

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



LES DERMATOSES FACIALES ET QUALITÉ DE VIE

ÉTUDE PROSPECTIVE À PROPOS DE 127 CAS

MEMOIRE PRESENTE PAR :
Docteur GALLOUJ SALIM
Né le 15 Octobre 1979 à Ixelles (Belgique)

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : DERMATOLOGIE

Sous la direction de :
Professeur MERNISSI FATIMA ZAHRA

Juillet 2010

PLAN

I-INTRODUCTION	2
II-OBJECTIF	3
III-MATERIEL ET METHODES	4
IV-RESULTAT	6
V-DISCUSSION	21
VI -CONCLUSION	30

I- Introduction :

Les dermatoses faciales sont nombreuses et constituent un motif fréquent de consultation, le plus souvent sont source de préjudice esthétique et de souffrance psychique secondaire à leur caractère affichant. La mesure de la qualité de vie de ces patient apporte une aide au praticien en lui permettant de prendre en compte les répercussions psychologiques de la maladie , d'évaluer la perception ressentie par le patient et d'adapter les thérapeutiques concernant le suivi, le traitement éventuel et la prise en charge en fonction de la personnalité du patient.

II- OBJECTIF :

Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique, clinique de ces dermatoses et d'évaluer leurs impacts sur la qualité de vie sur l'ensemble des malades colligés au service de dermatologie vénéréologie du CHU Hassan II de Fès dont les dermatoses faciales constituaient le principale motif de consultation

III- Matériel et méthodes :

A-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective sur une période de 6 mois allant de 1/10/2009 au 31/03/2010

B-Population d'étude :

Tous les consultants du centre de diagnostic dont la dermatose faciale constituait le principal motif de consultation

C- le recueil des données :

Il est basé sur un questionnaire Dermatology Life quality Index DLQI validé au Maroc (la version dialectale arabe) (1). Il s'agit d'un score généraliste d'évaluation de la qualité de vie, simple et rapide, validé depuis 1994 par une large utilisation (2).

En plus des Items du questionnaire, certaines variables ont été recueillies

Âge du patient sexe, orientation initiale, la profession, l'origine, le niveau intellectuelle, le niveau socioéconomique, la photo protection, la date de début, le motif de consultation, le traitement antérieur, le traitement

-Analyses statistique :

Le 1^{er} temps : une analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients a été faite, le calcul de l'échelle DLQI a été faite et qui est la moyenne de l'ensemble des items et que pour chaque réponse on attribut un chiffre allant de 0 à3. Le score maximal est de 30 et le score

minimal est de 0. Plus le score est élevé et plus la qualité de vie est compromise. Le DLQI peut également être exprimé en pourcentage du score maximal de 30

Score :

Score correspondant à chaque réponse	
Énormément	Score 3
Beaucoup	Score 2
Un peu	Score 1
Pas du tout	Score 0
Non pertinent	Score 0
Pas de réponse	Score 0
Question 7« m'empêche de travailler ou d'étudier»	Score 3

Signification des scores :

- 0-1 = aucun effet sur la vie du patient
- 2-5 = faible effet sur la vie du patient
- 6-10 = effet modéré sur la vie du patient
- 11-20 = effet important sur la vie du patient
- 21-30 = effet extrêmement important sur la vie du patient

Ensuite, une analyse uni variée a été réalisée à la recherche des facteurs qui influencent la qualité de vie des patients atteints de dermatoses faciales ainsi des croisements ont été fait entre la variable score DLQI et les variables suivants :

- Les caractéristiques sociodémographiques
- Les Caractéristiques cliniques

L'analyse a été réalisé par le logiciel EPIINFO version 3.4

IV- Les Résultats :

A-Descriptif :

1-LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

	Effectif	%
Age		
>75	3	2,3
0-19	22	17,4
20-39	63	49,7
40-59	25	19,7
60-74	14	11
Sexe		
F	86	67,7
M	41	32,3
Origine		
Rural	24	18,9
Urbain	103	81,1
Niveau intellectuel		
Analphabète	29	22,8
Enseignement supérieur	49	38,6
Préscolaire	7	5,5
Primaire	19	15
Secondaire	23	18,1
Niveau socioéconomique		
Bas	53	41,7
Elevé	11	8,7
Moyen	63	49,6
Profession		
Actif	49	38,6
Chômeur	17	13,4
Etudiant	31	24,4
Femme au foyer	29	22,8
Retraité	1	0,7

On a recensé 127 cas, l'âge moyen était 34 ans avec des extrêmes allant de 1 ans à 84ans, 49,7% des patients étaient dans la tranche d'âge (20-39ans), on note une prédominance féminine dans 67,7%, 81,1% de nos patient étaient issu du milieu urbain, 38,6% avaient un niveau d'enseignement supérieur, 49,6% avaient un niveau socioéconomique moyen, 38,6% était actifs.

