

Rhumatologie Africaine Francophone



**Société Africaine
de Rhumatologie**

**1er Semestre 2023
Vol. 6 N° 1
ISSN: 2424 - 7596**

Rédacteur en chef

- Pr Dieu-Donné **OUEDRAOGO** (CHU de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso)

Comité scientifique

- Pr Edmond **ETI** (CHU Cocody, Abidjan, Côte-d'Ivoire)
- Dr Gilles **HAYEM** (Praticien hospitalier, Hôpital Paris Saint Joseph, Paris, France)
- Pr Moustafa **MIJIYAWA** (CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo)
- Pr Souhaibou **NDONGO** (Hôpital Dalal Jamm, Dakar, Sénégal)
- Pr Madeleine **NGANDEU** (Hôpital Principal, Yaoundé, Cameroun)
- Pr Honoré **NTSIBA** (CHU de Brazzaville, Congo)
- Dr Sébastien **OTTAVIANI** (Praticien hospitalier, CHU Bichat-Claude-Bernard, Paris, France)

Comité de rédaction

- Richard **BILECKOT** (Congo),
- Xavier **CHEVALIER** (France),
- Idrissa **CISSE** (Mali),
- Jean-Claude **DABOIKO** (Côte-d'Ivoire),
- Saïdou **DIALLO** (Sénégal),
- Edmond **ETI** (Côte-d'Ivoire),
- Gilles **HAYEM** (France),
- Jean-Jacques **MALEMBA** (RDC),
- Moustafa **MIJIYAWA** (Togo),
- Souhaibou **NDONGO** (Sénégal),
- Madeleine **NGANDEU** (Cameroun),
- Honoré **NTSIBA** (Congo),
- Inoussa **ONIANKITAN** (Togo),
- Sébastien **OTTAVIANI** (France),
- Dieu-Donné **OUEDRAOGO** (Burkina Faso),
- Lassané **SANGARE** (Burkina Faso),
- Serges Aimé **SAWADOGO** (Burkina Faso),
- Jean **SIBILIA** (France),
- Mohamed **TALL** (Burkina Faso),
- Sylvain **ZABSONRE** (Burkina Faso),
- Zavier **ZOMALETHO** (Benin).

Membres honoraires

- Marcel Francis **KAHN** (France),
- Marcel **KOUAKOU N'ZUE** (Côte-d'Ivoire),
- Jean Marie **MBUYI-MUAMBA** (RDC)

Sommaire

Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des lombalgies communes chez les étudiants en sciences médicales de Bouaké (Cote d'Ivoire) : à propos de 72 cas

Ehaulier Soh Christian Louis Kouakou, Charles Sougue, Konan Joe Clauvis Yao, Aissata Traoré, Joseph Kan Enock Koffi, Jean Jacques Goua, Serge Landry Seri, Jean Claude Felix Daboiko

1 - 4

La goutte spinale: une présentation inhabituelle de deux cas et revue de la littérature

Alain JIBIA, Al-Mamy Aboubakar DJALLOH, Bernard AZANMENE, Arielle LEKANE, Ignatius ESENE, Vincent-De-Paul DJIENTCHEU

5 - 10

Impact des lombalgies sur les activités de la vie quotidienne et sur la sexualité : étude cas-témoin de 638 patients au CHU Ignace Deen de Conakry (Guinée)

Aly Badra Kamissoko, Abdoulaye Barry, Abdel Amide Gbadamassi, Cosme Boutros Nato, Marie Traoré

11 - 16

Lombalgie commune chez le personnel soignant au CHU de Brazzaville: aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques

Norbert Edgard LAMINI N'SOUNDHAT, Daphtone Chabel NKOUALA-KIDEDE , Yvette MOIGNY-GAJOU , Francina Eddie OMBOUMAHOU BAKALE , Anah Précieu SALEMO, Ondzala AKOLI EKOYA, Affleck Romaric Letier ANGALLA, Richard BILECKOT

17 - 24

Profil clinique et fonctionnel des patients suivis pour lombalgie commune au CHU de Brazzaville

Norbert Edgard LAMINI N'SOUNDHAT, Affleck Romaric Letier ANGALLA, Yvette MOIGNY-GAJOU , Daphtone Chabel NKOUALA-KIDEDE , Julia Maitrise MBOUALE OSSEMBA , René Minion NTSIETANKAZI, Richard BILECKOT

25 - 31



Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des lombalgies communes chez les étudiants en sciences médicales de Bouaké (Cote d'Ivoire) : à propos de 72 cas

Epidemiological and clinical characteristics of common low back pain in medical students in Bouaké (Ivory Coast): about 72

Kouakou ESCL^{1*}, Sougué C², Yao KJC¹, Traore A¹, Koffi JKE¹, Goua JJ¹, Seri SL³, Daboiko JCF¹

¹ Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké, Côte d'Ivoire.

² Service de médecine interne, CHU Sourô Sanou de Bobo Dioulasso, Burkina Faso

³ Service de médecine physique et réadaptation du CHU de Bouaké, Côte d'Ivoire

* **Auteur correspondant:** 01 B.P. 1174 Bouaké 01 Service de rhumatologie CHU Bouaké,

Email: dr.christ4@gmail.com

Tel: +225 0757407990

Reçu le 15 juin 2023, accepté le 18 Septembre 2023 et mise en ligne le 30 décembre 2023

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

RESUME

Introduction : Etudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des lombalgies communes en milieu étudiant.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée pendant deux mois au cours de l'année universitaire 2020 à 2021, à l'université Alassane Ouattara de Bouaké. Nous avons inclus tous les étudiants de la troisième à la septième année participant régulièrement aux activités académiques. Les étudiants souffrant d'une lombalgie symptomatique non pas été inclus dans l'étude. Ont été recueillis et analysées, les données sociodémographiques, cliniques, ainsi que les répercussions sur le rendement universitaire..

Résultats : Au total 249 étudiants qui ont été inclus dans l'étude. Deux cent trente et sept étudiants (237) ont répondu au questionnaire et 208 fiches étaient exploitables. Soixante-douze (72) étudiants ont rapporté des lombalgies soit une fréquence de 34,6 %. Le sex-ratio H/F était de 4,5. La moyenne d'âge était de 24,5 ans. L'IMC était compris entre 18 et 25 kg/m² dans 95,83% cas. Des antécédents familiaux de lombalgie étaient présents dans 48,6% (35 cas), des antécédents traumatiques dans 22,2 % (16 cas) et une notion de tabagisme dans 16,7 % (12 cas). Un sport de loisirs était pratiqué par 93 % des étudiants lombalgiques. Un facteur déclenchant a été retrouvé chez tous les étudiants lombalgiques : position debout prolongée : 61,1 % (44 cas), position assise prolongée : 44,4 % (32 cas), manutention de charges lourdes : 23,6 % (17 cas). La réduction du temps d'étude, absentéisme, baisse de moyenne, redoublement constituaient les répercussions sur le rendement universitaire.

