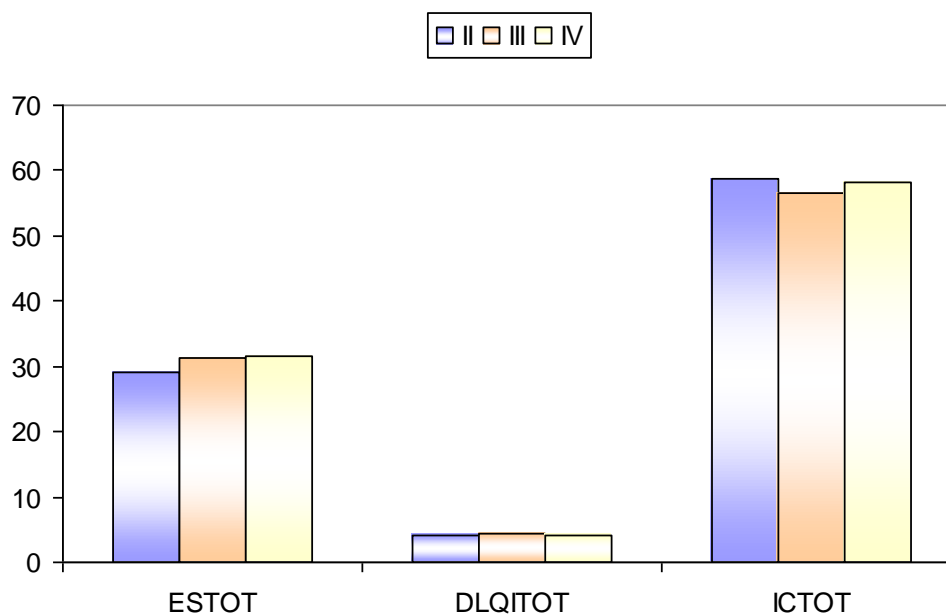


Fig. (1): Relation entre phototype, estime de soi, DLQI et image de corps.

Tableau (4): Relation entre le sexe, estime de soi, DLQI et image de corps.

	sexe		T
	féminin	masculin	p
ESTOT	30.03± 3.914	32.24 ± 3.223	4.458 .040
DLQITOT	4.79 ± 4.195	3.57 ± 3.880	1.099 .300
ICTOT	55.28 ± 3.239	60.71 ± 3.939	28.625 .000

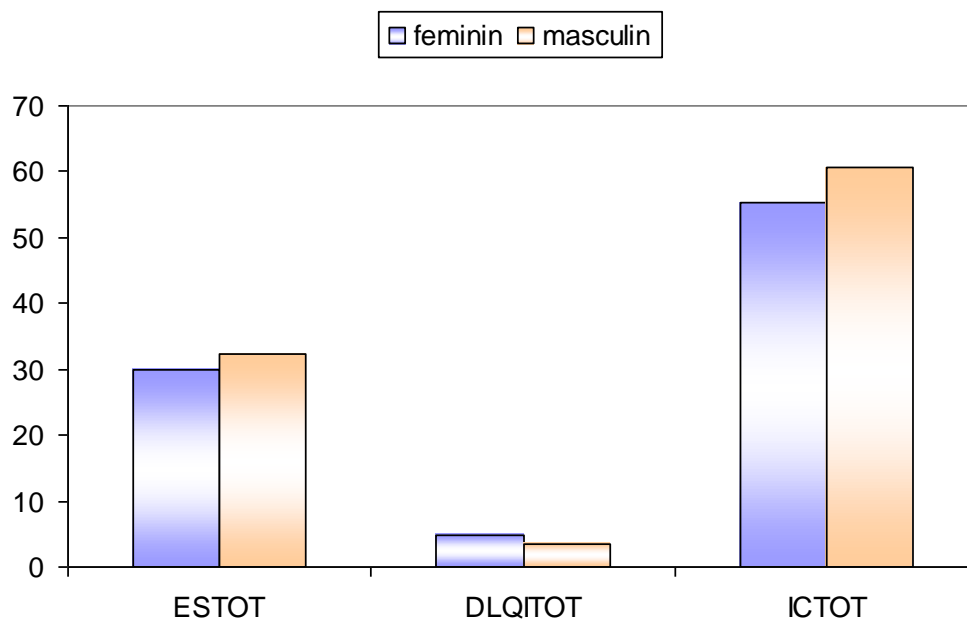


Fig. (2): Relation entre le sexe, estime de soi, DLQI et image de corps.