2-LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES

	Effectif	%
Phototype		
3	49	38,6
4	67	52,8
5	11	8,7
L'exposition solaire		
Aigue	6	4,7
Aigue et chronique	7	5,5
chronique	114	89,8
photoprotection		
Non	85	66,9
oui	42	33,1
Le type de la photoprotection		
Chimique	33	26
vesimentaire	8	6,3
Le rythme de la photoprotection		
1/J	27	21,3
2/J	7	5,5
3/J	1	0,8

	Effectif	%
La date de début		
Aigue	21	16,5
chronique	106	83,5
Les poussées		
1 ^{ère} poussée	60	47,2
Récidive	67	52,8
Le motif de consultation		
Signe fonctionnel	2	1,6
Soucis esthétique	36	28,3
Les deux	89	70,1
Traitement antérieur		
Aucun	65	51,2
Automédication	6	4,7
Automédication/traditionnel	1	0,8
Sous prescription /automédication	12	9,4
Sous prescription	34	26,8
Traitement traditionnel	9	7,1

Les dermatoses retrouvés

Les dermatoses retrouvées		N	%
Dermatoses inflammatoires endogènes		17	13,4
Sclérodermie	3		
Dermatomyosite	1		
Lupus érythémateux	3		
Pelade de la barbe	3		
Sarcoïdose cutanée	2		
psoriasis	2		
Dermatoses inflammatoires exogènes		13	10,3
Rosacée	7		
Eczéma	4		
Dermite cortisonique	1		
Infectieuses		17	13,4
Folliculite de la barbe	4		
Verrues	5		
Herpès	3		
Leishmaniose cutané	1		
Furoncle	1		
Molluscum contagiosum	1		
Varicelle	1		
Lèpre	1		
Lésions précancéreuses		2	1,6
Corne	1		
Kératose actinique	1		
Pathologie tumorale bénigne		12	9,5
Naevus	2		
Syringome	1		
Hémangiome	2		
Neurofibrome	1		
Papule fibreuse du nez	1		
Molluscum pendillum	1		
Fibrome	1		
Kyste sébacé	1		
Kératose séborrhéique	1		
botriomycome	1		
Pathologie tumorale maligne		12	9,5
Carcinome basocellaire	7		
Carcinome épidermoïde	3		
Métastase cutanée	1		
Pathologie des annexes		38	30
Acné	31		
Dermite séborrhéique	5		
Hirsutisme	1		
Trouble dyschromique		16	12,6
Mélasma	12		
vitiligo	4		

En ce qui concerne les caractéristiques cliniques ,on note une prédominance du phototype IV , l'exposition solaire chronique était retrouvé dans 89,8%, la photoprotection chimique était utilisée dans 26% avec un rythme 1 fois par jour dans 21,3%, la date de début chronique (>3mois)de la dermatose retrouvait dans 83,5% avec 52,8% des cas ,il s'agissait d'une récurrence , le motif principal de la consultation était un soucis esthétique concomitant à un signe fonctionnel dans 70,1% , le traitement antérieur sous prescription était retrouvé dans 26,8%. Les pathologies des annexes venaient en première position avec 30% des cas .

B-Mesure de la qualité de vie :

a-DLQI /tranche d'âge

tranche d'âge	Moyenne	N	Ecart-type	p
>75	6,00	3	4,000	,116
0-19	5,00	22	4,515	
20-39	7,08	63	3,249	
40-59	5,80	25	3,640	
60-74	5,14	14	3,697	
Total	6,23	127	3,684	

b-Score DLQI /sexe

sexe	Moyenne	N	Ecart-type	P
F	6,59	86	3,424	,106
M	5,46	41	4,118	
Total	6,23	127	3,684	