Conclusion: la lombalgie commune affecte les sujets jeunes en milieu universitaire et constitue un facteur de limitation du rendement universitaire

Mots-clés : *étudiant, lombalgie, université, Bouaké.*

ABSTRACT

Background and Purpose: To study the epidemiological and clinical characteristics of common low back pain in students.

Methods: This was a cross-sectional study that took place over two months during the academic year 2020 to 2021, at the Alassane Ouattara University of Bouaké. We included all students in grades three through seven regularly participating in academic activities. Students with inflammatory low back pain were not included in the study. Were collected and analyzed, sociodemographic, clinical data, as well as the impact on academic performance.

Results: A total of 249 students who were included in the study. Two hundred and thirty-seven (237) students responded to the questionnaire and 208 records were usable. Seventy-two (72) students reported low back pain for a frequency of 34.6%. The sex ratio M/F was 4.5. The average age was 24.5 years. BMI was between 18 and 25 kg/m² in 95.83% of cases. A family history of low back pain was present in 48.6% (35 cases), a history of trauma in 22.2% (16 cases), and smoking in 16.7% (12 cases). A leisure sport was practiced by 93% of the students with low back pain. A precipitating factor was found in all students with low back pain: prolonged standing position: 61.1% (44 cases),

prolonged sitting position: 44.4% (32 cases), handling of heavy loads: 23.6% (17 cases). Reduced study time, absenteeism, drop in grade point average, and repetition of grades were the repercussions on academic performance

Conclusion: Common low back pain affects young subjects in the university environment and constitutes a factor of limitation of the university performance.

Keywords: *student, low back pain, university, Bouaké.*

1. Introduction

Les lombalgies communes se définissent comme étant des douleurs mécaniques siégeant au niveau du rachis lombaire pouvant irradier dans les membres inférieurs sans dépasser les genoux [1-3]. Elles sont très fréquentes [1-3]. En effet, 80% de la population générale active en souffre au moins temporairement [1]. Elles constituent un problème majeur de santé en milieu de travail dont les conditions pourraient être le facteur favorisant. Elles engendrent des conséquences socioprofessionnelles et économiques importantes par l'absentéisme et la baisse de rendement [2]. Elles sont la première cause des affections limitant l'activité professionnelle chez l'adulte jeune [3]. A ce jour les facteurs de risque de lombalgie sont bien identifiés, permettant d'être plus efficace dans la prise en charge [6, 16-18]. Les unités de formation et de recherche (UFR) des sciences médicales en Côte d'Ivoire comportent une population d'adulte jeune qui est soumise à un rythme universitaire soutenu entre cours et stages hospitaliers. L'augmentation de la sollicitation d'une consultation pour lombalgie par ces étudiants a motivé cette étude dont le but était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des lombalgies dans une population de jeunes étudiants en milieu universitaire ivoirien.

2. Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée au cours de l'année universitaire 2020 à 2021, à l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) des sciences médicales de l'université Alassane Ouattara de Bouaké sur une période de deux mois. Nous avons inclus tous les étudiants de la troisième à la septième année participant régulièrement aux activités académiques. Les étudiants souffrant d'une lombalgie symptomatique non pas été inclus dans l'étude. Un questionnaire individuel et anonyme a permis de recueillir les données sociodémographiques, cliniques, les habitudes sportives, les facteurs déclenchants les douleurs ainsi que les répercussions sur le rendement universitaire. Sur le plan éthique, la confidentialité et l'anonymat des étudiants ont été respectés et leur consentement oral et écrit était requis.

3. Résultats

Au total, 249 étudiants qui ont été inclus dans l'étude. Deux cent trente et sept étudiants (237) ont répondu au questionnaire et 208 fiches étaient exploitables. Soixante-douze (72) étudiants ont rapporté des lombalgies soit une fréquence de 34,6 %. Parmi les 72 étudiants lombalgiques, 59 étaient de sexe masculin et 13 de sexe féminin soit un sex-ratio de 4,5. La moyenne d'âge était de 24,5 ans (extrêmes de 20 et 33 ans). L'indice de masse corporelle (IMC) était compris entre 18 et 25 kg/m² chez 95,83%, et supérieur à 25 mg/m² chez 4,16 % (IMC maximum à 31kg/ m²). Des antécédents familiaux de lombalgie étaient présents dans 48,6% des cas (35 étudiants), et une notion de tabagisme a été observée dans 16,7 % des cas (12 étudiants).

Un sport de loisirs était pratiqué par 93 % des étudiants lombalgiques (football : n = 49, jogging : n = 10 ; arts martiaux : n = 4 ; haltérophilie : n = 2 ; gymnastique : n = 1). Un facteur déclenchant a été retrouvé chez tous les étudiants lombalgiques : position debout prolongée : 61,1 % (44 cas), position assise prolongée : 44,4 % (32 cas), manutention de charges lourdes : 23,6 % (17 cas).

Une répercussion sur le rendement universitaire a été retrouvée chez la moitié des lombalgiques. Il s'agissait de : réduction du temps d'étude (2 cas), absentéisme (25 cas), baisse de moyenne (7 cas), redoublement (2 cas).

4. Discussion

La prévalence des lombalgies en milieu étudiant ivoirien qui est de 34,6 % est superposable à la prévalence hospitalière des lombalgies en Côte d'Ivoire estimée à 30% [4]. Elle paraît nettement inférieure aux prévalences rapportées en milieu professionnel médical par Konan [4], Gaudemaris [1], Ando [5]. Ces auteurs avaient estimé les lombalgies respectivement dans des proportions de 53,4%, 62,4% et 54,7%. Le sexe masculin prédominant dans notre étude est en rapport avec celle

de Valat [20], mais contraste avec certaines données rapportées dans la littérature [6-8] qui rapportaient une prédominance féminine. Dans notre étude, la posture prolongée était le premier facteur déclenchant. Il s'agissait en premier lieu de la station debout, puis de la position assise. Ce constat a été rapporté par plusieurs auteurs [9, 14]. Par contre, Tesnière trouve que la position assise précède la station debout [16]. Les conséquences socioéconomiques des lombalgies sont bien connues. Parmi celles-ci, il faut insister sur l'absentéisme et la baisse de rendement [6, 16-21]. Ces deux paramètres ont constitué les principales répercussions des lombalgies dans notre population d'étudiant.

