

Mesures et déterminants de la qualité de vie chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

S.Miry - I.Akoch - A.Lamine - M.Lahlali - H.Abid - N.Lahmidani -
D.BenajahM.ElAbkari - A.Ibrahimi - M. El Yousfi ·

Service de Hépto-gastro-entérologie CHU de Fès
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.
Université Sidi Mohamed ben Abdellah de Fès. Maroc.
Correspondingauthor : S.Miry

Résumé: Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) peuvent occasionner une altération majeure de la qualité de vie (QDV) avec une discordance importante entre le vécu de ces maladies et les indices d'activité clinico-biologique et endoscopique disponibles. Nous cherchons à travers cette étude à mesurer la qualité de vie à l'ordre d'une échelle générique : Le SF-12 en arabe dialectal. Et à en identifier les déterminants chez les patients marocains atteints de MICI. Nous nous posons aussi la question sur le retentissement de la sévérité des symptômes sur la qualité de vie et les facteurs associés à la sévérité des symptômes chez cette population. La qualité de vie des malades marocains ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, mesurée par le SF-12, est plus mauvaise que celle de la population témoin. Dans notre série, les facteurs associés aux scores de la QDV chez les patients atteints de MICI sont : l'âge jeune, le sexe masculin, le tabac, les patients célibataires, la symptomatologie clinique (syndrome rectal et rectorragies), les manifestations ano-périnéales et l'utilisation des lavements. D'autres facteurs comme, les antécédents d'alcoolisme, d'HTA, de diabète, le type de MICI, les poussées, l'antécédent de résection intestinale, les manifestations extradigestives, le traitement, le nombre d'hospitalisation et la durée d'évolution ne sont pas corrélés au score de la QDV chez les patients atteints de MICI. Ces résultats doivent faire sensibiliser toute personne (gastro-entérologue, psychologue, chirurgien, médecin traitant...) impliquée dans la prise en charge thérapeutique de ses patients.

Mots clés : qualité de vie ; maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ; score SF-12

Abstract: The IBD can cause a major alteration of quality of life (QOL) with a significant discordance between the patient's experience with these diseases and the available index of clinico-biological and endoscopic activity. Through this study we seek to measure quality of life on a generic scale: SF-12 in dialectal Arabic. And to identify the determinants in Moroccan patients with IBD. We also wonder about the severity of symptoms on quality of life and the factors associated with symptom severity in this population. The quality of life of Moroccan patients with chronic inflammatory bowel disease, as measured by SF-12, is lower than that of the control population. In our series, the factors associated with QOL scores in patients with IBD are: young age, males, tobacco, single status, clinical symptomatology (rectal syndrome and rectorragies), ano-perineal manifestations, and enema. Other factors such as history of alcoholism, HTA, diabetes, type of IBD, the outbreaks of IBD, history of intestinal resection, extradigestive manifestations, treatment, number of hospitalizations and duration of progression are not correlated to the QOL score in IBD patients. These results must make everyone (gastroenterologist, psychologist, surgeon, treating physician, etc.) involved in the therapeutic management of their patients aware of the results.

Key Words: quality of life ; Inflammatory bowel disease ; SF-12 score

Date of Submission: 10-04-2019

Date of acceptance: 26-04-2019

I. Introduction

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, en pratique maladie de Crohn (MC) et rectocolite hémorragique (RCH), sont des inflammations chroniques du tube digestif qui évoluent par poussées entrecoupées de périodes de rémission, atteignant exclusivement le rectum et le colon pour la RCH et tout le tube digestif avec une prédilection pour la région iléo-cæcale pour la MC (1).

Les MICI peuvent occasionner une altération majeure de la qualité de vie (QdV) avec une discordance importante entre le vécu de ces maladies et les indices d'activité clinico-biologiques et endoscopiques disponibles. Ces affections chroniques nécessitent une évaluation systématique de la qualité de vie reposant sur un questionnaire fiable qui devrait permettre une appréciation objective de son retentissement, d'en suivre l'évolution et d'assurer ainsi une prise en charge plus globale du patient (2,3).

Le questionnaire SF12 est une échelle de qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale.

Nous cherchons à travers cette étude à mesurer la qualité de vie et à en identifier les déterminants chez les patients marocains atteints de MICI.

Nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

- Evaluer et comparer la qualité de vie chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin à un bras contrôle.
- Identifier les principaux facteurs sociodémographiques, et cliniques qui influencent la qualité de vie de nos malades.

II. Généralités sur les scores de la qualité de vie

1. Le concept de la qualité de vie liée à la santé (QVLS) :

Dans les années 1980, se développe le concept de qualité de vie liée à la santé en médecine. De façon pragmatique, différents auteurs ont proposé de restreindre la définition de la qualité de vie aux aspects liés à la santé en explorant les principaux domaines qui la composent, à savoir l'autonomie, les symptômes physiques, l'état psychique, les relations sociales et matérielles, les activités de loisirs, l'image de soi. On parle alors de mesure de qualité de vie liée à la santé. La notion «qualité de vie liée à la santé» discrimine entre les déterminants de la qualité de vie propres à la santé et les autres déterminants de la qualité de vie (revenu, sécurité d'emploi, conditions de vie). Un instrument qui mesure la qualité de vie globale présente des caractéristiques passablement différentes de celles d'un instrument de mesure de la QVLS et n'accorde normalement pas la même importance aux aspects liés aux soins de santé (4).

2. Les différents scores liés à la qualité de vie :

Les instruments génériques incluent :

Les mesures d'index : qui produisent un seul score de qualité de vie liée à la santé.

Les mesures de profil : qui évaluent la santé sur plusieurs dimensions distinctes comme (le fonctionnement physique ou mental...).

Les échelles génériques validées en langue française, sont au nombre de trois uniquement, le SF-36 (Short Form on Health. Survey), le SF-12 et le NHP (Nottingham Health Profile).

Les instruments spécifiques se focalisent quant à eux sur des domaines pour lesquels le retentissement de la maladie est important, ce qui permet d'accroître la sensibilité de l'indicateur.

Les instruments spécifiques sont classés comme suit :

***Instruments spécifiques de maladie :**

Ils permettent d'évaluer la qualité de vie dans certaines pathologies ou états de santé : tels que l'asthme (Quality of life questionnaire for Asthma), l'hypertension artérielle, les cancers (European Organisation for Research and Treatment of Cancer : EORTC). En général ils sont développés, afin de mettre en évidence des changements suite à des interventions (essais cliniques).

***Instruments spécifiques de domaines :**

Ils permettent d'évaluer la qualité de vie dans la douleur (Chest pain questionnaire), la dyspnée (dyspnea index) ou dans certains domaines comme le fonctionnement sexuel. Ce sont les instruments spécifiques les plus nombreux allant des mesures les plus simples à la mesure de concepts plus globaux.

***Instruments spécifiques de population :**

Ils permettent d'évaluer la qualité de vie de certaines populations particulières caractérisées par leur âge (enfants, personnes âgées) ou par la combinaison de leur âge et de certaines conditions médicales (handicapés...).

Les questionnaires spécifiques utilisés fréquemment dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sont :

-L'IBDQ (Inflammatoryboweldisease questionnaire) permet de mesurer de façon spécifique la QdV des patients atteints d'une MICI. Ce questionnaire comporte 32 items remplis par le patient, regroupés en quatre domaines (symptômes digestifs, signes généraux, état émotionnel et retentissement sur la vie sociale). Chacun des items est scoré entre 1 et 7 (1 indiquant un problème sévère et 7 révélant au contraire une absence de problème) et les scores globaux (sommés des scores attribués à chacun des items) vont de 32 (très faible qualité de vie liée à la santé) à 224 (très bonne qualité de vie liée à la santé). Les qualités psychométriques de ce questionnaire (validité, reproductibilité, sensibilité) ont été validées (6, 7), et celui-ci s'est imposé au cours des dernières années comme le questionnaire incontournable des grands essais thérapeutiques internationaux dans les MICI où il est désormais utilisé fréquemment comme critère secondaire.

-RFIPC (Rating form of inflammatoryboweldisease patient concerns): Il s'agit d'un autre questionnaire spécifique aux MICI, composé d'une partie générale (SF-36), d'un module sommeil de 6 items et d'une partie spécifique aux MICI qui comprend 28 items (5, 2).

