

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
RAPPELS	2
I. HISTOLOGIE ET HISTOPHYSIOLOGIE DE LA PEAU	2
I.1. Histologie de la peau.....	2
I.2. La vascularisation et l'innervation.....	3
I.3 Rôle de la peau.....	4
II. EMBRYOGENESE DES MELANOCYTES ET MELANOGENESE.....	4
II.1 Histogenèse des mélanocytes de l'épiderme et des follicules pileux	4
II.2 La mélanogenèse	5
III. RAPPELS THEORIQUES SUR LE VITILIGO	6
III.1 Généralités.....	6
III.2 Clinique	8
III.3 Diagnostic	13
III.4 Examens paracliniques	15
III.5 Prise en charge	16
IV. QUALITE DE VIE.....	20
IV.1 Définition	20
IV.2 Qualité de vie liée à la santé	20
IV.3 Méthode d'évaluation de la qualité de vie	21
METHODES ET RESULTATS	22
I. METHODES.....	22
I.1 Type de l'étude	22
I.2 Cadre de l'étude	22
I.3 Le questionnaire utilisé : le questionnaire qualité de vie en dermatologie	22
I.4 Population étudiée.....	23
I.4.1 Sélection des patients	23
I.4.2 Paramètre de l'étude	24
II. RESULTATS.....	33
II.1 Résultats du recrutement	33

II.2 Paramètres démographiques	34
II.3 Etat clinique	37
II.4 La qualité de vie	40
DISCUSSION	51
I. DISCUSSION	51
I.1 Paramètre démographique	51
I.2 Etat clinique	54
I.3 La qualité de vie	59
II. LES LIMITES	68
CONCLUSION.....	69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I	: Classification du vitiligo10
Tableau II	: Traitement des scores pour chaque domaine31
Tableau III	: Réponses à la première question « Votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ? » 41
Tableau IV	: Réponses à la deuxième question « Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ? » 41
Tableau V	: Réponses à la troisième question « Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ? » 42
Tableau VI	: Réponses à la quatrième question « Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ? » 43
Tableau VII	: Réponses à la cinquième question « votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs? » 44
Tableau VIII	: Réponses à la sixième question « avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ? » 44

Tableau IX : Réponses à la septième question « votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ? ». « Si la réponse est non, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ? » 45

Tableau X : Réponses à la huitième question « votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre conjoint(e),vos amis proches ou votre famille ? » 46

Tableau XI : Réponses à la neuvième question « votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ? » 46

Tableau XII : Réponses à la dixième question « le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il posé un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ? » 47

Tableau XIII : Répartition des patients selon les variables et les réponses à chaque question 49

Tableau XIV : Répartition des patients selon les variables, le DLQI moyenne et le p-value 50

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1	: Structure de la peau2
Figure 2	: La synthèse des mélanines5
Figure 3	: Vitiligo segmentaire au niveau du visage11
Figure 4	: Vitiligo avec atteinte des muqueuses labiale et nasale11
Figure 5	: Vitiligo universalis12
Figure 6	: Vitiligo localisé au niveau du front13
Figure 7	: Répartition des patients selon la tranche d'âge34
Figure 8	: Répartition des patients selon le genre35
Figure 9	: Répartition des patients selon leur secteur d'activité35
Figure 10	: Répartition des patients selon la situation matrimoniale36
Figure 11	: Répartition des patients selon le niveau d'étude36
Figure 12	: Répartition des patients selon l'âge de début de la maladie37
Figure 13	: Répartition des patients selon la présence de facteur favorisant37
Figure 14	: Répartition des patients selon la classification du vitiligo38
Figure 15	: Répartition des patients selon l'évolution des lésions 40
Figure 16	: Pourcentage des scores obtenus par les patients selon la tranche d'âge48

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ADN : Acide Désoxyribonucléique

Al : alii

Ca : calcium

CCMH : Concentration Corpusculaire Moyenne en Hémoglobine

Cl: chlore

cm : centimètre

cm² : centimètre carré

CMV : Cytomégalovirus

DHICA-oxydase : 5,6-dihydroxyindole-2-carboxylic acid

DLQI : Dermatology Life Quality Index

DOPA : 3,4-dihydroxyphénylalanine

FPS : Facteur de Protection Solaire

GB : Globule blanc

GR : Globule rouge

Hb :hémoglobine

HIV1 : Human Immunodeficiency virus 1

HIV2 : Human Immunodeficiency virus 2

HJRB : Hospital Joseph Rasetabefelatanana

HLA : HumanLeukocyteAntigen

K : potassium

KUVAthérapie : khelline oral avec ultraviolet de type A

m² : mètre carré

mm : millimètre

Na : sodium

NHP : Nottingham Health Profile

N° :numéro

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNN : polynucléaire neutrophile

PUVAthérapie : photothérapie par ultraviolet de type A

Qdv : Qualité de vie

SIP : Sickness Impact Profile

TGMH : Teneur Globulaire Moyenne en Hémoglobine

TRP : Tyrosinase RelatedProteins

TRP1 :Tyrosinase Related Proteins 1

TRP2 :Tyrosinase Related Proteins 2

T3 :triiodothyronine

T4 :thyroxine

TSH : Thyroid Stimulating Hormone

UI : unité internationale

UVA :Ultraviolet A

UVB :ultraviolet B

VGM : Volume Globulaire Moyen

WHOQOL : World Health Organization Quality Of Life

% : pourcentage

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le terme vitiligo tire ses origines du mot du mot latin *vitulum* qui signifie “tache blanche” [1]. Le vitiligo est une dépigmentation épidermique complète, idiopathique, acquise, circonscrite, caractérisé par une coloration ivoire ou blanc crayeux de la peau. C'est une affection décrite pour la première fois, au temps des pharaons, dans le papyrus d'Ebers en l'an 1550 avant Jésus-Christ [2].

La prévalence mondiale du vitiligo est estimée entre 0,06% à 2,28% [3].

Le vitiligo est affichant et défigurant chez toutes les races mais surtout chez les populations à peau noire à cause du fort contraste. Même si le vitiligo est asymptomatique et n'entraîne aucun dommage fonctionnel important et direct, il peut provoquer de graves conséquences psychosociales, de mauvaises estimes de soi en raison du problème esthétique qu'il induit [4]. Cela influe sur la qualité de vie. Il est donc intéressant de déterminer l'Index de Qualité de Vie en Dermatologie des patients présentant le vitiligo à Antananarivo.

A notre connaissance, aucune étude faite sur la qualité de vie des personnes présentant le vitiligo n'est disponible à Madagascar, en particulier à Antananarivo.

L'objectif de notre travail est de décrire l'expression clinique des cas de vitiligo vus au service de dermatologie de l'HJRB et de déterminer les facteurs influençant la qualité de vie des patients atteints de vitiligo afin d'en améliorer la prise en charge.

Pour atteindre ces objectifs, nous traiterons successivement:

1. Dans la première partie: des rappels théoriques sur l'histophysiologie de la peau, l'embryogenèse des mélanocytes, la mélanogenèse et le vitiligo
2. Dans la deuxième partie, une description de la méthodologie et des résultats de notre travail.
3. Dans la dernière partie, nous terminerons par des discussions, des suggestions avant de conclure.

PREMIERE PARTIE :

RAPPELS

RAPPELS

I. HISTOLOGIE ET HISTOPHYSIOLOGIE DE LA PEAU

La peau, avec les muqueuses et les annexes recouvrent toute la surface corporelle. Ils représentent le plus important organe du corps humain en poids et en volume, représentant 15% du poids du corps et une surface de 2,2m².

La peau se forme à partir:

- de l'ectoderme, d'où dérivent l'épiderme, les annexes cutanées et le système nerveux
- du mésoderme qui donnera le derme, les vaisseaux et les muscles pilo-moteurs [5].

I.1. Histologie de la peau

La peau est constituée de 3 couches superposées: l'épiderme, le derme, l'hypoderme.

Elle est dotée également d'annexes phanériens et glandulaires.

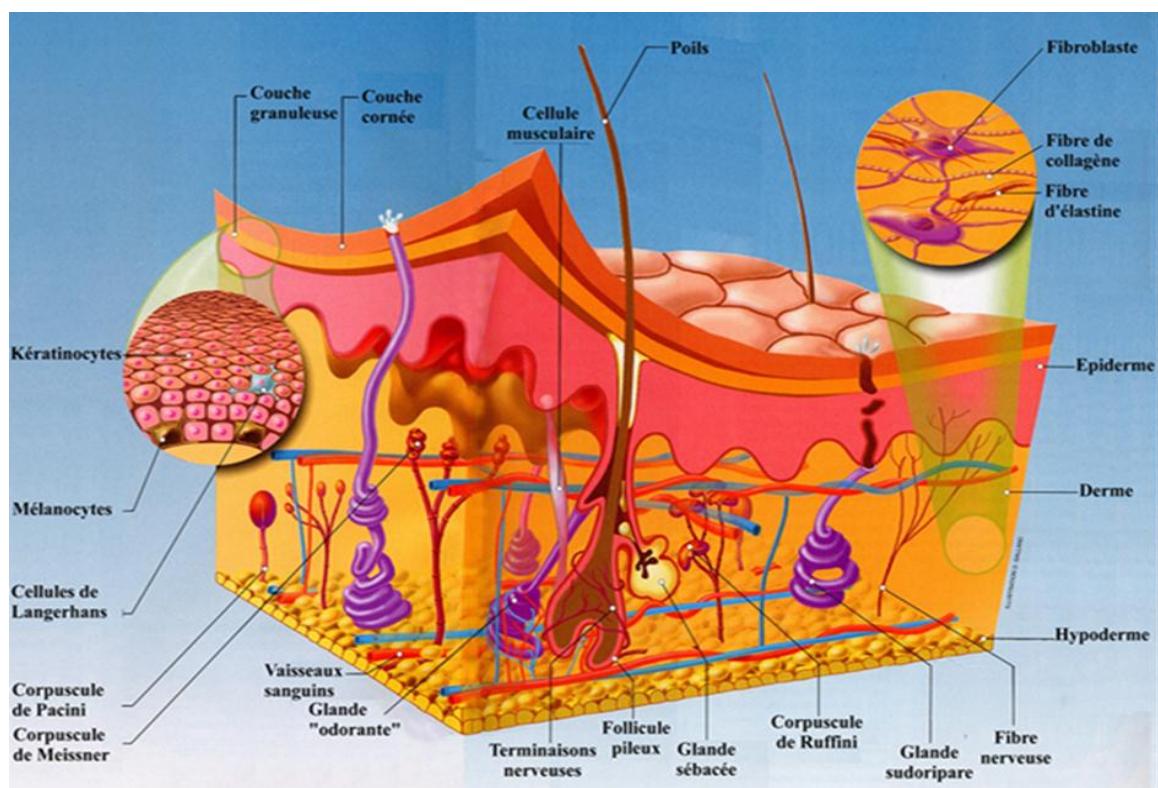


Figure 1 : Structure de la peau

Source : Science & Vie. Edition spéciale « Corps Humain », 1999

I.1.1 L'épiderme

C'est la couche la plus superficielle, recouvrant la totalité du corps. Son épaisseur varie de 0,04 mm à 1,6mm. L'épiderme est séparé du derme par une membrane basale [6,7].

I.1.2 Le derme

Le derme est riche en éléments vasculo-nerveux. C'est un tissu de soutien et de nutrition pour l'épiderme qui n'est pas vascularisé et qui se nourrit par diffusion.

Son épaisseur est de 0,2 à 0,3 cm. C'est la couche la plus épaisse de la peau.

I.1.3 L'hypoderme

C'est la couche la plus profonde. L'hypoderme sépare le derme des muscles sous-jacents. Il est constitué surtout d'adipocytes et contient les glandes sudoripares [8].

I.2. La vascularisation et l'innervation

I.2.1 La vascularisation

Les vaisseaux ne pénètrent pas dans l'épiderme. La peau est vascularisée à partir des artères sous cutanées qui envoient des collatérales dans le derme.

I.2.2 L'innervation

L'innervation cutanée est riche et comprend les nerfs myélinisés ou non, les filets sympathiques vasomoteurs, pilomoteurs sécrétateurs et des corpuscules sensoriels [9].

I.3 Rôle de la peau

- Rôle de protection et de barrière
- Rôle de thermorégulation : rôle fondamental
- Rôle de défense et de réparation
- Rôle esthétique [4].
- Autres rôles : rôle de sensibilité (générale, tactile, thermique, douloureuse) ainsi que de protection. La peau produit également de la vitamine D3 et intervient dans le métabolisme de la graisse et métabolisme hydro-électrolytique [10].

II. EMBRYOGENESE DES MÉLANOCYTES ET MELANOGENESE

II.1 Histogenèse des mélanocytes de l'épiderme et des follicules pileux

Les mélanocytes proviennent embryologiquement de la crête neurale.

Des mélanoblastes qui se différencient à partir des cellules de la crête neurale sont les précurseurs des mélanocytes. Ils migrent au cours de la 6ème semaine du développement embryonnaire vers l'épiderme en une seule vague. Au 7ème semaine du développement embryonnaire, l'épiderme en formation comprend 2 assises de kératinocytes (la couche basale et le périderme) et des cellules de Langerhans. Les mélanocytes y sont en position basale et suprabasale contenant déjà des mélanocytes de stade III, témoignant d'une synthèse de mélanine.

Ensuite, les mélanocytes se multiplient sur place et à 14 semaines de développement, ils migrent avec les kératinocytes dans les bourgeons folliculaires en formation.

En effet, les mélanocytes assurent la synthèse des mélanines: phéomélanines et eumélanines dans les organites spécialisés : les mélanosomes [11,12].

II.2 La mélanogenèse:

Le mélanosome est une organelle intracytoplasmique qui produit 3 types de mélanines : les eumélanines qui sont noire ou marron foncé, les eumélanines qui sont marron-claire et les phéomélanines qui ont des couleurs variant du jaune au roux. Les gènes clés de la mélanogenèse sont la tyrosinase.

La synthèse de toutes les mélanines commencent par l'hydroxylation de la tyrosine en DOPA sous l'action de la tyrosinase puis l'oxydation de la DOPA en dopaquinone sous l'action de cette même enzyme. La poursuite de la synthèse se fait vers la voie des phéomélanines (riche en soufre) ; et/ou la voie des eumélanines (pauvre en soufre) ; la dopaquinones entre dans la voie des phéomélanines si elle rencontre une grande quantité de cystéine ; sinon elle oriente dans la voie des eumélanines. Deux enzymes de la même famille que la tyrosinase, dénommées tyrosinase relatedproteins (TRP), sont impliquées dans la voie des eumélanines. Il s'agit de la TRP1 (la première découverte) qui possède une activité DHICA-oxydase et de TRP2 (découverte secondairement) [11,12].

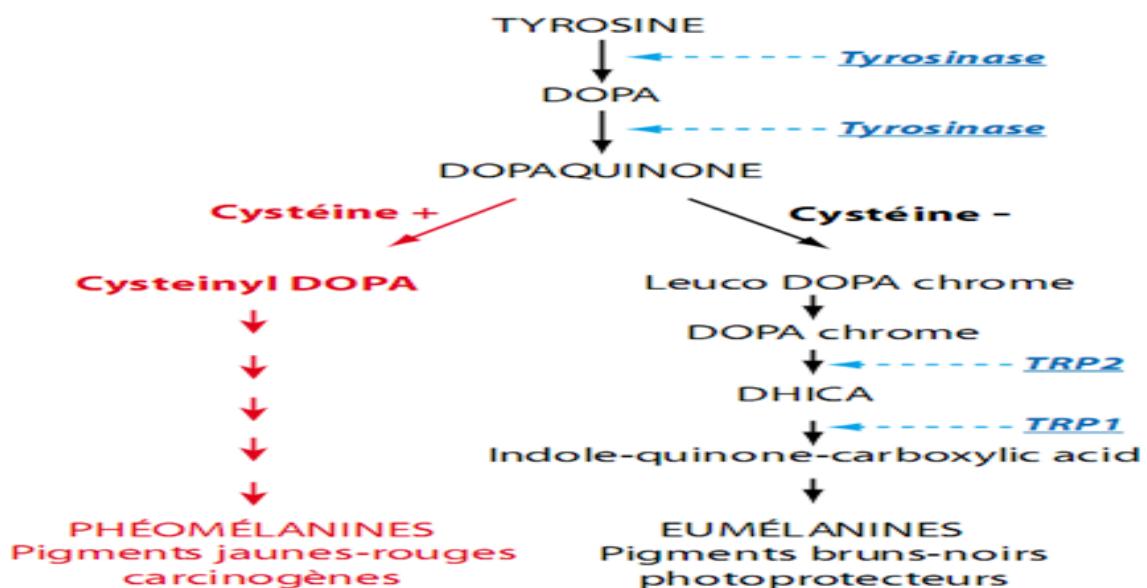


Figure 2: La synthèse des mélanines

Source : Histologie et histophysiologie de la peau et de ses annexes. Ann DermatolVenereol. 2005 Nov;132:8

La mélanine est transférée des extrémités dendritiques des mélanocytes dans les cellules épidermiques et dans les cellules des cheveux et des poils par un phénomène comparable à la phagocytose.