Dans la littérature, plusieurs facteurs peuvent être associés à la lombalgie chronique [22,23] Selon une méta analyse, les caractéristiques comme l'âge avancé, le tabagisme, le stress physique sur la colonne vertébrale et le stress psychologique comme la dépression, sont des facteurs de mauvais pronostic associés à la lombalgie [22]. Selon une étude réalisée au Burkina Faso, la dépression est fréquente au cours de la lombalgie chronique et les facteurs associés étaient le fait de vivre seul, la présence d'une douleur d'intensité modérée ou forte, ou de type neuropathique [23]. Un sport de loisir était pratiqué par 93 % des étudiants lombalgiques. Plusieurs travaux transversaux ainsi que des études longitudinales réalisées ont observé, une corrélation entre une faible activité physique de loisir et l'existence d'une lombalgie permanente ou récidivante, mais les auteurs concluent que leur étude ne démontre pas de relation causale entre la lombalgie et une activité sportive de loisir [24]. 95,83% des sujets lombalgiques avaient une IMC normale, seule 4,16 % avaient une IMC supérieur à 25 kg/m² (IMC maximum à 31kg/ m²). Selon une méta-analyse, l'obésité est un facteur de risque de présence de lombalgie [25].

5. Conclusion

Les lombalgies communes constituent un problème de santé publique par leur fréquence et leurs conséquences socio-économiques. La prévalence est importante même chez les sujets avec un indice de masse corporelle normale. La prévalence des lombalgies communes reste élevée chez les étudiants de l'UFR SMB, et ceux du fait de principaux facteurs de risques de lombalgie tels que: les antécédents familiaux de lombalgie, le tabagisme, la pratique de sport à risque, les attitudes et posture inadaptées, la manutention de charges lourdes

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

- 1-Gaudemaris R ; Blatier JF, Quinton B ; Piazza E, Gallin- Martel C et Al. Analyse du risque lombalgique en milieu professionnel. *Rev Epidemio Santé Publique* 1986 ; 34 : 308 – 17
- 2- Vignier C, Brenier E, Cari S. Conséquences socioprofessionnelles des lombalgies en milieu du travail. Document du Médecin de travail (INRS), Paris 1967 ; 29 : 17 – 24
- 3- Goupille P, Avimadje AM, Zerkak D, Valat JP. Eléments cliniques d'orientation diagnostique devant une lombalgie. *Rev Prat.* 2000; 50(16):1760-4.
- 4- Kouakou NM, Akissi NM, Eti E, Daboiko JC, Gablan A, Odi RA et Al. Données épidémiologiques sur la rhumatologie en milieu hospitalier ivoirien. *Rhumatologie* 1994 ; 46 : 239 – 42
- 5- Konan A. Lombalgie commune en milieu professionnel : cas du personnel paramédical du CHU de Cocody – Abidjan. Mémoire du certificat d'Etudes Spécialisées en Rhumatologie Abidjan, 2005 ; 46.
- 6- Ando S, Ono Y, Shimaoka M, Hiruto S, Hattori Y, Hori F et al. Association of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. *Occup Environ Med* 2000; 57: 211 – 16
- 7- Lallahom LB, Gharbi R, Hmida AB, Zakraoui L, Hafsa LB, Boularas M. La Lombalgie en milieu hospitalier: enquête dans les principaux hôpitaux de Tunis. *Arch. Mal. Prof.* 1990; 51 : 399-404
- 8- Bezzaoucha A. Épidémiologie descriptive de la lombalgie à Alger. *Rev Rhum Mal Ostéo Art* 1992; 59: 121-4
- 9- Smedley J, Egger P, Cooper C; Coggon D. Manual handling activities and the risk of low back pain in nurses. *Occup Environ Med* 1995; 52: 160-3
- 10- Caillard JF, Czernichow P, Doucet J. Le risque lombalgique à l'hôpital. *Arch Mal Prof* 1987 ; 48 : 623-9
- 11- Coste J, Paolaggi JB. Épidémiologie des lombalgies: connaissances actuelles et perspectives. *Rev Rhum* 1989; 56: 861-7

- 12- Thomas E, Blotman F. Tabagisme et lombalgies. *Rev Rhum(Ed Fr)* 1998; 65(3bis):63S-7S
- 13- Troussier B et Coll. Back pain in school children. A study among 1178 pupils. *Scand. J Rehab Med* 1994; 26: 143-6
- 14- Angaman. Pathologie rachidienne lombaire vue en hospitalization au service de rhumatologie CHU de Cocody à propos de 262 cas. Thèse Med. Abidjan N° 2700, 2002
- 15- Bordes G, Oliva M, Fortin P. Le mal au dos: enquête sur les douleurs du dos et le travail assis. *Arch Mal Prof* 1996; 57 : 64-6
- 16- Tesnière C. Influence du mobilier scolaire ergonomique sur les rachialgies. Thèse Med, 1996, Grenoble
- 17- Charuel C, Romazini S, Gallin Martel C, De Gaudemaris R. Les lombalgies : étude des circonstances et conséquences socioéconomiques des accidents de travail sur 2 ans. *Arch Mal Prof* 1992; 53 : 727-32
- 18- Burgmeier AC, Blindauer B, Hecht MT. Les lombalgies en milieu hospitalier : aspect épidémiologique et rôle des divers facteurs de risque. *Rev Epidémiol Santé Publique* 1988; 36 : 128-37
- 19- Abu Arafeh I, Russell G. Recurent limb pain in school children. *Arch Dis Child* 1996; 74: 336-9.
- 20- Valat JP, Goupille P, Vedere V. Low back pain: risk factors for chronicity. *Rev Rhum Engl Ed.*1997; 64:189-94.
- 21- Burgmeier AC, Blindauer B and Lehmann R. Incidence, prévalence et facteurs de risque de lombalgies hospitalières. Perspective de prévention. *Med Trav* 1987; 28-34.
- 22- Martini L, and Hoffmann F. Comorbidity of chronic back pain and depression in Germany: Results from the GEDA study, 2009 and 2010. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2018 ;137:62-68.
- 23- Sougué C, Zabsonré/Tiendrébeogo WSJ, Kaboré F, Zongo YE, Ahongbonon NDB, Soumpougou C, and al. Frequency and Factors Associated with Depression during Chronic Lumbosciatica in Sub-Saharan African Black Patients. *Open Journal of Rheumatology and Autoimmune Diseases* 2020 ;10(04):157-63.
- 24- Salminen JJ, Oksanen A, Maki P, Pentti J, Kujala UM. Leisure time physical activity in the young. Correlation with low-back pain, spinal mobility and trunk muscle strength in 15 year-old school children. *J Sports Med* 1993;14:406–10.
- 25- Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, et al. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2010;171:135–54.



La goutte spinale : une présentation inhabituelle de deux cas et revue de la littérature

Spinal gout: an unusual presentation of two cases and review of the literature

Alain Jibia^{1,2,3}, Al-Mamy Aboubakar Djalloh¹, Bernard Azanmene⁴, Arielle Lekane², Ignatius Esene⁵, Vincent-de-Paul Djientcheu²

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Garoua – Cameroun.

