

## Les facteurs associés à une altération de la qualité de vie des patients atteints de pelade à Antananarivo, Madagascar

### *Factors associated with deterioration quality of life in patients with alopecia areata in Antananarivo, Madagascar*

I.M. Ranaivo, F.A. Sendrasoa, M. Andrianarison,  
O. Raharolahy, N.H. Razanakoto, M.F. Rakotoarisaona,  
L.S. Ramarozatovo, F. Rapelanoro Rabenja

USFR Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana,  
Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

#### Résumé

**Introduction.** Les cheveux font l'objet de nombreuses attentions et ses pertes pourront avoir des impacts sur la qualité de notre vie. Notre objectif est d'identifier les facteurs qui peuvent être associés à une altération de la qualité de vie des patients atteints de pelade en utilisant le score DLQI (Dermatology Quality of Life Index).

**Patients et méthodes.** Une étude transversale sur 35 patients atteints de pelade était réalisée au service de Dermatologie du Centre Hospitalier Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar, entre janvier 2013 et mai 2015. Les patients étaient classés en 3 groupes (G) selon la sévérité de la pelade, évaluée selon le pourcentage du cuir chevelu atteint : groupe 1 alopécie <25% du cuir chevelu (n=17); G2 : 25-75% (n=9) et G3 >75% du cuir chevelu (n=9).

**Résultats.** Trente cinq patients étaient inclus dans l'étude, dont 24 femmes et 11 hommes. L'âge moyen était de 29,2 ans. Dix sept patients (48,6%) rapportaient la présence d'un choc psycho-affectif survenu dans les 2 à 4 mois avant l'apparition de la pelade. Dans notre échantillon, la moyenne du score DLQI était à 9,11 dont le domaine le plus touché était l'activité journalière. Les femmes avaient une qualité de vie plus altérée que les hommes (score DLQI 10,1 vs 6,9). Aucune corrélation n'était trouvée entre la qualité de vie des patients et la situation matrimoniale, ni avec la profession, ni avec la durée d'évolution de la maladie. Par contre, les patients ayant présenté une pelade universelle avait le DLQI le plus élevé (DLQI=14), avec une différence significative par rapport à ceux des autres formes cliniques (p=0,001).

**Conclusion.** Notre étude démontrait l'impact négatif de la pelade sur les domaines physique et mental, ainsi que sur la relation interhumaine. L'altération de la qualité de vie des patients était surtout influencée par le genre, l'âge et la présentation clinique de la pelade.

**Mots-clés :** activité journalière, état mental, pelade, qualité de vie

#### Abstract

**Introduction.** Alopecia areata (AA) is associated with psychological distress and poor health-related quality of life (QL). We aim to identify the factors associated with the deterioration of QL in AA patients seen in the University Hospital, Joseph Raseta Befelatanana.

**Patients and methods.** A cross-sectional study was performed in the department of Dermatology in the University Hospital Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar, between January 2013 and May 2015. It included 35 AA patients that were classified in 3 groups (G) according to the severity of hair loss: group 1 <25% hair loss (n=17); G2: 25-75% hair loss (n=9) and G3>75% hair loss (n=9).

**Results.** The 35 AA patients (24 females and 11 males) had a mean age of 29.2 years-old. Seventeen patients (48.6%) reported stressful events 2 to 4 months before the onset of alopecia. Our patients had a mean Dermatology Life Quality Index (DLQI) of 9.11 with worse QL in daily activities. Our results showed that women have a more significantly altered quality of life than men (score DLQI 10.1 vs 6.9). No correlation was found between patient's QL and marital status, occupation and the duration of AA progression. However, patients with alopecia universalis had the highest DLQI (DLQI=14), the difference was statistically significant compared to the other clinical forms (p=0.001).

**Conclusion.** This study demonstrated that AA has a negative impact on mental and physical well-being, as well as on the interpersonal relationship. The impairment of patients' QL was mainly influenced by gender, age and clinical presentation of the alopecia areata.

**Key words:** alopecia areata, daily activities, mental status, quality of life

## Introduction

La pelade est une maladie auto-immune des follicules pileux responsable d'une alopécie non cicatricielle [1]. La pelade affecte les enfants et les adultes quelque soit la couleur du cheveu [2]. Elle a une prévalence mondiale entre 0,1-0,2% [3]. A Madagascar, la pelade constitue 1,84% des motifs de consultation en dermatologie [4].