Les facteurs principaux qui déterminent la couleur normale de la peau humaine sont: les gènes de pigmentation; le nombre de mélanocytes; la synthèse, le transfert et le transport de mélosomes; les dendrites des mélanocytes; la quantité et le type de mélanine; les stimuli environnementaux dont le principal est le soleil.

La disparition progressive des mélanocytes des réservoirs épidermiques et des follicules pileux est à l'origine des décolorations de la peau [11,12].

III. RAPPELS THEORIQUES SUR LE VITILIGO

III.1 Généralités

III.1.1 Définition

Le vitiligo est un mot issu du latin *vitulum* qui signifie “tache blanche” [1].

Le vitiligo est caractérisé par une zone bien définie dépigmentation épidermique complète, idiopathique, acquise, circonscrite, de couleur ivoire ou blanc crayeux de la peau [2].

III.1.2 Epidémiologie

Fréquence

Le vitiligo est une maladie cutanée relativement commune dont la fréquence dans le monde est de 0,06 % à 2,28 %, de 0,91% à Abidjan et de 3% au Nigeria [3, 13, 14]. A Madagascar, il a été observé une fréquence plus élevée de 3,52% en 2005 [15].

Le vitiligo touche autant les hommes que les femmes [16]. Il touche les individus de toutes les origines ethniques et tous les groupes raciaux sans distinction de couleur de la peau [17]. Il peut se produire à tout âge. L'âge d'apparition est variable ; en général 70 à 80% des cas se manifestent avant l'âge de 30 ans [18].

III.1.3 Facteurs favorisants

Les facteurs favorisants du vitiligo sont :

- le stress psychologique [19]
- les traumatismes physiques (phénomène de Koebner) [20]
- le coup de soleil, les troubles hormonaux, les substances chimiques, la malnutrition, les infections récurrentes avec prise d'antibiotiques (dans les pays en voie de développement) [2, 21-24].

III.1.4 Pathogénie

Quelques hypothèses ont été proposées: hypothèses génétique, auto-immune, neurale, auto cytotoxique et l'induction par le cytomégalovirus [25].

a) La théorie génétique

Chez 20 % à 30 % des personnes atteintes du vitiligo, on signale des antécédents familiaux positifs [16, 25]. La maladie semble associée à différents marqueurs de l'antigène d'histocompatibilité (HLA) [26].

b) La théorie auto-immune

Selon cette hypothèse, la destruction de mélanocytes est provoquée par les lymphocytes T cytotoxiques activés [27].

Cette hypothèse repose aussi sur la découverte fréquente d'anticorps circulants dirigés contre les antigènes mélanogènes [28].

c) La théorie neurale

La disparition des mélanocytes est provoquée directement ou indirectement par une réaction inappropriée des mélanocytes à l'exposition à divers neuropeptides

Cette hypothèse est renforcée par la présence fréquente de vitiligo segmentaire sur le trajet dermatomal et la survenu du vitiligo après une période de stress émotif sévère. Cette théorie pourrait expliquer pourquoi le vitiligo est précipité par le stress [26, 28].

d) La théorie de l'autodestruction

Selon l'hypothèse de l'autodestruction, les mélanocytes sont détruits par des radicaux libres intermédiaires ou métabolites qui se forment lors de la biosynthèse de la mélanine [29].

e) La théorie de l'induction par le cytomégalovirus

L'ADN du Cytomégalovirus (CMV) a été identifié sur la peau touchée de certains patients atteints de vitiligo, suggérant que le vitiligo est induit par CMV [30].

III.2 Clinique

III.2.1 Les signes cliniques – Le type de description :

Le vitiligo est caractérisé par des macules et des plaques blanc crayeux ou blanc laiteux, bien délimitées et typiquement présentant une bordure habituellement convexe. Ces macules sont rondes et /ou ovalaires, de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre et souvent à marges festonnés. Sa bordure est bien définie d'une peau plus foncée (hyper pigmentée). Les poils et les cheveux implantés sur les lésions sont souvent décolorés [2].

Dans certains cas, des démangeaisons ou des sensations de brûlure sont présents [31].

III.2.2 La topographie

Même si toutes les parties de la peau ou des muqueuses sont susceptibles de développer le vitiligo, certaines parties du corps sont des lieux privilégiés tels que:

- les zones normalement hyper pigmentées (le visage, l'aine, les aisselles, l'aréole mammaire, les organes génitaux).
- et les zones de traumatismes répétés ou de frictions tels que les coudes, des articulations interphalangiennes, les articulations interphalangiennes métacarpiennes/métatarsiennes, les genoux, les chevilles: c'est le phénomène de Koebner.
- le vitiligo a également tendance à se manifester dans les régions des extrémités et périorificielles (la bouche, les yeux, le nez) [2,26].

III.2.3 Les formes cliniques

a) Vitiligo inflammatoire

La macule vitilagineuse présente un érythème sur le pourtour [2,26].

b) Vitiligo bleu

Il est généralement observé lorsque le vitiligo se développe dans des zones déjà affectées par une hypomélanose post-inflammatoire [2,26].

c) Vitiligo ponctué ou vitiligo penta-chrome

Il est caractérisé par la présence de petites macules semblables à des confettis composés de blanc, du beige, du brun, de l'hyperpigmentation bleu-gris et la peau normale [2,26].

d) Vitiligo trichrome

Il est caractérisé par des zones de pigmentation intermédiaires observées à mi-chemin entre la peau normale et les zones dépigmentées [32].

e) Vitiligo quadrichrome

C'est un vitiligo trichrome avec une hyperpigmentation maculeuse périfolliculaire ou marginale. Une quatrième couleur (brun foncé) est présente aux sites de repigmentation périfolliculaires, tout particulièrement chez les phototypes de peau plus foncée [33].

III.2.4 Classification du vitiligo

Selon la localisation et l'extension des lésions, il existe plusieurs types de vitiligo. Mais habituellement, il est classé en vitiligo segmentaire, vitiligo non segmentaire (ou vitiligo) et les formes indéterminées [34, 35].

Tableau I: Classification du vitiligo

Types de vitiligo	Sous types de vitiligo
Vitiligo segmentaire	Uni segmentaire, bi segmentaire ou plurisegmentaire
	Vitiligo acrofacial
Vitiligo non segmentaire	Vitiligo des muqueuses (plus d'un site)
	Vitiligo généralisé
	Vitiligo universalis
	Vitiligo mixte
	Sous type rares
Vitiligo Indéterminés	Vitiligo focal
	Vitiligo d'une muqueuse (site unique)

Source : Shajil EM, Deepali A, Krishna V, Marfatia YS, Rasheedunnisa B. Vitiligo: clinical profiles in Vadodara, Gujarat. Indian J Dermatol. 2006;51:100-4.

a) Vitiligo segmentaire

Il est caractérisé par une dépigmentation souvent unilatérale suivant une distribution dermatomale ou quasidermatomale [2, 26].

Le visage est le plus fréquemment atteint ($> 50\%$ des cas) surtout dans le territoire du nerf trijumeau, suivi du cou (23%) et le tronc (17%) [28, 36, 37].



Figure 3 : Vitiligo segmentaire au niveau du visage

Source : archive service dermatologie de l'HJRB

b) Vitiligo non segmentaire

- Vitiligo acrofacial

Il atteint la région periorificielle, la face dorsale des extrémités (mains, pieds) et des organes génitaux [26].

- Vitiligo des muqueuses

Il concerne une atteinte isolée de plusieurs muqueuses : orale, labiale ou génitales [26].



Figure 4 : Vitiligo avec atteinte des muqueuses labiale et nasale

Source : archive service dermatologie de l'HJRB

- **Vitiligo généralisé**

Il est caractérisé par des taches blanches, souvent symétriques qui augmentent souvent de taille avec le temps [38, 39].

- **Vitiligo universalis**

Dans ce type l'atteinte est de plus de 80% de la surface corporelle ou une atteinte totale avec une pigmentation résiduelle. Il concerne 0,5 à 18% des vitiligos [39].



Figure 5 : vitiligo universalis (atteinte de plus de 80% de la surface corporelle)

Source : archive service dermatologie de l'HJRB

- Vitiligo mixte

C'est une entité nouvelle, et assez confuse, qui associe différents types de vitiligo chez le même patient [40].

c) Vitiligo localisé ou focal

Il se caractérise par la présence d'une ou de quelques macules isolées limitées en nombre qui touche une petite surface de la peau. Il peut parfois être une étape précoce et évolutive d'un des autres types. Il est asymétrique [26].



Figure 6 : vitiligo localisé au niveau du front

Source : archive service dermatologie de l'HJRB

III.3 Diagnostic

III.3.1 Diagnostic positif

Il est avant tout clinique, établi après un examen minutieux de la lésion. Il ne nécessite aucun examen complémentaire [6].

Le diagnostic de vitiligo est basé sur l'existence d'une dépigmentation cutanée acquise, formée de macule de couleur blanche bien limitée, sans desquamation, dont la sensibilité au niveau de la lésion est normale.

L'examen à la lumière de Wood permet de mieux observer sa délimitation sur une peau claire mais surtout d'apprécier si le déficit mélanocytaire est partiel ou total [41].

III.3.2 Diagnostic différentiel

a) Les dermatoses congénitales

- Le piebaldisme : caractérisé par une mèche de cheveux blancs (poliose localisé), et des taches blanches au niveau du front.
- Le naevus achromique ou *nevusanemicus* ou *nevusdepigmentosus* : se caractérise par de lésions dépigmentées isolées à disposition métamérique.
- La sclérose tubéreuse : elle possède d'autres caractéristiques syndromiques[2, 26, 41].

b) Les dermatoses acquises

- La lèpre : macules hypopigmentées anesthésiques, à bordure souvent surélevée, érythémateuse rose, circinée.
- Pityriasis versicolore : infection mycosique superficielle affectant la couche cornée de la peau. Il est caractérisé par des macules hypochromiques furfuracées.
- Hypomélanose idiopathique en gouttes : formée de macules blanches porcelaines, de petite taille (1 à 3mm de diamètre), bien limitées, rondes ou ovalaires, lisses ou squameuses.
- Leucodermie chimique : existence d'un antécédent d'exposition à des produits chimiques.
- Pityriasis alba : formé par des macules blanc cassées, de forme arrondie ou ovalaire avec une bordure mal définie. Il atteint surtout les enfants.

- Leucodermies post-inflammatoire : le patient présente un antécédent de dermatose inflammatoire et présente des lésions cicatricielles.
- Sclérodermie morphée et lichen plan : la peau est mince et sclérotique.
- Mycosis fongoïde hypopigmenté : la poïkilodermie peut être présente. C'est un lymphome cutané épidermotrope.
- Lupus érythémateux hypopigmenté : caractérisé par la présence d'autres signes du lupus. Il est présent en cas de lupus chronique sous forme de lésions atrophiques, érythémateuses avec achromie.
- Syndrome de Vogt Koyanagi-Harada : caractérisé par une canitie, une alopécie diffuse et des taches achromiques de type vitiligo associées à une uvéite bilatérale et atteinte oculaire plus ou moins importante[2, 26].

III.3.3 Diagnostic évolutif

L'évolution de vitiligo est imprévisible. Cette évolution peut être marquée par une extension graduelle des anciennes lésions ou par l'apparition de nouvelles macules. La lésion du vitiligo augmente en nombre et en surface de façon centrifuge avec le temps [2]. 10 à 20% de repigmentation spontanée est observée, tout particulièrement des régions exposées au soleil [28].

A part le préjudice esthétique qui peut être majeur, le vitiligo n'a pas de retentissement organique à long terme. De ce fait l'autonomie et pronostic vital ne sont pas compromis par le vitiligo [26].

III.4 Examens paracliniques

Il n'existe aucun critère biologique spécifique pour le vitiligo.

III.5 Prise en charge

III.5.1 But

Le but principal est d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de vitiligo tout essayant de guérir (favoriser la repigmentation) ou ralentir la maladie par les moyens les moins agressifs possibles.

III.5.2 Moyens et indications

Plusieurs modalités thérapeutiques existent actuellement et le choix de la thérapie dépend de la gravité, de la stabilité ou du degré de progression de la maladie et de l'âge du patient.

a) Traitements médicaux

- La corticothérapie
 - La corticothérapie locale

Utilisée en première intention pour le vitiligo peu étendu: moins de 10% du corps [26].

- La corticothérapie générale

Il est utilisé au cours du vitiligo étendu.

- Les immunomodulateurs topiques

Les immunomodulateurs topiques (exemple : le tacrolimus) sont indiqués pour le vitiligo localisé, segmentaire et généralisé [6, 18, 32].

- Immunosupresseurs oraux

Utilisés chez les patients atteints de vitiligo actif (exemple : le méthotrexate) [42].

- La photothérapie
 - UVA ou PUVAthérapie

- ✓ Photochimiothérapie orale ou PUVAthérapie orale

Consiste à combiner l'exposition de la peau aux rayons UVA à la prise de comprimé de psoralène.

Il est indiqué pour le vitiligo étendu : plus de 20% du corps atteint [43].

✓ KUVAthérapie : (khelline oral plus UVA)

Consiste à l'exposition aux rayons UVA après pise de khelline.

Il est appliqué chez le patient atteint de vitiligo généralisé étendu [44].

✓ Photochimiothérapie locale ou PUVAthérapie locale

Consiste à l'exposition de la peau aux rayons UVA après application de crème, d'huile, ou de pommade qui contient du psoralène.

Elle est indiquée surtout pour le vitiligo localisé [26, 43].

- Photothérapie UVB

Consiste à l'exposition aux rayons UVB et ne nécessite pas la prise ou l'application de psoralène.

✓ Les UVB à large spectre

Elle est indiquée pour le vitiligo généralisé [43].

✓ Photothérapie UVB à spectre étroit

Elle représente la photothérapie de choix pour le vitiligo généralisé ou étendu [45].

✓ Microphotothérapie

Elle ne peut être utilisée que sur des lésions localisées [26].

- La vitaminothérapie

La vitaminothérapie joue un facteur stimulant. Les suppléments vitaminiques bénéfiques pour le vitiligo incluent la vitamine E (200 à 400 UI), la vitamine C, l'acide folique, la vitamine B12, et les multivitamines à dose élevée.

Il est utilisé dans tous les cas.

- Traitement antioxydant systémique

C'est un traitement adjuvant de la photothérapie (exemple : vitamine C) [46].

- Le calcipotriol

Le calcipotriol topique est utilisé en association avec les dermocorticoïdes. Il est utilisé avec dermocorticoïde le matin puis calcipotriol topique le soir [26].

- La pseudo-catalase

Il est utilisé en association aux UVB [47].

b) Traitements chirurgicaux:

Le traitement consiste à remplacer les mélanocytes manquants dans le territoire atteint avec des mélanocytes.

- Le greffe de mélanocytes

Il est indiqué pour des taches de vitiligo stable (non évolutif depuis au moins 2 ans) après échec des traitements médicaux habituels sur une surface cutanée inférieure à 200cm².