Tableau (5): Corrélations entre les différents paramètres étudiés.

		AGE	Sévérité perçue	ES TOT	DLQI TOT
ES TOT	Pearson Correlation	-.091	.054		
	p	.533	.712		
DLQI TOT	Pearson Correlation	.029	.474	-.060	
	p	.843	.001	.677	
IC TOT	Pearson Correlation	-.066	.021	.244	-.074
	p	.650	.883	.087	.608

Tableau (6): Relation entre ethnie, estime de soi, DLQI et image de corps.

	Ethnie				F, p
	Africain	Arabe	Caucasien	Européen	
ES TOT	34.00±4.243	33.75±4.717	30.00±3.518	30.93±3.658	1.588 .205
DLQI TOT	11.50±4.950	6.50±5.972	3.82±2.963	3.70±3.940	3.098 .036
IC TOT	57.00±1.414	61.25±3.500	58.12±4.498	56.70±4.479	1.390 .258

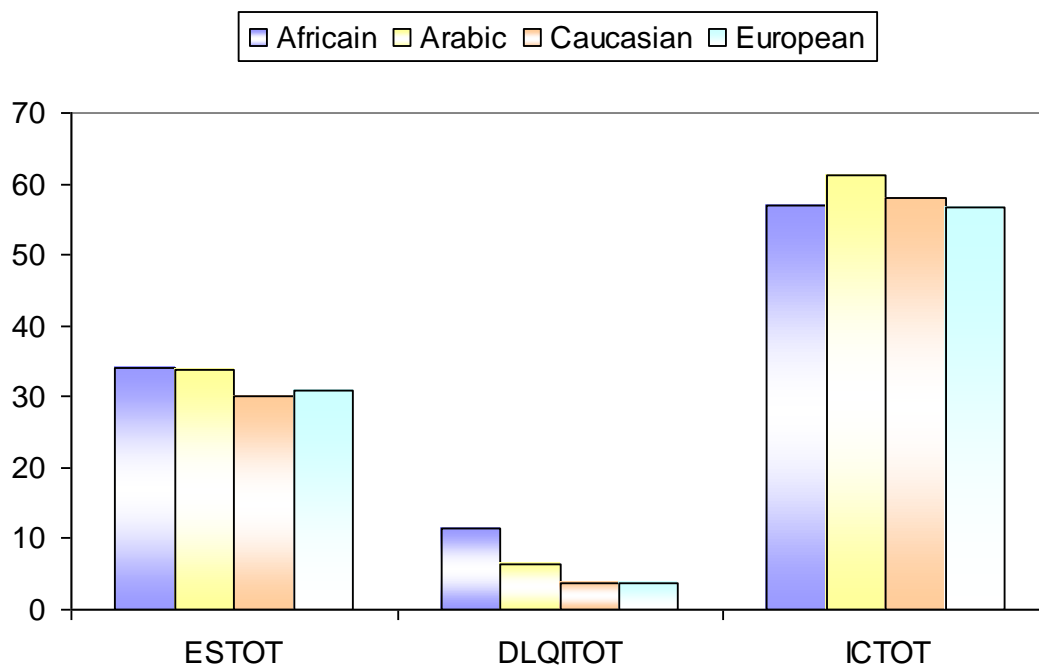


Fig. (3): Relation entre ethnie, estime de soi, DLQI et image de corps.