Au total, les instruments génériques peuvent comporter certains items dénués d'intérêt pour l'exploration d'une maladie en particulier, car aucune modification n'est attendue dans ce champ, ou bien au contraire ils peuvent manquer d'items pertinents. A l'inverse, les instruments spécifiques sont plus précis dans une dimension particulière, mais ils peuvent être incapables de détecter un changement inattendu ou des symptômes généraux qui sont importants pour la QdV du patient.

III. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective comparant la qualité de vie des patients MICI à celle de la population générale à l'ordre d'une échelle générique de la qualité de vie le SF-12 traduit en arabe dialectale marocaine en collaboration avec le laboratoire d'épidémiologie à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès et l'équipe de service de pneumologie du CHU Hassan II des Fès en 2009. Cet auto-questionnaire permet une mesure de profil de l'état de santé qui prend en compte, outre les aspects fonctionnels, des aspects sociaux et de l'image de soi.

C'est une étude descriptive et analytique qui vise, d'abord à collecter les différentes données socio-démographiques et cliniques, à rapporter les résultats des scores de la qualité de vie, d'identifier les différents paramètres qui l'influencent et à comparer la QdV chez les patients MICI à celle de la population générale.

La collecte des données s'est effectuée entre janvier 2018 et janvier 2019.

La population cible est constituée par 100 patients suivis en consultation pour maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, au service d'Hépto-gastro-entérologie du CHU Hassan II de Fès.

Nous avons pris comme groupe de comparaison ; 100 accompagnants des consultants pour une pathologie bénigne non handicapante, rencontrés de façon accidentelle dans le centre de diagnostic et ce en raison des difficultés pratiques que pose la réalisation d'un échantillon aléatoire à partir de la population générale.

La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire comportant deux parties : l'échelle SF-12 et les données socio-démographiques et les facteurs cliniques.

Les dossiers médicaux des patients ont été exploités sur le logiciel Hosix afin de collecter les informations cliniques, ces dernières ont été classées en deux catégories :

+ Données socio-démographiques : concernent les variables suivantes :

- L'âge : variable exprimée en années et classes d'âge.
- Le sexe : variable dichotomique
- Le statut marital : variable qui a 3 attributs (célibataire, marié, divorcé).

+ Les facteurs cliniques : comportent les variables suivantes : les antécédents médicaux et chirurgicaux : hypertension artérielle, diabète, tabagisme, éthylisme, chirurgie...), type de MICI (Crohn ou RCH), symptomatologie clinique (syndrome subocclusif, koenig, rectorragies, syndrome dysentérique...), durée de rémission, durée d'évolution, traitement médical et mode d'administration, traitement chirurgical, nombre d'hospitalisation, manifestations anopérinéales et manifestations extradiigestives.

La saisie, le codage ont été réalisés en utilisant l'Excel version 2016 puis l'analyse uni, bivariée et multivariée (par méthode pas à pas descendante) en utilisant le logiciel R version 3.5.1.

Le seuil de signification choisi était égal à 0.05.

IV. Résultats

1. L'étude descriptive :

Nous avons inclus 100 patients suivis en consultation de MICI. La moyenne d'âge de ces patients était de 41.61 ans avec des extrêmes allant de 19 à 68 ans. La tranche des patients âgés entre 19 et 40 ans a représenté 52%. Onze pourcent des cas avaient un âge de plus de 60 ans. Vingt-deux pourcent parmi eux étaient célibataires, 62% étaient mariés et 13% divorcés et une patiente était veuve.

Les antécédents retrouvés chez nos patients : le diabète chez 15% de nos patients, tabac et HTA chez 6% des cas, un antécédent d'alcoolisme chez un seul patient. On remarque ; dans notre étude ; un taux faible des malades avec antécédents de diabète, HTA, diabète, tabac et alcool. A noter que nos patients n'avaient pas d'antécédents de chirurgie autre que la chirurgie de MICI.

Dans notre série, la maladie de Crohn a représenté 24% alors que la RCH 76%.

La poussée de la maladie a été notée chez 79% de nos patients alors que 21% étaient en rémission.