Sexe F

tranche d'age	Moyenne	N	Ecart-type	P
0-19	6,17	12	4,840	,561
20-39	7,09	46	2,623	
40-59	6,00	18	3,926	
60-74	5,90	10	3,985	
Total	6,59	86	3,424	

Sexe = M

tranche d'age	Moyenne	N	Ecart-type	P
>75	6,00	3	4,000	,214
0-19	3,60	10	3,864	
20-39	7,06	17	4,643	
40-59	5,29	7	2,984	
60-74	3,25	4	2,217	
Total	5,46	41	4,118	

c-Score DLQI / profession

profession	Moyenne	N	Ecart-type	p
actif	6,78	49	3,880	0,189
chômeur	4,65	17	3,757	
étudiant	6,87	31	3,819	
Femme au foyer	5,55	29	2,935	
retraité	6,00	1	.	
Total	6,23	127	3,684	

d-score DLQI /niveau intellectuel

niveau intellectuel	Moyenne	N	Ecart-type	P
Analphabète	5,55	29	3,334	,000
Enseignement supérieur	7,33	49	3,394	
préscolaire	1,00	7	2,236	
primaire	6,53	19	4,587	
Secondaire	6,09	23	2,795	
Total	6,23	127	3,684	

e-score DLQI /origine

origine	Moyenne	N	Ecart-type	p
Rural	5,58	24	3,821	,343
Urbain	6,38	103	3,654	
Total	6,23	127	3,684	

f-score DLQI / niveau socioéconomique

niveau socioéconomique	Moyenne	N	Ecart-type	p
Bas	5,83	53	3,791	,471
Elevé	5,82	11	3,401	
Moyen	6,63	63	3,651	
Total	6,23	127	3,684	

g-score DLQI / exposition solaire

exposition solaire	Moyenne	N	Ecart-type	p
Aigue	,67	6	1,211	,001
Aigue /Chronique	6,57	7	2,699	
Chronique	6,50	114	3,600	
Total	6,23	127	3,684	

h-Score DLQI / (1^{ère} poussée / Récidive)

	Moyenne	N	Ecart-type	p
1 ^{ère} Poussée	1,80	5	2,387	,000
récidive	5,13	60	3,387	
Total	7,65	62	3,426	
	6,23	127	3,684	

i-Score DLQI / motif consultation

motif consultation	Moyenne	N	Ecart-type	p
1	4,00	2	5,657	,640
2	6,06	36	3,251	
12	6,35	89	3,838	
Total	6,23	127	3,684	

j-score DLQI / Traitement antérieur

Traitement antérieur	Moyenne	Nombre	Ecart-type	p
Aucun	4,98	65	3,740	,000
automédication	8,50	6	2,429	
automédication/traditionnel	4,00	1		
sous prescription /automédication	7,08	12	2,906	
sous prescription	8,29	34	3,289	
Traitement traditionnel	5,00	9	2,000	

k-score DLQI /diagnostic

diagnostic	Moyenne	N	Ecart-type	p
-dermatose inflammatoire endogène	5,78	17	9,328	,677
-dermatose inflammatoire exogène	6,46	13	3,357	
-infectieuse	7,12	17	3,723	
-lésion précancéreuse	3,50	2	3,536	
-pathologie tumorale bénigne	4,17	12	2,855	
-pathologie tumorale maligne	5,83	12	4,345	
-pathologies des annexes	7,24	37	3,609	
-trouble dyschromique	5,25	16	2,978	
Total	6,23	127	3,684	

Le score de l'échelle DLQI était plus élevé chez la tranche d'âge de 20 à 39 ans par rapport aux autres, signifiant ainsi une altération de la qualité de vie chez cette tranche d'âge ($p = 0,116$). En étudiant ce score en fonction de l'âge et du sexe on note que la qualité de vie est plus altérée chez les filles de 0 à 19 ans il est plus élevé chez le sexe féminin 6,59 par rapport au sexe masculin ($p = 0,106$). En étudiant ce score en fonction de l'âge et du sexe on note que la qualité de vie est plus altérée chez les filles de 0 à 19 ans ($p = 0,214$).

Quelque soit l'âge, cet index augmente également chez les patient actif ($p = 0,189$), chez les patient ayant niveau d'enseignement supérieur ($p = 0,00$), issu du milieu urbain ($p = 0,343$) ayant un niveau socioéconomique moyen ($p = 0,471$) avec une exposition chronique ($p = 0,001$), en cas de récurrence et l'association de signes fonctionnels et de soucis esthétiques ($p = 0,64$) et chez les patient ayant déjà bénéficiés d'un traitement sous prescription et automédication ($p = 0,00$) surtout pour les pathologies des annexes et infectieuse ($p = 0,677$).