- Transplantation de culture pure de mélanocytes

Il traite des lésions jusqu'à 500cm².

- Greffe de tissus

Il est réservé aux lésions peu étendues.

- Greffe de cloque d'épiderme

Il est réservé au vitiligo peu étendu.

- Greffe de couche d'épiderme mince

Il est utilisé pour de large surface jusqu'à 200cm² [48-50].

c) Autres options thérapeutiques

- Héliothérapie

L'héliothérapie peut être utilisée chez les enfants et en cas de vitiligo avec déficit mélanocytaire partiel. Il s'agit d'exposition solaire de 5 à 10 minutes par jour [26].

- Laser excimène de 308nm

Il est indiqué pour des lésions bien circonscrites [51].

- Dépigmentation complète de la peau saine résiduelle

L'objectif est d'obtenir une apparence uniforme. Il est proposé pour traiter les zones pigmentées résiduelles au cours de vitiligo universalis et résistant à la thérapie. Elle est indiquée chez la population à peau blanche [26].

- Camouflage permanent des lésions

Il permet d'introduire le pigmentant artificiel pour tatouer la lésion. Il est utile pour le vitiligo de bout des doigts et orteils, des dos des mains et des pieds, des lèvres [52].

- Dermabrasion thérapeutique de la lésion

Elle est indiquée pour le vitiligo focal, segmentaire et même dans le vitiligo généralisé [52].

d) Les adjuvants thérapeutiques

- Photoprotection de la peau lésionnelle

La perte de la protection mélanique s'accompagne d'une photosensibilité accrue qui impose la prescription d'une photoprotection locale pour tous les patients atteints de vitiligo. Des préparations ayant un facteur de protection solaire (FPS) d'au moins 30 doivent être utilisées [26].

- Le camouflage cosmétique

Son but est de dissimuler les macules dépigmentées. Il est utilisé pour masquer la peau inesthétique par l'auto maquillage, le fond de teint spécial, les bases compactes, les lotions éclaircissantes, la poudre fixante, le spray fixant, la teinture, le tatouage semi permanent ou permanent, peinture pour visage et pour cheveux blancs.

Le camouflage cosmétique est indiqué pour les cas rebelles à toute thérapeutique [26, 53, 54].

- Autobronzants

Il est aussi possible d'atténuer l'hypomélanose par voie externe en utilisant des préparations auto-bronzantes [26].

IV. QUALITE DE VIE

IV.1 Définition

La qualité de vie est définie par l'OMS comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Il englobe l'état de santé physique et psychologique, le degré d'indépendance, de l'insertion et relation sociale, ses croyances personnelles et les relations avec les spécificités de son environnement [55].

Ce concept est multidimensionnel, variable, non normatif et subjectif [56].

IV.2 Qualité de vie liée à la santé

Aujourd'hui, l'OMS définit « la santé » non plus par l'absence de maladie mais un état complet de bien-être physique, psychologique et social [57].

La notion de « bien-être » intègre d'une part la présence de sentiments ou d'affects positifs et l'absence de sentiments ou d'affects négatifs au cours d'un intervalle de temps et d'autre part la satisfaction dans la vie, c'est-à-dire le jugement d'ensemble d'une personne sur sa vie à un moment donné, son contentement quant à ses objectifs, ses attentes et ses croyances [58].

La qualité de vie liée à la santé quant à elle se définit comme la perception du patient des répercussions d'une pathologie et de ses traitements sur ses activités physiques, socioéconomiques et professionnelles, ses sensations somatiques et psychologiques [59].

Ici donc on évalue la qualité de vie par rapport à la perception du patient de la répercussion du vitiligo et de ses traitements sur ses activités physiques, socioéconomiques et professionnelles, ses sensations somatiques et psychologiques.

IV.3 Méthode d'évaluation de la qualité de vie

La qualité de vie est évaluée par la perception du patient de lui-même dans les quatre domaines de la vie quotidienne qui sont :

- les symptômes liés à la maladie,
- la capacité physique,
- l'état psychologique,
- l'interaction sociale.

On distingue les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

IV.3.1 Les questionnaires génériques

Au cours de l'évaluation généraliste, on utilise un indicateur général qui mesure des domaines généraux de la vie et de l'état de santé. Ils sont adaptables à n'importe quel type de maladie [60] comme:

- Echelle de qualité de vie d'OMS : WHOQOL
- Sickness Impact Profile (SIP)
- Nottingham Health Profile (NHP).

IV.3.2 Les questionnaires spécifiques

Une évaluation spécifique étudie, à l'aide d'indicateurs spécifiques, les données propres à une pathologie précise comme le questionnaire de Finlay et Khan (voire annexes) [60].

Ce questionnaire permet l'évaluation de la qualité de vie des patients en dermatologie.

Cette évaluation va alors permettre d'orienter vers une prise en charge adaptée à chaque patient en fonction du score obtenu à partir de ce questionnaire. Un suivi est également rendu possible.

DEUXIEME PARTIE :
METHODES ET RESULTATS

METHODES ET RESULTATS

I. METHODES

I.1 Type de l'étude

Nous avions réalisé une étude prospective descriptive.

I.2 Cadre de l'étude

Cette étude a été réalisée sur les cas de patients présentant le vitiligo ayant consulté en service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph RasetraBefelatanana. Pour cela, nous avons observé les dossiers des patients vus sur une période de 41 mois s'étalant de Janvier 2012 à Mai 2015.

I.3 Le questionnaire utilisé : le questionnaire qualité de vie en dermatologie

Le questionnaire qualité de vie est un questionnaire spécifique en dermatologie élaboré en Avril 1992 par Finlay et Khan afin de déterminer la qualité de vie des patients présentant un problème dermatologique [60].

La méthode d'évaluation est faite par un hétéro-questionnaire des patients qui est composé de plusieurs dimensions.

Le questionnaire comprend 10 questions classées en six catégories, qui comprennent:

- les symptômes et signes (questions 1 et 2),
- l'activité quotidienne (questions 3 et 4),
- les loisirs (questions 5 et 6),
- le travail et l'école (question 7),
- les relations personnelles (questions 8 et 9)
- et les traitements (question 10).

Chaque question répond à plusieurs modalités graduées en termes de fréquence ou d'intensité (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup) et permet d'obtenir un score de 0 à 3. Ensuite, le score total est calculé en additionnant le score de chaque question et on obtient les résultats dans un maximum de trente et un minimum de zéro. Plus le score est élevé, plus altérée est la qualité de vie.

I.4 Population étudiée

Nous avons passé en revue le registre des patients ayant consulté au cours de notre période d'étude. Tous les dossiers comportant le diagnostic de vitiligo étaient colligés. Nous n'avons retenu que ceux comportant les coordonnées téléphoniques des patients, qui étaient ensuite convoqués en service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Rasetra de Befelatanana. Les patients qui avaient répondu à la convocation étaient soumis à un questionnaire sur la qualité de vie (Qdv) rempli par un investigateur qui leur était totalement étranger. Le questionnaire était inscrit sur une fiche de recueil de données sur le patient qui comportait les données démographiques du patient et les données sur la maladie.

I.4.1 Sélection des patients

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients présentant le vitiligo ayant répondu à notre convocation et s'étant présenté à l'entretien.

Avaient été exclus tous les patients étant trop petit (moins de dix ans) pour comprendre et répondre aux questions au moment de l'entretien et aussi ceux dont le consentement n'a pas été obtenu.

I.4.2 Paramètre de l'étude

a) Paramètres démographiques

- L'âge

Les patients ont été regroupés en 6 groupes selon leur âge obtenant ainsi 6 tranches d'âge :

- [10-20[comprend les patients de 10ans à 19ans
- [20-30[comprend les patients de 20ans à 29ans
- [30-40[comprend les patients de 30ans à 39ans
- [40-50[comprend les patients de 40ans à 49ans
- [50-60[comprend les patients de 50ans à 59ans
- [60-70[comprend les patients de 60ans à 69ans

- Le genre

Les patients ont regroupés selon leur genre masculin ou féminin.

- L'état matrimonial

Les patients ont été regroupés selon leur état matrimonial (marié ou célibataire).

- La profession

Les patients ont été regroupés en 4 groupes selon leur situation professionnelle :

- Sans emploi : les patients en recherche d'emploi, ou ayant choisi de ne pas travailler ou n'étant pas en âge de travailler
- Secteur primaire : pour les patients travaillant dans les activités liées à l'exploitation des ressources naturelles (agriculteurs, éleveurs, pêcheurs)
- Secteur secondaire : regroupe les patients travaillant dans les activités liées à la transformation des matières premières du secteur primaire (industrie, charpentier, forgeron)

- Secteur tertiaire : pour les patients travaillant dans les activités qui ne font pas partie du secteur primaire et secondaire (employés de bureau, médecin, instituteur, garagiste, banquier).

- Le niveau d'étude.

Les patients ont été regroupés selon soit leur niveau d'étude actuel soit le niveau d'étude effectué obtenant ainsi 4 groupes de niveau d'étude.

- Primaire : 12^{ème} au 7^{ème}
- Secondaire : 6^{ème} au 3^{ème}
- Lycée : 2nd au terminal
- Université : ayant suivi une étude universitaire.

b) Caractéristiques du vitiligo

- L'âge de début

Selon l'âge de début de la maladie, les patients ont été regroupés en 7 groupes :

- [0-10[: l'âge de début était entre 0 et 9ans
- [10-20[: l'âge de début était entre 10ans et 19ans
- [20-30[: l'âge de début était entre 20ans et 29ans
- [30-40[: l'âge de début était entre 30ans et 39ans
- [40-50[: l'âge de début était entre 40ans et 49ans
- [50-60[: l'âge de début était entre 50ans et 59ans
- [60-70[: l'âge de début était entre 60ans et 69ans.

- La circonstance d'apparition

Selon la présence ou non de facteur favorisant, les patients étaient regroupés en 3 groupes :

- Stress : patients ayant répondu oui à la présence de stress psychologique inhabituel avant l'apparition de la lésion (3mois).

- Traumatisme : patients ayant répondu oui à la présence de traumatisme cutané avant l'apparition de la lésion
- Spontané : patients n'ayant subi ni stress psychologique inhabituel ni traumatisme cutané avant l'apparition des lésions

- La classification

Les patients ont été regroupés en 7 groupes selon la classification de leur lésion

- Segmentaire : patients présentant une dépigmentation unilatérale ou non suivant une distribution dermatomale ou quasidermatomale.
- Acrofaciaux : patients avec atteinte de la région periorificielle, de la face dorsale des extrémités (mains, pieds) et/ou des organes génitaux.
- Des muqueuses : patients présentant une atteinte isolée de plusieurs muqueuses : orale, labiale ou génitales
- Généralisés : patient présentant des taches blanches dont la taille a augmenté avec le temps
- Universalis : patients dont les lésions atteignent plus de 80% de la surface corporelle ou patients avec une atteinte totale de la peau avec une pigmentation résiduelle.
- Focaux : patients présentant une ou quelques macules isolées, limitées en nombre qui touche une petite surface de la peau.
- D'une muqueuse : patients présentant une atteinte isolée orale, labiale ou des muqueuses génitales.

- Le pourcentage du corps atteint

Les patients ont été regroupés en 2 groupes selon le pourcentage du corps atteint [61]:

- Localisé : patient avec une surface corporelle atteinte moins de 10%
- Généralisé : patient avec une surface corporelle atteinte supérieure à 10%

- La topographie des lésions

Les patients ont été regroupés selon l'atteinte ou non des zones découvertes :

- Zone découverte atteinte : patients avec atteinte du visage, et/ou des oreilles, et/ou du cou, et/ou de la nuque, et/ou des avant-bras, et/ou des mains, et/ou des jambes, et/ou des pieds
- Zone découverte non atteinte : patients avec atteinte du tronc, et/ou du ventre, et/ou du dos, et/ou des cuisses, et/ou des organes génitaux externes.

- Les antécédents

Les patients ont été regroupés en 2 groupes selon la présence ou non d'antécédent familial de vitiligo au premier degré.

- L'évolution

Selon l'évolution des lésions des patients, ils ont été regroupés en 3 groupes :

- Extension : patients dont la surface des lésions existantes a augmenté et/ou patients avec apparition de nouvelle(s) lésion(s).
- Repigmentation : patients avec des lésions avec repigmentation centripète (recoloration à partir du bord vers le centre) et/ou avec repigmentation en pastille (apparition de pastille colorée à l'intérieur des lésions).
- Stationnaire : patients dont les lésions n'ont présenté ni extension ni repigmentation.

c) Evaluation de la qualité de vie

Cette étape était réalisée grâce au questionnaire qualité de vie-dermatologie (voir annexe).

- Les items étudiés

Le questionnaire qualité de vie-dermatologie couvre 10 items couvrant 6 grands domaines de la qualité de vie.

Les domaines étudiés étant :

- Les symptômes et signes

Ce domaine regroupait 2 items situés respectivement au premier et deuxième rang du questionnaire ; « Q » représentant l’item :

- Q1 « Votre peau vous a-t-elle démangé(e) fait souffrir ou brûlé(e) ? »
- Q2 « vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ? »

- L’activité quotidienne

Ce domaine regroupait 2 items situés respectivement au troisième et quatrième rang du questionnaire;

- Q3 « votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner? »
- Q4 « votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ? »

- Les loisirs

Ce domaine regroupait 2 items situés respectivement au cinquième et sixième rang du questionnaire;

- Q5 « votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ? »
- Q6 « avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ? »

- Le travail et l'école

Ce domaine regroupait un item situé au septième rang du questionnaire ;

- Q7 « votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier? »

Si la réponse est "non" : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ? »

- Les relations personnelles

Ce domaine regroupait 2 items situés respectivement au huitième et neuvième rang du questionnaire ;

- Q8 « votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ? »
- Q9 « votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile? »

- Les traitements

Ce domaine regroupait un item situé au dixième rang du questionnaire ;

- Q10 « le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il posé un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ? »

- Traitement des scores

La notation de chaque question est la suivante ; si la réponse est :

- énormément: score 3,
- beaucoup: score 2,
- un peu: score 1,
- pas du tout ou non concerné: score 0.

Chaque question obtient un score de 0 à 3.

Les scores dans chaque domaine étaient obtenus à partir de la somme des scores de chaque item :

- score pour le domaine « les symptômes et signes » : score Q1 + score Q2
- score pour le domaine « l'activité quotidienne » : score Q3 + score Q4
- score pour le domaine « les loisirs » : score Q5 + score Q6
- score pour le domaine « le travail et l'école » : score Q7
- score pour le domaine « les relations personnelles » : score Q8 + score Q9
- score pour le domaine « les traitements » : score Q10

Le DLQI est calculé en additionnant le score obtenu dans chaque domaine, résultant en un minimum de zéro et un maximum de 30.

Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est altérée [62].

Tableau II: Traitement des scores pour chaque domaine

Item	Score minimale	Score maximale
Q1	0	3
Q2	0	3
Domaine « symptômes et signes »	0	6
Q3	0	3
Q4	0	3
Domaine « activité quotidienne »	0	6
Q5	0	3
Q6	0	3
Domaine « loisirs »	0	6
Q7	0	3
Domaine « travail et école »	0	3
Q8	0	3
Q9	0	3
Domaine « relation personnelle »	0	6
Q10	0	3
Domaine « traitement »	0	3
Score général	0	30

L'effet du vitiligo sur la vie des patients était classé selon le score obtenu par chacun.

Mode de répartition du DLQI :

Ceux qui ont obtenus des scores de :

[0-1]: le vitiligo n'a pas d'effet sur leur vie,

[2-5]: léger effet sur leur vie,

[6-10]: effet modéré sur leur vie,

[11-20]: très large effet sur leur vie,

[21-30]: extrêmement large effet sur leur vie.

Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est altérée.

II. RESULTATS

II.1 Résultats du recrutement

4116 patients présentant un problème dermatologique ont consulté durant notre période d'étude de 41mois.

186 patients ont été diagnostiqués cliniquement comme présentant un vitiligo donc 4,52% de l'ensemble des patients.

