

## CALITATEA VIEȚII PACIENȚILOR CU VITILIGO

DANIELA POROJAN, RODICA COSGAREA

Spitalul Clinic Județean de Urgență, Clinica de Dermatologie, Cluj-Napoca

### Rezumat

**Introducere.** Vitiligo este o afecțiune cutanată cu impact major asupra calității vieții pacienților, afectarea aspectului exterior determinând consecințe psihologice de multe ori devastatoare. Boala poate apare la orice vârstă, începând de la naștere până la senescență, leziunile extinse fiind asociate cu instalarea unor traume psihologice care influențează atât viața personală, cât și activitatea profesională.

**Obiective.** Evaluarea naturii și extinderii dificultăților sociale și psihologice asociate vitiligo-ului și identificarea determinantilor clinici relevanți pentru calitatea vieții.

**Material și metodă.** Afectarea psihologică a pacienților cu vitiligo, apreciată prin evaluarea simptomelor și sentimentelor pacientului, a activităților zilnice, a activității profesionale, a relațiilor interpersonale și a tratamentelor urmate, a fost cuantificată utilizând Indexul Dermatologic de Calitate a Vieții (Dermatology Life Quality Index - DLQI). 40 de pacienți au completat chestionarele DLQI, fiind incluși în studiu.

**Rezultate.** Vitiligo exercită un efect moderat asupra calității vieții pacienților. Dacă sexul și vârsta pacienților au reprezentat variabile ne semnificative din punct de vedere statistic, suprafața cutanată afectată și distribuția leziunilor de vitiligo sunt determinante importante ale calității vieții și disconfortului interacțional.

**Concluzii.** Vitiligo exercită o influență semnificativă asupra calității vieții pacienților, astfel că, alături de tratamentul și intervențiile medicale, evaluarea psihologică, socio-culturală și intervenția psihologică ar trebui să constituie parte esențială din managementul pacienților suferinzi de această afecțiune.

**Cuvinte cheie:** vitiligo, calitatea vieții, traumă psihologică, relații sociale.

### QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH VITILIGO

#### Abstract

**Background.** Vitiligo is an important skin disease having a major impact on quality of life of patients and thus, determining lesions with important consequences on mental health. Lesions can appear any time from shortly after birth to senescence, extensive vitiligo lesions being associated with significant psychological trauma, that can influence the personal life and the professional activity.

**Objectives.** The aim of this study was the assessment of extent and nature of social and psychological difficulties associated with vitiligo and identification of clinically relevant determinants for health-related quality of life.

**Material and method.** Health-related quality of life, assessed by evaluation of symptoms and feelings, daily activities, leisure and personal relationships, was quantified using 10-item Dermatology Life Quality Index questionnaire – DLQI. A total of 40 patients completed the DLQI questionnaires, being included in study.

**Results.** Patients with vitiligo experienced moderately impaired health-related quality of life. Although patients' age and gender represents statistically insignificant variables, affected cutaneous area and distribution of vitiligo lesions are important determinants of quality of life and interactional discomfort.

**Conclusions.** Vitiligo exerts a significantly influence upon health-related quality of life of patients and so, alongside the medical interventions, sociocultural

*and psychological assessment and intervention should be an essential part of the management of these cases.*

**Keywords:** vitiligo, quality of life, psychological trauma, social relationships.

## Introducere

Afecțiunile psihopatologice au o prevalență relativ crescută printre pacienții care se adresează serviciilor de dermatologie [1,2]. Relația dintre afecțiunea dermatologică și morbiditatea psihiatrică poate fi clasificată în funcție de aspectul leziunilor cutanate și progresia cronică a bolii, elemente care afectează frecvent calitatea vieții sociale și profesionale a individului, printre complicațiile frecvent întâlnite fiind tulburările psihologice și psihiatrice [3,4,5]. Prevalența tulburărilor psihiatrice la pacienții care se adresează medicului dermatolog a fost raportată ca fiind între 25 și 43% [6,7]. Stresul este un factor agravant cunoscut al leziunilor cutanate în 40-100% din cazuri. În general, pacientul preferă tratamentul afecțiunii dermatologice în detrimentul celei psihiatrice, însă evaluarea combinată a factorilor emoționali reprezintă un element adjuvant important în rezoluția bolii.

Vitiligo este o afecțiune cutanată depigmentantă, cu impact major asupra calității vieții pacienților, afectarea aspectului exterior determinând consecințe psihologice de multe ori devastatoare. Leziunile extinse de vitiligo, mai ales cele cu localizare facială și în mod particular în cazul adolescenților, vor determina sentimente de frustrare, umilință, anxietate, iritabilitate și tulburări depresive, uneori până la tentative de suicid [8]. Pe lângă viața personală, leziunile de vitiligo pot influența și activitatea profesională a pacienților, datorită preocupării excesive pentru diferite metode terapeutice care determină absenteism la locul de muncă (ex. fototerapia).