L-panorama des dermatoses faciales



Figure 1 :lupus cutané



Figure 2 : Rosacé au stade papulo-pustule



Figure 3 : acné mixte



Figure 4 : métastases cutanées d'un carcinome hépatocellulaire



Figure 5 : hirsutisme



Figure 6 : eczéma impétigénisé



Figure 7 :carcinome basocellulaire



Figure 8 : vitiligo



Figure 9 : Melasma



Figure 10 : Corne

V- Discussion :

Pour la profane ,la face c'est avant tout la physionomie ,c'est-à-dire un ensemble de traits et une expression particulière conférant son individualité au visage et permettant par conséquent l'identification de la personne .C'est surtout la vue de la face que se fait la reconnaissance entre les individus humains ,le son de la voix ,la perception de l'odeur corporelle ou d'autres informations sensorielles intervenant moins ,ou avec moins de fiabilités ,dans les mécanismes de l'identification. Les dermatoses faciales, en modifiant la physionomie, risquent ainsi de modifier l'identité et la personnalité de l'individu et sont par conséquent ressentis précocement comme atteinte de l'intégrité corporelle. Pour le médecin, la face a un certain nombre de particularités, expliquant la localisation préférentielle ou exclusive de certaines affections dermatologiques. L'exposition constante à la lumière et aux facteurs physiques climatiques (froid, vent) explique que les phénomènes de sénescence cutanée, sachant que le Soleil , et notamment aux UV(ultraviolet), provoque des dommages moléculaires, cellulaires responsable de modifications dégénératives histopathologiques et cliniques , ce qui entraînent à leur tour une photosensibilité, un photo-vieillessement et des cancers cutanés (Figure 7). Bien que notre corps aie des défenses naturelles contre les UV, une protection supplémentaire contre le soleil est indispensable (3) et également les photodermatoses soient principalement localisé a la face dont la lucite polymorphe (PLE), la plus fréquente pose souvent des problèmes au cours des activités de loisirs et de vacances ou lors du travail , résultant une perte substantielle de la qualité de la vie, la prophylaxie contre l'exposition solaire est l'approche thérapeutique la plus importante (4). L'abondance des follicules pilosébacés sécréteurs de sébum permet d'expliquer la prépondérance à la face de certaines dermatoses folliculaires par

exemple l'acné (Figure 3) qui est l'une des dermatoses les plus fréquentes dans le monde entier. Elle touche préférentiellement les adolescents et les jeunes adultes, avec la plus grande incidence pendant la puberté. Il s'agit d'un processus inflammatoire du follicule pilo-sébacé, dont la pathogénie est liée aux manifestations inflammatoires, à l'hyperkératinisation, le *Propionibacterium acnes* contribue à l'inflammation via l'activation des récepteurs Toll-like (TLR) sur les membranes des cellules inflammatoires, le Peroxisome proliferator-activated récepteurs régule en partie la production de sébum, la glande sébacée est un organe neuroendocrinien-inflammatoire qui coordonne et exécute suite à une réponse locale au stress ainsi les androgènes ont une influence sur les cornéocytes folliculaire; les lipides oxydés de sébum peuvent stimuler la production de médiateurs inflammatoires, les métalloprotéinases matricielles (MMP) se produisent dans le sébum (5) (6) ou la survenue préférentielle à la face de lésions liées à la fertilité microbiologique du sébum par exemple la dermatite séborrhéique qui est une dermatose survenant par poussées. Sa fréquence est élevée puisqu'elle représenterait 7 % des consultations de dermatologie. Le rôle de *Malassezia*, bien que complexe (rôle des lipides cutanés, susceptibilité individuelle) est indéniable. L'association possible à des maladies telles que les syndromes parkinsoniens, les cancers des voies aéro-digestives supérieures ou l'infection à VIH est connue. Les poussées seraient rythmées par le stress (7). La microvascularisation cutanée faciale est très différente de celle des autres territoires cutanés qui peut être le siège de manifestation de la rosacée (Figure 2). Le rôle nouvellement découverte de cathélicidine dans la promotion d'inflammation de la rosacée crée de nouvelles questions passionnantes sur l'origine de cette maladie. Les facteurs qui favorisent la production de cathélicidine comprennent les microbes, des changements de l'environnement, comme le soleil et l'exposition aux UV qui serait détecté par le système immunitaire inné qui pourrait être amélioré et renforcé par des