Tableau (7): modèle de régression qui détermine les facteurs les plus significatifs affectant le DLQI

Variables Entered/Removed

Model	Variables Entered	Dependent variable	Method
1	Ethnie, severite' percue, ESTOT, ICTOT, AGE, Phototype	DLQI	Enter

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.642	.412	.328	3.348

ANOVA

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	330.221	6	55.037	4.909	.001
	Residual	470.881	42	11.211		
	Total	801.102	48			

Coefficients

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	24.459	8.828		2.771	.008
AGE	-.036	.036	-.134	-1.004	.321
Sévérité perçue	.817	.204	.529	4.007	.000
Phototype	-.938	.800	-.167	-1.173	.247
ES TOT	-.112	.135	-.104	-.827	.413
IC TOT	-.142	.115	-.155	-1.234	.224
Ethnie	-2.276	.729	-.451	-3.120	.003

Caractéristiques des Patients

La table (1) a montré les différents caractéristiques des patients, elle a démontré que les patients inclus dans cette étude sont de 42.0 % hommes et de 58.0 % femmes.

Dans notre étude, 90.0 % des patients étaient plus gênés par les tâches de vitiligo en été, 4.0 % en hiver et 6.0 % étaient identiques.

La plupart des patients étudiés (46.0 %) étaient de phototype III, 36.0 % étaient de phototype IV et 18.0 % étaient de phototype II.

La plupart des échantillons étudiés (56.0 %) étaient européens, 32.0 % étaient Caucasiens, 8.0 % étaient arabes et seulement 4.0 % étaient africains.

L'âge s'est étendu entre 18-73 ans avec un moyen de 40.65 ± 15.048 ans.

La sévérité Perçue s'est étendue entre 0-10 avec le moyen de 4.46 ± 2.620 .

Analyse Descriptive

La table (2) a montré l'analyse descriptive des patients inclut dans l'étude, elle a illustré que, le score d'estime de soi s'est étendu entre 23-37 avec le moyen de 30.96 ± 3.769 . Le score de DLQI s'est étendu entre 0-16 avec le moyen de 4.28 ± 4.071 et le score d'image de corps s'est étendu entre 49-67 avec le moyen de 57.56 ± 4.436 .

Relation

La table (3) figure (1) ont montré la relation entre le phototype et le score d'estime de soi, il a démontré que, le moyen d'ES TOT étaient de 29.22 ± 4.265 , 31.17 ± 3.243 et 31.56 ± 4.090 pour II, III et IV, le moyen de DLQI TOT étaient 4.22 ± 3.801 , 4.43 ± 3.603 et 4.11 ± 4.910 pour II, III et IV. Le moyen de score d'image de corps étaient de 58.78 ± 4.236 , 56.57 ± 4.601 et 58.22 ± 4.278 pour II, III et IV respectivement. Il n'y avait aucune différence significative entre le phototype et les scores d'estime de soi, d'image de corps et le DLQI.

La table (4) figure (3) ont montré la relation entre le sexe et les scores d'estime de soi, l'image du corps et le DLQI. Il a démontré que, le moyen d'ES TOT étaient 30.03 ± 3.914 et 32.24 ± 3.223 pour les femmes et les hommes respectivement. Les scores des hommes étaient statistiquement plus élevés que les femmes. ($P=0.040$). Le moyen d'IC TOT était 55.28 ± 3.239 et 60.71 ± 3.939 pour les femmes et les hommes respectivement. Les scores des hommes étaient statistiquement plus élevés que celles des femmes. ($P=0.000$). Le moyen de DLQI TOT était 4.79 ± 4.195 et 3.57 ± 3.880 pour les femmes et les hommes respectivement. Il n'y avait aucune différence significative statistique entre les deux sexes ($P=0.300$).

La corrélation entre les différents paramètres étudiés illustrés dans la table (5), a montré que, il n'y avait aucune corrélation statistique entre les différents paramètres étudiés, sauf entre DLQI et la sévérité perçue, il y avait une corrélation positive ($P=0.001$).