Studiile atestă relația cauzală existentă între stres și declanșarea bolii, Al-Abadie evidențiind faptul că expunerea la stres psihologic crește nivelul hormonilor neuroendocrini, care la rândul lor afectează sistemul imunitar, alterând nivelul neuropeptidelor circulante. Creșterea nivelului neuropeptidelor și a secreției de  $\beta$ -endorfine și met-enkefaline este considerată de unii autori elementul esențial care stă la baza etiopatogenezei vitiligo-ului [9].

## Material și metodă

S-au evaluat natura și extinderea dificultăților sociale și psihologice asociate vitiligo-ului și impactul acestora asupra complianței și răspunsului la tratament, utilizând Indexul Dermatologic de Calitate a Vieții (Dermatology Life Quality Index - DLQI).

DLQI este primul chestionar specific dermatologic de evaluare a calității vieții pacienților, publicat pentru prima dată în 1994 (Finlay and Khan, 1994) [10]. Acesta constă în 10 întrebări referitoare atât la simptomele, cât și la sentimentele pacientului, activitățile zilnice, activitate profesională, relații interpersonale și tratamentele urmate. În urma completării chestionarului se va obține un scor de la 0 la 30. Cu cât scorul va fi mai mare, cu atât calitatea vieții pacientului va fi mai afectată de boală.

Interpretarea scorului:

- 0-1: fără efect asupra calității vieții pacientului;
- 2-5: efect scăzut asupra calității vieții pacientului;
- 6-10: efect moderat asupra calității vieții pacientului;
- 11-20: efect important asupra calității vieții pacientului;
- 21-30: efect foarte important asupra calității vieții pacientului.

Varianta validată psihometric în limba română a chestionarului DLQI a fost aplicată în cazul a 40 de pacienți luați în studiu. Pacienții s-au prezentat în serviciul Clinicii de Dermatologie din Cluj-Napoca, având ca și criterii de includere în studiul de evaluare a calității vieții următoarele: vârsta mai mare de 12 ani și prezența plăcilor depigmentate secundare vitiligo-ului. Au fost excluși din studiu pacienții cu vârsta < 12 ani și pacienți prezentând macule și plăci depigmentate secundare arsurilor termice, chimice sau altor afecțiuni dermatologice. Diagnosticul de vitiligo a fost stabilit prin evaluare clinică și examinare cu lampa Wood și s-a practicat evaluarea clinică și paraclinică în vederea excluderii altor afecțiuni autoimune asociate. A fost obținut consimțământul informat de la toți pacienții luați în studiu. Răspunsurile pacienților au fost interpretate conform ghidurilor emise de Finlay și Khan.

Analizele statistice au fost efectuate utilizând programul SPSS 13.0 - Statistical Software Package (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA). Valorile  $p < 0.05$  au fost considerate semnificative din punct de vedere statistic.

## Rezultate

Toți cei 40 de pacienți, cu vârste cuprinse între 13 și 61 de ani (media  $\pm$  deviația standard,  $32.66 \pm 15.66$ ) au completat chestionarele, acestea fiind incluse în studiul de față. Pacienții se află în prezent sub diverse tratamente dermatologice (tratamente topice, fototerapie, fotochimioterapie).

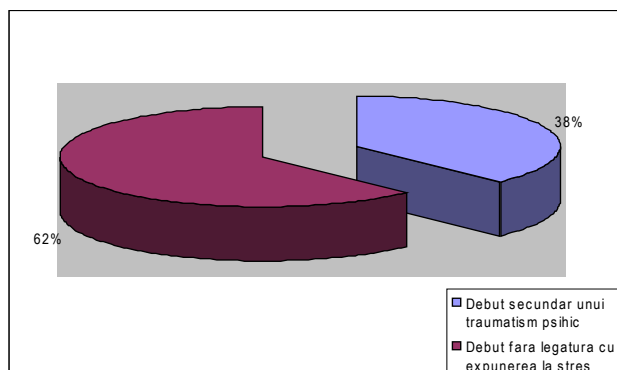
38% din pacienții luați în studiu admit existența unui traumatism psihic în antecedente (agresiune, catastrofă, stres prelungit), episod aflat în strânsă legătură cu debutul leziunilor de vitiligo (Fig. 1).