Pour la maladie de Crohn, 9% des malades avaient un syndrome de Koenig, 30% avaient des manifestations articulaires, 5 patients avaient des lésions ano-périnéales, 2 patients avaient eu une résection iléo-caecale.

Pour la maladie de RCH, 39% avaient des rectorragies, 4 patients avaient bénéficiés d'une colectomie.

La durée moyenne de l'évolution de la maladie était de 6.29 ans. Tous nos patients étaient sous traitement. Dix-sept patients étaient sous biothérapie, 17% sous salicylés et 10% sous thiopurine seul. A noter, 55% recevaient des lavements et 17 % étaient sous traitement par voie injectable.

2. Les facteurs associés à l'impact des maladies inflammatoires chroniques sur la qualité de vie :

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la qualité de vie dans sa composante physique et mentale. Les patients âgés avaient le meilleur score. Notre étude a montré qu'il y a un lien statistiquement significatif entre le sexe et la qualité de vie mentale et les femmes avaient une meilleure qualité de vie par rapport aux hommes (tableau 1).

Tableau 1 : Facteurs sociodémographiques associés à l'impact des MICI sur la QDV

Variables socio-démographiques	Score physique (PCS)		Score mental (MCS)	
	Moyenne ± écart type	Taux de signification	Moyenne ± écart type	Taux de signification
Age :				
19-30ans	43.96±4.63		45.79±4.16	
31-40ans	43.36±5.53		49.08±5.23	0.0397
41-50ans	39.15±6.05	0.0079	47.68±3.86	
51-60ans	40.60±2.88		48.96±5.20	
>60 ans	45.16±7.74		45.48±2.79	
Sexe :				
Femme	42.28±5.76		48.44±4.94	0.0329
Homme	42.51±5.65	0.8444	46.47±4.03	
Statut marital :				
Célibataire	43.15±5.10		45.54±4.32	
Marié	42.42±6.30	0.5841	48.60±4.70	0.0417
Divorcé	40.58±2.76		47.19±4.23	
Veuf	45.33±NA		43.20±NA	

Par contre, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les antécédents et la qualité de vie dans toutes ses composantes physique et mentale. Ces résultats peuvent être expliqués par la taille réduite de notre échantillon.

Plusieurs facteurs cliniques ont été analysés dans notre étude, mais nous avons trouvés que deux facteurs qui ont influencé la qualité de vie chez nos patients : le syndrome rectal et les rectorragies (tableau 2).

Sur le plan thérapeutique, l'utilisation des lavements avaient un impact sur la composante physique de la qualité de vie. Les patients sous lavements avaient une mauvaise qualité de vie par rapport aux autres.

Par ailleurs, les autres voies d'administration de traitements, l'antécédents de chirurgie avec ou sans stomie n'avaient pas un impact sur la qualité de vie.

A noter que le nombre d'hospitalisation et la durée d'évolution n'étaient pas corrélés au score de la QdV (p= 0.171 et p=0.494).

Tableau 2 : Les facteurs cliniques associés à l'impact des MICI sur la QDV

Facteurs cliniques	Score physique (PCS)		Score mental (MCS)	
	Moyenne±écart type	Taux de signification	Moyenne±écart type	Taux de signification
Type de MICI :				
Crohn	44.37±7.36		47.52±4.8	
RCH	41.74±4.94	0.1117	48.25±4.37	0.488
Poussée :				
Oui	42.48±4.68	0.791	47.59±5.17	0.506
Non	41.96±8.62		48.08±2.09	
Koenig :	43.44±7.86	0.739	46.78±1.39	0.220
Syndrome rectal :				
Oui	42.63±4.79	0.585	46.74±4.13	0.012
Non	41.92±7.01		49.31±5.18	
Syndrome occlusif :				
Oui	41.56±4.50	0.552	47.52±4.80	0.903
Non	42.47±5.83		47.71±4.70	
Rectorragies :				
Oui	40.87±4.43	0.002	47.25±5.17	0.211
Non	44.72±6.63		48.38±3.79	
Manifestation extra digestive :				
Oui	42.57±4.27	0.760	48.05±4.84	0.545
Non	42.24±4.46		47.46±4.62	
Manifestation articulaire :	42.93±4.73	0.478	47.54±4.83	0.837

