



# REMERCIEMENTS

*A NOTRE MAÎTRE CHEF DE SERVICE LE PROFESSEUR EL OUAHABI HANAN*

*Vous nous avez confié ce travail et aidé à son élaboration. Vos qualités professionnelles et humaines, votre gentillesse et votre lucide compréhension sont pour nous un exemple à suivre. Votre porte est toujours ouverte pour nous accueillir, et nous faire profiter de votre savoir. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus distingués en symbole de ma reconnaissance.*

*AU PROFESSEUR SALHI HOUDA*

*Vous avez effectivement participé à notre formation. Vos compétences professionnelles ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous. Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et notre reconnaissance.*

# SOMMAIRE

<b>ABREVIATIONS</b>	<b>6</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>OBJECTIFS DE L'ETUDE</b>	<b>10</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	<b>12</b>
I-CADRE DUREE ET POPULATION DE L'ETUDE	13
II- RECUEIL DES DONNEES	13
III-VARIABLES ETUDIES	13
1-Données liées à l'hirsutisme :	13
2-Données liées à la qualité de vie	14
IV - ANALYSE STATISTIQUE :	15
<b>RESULTATS</b>	<b>17</b>
I-NOMBRE DE PATIENTS	18
II - DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :	18
III-DONNEES LIES A L'HIRSUTISME	19
A- Données cliniques	19
B. Données paracliniques :	22
C- Etiologies	22
IV- DONNES LIEES A LA QUALITE DE VIE	24
1-Evaluation de la qualité de vie	24
2-Relation entre la qualité de vie et les données sociodémographiques	25
3-Relation entre la qualité de vie et les données cliniques	29
4-Relation entre la qualité de vie et les étiologies de l'hirsutisme	35
<b>DISCUSSION</b>	<b>38</b>

## Qualité de vie chez les patientes Hirsutes :

I-RAPPELS : HIRSUTISME -----	38
1-Définition et historique -----	38
2-Etiologies de l'hirsutisme -----	39
II- QUALITE DE VIE -----	40
1-définition / usages de la qualité de vie en sante -----	40
2-Intérêt de mesure de la qualité de vie -----	41
3-Mesure de la qualité de vie chez les patientes hirsutes -----	42
III- QUALITE DE VIE CHEZ LES PATIENTES HIRSUTES-----	44
<b>CONCLUSION-----</b>	<b>54</b>
<b>RESUMES -----</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE -----</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXES -----</b>	<b>67</b>

## ABREVIATIONS

<b>CSS</b>	: Caractères sexuels secondaires
<b>DLQI</b>	: Dermatologie life qualité index
<b>FG</b>	: Ferriman et Galway
<b>GAJ</b>	: Glycémie à jeun
<b>HCS</b>	: Hyperplasie congénitale des surrénales
<b>HADS</b>	: Hospital Anxiety and Depression Scale
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>IMC</b>	: Indice de masse corporel
<b>PEC</b>	: Prise en charge
<b>QV</b>	: Qualité de vie
<b>SOPK</b>	: Le syndrome des ovaires poly kystiques
<b>TA</b>	: Tension artérielle
<b>21OH</b>	: 21 Hydroxylées
<b>11 OH</b>	: 11 Hydroxylées
<b>17 OHP</b>	: 17-Hydroxy progestérone

## LISTE DE FIGURES

Figure 1: Répartition de la population en fonction des troubles de cycle

Figure 2 : Répartition des patientes en fonction du diagnostic retenu

Figure 3: Répartition de la population en fonction de score HADS

Figure 4: Répartition de la population en fonction de score DLQI

Figure 5 : Relation entre l'âge des patientes et le score HADS (anxiété)

Figure 6 : Relation entre l'âge des patientes et le score HADS (Dépression)

Figure 7: Relation entre l'IMC et la sous échelle d'anxiété du score HADS

Figure 8: Relation entre l'IMC et la sous échelle de dépression du score HADS

Figure 09: Relation entre le moyen du score DLQI et l'IMC

Figure 10 : Relation entre l'hirsutisme et le score HADS concernant l'anxiété

Figure 11 : Relation entre le score HADS concernant la dépression et les étiologies de l'hirsutisme

Figure 12: Le score de FG

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Exemples d'études sur le retentissement de l'hirsutisme sur la qualité de vie

Tableau 2 : Exemples d'études sur le retentissement de l'hirsutisme facial sur la qualité de vie

# INTRODUCTION

L'hirsutisme constitue un trouble endocrinien fréquent ; il se définit par le développement d'une pilosité excessive de type masculine dans les zones normalement glabres chez la femme [1]. Il est le plus souvent une source de préjudice esthétique et de souffrance psychique secondaire à son caractère affichant ; il altère l'image sociale de la femme et le sentiment de son identité sexuelle [2].

La mesure de la qualité de vie (QV) de ces patientes apporte une aide au médecin en lui permettant de prendre en compte le retentissement psychologique de la maladie, et d'améliorer la PEC thérapeutique.

Cette notion de QV est apparue après la deuxième guerre mondiale. Le concept de la QV liée à la santé s'est développé à partir des années 1960 [3]. Il prend en compte l'ensemble des dimensions de la QV susceptibles d'être modifiées par la maladie ou son traitement [4].

Jusqu'à présent, très peu d'études ont évalué l'influence de l'hirsutisme sur la QV, l'anxiété et les symptômes dépressifs, c'est ce qui nous a poussé à mener cette étude.

# OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs de ce travail sont :

### I-Objectif général :

Evaluer le retentissement de l'hirsutisme sur la QV des patientes Hirsutes.

### II-Objectifs spécifiques:

1. Mettre le point sur l'intérêt de l'évaluation de la QV dans la PEC des femmes hirsutes ;
2. Evaluation de la prévalence des aspects psychosociaux de l'altération de la QV chez les femmes hirsutes ;
3. Définir les facteurs associés à une baisse de la QV, les symptômes d'anxiété et de dépression ;
4. Définir Chez ces femmes hirsutes les dimensions de la QV les plus affectées.

# MATERIELS ET METHODES

## I-Cadre durée et population de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle menée au service d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition de CHU HASSAN II de Fès entre l'année 2019-2020.

### a-Les critères d'inclusion :

Toutes les patientes suivies au service pour hirsutisme quelque soit l'âge, et l'étiologie de l'hirsutisme.

### b- Les critères d'exclusion :

Par contre, ne faisaient pas partie de notre étude :

- ✓ Les patientes sous traitement ou ayant pris un traitement pouvant influencer sur l'intensité de l'hirsutisme pendant les six derniers mois avant l'étude.
- ✓ Les femmes enceintes ayant un hirsutisme
- ✓ Toute femme refusant d'adhérer à l'étude

## II- Recueil des données

Nous avons procédé au recrutement des malades à partir du registre d'hospitalisation et la consultation du service d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition du CHU HASSAN II de Fès. Les données des dossiers ont été collectées et notées sur une fiche d'exploitation (Annexe 1), puis intégrées dans une base de données informatique.

## III-Variables étudiés

### 1-Données liées à l'hirsutisme :

Pour chaque dossier nous avons étudié :

#### ➤ **Les données sociodémographiques**

L'identité, l'âge, la profession, l'origine géographique, la situation familiale, le niveau socioéconomique (NSE) .

### ➤ Antécédents personnels :

L'HTA, le diabète, l'obésité, la prise médicamenteuse, autres.

### ➤ Antécédents gynéco-obstétricaux :

Age de la ménarche, cycle menstruel, Contraception, infertilité.

### ➤ Antécédents familiaux :

Hirsutisme, SOPK, syndrome de perte de sel, mortalité périnatale, infertilité, diabète.

### ➤ Mode de début, période de début ;

### ➤ Données cliniques:

- Le poids, la taille, le tour de taille, l'IMC, TA
- Le score de Ferriman et Gallwey (FG) ;
- Signes mineurs d'hyperandrogénie : acné, hyperseborrhée, chute de cheveux ;
- Signes majeurs d'hyperandrogénie : hypertrophie musculaire, alopecie, hypertrophie clitoridienne, raucité de la voix, golfes frontaux ;
- Signes d'hypercorticisme ; Signes d'hyperinsulinisme.

### ➤ Données biologiques : Bilan hormonal, métabolique et bilan morphologique

### ➤ Etiologies de l'hirsutisme

## 2-Données liées à la qualité de vie

Les patientes ont subi une vaste évaluation de la QV par les méthodes suivantes :

- L'échelle de qualité de vie DLQI ( Dermatologie life quality index )
- L'échelle hospitalière de dépression et d'anxiété HADS (L'Hospital Anxiety and Depression Scale)

### a- L'échelle hospitalière de dépression et d'anxiété (HADS)

Le questionnaire HADS a été développé par Zigmond et Snaith en 1983 pour dépister les troubles de l'anxiété, et les syndromes dépressifs chez des patients hospitalisés en milieux non psychiatriques (Annexe 2) [5].

Elle comporte deux sous-échelles évaluant le niveau d'anxiété (7 items) et le niveau de dépression (7 items). Pour chaque item, la réponse est cotée de 0 à 3 selon l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée. L'intervalle des notes possibles s'étend donc pour chaque sous-échelle de 0 à 21. Pour chaque sous-échelle, une valeur supérieure ou égale à 11 définit l'anxiété ou la dépression [06].

### b- L'indice de qualité de vie en dermatologie (DLQI)

Le DLQI est une échelle auto-administrée de mesure de l'impact de la QV liée à la santé en dermatologie mise au point en 1994 par Finlay et Khan [7].

Les symptômes à recueillir sont ceux présents au cours des 7 derniers jours. Il repose sur dix questions cotées de 0 à 3. Le score du DLQI est obtenu en faisant la somme des scores qui ont été attribués à chacune des questions. En fonction de score calculé on peut estimer le retentissement sur la QV [8] :

- 0-1 = aucun effet ;
- 2-5 = faible effet ;
- 6-10 = effet modéré ;
- 11-20 = effet important ;
- 21-30 = effet extrêmement important.

## IV – Analyse statistique :

Toutes les variables étaient résumées par l'utilisation des statistiques descriptives. Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions et les variables quantitatives étaient décrites en termes de moyenne, valeurs extrêmes et écart-type.

## Qualité de vie chez les patientes Hirsutes :

Dans un deuxième temps, une analyse uni-variée a été faite pour étudier l'association entre les caractéristiques socio-démographiques , clinique et la dépression, l'anxiété et la qualité de vie des patientes hirsutes. Lors de la comparaison de groupes, nous avons utilisé les tests paramétriques classiques (Test de Khi2, test de Student) en fonction de la nature des variables à comparer.

Dans un 3ème temps, nous avons utilisé la régression linéaire multiple pour rechercher les facteurs associés au score de qualité de vie. Les variables ayant un p inférieur à 0,2 en analyse univarié étaient inclus dans un modèle.

Le codage et le traitement des données ont été réalisés avec Excel et l'analyse statistique des données avec le logiciel R. Une valeur de p inférieure à 0,05 est considérée comme significative.

# RESULTATS

## I-Nombre de patients

Dans notre étude, nous avons recruté 51 femmes hirsutes.