Articol intrat la redacție în data de: 27.02.2011

Primit sub formă revizuită în data de: 21.03.2011

Acceptat în data de: 21.03.2011

Adresa pentru corespondență: daniela\_stefanescu@yahoo.com



**Fig. 1.** Distribuția pacienților luați în studiu, în funcție de corelația existentă între stres și debutul bolii.

Scorurile DLQI obținute au variat de la 0 la 21, media  $\pm$  deviația standard fiind  $8.17 \pm 3.88$ , evidențiind un efect moderat al acestei afecțiuni asupra calității vieții pacienților. Nu au existat diferențe statistice semnificative între pacienții de sex feminin comparativ cu cei de sex masculin.

Un punctaj mare a fost obținut la întrebarea 2, referitoare la sentimentele legate de aspectul leziunilor de vitiligo: „În ultima săptămână cât ați fost de jenat sau conștient de boală datorită pielii dumneavoastră?”. 57,5% din pacienți au cuantificat jena și conștiința propriei boli, răspunzând la această întrebare cu „Mult”, în timp ce 20% din pacienți au răspuns la întrebare cu „Foarte mult”. Toți aceștia din urmă prezintă leziuni la nivel acral, respectiv la nivelul feței, mâinilor și picioarelor, evidențiind impactul major al leziunilor localizate la nivelul zonelor expuse, vizibile, asupra relațiilor interpersonale și vieții sociale a pacientului.

Din cei zece itemi din bateria DLQI, respectiv întrebările 1-10 (Q1-Q10), care au fost folosiți pentru a măsura calitatea vieții pacienților afectați de vitiligo din eșantionul de lucru, doi itemi nu au avut variație suficientă pentru a fi luați în calcul (Q1 și Q10), fiind testați cei opt

itemi rămași pentru a cuantifica coerența statistică a bateriei de întrebări și pentru a evalua în ce măsură sunt apreciate prin testul de față mai multe dimensiuni ale calității vieții. Lipsa variației celor doi itemi este explicabilă prin faptul că vitiligo este o afecțiune asimptomatică (Q1) și tratamentul nu constituie o problemă majoră pentru pacient din punct de vedere al duratei acestuia (Q10).

Analiza factorială indică faptul că sunt prezente două pattern-uri de variație în setul de date, respectiv două seturi care măsoară aspecte diferite ale aceleiași realități (Tabel 1). Pe de o parte, se poate observa faptul că unele întrebări mai degrabă măsoară ceea ce poate fi denumită *Calitatea relațiilor sociale* (Q2, Q4, Q6, Q8, Q9) și respectiv *Relațiile cu propriul corp și spațiul intim* (Q3, Q5, Q7). Cei doi factori se corelează între ei mediu, nefiind independenți, ci doar fațete diferite ale aceluiași fenomen, însă este de preferat a se face această distincție tocmai pentru că ipotezele ridicate conturează un set de așteptări conform cărora factorii se vor corela diferit cu alte variabile. Se preferă condensarea acestui set de variabile în doi indici aditivi, pentru a face mai vizibile și interpretabile rezultatele. Indicele  $\alpha$  Cronbach de evaluare a consistenței interne, una din condițiile fundamentale a unui instrument de evaluare psihologică, fiind relevant în ceea ce privește proprietatea itemilor analizați de a se corela cu scorul global al testului. Astfel,  $\alpha$  Cronbach - *Calitatea relațiilor sociale* = 0.705;  $\alpha$  Cronbach - *Relațiile cu propriul corp și spațiul intim* = 0.806).

Testul T efectuat în cazul relației dintre sexul pacienților și media scorurilor calității vieții nu este semnificativ (Testul T Calitatea relațiilor sociale = -0.311;  $p=0.757$ ; Testul T Relații cu propriul corp și spațiul intim = -0.834;  $p=0.410$ ), neexistând diferențe statistice semnificative între pacienții de sex feminin, comparativ cu cei de sex masculin, din punct de vedere al scorului DLQI.

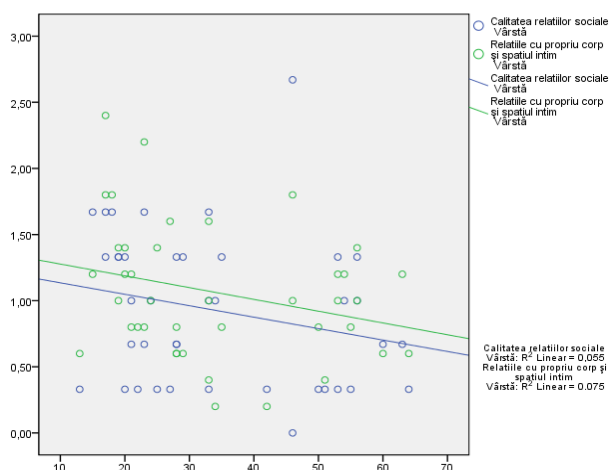
Evaluând corelația dintre vârsta pacienților și calitatea vieții (Fig. 2), este vizibilă o relație în medie invers proporțională între vârstă și cele două moduri distincte