Oui	42.13±6.06		47.76±4.66	
Non				
Manifestations extraarticulaires :				
Non	42.44±5.98	0.920	47.76±4.57	0.871
Oculaires	41.63±3.79		47.60±6.64	
Dermatologiques	42.59±1.87		46.49±2.79	
Lésions anopérinéales (LAP) :				
Oui	42.39±2.2	0.989	51.58±4.13	0.159
Non	42.37±5.82		47.49±4.60	

3. L'étude multi-variée :

Concernant les facteurs influençant la qualité de vie physique (PCS) : le tabac avec un $p=0.013$. Les tabagiques avaient une mauvaise qualité de vie, 6 fois plus que les autres patients non tabagiques. Les patients présentant un syndrome rectal ou présentant des rectorragies : $p=0.006$, le syndrome de Koenig avec $p=0.013$. Les patients sous salicylés avec un $p=0.004$. Les patients utilisant des formes lavements : $p=0.009$. Par ailleurs, les patients en rémission avaient une meilleure qualité de vie.

Les facteurs influençant la qualité de vie mentale (MCS) dans notre série : les patients mariés avaient une meilleure qualité de vie par rapport aux autres. Le syndrome de Koenig, syndrome rectal et les lésions anopérinéales avec un p significatif : $p=0.005$, $p=0.008$ et $p=0.002$. Les patients sous lavements avaient une mauvaise qualité de vie, $p=0.023$. Par ailleurs, le nombre d'hospitalisation, la durée d'évolution, le type de MICI n'avaient pas d'impact significatif sur la QdV des patients atteints de MICI.

4. Comparaison de la QdV entre le groupe des patients et celui des témoins :

Les analyses ont montré une différence statistiquement significative entre les scores des patients et ceux des témoins avec un p égale à 0.049 :

+ QdV chez les témoins ($n=100$) : 47.69 ± 4.69 pour le PCS et 48.91 ± 4.78 pour le MCS.

+ QdV chez les patients atteints de MICI ($n=100$) : 42.37 ± 5.69 pour le PCS et 43.87 ± 5.46 pour le MCS.

V. Discussion

Les MICI ont un impact négatif sur la QdV liée à la santé des patients, quelle que soit la durée d'évolution de la maladie (8). Il est plus marqué dans la MC que dans la RCH et équivalent ou moins important par rapport à la plupart des autres pathologies médicales (9). Une étude réalisée chez des patients atteints de MC et de RCH (10) sur la base d'une part de la version espagnole de l'IBDQ et d'autre part de l'EuroQol a montré la relation inverse existant entre le niveau de QdV et celui de la sévérité de la maladie. Elle confirme en cela les résultats de publications antérieures montrant des scores de QdV supérieurs dans les états de rémission ou de réponse aux traitements, que ce soit en cas de RCH ou de MC (11). Ainsi, Andersson et al ont trouvé des scores de QdV comparables à ceux de la population générale chez des patients en rémission de MC (12). Par ailleurs, si la QdV est améliorée en période post-opératoire immédiate, cet effet n'est pas maintenu à long terme (13).

Dans notre étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative du score de la qualité de vie globale entre MC et RCH.

Une équipe américaine (14) s'est intéressée à la recherche de facteurs prédictifs de l'altération de la QdV mesurée par le SF-36 et ses deux composantes évaluant respectivement le versant physique et mental. La sévérité de la MICI était le facteur prédictif le plus important pour les deux composantes. L'existence de pathologie cardiaque, articulaire, l'âge, l'anémie, l'hypertension étaient quant à eux des facteurs liés à l'altération de la composante physique ; l'âge, l'anxiété, et les céphalées à celle de la composante mentale du SF-36. Un travail similaire a été réalisé par une équipe scandinave chez des patients 5 ans après le diagnostic de MICI. Les symptômes de la maladie digestive, les manifestations articulaires et le sexe féminin avaient une influence significative sur l'altération de la QdV appréciée par l'IBDQ. On peut citer également le travail de l'équipe de Mussell qui a également mis en évidence l'influence du sexe féminin et de la notion de dépression sous-jacente sur la QdV des patients appréciée cette fois par la RFIPC (15). La QdV des patients présentant une MICI semble être également altérée par l'incapacité de travail générée par la maladie (16). Chez les patients atteints d'une MICI, la prévalence de la fatigue est élevée ; Minderhoud et al. ont mis en évidence une corrélation négative entre le score de mesure de la fatigue et celui estimant la QdV par l'IBDQ (17). Un soutien social spécifique pour ces patients est en mesure d'améliorer les aspects émotionnels de la QdV (18). De nombreuses études évaluant des stratégies thérapeutiques ont inclus dans leurs critères de jugement la QdV. Il en est ainsi notamment pour l'infliximab dont les effets positifs sur la QdV des traitements d'induction et de