La table (6) figure (3) ont montré la relation entre ethnie et le score d'estime de soi, l'image du corps et le DLQI, il a illustré que, le moyen d'ES TOT était 34.00 ± 4.243 , 33.75 ± 4.717 , 30.00 ± 3.518 et 30.93 ± 3.658 pour africain, arabe, Caucasiens et Européen respectivement. Il n'y avait aucune différence significative statistique ($P=0.205$). Le moyen de DLQI TOT étaient 11.50 ± 4.950 , 6.50 ± 5.972 , 3.82 ± 2.963 et 3.70 ± 3.940 pour africain, arabe, Caucasiens et Européen respectivement. Le moyen d'africain était statistiquement plus haut que les autres, ($P=0.036$). Le moyen d'IC TOT étaient 57.00 ± 1.414 , 61.25 ± 3.500 , 58.12 ± 4.498 et 56.70 ± 4.479 pour africain, arabe, Caucasiens et Européen respectivement. Il n'y avait aucune différence significative statistique. ($P=0.258$)

Le modèle de relation pour déterminer les facteurs les plus significatifs affectant le score de DLQI

La table (7) a montré le modèle de relation pour déterminer les facteurs les plus significatifs, il a démontré que, la sévérité Perçue et ethnies étaient significativement en relation avec DLQI. ($P=0.0001$ et 0.003 respectivement).

Discussion

Dans notre étude, sur 50 patients dont 29 femmes et 21 hommes il n'y avait statistiquement aucune différence significative liée au sexe sur l'impact de vitiligo sur leur vie quotidienne selon le score de DLQI.

Malgré qu'il y avait une différence significative selon le sexe et les scores d'estime de soi et d'image de corps ; en général les hommes avaient des scores plus élevés mais ses scores n'ont pas mené à une différence significative sur l'impact de leur maladie sur leur vie quotidienne.

De même pour l'âge étendu entre 18–73 avec un moyen de 40.65 ± 15.048 il n'y avait aucune différence statistiquement significative sur le score de DLQI.

La plupart des patients dans notre étude étaient de phototype III (23/50 patients), il n'y avait aucune différence significative statistiquement entre le phototype et le score de DLQI par contre ce qui était significative statistiquement c' est la relation entre l'ethnie et l'impact du vitiligo sur la qualité de vie quotidienne des patients selon le score de DLQI ($P=0.003$), dans notre étude dont la plupart des patients étaient Caucasiens et européens respectivement , et le reste était Africain et Arabe, l'ethnie Africain était plus gênée par le vitiligo que l'ethnie européens ou caucasiens.

Malgré cette différence statistiquement significative, le nombre d'effectifs des ethnies africains (2 patients) ou arabe (4 patients) dans notre échantillon n'était pas suffisant pour que ça soit représentatif de la population en générale.

Pareil le nombre d'effectifs de chaque phototype II, III, IV n'était pas suffisant pour montrer une différence statistiquement significative.

De même dans notre étude l'effet d'avoir un score plus élevé d'estime de soi ou d'image de corps n'avait pas une différence statistiquement significative sur le score de DLQI.

La perception subjective des patients de la sévérité de leur maladie était associée à un changement d'impact statistiquement significative sur leur vie quotidienne.

Plus la perception subjective des patients de leur maladie de vitiligo était élevée, plus l'impact sur leur vie quotidienne était élevé avec des scores plus élevés de DLQI ($P=0.0001$).

De même, dans notre étude 90% des patients ont déclarés qu'ils sont plus gênés par le vitiligo en été l'effet que les tâches de vitiligo deviennent plus visibles après l'exposition solaire et nécessitant un choix spécial des vêtements pour les cachées.

D'après Parsad et Al, Il n'y avait pas statistiquement une différence significative entre les patients

masculins ou féminins et le score de DLQI par contre Il y avait des relations statistiquement significatives entre le score de DLQI et l'âge ($P < 0.001$).