## II - Données sociodémographiques :

	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Age</b>		
16-24 ans	23	45
25-30 ans	18	35.3
30-40	10	19.6
<b>Origine géographique</b>		
Urbain	40	78.4
Rural	11	21.6
<b>Niveau socioéconomique</b>		
Bas	18	35.3
Moyen	30	58.8
élevé	3	5.9
<b>Profession</b>		
Femme au foyer	17	33.4
Étudiante	11	21.6
Active	23	45
<b>Situation familiale</b>		
Mariée	22	43.1
Célibataire	28	54.9
Divorcée	1	2

### III-Données liés à l'hirsutisme

#### A- Données cliniques

##### 1. Antécédents personnels et familiaux des patientes :

##### a - Antécédents personnels :

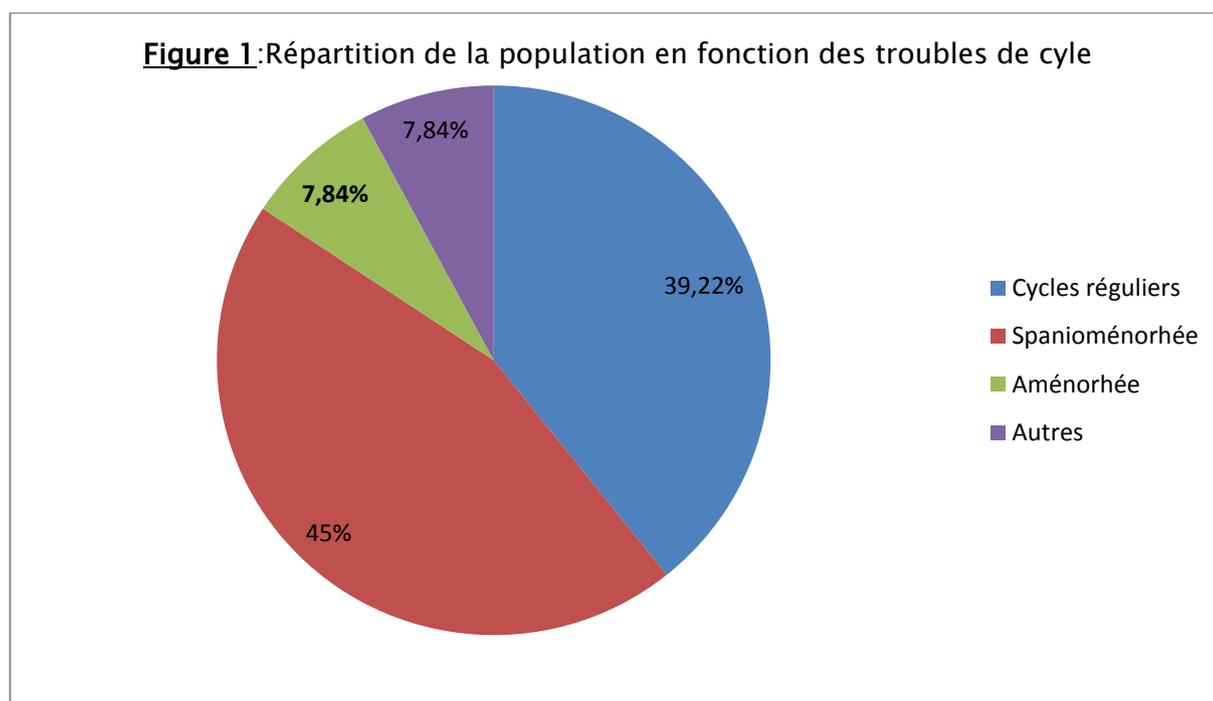
	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	5	9.8
Diabète	2	3.9
Infertilité	3	5.9
Dépression	3	5.9

##### b- Antécédents gynéco-obstétricaux :

##### Ménarche :

L'âge moyen de la ménarche était de 13 ans avec un minimum de 9 ans et un maximum de 18 ans.

##### Cycle menstruel :



c-Antécédents familiaux :

	Effectif	Pourcentage(%)
Diabète	18	35.9
Hirsutisme	19	37.25
Mortalité périnatale	5	9.8
Dépression	1	2

2. Histoire de l'hirsutisme :

	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Période de début</b>		
Prépuberté	1	2
Péripuberté	34	66.67
Postpuberté	16	31.37
<b>Mode de début</b>		
Brutal	2	3.92
Progressif	49	96.08
<b>Fréquence d'épilation</b>		
≥ 2 semaine	12	23.53
1/semaine	9	17.65
1/15jours	7	13.73
1/mois	6	11.76
Non précisé	17	33.33
<b>Prise de poids</b>		
	11	21.57

**3. Données de l'examen clinique :**

	Effectif	Pourcentage (%)
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>		
Normal (19-24)	25	49
Surpoids (25 ≤ IMC < 30)	16	31.4
Obésité (IMC ≥ 30)	10	19.6
<b>TT</b>		
Normal	32	62.75
Elevé	19	37.25
<b>HTA</b>		
	4	7.9
<b>Score de FG</b>		
Score léger	15	29.4
Score modéré	29	56.9
Hirsutisme sévère	7	13.7
<b>Signes d'hyperandrogénie mineurs</b>		
L'acné	32	62.75
L'hyperséborrhée	17	33.33
La chute des cheveux	4	7.8
<b>Signes d'hyperandrogénie majeurs</b>		
L'alopecie	2	3.9
Les golfes frontaux	2	3.9
La clitoridomégalie	2	3.9
<b>Autres signes</b>		
Signes d'hypercorticisme	4	7.84
Acanthosis Nigricas	3	5.88
Retard statural	2	3.9
Galactorhée	2	3.9

## B. Données paracliniques :

### 1. Testostéronémie totale

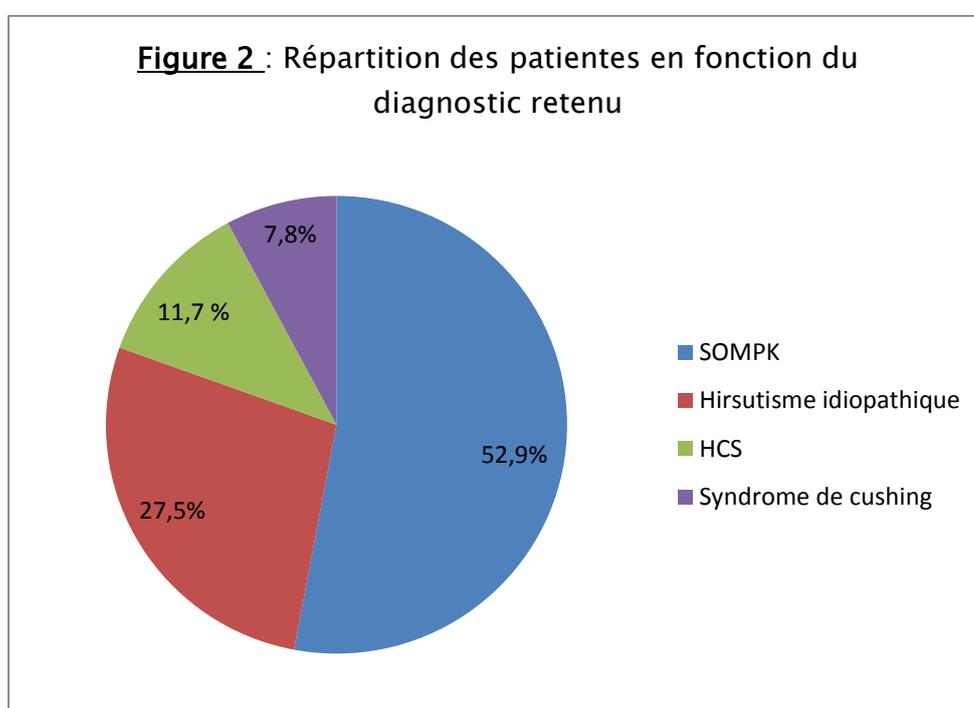
	Effectif	Pourcentage (%)
Testostéronémie totale (ng/ml)		
Normal <0.6	28	54.9
Augmenté >0.6	23	45.1

### 2-Echographie pelvienne :

Elle a objectivé chez 24 de nos patientes soit 47.1 % des cas, des images évoquant la présence des ovaires micropolykystiques.

### C- Etiologies

	Effectif	Pourcentage (%)
<b>SOMPK</b>	27	52.9
<b>Hirsutisme idiopathique</b>	14	27.5
<b><u>HCS</u></b>	6	
Bloc enzymatique en 21 OH	4	11.7
Bloc enzymatique 11 B OH	2	
<b>Syndrome de cushing</b>	4	7.8



## IV- Donnés liées à la qualité de vie

### 1-Evaluation de la qualité de vie

#### a- Score DLQI et HADS

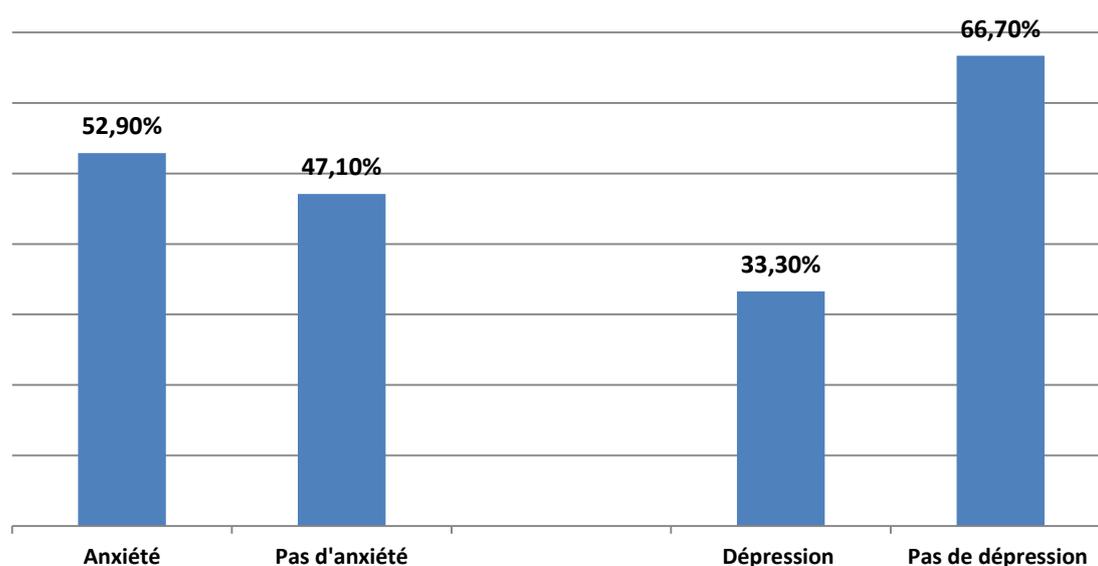
Après analyse de score HADS et DLQI, les résultats étaient les suivants :

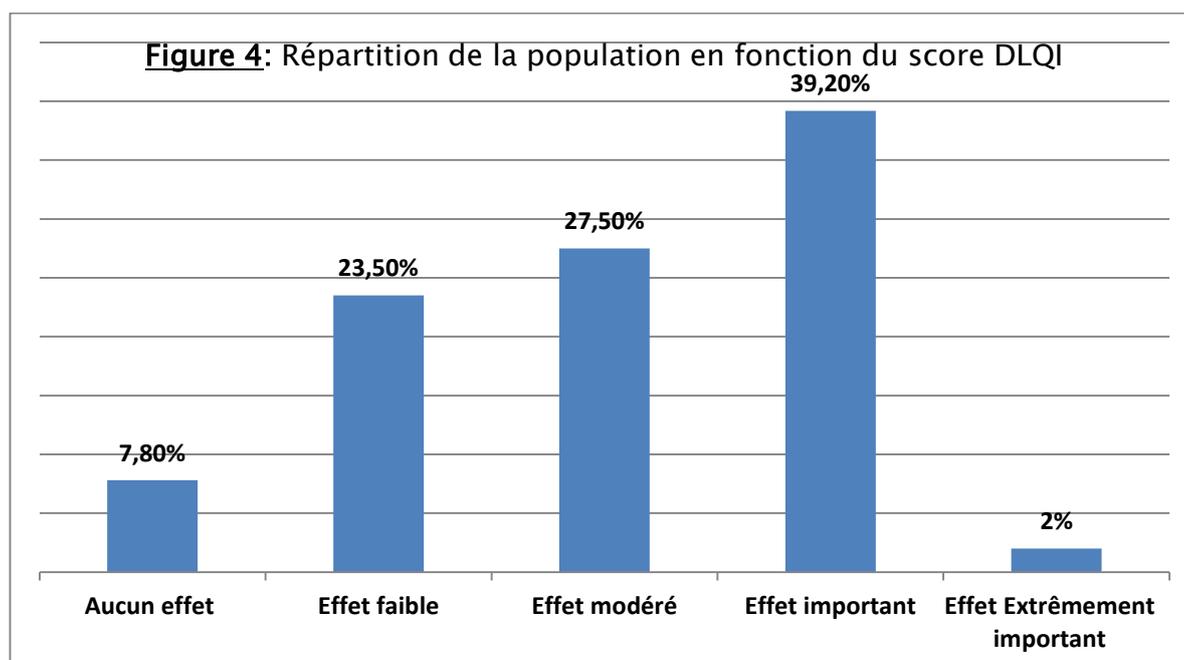
	Score HADS				Score DLQI : Effet sur la qualité de vie				
	Anxiété		Dépression		<i>aucun</i>	<i>faible</i>	<i>modéré</i>	important	Extrêmement important
	Elevé	Normal	Elevé	Normal					
<b>Effectif</b>	27	24	17	34	4	12	14	20	1
<b>Pourcentage %</b>	52.9	47.1	33.3	66.7	7.8	23.5	27.5	39.2	2

Dans notre étude, le score DLQI était en moyenne de 9.3 +/-5.9 (0-23) et donc un effet moyen sur la QV.

Le score HADS a révélé une anxiété chez 52.9 % et une dépression chez 33.34 % des patientes.