Notre étude a finalement porté sur 48 patients représentant 25,81% des patients ayant consulté pour un vitiligo durant les 41mois en raison soit :

- de l'absence de contact
- d'un numéro de téléphone n'étant plus attribué
- de l'indisponibilité du patient
- de l'âge inférieur à 10 ans.
- Consentement non obtenu.

II.2 Paramètres démographiques

II.2.1 L'âge

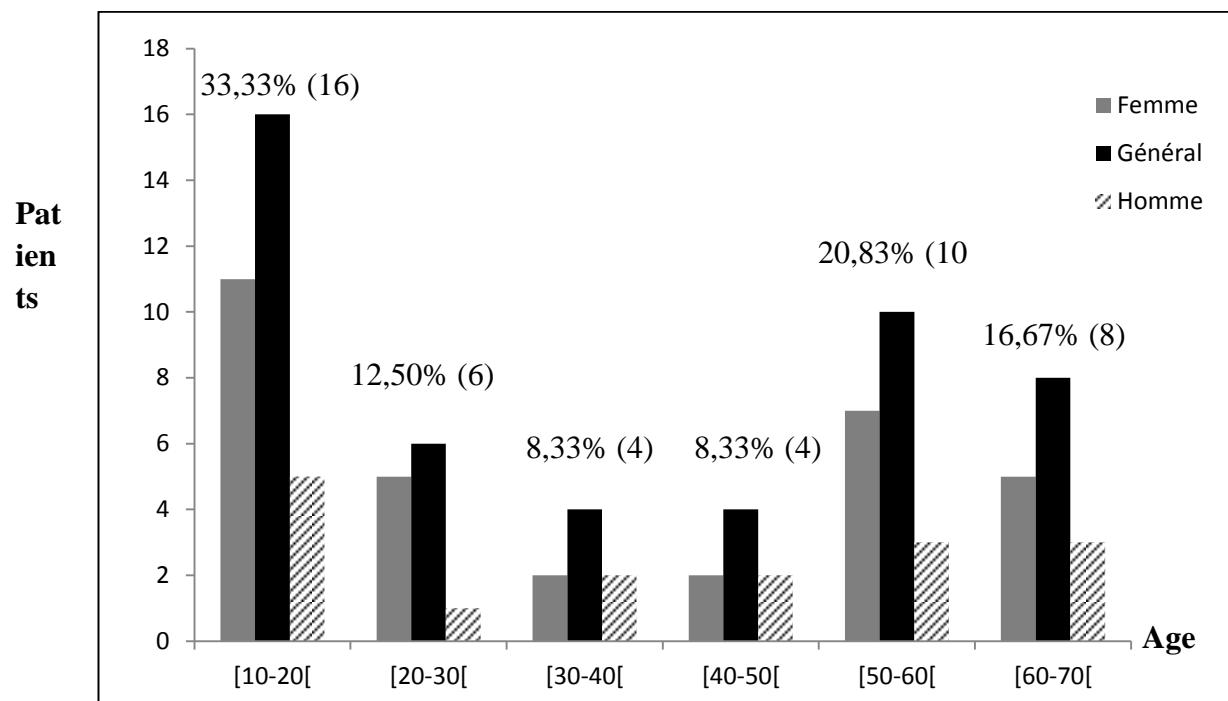


Figure 7 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

L'âge moyen des patients était de 35,77 ans en général, pour les femmes de 35,40 ans et 36,5 ans pour les hommes.

Les âges extrêmes étaient de 10 et 64 ans.

II.2.2 Le genre

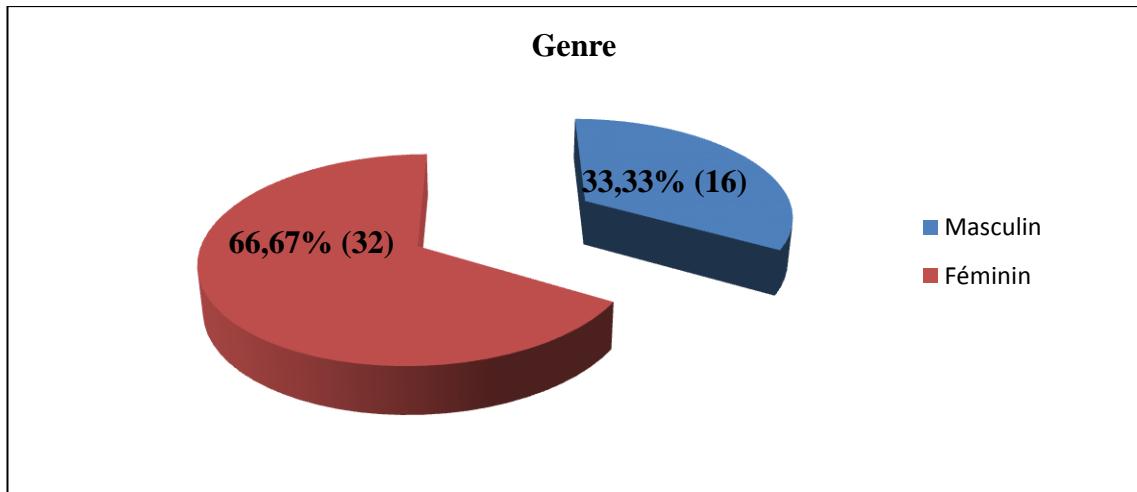


Figure 8 : Répartition des patients selon le genre

Le sex ratio était de 1/2.

II.2.3 La profession

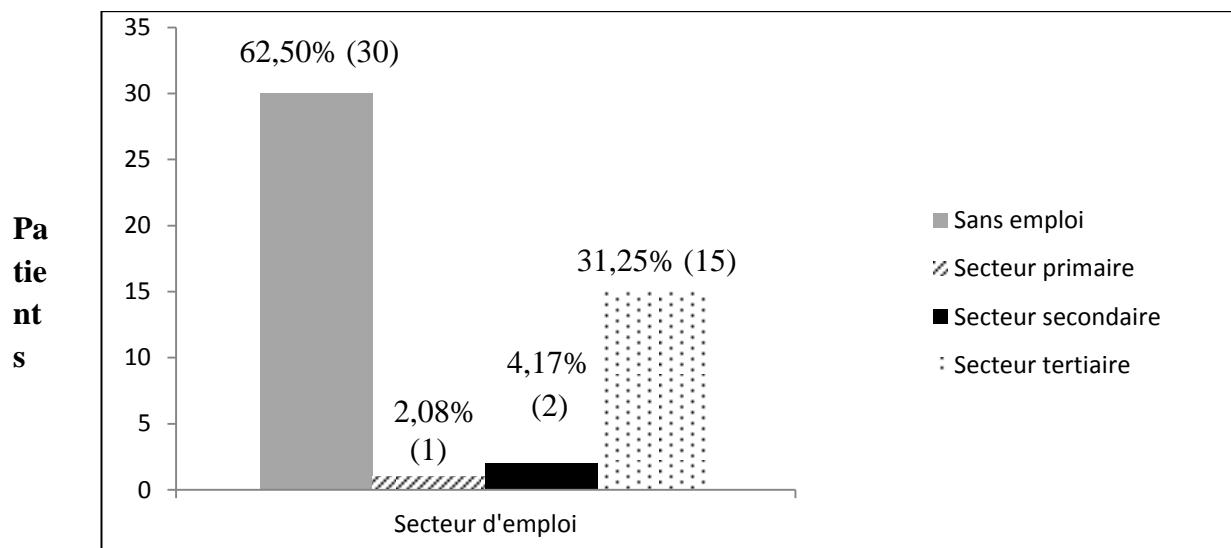


Figure 9: Répartition des patients selon leur secteur d'activité

La majorité des patients était sans emploi.

II.2.4 La situation matrimoniale

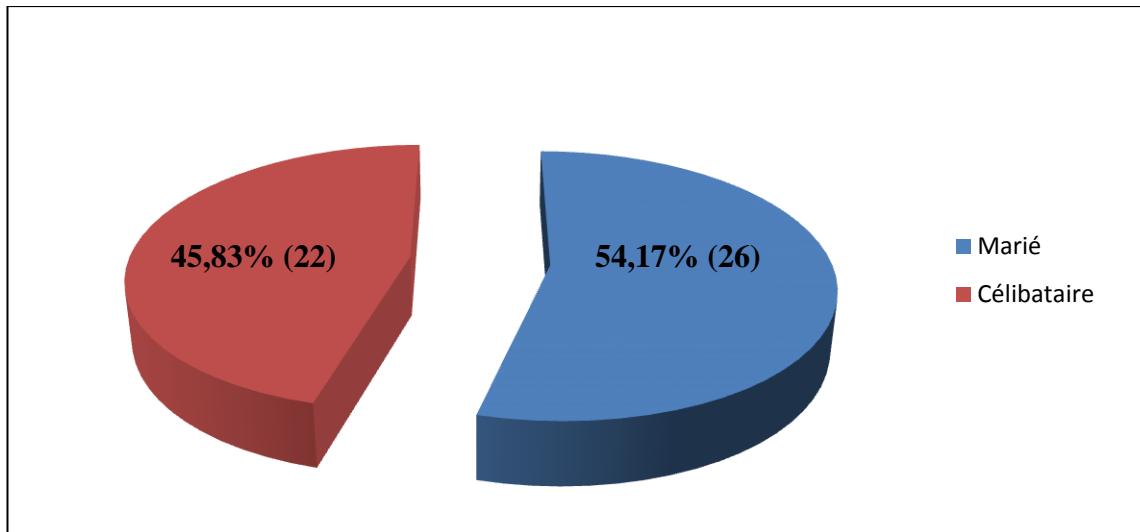


Figure 10 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Cinquante-quatre virgule dix-sept pourcent des patients étaient célibataire.

II.2.5 Le niveau d'étude

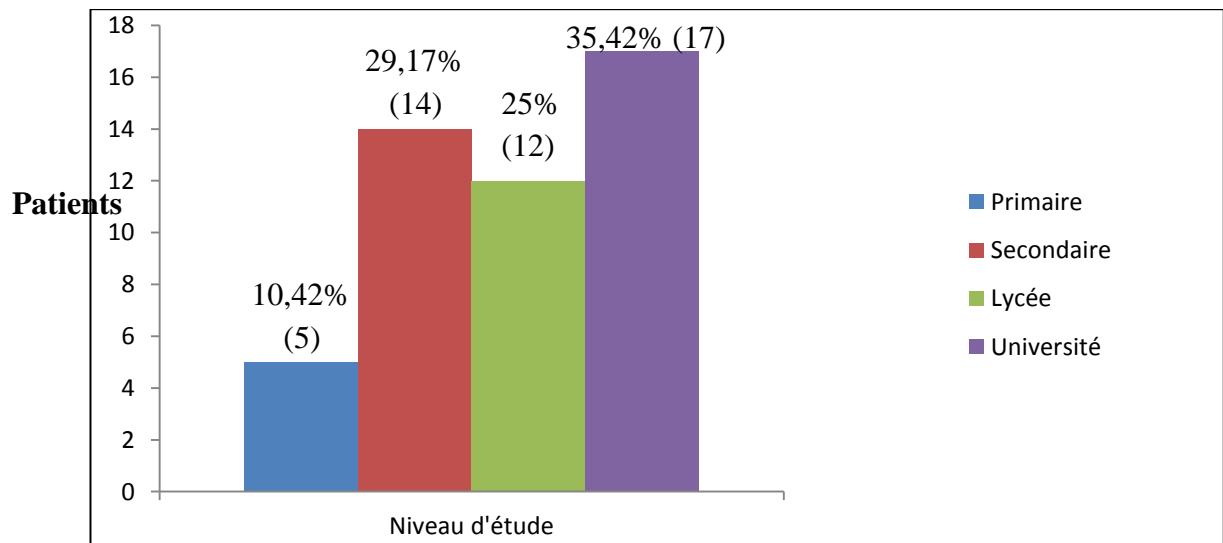


Figure 11 : Répartition des patients selon le niveau d'étude

Trente-cinq virgule quarante-deux pourcent des patients ont réalisé une étude universitaire.

II.3 Etat clinique

II.3.1 L'âge de début de la maladie

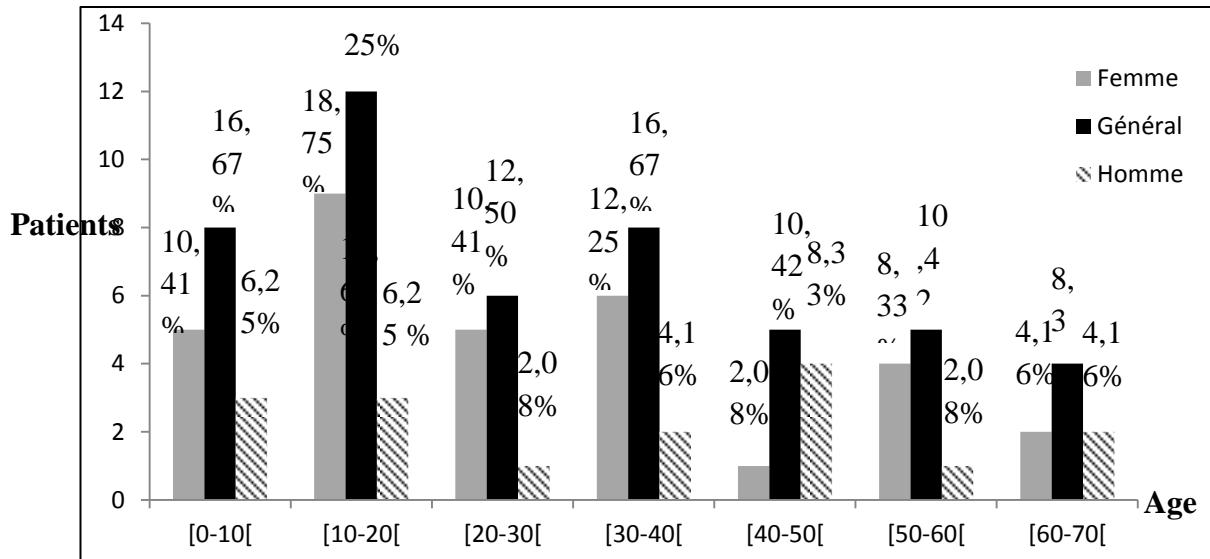


Figure 12 : Répartition des patients selon l'âge de début de la maladie

Les lésions apparaissaient surtout entre 10 et 19ans.

II.3.2 La présence de facteurs favorisants

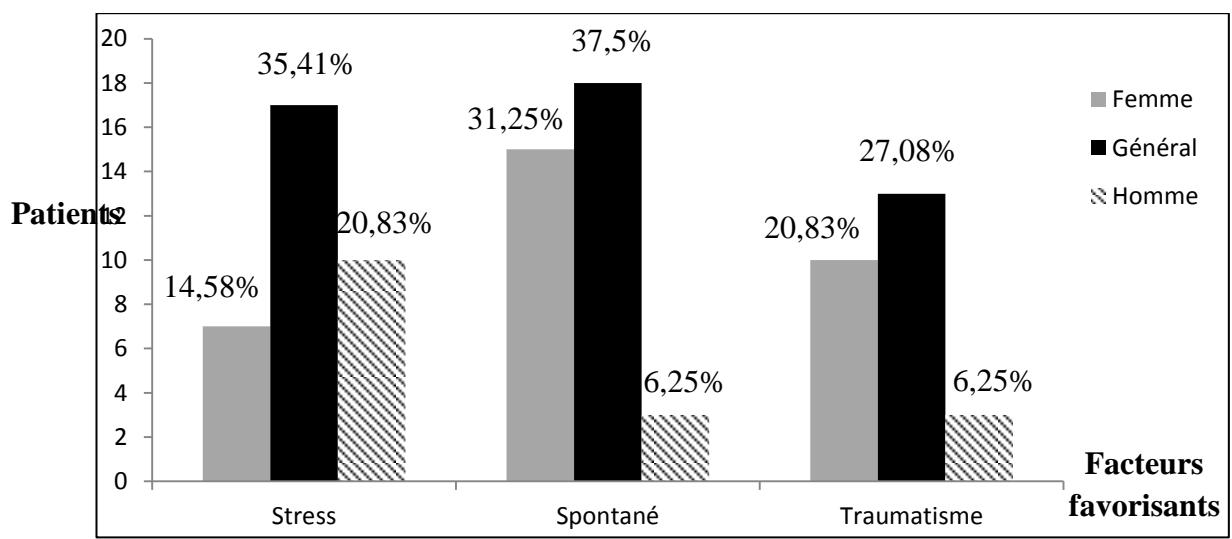


Figure 13 : Répartition des patients selon la présence de facteur favorisant

Trente-sept virgule cinqpourcent des lésions apparaissaient spontanément.