maintenance ont été largement étudiés que ce soit dans la RCH1 (19) ou dans la MC (20) au moyen du SF-36 et de l'IBDQ.

Dans notre série, les facteurs associés aux scores de la QdV chez les patients atteints de MICI sont : l'âge jeune, le sexe masculin, le tabac, les patients non mariés, la symptomatologie clinique (syndrome rectal et rectorragies), les manifestations ano-périnéales et l'utilisation des lavements

Par contre, les antécédents d'alcoolisme, d'HTA, de diabète, le type de MICI, les poussées, l'antécédent de résection intestinale, les manifestations extradigestives, le traitement, le nombre d'hospitalisation et la durée d'évolution ne sont pas corrélés au score de la QdV chez les patients atteints de MICI.

VI. Conclusion

La conception de la qualité de vie (QdV) fait l'objet de multiples investigations. La qualité de vie intègre une mosaïque de concepts qui reposent sur des notions souvent étudiées de manière composite dans les études. Il s'agit de celles relatives au bonheur, au bien-être subjectif et matériel ou encore au degré de satisfaction de vie.

L'évolution chronique éventuellement invalidante des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin nécessite une prise en compte du retentissement de la pathologie sur la vie quotidienne des malades.

Afin de pouvoir effectuer des études de qualité de vie chez les patients porteurs de MICI, il faut disposer d'instruments. Ceux-ci consistent en des questionnaires qui peuvent être générique (SF-36, SF-12, SIP...) et spécifiques (IBDQ, RFIPC...).

Dans notre étude, nous avons utilisé l'échelle générique : le SF-12.

Nos résultats montrent que les patients atteints de MICI rapportent une altération de la qualité de vie par rapport à la population générale que ça soit dans le score physique ou mental.

Dans notre série, les facteurs associés aux scores de la QdV chez les patients atteints de MICI sont : l'âge jeune, le sexe masculin, le tabac, les patients célibataires, la symptomatologie clinique (syndrome rectal et rectorragies), les manifestations ano-périnéales et l'utilisation des lavements.

Par contre, les antécédents d'alcoolisme, d'HTA, de diabète, le type de MICI, les poussées, l'antécédent de résection intestinale, les manifestations extradigestives, le traitement, le nombre d'hospitalisation et la durée d'évolution ne sont pas corrélés au score de la QdV chez les patients atteints de MICI.

L'appréciation de la QdV des patients dans le cadre de leur prise en charge est devenue une dimension essentielle dans les démarches d'évaluation menée en santé publique. Il est donc nécessaire que les professionnels de santé connaissent les méthodes utilisées pour évaluer la QdV ainsi que leurs enjeux notamment en termes d'évaluation du caractère rentable d'une stratégie pour la collectivité.