**Figure 3:** Répartition de la population en fonction du score HADS





## 2-Relation entre la qualité de vie et les données sociodémographiques

### 2-1. Qualité de vie et tranche d'âge

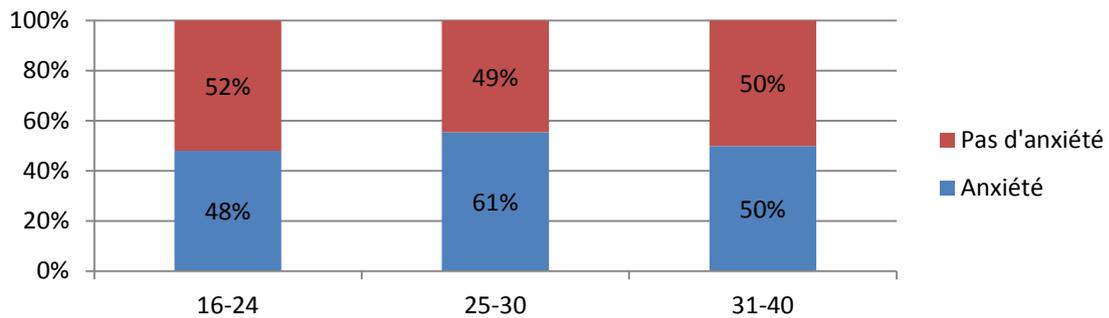
#### a-Score HADS et tranche d'âge

Tranche d'âge	Sous échelle d'anxiété			Sous échelle de dépression		
	Elevé	normal	p	Elevé	Normal	P
16-24	47.8%	52.2 %	0.68 4	30.4%	69.6%	0.389
25-30	61.1%	38.9%		44.4%	55.6%	
31-40	50%	50%		20%	80%	

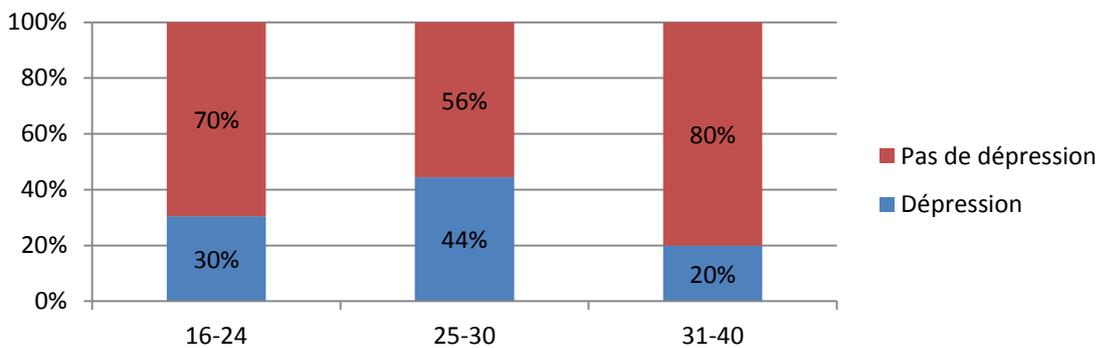
La tranche d'âge entre 25-30 était la tranche la plus atteinte avec un taux d'anxiété ( $p=0.684$ ) et dépression ( $p=0.389$ ) le plus élevé.

## Qualité de vie chez les patientes Hirsutes :

**Figure 5 :** Relation entre l'âge des patientes et le score HADS (anxiété)



**Figure 6 :** Relation entre l'âge des patientes et le score HADS (Dépression)



### **b-Score DLQI et tranche d'âge :**

Tranche d'âge	Moyenne de DLQI	N	Ecart-type	P
16-24	8.83	23	6.2	0,498
25-30	10.5	18	5.2	
31-40	8	10	5.9	

La tranche d'âge entre 25-30 avait un moyen DLQI le plus élevé à 10.5 ( $p=0.498$ )

**2-2. Relation entre la qualité de vie et les autres paramètres sociodémographiques :**

**a- Score HADS**

	Anxiété (pourcentage)			Dépression (pourcentage)		
	Normal	Elevé	p	Normal	Elevé	p
<b>Origine</b>						
Urbain	45	55	0.223	49	51	0.321
Rural	51	49		53	46	
<b>NSE</b>						
Bas	38.9	61.1	0.035	61.1	38.9	0.045
Moyen	53.3	46.7		70	30	
élevé	33.3	66.7		66.7	33.3	
<b>Profession</b>						
Femme au foyer	53	47	0.253	43	57	0.365
Etudiante	45	55		51	49	
Active	43	57		57	43	
<b>Situation familiale</b>						
Mariée	42	58	0.1	45	55	0.32
Célibataire	62	38		59	41	

Dans notre série on avait remarqué que les femmes issues de milieu urbain avaient un taux d'anxiété et de dépression plus élevé que les femmes issues de milieu rural ; mais cette association n'était pas significative.

Les femmes ayant un NSE bas ou élevé avaient un taux d'anxiété plus élevé (p=0.03) ; mais il y'avait pas de retentissement de NSE sur le taux de dépression.

Les femmes au foyer avaient plus d'anxiété et de dépression par rapport aux femmes qui travaillent et les étudiantes ; mais cette association n'était pas significative.

## Qualité de vie chez les patientes Hirsutes :

Concernant la situation familiale ; les femmes mariées avaient plus d'anxiété et de dépression par rapport aux femmes célibataires ( $p=0.02$ ).

### b-Score DLQI

	Moyenne de DLQI	N	P
<b>Origine</b>			
Urbain	10.6	40	0.04
Rural	6.05	11	
<b>Niveau socioéconomique</b>			
Bas	8.67	18	0.604
Moyen	9.30	30	
élevé	12.33	3	
<b>Profession</b>			
Femme au foyer	7.52	17	0.154
Etudiante	8.5	11	
Active	11.7	23	
<b>Situation familiale</b>			
Mariée	10.3	22	0.15
Célibataire	8.75	28	
Divorcée	19	1	

Le moyen de DLQI était plus élevé chez les femmes provenant de milieu urbain ( $p=0.04$ ) ; ayant un NSE économique moyen ou élevé ( $p=0.604$ ) ; les femmes qui travaillent ( $p=0.154$ ) et chez les femmes mariées ou divorcées ( $p=0.025$ ).

### 3-Relation entre la qualité de vie et les données cliniques

#### 3-1. Qualité de vie et infertilité

##### a-Score HADS

	Dépression		Anxiété	
	Normal	Elevé	Normal	Elevé
Absente	33	15	23	25
Présente	1	2	1	2
p	0.255		0,545	

Les femmes Hirsutes ayant la notion d'infertilité avaient plus d'anxiété et de dépression ; mais cette association n'était pas significative.

##### b-Score DLQI

infertilité	Moyenne	N	Ecart-type
Absente	9,063	48	5,9
Présente	12,333	3	2,5
Total	p=0.347		

Les femmes ayant la notion d'infertilité avaient un score DLQI plus élevé, mais cette association n'était pas significative.

**3-2. Qualité de vie et troubles de cycle**

**a-Score HADS**

	Anxiété		Dépression	
	Normal	Elevé	Normal	Elevé
Pas de troubles de cycle	10	10	16	04
Troubles de cycle	14	17	18	13
P	0.03		0,095	

La présence de troubles de cycle était associée à un taux plus élevé d'anxiété (p=0.03), mais sans association avec le taux de dépression

**b-Score DLQI**

	Moyenne	N	Ecart-type
Pas de troubles de cycle	9.1	20	5.3
Trouble de cycle	9.4	31	6.1
p	0.880		

Dans notre étude on avait constaté qu'il y'avait pas de retentissement de troubles de cycle sur la QV des femmes hirsutes.

**3-3. Qualité de vie et manifestations cliniques**

**a- Score HADS**

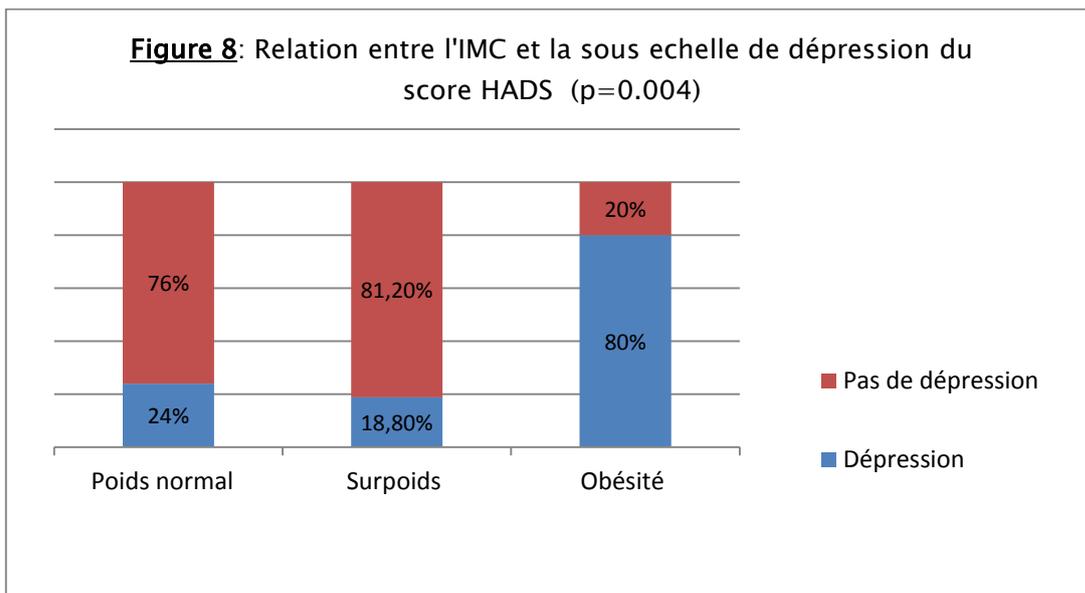
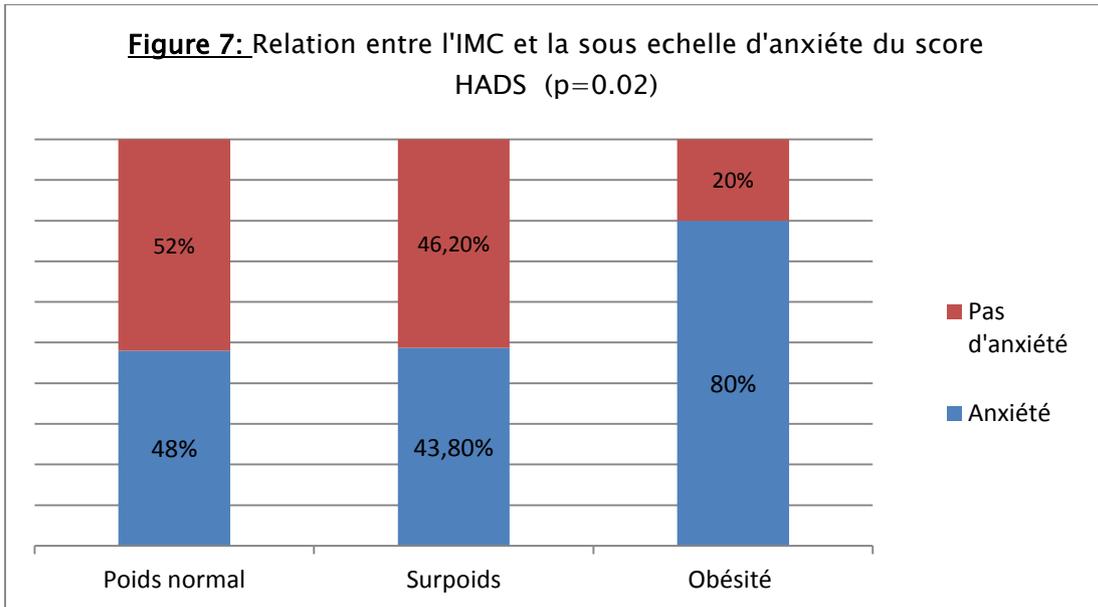
		Anxiété (%)		Dépression (%)	
		Normal	Elevé	Normal	Elevé
Signes majeurs d'hyperandrogénie	Présents	40	60	60	40
	Absents	47.8	52.2	67.4	32.6
p		0.739		0.546	
Signes mineurs d'hyperandrogénie	Présents	51.4	48.6	71.4	28.6
	Absents	41.5	62.5	56.3	43.7
p		0,268		0,226	

Dans notre étude ; les patientes ayant des signes d'hyperandrogénie majeurs avaient plus d'anxiété ; mais cette association n'était pas significative ; et il y ' avait pas d'association entre les signes majeurs d'hyperandrogénie et la sous échelle de dépression.

Il n'a pas été retrouvé d'association entre les signes d'hyperandrogénie mineurs et le score HADS.