II.3.3 La classification

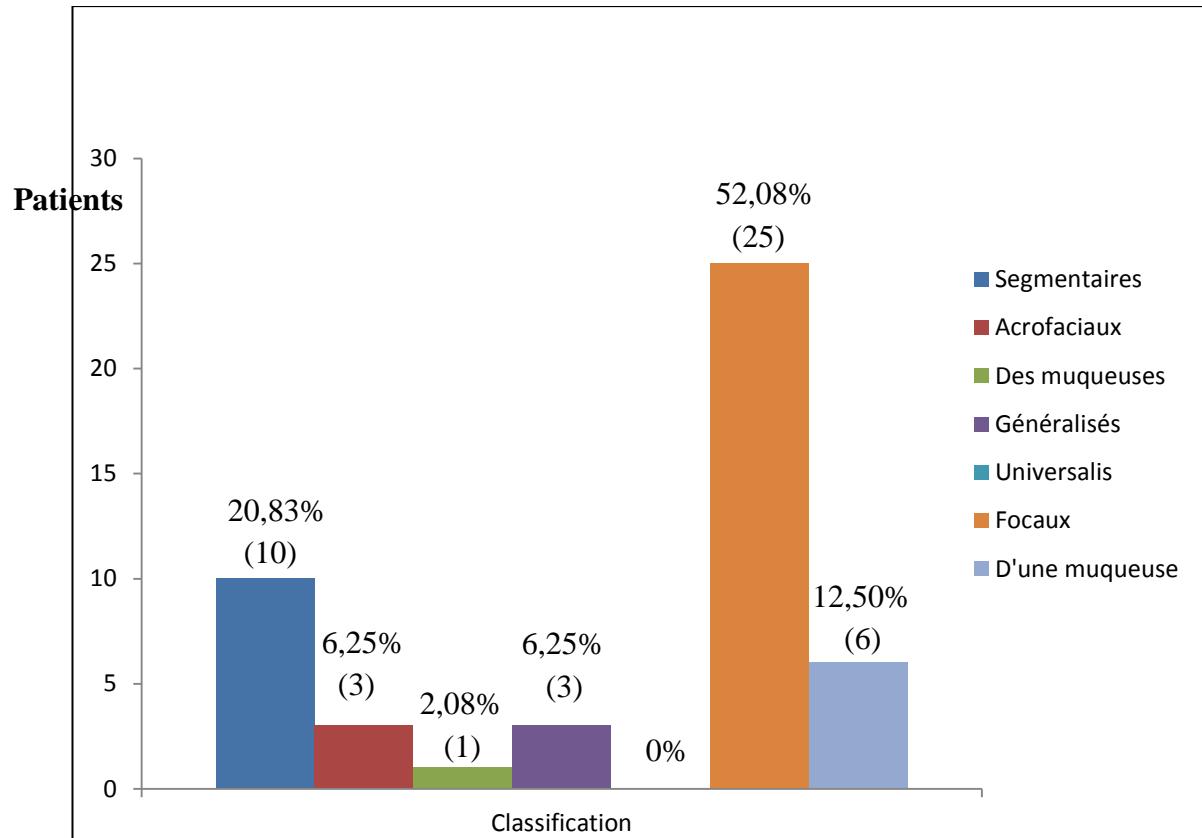


Figure 14 : Répartition des patients selon la classification du vitiligo

La majorité des lésions présentées par les patients était classée vitiligo focal.

II.3.4 Pourcentage du corps atteint

Quatre-vingt- treize virgule soixante-cinq pourcent des patients présentaient des lésions localisées.

Des lésions généralisées étaient présentes chez 6,25% des patients.

II.3.5 L'atteinte des zones découvertes

La majorité des patients (83,33%) présentait une atteinte des zones découvertes.

Seize virgule soixante-sept pourcentdes patients ne montraient pas d'atteinte au niveau des zones découvertes.

II.3.6 Antécédents familiaux

La majorité des patients (85,42%) ne présentaient pas d'antécédent familial de vitiligo au premier degré.

Un antécédent familial de vitiligo a été retrouvé chez 14,58% des patients.

II.3.7 L'évolution

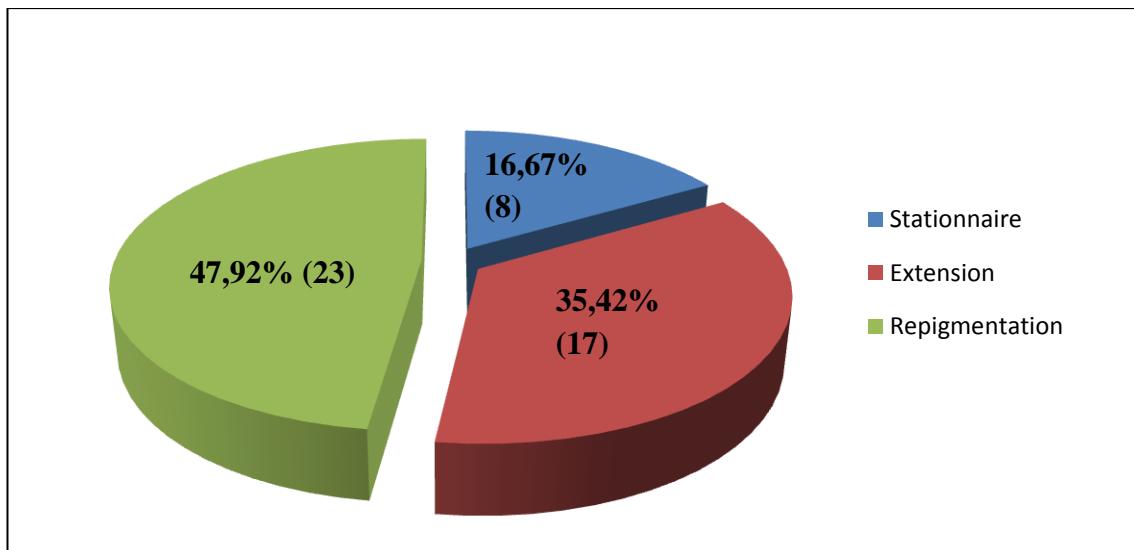


Figure 15 : Répartition des patients selon l'évolution des lésions

La plupart des patients a présenté une repigmentation au niveau de leur lésion après traitements.

II.4 La qualité de vie

II.4.1 Réponses des patients selon les domaines étudiés

a) Les symptômes et signes

Chez quarante-deux patients (87,50%), les symptômes et/ou signes comme les démangeaisons ou les brûlures étaient présents en gênant ou en complexant le patient.

Chez six patients (12,50%), il n'y avait aucune plainte concernant les symptômes ou signes.

Tableau III : réponse à la première question « Votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ? »

Q1		Réponses des patients							
Genre		Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Enormément	
		M	F	M	F	M	F	M	F
		6	10	6	10	2	4	1	9
Total		16 (33,33%)		16 (33,33%)		6 (12,5%)		10 (20,83%)	

La réponse des 33,33% a été une présence minime de démangeaison ou de brûlure au niveau de la peau.

Tableau IV : réponse à la deuxième question « Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ? »

Q2		Réponse des patients							
Genre		Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Enormément	
		M	F	M	F	M	F	M	F
		7	8	5	11	2	10	2	3
Total		15 (31,25%)		16 (33,33%)		12 (25%)		5 (10,41%)	

Trente-trois sur cent des patients étaient un peu gênés ou un peu complexés par leur problème de peau.

b) Les activités quotidiennes

Les activités quotidiennes étaient perturbées chez la moitié des patients en influençant le choix des vêtements ou gênant pendant les courses ou le jardinage (le score allant de 0 à 5) tandis que l'autre moitié n'était pas gênée dans leur vie quotidienne.

Tableau V: réponse à la troisième question « Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ? »

Q3		Réponse des patients									
		Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Enormément		Non concerné(e)	
Genre		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
		10	20	2	4	2	4	2	1	0	3
Total		30 (62,5%)		6 (12,5%)		6 (12,5%)		3 (6,25%)		3 (6,25%)	

Six virgule vingt-sept pourcent des patients ont eu un énorme problème pour faire leur course, pour s'occuper de la maison ou pour jardiner.

Tableau VI: réponses à la quatrième question «Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ? »

Q4		Réponse des patients									
Genre		Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Enormément		Non concerné(e)	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
		4	19	3	3	2	3	1	2	5	6
Total		23 (47,91%)	6 (12,5%)	5 (10,41%)	3 (6,25%)	11 (22,92%)					

Une énorme influence des problèmes de peau dans le choix des vêtements a été observée auprès de 6,25% des patients.

c) Les loisirs

Huit patients (16,67%) se sentaient gêner lors des pratiques de loisirs ou n'en pratiquaient plus par gêne (score allant de 0 à 6) et quarante-deux (83,33%) n'en souffraient pas.

Tableau VII: réponse à la cinquième question « votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ? »

Q5		Réponses des patients									
		Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Enormément		Non	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Genre		14	16	1	3	0	1	0	1	1	11
Total		30 (62,5%)		4 (8,33%)		1 (2,08%)		1 (2,08%)		12 (25%)	

Les activités ou loisirs des 8,33% des patients ont été légèrement affectés par les problèmes de peau.

Tableau VIII: réponse à la sixième question « avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ? »

Q6		Réponses des patients									
		Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Enormément		Non concerné(e)	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Genre		12	14	1	1	0	1	0	1	3	15
Total		26 (54,17%)		2 (4,17%)		1 (2,08%)		1 (2,08%)		18 (37,5%)	

Quatre virgule dix-sept pourcent des patients ont eu un peu de mal à faire du sport à cause de leur problème de peau.

d) Le travail et l'école

Sept patients (14,58%) se sentaient gênés au travail ou à l'école (score allant de 0 à 3) et quarante et un patients (85,42%) travaillaient ou étudiaient sans gêne ou étaient non concernés.

Tableau IX: réponses à la septième question « votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ? ». « Si la réponse est non, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ? »

Q7 Réponses des patients														
Genre	Oui		Non		Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Enormément		Non concerné	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	1	1	11	20	2	3	0	0	0	0	0	2	8	
Total	2		31		5		0		0		0	10		
	4,17%		64,58%		10,41%		0%		0%		20,83%			

Quatre virgule dix-sept pourcent des patients n'ont pas pu travailler ou étudier à cause de leur problème de peau.

e) Les relations personnelles

Tableau X: réponse à la huitième question « votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ? »

Q8		Réponses des patients							
Genre		Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Enormément	
		M	F	M	F	M	F	M	F
		14	27	2	4	0	1	0	0
Total		41 (85,42%)		6 (12,5%)		1 (2,08%)		0 (0%)	

Douze virgule cinq pourcent des patients ont vu la relation avec leur conjoint ou leur famille proche rendue un peu difficile.

Tableau XI: réponse à la neuvième question « votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ? »

Q9		Réponses des patients									
Genre		Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Enormément		Non concerné(e)	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
		10	17	1	0	1	2	0	0	4	13
Total		27(56,25%)		1 (2,08%)		3 (6,25%)		0 (0%)		17 (35,42%)	

La vie intime de 6,25% des patients était devenue difficile à cause de leur problème de peau.

f) Les traitements

Tableau XII: réponse à la dixième question « le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il posé un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ? »

Q10		Réponses des patients									
Genre		Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Enormément		Non	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
		9	13	5	12	2	4	0	2	0	1
Total		22(45,83%)		17 (35,42%)		6 (12,5%)		2 (4,17%)		1 (2,08%)	

Pour 4,17% des patients, le traitement a généré des difficultés, notamment en prenant du temps.

II.4.2 Le DLQI

a) Les scores obtenus

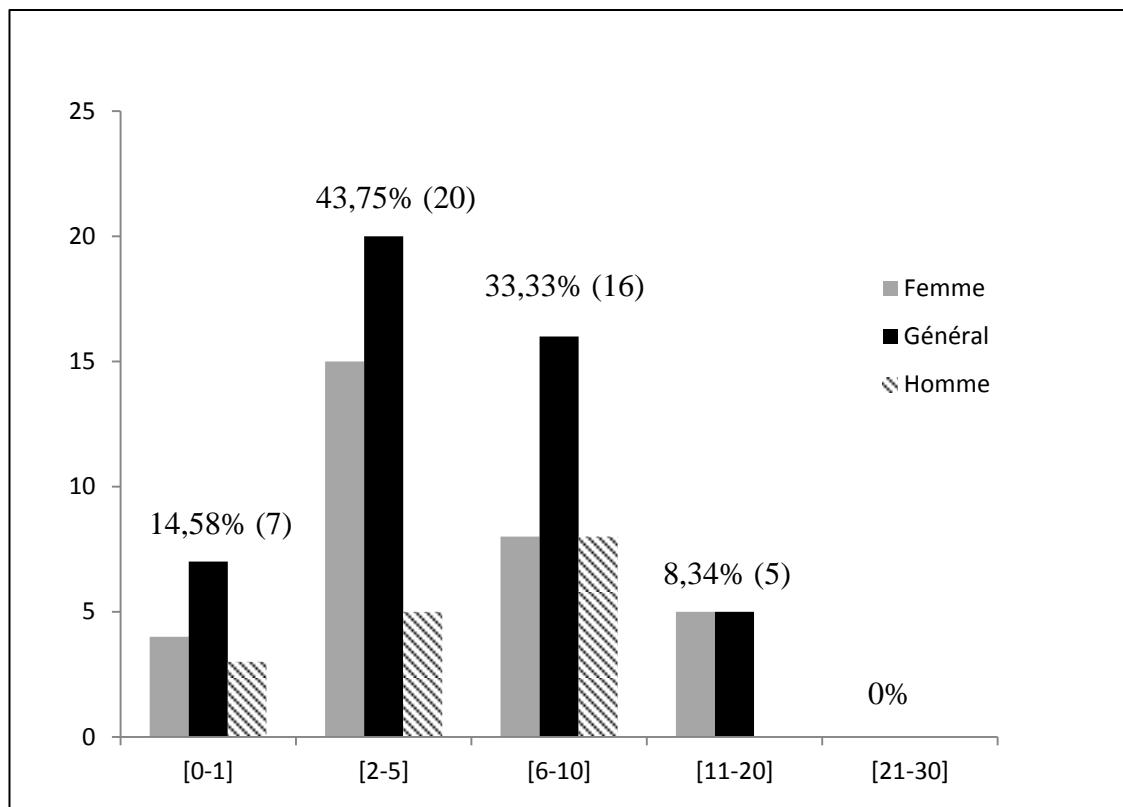


Figure 16 : Pourcentage des scores obtenus par les patients selon la tranche d'âge

Un score de 2 à 5 sur 30 a été noté auprès de 43,75% des patients (avec un léger effet du vitiligo sur leur vie).

b) Répartition du DLQI selon les variables

Tableau XIII : Répartition des patients selon les variables et les réponses à chaque question

Variables	Interprétation du DLQI	Pas	Léger	Effet	Très	Extrêmement	Total N=48
		d'effet	effet	modéré	large effet	large effet	
Genre	Homme	3	6	7	0	0	16
	Femme	4	15	9	4	0	32
Age	[10-20[	5	8	1	2	0	16
	[20-30[	0	3	2	1	0	6
	[30-40[	0	3	1	0	0	4
	[40-50[	0	0	3	1	0	4
	[50-60[	1	5	4	0	0	10
	[60-70[	1	2	5	0	0	8
Type de vitiligo	Localisé	7	20	15	3	0	45
	Généralisé	0	1	1	1	0	3
Situation matrimoniale	Marié	2	9	13	2	0	26
	Célibataire	5	12	3	2	0	22

c) DLQI moyen en fonction des variables

Le DLQI moyen pour la totalité des patients est de 5,04.