Parsad et Al, dans une étude de 150 patients de vitiligo, ils ont évalué la nature et la mesure des difficultés sociales et psychologiques associées à la maladie et leur impact sur le résultat de traitement en utilisant l'Indice de Qualité de Vie de Dermatologie [DLQI]. Leurs résultats ont clairement démontrés que les patients avec le score DLQI plus élevé ont répondu moins favorablement à une modalité thérapeutique donnée suggérant ainsi que des approches psychologiques supplémentaires puissent être particulièrement utiles pour ces patients. Papadopoulos et Al, ont montré que le conseil peut aider à améliorer l'image de corps, l'estime de soi et la qualité de vie des patients touchés par le vitiligo, ayant aussi un effet positif sur le pronostic de la maladie. Il est important de reconnaître et traiter les composants psychologiques de cette maladie pour améliorer leur qualité de vie et obtenir une meilleure réponse au traitement.

S Choi et Al, Comparé avec des études précédentes conduites sur des patients adultes, leur 'étude a montré relativement une meilleure qualité de vie fonctionnel et émotionnel chez les adolescents. D'une étude récente conduite sur 181 patients adultes, signifie que les sous-échelles fonctionnelle et émotionnelle étaient 22.4 et 37.2 respectivement. Ce qu'ils ont expliqués qu'une relativement grande proportion des participants à leur étude avait une activité légère de la maladie et une durée plus courte de la maladie comparée avec les patients dans des études précédentes. Plus d'études plus contrôlées sont exigées pour examiner la qualité de vie (QOL) des patients atteints de vitiligo dans des tranches d'âge différentes pour évaluer comment Les changements de développement influencent la qualité de vie. Une qualité de vie Détériorée en termes fonctionnelle et émotionnelle était significativement corrélée avec la sévérité de vitiligo évaluée par le patient, mais pas avec la sévérité objective, comme mesure de la maladie. Cette observation est en accord avec d'autres rapports que l'impact d'une maladie cutanée sur la qualité de vie ne correspond pas nécessairement avec la sévérité objective et clinique observé par le médecin.

Dans leur étude, ils ont constaté que les adolescents avec le vitiligo sur leurs visages avaient une qualité de vie fonctionnelle plus mauvaise que leurs homologues.

De même d'après S Choi et Al(7), un style de vie isolé peut être une conséquence de faire face aux lésions de peau sur des zones exposées. Ces découvertes suggèrent que des emplacements anatomiques doivent être incorporés dans un système de notation de sévérité. Les patients avec une

durée plus longue de vitiligo ou avec une histoire d'essais thérapeutiques ont aussi montré un faible QoL fonctionnel.

Linthorst Homan et Al(15), leurs résultats ont plus montré que le vitiligo généralisé avait particulièrement un impact sur le HRQL des patients avec une peau foncée (phototype IV-VI), de même les patients avec le vitiligo sur le tronc et les patients qui avaient un traitement antérieur. Le phototype de peau était la seule caractéristique clinique qui a été indépendamment associée avec le HRQL spécifique de dermatologie.

Ils ont étudié un grand échantillon de patients avec une répartition de sexe presque égale et avec une large variation dans le contexte ethnique par contraste aux autres études du HRQL chez des patients atteints de vitiligo.

Un quart des patients participants dans leur étude avait une peau foncée. Ces patients ont été originaires de Suriname, l'Inde, le Maroc, la Turquie, Curacao, l'Indonésie, la Chine, ou l'Afghanistan. Porter et Beuf(16), ont annoncé l'effet de race sur l'apparence détériorée et ont constaté que la race ou l'ethnie n'a pas été significativement associée au score de l'estime de soi et le degré par lequel les patients sont gênés par le vitiligo. Au contraire à Linthorst Homan et Al, sur leur échantillon étudié, les patients à peau foncées ont reportés plus d'impact sur le HRQL que les patients à peau claires.

De même leurs résultats impliquent que les femmes atteints du vitiligo ont évidemment plus de détresse dans leurs vies sociales et des relations interpersonnelles que les hommes atteints du vitiligo. Ce résultat correspond bien à un rapport récent, qui a montré que des femmes Musulmanes iraniennes avec le vitiligo en Iran ont éprouvé une diminution QOL plus grande que leurs partenaires masculins(14).