Références

- [1]. Gower-Rousseau, Vasseur F, Fumery M, Savoyec G, Salleron J, Dauchet L et al 2013. Epidemiology of inflammatoryboweldiseases: New insights from a French population-basedregistry (EPIMAD). *Digestive and Liver Disease*;45:89–94.
- [2]. Colombel JF, Yazdanpanah Y, laurant F, Houcke P, Delas N, Marquis P. Qualité de vie dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Gastroentérol Clin et Biol* 1996 ; 12 : 1071-1072.
- [3]. Moody GA, Mayberry JF. Quality of life : itsassessment in gastroenterology. *Eur J GastroenterolHepatol* 1992; 4: 1025-30.
- [4]. Cella DF. Quality of life: concepts and definition pain and symptoms management, 1994; 9:186-192
- [5]. A. Elkhadir et al. Qualité de vie et MICI. 2015
- [6]. Jaisson-Hot I, Nancey S, Guerre P, Colin C, Roblin X, Flourié B. MICI et qualité de vie. *Hépatogastro*. 2008 ; 15 : 49-54.
- [7]. Ivrine EJ, Feagan B, Rochan J, Archambault A, Fedorak RN, Groll A, et al. Quality of life: a valid and reliablemeasure of therapeuticefficacy in the treatment of inflammatoryboweldisease. *Gastroenterology* 1994; 106: 287-96.
- [8]. Canavan C, Abrams KR, Hawthorne B, Drossman D, Mayberry JF. Long-termprognosis in Crohn'sdisease : factorsthat affects quality of life. *Aliment PharmacolTher* 2006 ; 23 : 377-85.
- [9]. Cohen RD. The quality of life in patients withCrohn'sdisease. *Aliment PharmacolTher* 2002 ; 16 : 1603-9.
- [10]. Casellas F, Arenas JI, Baudet JS, Fabregas S, Garcia N, Gelabert J, et al. Impairment of healthrelatedquality of life in patients withinflammatoryboweldisease : aSpanishmulticenterstudy. *InflammBowel Dis* 2005 ; 11 : 488-96.
- [11]. Reinisch W, Sandborn WJ, Bala M, Yan S, Feagan BG, Rutgeerts P, et al. Response and remission are associatedwithimprovedquality of life, employment and disabilitystatus, hoursworked, and productivity of patients withulcerativecolitis. *InflammBowelDis* 2007.
- [12]. Lichtenstein GR, Yan S, Bala M, Hanauer S. Remission in patients withCrohn'sdiseaseisassociatedwithimproved in employment and quality of life and a decrease in hospitalizations and surgeries. *Am J Gastroenterol* 2004 ; 99 : 91-6.
- [13]. Andersson P, Olaison G, Bendtsen P, Myrelid P, Sjö Dahl R. Healthrelatedquality of life in Crohn'sprotocolitisdoes not differfrom a general population when in remission. *Colorectal Disease* 2003 ; 5 : 56-62.
- [14]. Pizzi LT, Weston CM, Goldfarb NI, Moretti D, Cobb N, Howell JB. Impact of chronic conditions on quality of life in patients withinflammatoryboweldisease. *InflammBowel Dis* 2006 ; 12 : 47-52.
- [15]. Mussell M, Bocker U, Nagel N, Singer MV. Predictorsofdiseaserelatedconcerns and other aspects of health-relatedquality of life in outpatientswithinflammatoryboweldisease. *Eur J GastroenterolHepatol* 2004 ; 16 : 1273-80.
- [16]. Bernklev T, Jahnsen J, Henriksen M, Lygren I, Aadland E, Saunar J, et al. Relationship between sick live, unemployment, disability, and healthrelatedquality of life in patients withinflammatoryboweldisease. *InflammBowel Dis* 2006 ; 12 : 402-12.

- [17]. Minderhoud IM, Oldenburg B, Van Dam PS, Van Berge Henegouwen GP. High prevalence of fatigue in quiescent inflammatoryboweldiseases not related to adrenocorticalinsufficiency. *Am J Gastroenterol* 2003 ; 98 : 1088-93.
- [18]. Oliveira S, Zaltman C, Elia C, Vargens R, Leal A, Barros R, et al. Quality of life measurement in patients withinflammatoryboweldiseasereceiving social support. *InflammBowelDis* 2006
- [19]. Feagan BG, Reinisch W, Rytgeerts P, Sandborn WJ, Yan S, Eisenberg D, et al. The effects of infliximab on healthrelatedquality of life in ulcerativecolitis patients. *Am J Gastroenterol* 2007 ; 102 : 794-802.
- [20]. Feagan BG, Yan S, Bala M, Bao W, Lichtenstein GR. The effects ofinfluximab maintenance therapy on healthrelatedquality of life. *Am J Gastroenterol* 2003 ; 98 : 2232-8.

S.Miry • I.Akoch ." Mesures Et Determinants De La Qualite De Vie Chez Les Patients Atteints De Maladies Inflammatoires Chroniques De L'intestin (MICI)." *IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences (IOSR-JPBS)* 14.2 (2019): 65-71.