**Tabel 1** Structura de corelație empirică a setului de date care măsoară calitatea vieții: matricea saturațiilor.

	Factor	
	1	2
Q4. În ultima săptămână, cât de mult a influențat problema dvs de piele alegerea hainelor cu care v-ați îmbrăcat?	,747	,137
Q6. În ultima săptămână, cât de mult v-a împiedicat pielea dvs. să practicați un sport?	,628	,071
Q2. În ultima săptămână, cât ați fost de jenat sau conștient de boală datorită pielii dvs.?	,594	-,203
Q9. În ultima săptămână, cât de mult v-a creat pielea dvs. dificultăți sexuale?	,405	-,249
Q8. În ultima săptămână, cât de mult v-a creat pielea dvs. dificultăți cu partenerul sau oricare din prietenii apropiați sau rude?	,363	-,126
Q7. În ultima săptămână v-a împiedicat pielea dvs. la serviciu sau studiu?	-,145	-,919
Q3. În ultima săptămână, cât de mult a interferat boala dvs. de piele cu mersul la cumpărături sau cu îngrijirea casei și a grădinii?	,255	-,716
Q5. În ultima săptămână, cât de mult v-a afectat boala dvs. activitățile sociale sau cele de relaxare?	,354	-,519

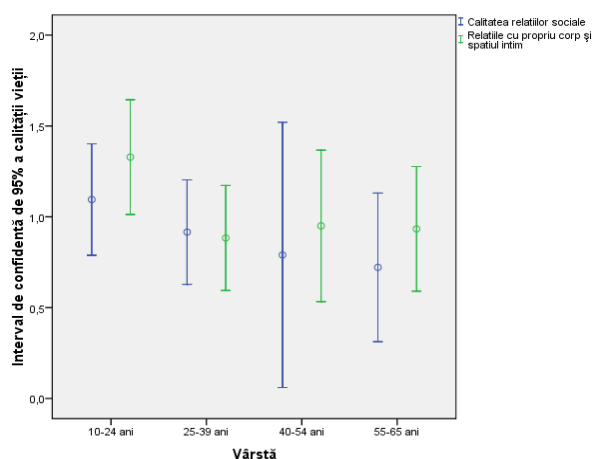
Analiză factorială, metoda de extracție: axele principale, rotație Oblimin cu normalizare Kaiser. KMO = 0.698. Selecția numărului citeriu Kaiser, valori proprii mai mari ca 1. Matricea saturațiilor care indică corelațiile directe dintre factori și variabilele care măsoară calitatea vieții. Cei doi factori sunt corelați semnificativ:  $r = -.452$ ;  $p=0.01$ .

de a percepe calitatea vieții pacienților cu vitiligo, totuși relația nu este semnificativă,  $R^2$  pentru cele două regresii explicând mai puțin de 5,5%, respectiv 7,5% din varianța variabilei dependente. Ceea ce este de reținut din acest grafic este faptul că scorurile legate de relația cu propriul corp sunt, în medie, mai puternic legate de vârstă, respectiv cu cât vârsta este mai mică (adolescență, tinerețe) cu atât este mai semnificativ impactul psihologic al acestei afecțiuni mai mult asupra calității relațiilor cu propriul corp și spațiul intim, asupra modului în care se percepe pacientul tânăr, decât asupra calității relațiilor sociale, respectiv cu persoanele din entourage.



**Fig. 2.** Regresie liniară simplă, suprapusă a relațiilor dintre vârstă și calitatea relațiilor sociale, respectiv calitatea relațiilor cu propriul corp și spațiul intim.

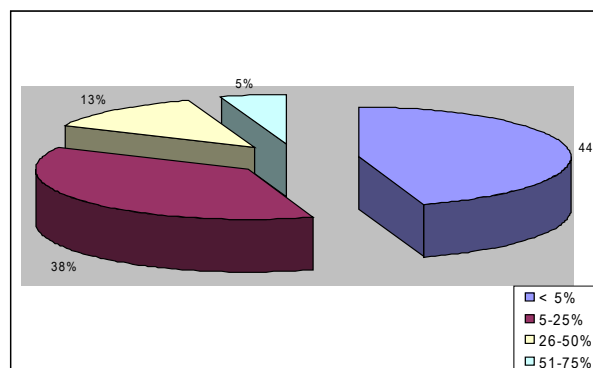
Evaluând intervalele de încredere, se poate observa aceeași relație invers proporțională dintre calitatea vieții și vârstă, mediile calității vieții tinzând să scadă o dată cu înaintarea în vârstă, însă dispersiile în jurul acestor medii nu scad totuși cu vârsta (Fig. 3).