cytokines, les radicaux libres, les peptides anti-microbiens et les protéases, ce qui entraîne des modifications histologiques observées dans la rosacée. Les multiples facteurs peuvent causer les manifestations cliniques de la rosacée, tandis que la susceptibilité individuelle à ces facteurs est un élément indissociable. Ces nouvelles associations nous donnent des indices d'approfondir notre compréhension des mécanismes responsables de la maladie (8). La face peut être également atteinte de trouble dyschromique essentiellement représenté par le mélasma (Figure 9) qui est un dysfonctionnement du système pigmentaire, responsable d'une coloration irrégulière brune ou gris-brune du visage. Elle est plus communément observée chez les femmes et ceux qui ont un teint plus foncé. Les principaux facteurs sont la prédisposition génétique, la grossesse, l'utilisation des contraceptifs oraux, l'exposition au UV et les facteurs mécaniques. En raison de sa composante dermique et la tendance à la rechute, le mélasma est souvent difficile à traiter (9). La face intervient, avec la mimique volontaire, dans l'expression visible et quelque fois incontrôlable des émotions (exemple l'érythème pudique). La circulation veineuse du visage à un écoulement antigravitaire et intervient dans les mécanismes de thermorégulation. La proximité de orifices naturels supérieurs (bouche, nez, yeux, oreilles) a pour conséquence l'extension à la face d'affections liées à des anomalies de ces mêmes orifices et des cavités auxquelles ils donnent accès. L'origine embryologique particulière permet d'expliquer la fréquence de localisation faciale de nombreuses malformations et génodermatoses. En effet, à part les structures épithéliales, pigmentaires et nerveuses, les vaisseaux, les parties molles, les dents et les pièces squelettiques de la face proviennent aussi du tube neural céphalique et ceci permet de mieux comprendre que les angiomes systématisés ou les dysmorphies des maladies neuroendocriniennes aient plus souvent une localisation faciale. La préoccupation esthétique et de sauvegarde de la face imprime à toutes les dermatoses faciales un degré de gravité supplémentaire est psychiquement affecté,

la plupart des dysmorphophobies concernent le visage et les indications de traitement esthétiques, médicaux ou chirurgicaux, sont surtout posées pour les affections dermatologiques de la face ;

Le retentissement des dermatoses faciales sur les relations sociales, sur les activités de la vie quotidienne, sur le travail nécessite la place des instruments de mesure de qualité de vie dans la prise en charge des patients souffrant de ces dermatoses et ceci présente un intérêt indiscutable car elle permet d'évaluer précisément l'importance des répercussions fonctionnelles négatives (sur l'activité physique, l'état psychologique, les relations sociales. . .) qu'elle entraîne. La prise en compte des résultats permet de déterminer exactement le ressenti des patients afin de satisfaire leurs besoins et leurs désirs. Cela est d'autant plus important que le vécu des patients souffrant de ces dermatoses ne soit pas toujours superposable à la « réalité de leur situation clinique » tel que les médecins la ressentent quand ils analysent les signes cliniques et les symptômes quantitatifs et évaluables de leur affection.

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un « complet état de bien-être physique, mental et social » (10).

Les médecins praticiens ont ressenti le besoin d'avoir à leur disposition de nouveaux instruments de mesure de l'état de santé de leurs patients en complément des traditionnels indices de morbidité et de mortalité mesurables, en terme de santé, de bien-être et de satisfaction (11); C'est dans ce contexte qu'il a été mis au point pour évaluer l'état de santé de leurs patients des questionnaires dont la méthodologie de construction et d'analyse a été progressivement affinée afin d'être accepté par l'ensemble de la communauté scientifique. L'analyse des réponses a

permis de déterminer le concept de qualité de vie appliquée à la santé ou « Health Related Quality of Life » qui prend en compte l'ensemble des dimensions de la qualité de vie susceptibles d'être modifiées par la maladie ou son traitement. Les mesures de qualité de vie liée à la santé sont obtenues 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, sommeil . . . ;
- la dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle. . .