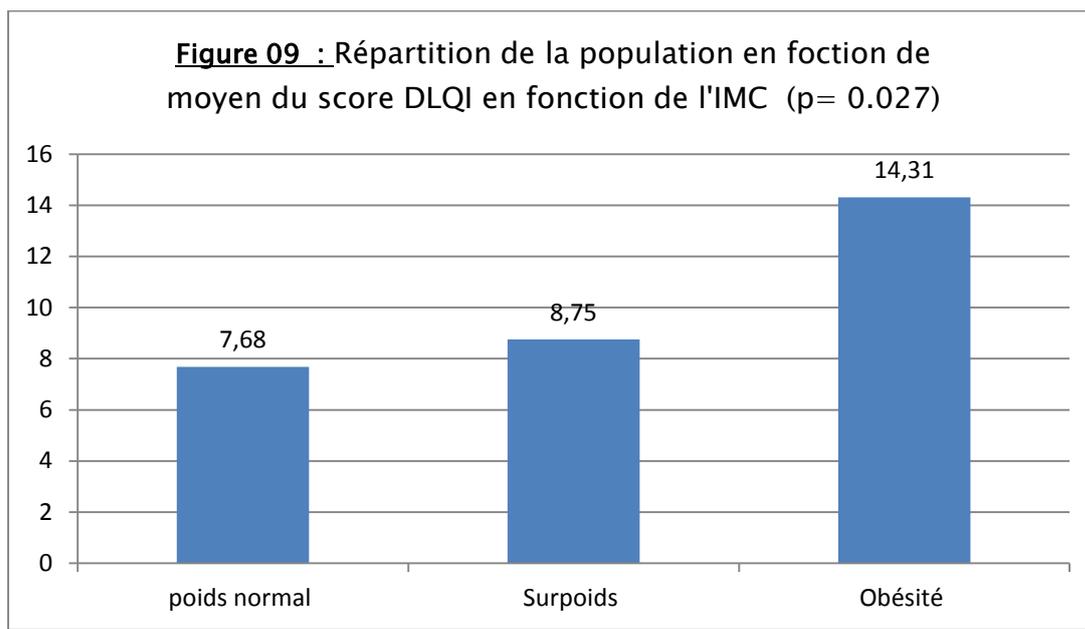
3-4. Qualité de vie et IMC

a-HADS



Dans notre étude on avait constaté que les femmes obèses avaient plus d'anxiété ( $p=0.02$ ) et de dépression ( $p=0.004$ ) par rapport aux femmes non obèses.

**b-Score DLQI**



Les patientes ayant une obésité avaient un moyen de score DLQI à 14.31 et donc un retentissement important sur la QV par rapport aux femmes non obèses qui avaient un retentissement moyen sur la QV

**3-5. Qualité de vie et score de FG**

**a- Score HADS**

	Anxiété		Dépression	
	Elevé	Normal	Elevé	normal
Effectif	27	24	17	34
Pourcentage	52.9 %	47.1%	33.3%	66,7%
Score de FG (moyen)	20	16	21	16.62
P	0.01		0.003	
Hirsutisme minime	26.6 %	73.33 %	86.67%	13.33%
Hirsutisme Modéré	58.62%	41.38 %	34.5 %	65.4 %
Hirsutisme sévère	85.7%	14.3 %	71.43 %	28.66%
p	0.023		0.026	

Les patientes ayant un score HADS d'anxiété élevé avaient un score de FG à 20 par rapport à 16 chez les patientes qui n'avaient pas d'anxiété ( $p = 0.01$ ) ; et les patientes ayant un score HADS de dépression élevé avaient un score de FG à 21 par rapport à 16,62 chez les patientes qui n'avaient pas de dépression ( $p = 0.003$ ) ; plus le score de FG augmente plus le taux d'anxiété augmente ( $p = 0.026$ ).

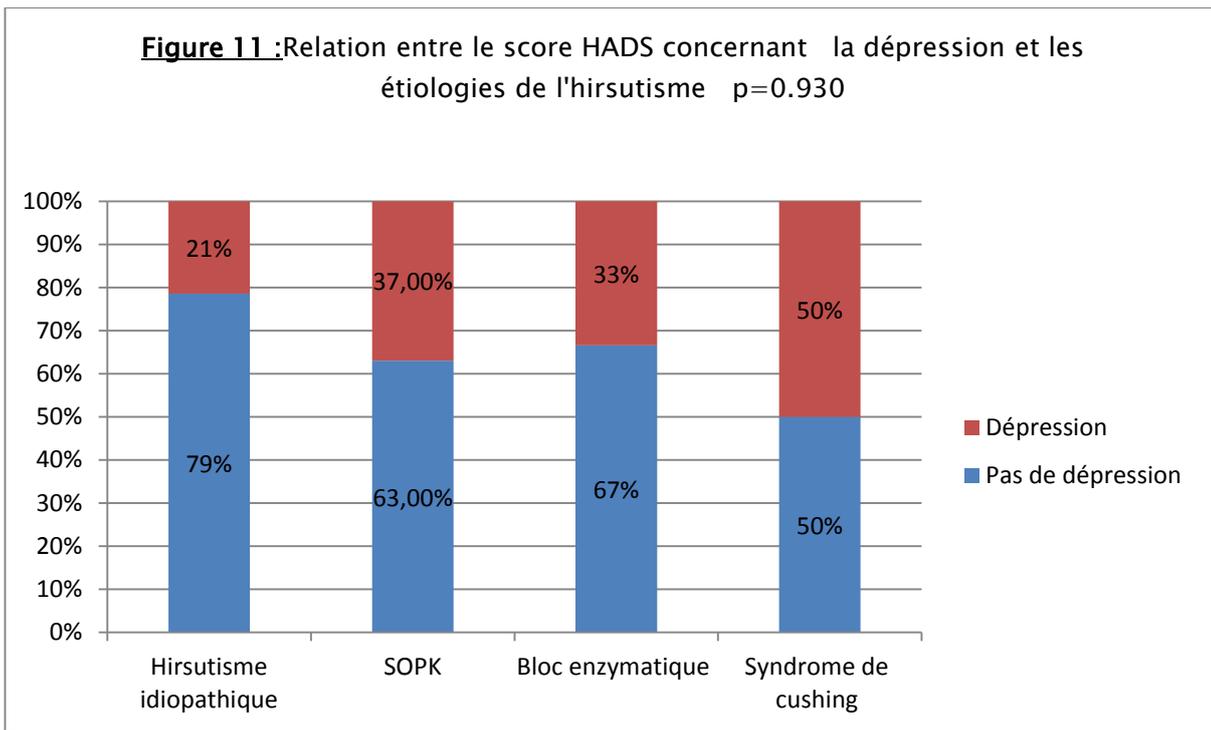
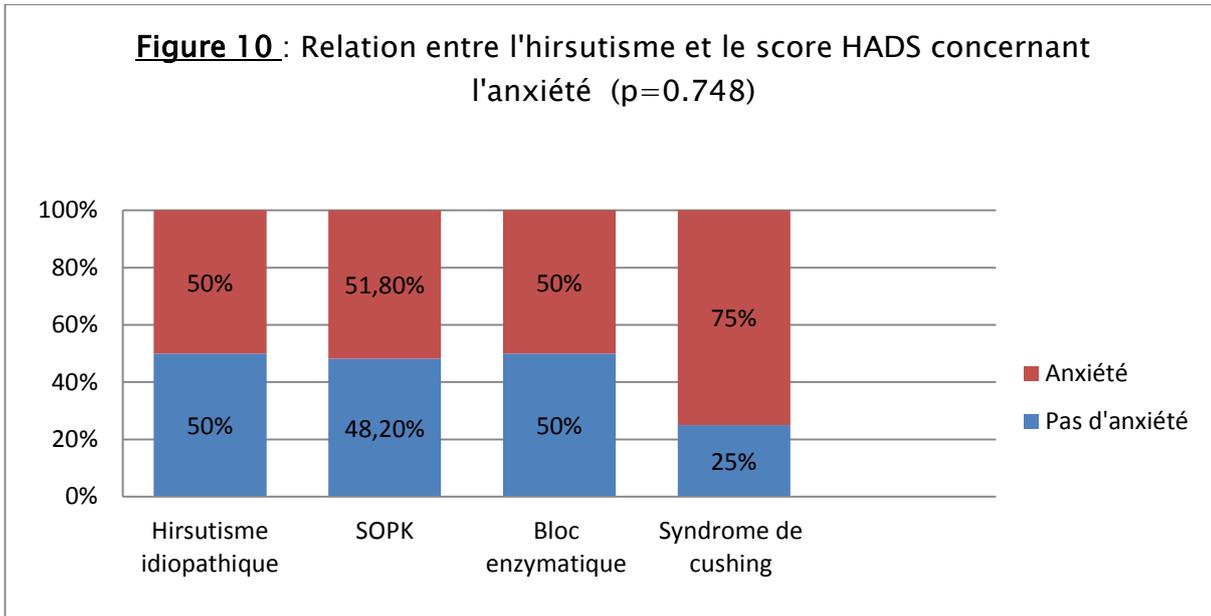
**b- Score DLQI**

	aucun	faible	modéré	Important	Extrêmement important
Effectif	4	12	14	20	1
Pourcentage(%)	7.8	23.5	27.5	39.2	2
Moyen de FG	13	14.6	16.7	20.8	30
P	0.0001				

Dans notre étude ; plus le score de FG augmente plus le score DLQI augmente, ( $p = 0.0001$ )

4-Relation entre la qualité de vie et les étiologies de l'hirsutisme

a-Score HADS



D'après L'analyse des résultats on n'avait pas trouvé d'association entre l'étiologie de l'hirsutisme et le score HADS

**b-Score DLQI**

étiologie	Moyenne	N	Ecart-type	P
Hirsutisme idiopathique	7.5	14	5,7	0.65
SOMPK	9.4	27	6,1	
Syndrome de cushing	10	4	3,7	
HCS	11.9	6	5.7	

Dans notre étude on constate que le score DLQI était plus élevé chez les femmes hirsutes ayant une HCS, l'hirsutisme idiopathique était associé à un score DLQI le plus bas, mais cette association n'était pas significative.

# DISCUSSION

## I-Rappels : Hirsutisme

### 1-Définition et historique :

L'hirsutisme est un symptôme fréquent pour lequel plusieurs patientes hésitent à consulter. Sa prévalence varie de 3 à 10 % selon les ethnies .Il est défini par le développement excessif de pilosité de type masculin dans les zones androgéno-dépendantes, normalement glabres chez la femme. En plus d'être un problème de santé, il s'agit également d'un problème psycho-social important [9].

L'histoire de ces femmes remonte à l'Antiquité. Autrefois appelées femmes à barbe, elles étaient considérées comme des prophètes, leur barbe étant le symbole de la sagesse. Avec le développement de l'anthropologie, le regard sur ces femmes change, elles sont considérées comme des anomalies physiologiques [10].

Le score de FG modifié permet d'évaluer l'hirsutisme, coté de 0 à 4, sur neuf zones du corps (figure12). Une valeur supérieure ou égale à 8 signe l'hirsutisme mais la pilosité ayant une expression variable selon les ethnies, le seuil de définition doit être établi en fonction de la population à laquelle il est appliqué [11].

L'hirsutisme peut être isolé, ou accompagné d'autres manifestations cutanées d'hyperandrogénie (acné, hyperséborrhée), de virilisme (augmentation de la taille du clitoris et de la masse musculaire, raucité de la voix, golfes frontaux) ou d'autres symptômes en fonction de l'étiologie [12].

**Figure 12 :** Le score de FG



## 2-Etiologies de l'hirsutisme :

### Le Syndrome des ovaires micropolykystiques

Le SOPK constitue l'étiologie la plus fréquente de l'hirsutisme ; Il est la cause de 71 à 86 % des hirsutismes, en fonction des séries, et il touche une femme sur 15 dans le monde [13]. Le diagnostic est tout d'abord un diagnostic d'élimination, et pour le retenir il faut qu'il obéisse aux critères de Rotterdam [14].

### Les Tumeurs ovariennes et surrénaliennes virilisantes

En cas de cause tumorale, les signes cliniques d'hyperandrogénie sont au premier plan, d'apparition récente, rapidement progressifs avec des symptômes de virilisation pouvant être importants. Une concentration de sulfate de déhydroépiandrosterone (SDHEA) et en testostérone supérieure à 1,5 ng/mL (ou 2 fois supérieure à la norme du laboratoire) doit faire évoquer ce diagnostic [15].

### L' Hyperplasie congénitale des surrénales

Le déficit sévère en 21-hydroxylase est la cause génétique la plus fréquente d'HCS. Le déficit en 11 $\beta$  - hydroxylase est extrêmement rare et un seul cas de forme tardive de déficit en 3 $\beta$  -hydroxystéroïde déshydrogénase a été confirmé [16].

### Syndrome de Cushing

Devant un hirsutisme, même modéré, et une oligospanioménorrhée, il faut toujours rechercher des signes orientant vers un syndrome de Cushing- ACTH

dépendant. Mais l'association hypercorticisme et hyperandrogénie doit faire évoquer, en premier lieu, un corticosurréalome et un scanner des surrénales est nécessaire. [17].

**Autres endocrinopathies :** Hyperprolactinémie, acromégalie

**Hirsutisme idiopathique :**

Il correspond à 5 à 15 % des causes d'hyperandrogénie . Il s'agit d'un diagnostic d'élimination. Sa définition doit être rigoureuse : persistance de cycles menstruels réguliers et ovulatoires, absence de stigmatisme échographique de SOPMK. Dans ces conditions, l'hirsutisme idiopathique est relativement rare, sauf dans quelques ethnies (bassin méditerranéen) [18].