² Service Neurochirurgie Hôpital Central de Yaoundé – Cameroun

³ Unité Neurochirurgie Centre Hospitalier Essos, Yaoundé – Cameroun

⁴ Service Rhumatologie Hôpital Central de Yaoundé – Cameroun

⁵ Service Neurochirurgie Hôpital Régional de Garoua - Cameroun

* **Auteur correspondant** : Hôpital Central de Yaoundé, Messa Rue 2.008, BP 47 Yaoundé Cameroun,
Email: alainjibson@gmail.com

Reçu le 15 Août 2023, accepté le 18 novembre 2023 et mise en ligne le 30 décembre 2023

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

RESUME

La goutte est une affection métabolique liée à une hyperuricémie chronique, caractérisée par un dépôt d'urates monosodiques. La goutte spinale est rare et presque jamais suspectée dans notre contexte. Elle peut se manifester par des rachialgies aiguës d'allure inflammatoire, une radiculopathie, une compression radiculo-médullaire lente, voire une spondylodiscite avec ou sans épidurite. Ce travail vise à rapporter notre expérience chirurgicale et susciter l'éveil diagnostique pour cette affection, de par l'égaré diagnostique possible et les atypies cliniques. Deux patients ont été colligés entre janvier et août 2022. Il s'est agi de 2 hommes de 42 et 60 ans. La goutte était méconnue chez le plus jeune, connue et mal suivie chez l'autre. Le diagnostic radioclinique initial évoqué était une spondylodiscite lombaire dans les deux cas : paraplégie progressive sans troubles sphinctériens chez l'un et déficit pluriradiculaire L5, S1 progressif avec défaut érectile et dysurie chez l'autre. La fièvre était initiale dans les deux cas. Une laminectomie avec biopsie a été réalisée aux deux patients. Le tophus rachidien était soit ligamentaire soit arthro-ligamentaire. La récupération motrice était progressive dès le deuxième jour postopératoire. L'histologie objectivait une ostéite chronique fibro-calcifiée dans les deux cas. La Polymerase Chain Reaction (PCR) au *Mycobacterium tuberculosis* (BK) était négative. Un traitement antigoutteux a été instauré dès 15^{ème} jour postopératoire après évidence biologique, avec suivi rhumatologique et kinésithérapie adjuvante. Les résultats étaient très satisfaisants dès 4-6 mois, avec marche autonome. La goutte spinale devrait être évoquée chez l'homme après 40 ans, devant toute rachialgie aiguë, avec signes neurologiques déficitaires et neuro-imagerie douteuse.

Mots-clés : Goutte –Hyperuricémie – Rachis – Spondylodiscite métabolique

ABSTRACT

Gout is a metabolic condition linked to chronic hyperuricemia, characterized by a deposition of monosodium urate crystals. Spinal gout is rare and almost never suspected in our context. It can appear as acute inflammatory back pain, radiculopathy, slow radiculomedullary compression, or even spondylodiscitis with or without epiduritis. This work aims to report our surgical experience and raise diagnostic awareness for this condition, due to the possible diagnostic error and clinical atypias. Two patients were collected between January and August 2022. They were 2 men aged 42 and 60. Gout was unknown in the youngest, known and poorly monitored in the other. The initial radioclinical diagnosis mentioned was lumbar spondylodiscitis in both cases: progressive paraplegia without sphincter disorders in one and progressive L5,S1 multiradicular deficiency with erectile defect and dysuria in the other. Fever started in both cases. A laminectomy with biopsy was performed on both patients. The spinal tophi was either ligamentous or arthro-ligamentous. Motor recovery was progressive from postoperative day 2. Histology revealed chronic fibro-calcified osteitis in both

cases. Polymerase Chain Reaction (PCR) for *Mycobacterium tuberculosis* was negative. Anti-gout treatment was initiated from postoperative day 15 after biological evidence, with rheumatological monitoring and adjuvant physiotherapy. The results were very satisfactory from 4-6 months, with independent walking. Spinal gout should be considered in men after the age of 40, in the face of any acute back pain, with deficit neurological signs and questionable neuroimaging.

Keywords: *Gout – Hyperuricemia – Metabolic Spondylodiscitis – Spine.*

1. Introduction

La goutte chronique est une polyarthrite chronique tophacée, caractérisée par un dépôt ubiquitaire d'urates monosodiques, à l'origine de localisations atypiques telles rachis, ORL, pelvi-abdomen, rein, myocarde... La goutte spinale (ou rachidienne ou axiale) peut intéresser toutes structures vertébrales, notamment les corps, les pédicules les disques, le ligament jaune, les facettes articulaires, l'espace épi/intradural ; réalisant une spondylodiscite ou une épидурite ou une arthrite facettaire. L'expression clinique est diverse : rachialgie intense, compression radiculo-médullaire, syndrome neurogène périphérique déficitaire. En 2017, Zang et al recensaient 287 cas rapportés dans la Littérature [1] ; nonobstant les 5 cas africains jusqu'ici rapportés dans la Littérature [2,3,4]. Cette pathologie mésestimée rare, peut être sujette de par sa présentation atypique, à un égarement diagnostique ou un diagnostic tardif, parfois au stade de complications. Il s'est agi pour nous de susciter l'éveil diagnostique et thérapeutique pour cette pathologie en s'illustrant des deux premiers cas d'Afrique Sub-Saharienne opérés et suivis avec une revue de la Littérature.

2. Patients et observations

Deux patients ont été colligés entre Janvier et Août 2022. Il s'est agi de deux hommes de 42 et 60 ans. La goutte était méconnue chez le plus jeune, connue et mal suivie chez le plus âgé. Des facteurs de risque cardiovasculaire étaient retrouvés chez le sexagénaire : une hypertension artérielle mal suivie et une instabilité glycémique (Tableau 1). La fièvre et des douleurs neuropathiques incoercibles étaient initiales dans les deux cas. Il n'y avait pas de tuméfaction articulaire ou de gibbosité rachidienne dans les deux cas ; mais une paraplégie progressive à 1/5 sans troubles sphinctériens chez le plus âgé et une paraparésie progressive à 3/5 avec défaut érectile et dysurie chez le plus jeune. Le diagnostic radio-clinique initial évoqué était une spondylodiscite infectieuse lombale avec épидурite compressive L3,L4,L5 et L4,L5,S1 respectivement (Figures 1 & 2). Une laminectomie avec biopsie a été réalisée à chaque fois, révélant un tophus rachidien qui était arthro-flavo-ligamentaire pour le sujet jeune et flavo-ligamentaire pour le sujet plus âgé. Il s'agissait d'une gangue cristallisée ferme d'aspect blanc-crayeux sur le ligament jaune hypertrophié et d'un tissu granulé-blanchâtre sur l'articulaire. L'épidurite compressive était clivable antéropostérieure chez le plus âgé et antérieure chez le jeune. La récupération motrice était progressive dès le deuxième jour du postopératoire. La Polymerase Chain Reaction (PCR) au *Mycobacterium tuberculosis* (BK) était négative dans les deux cas. Un traitement antituberculeux probabiliste a été instauré en préopératoire selon des bases radiocliniques et stoppé après résultat anatomopathologique au 15^{ème} jour postopératoire. Ce dernier effectué sous microscope sans lumière polarisée, était en faveur d'une ostéite chronique avec séquestres calcifiés et fibrose dense dissociée dans les deux cas. En conséquence, un traitement hypo-uricémiant (Allopurinol 200 milligrammes par jour et Colchicine 2 milligrammes par jour) a été instauré après évidences biocliniques : hyperuricémie persistante et poussée arthritique ; mais aucune ponction ni analyse du liquide articulaire n'a été effectuée (Tableau 1). Un suivi rhumatologique conjoint régulier a été instauré avec des résultats cliniques satisfaisants dès le 1er mois jusqu'à 1 an de suivi.