Le Dermatology Life Quality Index (DLQI) est une échelle de mesure mise au point en 1994 par Finlay et Khan est un instrument de mesure de l'impact de la qualité de vie chez des patients souffrant de maladies dermatologiques (12). Il repose sur dix questions cotées de 0 à 3, portant sur le prurit, la gêne générale, l'interférence avec l'habillement, les loisirs, le sport, la sexualité et le travail (13). Le score du DLQI est obtenu en faisant la somme des scores qui ont été attribués à chacune des questions. Il varie de 0 (qualité de vie la meilleure) à 30 (qualité de vie la plus altérée). Le DLQI a été utilisé pour évaluer la qualité de vie de patients après une hospitalisation en dermatologie (14) ou dans le cadre du suivi chirurgical de carcinomes basocellulaires (15) ou la Maladie de Launois-Bensaude (16) . Cet instrument de mesure a été également utilisé chez des patients souffrant de dermatite atopique (17), de vitiligo (18) (19) , de psoriasis (20), d'acné (21). Le lymphoedeme filarien . (22)

Le DLQI est un instrument facile pour mesurer la qualité de vie des différentes atteintes de la peau. Il est particulièrement intéressant, car il peut être facilement utilisé. Cet indice semble refléter les données les plus pertinentes pour la dermatologie de la population. Le système de notation est simple. Les études montrent en outre la fiabilité et la validité de l'indice dans le cadre interculturel. Ces données soutiennent son utilisation, y compris comme un instrument de recherche international. (23)

L'altération de la qualité de vie des malades atteints de dermatoses est très importante, comme en témoigne notre étude. Une évaluation de la qualité de vie chez ces malades est souhaitable afin de déceler les dimensions les plus affectées et d'essayer d'intervenir par des conseils pratiques et au besoin par une prise en charge psychologique spécialisée. La prise en en charge des malades atteints de dermatoses faciales devrait être globale nécessitant parfois la coopération du dermatologue et du psychiatre pour évaluer et éventuellement traiter les retentissements psychologiques de ces dermatoses . L'instauration de consultations mixtes de « dermatologie-psychiatrique » serait intéressante pour concrétiser cette coopération.

Dans notre études on constate que la majorité de nos patients étaient jeunes avec une prédominance féminine, issu du milieu urbain, avaient un niveau d'enseignement supérieur, un niveau socioéconomique moyen et étaient actifs. En se qui concerne les caractéristiques cliniques ,on note une prédominance du phototype IV qui est le plus fréquent dans notre contexte , l'exposition solaire chronique était retrouvé dans 89,8%, la photoprotection chimique était utilisée dans 26% avec un rythme 1 fois par jour dans 21,3% ce qui nous insiste à sensibiliser notre population aux méfaits du soleil et les éduquer sur les règles de la

photoprotection chimique et vestimentaire , la date de début chronique (>3mois)de la dermatose retrouvait dans 83,5% , le motif principal de la consultation était un soucis esthétique concomitant à un signe fonctionnel dans 70,1% , le traitement antérieur sous prescription était retrouvé dans 26,8%.Les pathologies des annexes venaient en première position avec 30% des cas .

Suite à la mesure de la qualité de vie, on constate que le DLQI atteint 7,08 dans la tranche 20-39ans ($p=0,116$), il augmente chez le sexe féminin 6,59 par rapport au sexe masculin ($p=0,106$).Dans la tranche d'âge 0-19ans on note que le DLQI augmente chez la fille ($p=0,214$).

Quelque soit l'âge, cet index augmente également chez les patient actif ($p=0,189$) , chez les patient ayant un niveau d'enseignement supérieur ($p=0,00$) avec une différence statistiquement significative , les patients issus du milieu urbain ($p=0,343$) ayant un niveau socioéconomique moyen ($p=0,471$) qui ont une exposition chronique ($p=0,001$) avec une différence statistiquement significative ,en cas de récurrence et l'association de signes fonctionnels et de soucis esthétiques ($p=0,64$) et chez les patient ayant déjà bénéficiés d'un traitement sous prescription et automédication ($p=0,00$) avec une différence statistiquement significative et surtout pour les patients souffrant de pathologies des annexes et infectieuses ($p=0,677$) .en ce qui concerne la pathologie précancéreuse et tumorale malignes représentent respectivement 1,6% et 9,5% et n'entraîne pas de véritable perturbation de la qualité de vie et viennent à un stade tardive d'où l'intérêt de la sensibilisation de la population sur les problème de peau .On constate dans presque la plupart de nos résultats qu'il y a une tendance avec p non significatif et ce ci peut êtres expliquer par notre petit effectif qui a favorisé le manque de puissance de l'étude .