## II- Qualité de vie

### 1-Définition / usages de la qualité de vie en santé :

La QV est un concept global, subjectif et multidimensionnel [19]. L'exercice de la médecine, qui s'intéresse initialement aux soins pour la vie, se voit gratifier plus tard d'objectifs tels la qualité des soins ou la QV. La diversité des définitions et la multiplicité des outils de mesure pourraient rendre compte de la complexité, voire de l'imprécision du concept [20].

La définition de ce concept, proposée par l'OMS en 1994 semble la plus appropriée : « La qualité de vie est la perception qu'un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance , ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement »[21].

Le concept de QV liée à la santé ou « Health Related Quality of Life » s'est développé à partir des années 1960 [3]. Elle peut être définie de façon fonctionnelle par les perceptions des malades de leurs possibilités dans quatre domaines principaux : le bien-être physique et les activités quotidiennes, le bien-être psychologique, les relations sociales et les symptômes [22].

### 2-Intérêt de mesure de la qualité de vie

Les médecins sont souvent concentrés sur les troubles somatiques, alors que le rôle des désordres émotionnels est souvent négligé. Par exemple une douleur qui était auparavant tolérable peut devenir intolérable si un état dépressif psychique s'installe [23].

La mesure de la QV est une démarche appréciée par les patients qui améliore significativement la satisfaction aux soins [24]. Le seul fait de remettre un questionnaire pourrait améliorer la QV des malades (effet Hawthorne) [25]. La lecture des réponses pouvant conduire l'équipe soignante à modifier les traitements et mieux répondre aux attentes du patient [22].

Le retentissement de l'hirsutisme sur les différents domaines de la vie quotidienne nécessite la mise en place des instruments de mesure de QV ; et cela semble intéressant car le vécu de ces patientes est souvent différent de la « réalité de leur situation clinique » évaluée par l'analyse des signes cliniques et les symptômes quantitatifs. Ce mesure de la QV permet d'évaluer l'importance des répercussions fonctionnelles négatives qu'elle entraîne et donc de déterminer le ressenti des patientes afin de satisfaire leurs besoins [26].

En médecine, la mesure d'un phénomène permet de traduire d'un phénomène en chiffre, par l'application d'un instrument de mesure ce qui autorise une meilleure maîtrise du sujet étudié et permet un langage précis et universel [27].

### 3-Mesure de la qualité de vie chez les patientes hirsutes

Il peut apparaître difficile qu'un concept subjectif comme la QV puisse être mesuré. Pourtant, de nombreux instruments ont été établis pour attribuer à cette donnée qualitative une valeur quantitative. Ces outils ont fait l'objet d'un long développement ayant prouvé leur validité et leur reproductibilité [22].

La mesure de QV liée à la santé est obtenue à partir de l'analyse des réponses des patients à un questionnaire standardisé qui tient compte de quatre dimensions : la dimension physique (capacité physique, autonomie, gestes de la vie quotidienne . . .) ; la dimension psychologique (émotivité, anxiété, dépression . . .) ; la dimension somatique : (douleur, asthénie, . . .) et la dimension sociale (environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle. . .) [26].

La méthode la plus couramment utilisée est celle d'auto-questionnaires [28]. Cependant, ces questionnaires doivent être adaptés au contexte socioculturel et validés dans la population étudiée. Le choix d'un instrument de qualité est aussi la meilleure garantie de l'acceptabilité ; celle-ci dépend de l'objectif de l'étude, la durée de remplissage, de la présentation du questionnaire, du nombre d'items et du caractère non intrusif et simple des questions [29].

Les possibilités de réponse aux questionnaires sont soit dichotomiques (oui/non), soit ordonnées en intensité (un peu, assez, beaucoup, énormément) ou en fréquence. Les questions portent sur une période donnée, généralement la semaine qui vient de s'écouler. On distingue les questionnaires génériques et spécifiques [22]. Les questionnaires génériques sont applicables aux personnes en bonne santé et pour toutes les pathologies comme le SF-36, le Nottingham Health Profile [30]... On leur oppose les questionnaires spécifiques qui ne s'appliquent qu'aux patients atteints d'une pathologie précise [22].

Les questionnaires génériques ne sont pas idéaux pour les patientes hirsutes. Ils ne tiennent pas compte des dimensions clés chez les patientes comme l'infertilité et l'hirsutisme, des outils spécifiques aux patientes hirsutes sont maintenant disponibles [31]. Le questionnaire du SOPK comprend 26 éléments concernant les émotions, l'hirsutisme, le poids, l'infertilité et les troubles de cycle menstruel et le questionnaire modifié sur le SOPK qui ajoute l'acné. Ces outils ont été adaptés et testés dans différentes populations ethniques [32].

Dans notre étude, Pour une meilleure évaluation de la qualité de QV et afin de prendre en considération le retentissement psychologique de l'hirsutisme on avait opté pour le score HADS qui constitue une échelle d'auto-évaluation pratique, acceptable, valide et facile à utiliser permettant un dépistage des patients à risque sans pour autant poser un diagnostic de trouble anxieux ou de dépression [33]. Il peut être utilisé chez l'adulte et les adolescents [34].

Dans une étude sur la validité de la version arabe de l'HADS (annexe3) dans un centre de soins de santé à United Arab Emirates (U.A.E.) [35] ; la version arabe de l'HADS a été retestée ; les sujets ayant rempli le questionnaire ont ensuite bénéficié d'une consultation psychiatrique ; les scores de l'échelle ont été évalués contre les évaluations cliniques du psychiatre ; l'étude a prouvé que la version arabe de l'échelle HADS est un instrument précieux pour détecter les troubles anxieux et dépressifs ; cette étude a également indiqué que la sous-échelle de la dépression est plus cohérente et plus prédictive que la sous-échelle de l'anxiété. Presque toutes les autres études similaires ont déterminé les mêmes résultats pour les deux sous-échelles de l'HADS [36].

On avait utilisé également le score DLQI (annexe 4) qui constitue une échelle auto-administrée de mesure de l'impact de la QV liée à la santé en dermatologie. Il a été validé pour les patients âgés de 16 ans et plus [37]. Il constitue un instrument facile et rapide avec un temps d'achèvement moyen de 126 s et un système de notation simple [38].

Le DLQI évalue en grande partie l'impact fonctionnel de l'hirsutisme sur la QV en interrogeant les femmes sur l'impact de l'hirsutisme sur leurs activités et comportements quotidiens, comme le travail ou l'école, le choix des vêtements, les activités sociales et sportives, leurs sentiments, le temps nécessaire pour l'épilation, les relations interpersonnelles, et la relation conjugale [39].

Les études montrent en outre la fiabilité et la validité de l'indice dans le cadre interculturel [40]. Le DLQI est validé au Maroc (la version dialectale arabe) (annexe 5); dans une étude réalisée au CHU Ibn Sina de Rabat qui avait comme objectif l'évaluation des propriétés psychométriques de la version arabe du DLQI adaptée au Maroc ; cette étude a conclu que La version arabe pour le Maroc du DLQI semble fiable et valide. Ce questionnaire peut alors être utilisé dans l'évaluation de la QV au Maroc en vue d'un échange international comparatif [41].

### III- Qualité de vie chez les patientes hirsutes

L'effet de l'hirsutisme sur la QV s'exprime dans ses différentes dimensions. L'hirsutisme peut avoir des conséquences psychologiques et psychosociales lourdes ; ces manifestations décrites dans la littérature sont très variées [42]. Ce sont des manifestations dépressives ou anxieuses ou une labilité émotionnelle. Ce sont également des conduites d'évitement social. Toutes ces manifestations psychologiques signalées dans la littérature ne sont cependant pas corrélées à la sévérité de l'hirsutisme. Elles dépendent en fait beaucoup de la personnalité de la patiente et de la signification que ce conflit esthétique, par rapport aux exigences de réussite sentimentale et d'affirmation socioprofessionnelle de la patiente [43].

Les études montrent que les femmes hirsutes présentent une phobie sociale qui influence leur participation aux activités sociales [44] ; certaines femmes hirsutes sont soumises à des situations telles que rencontrer des gens au travail, des étrangers, se

faire des amis, aller dans les magasins ou à des fêtes. Ces situations anxiogènes conduisent à un comportement d'évasion, qui peut à son tour induire d'avantage d'anxiété et d'inconfort. En psychiatrie clinique, ces craintes sont englobées dans le diagnostic de phobie sociale [45]. La phobie sociale est généralement associée à l'anxiété, qui peut parfois atteindre une connotation paranoïa ou une persécution [46].

Le retentissement psychosociale de l'hirsutisme sur la QV peuvent être expliqués d'une part par l'atteinte de l'image corporelle de la femme qui est définie comme la façon dont une femme peut sentir, penser et voir son corps. [22]. La plupart des femmes de la population générale sont insatisfaites de leur image corporelle, mais cela semble plus répandu chez les femmes hirsutes [47]. Les femmes hirsutes se sentent moins attrayantes physiquement, et sont moins satisfaites de leur apparence [48], et cette image corporelle négative prédit à la fois la dépression et l'anxiété [49].

Les femmes atteintes de l'hirsutisme, par rapport aux témoins, avaient une image corporelle négative sur le Questionnaire multidimensionnel sur la relation corps-soi [50]. Cependant, les données sont contradictoires, certaines études ne trouvant pas de différences concernant l'image corporelle et l'estime de soi par rapport aux témoins [51].

Cette image corporelle négative peut être influencé par d'autres paramètres en particulier le surpoids et l'obésité [52] et elle est fortement associée à la dépression [53] même après contrôle du poids [54].

D'autre part le retentissement de l'hirsutisme sur la QV peut être expliqué par la dysfonction psychosexuelle, qui fait référence à des problèmes ou difficultés sexuelles qui ont une origine psychologique basée sur les cognitions et ou des émotions telles que la dépression, une faible estime de soi et une image corporelle négative [55].

Plusieurs études [56–58] avaient montré une association entre l'hirsutisme la baisse de la QV, la satisfaction sexuelle et l'identité féminine.

Les autres paramètres associés à l'hirsutisme tels que l'obésité, les troubles de cycle et l'infertilité peuvent entraîner une perte d'identité féminine et un sentiment de manque d'attrait qui peuvent avoir un impact sur la sexualité [59].

La dysfonction psychosexuelle semble augmenter en cas d'hirsutisme , sa prévalence dans le SOPK varie de 13,3% à 62,5% selon les études [60].

Dans notre étude le score DLQI comporte deux questions parmi dix coté de 0 à 3 (questions 8 et 9) concernant le retentissement sur la relation conjugale et sur la vie sexuelle ; les résultats de notre étude avaient montré en moyen un retentissement Psychosexuel modérée de l'hirsutisme sur la QV.

De nombreuses études cliniques confirment le rôle de l'hyperandrogénie clinique y compris l'hirsutisme dans l'apparition de ces troubles psychologiques [61]. Quelques études sont présentés dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Exemples d'études sur le retentissement de l'hirsutisme sur la qualité de vie**

	N	Age Moyen	Score de FG	Moyen de mesure de QV	Principaux Résultats
Consoli <i>et al.</i> [62]	67	26.3	Moyen =12.7	-Une questionnaire comprenant 11 questions regroupés en 3 scores de QV: bien-être corporel ; relationnel et émotionnel	-Effet sur la QV surtout pour les items relatifs au bien-être corporel. -Pas d'association significative entre la sévérité d'hirsutisme et l'atteinte de la QV. -Le score relationnel était plus lié au surpoids qu'à l'hirsutisme.
Sonino Italy <i>et al.</i> [35]	50	22 (16-39)	8-19	-la liste brève de Kellner de 12 items sur les problèmes psychosociaux : - le test de Kellner de 46 items sur la détresse psychologique - un questionnaire de 30 items portant sur la phobie sociale.	-Les femmes hirsutes avaient significativement plus de problèmes de phobie sociale, étaient plus anxieuses et avaient plus de symptômes psychotiques. -pas de différence significative pour la dépression, la colère, l'hostilité et les symptômes cognitifs.
Drosdzol <i>et al</i> poland 2010 [63]	50	13-18	-	-SF-36 Health -HADS -Rosenberg Self-Esteem Scale	-les patientes hirsutes avaient des scores inférieurs à ceux des témoins concernant le fonctionnement physique, la santé générale et le fonctionnement social.

## Qualité de vie chez les patientes Hirsutes :

					<ul style="list-style-type: none"> <li>-L'anxiété a été diagnostiquée chez 26% des filles hirsutes, contre 10% des témoins.</li> <li>-Une faible estime de soi a été retrouvé chez 14% des femmes hirsutes contre 2% des témoins.</li> </ul>
Rabinowitz et al [64]	15	-	-	score « State-Trait Anxiety Inventory »	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Taux élevé d'anxiété et de son expression chez les femmes hirsutes par rapport aux témoins</li> <li>-Pas d'association significative entre la sévérité de l'hirsutisme et le taux d'anxiété.</li> </ul>
Meyer et al [65]	15	-	-	-	<p>Identification de deux tendances psychologiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Une comprend l'irritabilité, la réduction du contact émotionnel et la frigidité,</li> <li>-L'autre tendance comprend l'insécurité concernant le rôle sexuel féminin.</li> </ul>

Certaines études se sont intéressées à l'étude de l'hirsutisme facial, les résultats sont représentés dans le tableau 2.