Tableau XIV : Répartition des patients selon les variables, le DLQI moyen et p-value

Variables		Nombre des patients	Moyenne du DLQI	p-value
Genre	Homme	16	4,5	0,3503
	Femme	32	5,31	
Age	[10-20[	16	3,69	0,147
	[20-30[	6	6	
	[30-40[	4	5,5	
	[40-50[	4	8,25	
	[50-60[	10	5	
	[60-70[	8	5,25	
Situation matrimoniale	Marié	26	6	0,053
	Célibataire	22	3,91	
Niveau d'étude	Primaire	5	4,4	0,4375
	Secondaire	14	4,86	
	Lycée	12	5,92	
	Université	15	5,14	
Antécédent familial de vitiligo	Présent	7	4,57	0,5046
	Absent	41	5,12	
Type de vitiligo	Localisé	45	4,84	0,4
	Généralisé	3	8	
Atteinte des zones découvertes	Oui	40	5	0,3786
	Non	8	5,25	

TROISIEME PARTIE :
DISCUSSION

DISCUSSION

I. DISCUSSION

L'intérêt de notre étude est de rapporter les déterminants de la qualité de vie des patients atteints de vitiligo dans le but d'améliorer la prise en charge des patients présentant cette affection.

.

Cette étude a été effectuée sur 48 patients représentant 25,81% des patients ayant consulté pour un vitiligo durant 41mois.

Le sex ratio était de 1/2.

L'âge moyen était de 35,77 ans (rang 10 à 64 ans).

Les lésions apparaissaient surtout entre 10 et 19ans dont la majorité était classée dans l'item vitiligo focal.

Quarante-trois virgule soixante-quinze pourcentdes patients ont obtenu un score de 2 à 5 sur 30 et le DLQI moyen pour la totalité des patients était de 5 ,04.

I.1 Paramètre démographique

I.1.1 Fréquence

Notre étude a permis de découvrir que la fréquence du vitiligo dans le service de dermatologie de l'HJRB était de 4,52% du mois de Janvier 2012 au mois de Mai 2015. Devant ces résultats, nous pouvons déduire que le vitiligo est donc un motif fréquent de consultation en dermatologie.

I.1.2 Age

Selon les travaux de Howitzet *et al* et Wang *et al* dans leur étude portée sur la prévalence et le profil clinique du vitiligo en Chine, la prévalence de cette pathologie présente une hausse graduelle en fonction de l'âge en Chine et en Danemark: 0,1% entre l'âge de 0 et 9 ans ; 0,9% entre 60 et 69 ans et 1,7% au-delà de 70 ans [39, 63].

La prévalence rapportée par ces études ne correspond pas à celle observée lors de la nôtre, laquelle n'en trouvait qu'une hausse aux âges extrêmes entre dix et vingt ans et de cinquante à soixante ans ainsi qu'une baisse entre vingt et cinquante ans avec un plateau de trente à cinquante ans.

Ces données résultent en premier lieu du reflet de la jeunesse de la population malgache, augmentant ainsi la quantité de personne consultant dans cette tranche d'âge.

En second lieu, l'augmentation des personnes n'exerçant aucune activité professionnelle par choix ou dû au chômage lié au peu d'offre d'emploi observé dans notre pays, diminuant ainsi le budget alloué à une consultation pouvant être qualifiée de « à titre de confort » ou « esthétique ».

La hausse visualisée chez les personnes âgées peut être expliquée par une inquiétude accrue pour de la santé auprès de ses personnes les conduisant à consulter plus fréquemment et à prendre soin d'eux.

En référence aux travaux de Kyriakis *et al*, le vitiligo est plus fréquent chez les femmes vers l'âge de trente ans et plus tandis que chez les hommes, c'est dans la tranche d'âge de trente et un à soixante ans que la fréquence était la plus élevée [64].

D'après notre étude, le vitiligo a la même prévalence chez l'homme et la femme sauf entre l'âge de trente et cinquante ans où la prévalence est plus élevée chez le genre masculin.

Selon Rapelanoro Rabenja *et al*, l'âge moyen était de 29,18 ans [15]. D'après les travaux d'Ahmad A *et al*, celui-ci était de 26,94 ans et de 44,9 ans selon Karelson *et al* [65].

Cependant, l'âge moyen des patients de notre étude était de 35,77 ans se situant entre ceux trouvés par les deux études précédemment citées.

I.1.3 Le genre

Des études ont démontré que le vitiligo touchait autant de femme que d'homme excepté lors des études basées en milieu hospitalier, aux Antilles françaises (îles de la Martinique), trouvant une prédominance féminine [17].

Ces données hospitalières correspondent à celles de notre étude pouvant être expliquées par un désir de mieux paraître au regard des autres et d'aller mieux chez les femmes que chez les hommes.

Notons aussi qu'étant donné le contexte socio-économique à Madagascar : les familles malgaches n'affectent que le strict minimum de budget aux soins de santé surtout si elles sentent que la pathologie ne pourra pas mettre en jeu le pronostic vital.

Au vu d'un possible coût élevé de la prise en charge pour cette affection, seules les femmes qui se soucient plus de leur apparence consultent pour des problèmes plus esthétiques que fonctionnels.

En référence aux travaux de Karelson *et al*, il a été regroupé 109 patients dont 61 hommes et 48 femmes avec un sex ratio de 1,27 [65].

Notre étude a rassemblé 48 patients dont 32 (66,67%) de genre féminin et 16 (33,33%) de genre masculin. Le sex ratio était de 0,5.

Ces résultats relatent la prédominance féminine de la population malgache ainsi qu'une tendance féminine à plus se préoccuper de leur apparence et à consulter plus que les hommes.

I.2 Etat clinique

I.2.1 L'âge de début

Tel que mentionné dans les études de Dogra *et al*, il n'y a pas de différence statistique importante dans l'âge de début du vitiligo chez l'homme et la femme [66].

Les études de Zhang *et al* et Liu *et al* ont montré que la perte des pigmentations débute surtout entre dix et trente ans et dans la moitié des cas, la maladie apparaît avant vingt ans et dans 80% des cas avant trente ans [18, 67].

L'âge moyen de début du vitiligo est de 28,5 ans selon Karelson *et al* [65].

Dans notre étude, il n'y a pas de différence notable entre l'âge de début du vitiligo chez l'homme et la femme. Elle était à 25% entre dix et vingt ans, et avant trente ans pour la majorité des cas (54,17%). Les résultats de notre étude concordent alors avec les données de la littérature.

I.2.2 La présence de facteur favorisant

Très souvent, la perte de pigments débute à la suite de traumatismes cutanés et a une préférence pour les zones de frottement, d'égratignure ou de blessure définie par le phénomène de Koebner. Ledit phénomène est observé dans 5 à 62% des cas de vitiligo, est associé à la phase active du vitiligo ainsi qu'à l'extension de la dépigmentation d'après Van Geel N [68].

Notre étude trouvant un traumatisme cutané auprès de 27,08% des patients avant l'apparition des lésions, correspond aux travaux de Van Geel.

Selon Boisseau-Garsaudet *al*, Firooz A *et al* et Manolache L, le stress psychologique est le facteur favorisant le plus fréquemment observé avant l'apparition du vitiligo chez 47 à 65% des patients [4, 17, 21].

Cependant, notre étude a permis d'observer un stress psychologique précédent les lésions qu'auprès de 35,41% des patients.

Ceci est expliqué par le fait que les patients européens et américains sont exposés à d'importants stress augmentant ainsi la proportion de patients dont le facteur favorisant est le stress.

I.2.3 La classification

En Chine, le vitiligo focal représentait 27% à 70% des cas en référence aux travaux de Zhang *et al.* 2009 et de Liu *et al.* 2005 [18, 69].

Notre étude a permis de visualiser vingt-cinq patients présentant un vitiligo focal (52,08%) correspondant à la littérature.

Tel que stipulé dans les travaux de Dave *et al.*, l'atteinte d'une seule muqueuse à savoir soit l'atteinte des lèvres, soit l'atteinte buccale, soit l'atteinte génitale n'est pas rare et reste très caractéristique. Cette atteinte était observée auprès de 10% des cas pour les patients à phototype de peau noir en Inde [70].

Notre étude est conforme aux données de la littérature permettant de voir un vitiligo atteignant une muqueuse auprès de six patients (12,50%).

La survenue du vitiligo segmentaire varie de 2,5% à 27,9% selon les études de Wang *et al.* [39].

Notre étude montrait des lésions classées segmentaires pour dix des patients (20,83%) concordant avec la littérature.

Le vitiligo généralisé est le type le plus souvent rencontré chez l'adulte. Selon Dogra *et al.*, Liu *et al.* et Mason et Gawkrodger, le vitiligo vulgaire a été l'exemple le plus fréquemment publié, touchant 39% et 83% des patients [18, 65, 71].

Notre étude trouvait trois patients (6,25%) présentant un vitiligo généralisé, ne correspondant pas à la littérature, se rapprochant cependant des résultats des travaux de Rapelanoro Rabenjaet *al* avec 19,23% [15].

Cela pourrait être expliqué par la faible taille de notre échantillon ainsi qu'à une réticence des patients présentant un vitiligo généralisé à consulté soit par honte, soit par méconnaissance de la maladie pouvant être prise à tort comme incurable.

D'après les travaux de Dave *et al*, le vitiligo acrofacial a été retrouvé chez 17% à 35% des patients en Inde [70].

Notre étude a permis de découvrir que 6,25% des patients présentait un vitiligo acrofacial ne concordant pas à aux données précédentes mais correspondant plutôt aux travaux de Wang *et al* et de Zhang *et al* qui trouvaient que le vitiligo acrofacial concerne 3% à 12% des patients étudiés [39, 69].

Les travaux faits en Chine correspondent donc à ceux de notre étude.

Le vitiligo universalis atteignant presque tout le corps (les lésions atteignent plus de 80% de la surface corporelle ou la totalité de la peau) représente 0,5% à 18% des cas de vitiligo selon Dogra *et al* et Wang *et al* [39, 66].

Notre étude ne comprenait aucun patient présentant le vitiligo universalis (0%). La faible taille de notre échantillon pourrait expliquer la non-concordance avec la littérature.

I.2.4 Antécédents familiaux

L’incidence du vitiligo familial est de l’ordre de 10% en Chine et de 74% en Inde selon Wang *et al* et Misri *et al* [39, 72].

Aux Etats Unis, la fréquence du vitiligo familial est de 38,9%, leur permettant de dire qu’il y avait un risqué de transmission sur le modèle non Mendélien selon Laberge *et al* [73].

Dans notre étude, un antécédent familial au premier degré de vitiligo était positif auprès de sept patients (14,58%) alors qu’aucun antécédent familial de vitiligo n’était retrouvé chez les quarante et un autres patients (85,42%). Les résultats de notre étude se situent donc entre ceux de la littérature.

I.2.5 Evolution

Chez dix-sept patients (35,42%) les lésions étaient en extension. Chez huit patients (16,67%), les lésions demeuraient stationnaires et chez les vingt-trois autres patients (47,92%) les lésions présentaient des zones de repigmentation.

La majorité des patients était donc en phase de guérison mais encore une partie non négligeable présentait une extension de lésions hypochromiques due soit à la mauvaise observance du traitement soit à la résistance de la maladie aux traitements.

Ces mauvaises observances sont dues à un manque de budget, de temps ou d’attention, attribué aux traitements.

Jusqu'à présent, ni le traitement ni la qualité de vie des patients atteints de vitiligo n'a fait l'objet de mesure ou de programme de prise en charge dans le cadre de l'amélioration de la santé publique.

Nous proposons donc l'amélioration des protocoles d'étude afin de permettre une continuité du recueil des données nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Nous préconisons également la réforme au niveau de la prise en charge du vitiligo, l'introduction de traitements chirurgicaux si besoin et surtout l'expansion des traitements adjutants cosmétiques.

I.3 La qualité de vie

I.3.1 Les réponses des patients

a) Les symptômes et signes

Des études ont montré que les patients atteints du vitiligo sont plus sensibles aux symptômes, aux sensations, et aux lésions. Notre étude a également trouvé que 87,5% des patients présentaient un des symptômes et/ou signes du vitiligo.

Les patients ressentent en permanence les brûlures, les irritations ou démangeaisons même lorsqu'ils sont seuls sans personne pour porter un jugement sur leur apparence ou leur comportement. Ces symptômes « gâchent la vie » de ces patients [74].

La perception de soi-même semble donc avoir une place prépondérante autant que le regard des autres auprès des patients atteints de vitiligo.

Les patients âgés de 10 et 20 ans et les femmes sont les plus sensibles aux symptômes et aux regards des autres donc plus complexés et semblent plus perturbés [74, 75].

b) L'activité quotidienne

Des études ont montré que les patients atteints du vitiligo sont surtout embarrassés au moment de s'habiller et de choisir des vêtements, tentant de cacher les imperfections de la peau, ou en passant du temps avec d'autres personnes [74, 75].

Notre étude montrait que le choix des vêtements était surtout important pour les femmes présentant des lésions au niveau des zones découvertes pouvant être cachées.

Les problèmes pour accomplir les activités quotidiennes à savoir faire des courses, s'occuper du foyer ou du jardin ne semble atteindre que légèrement les patients car 62,5% d'entre eux ne sont pas perturbés par le vitiligo lors de ces activités.

c) Les loisirs

L'impact est important pour les hommes dans le domaine des activités sportives tel que mentionné dans les études menées sur des patients iraniens [75].

Pourtant notre étude montre un impact égal et en faible pourcentage chez les hommes et les femmes, autant dans les loisirs que dans la pratique des activités sportives.

Le sex ratio de notre étude étant de 0,5 pouvant donc être à l'origine de cette égalité car les hommes pratiquant plus les activités sportives devraient être touchés à un degré plus élevé.

d) Le travail et l'école

Le vitiligo n'a pas d'impact sur les activités quotidiennes comme aller à l'école ou au travail puisque la perte des pigments ne cause aucun dysfonctionnement physique [74, 76].

C'est également ce que notre étude a montré vu que 64,58% des patients n'ont pas sentis de gêne ni à l'école ni au travail et seulement 10,41% se sont sentis un peu gêner.

e) Les relations personnelles

Dans notre étude, les relations personnelles avec le conjoint ou la famille proche ne semblent que légèrement touchées.

Les relations intimes ne sont devenues plus compliquées que chez 8,33%. Chez les malgaches, le sujet concernant les relations intimes est encore tabou. Les patients parlent encore difficilement de leur problème concernant ce domaine d'où ce faible taux.

Les hommes et les femmes étaient atteints de façon égale dans le domaine des relations personnelles ainsi que les relations sur le plan intime. Alors que selon des études réalisées, les hommes sont plus touchés dans leur relation personnelle avec les autres et dans leur relation intimes [73-76].

f) Les traitements

Les traitements n'ont eu que peu ou pas de conséquences sur la qualité de vie des patients. L'atteinte porte surtout sur la perte de temps.

Un oubli du traitement a également été observé auprès des patients surtout chez les moins de vingt ans.

I.3.2 Le DLQI

a) Les scores obtenus

Aucun effet du vitiligo sur la qualité de vie n'a été observé auprès de 14,58% des patients (score de 0 à 1).

La majorité (43,75%) des patients de notre étude a obtenu un score entre 2 et 5. Le vitiligo a donc un léger effet sur la qualité de vie de ces patients.

Un effet modéré sur la qualité de vie des patients a été mis en évidence chez 33,33% des patients (score 6 à 10).

Un très large effet (score 11 à 20) sur la qualité de vie était observé chez 8,33% des patients dont la totalité était des femmes.

Aucun des patients de notre étude n'a obtenu un score supérieur ou égal à 21 montrant que le vitiligo n'a pas d'effet extrêmement large sur la qualité de vie des patients.