Tableau 1: Résumé des signes cliniques et radiologiques des cas rapportés

Paramètres Radiocliniques	Sujet Plus Jeune	Sujet Plus Agé
Antécédent Tuberculeux	Non	Non
Antécédent Goutteux	Non	Oui

Paramètres Radiocliniques	Sujet Plus Jeune	Sujet Plus Agé
Immunocompétence	Oui	Oui
Facteurs de Risque Cardiovasculaire	- Surpoids - Alcool ±	- Hypertension Artérielle - Instabilité Hyperglycémique - Surpoids - Alcool +
Fièvre	Initiale	Initiale
Douleurs Neuropathiques incoercibles	Oui	Oui
Déficit Moteur	Paraparésie progressive	Paraplégie progressive
Déficit Sensitif	Hypoesthésie L5S1 droite	Hypoesthésie L3
Troubles Génito-Sphinctériens	Défaut Erectile & Dysurie	Aucun
Radiologie	Spondylodiscite L5S1 + Epidurite Antérieure + Arthrite Facettaire L5 droite	Spondylodiscite L4L5 + Epidurite Antéropostérieure
Chirurgie	Laminectomie L4L5S1 + Biopsie	Laminectomie L3L4L5 + Biopsie
Aspect Macroscopique de la Lésion	- Tophus flavo-ligamentaire en gangue cristallisée blanc-crayeux - Tophus articulaire L5 granulé-blanchâtre - Epidurite antérieure	- Tophus ligamentaire hypertrophié blanc-crayeux compressif - Epidurite antéropostérieure
Polyarthrite Postopératoire	- 2 Genoux - 2 Chevilles - Cervicalgie	- 2 Genoux - 2 Chevilles - 2 Hallux
Hyperuricémie Pré-(a) & Postopératoire(b)	a. 58 mg/l = 345,1 µmol/l b. 111,8 mg/l = 665,8 µmol/l	a. 71 mg/l = 422,5 µmol/l b. 107 mg/l = 636,7 µmol/l
Histologie	- Tissu inflammatoire non spécifique - PCR-BK Négatif	- Tissu inflammatoire non spécifique - PCR-BK Négatif
Evolution	- Récupération sensitivomotrice - Marche normale à 3 mois	- Récupération sensitivomotrice - Marche normale à 6 mois

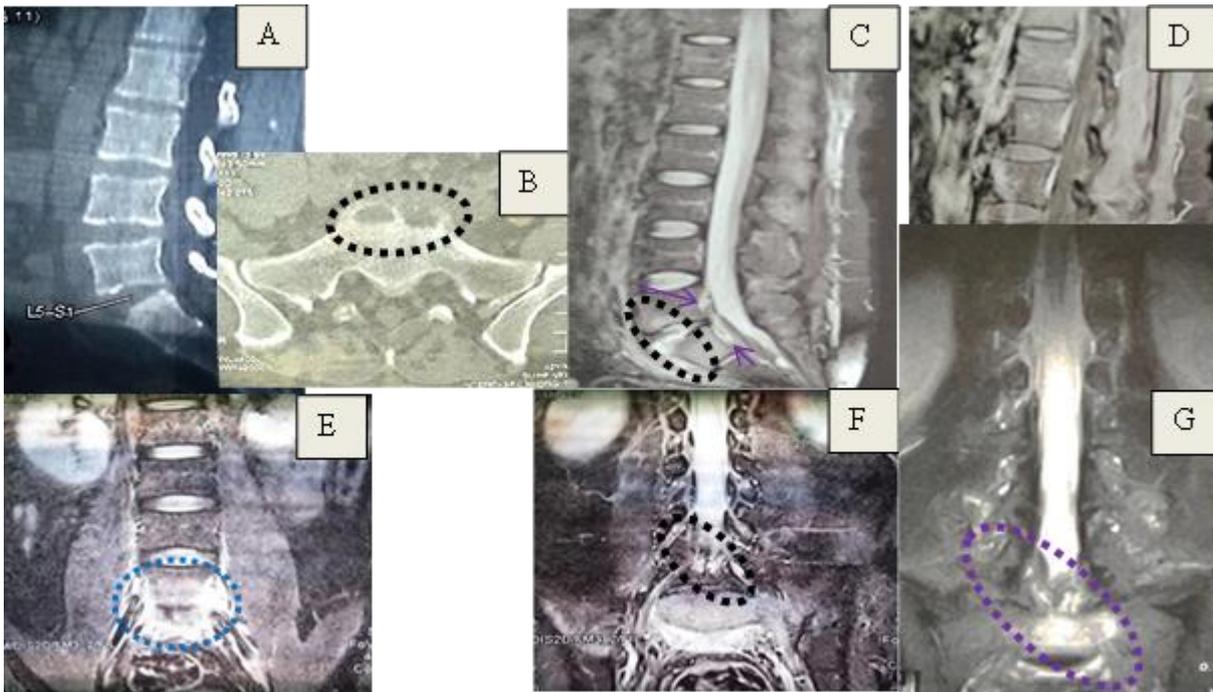


Figure 1: Images TDM (A,B) et IRM (de C à G) du sujet plus jeune suggérant la spondylodiscite L5-S1 avec remaniement géodique du plateau supérieur de S1 (cercle noir en pointillés), l'épidurite (cercle bleu en pointillés) et une gangue cristalloïde conflictuelle.