**Tableau 2 : Exemples d'études sur le retentissement de l'hirsutisme facial sur la QV**

	N	Moyen de mesure de QV	Principaux Résultats
Roche et al [66]	63	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Le score DLQI</li> <li>-La fréquence d'épilation</li> </ul>	la QV a été gravement touchée, avec un moyen de 19.2 /30 soit un retentissement important sur la qualité de vie .
Alizadeh et al [67]	88	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Le DLQI</li> <li>-L'échelle visuel analogique (EVA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Moyen de DLQI = <math>7.75 \pm 2.36</math>.</li> <li>-Le score DLQI était significativement différent selon la localisation de l'hirsutisme et le nombre de zones atteintes.</li> <li>-Pas différence significative en ce qui concerne la moyenne du score DLQI selon le niveau de scolarité, la situation familial et le statut d'emploi.</li> </ul>

Dans notre étude, le score DLQI était en moyen de 9.3 (0–23) avec un écart type de 5.9 ; et donc l'hirsutisme avait en moyen un effet modéré sur la QV des femmes hirsutes.

Le score HADS a permis de révéler une anxiété chez 52.9 % et une dépression chez 33.34% des patientes, donc l'anxiété était plus fréquente que la dépression, on conclut que nos résultats rejoignent ceux de la littérature ; et cela montre en outre la fiabilité et la validité des scores DLQI et HADS.

Concernant le retentissement des autres paramètres associées à l'hirsutisme sur la QV , Il a été démontré que tous les symptômes y compris l'infertilité, un IMC élevé, des troubles métaboliques et les signes d'hyperandrogénie peuvent conduire à une réduction significative de la QV [68].

Dans notre étude, les femmes obèses avait plus d'anxiété ( $p=0.02$ ) et de dépression ( $p=0.004$ ), un score DLQI plus élevé ( $p=0.027$ ) ; Certaines études avaient montré que l'IMC élevé [69] était associée à l'anxiété et aux d'autres symptômes psychotiques plus importants, tandis que d'autres auteurs n'ont pas trouvé cette association [70].

La présence de troubles de cycle était associé à un taux plus élevé d'anxiété ( $p=0.03$ ), mais sans association avec le taux de dépression.

Dans notre étude concernant la relation entre la QV les données sociodémographiques, les femmes ayant un NSE bas ou élevé avaient un taux d'anxiété plus élevé ( $p=0.03$ ) ,mais sans effet sur le taux de dépression ; le score DLQI était plus élevé chez les femmes provenant de milieu urbain ( $p=0.04$ ) ; et les femmes mariées ( $p=0.025$ ).

Il a été retrouvé une association positive entre la sévérité de l'hirsutisme, la dépression ( $p =0.003$ ) , l'anxiété ( $p =0.01$ ) et le score DLQI ( $p=0.0001$ ) ; plusieurs études ayant trouvé les mêmes résultats avec notre étude : Cooney et al. Avaient

trouvé une association positive entre les scores de dépression et la sévérité de l'hirsutisme [71] ; d'autres n'avaient pas trouvé d'association entre la sévérité de l'hirsutisme et le retentissement sur la QV [62,64].

Le DLQI était plus élevé chez les femmes hirsutes ayant une HCS , l'hirsutisme idiopathique était associé à un score DLQI le plus bas, mais cette association n'était pas significative ; Il n'a pas été retrouvé une association entre l'étiologie de l'hirsutisme, l'anxiété et la dépression.

Notre étude ne permet pas d'évaluer l'évolution de la QV après traitement de l'hirsutisme.

Les autres limites résident dans les éléments suivants :

- ✓ Le petit effectif des cas recensés est insuffisant pour permettre de généraliser l'ensemble des résultats à toutes les femmes hirsutes.
- ✓ La Difficulté de préciser certains paramètres comme le NSE, le niveau intellectuel.
- ✓ Répondre aux questionnaires sur la QV et le bien-être psychologique étaient difficile et inconfortable pour certaines patientes ; comme elles ont décidé de ne pas répondre aux questionnaires, elles ont été exclues de l'étude.

Vu ces résultats, Il est important de reconnaître la perception de la sévérité de l'hirsutisme par les malades car leur perception diffère d'une manière important de la perception des médecins, des personnels de santé et de la population [72].

Ferrante [73] avait remarqué que le rôle des médecins avec les patientes hirsutes est difficile depuis la réassurance médicale sur la «normalité» de l'hirsutisme idiopathique, ce qui est incompatible avec son retentissement sur la QV. Les résultats de cette étude suggèrent qu'en plus de traitement pharmacologique et esthétique, le rôle d'approche psychologique plus spécifique que la simple réassurance est important.

De façon alarmante, une étude récente a rapporté que ni les patients avec SOPK ni les médecins généralistes ne considèrent la détresse psychologique comme l'une des principales caractéristiques de la maladie ce qui reflète l'ignorance de cette maladie [74].

Concernant les recommandations sur la PEC de l'atteinte de la QV, nous rapportons comme exemple les recommandations internationales concernant la PEC publiées en 2018 de SOPK:

### Recommandations sur la qualité de vie et le SOPK

Concernant les recommandations sur le SOPK publiés en 2018 [22]:

- ✓ Les professionnels de la santé et les patientes doivent être conscients de l'impact négatif du SOPK sur la QV et qui varie en fonction de l'âge, du phénotype et des facteurs culturels.
- ✓ Les professionnels de la santé devraient saisir et considérer les perceptions des symptômes, l'impact sur la QV et les priorités personnelles en matière de soins pour améliorer les résultats pour les patientes.
- ✓ Ils doivent savoir également qu'il existe dans le SOPK une forte prévalence de l'anxiété modérée à sévère et des symptômes dépressifs.
- ✓ Les symptômes d'anxiété et de dépression doivent être systématiquement dépistés chez tous les femmes atteintes de SOPK au moment du diagnostic. Si ce dépistage révèle des symptômes de dépression et ou d'autres aspects d'atteinte du bien-être émotionnel, une évaluation plus approfondie et ou un renvoi pour évaluation et traitement par des professionnels de la santé sera nécessaire.
- ✓ Il faut être prudent pour éviter un traitement inapproprié avec des antidépresseurs ou des anxiolytiques.
- ✓ Tous les professionnels de la santé doivent être conscients de la prévalence accrue de dysfonctionnement psychosexuels dans le SOPK et devrait envisager d'explorer le retentissement des caractéristiques du SOPK, y compris l'hirsutisme et l'image corporelle, sur la vie sexuelle et les relations conjugales.

Notre étude a permis la compréhension de l'association entre l'hirsutisme et la QV, l'anxiété, et la dépression des femmes hirsutes. Elle peut avoir des implications précieuses pour aider les cliniciens qui prennent en charge les femmes hirsutes.

Conformément aux études antérieures, nous avons constaté que l'hirsutisme est associé à une baisse de la QV, une prévalence plus élevée de trouble anxieux et des symptômes dépressifs et baisse de l'estime de soi. Selon les données recensés, nous proposons des recommandations tel que :

- ✓ La sensibilisation des patientes et des médecins sur le retentissement fréquent et important de l'hirsutisme sur la QV quelque soit son étiologie et sa gravité.
- ✓ L'importance de l'évaluation de la QV initiale des patientes afin de développer des interventions psychologiques de soutien spécifiques pour réduire la détresse et améliorer le bien-être physique et mental des femmes hirsutes et également une réévaluation à la fin du traitement.
- ✓ Le renforcement de la qualité du rapport médecin malade
- ✓ La PEC des malades atteints de l'hirsutisme devrait être globale permettant d'évaluer et éventuellement de traiter le retentissement psychologique de cette pathologie, de lutter contre l'image corporelle négative par l'amélioration de l'estime et l'acceptation de soi ainsi que le traitement des problèmes physiques associés tels que le surpoids et l'acné ; le dépistage et l'évaluation de la dysfonction sexuelle chez les femmes sexuellement actives afin de faciliter une intervention appropriée visant à améliorer la fonction sexuelle, et améliorer la QV
- ✓ La PEC globale ne doit pas négliger une approche cosmétologique qui présente des effets positifs sur l'image de soi, la QV et les troubles psychiques.

# CONCLUSION

L'hirsutisme est un symptôme fréquent qui constitue un motif fréquent de consultation en endocrinologie , le plus souvent une source de préjudice esthétique et de souffrance psychique secondaire à son caractère affichant d'où l'intérêt de la mesure de la QV qui apporte une aide au praticien en lui permettant de prendre en compte les répercussions psychologiques de la maladie. Elle permet au praticien d'évaluer la perception ressentie par le patient et donc, d'adapter les thérapeutiques concernant le suivi, le traitement éventuel et la PEC en fonction de la personnalité de la patiente. Le concept de QV initialement prévu à des fins économiques dans les études de santé publique s'impose aujourd'hui en tant que complément d'évaluation de l'appréciation des symptômes, en recherche thérapeutique dans de nombreuses autres affections chroniques et invalidantes.

# RESUMES

### Résumé :

L'hirsutisme est un symptôme fréquent, considéré comme une source de souffrance psychique et d'altération de la qualité de vie. Jusqu'à présent, peu d'études ont évalué l'influence de l'hirsutisme sur la qualité de vie, c'est ce qui a motivé la réalisation de cette étude.

Pour cela on a mené une étude transversale incluant les femmes hirsutes. Afin d'évaluer la QV de ces patientes on a utilisé deux scores: l'échelle hospitalière de dépression et d'anxiété (HADS) et l'indice de qualité de vie en dermatologie (DLQI).

on avait recruté 51 femmes hirsutes avec un âge moyen de 26 ans (16-40), 56.9% avaient un hirsutisme modéré, l'étiologie la plus fréquente d'hirsutisme était le SOPK.

La prévalence de l'anxiété et de la dépression était de 52.9 % et 33.3 % respectivement. Notre étude a montré une prévalence élevée d'anxiété chez les femmes ayant des troubles de cycle ( $p=0.03$ ), une prévalence élevée de dépression et d'anxiété chez les femmes obèses ( $p=.004$  et  $0.02$  respectivement), chez mariés ( $p=0.02$  et  $0.01$  respectivement), L'analyse a révélé une association significative entre le score de sévérité de l'hirsutisme et la dépression ( $p=0,003$ ) et l'anxiété ( $p=0,01$ )

Le score DLQI était en moyen de  $9.3 \pm 5.9$ . L'altération de la qualité de vie était modérée chez 27,5% et importante chez 39,2% des femmes

.L'analyse univariée a montré une association significative entre le score DLQI et le milieu de résidence ( $p=0,04$ ), l'IMC ( $p=0,0027$ ) et le score FG ( $p=0,0001$ ). Les résidentes en milieu urbain, les femmes obèses et celles ayant un hirsutisme sévère avaient un score DLQI plus élevé.

## Qualité de vie chez les patientes Hirsutes :

Notre étude a permis la compréhension de l'association entre l'hirsutisme et la QV . Elle peut avoir des implications précieuses pour aider les cliniciens qui prennent en charge les femmes hirsutes.

**Mots clés** : Hirsutisme, qualité de vie, DLQI , HADS, dépression ,anxiété

## Bibliographie

- [1] Nina O, Jerry S. Hair growth disorders. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffel DJ, Wolff K, ed (s). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. New York: McGraw Hill; 2012:739-777.
- [2] Ebrahimia F, Kutza A et al . Hirsutisme . Forum medical Suisse 2018;18:981-988.
- [3] Awad AG, Voruganti LN. Measuring quality of life in patients with schizophrénia: an update. Pharmacoeconomics 2012;30 :183-95.
- [4] Dokras A, Victorin E 2, Yildiz B , et al. Androgen Excess-Polycystic Ovary Syndrome Society Position Statement on Depression, Anxiety, Quality of Life and Eating Disorders in Polycystic Ovary Syndrome. Fertility and Sterility 2018. 109 :888-899
- [5] Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983 ; 67:361-370.
- [6] Lépine JP. L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale).In: Guelfi JD, ed. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Boulogne: Médicales Pierre Fabre , 1996: 367-74
- [7] Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994 : 6-210.
- [8] Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. Br J Dermatol 1997 ; 136:305-1451
- [9] Declaye D, Maiter D .Dermatologie et endocrinologie .Louvain Med 2017; 136 : 529-536.
- [10] Johan J. L'hirsutisme à travers l'histoire (1e partie) – Les femmes à barbe 2011. 16:231-234

- [11] Azziz R, Woods KS , et al. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89:9–2745.
- [12] Escobar–Morreale HF, Carmina et al. Epidemiology, diagnosis and management of hirsutism : a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. *Hum Reprod Update* 2012; 18 : 146–70.
- [13] Norman RJ, Dewailly D et al . Polycystic ovary syndrome. *Lancet* 2007; 370 : 685–97.
- [14] Rotterdam ESHRE/ASRM–Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long–term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod* 2004; 19 : 41–7.
- [15] Chabbert–Buffet N, Droumaguet C et al. Hirsutisme et hyperandrogénie : stratégie diagnostique et principes du traitement. *Med Clin Endocrinol Diab* 2011; 50 : 53–60.
- [16] Azziz R, Boots LR et al. 11 beta–hydroxylase deficiency in hyperandrogenism. *Fertil Steril* 1991; 55 : 733–41.
- [17] Haute Autorité de santé. Syndrome de Cushing, protocole national de diagnostic et de soins. Saint–Denis : HAS; 2008. 1985; 313 : 24–231.
- [18] Azziz R, Sanchez LA et al. Androgen excess in women: experience with over 1000 consecutive patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89 : 62–453.
- [19] Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:29–32.
- [20] Fagot–Largeault A. Réflexions sur la notion de qualité de vie. *Archives de Philosophie du Droit* 1991;36: 53–138–.
- [21] Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 1993; 2 (2):153–9.