Bien que la pelade soit une pathologie bénigne ne mettant pas en jeu le pronostic vital, son impact psycho-

social est très important, qui entretient lui-même la maladie et altère la qualité de vie des patients. Comparés à la population générale, les patients atteints de pelade présentent une altération significative de la qualité de vie [5]. Aucune étude n'a évalué les facteurs qui peuvent altérer la qualité de vie des patients malgaches atteints de pelade. Notre objectif est d'identifier les facteurs qui peuvent être associés à une altération de la qualité de vie des patients atteints de pelade en utilisant le score DLQI (Dermatology Quality of Life Index).

## Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale chez les patients atteints de pelade, au sein du service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, entre janvier 2013 et mai 2015. Le diagnostic de pelade était porté essentiellement sur le critère clinique. Les patients âgés plus de 11 ans dont le diagnostic de pelade est fait par un sénior en dermatologie et qui avaient répondu à la convocation téléphonique ont été inclus dans l'étude. Les patients ayant présenté une pelade mais qui n'avaient pas répondu à la convocation téléphonique n'ont pas été inclus. La méthode d'échantillonnage est non-probabiliste (méthode des quotas). Les paramètres socio-démographiques tels que l'âge, le genre, la profession, l'origine géographique : milieu rural ou urbain, la situation matrimoniale sont étudiés. Les paramètres cliniques étudiés étaient l'ancienneté de la lésion (moins de 6 mois ou plus de 6 mois), l'étendue de la lésion (répartie en 3 modalités : < 25% ; entre 25 et 75%, enfin >75%), les formes cliniques (réparties en 5 classes : pelade circonscrite en plaques, pelade ophiasique, pelade en aire, pelade décalvante totale et pelade universelle), les signes accompagnateurs, les antécédents personnels et familiaux de pelade, les facteurs déclenchants, le traitement reçu avant la consultation, les pathologies associées (maladie auto-immune, atopie, infections, caries dentaires), le lieu de prise en charge des patients : traités en externe ou hospitalisés. Ces paramètres démographiques et cliniques constituent les variables indépendantes et le score DLQI est la variable dépendante.

L'évaluation de la qualité de vie est basée sur les questionnaires Dermatology Life Quality Index (DLQI). C'est un score d'évaluation de la qualité de vie, validé depuis 1994 [6]. 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. Les fiches de consultation portant le diagnostic de pelade ont été colligées. Une fiche de protocole déjà établie dans le service a été remplie pour chaque patient qui a répondu à la convocation pour le recueil des informations nécessaires à l'étude. Une série de questions contenant 10 items a été posée pour chaque patient pour évaluer l'impact de la pelade sur leur qualité de vie.

Les recueils des données étaient effectués sur le logiciel Excel 2010. Les résultats statistiques étaient traités sur le logiciel EPI-INFO version 3.5.3. Le résultat est dit statistiquement significatif lorsque la valeur  $p < 0,05$ .

L'étude était conduite sous la responsabilité du Chef de service de Dermatologie du CHU Joseph Raseta Befelatanana. La vie privée des patients a été traitée dans la confidentialité et dans le respect du secret professionnel. Un consentement verbal et éclairé a été obtenu auprès des patients avant d'entamer notre étude.