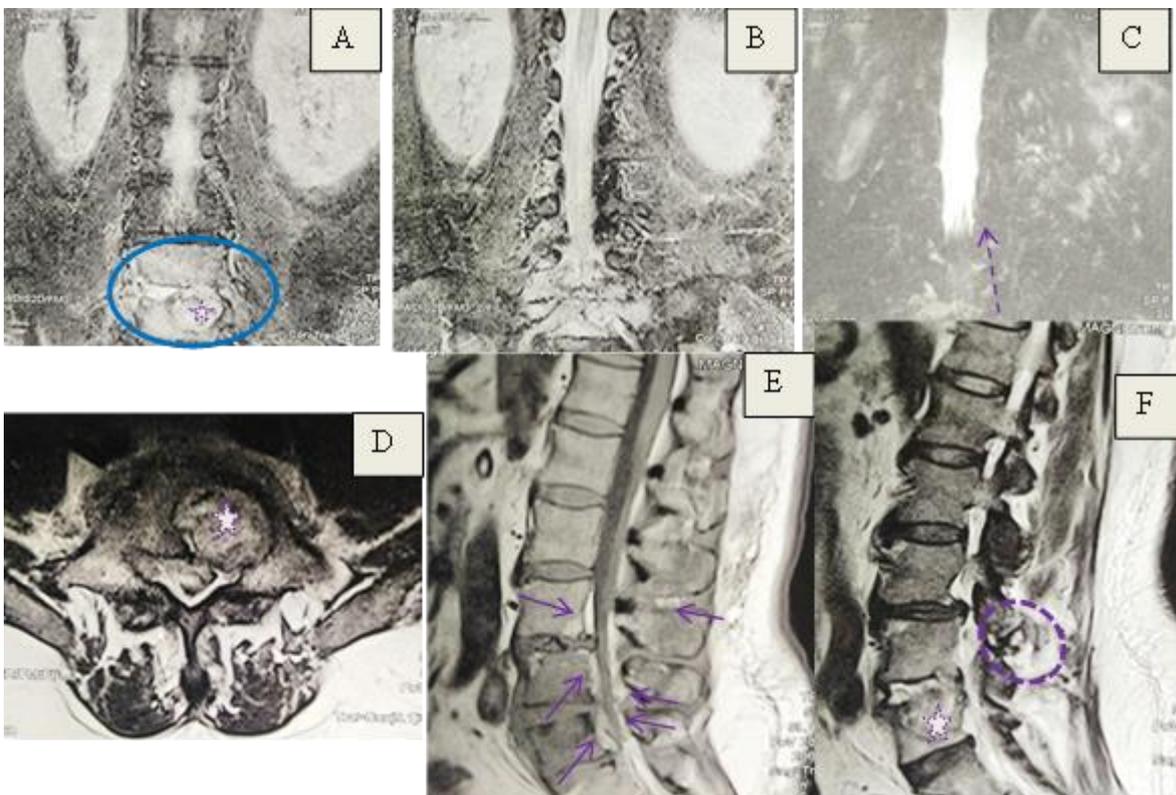


Figure 2: Images IRM (de A à F) du sujet plus âgé suggérant la spondylodiscite L3-L4 et L4-L5 avec discite protrusive L4-L5 gauche conflictuelle (étoile blanche et cercle bleu), l'épidurite antérieure et des dépôts facettaires (flèches et cercle en pointillés violets) et une sténose canalaire lombaire antéropostérieure (flèches pointillés et pleines violets)

3. Discussion

La goutte chronique tophacée polyarticulaire est le quatrième et ultime stade évolutif de la maladie goutteuse [5]. Le 1er cas de goutte axiale fut décrit en 1950 par Kersley GD sur un cas autopsique de subluxation par érosion tophique de l'Atlas (C1) avec protrusion de l'Odontoïde dans le Foramen Magnum [6,7,8]. Koskoff YD et al décrivait 3 ans plus tard la première myélopathie goutteuse et Reynolds AF Jr en 1976, les 3 premiers cas neurochirurgicaux de goutte rachidienne par tophi flavo-ligamentaires (ligament jaune) compressifs [6], comme retrouvé dans nos 2 cas. Le premier cas africain de goutte spinale publié en 1999 était un patient sud-africain de Cape-Town, opéré pour une compression spinale T8 progressive sur 18 mois par épидурite postérieure et spondylite [3]. Le plus récent cas de goutte spinale retrouvé dans la Littérature date de Mars 2023, le plus récent cas africain ayant été publié en Janvier 2022 [2,9].

La prévalence actuelle de la goutte spinale atteint 35% de patients goutteux. De par ses atypiques présentations, elle peut se confondre à l'Hyperostose Squelettique Idiopathique Diffuse (DISH), l'Ostéomyélite Vertébrale, l'Épidurite Néoplasique ou Infectieuse [10]. Nos patients étaient tous masculins âgés de plus de 40 ans, corroborant la Littérature qui évoque dans cette affection la prédominance masculine à 85%, un âge moyen de 55 ans et les mêmes conditions de survenue de goutte chez l'africain et l'occidental [1,8,11,12]. Les principaux facteurs de risque répertoriés sont : l'hyperuricémie chronique > 68 mg/l (404,6 µmol/l), les affections cardiovasculaires, l'obésité, les hémopathies, l'alcoolisme...[10]. En Afrique, s'y associe la drépanocytose homozygote notamment chez le sujet jeune, la moyenne d'âge étant de 32 ans [11]. Dans 15% des cas, la goutte spinale peut exister sans aucune histoire clinique d'hyperuricémie chronique ou de goutte, comme vu pour le plus jeune de nos patients. Dans 30% des cas, elle peut être révélatrice de goutte [8,12].

La localisation rachidienne et/ou spinale de cristaux d'urates en amas, appelé tophus, entouré d'une réaction inflammatoire est la définition princeps de la goutte spinale. Le tophus rachidien peut être unifocal ou pluriel à toutes les structures vertébrales et espaces intra et épидурal [7,8]. Dans nos observations, les tophi étaient articulaires, ligamentaires et épидурaux. La goutte spinale peut véritablement mimer une spondylodiscite et/ou une épидурite infectieuse ou a contrario être asymptomatique [13,14]. Dans les 2 cas rapportés, la sémiologie clinique et radiologique initiale faisait suspecter une étiologie pottique, d'où le traitement antituberculeux instauré précocement puis arrêté après histologie négative. La rachialgie est assez fréquente dans la goutte axiale, volontiers hyperalgique et fébrile, associée à une radiculaire (25% des cas) ou à une compression médullaire (25% des cas) [12]. La topographie lombo-sacrée est la plus fréquente (56%), comme observée dans nos 2 cas ; les autres sièges cervical et thoracique restent à 22% chacun [1,10,12]. Le diagnostic repose sur la neuro-imagerie : la tomодensitométrie et surtout la tomодensitométrie bi-énergie (DECT= Dual Energy Computed Tomography). Cette dernière différencie suffisamment les dépôts d'urates sodiques des structures environnantes de par ses propriétés d'atténuation. Elle capture des images à deux niveaux différents d'énergie pour comparaison autant que des affichages couleur. Les tophi apparaissant en hypo-UH (unités houndsfield) : Index bi-énergie faible (160-170 UH) par rapport à celui élevé de dépôts calciques (450 UH) [15,16] L'imagerie par résonance magnétique est irremplaçable notamment pour mieux définir l'épidurite compressive, la spondylodiscite ou le tissu réactionnel vascularisé autour du tophus. La biopsie disco-vertébrale doit être associée à l'imagerie pour asseoir le diagnostic [10,12]. La certitude diagnostique reste l'histologie qui use de plusieurs déterminants : la fixation du prélèvement à l'alcool absolu pour éviter la dissolution des cristaux d'urates de sodium, se remarquant par un vide optique ; le microscope à lumière polarisée pour une coloration à l'Hématoxyline-Eosine et enfin la coloration de De Galantha permettant la préservation et la visualisation des cristaux d'urates de sodium [8,10,12]. Les pièces opératoires de nos 2 cas étaient fixées au Formol 10% dilué au Sérum physiologique, colorées à l'hématoxyline-éosine et lues sous microscope sans lumière polarisée, pourtant disponible dans notre contexte. Ceci pourrait refléter un autre pan de l'égaré diagnostique environnant cette pathologie, de par l'imprécision de la demande d'examen formulée au biologiste au moment du prélèvement.