- [22] Conroy T , Guillemin b F et al . Mesure de la qualité de vie des patients atteints de cancer colorectal métastatique : techniques et principaux résultats. La revue de médecine interne 2002; 23: 703–716
- [23] Bradley JJ .Severe localised pain associated with the depressive syndrome Brit J Psychiatr 1963, 109:5–741.
- [24] Empereur F, Désandes E and al . Measuring quality of life in clinical practice improved patient satisfaction. Qual Life Res 2001;10:195.
- [25] Bouchet C, Guillemin F, et al. Nonspecific effects in longitudinal studies : impact on quality of life measures. J Clin Epidemiol1996;49:15–20.
- [26] Kurwa H, Finlay AY. Dermatology inpatient admission greatly improves life quality. Br J Dermatol 1995;133:8–575.
- [27] Dagognet F.Qu'est ce que mesurer ? Peut-on tout mesurer ? In : Institut Synthélabo. Les outils de laréflexion. Coll les empêcheurs de tourner en rond.Le Plessis–Robinson, 1999:8–42
- [28] hraub S, Mercier M, Arveux P. Mesure de la qualité de vie en cancérologie .La presse médicale 2000 ; 29 : 310–318.
- [29] Aaronson NK, Ahmedzai S et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ–C30: a quality–of–life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 1993,85 :365–376.
- [30] Williams A. EuroQol – a new facility for the measurement of health related quality of life. The EuroQol group. Health Policy 1990;16:199–208.
- [31] Teede HJ, Misso ML, Costello MF et al. Recommendations from the international evidence–based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Hum Reprod 2018;33:18–1602.
- [32] Jones, G.L., et al., The Polycystic Ovary Syndrome Health–Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ): a validation. Hum Reprod, 2004. 19 : 7–371

- [33] Bjelland I, Dahl AA et al .The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; an updated review J Psychiat Res 2002; 52:69–77.
- [34] White D, Leach C et al .Validation of the HADS adolescents Brit J Psychiatr 1999; 175:4–452.
- [35] El–Rufaie OE, Absood GH. Retesting the validity of the Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale in primary health care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995; 30:26–31
- [36] el–Rufaie OE1, Absood G..Anxiety and Depression Scale among a group of Saudi patients. Br J Psychiatry.1987;151:687–8.
- [37] Basra M, Fenech R et al. The Dermatology Life Quality Index 1994–2007:A comprehensive review of validation data and clinical results .British Journal of Dermatology 2008; 159:997–1035.
- [38] Loo W–J, Diba V et al . Dermatology Life Quality Index: influence of an illustrated version. Br J Dermatol 2003;148:279–84.
- [39] Lin TY, Dierickx CC et al. Reduction of regrowing hair shaft size and pigmentation after ruby and diode laser treatment. Arch Dermatol Res 2000; 292: 60–7.
- [40] Holly B. Hahn, MD .Use of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in a midwestern US urban clinic. J Am Acad Dermatol 2001;45:44–8.
- [41] L Khoudri FZ, Lamchahab, B Hassam. traduction et adaptation transculturelle et validation de la version arabe pour le maroc de De Dermatology Life quality Index. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2009 ;57S : 3–59
- [42] Sonino N, Fava GA, Mani E, Belluardo P, Boscaro M. Quality of life of hirsute women. Postgrad Med J 1993;69:186–9.
- [43] C. Beylot. Hyperpilosité et qualité de vie. Ann Dermatol Venereol.2005;132:5–353.

- [44] Lipton MG, Sherr L et al. Women living with facial hair: the psychological and behavioral burden. *J Psychosom Res.* 2006;61:161–168.
- [45] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–III–R)*. APA, Washington, 1987.
- [46] Fava, G.A. Canestrari, R. Phobic neurosis. In: Sava, A.ed. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Prensas Universitarias de Zaragoza, Zaragoza, 1991:686–690.
- [47] Bazarganipour, F., et al., Body image satisfaction and self–esteem status among the patients with polycystic ovary syndrome. *Iran J Reprod Med* 2013. 11: 36–829 .
- [48] Deeks A., Gibson–Helm M, Teede H . Negative body image and lower self–efficacy in women with polycystic ovary syndrome. in *Australian Society for Health and Behavioural Medicine*. Brisbane.2010.
- [49] Dawber, R., Guidance for the management of hirsutism. *Current Medical Research & Opinion* 2005. 21: 1227–1234
- [50] Deeks A., Gibson–Helm M, and Teede H, Is having polycystic ovary syndrome (PCOS) a predictor of poor psychological function including depression and anxiety. *Human Reproduction* 2011; 11 Jun;26(6):1399–407.
- [51] Morotti E, et al, Body imaging and sexual behavior in lean women with polycystic ovary syndrome. *J Sex Med*2013. 10:60–2752.
- [52] Dawber R, Guidance for the management of hirsutism. *Current Medical Research & Opinion*, 2005. 21: 1227–1234
- [53] Himelein M.J, Thatcher SS. Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome. *J Health Psychol* 2006. 11: 25–613

- [54] Moran L, et al, Polycystic ovary syndrome: a biopsychosocial understanding in young women to improve knowledge and treatment options. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2010. 31: 24–31.
- [55] Watson, J. and T. Davies, ABC of mental health: psychosexual problems. *British Medical Journal*, 1997; 315: 239.
- [56] Chen C.H, et al , Sexual orientations of women with polycystic ovary syndrome: clinical observation in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2014 ; 53: 6–542.
- [57] Manlove H.A, Guillermo C et al . Do women with polycystic ovary syndrome (PCOS) report differences in sex-typed behavior as children and adolescents?: Results of a pilot study. *Ann Hum Biol* 2008. 35: 95–584.
- [58] Morotti E, et al. Body imaging and sexual behavior in lean women with polycystic ovary syndrome. *J Sex Med* 2013. 10: 60– 2752.
- [59] Hahn S , et al. Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *European Journal of Endocrinology* 2005;153: 60–853.
- [60] Dashti S, et al. Sexual Dysfunction in Patients with Polycystic Ovary Syndrome in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17: 51– 3747
- [61] Scaruffi E, Gambineri A et al. Personality and psychiatric disorders in women affected by polycystic ovary syndrome. *Front Endocrinol (Lausanne)*2014; 5:185.
- [62] Consoli SM, Vexiau P, et al . Acceptability, tolerance and quality of life impact of ciproterone acetate treatment in female hirsutism. Comparaison of 2 protocols in combination with oral or transdermal estradiol. *Contracept Fertil Sex* 1994;22:783–7.
- [63] Agnieszka P, Violeta S, Ryszard P. Quality of life, mental health and self-esteem in hirsute adolescent females. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010;31:168–175.

- [64] Rabinowitz, S., Cohen, R. & Le Roith, D. Anxiety and hirsutism. *Psychol Rep* 1983, 53: 827–830.
- [65] Meyer, A.E. & von Zerssen, D. Psychologische Untersuchungen an Frauen mit sogenanntem idiopatischem hirsutismus. *J Psychosom Res* 1960, 4: 206–235.
- [66] Roche, P. M. Sedgwick and C. C. Harland .Laser treatment for female facial hirsutism: are quality-of-life benefits sustainable?.*Clinical and Experimental Dermatology* 2016 ; 41:248–252
- [67] Alizadeh N, Ayyoubiet S; et al Can laser treatment improve quality of life of hirsute women? *International Journal of Women's Health* 2017; 9 : 777–780
- [68] Jones GL, Hall JM, et al . Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2008;14: 15–25.
- [69] Hahn S, Janssen OE, Tan S, et al. Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol* 2005;153:60–853.
- [70] Hollinrake E, Abreu A, Maifeld M, et al. Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2007;87:76–1369.
- [71] Cooney LG, Lee I, Sammel MD et al. High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2017; 32:1075–1091.
- [72]. Maziar A, Farsi N, Mandegarfar M , et al . Unwanted facial hair removal with laser treatment improves quality of life of patients. *J Cosmet Laser Ther.* 2010;12:7–9.
- [73] Ferrante I. Biomedical versus cultural constructions of abnormality: the case of idiopathic hirsutism in the United States. *Culture Med Psychiat* 1988;12: 219–238.

[74]Teede H, Gibson-Helm M, et al .Polycystic ovary syndrome: Perceptions and attitudes of women and primary health care physicians on features of PCOS and renaming the syndrome . J Clin Endocrinol Metab 2014;99:11-107

# ANNEXES

Annexe 1

**Fiche d'exploitation**

**Qualité de vie des patientes hirsutes**

**1-Identité de la patiente :**

Nom & Prénom :.....

IP :.....

Age :.....

Situation familiale : Célibataire mariée Divorcée veuve

Profession :.....

Niveau socio-économique :.....

Niveau d'étude : .....

Téléphone :.....

Email : .....

**2-Histoire de l'hirsutisme**

Date de début :.....

Mode de début : .....

ATCDs familiaux :.....

ATCDs personnelles :.....

Signes associés : .....

-Troubles de cycle : oui Δ non Δ

Si oui types : spanioménorrhée : Δ autres :

**3-Examen clinique**

-Poids : ..... Taille : ..... IMC : ..... TT : .....

-Score de FG : .....

## Qualité de vie chez les patientes Hirsutes :

-Signes d'hyperandrogénie associés : .....

### →Mineurs :

Acné : oui Δ non Δ

Hyperseborrée : oui Δ non Δ

Chute de cheveux : oui Δ non Δ

### →Majeurs :

Golfes frontaux : oui Δ non Δ

Hypertrophie clitoridienne : oui Δ non Δ

Développement musculaire : oui Δ non Δ

Autres :

-Autres données de l'examen clinique : .....

.....

## 4-Examens Paracliniques :

### →Biologie

Testostéronémie : .....

SDHEA : .....

Delta 4 androstenedione : .....

17 OHP de base : ..... 17 OHP après stimulation : .....

Doc de base : ..... Doc après stimulation : .....

Cortisol de 08h après freinage : .....

### →Radiologie

Echographie pelvienne : .....

TDM pelvienne : .....

IRM surrénalienne : .....

5-Diagnostic retenu : .....

6-Evaluation de la qualité de vie

→Partie remplie par la patiente :

Dermatology Life Quality Index (Version arabe) :

المقياس الجلدي لجودة الحياة (DLQI)			
نسعى من خلال هذه الأسئلة إلى قياس مدى تأثير المشكلة الجلدية التي تعاني منها على حياتك خلال الأسبوع الماضي. الرجاء اختيار حقل واحد من الأجوبة لكل سؤال.			
1.	<p>خلال الأسبوع الماضي، ما مقدار الحكّة، أو الألم، أو الوجع، أو الوخز الذي عانيت منه بسبب جلدك؟</p> <p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	<p>خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى شعرت بالإحراج أو الخجل بسبب جلدك؟</p> <p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	<p>خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى تعارضت حالتك الجلدية مع قيامك بأعمال مثل التسوق أو العناية بالبيت أو بحديقة المنزل؟</p> <p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>لا صلة لهذا بحالتي</p> <input type="checkbox"/>
4.	<p>خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى أثرت حالتك الجلدية على الملابس التي ترتديها؟</p> <p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>لا صلة لهذا بحالتي</p> <input type="checkbox"/>
5.	<p>خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى أثرت حالتك الجلدية على أيّ نشاط اجتماعي أو ترفيهي؟</p> <p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>لا صلة لهذا بحالتي</p> <input type="checkbox"/>

## Qualité de vie chez les patientes Hirsutes :

	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة	6. خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى سببت حالتك الجلدية صعوبة في قيامك بنشاط رياضي؟
لا صلة لهذا بحالتي	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
لا صلة لهذا بحالتي	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة	7. خلال الأسبوع الماضي، هل منعتك حالتك الجلدية من العمل أو الدراسة؟  إذا كان الجواب "لا"، فخلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى سبب لك مرضك الجلدي مشكلات في العمل أو الدراسة؟
لا صلة لهذا بحالتي	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
لا صلة لهذا بحالتي	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة	8. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك مرضك مع شريك حياتك أو مع أي واحد من أصدقائك المقربين أو أقاربك؟
لا صلة لهذا بحالتي	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
لا صلة لهذا بحالتي	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة	9. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المصاعب الجنسية التي واجهتها بسبب حالتك الجلدية؟
لا صلة لهذا بحالتي	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
لا صلة لهذا بحالتي	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة	10. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك علاج جلدك، مثلاً، عن طريق إثارة الفوضى في بيتك، أو عن طريقة استهلاك قسط كبير من وقتك؟
لا صلة لهذا بحالتي	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
من فضلك تأكد من الاجابة على كل سؤال. ولك جزيل الشكر.			

## Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

هذا الاستبيان يساعد الطبيب لمعرفة مشاعرك وقراءة أحاسيسك ، لذا يرجى إحاطة الرقم الموازي لأفضل اختيار يصف حالتك خلال الأسبوع الماضي. ليس من المطلوب الاستغراق في التفكير لإختيار الإجابة، وإنما تفضل الإجابات العفوية التلقائية.

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS):			من فضلك، لم إختيار الإجابة المناسبة بوضع دائرة عليها:		
<b>A</b>	أشعر بالتوتر الشديد: • أكثر الوقت • عدة مرات • أحياناً • لا أشعر بذلك مطلقاً	3 2 1 0	<b>D</b>	أحس بأني هامد ( فاقد للطاقة ) : • تقريباً في كل وقت • في كثير من الأحيان • في بعض الأوقات • لا أشعر بذلك مطلقاً	3 2 1 0
<b>D</b>	أنا لازلت أتمتع بالأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها: • بالتأكيد، كما كنت • ليس تماماً • قليلاً • بالكاد، على الإطلاق	0 1 2 3	<b>A</b>	يتنابني شعور بالخوف: • لا، على الإطلاق • أحياناً • كثيراً • في أغلب الأوقات	0 1 2 3
<b>A</b>	أشعر بنوع من الخوف، وكان شيئاً مروعاً على وشك الحدوث: • بالتأكيد، وبشكل مزعج • نعم، ولكن أقل سوءاً • قليلاً، لكنه لا يقلقني • لا أشعر بذلك على الإطلاق	3 2 1 0	<b>D</b>	لقد فقدت الاهتمام بمظهري: • بالتأكيد فقدت كل الاهتمام • أنا لا أهتم بمظهري كما يجب أن أهتم • قد لا أعني بمظهري كما يجب • أعني بمظهري بشكل جيد كما كنت سابقاً	3 2 1 0
<b>D</b>	أستطيع الضحك و رؤية الجوانب الممتعة في الأشياء: • كما كنت سابقاً • أقل مما كنت سابقاً • بالتأكيد، ليس كثيراً الآن • لا أشعر بذلك على الإطلاق	0 1 2 3	<b>A</b>	الإحساس بضيق الصدر دون مجهود جسدي: • في الواقع، كثيراً جداً • كثيراً، لا بأس به • أشعر بذلك قليلاً • لا أشعر بذلك على الإطلاق	3 2 1 0
<b>A</b>	تأتيني دائماً أفكار مقلقة: • أغلب الأوقات • معظم الأوقات • من وقت لآخر، ولكن ليس كثيراً • أحياناً	3 2 1 0	<b>D</b>	أنا أتطلع للأشياء من حوئي باستمتاع: • بقدر ما يمكنني فعله • نوعاً ما أقل مما اعتدت على فعله • بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله • لا، على الإطلاق	0 1 2 3
<b>D</b>	أشعر بالبهجة: • لا، على الإطلاق • ليس كثيراً • في بعض الأحيان • في أغلب الأوقات	3 2 1 0	<b>A</b>	يتنابني إحساس مفاجئ بالغث: • في الواقع، في كثير من الأحيان • غالباً • ليس كثيراً • لا أشعر بذلك على الإطلاق	3 2 1 0
<b>A</b>	يمكنني الجلوس براحة و الشعور بالاسترخاء: • بكل التأكيد • عادة ما • ليس كثيراً • لا يمكنني ذلك على الإطلاق	0 1 2 3	<b>D</b>	يمكنني الإستمتاع بقراءة كتاب جيد أو مشاهدة البرامج التلفزيونية أو الإستماع إلى الإذاعة: • غالباً • في بعض الأحيان • ليس كثيراً • نادراً جداً	0 1 2 3

## Annexe 2 : Questionnaire HADS

Score	Anxiété	Score	Dépression
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <input type="checkbox"/> oui, tout autant <input type="checkbox"/> pas autant <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> presque plus
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses <input type="checkbox"/> autant que par le passé <input type="checkbox"/> plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> plus du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> la plupart du temps
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent	3 2 1 0	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> plus du tout <input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> autant qu'auparavant <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> presque jamais
3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> très rarement
	☞ Total du score pour l'anxiété		☞ Total du score pour la dépression

Annexe 3 : La version arabe de L'HADS

هذا الاستبيان يساعد الطبيب لمعرفة مشاعرك وقراءة أحاسيسك ، لذا يرجى إحاطة الرقم الموازي لأفضل اختيار يصف حالتك خلال الأسبوع الماضي. ليس من المطلوب الاستغراق في التفكير لإختيار الإجابة، وإنما تفضل الإجابات العفوية التلقائية.

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS):			من فضلك، تم إختيار الإجابة المناسبة بوضع دائرة عليها:		
<b>A</b>	أشعر بالتوتر الشديد: • أكثر الوقت • عدة مرات • أحياناً • لا أشعر بذلك مطلقاً	3 2 1 0	<b>D</b>	أحس بأني هامد ( فاقد للطاقة ) : • تقريباً في كل وقت • في كثير من الأحيان • في بعض الأوقات • لا أشعر بذلك مطلقاً	3 2 1 0
<b>D</b>	أنا لازلت أتمتع بالأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها: • بالتأكيد، كما كنت • ليس تماماً • قليلاً • بالكاد، على الإطلاق	0 1 2 3	<b>A</b>	يتتابني شعور بالخوف: • لا، على الإطلاق • أحياناً • كثيراً • في أغلب الأوقات	0 1 2 3
<b>A</b>	أشعر بنوع من الخوف، وكان شيئاً مروعاً على وشك الحدوث: • بالتأكيد، وبشكل مزعج • نعم، ولكن أقل سوءاً • قليلاً، لكنه لا يغلطني • لا أشعر بذلك على الإطلاق	3 2 1 0	<b>D</b>	لقد فقدت الإهتمام بمظهري: • بالتأكيد فقدت كل الاهتمام • أنا لا أهتم بمظهري كما يجب أن أهتم • قد لا أعني بمظهري كما يجب • أعني بمظهري بشكل جيد كما كنت سابقاً	3 2 1 0
<b>D</b>	أستطيع الضحك و رؤية الجوانب الممتعة في الأشياء: • كما كنت سابقاً • أقل مما كنت سابقاً • بالتأكيد، ليس كثيراً الآن • لا أشعر بذلك على الإطلاق	0 1 2 3	<b>A</b>	الإحساس بضيق الصدر دون مجهود جسدي: • في الواقع، كثيراً جداً • كثيراً، لأبأس به • أشعر بذلك قليلاً • لا أشعر بذلك على الإطلاق	3 2 1 0
<b>A</b>	تأتيني دائماً أفكار مقلقة: • أغلب الأوقات • معظم الأوقات • من وقت لآخر، ولكن ليس كثيراً • أحياناً	3 2 1 0	<b>D</b>	أنا أتطلع للأشياء من حولي باستمتاع: • بقدر ما يمكنني فعله • نوعاً ما أقل مما اعتدت على فعله • بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله • لا، على الإطلاق	0 1 2 3
<b>D</b>	أشعر بالبهجة: • لا، على الإطلاق • ليس كثيراً • في بعض الأحيان • في أغلب الأوقات	3 2 1 0	<b>A</b>	يتتابني إحساس مفاجئ بالغث: • في الواقع، في كثير من الأحيان • غالباً • ليس كثيراً • لا أشعر بذلك على الإطلاق	3 2 1 0
<b>A</b>	يمكنني الجلوس براحة و الشعور بالاسترخاء: • بكل التأكد • عادة ما • ليس كثيراً • لا يمكنني ذلك على الإطلاق	0 1 2 3	<b>D</b>	يمكنني الإستمتاع بقراءة كتاب جيد أو مشاهدة البرامج التلفزيونية أو الإستماع إلى الإذاعة: • غالباً • في بعض الأحيان • ليس كثيراً • نادراً جداً	0 1 2 3

Annexe 4 : Score DLQI

DLQI – Dermatology Life Quality Index

Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle **démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e)** ?  
 3 Enormément     2 Beaucoup     1 Un peu     0 Pas du tout
2. Vous êtes-vous senti(e) **gêné(e) ou complexé(e)** par votre problème de peau ?  
 3 Enormément     2 Beaucoup     1 Un peu     0 Pas du tout
3. Votre problème de peau vous a-t-il **gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner** ?  
 3 Enormément     2 Beaucoup     1 Un peu     0 Pas du tout     0 Non concerné(e)
4. Votre problème de peau vous a-t-il **influencé(e) dans le choix de vos vêtements que vous portiez** ?  
 3 Enormément     2 Beaucoup     1 Un peu     0 Pas du tout     0 Non concerné(e)
5. Votre problème de peau a-t-il **affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs** ?  
 3 Enormément     2 Beaucoup     1 Un peu     0 Pas du tout     0 Non concerné(e)
6. Avez-vous eu du mal à **faire du sport à cause de votre problème de peau** ?  
 3 Enormément     2 Beaucoup     1 Un peu     0 Pas du tout     0 Non concerné(e)
7. Votre problème de peau vous a-t-il **complètement empêché de travailler ou étudier** ?  
 3 Oui     0 Non     0 Non concerné(e)  
Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il **gêné(e) dans votre travail ou vos études** ?  
 2 Beaucoup     1 Un peu     0 Pas du tout     0 Non concerné(e)
8. Votre problème de peau a-t-il **rendu difficile vos relations avec votre conjoint(e), vos amis ou votre famille** ?  
 3 Enormément     2 Beaucoup     1 Un peu     0 Pas du tout     0 Non concerné(e)
9. Votre problème de peau a-t-il **rendu votre vie sexuelle difficile** ?  
 3 Enormément     2 Beaucoup     1 Un peu     0 Pas du tout     0 Non concerné(e)
10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?  
 3 Enormément     2 Beaucoup     1 Un peu     0 Pas du tout     0 Non concerné(e)

Score final DLQI : ..... (0-30)

Annexe 5 : La version arabe de QLQI

المقياس الجلدي لجودة الحياة (DLQI)			
نسعى من خلال هذه الأسئلة إلى قياس مدى تأثير المشكلة الجلدية التي تعاني منها على حياتك خلال الأسبوع الماضي. الرجاء اختيار حقل واحد من الأجوبة لكل سؤال.			
1.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>خلال الأسبوع الماضي، ما مقدار الحكّة، أو الألم، أو الوجع، أو الوخز الذي عانيت منه بسبب جلدك؟</p>
2.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى شعرت بالإحراج أو الخجل بسبب جلدك؟</p>
3.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى تعارضت حالتك الجلدية مع قيامك بأعمال مثل التسوق أو العناية بالبيت أو بحديقة المنزل؟</p>
4.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى أثرت حالتك الجلدية على الملابس التي ترتديها؟</p>
5.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى أثرت حالتك الجلدية على أيّ نشاط اجتماعي أو ترفيهي؟</p>

## Qualité de vie chez les patientes Hirsutes :

6.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة	خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى سببت حالتك الجلدية صعوبة في قيامك بنشاط رياضي؟
7.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	نعم لا	خلال الأسبوع الماضي، هل منعتك حالتك الجلدية من العمل أو الدراسة؟
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة	إذا كان الجواب "لا"، فخلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى سبب لك مرضك الجلدي مشكلات في العمل أو الدراسة؟
8.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة	خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك مرضك مع شريك حياتك أو مع أي واحد من أصدقائك المقربين أو أقاربك؟
9.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة	خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المصاعب الجنسية التي واجهتها بسبب حالتك الجلدية؟
10.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة	خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك علاج جلدك، مثلاً، عن طريق إثارة الفوضى في بيتك، أو عن طريقة استهلاك قسط كبير من وقتك؟
من فضلك تأكد من الإجابة على كل سؤال. ولك جزيل الشكر.			