**Fig. 3.** Intervale de încredere în jurul celor două scoruri de calitate a vieții, în funcție de intervale de grupare ale vârstei.

Este puternic vizibil în special în jurul vârstei mature (40-54 ani) că legătura percepută dintre calitatea relațiilor sociale și vitiligo variază foarte mult, însă acest lucru poate fi explicat prin faptul că la această vârstă suprafețele afectate variază foarte mult, de la <5 % suprafață corporală afectată până la 51-75 %.

A fost evaluată suprafața corporală afectată, 44 % din pacienți având < 5% din suprafața tegumentară afectată de macule și plăci depigmentate (Fig. 4). Deși suprafața cutanată afectată este redusă în această categorie de pacienți, 77,7% dintre aceștia prezintă localizare facială a leziunilor, acest lucru determinând în cele mai multe cazuri prezentarea la medic.



**Fig. 4.** Distribuția pacienților luați în studiu, în funcție de suprafața corporală afectată.

În ceea ce privește relația dintre variabilele reprezentate de suprafața corporală afectată, respectiv calitatea vieții pacienților, aceasta este semnificativă din punct de vedere statistic (Testul F *Calitatea relațiilor sociale* = -3,919;  $p=0.016$ ; Testul F *Relații cu propriul corp și spațiul intim* = -15,345;  $p = 0.000$ ) și astfel, pe măsură ce crește suprafața afectată scade și calitatea vieții pacienților, cu o excepție notabilă, cea reprezentată de cazul în care vitiligo afectează sub 5% din suprafața cutanată, când relațiile cu propriul corp și spațiu intim sunt puternic influențate, datorită faptului că în majoritatea cazurilor cu suprafață cutanată afectată redusă (77,7% din pacienții cu < 5 % suprafață corporală afectată), leziunile depigmentate sunt localizate la nivel facial, respectiv în zone expuse, vizibile (Fig. 5).

Relația dintre Calitatea relațiilor sociale și distribuția leziunilor de vitiligo este semnificativă (Testul F *Calitatea relațiilor sociale* = 7,483;  $p=0.002$ ), în timp ce legătura dintre Relații cu propriul corp și spațiul intim și distribuția leziunilor este nesemnificativă statistic (Testul F *Relații cu propriul corp și spațiul intim* = 0,895;  $p = 0.417$ ). Astfel, se evidențiază o alterare semnificativă a calității vieții, mai precis a calității relațiilor sociale, în cazul localizării leziunilor la nivel acral, respectiv facial, mâini, picioare, aceasta fiind augmentată de asocierea cu leziunile proximale. Spre deosebire de localizarea acrală, localizarea

proximală la nivelul toracelui, abdomenului, zone mai puțin expuse, nu influențează semnificativ relațiile cu cei din jur (Fig. 6).

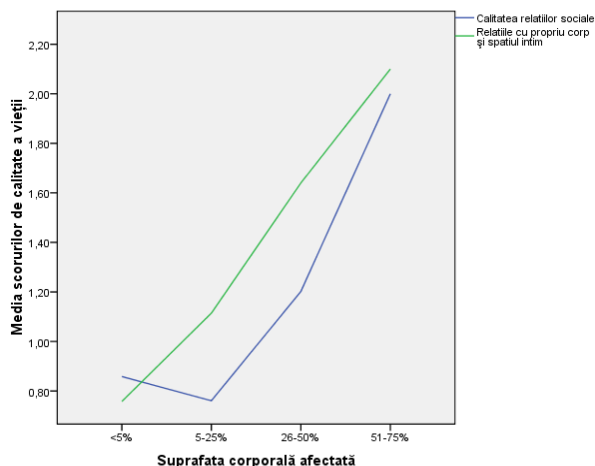


Fig. 5. Relația dintre media scorurilor de calitate a vieții și suprafața corporală afectată de către vitiligo.