Le vitiligo a donc certainement un effet sur la qualité de vie des patients en la détériorant. Les scores les plus élevés étaient observés chez les femmes. L'impact du vitiligo sur la qualité de vie des femmes semble être plus marqué correspondant aux travaux de Ongena K *et al* [74].

b) Les DLQI obtenus selon les variables

Les femmes obtiennent des scores plus élevés que les hommes et l'effet du vitiligo semble plus marqué chez elles dont 4 ont obtenu les scores les plus élevés vus dans notre étude montrant donc un très large effet du vitiligo sur elles.

A n'importe quelle tranche d'âge, la qualité de vie de tous les patients est atteinte. On a observé que tous les patients de 20 à 49 ans ont une qualité de vie altérée alors que pour la tranche d'âge de 10 à 19 ans, 5 patients sur 16 n'ont pas vu leur qualité de vie altérée. Par contre, c'est également dans cette tranche d'âge qu'on observe de très larges effets sur la qualité de vie. On constate donc que les adolescents pouvaient autant ne pas présenter des altérations de la qualité de vie qu'avoir une qualité de vie très altérée.

Pour les patients atteint de vitiligo localisé, 7 n'ont pas vu leur qualité de vie altérée et 3 ont senti un très large effet sur leur qualité de vie.

Chez les patients dont le vitiligo est généralisé, tous ont présenté une qualité de vie altérée allant d'un léger effet à un très large effet sur la qualité de vie.

Les patients ayant un vitiligo généralisé étaient donc plus atteints que ceux ayant un vitiligo localisé.

Deux des patients mariés et 5 des patients célibataires n'ont pas constaté une altération de leur qualité de vie.

c) DLQI moyens

Le score moyen obtenu par la totalité des patients de 5,04 est significativement élevé par rapport à ceux des patients sains (score : 0,6 entre 0 et 1, sans impact sur la qualité de vie).

Une hausse de la moyenne du DLQI semble être associée à la couleur de la peau des sujets d'étude. En effet, les études effectuées en Belgique, aux Royaumes Unis et en Indonésie, dont les sujets sont à couleur de peau blanche, le DLQI était respectivement de 4,95 ; 4,8 ; et 4,4 [74, 77, 78]. Les scores obtenus en Inde et en Arabie Saoudite étaient de 10,7 et 17,1. Ce sont les scores les plus élevés décrits, obtenus par des patients à peau noire [79, 80]. La couleur de la peau de nos patients était relativement noire produisant un fort contraste avec la peau saine et attire plus l'attention, d'où ce résultat.

Le score moyen obtenu par les hommes était de 4,5 alors que celui des femmes était de 5,31. Il a été noté une élévation du score moyen chez les femmes. Elles semblent donc être plus touchées que les hommes à cause de leur forte émotivité et leur sensibilité concernant leur apparence [75].

Le DLQI moyen obtenu par les patients de 10 à 19 ans est de 3,69 étant la moyenne de DLQI la plus basse sur toutes les tranches d'âge et sur tous les variables. Il est également inférieur à la moyenne obtenue par la totalité des patients.

Pour les patients de 40 à 49 ans, le DLQI moyen de 8,25 est le plus élevé observé, largement supérieur à celle de tous les patients de notre étude.

Les patients ayant la qualité de vie la plus touchée étaient âgés de 40 à 49 ans alors que les moins atteints avaient entre 10 à 19 ans. Ce qui est contradictoire puisque les adolescents devraient être plus concernés par leur apparence et par les changements s'opérant sur leur corps étant donné que c'est l'âge de l'attraction pour l'autre genre et le désir de se sentir beau ou belle. C'est également l'âge où l'on cherche une identité donc l'apparence est essentielle.

Les patients mariés ont un DLQI moyen de 6 et les patients célibataires ont un DLQI moyenne de 3,91 voulant dire que les patients mariés voient leur qualité de vie plus altérée que les patients célibataires.

Les patients de niveau primaire sont moins atteints avec un score moyen de DLQI 4,4 et les patients ayant un niveau d'étude secondaire sont plus touchés avec un score moyen de 5,92.

Les patients ayant eu un antécédent familial de vitiligo dans la famille au premier degré semblent moins perturbés dans leur qualité de vie que ceux sans antécédent familial de vitiligo. Ceci s'explique par le fait que le patient ressent un soutien familial et voit en la personne de la famille atteint un appui. Il peut se procurer des réponses à d'éventuelles questions auprès de la personne présentant la même affection et se sent entouré.

Les patients ayant un vitiligo localisé possèdent un DLQI moyenne inférieur à la moyenne obtenue par la totalité des patients de notre étude. Les patients présentant un vitiligo généralisé par contre ont un DLQI moyen de 8, largement supérieur au DLQI moyen de tous nos patients.

Les patients souffrant de zones découvertes atteintes et non atteintes ont respectivement une moyenne de DLQI de 5 et 5,25.

Le vitiligo a un impact significatif sur la qualité de vie des patients au niveau des signes et symptômes, des activités quotidiennes, des loisirs, des relations personnelles ainsi que des traitements comme stipulé dans les travaux de Karelson M *et al* [81].

Pour notre étude, et selon les réponses des patients au questionnaire, le score obtenu était en relation avec le genre (les femmes obtenaient un score plus élevé) et l'étendue de l'atteinte (les patients ayant des atteintes généralisées présentent tous une altération de la qualité de vie).

Mais en référence aux études statistiques effectuées, le DLQI n'est associé ni au genre, ni à l'âge, ni à la situation matrimoniale, ni au niveau d'étude sur le plan démographique.

Sur le plan clinique, le DLQI n'est lié ni aux antécédents familiaux, ni au type du vitiligo, ni à la présence de zone découverte atteinte.

Notre pays ne jouit pas encore de système d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques et affichantes en général et du vitiligo en particulier.

Dans ce contexte, nous encourageons la multiplication et la systématisation des études liées à la qualité de vie des patients atteints de vitiligo afin d'aboutir à de meilleures interventions sur leur santé.

Nous préconisons l'élaboration d'un plan national d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques et affichantes telles que le vitiligo, afin de permettre une meilleure gestion de la maladie et de ses conséquences sur la qualité de vie et de faciliter le quotidien des patients.

Le développement de ce programme implique l'intégration et la participation active des associations de patients et des différents partenaires (sociétés savantes, faculté de Médecine, industries pharmaceutiques, réseaux et agences de santé) dans les discussions sur la politique de santé.

II. LES LIMITES

Nous avons conscience que notre intervention n'a apporté qu'une modeste contribution à l'amélioration future de la qualité de vie des patients atteints de vitiligo. L'étude des déterminants de la qualité de vie auprès de cette catégorie de personnes, en effet, n'en est qu'à ses débuts à Madagascar, spécialement à Antananarivo.

Aucune donnée sur le coût du traitement n'a été étudiée empêchant d'apercevoir la difficulté de prise en charge des patients.

Les examens paracliniques n'ont été effectués que par une minorité de la population d'étude surtout par manque de moyen financier ne nous permettant pas d'étudier en profondeur ces données au risque de fausser les statistiques.

La portée d'une étude de quarante-huit patients est faible et l'échantillon n'est que très peu représentatif d'une nation d'environ 22 millions d'habitants.

Par ailleurs, nous avons utilisé l'index de qualité de vie en dermatologie constituant un instrument de mesure spécifique de la qualité de vie en dermatologie.

CONCLUSION

CONCLUSION

Le vitiligo est une maladie chronique non handicapante mais très affichante surtout chez les patients à peau noire. Cette maladie est encore sous-recensée dans notre pays et il est souvent non traitée.

Le vitiligo modifie de manière importante la qualité de vie des patients par l'intermédiaire de son caractère très affichant et par l'atteinte psychologique qu'il engendre. La qualité de vie ne semble être associée à aucun variable précis. Outre une atteinte plus marquée auprès des femmes et des patients atteints de façon généralisée, la perception de soi-même semble être aussi primordiale que le regard des autres.

Notre pays ne jouit pas actuellement de système d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies affichantes. La recherche sur les déterminants de la qualité de vie des personnes présentant un vitiligo est loin d'être achevée et doit passer par l'élaboration d'instruments de mesure plus adaptés et spécifiques à cette affection.

Elle devrait permettre d'axer la prise en charge du vitiligo sur les patients et non sur la maladie. Cela correspondrait à une santé définie non seulement par la seule absence de maladie mais aussi par un état de bien être complet de l'individu.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Carter RL. Dictionnaire des termes dermatologiques. 4e éd. Baltimore: Williamset Wilkins; 1992.
2. Sehgal VN, Srivastava G. Vitiligo: Compendium of clinico-epidemiological features. Indian J DermatolVenereolLeprol. 2007;73:149-56.
3. Krüger C, Schallreuter KU. A review of the worldwide prevalence of vitiligo in children/ adolescents and adults. Int J Dermatol. 2012;51:1206–12.
4. Firooz A, Bouzari N, Fallah N, Ghazisaidi B, Firoozabadi MR, Bowlati Y. What patients with vitiligo believe about their condition. Int Dermatol. 2004;43:811-4.
5. Koeppel MC, Sayag J. Architecture et structure de la peau. Paris: Ellipses; 1996.
6. Madison KC. Barrier function of the skin: “La raison d’être” of the epidermis. J Invest Dermatol. 2003;121:231–41.
7. Kruegel J, Miosge N. Basement membrane components are key players in specialized extracellular matrices. Cell Mol Life Sci. 2010;67:2879-95.
8. Singh S, Singh J. Transdermal drug delivery by passive diffusion and iontophoresis: a review. Med Res Rev. 1993;13:569–621.
9. Cribier B, Grosshans E. Histologie de la peau normale et lésions histopathologiques élémentaires. Paris: Elsevier; 1994.
10. Dreno B. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. Ann Dermatol. 2009;136:247-51.

11. Prost-Squarcioni C. Actualités sur les mélanocytes de la peau et la mélanogénèse chez l'homme. *Morphologie*. 2001;85:5-9.
12. Ortonne JP. La couleur de la peau humaine: de la recherche à l'esthétique. *Ann DermatolVenereol*. 2008;135:153-6.
13. Ahogo KC, Gbery IP, Sangare A, Kaloga M, Kassi K, Ecra E, *et al*. Vitiligo: profil épidemio-clinique et aspects thérapeutiques sur peau noire à Abidjan, Côte d'Ivoire. *Med Afr Noire*. 2012;5910:482-86.
14. Ayanlowo O, Olumide YM, Akinkugbe A, Ahamneze N, Otike-Odibi BI, Ekpudu VI, *et al*. Characteristics of vitiligo in Lagos, Nigeria. *Afr J Med*. 2009;28:118-21.
15. RapelanoroRabenja F, Randrianasolo FM, Ramarozatovo LS, RakotojaonaNombana H, Ravelomanantena H, Ratrimoarivony C. Therapeutic observation of vitiligo. *Int J Dermatol*. 2005;44:46-8.
16. Alkhateeb A, Fain PR, Thody A, Bennett DC, Spritz RA. Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in Caucasians probands and their families. *Pigment Cell Res*. 2003;16:208–14.
17. Boisseau-Garsaud M, Saint-Cyr I, Arveiler B. Familial aggregation of vitiligo in the French West Indies (Isle of Martinique). *Eur J Dermatol*. 2001;11:24-6.
18. Liu JB, Li M, Yang S, Gui JP, Wang HY, Du WH, *et al*. Clinical profiles of vitiligo in China: an analysis of 3742 patients. *Clin and ExpDermatol*. 2005;30:327–31.
19. Verma SB. Vitiligo precipitated by striae: a little known entity. *J EurAcadDermatolVenereol*. 2009;23:357–8.

20. Van Geel N, Speeckaert R, De Wolf J, Bracke S, Chevolet I, Brochez L, *et al.* Clinical significance of Koebner's phenomenon in vitiligo. *Br J Dermatol.* 2012;167:1017–24.
21. Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:921–8.
22. Khaitan BK, Khaturia S, Ramam M. A descriptive study to characterize segmental vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012;78:715–21.
23. Vrijman C, Hosseinpour D, Bakker JG, Wolkerstorfer A, Bos JD, Wietze van der Veen JP, *et al.* Provoking factors including chemicals in Dutchvitiligo patients. *Br J Dermatol.* 2013;168:1003–11.
24. Behl P, Agarwal A, Srivastava G. Etiopathogenesis of vitiligo: are we dealing with an environmental disorder?. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 1999;65:161-6.
25. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Rosic V. Vitiligo: a comprehensive overview. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:473–91.
26. Anatoli F, David G. Vitiligo. *J Am Acad Dermatol.* 2005;50:63-7.
27. Ongenae K, Van Gell N, Naeyaert JM. Evidence for an auto-immune pathogenesis of vitiligo. *Pigment Cell Res.* 2003;16:90-100.
28. Mazereeuw, Hautier J. Pathogénie du vitiligo. *Kératin.* 2004;8:9-13.
29. Rokos H, Beazley WD, Schallreuter KU. Oxidative stress in vitiligo: photo-oxidation of pterins produces H₂O₂ and pterin-6-carboxylic acid. *Biochem Biophys Res Commun.* 2002;292:805-11.

30. Grimes PE, Sevall JS, Vojdani A. Cytomegalovirus DNA identified in skin biopsy specimens of patients with vitiligo. *J Am AcadDermatol*. 1996;35:21-6.
31. Behl PN, Bhatia RK. 400 cases of vitiligo. A clinico-therapeutic analysis. *Indian J Dermatol*. 1972; 17:51–56.
32. Hann SK, KimYS, Yoo JH, Chun YS. Clinical and histological characteristic of trichromevitiligo. *J Am AcadDermatol*. 2000;42:589-96.
33. Behl PN, Aggarwal A, Srivastava G. Vitiligo: dans pratique de la dermatologie. 9e éd. New Delhi: Editeurs CBS; 2003.
34. Ezzedine K, Lim HW, Suzuki T, Katayama I, Hamzavi I, Lan CC, *et al*. Revised classification/ nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. *Pigment Cell Melanoma Res*. 2012;25:1-13.
35. Taieb A, Picardo M. Epidemiology, definitions and classification. Berlin-Heidelberg: Springer Publisher; 2010.
36. Shajil EM, Deepali A, Krishna V, Marfatia YS, Rasheedunnisa B. Vitiligo: clinical profiles in Vadodara, Gujarat. *Indian J Dermatol*. 2006;51:100-4.
37. Rajashekhar T, Singh G, Rajkumar V. Segmental vitiligo and twenty-nail dystrophy: an unusual association. *Indian J DermatolVenereolLeprol*. 2008;74:661-2.
38. Taieb A, Picardo M. The definition and assessment of vitiligo: a consensus report of the Vitiligo European Task Force. *Pigment. Cell Res*. 2007;20:27–35.

39. Wang X, Du J, Wang T, Shen Y, Ding X, Tian S, *et al.* Prevalence and Clinical Profile of Vitiligo in China: A Community-based Study in Six Cities. *Acta Derm Venereol*. 2013;93:62–5.
40. Van Geel N, De Lille S, Vandenhante S, Gauthier Y, Mollet I, Brochez L, *et al.* Different phenotypes of segmental vitiligo based on a clinical observational study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25:673–8.
41. Gawkrodger DJ, Ormerod AD, Shaw L, Mauri-Sole I, Hhilton ME, Watts MJ *et al.* Guideline for the diagnosis and management of vitiligo. *Br J Dermatol*. 2008;159:1051–76.
42. Seiter S, Ugurel S, Tilgen W, Reinhold U. Use of high-dose methylprednisolone pulse therapy in patients with progressive and stable vitiligo. *Int J Dermatol*. 2000;39:624-7.
43. Rath N, Kar H, Sabhnani S. An open labeled, comparative clinical study on efficacy and tolerability of oral minipulse of steroid (OMP) alone, OMP with PUVA and broad / narrow band UVB phototherapy in progressive vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;75:357-60.
44. Hofer A, Kerl H, Wolf P. Long-term results in the treatment of vitiligo with oral khellin plus UVA. *Eur J Dermatol*. 2001;11:225-9.
45. Asawanonda P, Kijluakiat J, Korkij W, Sindhupak. Targeted broadband ultraviolet b phototherapy produces similar responses to targeted narrowband ultraviolet B phototherapy for vitiligo: a randomized, double-blind study. *Acta Derm Venereol*. 2008;88:376-81.
46. Jayanth D, Pai B, Shenoi S, Balachandran C. Efficacy of antioxidants as an adjunct to photochemotherapy in vitiligo: a case study of 30 patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2002;68:202-5.