Le DLQI est un instrument simple et efficace pour évaluer la qualité de vie des patients en dermatologie. Nos résultats sont similaires à ceux de la littérature et cela montre en outre la fiabilité et la validité des DLQI (24)

Les limites de cette étude résident dans deux éléments :

- Le Petit Effectif des cas recensés sur une courte période
- La Difficulté de préciser certains paramètres comme le niveau intellectuel, le degré d'exposition solaire et le niveau socioéconomique (NSE) car celui ci est un paramètre objectif par définition, cette variable est appréciée par le revenu annuel du ménage, l'ensemble des avoirs (valeur de la maison, le fond de pension, argents placés à la banque...), le quartier habité....également l'appréciation du niveau intellectuel et le degré de l'exposition solaire.

Selon les données recensées, nous proposons des recommandations tel que :

- L'intérêt de sensibilisation au problème de peau surtout en matière des lésions précancéreuses et tumorales par l'instauration des campagnes de dépistage et de sensibilisation des méfaits du soleil.
- La nécessité d'une prise en charge psychologique de ces patients avec un renforcement de la qualité du rapport médecin malade
- L'importance de l'évaluation de la qualité de vie initiale des patients pour le choix des thérapeutiques adéquates et efficaces et également une réévaluation à la fin du traitement.
- La prise en charge des malades atteints de dermatoses faciales devrait être globale nécessitant parfois la coopération du dermatologue et du psychiatre pour évaluer et éventuellement traiter les retentissements psychologiques de ces dermatoses. L'instauration de

consultations mixtes de « dermatologie-psychiatrique » serait intéressante pour concrétiser cette coopération.

- L'intérêt de la généralisation du DLQI à d'autres dermatoses topographique du faite de sa fiabilité et sa validité.

VI- Conclusion

La face est un élément essentiel de l'identité ; elle sert à ce titre à l'identification des personnes. C'est donc un vecteur essentiel pour les interactions sociales et à la communication non-verbale et notamment à l'expression des émotions . Les dermatoses faciales, en modifiant ces fonctions, risquent ainsi de modifier l'identité et la personnalité de l'individu et sont par conséquent ressenties précocement comme atteinte de l'intégrité corporelle. Ces dermatoses sont nombreuses et constituent un motif fréquent de consultation dans notre contexte, le plus souvent sont source de préjudice esthétique et de souffrance psychique secondaire à leur caractère affichant d'où l'intérêt de la mesure de la qualité de vie 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 prise en charge en fonction de la personnalité du patient. Le concept de qualité de vie 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.

VII- Référence :

- 1- 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 57S (2009) S3-S59
- 2- Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994;19:210-6
- 3- Evelyn R. Gonzaga .Role of UV Light in Photodamage, Skin Aging, and Skin Cancer. Am J Clin Dermatol 2009; 10 Suppl. 1: 19-24)
- 4 -Heike Fesq, Johannes Ring and Dietrich Abeck .Management of Polymorphous Light Eruption Clinical Course, Pathogenesis, Diagnosis and Intervention. Am J Clin Dermatol 2003; 4 (6): 399-406)
- 5 -MARCIA RAMOS-E-SILVA, MD, PhD CLAUDIO DE MOURA CASTRO JACQUES, MD ANA LIBIA CARDOZO PEREIRA, MD *Dermatoses of the Facial Skin: Unapproved Treatments. Clinics in Dermatology Y 2002;20:679-688)*
- 6- Diane Thiboutot et col,New insights into the management of acne: An update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne Group .J Am Acad Dermatol 2009;60:S1-50.
- 7 -L. MISERY.Stress et dermatite séborrhéique.Ann Dermatol Venereol 2007;134:833-7)

- 8- Kenshi Yamasaki , Richard L. Gallo . The molecular pathology of rosacea .Journal of Dermatological Science 55 (2009) 77–81
- 9- Aditya K et col.The treatment of melasma: A review of clinical trials .J Am Acad Dermatol 2006;55:1048–65
- 10- Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization, editor. Handbook of basic documents. 5th ed. Geneva: Palais des Nations; 1952. p. 3–20
- 11 -Bergner M. Measurement of health status. Med Care 1985;23:696–704.)
- 12- Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994;19: 210–6.
- 13- Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. Br J Dermatol 1997 ; 136:305–14
- 14 -Kurwa H, Finlay AY. Dermatology inpatient admission greatly improves life quality. Br J Dermatol 1995;133:575–8.)
- 15- Blackford S, Roberts DL, Salek SM, Finlay AY. Basal cell carcinomas and their treatment cause little handicap – the reason for delayed presentation? Qual Life Res 1996;5:191–4.