Kostopoulou et Al(12), dans leur population étudié composé principalement de patients blancs, le score moyen de DLQI était 7.17 qui indiquent un effet modéré sur la vie du patient. Des différences significatives entre des hommes et des femmes n'ont pas été trouvées. Ongenae et Al(17), en Belgique a trouvé aussi un effet modéré de vitiligo sur les patients QoL (DLQI de 6.9). Au contraire, Parsad et Al(10), dans une population avec un phototype plus foncées en Inde, a trouvé un score de DLQI moyen plus haut (10.67) mais aucune différence de genre significative. Cette différence peut supporter l'idée que la couleur de peau influence significativement l'impact de cette maladie sur les patients QoL. Le dernier semble logique et explique probablement les différences entre des patients de phototype clair dans des pays occidentaux et des patients de phototype plus foncées dans les Études Iraniennes ou Indiennes. Concernant le genre, seulement Borimnejad et Al(14), en Iran a trouvé des différences

significatives de DLQI entre hommes et femmes. Des différences culturelles et religieuses peuvent être aussi considérées pour expliquer cette différence.

l'importance de perception de maladie sur la situation psychologique des patients ont été montré dans d'autres maladies chroniques comme psoriasis et l'hépatite chronique C. Kostopoulou et Al(12), ont constaté que la sévérité perçue de vitiligo était principalement expliqué par la personnalité des patients (trait d'anxiété, trait de dépression et le trait d'estime de soi) et moins significativement expliqués selon les critères objectifs cliniques.

D'autres facteurs comme le genre, l'âge et la durée de maladie ne semblent pas influencer le QoL des patients. Au contraire, les facteurs connectés avec la sévérité de maladie, perçue ou objectif et aussi avec la personnalité des patients pourraient être responsables d'une diminution de QoL. Ongenae et Al(18), a trouvé que l'extension de la maladie et la sévérité de maladie sont des forts prédicateurs de QoL des patients.

Dans une étude sur 78 patients, Ongenae et Al(13), a noté que les femmes ont été plus embarrassées de leur maladie, avec plus de Détérioration dans leur ordre du jour et plus influencées dans leur choix de vêtements qu'étaient les Hommes.

Conclusion

Malgré qu'il y avait une différence significative selon le sexe et les scores d'estime de soi et d'image de corps ; en général les hommes avaient des scores plus élevés mais ses scores n'ont pas mené à une différence significative sur l'impact de leur maladie sur leur vie quotidienne (DLQI).

Plus d'études ayant un nombre d'effectifs suffisant pour que ça soit représentative, sont nécessaires pour étudier l'effet des races différents, le phototype, ou l'effet d'avoir une peau beaucoup plus foncées que les autres avec des tâches plus visible que ceux ayant une peau plus claire sur la diminution de qualité de vie des patients atteints de vitiligo .

La perception subjective des patients de la sévérité de leur maladie était associée à un changement d'impact statistiquement significatif sur leur vie quotidienne.

La plupart des patients ont déclarés qu'ils étaient plus gênés par le vitiligo en été l'effet que les tâches de vitiligo deviennent plus visibles après l'exposition solaire et nécessitant un choix spécial des vêtements pour les cachées.

Le conseil et l'assistance psychologique peut aider à améliorer l'image de corps, l'estime de soi et la qualité de vie des patients touchés par le vitiligo, ayant aussi un effet positif sur le pronostic de la maladie. Il est important de reconnaître et traiter les composants psychologiques de cette maladie pour améliorer leur qualité de vie et obtenir une meilleure réponse au traitement.

D'autres facteurs comme le genre, l'âge et la durée de maladie ne semblent pas influencer la qualité de vie des patients.

Plus d'études plus contrôlées sont exigées pour examiner la qualité de vie (QOL) des patients atteints de vitiligo dans des tranches d'âge différentes pour évaluer comment Les changements de développement influencent la qualité de vie.