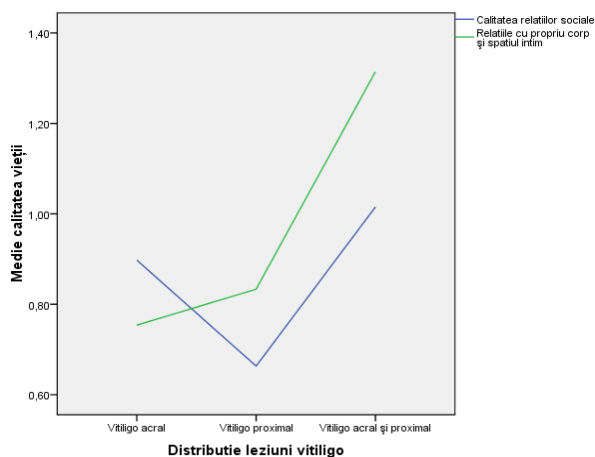


Fig. 6. Media calității vieții, în funcție de distribuția leziunilor de vitiligo.

Este vizibil faptul că o distribuție generalizată crează un disconfort interacțional și relativ la propriul corp mai mare decât distribuțiile doar acrale, respectiv doar proximale (Fig. 7). Ce este de reținut din acest grafic este

faptul că intervalul de confidență în jurul mediei calității relației percepute cu ceilalți este mult mai mare pentru vitiligo proximal, ceea ce indică variații personale ale afectării la nivel perceptual a relațiilor sociale în vitiligo.

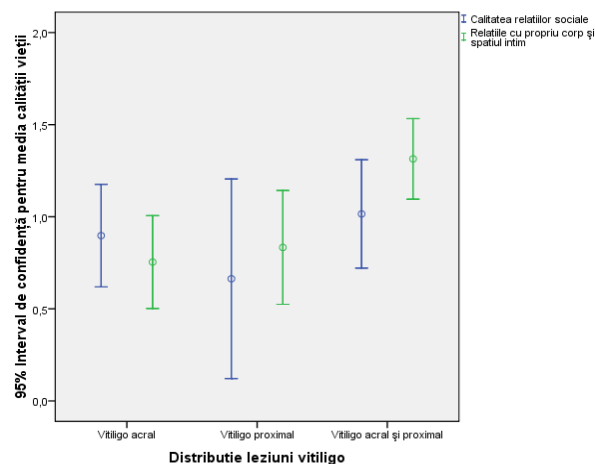


Fig. 7. Intervale de confidență în jurul mediei calității vieții, în funcție de distribuția leziunilor de vitiligo.

S-a aplicat testul T în vederea evaluării existenței unei diferențe semnificative între două medii calculate pe eșantioane. Relația dintre cele două tipuri de percepție a calității vieții pacienților cu vitiligo și localizarea leziunilor este relativ surprinzătoare: localizarea facială nu face o diferență semnificativă între cele două tipuri de percepție a calității vieții, în timp ce localizarea la nivelul mâinilor și picioarelor au un impact semnificativ asupra relațiilor cu ceilalți, dar și cu propriul corp ( $p$  aparține  $[0.001; 0.057]$ ) (Tabel 2). Acest lucru se poate datora faptului că, în prezent, pacienții cu vitiligo au la dispoziție numeroase mijloace cosmetice de camuflare a leziunilor pe care le utilizează cu predilecție la nivelul feței, pe când mâinile și picioarele, interfețele cu mediul înconjurător, sunt în permanență supuse contactului vizual, generând disconfort, jenă, complexe de inferioritate. Leziunile toracice și abdominale, cele de la nivelul membrelor superioare și inferioare, au un impact semnificativ asupra relației cu propriul corp, asupra modului în care se percepe fiecare pacient în parte. În general, dacă relația dintre calitatea vieții și localizarea leziunii este semnificativă, relațiile sociale tind să fie mai puternic afectate decât relațiile cu propriul corp.

Tabel 2. Relația dintre calitatea vieții și localizarea leziunilor.

Localizare leziuni	Calitatea vieții	Testul T	Sig.
Facial	Calitatea relațiilor sociale	1,479	,231
Facial	Relațiile cu propriul corp și spațiul intim	1,428	,240
Mâini	Calitatea relațiilor sociale	4,277	,045*
Mâini	Relațiile cu propriul corp și spațiul intim	3,866	,057
Mb sup, inf	Calitatea relațiilor sociale	1,451	,236
Mb sup, inf	Relațiile cu propriul corp și spațiul intim	8,340	,006**
Picioare	Calitatea relațiilor sociale	3,936	,055
Picioare	Relațiile cu propriul corp și spațiul intim	11,752	,001**
Torace, abdomen	Calitatea relațiilor sociale	,588	,448
Torace, abdomen	Relațiile cu propriul corp și spațiul intim	8,449	,006**

\*relație semnificativă pentru  $p \leq 0.050$

\*\*relație semnificativă pentru  $p \leq 0.010$



## Discuții

Vitiligo este o dermatoză întâlnită la 0,5-2% din populație, caracterizată prin apariția de macule și plăci depigmentate, bine delimitate, al căror număr și dimensiuni cresc în timp. Este determinată de dispariția melanocitelor funcționale la nivelul zonelor afectate, printr-un mecanism neelucidat până în prezent. Boala poate apare la orice vârstă, începând de la naștere până la senescență, vârsta medie de debut fiind 20 de ani. Deși nu afectează mortalitatea și morbiditatea generală, afecțiunea poate avea consecințe psihologice devastatoare asupra individului afectat și asupra relațiilor cu cei din jur [11].