- 16- D. Semenou , E. Coeugnet , M. Segard , V. Martinot-Duquennoy , E. Delaporte .Maladie de Launois-Bensaude : à propos de 17 cas .Annales de chirurgie plastique esthétique (2008) 53, 399—407
- 17- Herd R. Measurement of quality of life in A D = correlation and validation of two different methods. Br J Dermatol 1997;136:502-7
- 18- H. BELHADJALI , M. AMRI , A. MECHERI , A. DOARIKA , H. KHORCHANI , M. YOUSSEF , L. GAHA , J. ZILI .Vitiligo et qualité de vie : étude cas-témoins .Ann Dermatol Venereol 2007;134:233-6
- 19- Kent G, Al Abadie M. Factors affectives responses on dermatology life quality index items among vitiligo sufferers. Clin Exp Dermatol 1996;21: 330-3.
- 20- M. Lebwohl and col. Dermatology Life Quality Index is more sensitive than psoriasis area and severity index to measure treatment effect in patients with psoriasis: Findings from the PHOENIX I trial .J AM ACAD DERMATOL. 2009
- 21- Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. Br J Dermatol 1999; 140:672-6
- 22- B.V. Babu et col.Use of the Dermatology Life Quality Index in filarial lymphoedema patients. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene (2006) 100, 258—263)

23 -Holly B. Hahn, MD .Use of theDermatology Life Quality Index (DLQI) in a midwestern US urban clinic. J Am Acad Dermatol 2001;45:44-8.)

24- Holly B. Hahn, MD et col .Use of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in a midwestern US urban clinic. J Am Acad Dermatol 2001;45:44-8.).

ANNEXE

Service de dermatologie CHU-Fès FICHE D'EXPLOITATION N° :

(Les dermatoses faciales au CHU de Fès)

N°D'ENTRE : N° D'ORDRE : ANNEE :

N° TEL : N° PHOTO :

-ADRESSE PAR : urgences Δ médecin généraliste Δ médecin spécialiste Δ

-NOM et PRENOM :

-AGE :

-SEXE : F Δ M Δ

-PROFESSION :

-Niveau intellectuelle : analphabète Δ préscolaire Δ primaire Δ

Secondaire Δ enseignement supérieur Δ

-ORIGINE : RURAL Δ URBAIN Δ

-NIVEAU SOCIOECONOMIQUE : BAS Δ MOYEN Δ ELEVE Δ

Photo type: I Δ II Δ III Δ IV Δ V Δ

Exposition solaire : aigue (coup de soleil) Δ exposition chronique Δ

Photo protection : oui non

Vestimentaire

Δ

chimique Δ rythme :

CLINIQUE :

Date de début : 1ère poussée Δ récursive Δ

Motif de consultation : signe fonctionnel Δ Soucis esthétique Δ

Traitement antérieur : sous prescription Δ automédication Δ

Traditionnel Δ

Diagnostic

retenu :

.....

Prise en charge :

Médicale :

.....

Physique :

.....

Chirurgicale:

.....

Abstention :

.....

EVOLUTION :

Guérison Δ

Rémission Δ : complète Δ (>75%) partielle Δ (25%-75%) rechute Δ (<25%)

Décès Δ

Qualité de vie : DLQI : Dermatology Life Quality Index

1.	Au cours des derniers 7 jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
2.	Au cours des 7 derniers jours, vous êtes vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
3.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire vos courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Non concerné(e) **
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 ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Non concerné(e) **
5.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Non concerné(e) **
6.	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Non concerné(e) **
7.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché de travailler ou d'étudier	Oui Non	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Non concerné(e) **
	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 ?	Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="radio"/> ..	
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 ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Non concerné(e) **
9.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Non concerné(e) **
10.	Au cours des 7 derniers jours, 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 ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Non concerné(e) **