Références bibliographiques

1. Taïeb O, Heidenreich F, Baubet M, Moro M. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2005;35:173-185.
2. Gauthier Y, Benzekri L. Historical aspects. Dans: *Vitiligo*. verlag berlin heidelberg: Picardo Mauro, Taïeb Alain; 2010. p. 3-9.
3. Gauthier Y, Cario Andre M, Taïeb A. A critical appraisal of vitiligo etiologic theories. Is melanocyte loss a melanocytorrhagy? *Pigment Cell Res*. 2003 Aoû;16(4):322-332.
4. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:58.
5. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin. Exp. Dermatol*. 1994 Mai;19(3):210-216.
6. Consoli S, Chastaing M, Misery L. Psychiatrie et dermatologie. *Dermatologie*. 2010;98:874-A-10.
7. Choi S, Kim D, Whang S, Lee J, Hann S, Shin Y. Quality of life and psychological adaptation of Korean adolescents with vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010 Mai;24(5):524-529.
8. Kent G, al-Abadie M. Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *Clin. Exp. Dermatol*. 1996 Sep;21(5):330-333.
9. Sampogna F, Raskovic D, Guerra L, Pedicelli C, Tabolli S, Leoni L, et al. Identification of categories at risk for high quality of life impairment in patients with vitiligo. *Br. J. Dermatol*. 2008 Aoû;159(2):351-359.
10. Parsad D, Pandhi R, Dogra S, Kanwar AJ, Kumar B. Dermatology Life Quality Index score in vitiligo and its impact on the treatment outcome. *Br. J. Dermatol*. 2003 Fév;148(2):373-374.
11. Salzer BA, Schallreuter KU. Investigation of the personality structure in patients with vitiligo and a possible association with impaired catecholamine metabolism. *Dermatology (Basel)*. 1995;190(2):109-115.
12. Kostopoulou P, Jouary T, Quintard B, Ezzedine K, Marques S, Boutchnei S, et al. Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: the experience from a French referral centre. *Br. J. Dermatol*. 2009 Juil;161(1):128-133.
13. Ongenaë K, Dierckxsens L, Brochez L, van Geel N, Naeyaert JM. Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effect of the use of camouflage. *Dermatology (Basel)*. 2005;210(4):279-285.
14. Borimnejad L, Parsa Yekta Z, Nikbakht-Nasrabadi A, Firooz A. Quality of life with vitiligo: comparison of male and female muslim patients in Iran. *Gend Med*. 2006 Juin;3(2):124-130.

15. Linthorst Homan MW, de Korte J, Grootenhuis MA, Bos JD, Sprangers MAG, van der Veen JPW. Impact of childhood vitiligo on adult life. *Br. J. Dermatol.* 2008 Sep;159(4):915-920.
16. Porter J, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB. Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo. *Gen Hosp Psychiatry.* 1979 Avr;1(1):73-77.
17. Ongenaë K, Van Geel N, De Schepper S, Naeyaert JM. Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. *Br. J. Dermatol.* 2005 Juin;152(6):1165-1172.
18. Ongenaë K, Beelaert L, van Geel N, Naeyaert J. Psychosocial effects of vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006 Jan;20(1):1-8.

2 Liste des illustrations

Fig. (1): Relation entre phototype, estime de soi, DLQI et image de corps.	17
Fig. (2): Relation entre le sexe, estime de soi, DLQI et image de corps.	18
Fig. (3): Relation entre ethnie, estime de soi, DLQI et image de corps.	20

3 Liste des tableaux

Tableau (1): caractéristiques des patients	15
Tableau (2): ANALYSE DESCRIPTIVE	16
Tableau (3): Relation entre phototype, estime de soi, DLQI et image de corps.....	17
Tableau (4): Relation entre le sexe, estime de soi, DLQI et image de corps	18
Tableau (5): Corrélations entre les différents paramètres étudiés.	19
Tableau (6): Relation entre ethnie, estime de soi, DLQI et image de corps.	20
Tableau (7): modèle de régression qui détermine les facteurs les plus significatifs affectant le DLQI	21