Debutul bolii este insidios, pacienții observând leziunile mai ales în timpul verii, când expunerile repetate la soare cresc contrastul dintre leziunile depigmentate și pielea normală. Evoluția bolii poate fi lent progresivă, cu apariția de noi leziuni care cresc progresiv în dimensiuni, având o evoluție centrifugă (vitiligo activ) sau staționară, pentru perioade foarte lungi de timp (vitiligo stabil). În unele cazuri s-a descris repigmentarea spontană a leziunilor acromice prin mecanisme incomplet elucidate.

Deși până la ora actuală nici una dintre metodele terapeutice cunoscute nu și-a demonstrat în totalitate eficacitatea, studiile relevă faptul că rezultate parțial favorabile se pot obține atât prin metode medicale (metode de hiperpigmentare, depigmentare sau camuflaj al leziunilor), cât și chirurgicale [12]. O meta-analiză a studiilor publicate în literatura de specialitate evidențiază faptul că cele mai eficiente metode terapeutice nechirurgicale sunt reprezentate de fototerapie și corticoterapia locală [13].

În ultimii ani s-a acordat o atenție deosebită efectelor psihologice ale diferitelor afecțiuni cutanate și calității vieții acestor pacienți. O piele normală, sănătoasă, este esențială pentru sănătatea fizică și mentală a unui individ, este un aspect important al sexualității și al încrederii în sine. Tegumentul este cel mai mare și mai vizibil organ uman, existența oricărei leziuni afectând profund aspectul general al individului [14]. Un studiu publicat în 1995 atestă faptul că 75 % din pacienți consideră prejudiciul estetic produs de vitiligo ca fiind intolerabil [15].

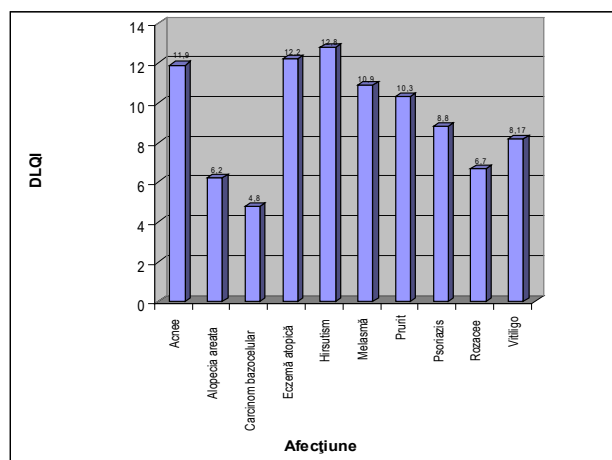
În acest sens, DLQI este primul chestionar specific dermatologic de evaluare a calității vieții pacienților cu afecțiuni cutanate, publicat pentru prima dată în 1994. DLQI este utilizat în evaluarea calității vieții în peste 36 de afecțiuni cutanate diferite, mai frecvent în cazul psoriazisului, vitiligo-ului, eczemei atopice, acnee și urticariei cronice.

Media obținută în urma efectuării studiului de față (media  $\pm$  deviația standard,  $8.17 \pm 3.88$ ) este mai mare decât cea obținută de Finlay și Khan în studiul din 1994 (7.3) și Kent și Al-Abadie în 1996 (4.82) [16], dar mai mică decât cea obținută de Parsad în 2003 (10.67).

Se evidențiază corelația, semnificativă din punct de vedere al calității vieții, cu suprafața cutanată afectată

și cu distribuția leziunilor de vitiligo, o suprafață cutanată extinsă și o distribuție periferică, la nivelul zonelor expuse, a leziunilor depigmentate, influențând semnificativ atât calitatea relațiilor sociale, cât și percepția propriei afecțiuni cutanate, a propriului corp.