La chirurgie augure d'un meilleur pronostic fonctionnel notamment une rapide récupération motrice comme observée chez nos deux patients [8,15]. Elle est surtout indiquée en cas de déficit neurologique et s'emploie selon plusieurs modalités : une laminectomie associée à une biopsie vertébrale avec ou sans une épидурectomie, avec ou sans une stabilisation rachidienne. Le traitement antigoutteux, associant la colchicine et un hypouricémiant est obligatoire pour optimiser la guérison, autant qu'une kinésithérapie fonctionnelle [8,12,14].

4. Conclusion

La goutte spinale est rare en Afrique subsaharienne. Une errance diagnostique ou la méconnaissance pourraient expliquer la rareté des publications des cas africains. La goutte spinale devrait être évoquée dans notre contexte sub-saharien après 40 ans devant toute rachialgie fébrile chronique avec déficit neurologique important et une neuro-imagerie initiale peu contributive. La chirurgie est d'utilité diagnostique et pronostique à court terme.

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

1. McConville CI, Cox JM. Spinal gout diagnosis in chiropractic practice: narrative review. *J Can Chiropr Assoc*. 2023 Apr;67(1):50-66.
2. Onana Y, Aminou M, Gueumekane BLE, Mvondo SM, Tambe J, Awana AP et al. Aspects tomodensitométriques d'une atteinte goutteuse rachidienne : A propos d'un cas dans un centre d'imagerie à Douala et revue de la littérature. *Jaccr Africa*. 2002;6(1):56-9.
3. Kaye PV, Dreyer MD. Spinal gout: an unusual clinical and cytological presentation. *Cytopathology*. 1999 Dec;10(6):411-4.
4. Ntsiba H, Makosso E, Moyikoua A. Thoracic spinal cord compression by a tophus. *Joint Bone Spine*. 2010 Mar;77(2):187-8.
5. Revaz S, Dudler J. Manifestations cliniques de la goutte. *Rev Med Suisse* 2007;3:728-30.
6. Abreu Casas D, López-Piloto OR, Rodríguez de la Paz NJ, Plasencia-Leonardo JM, Íñiguez-Avendaño D, Gutierrez JV. Spinal Cord Compression due to Tophaceous Vertebral Gout: A Case Report. *Cureus*. 2022 Jul 21;14(7):e27101.
7. Kaler J, Mukhtar O, Khalid M, Thapa S, Kaler R, Ting B, Gayam V. Spinal gout causing reversible quadriplegia: a case report and literature review. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2018 Jun 12;8(3):111-114.
8. Hasegawa EM, de Mello FM, Goldenstein-Schainberg C, Fuller R. Gout in the spine. *Rev Bras Reumatol*. 2013 May-Jun;53(3):296-302.
9. Gebreselassie KZ, Valancius D, Ranic LM, Kligora C. Unusual Cause of Cord Compression in a Patient with Chronic Lymphocytic Leukemia. *Am J Case Rep*. 2023 Mar 23;24:e938852.
10. Brahmabhatt P, Vibhute P, Gupta V, Murray J, Desai A, Agarwal A. Spinal gout diagnosed by dual-energy CT: A case report. *Radiol Case Rep*. 2022 Sep 6;17(11):4135-4138.
11. Aubry P, Gaüzère B-A. Goutte polyarticulaire chronique chez un adulte burundais : cas clinique. *Med Trop*. 2022 Avr. www.medecinetropicale.com
12. Chalès G, Albert J-D, Marin F, Guggenbuhl P. Formes cliniques rares de la goutte. [Uncommon features of gout]. *Revue du Rhumatisme* 2007;74:153-9.
13. Chahidi N, Rachidi W, Nassar K, Janani S, Mkinsi O. Goutte rachidienne [Spinal gout]. *Rev Mar Rhum*. 2015;33:3-8.
14. Ng W, Sin CH, Wong CH, Chiu WF, Chung OM. Unusual Presentation of Spinal Gout: 2 Cases Report and Literature Review. *J Orthop Case Rep*. 2017 Nov-Dec;7(6):50-54.
15. Gibney B, Murray N. Dual-Energy CT of Spinal Tophaceous Gout. *Radiology*. 2020 Aug;296(2):276.
16. Wang W, Li Q, Cai L, Liu W. Lumbar spinal stenosis attributable to tophaceous gout: case report and review of the literature. *Ther Clin Risk Manag*. 2017 Sep 28;13:1287-1293..



Impact des lombalgies sur les activités de la vie quotidienne et sur la sexualité : étude cas-témoin de 638 patients au CHU Ignace Deen de Conakry (Guinée)

Impact of low back pain on activities of daily living and sexuality: Case-control study of 638 patients at the Ignace Deen University Hospital in Conakry (Guinea)

Aly Badra Kamissoko*, Abdoulaye Barry, Abdel Amide Gbadamassi, Cosme Boutros Nato, Marie Traoré

Service de Rhumatologie, CHU Ignace Deen, Conakry (Guinée)

* **Auteur correspondant:** Email: drkamissoko@ymail.com

Reçu le 21 juin 2023, accepté le 18 novembre 2023 et mise en ligne le 30 décembre 2023

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

RESUME

Introduction : évaluer l'impact de la lombalgie sur les activités de la vie quotidienne et sur la sexualité des patients.

Matériels et méthodes : Etude cas-témoins allant du 04 décembre 2021 au 15 mai 2022 au service de rhumatologie du CHU Ignace Deen (Conakry). Les patients souffrant de lombalgie ont été inclus. Les témoins appariés selon l'âge et le sexe souffraient d'affections rhumatologiques sans lombalgie. Nous n'avons pas inclus les patients (ou ceux dont le/la partenaire) avec une pathologie pouvant affecter les activités de la vie quotidienne et la sexualité. La qualité de vie a été évaluée par Oswestry disability index. La sexualité a été évaluée par Femal sexual function index pour les femmes, et l'International index of erectil function pour les hommes.