## Résultats

Trente cinq patients étaient inclus dans l'étude, dont 24 femmes et 11 hommes. L'âge moyen était de 29,2 ans [min : 11 ; max : 59 ans]. Dix sept patients (48,6%) rapportaient la présence d'un choc psycho-affectif survenu dans les 2 à 4 mois avant l'apparition de la pelade. Neuf pour cent des patients avaient une histoire familiale de pelade. L'association de la pelade avec l'atopie était présente dans 11,5% des cas, avec d'autres pathologies auto-immunes (vitiligo et thyroïdite) dans 6% des cas. Selon la surface des lésions, quarante-neuf pour cent des patients présentaient des lésions moins de 25% du cuir chevelu et 26% présentaient des lésions plus de 75% du cuir chevelu. La durée d'évolution de la pelade était plus de 6 mois dans 37% des cas. Dans notre échantillon, la moyenne du score DLQI était de 9,11 dont le domaine le plus touché était l'activité journalière. Les femmes avaient une qualité de vie plus altérée que les hommes (score DLQI 10,1 vs 6,9). Les patients âgés plus de 50 ans avaient un DLQI bas (5 vs 10) ( $p=0,04$ ). La corrélation n'était pas statistiquement significative entre la qualité de vie des patients et la situation matrimoniale, ni avec la profession, ni avec l'origine géographique, ni avec la durée d'évolution de la maladie. Par contre, la forme clinique de la pelade avait une influence sur la qualité de vie des patients ; les patients ayant présenté une pelade universelle avaient un DLQI élevé (DLQI=14), avec une différence significative par rapport à ceux des autres formes cliniques ( $p=0,001$ ). L'altération de la qualité de vie augmentait aussi selon la surface de la lésion mais la différence n'était pas statistiquement significative ( $p=0,3$ ). Le tableau I montre la relation entre DLQI moyen et les paramètres épidémiologiques et le tableau II montre celle avec les paramètres cliniques.

## Discussion

L'évaluation de la qualité de vie a pris de l'importance dans les maladies chroniques sans menace du pronostic vital telles que les pathologies cutanées [7]. L'évaluation de la qualité de vie aide dans la pratique clinique à juger l'impact de la maladie sur les aspects de la vie quotidienne des patients [8]. L'auto-évaluation de la maladie par les patients ainsi que l'impact sur leur vie quotidienne sont différents de ceux des personnels de santé parce que les questionnaires pour évaluer la qualité de vie sont personnels et individuels [9].

Notre étude démontrait l'impact négatif de la pelade sur les domaines physique et mental, ainsi que sur la relation interhumaine des patients. L'altération de la

Tableau I. Relation entre DLQI et paramètres épidémiologiques.

| Paramètres                    | DLQI moyen | p-value |
|-------------------------------|------------|---------|
| <b>Genre</b>                  |            | 0,2     |
| Masculin                      | 6,9        |         |
| Féminin                       | 10,1       | 0,04    |
| <b>Age (ans)</b>              |            |         |
| [10-20[                       | 10         |         |
| [20-30[                       | 9          |         |
| [30-40[                       | 8          |         |
| [40-50[                       | 10         |         |
| [50-60[                       | 5          |         |
| <b>Situation matrimoniale</b> |            | 0,9     |
| Marié                         | 9          |         |
| Célibataire                   | 9,5        |         |
| <b>Profession</b>             |            | 0,9     |
| Sans emploi                   | 9          |         |
| Etudiant                      | 10         |         |
| Travailleur                   | 8,5        |         |
| <b>Origine géographique</b>   |            |         |
| Zone rurale                   | 7          |         |
| Zone urbaine                  | 10         | 0,5     |

DLQI : Dermatology Life Quality Index

Tableau II. Relation entre DLQI et paramètres cliniques.

| Paramètres                           | DLQI moyen | p-value |
|--------------------------------------|------------|---------|
| <b>Surface de la lésion</b>          |            | 0,3     |
| < 25%                                | 8          |         |
| 25-75%                               | 9          |         |
| >75%                                 | 12         |         |
| <b>Formes cliniques de la pelade</b> |            | 0,001   |
| Pelade circonscrite                  | 9          |         |
| Pelade en aires                      | 9          |         |
| Pelade ophiasique                    | 6,5        |         |
| Pelade décalvante totale             | 11         |         |
| Pelade universelle                   | 14         |         |
| <b>Durée d'évolution</b>             |            | 0,9     |
| < 6 mois                             | 9          |         |
| > 6 mois                             | 9,5        |         |

DLQI : Dermatology Life Quality Index

qualité de vie des patients était surtout influencée par le genre, l'âge et la présentation clinique de la pelade.

Comparable à nos résultats, plusieurs auteurs évoquaient que les femmes avaient une qualité de vie plus altérée que les hommes [10, 11, 12]. La féminité, la sexualité et la personnalité d'une femme sont liées symboliquement aux cheveux.