47. Dell'Anna ML, Picardo M. A review and a new hypothesis for non-immunological pathogenetic mechanisms in vitiligo. *Pigment Cell Res.* 2006;19:406-11.
48. Gauthier Y. Complications and limitations of melanocyte transplantation in surgical management of vitiligo. Ed S. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
49. Olsson MJ. What are the needs for transplantation treatment in vitiligo, and how good is it?. *Arch Dermatol.* 2004;104:1273-4.
50. Parsad D, Gupta S. Standard guidelines of care for vitiligo surgery. *Indian J DermatolVenereolLeprol.* 2008;74:37-45.
51. Passeron T, Ostovari N, Zakaria W, Fontas E, Larrouy JC, Lacour JP *et al.* Topical tacrolimus and the 308-nm excimer laser: a synergistic combination for the treatment of vitiligo. *Arch Dermatol.* 2004;140:1065-9.
52. Savant S. Surgical therapy of vitiligo: Current status. *Indian J DermatolVenereolLeprol.* 2005;71:307-10.
53. Tanioka M, Yamamoto Y, Kato M, Miyachi Y. Camouflage for patients with vitiligo vulgaris improved their quality of life. *J CosmetDermatol.* 2010;9:72-5.
54. De Cuyper C. Permanent makeup:indications and complications. *ClinDermatol.* 2008;26:30-4.
55. Murray C, Lopez A, *et al.* Alternative projection of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet.* 1997 May;349:1498-504.
56. Yllef M, Di Notte D, Fontaine O. Définition opérationnelle de la qualité de vie : note de synthèse et proposition d'un instrument. WHO; 2000.

57. Organisation mondiale de la santé. Préambule à la constitution de l'organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la conférence internationale sur la santé. New York : OMS; 1946.
58. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984;95:542-75.
59. Eymard C. L'accompagnement à l'observance thérapeutique des personnes toxicomanes sous traitement de substitution en situation de précarité. *Drogues, santé et société.* 2007;6:153-84.
60. Remy AJ, Daurès JP, Tanguy G, Khemissa F, Chevrier M, Lezotre PL *et al.* Mesure de la qualité de vie chez les malades ayant une hépatite chronique virale C : validation d'un indicateur général et d'un indicateur spécifique. *Gastroenterol Clin Biol.* 1999;23:1296-309.
61. Al Robaee AA. Assessment of quality of life in Saudi patients with vitiligo in a medical school in Qassim province, Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2007;28:1414-7.
62. Finlay AY, Khan GK. Indice de la qualité de vie de Dermatologie (DLQI) une mesure simple et pratique pour une utilisation clinique de routine. *ClinExpDermatol.* 1994;19:210-6.
63. Howitz J, Brodthagen H, Schwartz M, Tomsen K. (1977). Prevalence of vitiligo: Epidemiological survey on the Isle of Bornholm, Denmark. *ArchDermatol.* 1977;113:47-52.
64. Kyriakis KP, Palamaras I, Tsele E, Michailides C, Terzoudi S. Case detection rates of vitiligo by gender and age. *Int J Dermatol.* 2009;48:328-9.
65. Karelson M, Kingo K, Salum T, Kõks S, Silm H. Adult's Vitiligo in Estonia: Study of 155 patients. *Open Dermatol J.* 2009;3:69-72.

66. Dogra S, Parsad D, Handa S, Kanwar AJ. Late onset vitiligo: A study of 182 patients. *Int J Dermatol*. 2005;44:193–6.
67. Zhang XJ, Liu JB, Gui JP, Li M, Xiong QG, Wu HB, *et al.* Characteristics of genetic epidemiology and genetic models for vitiligo. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:383–90.
68. Van Geel N, Speeckaert R, De Wolf J, Bracke S, Chevolet I, Brochez L, *et al.* Clinical significance of Koebner's phenomenon in vitiligo. *Br J Dermatol*. 2012;167:1017–24.
69. Zhang Z, Xu SX, Zhang FY, Yin XY, Yang S, Xiao FL, *et al.* The analysis of genetics and associated autoimmune diseases in Chinese vitiligo patients. *Arch Dermatol Res*. 2009;301:167–73.
70. Dave S, Thappa DM, Souza DM. Clinical predictors of outcome in vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2002;68:323–5.
71. Mason CP, Gawkrodger DJ. Vitiligo presentation in adults. *Clin and Exp Dermatol*. 2005;30:344–5.
72. Misri R, Khopkar U, Shankarkumar U, Ghosh K. Comparative case control study of clinical features and human leukocyte antigen susceptibility between familial and nonfamilial vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009;75:583–7.
73. Laberge G, Mailloux CM, Gowan K, Holland P, Bennett DC, Fain PR, *et al.* Early disease onset and increased risk of other autoimmune diseases in familial generalized vitiligo. *Pigment Cell Res*. 2005;18:300–5.

74. Ongena K, Van Geel N, De Schepper S, Naeyaert JM. Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. *Br J Dermatol.* 2005;152:1165–72.
75. Borimnejad L, ParsaYekta Z, Nikbakht-Nasrabadi A, Firooz A. Qualité de la vie avec le vitiligo: comparaison des hommes et des femmes patients musulmans en Iran. *Gend Med.* 2006;3:124-30.
76. Wang KY, Wang KH, Zhang ZP. Health-related quality of life and marital quality of vitiligo patients in China. *J EurAcadDermatolVenereol.* 2011;25:429–35.
77. Chan MF, Chua TL, Goh BK, Aw CW, Thng TG, Lee SM. Investigating factors associated with depression of vitiligo patients in Singapore. *J Clin Nursing.* 2012;21:1614–21.
78. Kent G, al-Abadie M. Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *ClinExpDermatol.* 1996;21:330–3
79. 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;148:373–4.
80. Al-Mubarak L, Al-Mohanna H, Al-Issa A, Jabak M, Mulekar SV. Quality of life in Saudi vitiligo patients. *J Cut Aest Surgery.* 2011;4:33–7.
81. Karelson M, Silm H, Kingo K. Quality of Life and Emotional State in Vitiligo in an Estonian Sample: Comparison with Psoriasis and Healthy Controls. *ActaDermato-Venereologica.* 2013;93:446–50.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N°1 : fiche de recueil de données sur le patient.

ANNEXE N°2 : questionnaire qualité de vie en dermatologie.

ANNEXE N°1 : FICHE DE RECUEIL DE DONNEES SUR LE PATIENT

NOM ET PRENOMS :	DOSSIER N° :		
AGE : ans			
GENRE : Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>	SCORE	<input type="text"/>
PROFESSION :			
SITUATION MATRIMONIALE : Marié(e) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>		
ADRESSE :	DATE :		
NIVEAU D'ETUDE : Primaire <input type="checkbox"/>	Secondaire <input type="checkbox"/>	Lycée <input type="checkbox"/>	Université <input type="checkbox"/>
RELIGION :	ETHNIE :		

HISTOIRE DE LA MALADIE

Date de début :

Circonstance d'apparition :

Post traumatique Stress psychologique

Spontanée Autre (à préciser)

Topographie :

Topographie initiale :

Zone(s) atteinte(s):

Classification :

V. segmentaire

V. non segmentaire

V. acrofacial

V. généralisé

V. mixte

V. des muqueuses

V. universalis

V. indéterminés

V. focal

V. des muqueuses (site unique)

Taille :

Lésions localisées :cm Xcm

Lésions systématisées : (règle de 9 de Wallace)

Mode évolutif :

Une poussée

.....

Plusieurs poussées : nombre

Signes extra-cutanés :

ANTECEDENTS

Personnels : diabète dysthyroïdie autres (à préciser) :

Familiaux : vitiligo autres (à préciser) :

EXAMENS PARACLINIQUES

Date	Examens	Résultats
	Hémogramme	GR HB VGM CCMH TGMH GB PNN Monocytes Plaquettes Réticulocytes
	Glycémie	
	T3, T4, TSH _{us} Anticorps antithyroïdiens	T3 : T4 : TSH : Anticorps antithyroglobuline : Anticorps anti
	Cortisolémie Ionogramme sanguin Ionogramme urinaire Cortisol libre urinaire	De 8h : de 16h : Na : K : Cl: Ca : Na : K : Cl: Ca:
	Sérologie HIV ₁ et HIV ₂	

TRAITEMENT

Dermocorticoïde de classe I : 1-0-1 (10j) puis 1-0-0 (10j)

Acide ascorbique : 1-0-0 (20j)

Cyanocobalamine : 1-0-0 (20j)

Autre (à préciser) :

	Extension	Stationnaire	Repigmentation en pastille			Repigmentation totale
			<30%	30 à 60%	>60%	
M1						
M2						
M3						
M4						
M5						
M6						
M7						
M8						
M9						
M10						
M11						
M12						
M13						
M14						

EVOLUTION

ANNEXE N°2 : QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE EN DERMATOLOGIE

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie.
Veuillez cocher une case par question.

1. Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e)?	Enormément <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Pas du tout <input type="checkbox"/>	
2. Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?	Enormément <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Pas du tout <input type="checkbox"/>	
3. Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner?	Enormément <input type="checkbox"/>	Un peu <input type="checkbox"/>	Pas du tout <input type="checkbox"/>	Non concerné(e) <input type="checkbox"/>

<p>4. Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?</p>	<p>Enormément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/></p>	<p>Un peu <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/></p>	<p>Non concerné(e) <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?</p>	<p>Enormément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/></p>	<p>Un peu <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/></p>	<p>Non concerné(e) <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?</p>	<p>Enormément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/></p>	<p>Un peu <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/></p>	<p>Non concerné(e) <input type="checkbox"/></p>

<p>7. Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier?</p> <p>Si la réponse est "non" : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p>		<p>Non concerné(e) <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?</p>	<p>Enormément <input type="checkbox"/></p> <p>Beaucoup <input type="checkbox"/></p>	<p>Un peu <input type="checkbox"/></p> <p>Pas du tout <input type="checkbox"/></p>	

<p>9. Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile?</p>	<p>Enormément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/></p>	<p>Un peu <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/></p>	<p>Non concerné(e) <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Au cours des 7 derniers jours, le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il posé un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?</p>	<p>Enormément <input type="checkbox"/> Beaucoup <input type="checkbox"/></p>	<p>Un peu <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/></p>	<p>Non concerné(e) <input type="checkbox"/></p>

Veuillez vérifier que vous avez bien répondu à CHAQUE question. Merci.

VELIRANO

Etoanatrehan'AndriamanitraAndriananahary,
etoanoloan'ireompampianatraahysyireompiara-mianatratamikoetoamin'itytoeram-
pianarananity, aryetoanoloan'nysarin'i HIPPOCRATE.

Diamanometokysymianianaaho, fahanajalalandavanyfitsipikahitandrovana
nyvoninahitrasynyfahamarinanaeo am-panatontosananyrahaham-pitsaboana.

Ho tsaboikomaimaimpoanaireooryarytsyhitakysaran'asamihoatranohony
rarinyaho, tsyhiraytetikamaizinanaoviananaovianaarynaamin'izanaamin'iza
ahombahahazoanamizaraaminynykaramamety ho azo.

Rahatafiditra an-tranon'olonaaho, diatsyhahitaizayzava-misehoaony
masoko, katanako ho ahysamireryireotsiambaratelohaborakaamiko, arynyasakotsy
avelakohataofitaovanahanatontosanazavatramamoafadynahanamoranafamitan-keloka.

Tsyekeko ho
efitrahanelelananyadidikoamin'nyolonatsaboikonyantonjavatraara-pinoana, ara-
pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehanaaryara-tsaranga.

Hajaikotanterakanyain'olombelonanadiavaonotorontoroniaaza, arytsy
hahazomampiasanyfahalalako ho enti-manohitranylalà'nymaha-olonaahonadia
vozonanaaza.

Manajasymankasitrakaireompampianatraahyaho, kahampitaamin'ny
tarananynyfahaizananoraisikotamin'izyireo.

Ho toavin'nympiara-belonaamikoanieahorahamahatantekanyvelirano
nataoko.

Ho rakotrynyhenatrasyhorabirabian'ireompitsabonamakokosaanieaho
rahamivadikaamin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Directeur de Thèse

Signé: Professeur RAMAROZATOVO Lala Soavina

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé: Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

Name and first names	: RANDRIANARIVONY Andriamihango Sandrina Elisée
Titrate thesis	: « EVALUATING OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH VITILIGO IN THE BEFELATANANA'S HOSPITAL »
Heading: Medicine	
Number of pages: 69	Number of figures: 16
Number of tables: 14	Number of references bibliographic: 81
Number of attachments: 2	

SUMMARY

Vitiligo is a common acquired depigmentary disease. Vitiligo is displaying and disfiguring in all races but especially among people with black skin. Vitiligo is asymptomatic and does not cause notable physical impairment. We wanted to describe the clinical expression of vitiligo and to determine the factors influencing the life quality of patients with vitiligo.

Our study evaluated the life quality of 48 patients with vitiligo, from January 2012 to May 2015 in the dermatology department of the hospital Joseph Raseta Befelatanana Antananarivo, through the intermediary of life quality questionnaires in dermatology.

Besides a repercussion greater among women and those with generalized way, the degree of impairment is ultimately associated with any variable. However, it was found that vitiligo significant way changed the life quality of patients by its conspicuous nature and by displaying the psychological damage it causes. The perception of oneself seems to be, in fact, as important as other people's eyes focused on patients with vitiligo. This raises a huge public health problem requiring an improvement in patient's life quality through improving the care of patients with vitiligo and information about the entire population conspicuous diseases.

Key words: Antananarivo, evaluation, life, quality, vitiligo.

Director of thesis	: Professor RAMAROZATOVO Lala Soavina
Reporter of thesis	: Doctor RANAIVO Irina Mamisoa
Address of the author	: IL 34A Anjomakely Antananarivo 102

Nom et prénoms : RANDRIANARIVONY Andriamihango Sandrina Elisée
Titre de la thèse : «EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS DE VITILIGO A L'HOPITAL BEFELATANANA»

Rubrique:MEDECINE

Nombre de pages: 69

Nombre de figures :16

Nombre de tableaux : 14

Nombre de références bibliographiques : 81

Nombre d'annexes : 2

RESUME

Le vitiligo est une dépigmentation épidermique de la peau. Il est affichant et défigurant chez toutes les races mais essentiellement auprès des populations à peau noire. Le vitiligo est asymptomatique et n'entraîne aucun dommage fonctionnel important. Nous avons tenu à décrire l'expression clinique du vitiligo et à déterminer les facteurs influençant la qualité de vie des patients atteints de vitiligo.

Notre étude évaluait la qualité de vie de 48 patients atteints de vitiligo, de Janvier 2012 à Mai 2015 dans le service de dermatologie de l'Hôpital Joseph Raseta Befelatanana d'Antananarivo, par l'intermédiaire du questionnaire de qualité de vie en dermatologie.

Outre une répercussion plus marquée chez les femmes et les patients atteints de façon généralisée, le degré de l'atteinte n'est finalement associé à aucun variable. Pourtant, nous avons pu établir que le vitiligo modifiait de manière importante la qualité de vie des patients par son caractère très affichant et par l'atteinte psychologique qu'il engendre. La perception de soi-même semble être, en effet, aussi primordiale que le regard des autres porté sur les patients atteints de vitiligo. Ceci soulève un énorme problème de santé publique imposant une amélioration de la qualité de vie des patients en passant par l'amélioration de la prise en charge et par l'information de toute la population quant aux maladies affichantes.

Mots clés: Antananarivo,évaluation, qualité, vie, vitiligo

Directeur de thèse : Professeur RAMAROZATOVO Lala Soavina

Rapporteur de thèse : Docteur RANAIVO Irina Mamisoa

Adresse de l'auteur : Lot IL34 A Anjomakely Antananarivo 102