Comparativ cu alte afecțiuni dermatologice, în vitiligo DLQI evidențiază o afectare moderată a calității vieții, cu afectarea concomitentă a activităților zilnice, a relațiilor interpersonale și a activității profesionale comparativ cu alte afecțiuni, de exemplu psoriazis, o afectare mai redusă decât în acnee sau eczemă atopică, dar mai accentuată decât în alopecia areata (Fig. 8).



**Fig. 8.** Scorul mediu DLQI în principalele afecțiuni dermatologice în care este utilizat [17].

Rezultatele obținute în urma efectuării unor studii asemănătoare, coroborate cu datele din literatura de specialitate, demonstrează faptul că pacienții cu un scor DLQI mare răspund mai puțin favorabil la metodele terapeutice aplicate, sugerând faptul că în aceste cazuri, o abordare psihologică adițională ar putea fi utilă [18,19].

Papadopoulos și colaboratorii au evidențiat importanța consilierii psihologice în ameliorarea încrederii în sine și a calității vieții pacienților cu vitiligo, dar și în evoluția afecțiunii dermatologice [20], studiile publicate până în prezent subliniind importanța recunoașterii și tratării componentei psihologice a acestei afecțiuni, în vederea ameliorării calității vieții pacienților și a răspunsului la tratamentul dermatologic instituit.

## Concluzii

Vitiligo exercită o influență semnificativă asupra calității vieții pacienților, fără a influența morbiditatea și mortalitatea generală. Absența unui tratament eficace în 100% din cazuri trebuie compensată printr-o relație interpersonală medic-pacient care să determine o creștere a satisfacției pacientului și, implicit, a aderenței la protocoalele terapeutice aplicate. Recunoașterea și confruntarea tulburărilor psihologice induse de vitiligo vor determina ameliorarea calității vieții pacienților, creșterea

compliancei la tratament și îmbunătățirea răspunsului terapeutic.

Din perspectivă clinică, evaluarea calității vieții nu ar trebui exclusă dintre variabilele clinice de rutină, tratamentul aspectelor non-fizice ale bolilor cronice constituind parte integrantă din managementul afecțiunilor cutanate sau extra-cutanate, reducându-se astfel anxietatea, depresia și tulburările funcției sociale.

## Bibliografie

1. Picardi A, Daimano A, Renzi C. Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body. *Acta Derm Venereol* 2001;81:410-4.
2. Humphreys F, Humphreys MS. Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologists think they see. *Br J Dermatol* 1998;139:679-81.
3. Picardi A, Abeni D, Melchi CF. Psychiatric morbidity in dermatological out patients: an issue to be recognized. *Br J of Dermatology* 2000;143:983-91.
4. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996;34(6):1030-46.
5. Koo J, Lee CS. Psycotropic agents. In: Wolverton SE, eds *Compherensive Dermatologic Drug Therapy*. 1th ed. Philadelphia: WB. Saunders Company, 2001:402-422.
6. Woodruff PWR, Higgins EM, Vivier AW. **Psychiatric illness** in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997; 19(1):29-35.
7. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Melchi CF, Pasquini P. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out-patients. *J Europ Acad Dermatol Venereol* 2003;17(2):155-9.
8. Cotterill JA and Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137(2):246-250.

9. Al-Abadie MSK, Kent G and Gawkrödger DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 1994; 130:199-203.
10. Finlay AY, Khan G. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19:210-16.
11. Westerhof W, d'Ischia M. Vitiligo puzzle: the pieces fall in place. *Pigment Cell Res* 2007; 20: 345-359.
12. Ortonne JP, Passeron T. Melanin pigmentary disorders: treatment update. *Dermatol Clin* 2005; 23: 209-26.
13. Njoo MD, Spuls PI, Bos JD, et al. Nonsurgical repigmentation therapies in vitiligo. Meta-analysis of the literature. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1532-40.
14. Parsad D, Dogra S, Jit Kanwar A. Quality of life in patients with vitiligo. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1: 58-60.
15. Salzer B and Schallreuter K. Investigations of the personality structure in patients with vitiligo and a possible association with catecholamine metabolism. *Dermatology* 1995; 190:109-15.
16. Kent G, Al-Abadie MSK. Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index among vitiligo sufferers. *Clin Exp Dermatol* 1996; 21:330-3.
17. Lewis V, Finlay A.Y. 10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004; 9:169 –180.
18. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann Fam Med* 200; 1:4-7.
19. Jalel A, Soumaya SS, Hamdaoui MH. Dermatology life quality index scores in vitiligo: reliability and validity of the tunisian version. *Indian J Dematol* 2009; 54(4): 330-3.
20. Papadopoulos L, Bor R and Legg C. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: A preliminary investigation into the effects of cognitive-behaviour therapy. *Br J Med Psych* 1999; 72:385-396.