La qualité de vie des patients jeunes était plus altérée que celle des patients âgés plus de 50 ans dans notre étude. Ce résultat se concorde à ceux de plusieurs auteurs comme Zhang chez les patients chinois [13] et Katoulis et al chez les femmes grecques [14].

Aucune corrélation n'était trouvée entre la qualité de vie des patients et la durée d'évolution de la maladie. L'étude effectuée par Al-Mutairi et al avait affirmé l'absence de différence de score DLQI selon l'ancienneté de la lésion [15]. Ghajarzadeh et al n'ont trouvé aucune association entre l'ancienneté de la maladie et le score DLQI [16].

Les patients ayant présenté une pelade universelle avait le DLQI le plus élevé (DLQI=14). Plusieurs études démontraient aussi que plus la pelade est sévère, plus l'impact sur la qualité de vie est important, spécifiquement sur l'activité journalière, le domaine psychologique et la relation sociale [11].

Notre étude présente quelques limites : il s'agit d'une étude monocentrique avec un faible échantillonnage, d'où la généralisation du résultat n'est pas valable.

L'efficacité de tout traitement de la pelade doit être jugée aussi sur l'amélioration de la qualité de vie et non pas seulement sur la repousse des cheveux. Des études interventionnelles telles que la psychoéducation, les interventions psychothérapeutiques et le counseling pour réduire l'impact de la maladie pourraient être justifiées.

## Conclusion

Notre étude démontrait l'impact négatif de la pelade sur les domaines physique et mental, ainsi que sur la relation interhumaine. L'altération de la qualité de vie des patients était surtout influencée par le genre, l'âge et la présentation clinique de la pelade.

## Références

1. Alexis AF, Dudda-Subramanya R, Sinha AA. Alopecia areata: autoimmune basis of hair loss. *Eur J Dermatol* 2004; 14(6):364-70.
2. Finner AM. Alopecia areata: clinical presentation, diagnosis, and unusual cases. *Dermatol Ther* 2011; 24:348-54.
3. Safavi K. Prevalence of alopecia areata in the First National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Dermatol* 1992; 128: 702.
4. DeHollanda TR, Sodré CT, Brasil MA, et al. Quality of life in alopecia areata : A case-control study. *Int J Trichology* 2014; 6(1): 8-12.
5. Ramarozatovo LS, Randrianasolo FMP, Rakotondravelo SJB, et al. Les cas de pelade vus à Antananarivo. *Ann Dermatol Venereol*. 2005;132: 274.
6. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality of Life Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994; 19: 210-6.

7. Both H, Essink-Bot ML, Busschbach J, *et al.* Critical review of generic and dermatology-specific health-related quality of life instruments. *J Invest Dermatol* 2007; 127: 2726-39.
8. Najafi M, Sheikhatvan M, Montazeri A, *et al.* Quality of life in coronary artery disease: SF-36 compared to WHOQOL-BREF. *J The Univ Heart Ctr* 2008; 3: 101-6.
9. Slevin ML, Plant H, Lynch D, *et al.* Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1988; 57: 109-12.
10. Cartwright T, Endean N, Porter A. Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *Br J Dermatol* 2009; 160: 1034-9.
11. Jawaher M, Sellami R, Ouali U, *et al.* Quality of Life in Alopecia Areata: A Sample of Tunisian Patients. *Dermatol Res Pract* 2013; Article ID 983804, 5 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/983804>.
12. Hunt N, McHale S. The psychological impact of alopecia. *BMJ*. 2005; 331: 951-3.
13. Zhang M, Zhang N. Quality of life assessment in patients with alopecia areata and androgenetic alopecia in the People's Republic of China. *Patient Prefer Adherence* 2017; 11: 151-5.
14. Katoulis AC, Christodoulou C, Liakou AI, *et al.* Quality of life and psychosocial impact of scarring and non-scarring alopecia in women. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015; 13(2): 137-42.
15. Al-Mutairi N, Eldin ON. Clinical profile and impact on quality of life: Seven years experience with patients of alopecia areata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2011; 77: 489-93.
16. Ghajarzadeh M, Ghiasi M, Kheirkhah S. Depression and quality of life in Iranian patients with Alopecia Areata. *Iranian J Dermatol* 2012; 14(4): 140-3.