Résultats : Nous avons colligé 638 patients (318 cas et 320 témoins). L'âge moyen des patients était de $54,8 \pm 13,1$ ans avec prédominance féminine (61,3%). Dans les activités de la vie quotidienne, une incapacité sévère était retrouvée chez 133 patients lombalgiques (41,8%). Les domaines les plus fréquemment affectés étaient le soulèvement d'objets lourd et la position debout prolongée. Les patients lombalgiques avaient 6 fois plus de risque de dysfonction sexuelle [OR=6,08(4,7-9,8)]. Elles étaient plus affectées que les témoins pour l'excitation sexuelle, la satisfaction sexuelle et la douleur. Chez les hommes lombalgiques, 61,8 % avaient une dysfonction sexuelle affectant surtout l'érection (IIEF=1,7 \pm 0,9).

Conclusion: La lombalgie affecte négativement les activités de la vie quotidienne et la sexualité des patients.

Mots-clés : *Lombalgie, incapacité fonctionnelle, dysfonction sexuelle, Guinée.*

ABSTRACT

Background and Purpose: to assess the impact of low back pain on the activities of daily living and on the sexuality of patients.

Methods: Case-control study from December 4, 2021 to May 15, 2022 at the rheumatology department of the CHU Ignace Deen (Conakry). Patients with low back pain were included in the case group. Age- and sex-matched controls had rheumatological conditions without low back pain. We did not include patients who had, or whose partner had, a pathology that could affect activities of daily living and sexuality. Quality of life was assessed using the Oswestry disability index. Sexuality was assessed using the Femal sexual function index for women and the International index of erectile function for men.

Results: We collected 638 patients (318 cases and 320 controls). The mean age of patients was 54.8 ± 13.1 years with a female predominance (61.3%). In activities of daily living, severe disability was found in 133 (41.8%) low back pain patients. The areas most frequently affected were heavy lifting and prolonged standing. Low back pain patients had a 6 times greater risk of sexual dysfunction [OR=6,08 (4,7-9,8)]. They were more affected than controls for sexual arousal, sexual satisfaction and pain. Among men with low back pain, 61.8% had sexual dysfunction affecting mainly erection (IIEF=1.7 \pm 0.9)

Conclusion: Low back pain negatively affects patients' activities of daily living and sexuality..

Keywords: *Low back pain, functional disability, sexual dysfunction, Guinea*

1. Introduction

Les lombalgies ont des retentissements sur le bien-être physique, mental et social qui réduisent les capacités fonctionnelles [1,2]. Elles peuvent influencer l'activité sexuelle [1-5]. Leurs effets sont souvent sous-estimés en raison des barrières empêchant la communication entre le médecin et le patient sur la sexualité [6]. Des travaux ont été réalisés dans la littérature sur le sujet et ont révélé un retentissement néfaste sur la vie quotidienne et sur la vie sexuelle des patients [7-10]. En Inde, Dipika et al. ont rapporté que la lombalgie affectait les activités quotidiennes chez 40 % des patients [7]. Au Togo, en 2020, Fianyo et al. ont rapporté une incapacité des activités de la vie quotidienne allant de sévère à extrême chez 4,8% du personnel médical lombalgique [8]. En France, Lefrenaye et al. ont montré que la lombalgie chronique pouvait entraîner des troubles de désir sexuel qui peuvent être directement liés à l'étiologie de la douleur ou aux effets secondaires des médicaments [9]. Au Bénin, en 2021, Zomalhèto et al. ont montré que la qualité de vie sexuelle des patients lombalgiques était fortement altérée [10]. L'évocation de la sexualité est un tabou en Guinée où les lombalgies sont fréquentes en consultation rhumatologique [11]. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact des lombalgies sur les activités de la vie quotidienne et sur la sexualité des patients.

2. Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude cas-témoins de type analytique d'une durée de six mois allant du 04/12/2021 au 15/05/2022 au service de Rhumatologie du CHU Ignace Deen (Conakry).

Nous avons inclus dans le groupe des cas, les patients reçus en consultation et/ou en hospitalisation pour une lombalgie rachidienne commune ou symptomatique. Les témoins appariés par âge et par sexe étaient les patients reçus en consultation et/ou en hospitalisation pour une affection rhumatologique sans lombalgie. Nous n'avons pas inclus les patients (et ceux dont le/la partenaire) avec une pathologie pouvant affecter les activités de la vie quotidienne et la sexualité (affection gynécologique ou urologique, maladie neurologique, psychiatrique, endocrinienne ou cardiologique). Nous avons exclus les patients avec une lombalgie projetée (origine urologique, cardiaque, gynécologique). Les variables suivantes ont été recueillies : âge, sexe, situation matrimoniale, activité/catégorie socio-professionnelle, niveau d'instruction, diagnostic étiologique, les questionnaires (Owestry disability index, Femal sexual function index, International index of erectil function). Le Questionnaire Owestry disability index (ODI) a permis d'évaluer le retentissement fonctionnel de la lombalgie et son impact sur la qualité de vie des patients lombalgiques pour une cotation suivante : incapacité minimale 0-20%; incapacité modérée 21-40%; incapacité sévère 41-60%; incapacité extrême 61-80%; cloué au lit 81-100%. Le questionnaire Femal sexual function index (FSFI) permet d'évaluer la fonction sexuelle chez les femmes. L'index de la fonction sexuelle féminine (FSFI) est composé de 19 questions réparties en six sous-échelles mesurant différents aspects de la fonction sexuelle féminine. Ces aspects sont : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction, et la douleur. Lorsque $FSFI \leq 26,55$, il y a dysfonction sexuelle [14]. Le questionnaire International index of erectil function (IIEF) permet d'évaluer la fonction sexuelle chez les hommes. L'index international de la fonction érectile (IIEF) est composé de 15 questions répartis en cinq sous-échelles mesurant différents aspects de la fonction sexuelle masculine. Ces aspects sont le désir, l'érection, l'orgasme, la satisfaction sexuelle et la satisfaction globale [15]. Le score maximal est de 25, l'interprétation se fait comme suit [16] : 1-25 fonction érectile normale ; 16-20 trouble de l'érection léger ; 11-15 trouble de l'érection modéré ; 5-10 trouble de l'érection sévère.

La collecte des données a été manuelle à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie incorporée dans l'application Kobocollect. Elle a débuté par l'interrogatoire, l'examen clinique et nous nous sommes servis des questionnaires d'ODI, de FSFI et d'IIEF pour évaluer l'impact de la lombalgie sur les activités de la vie quotidienne et sur la sexualité.

Les variables qualitatives ont été exprimées par la fréquence et le pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne avec leurs écart-types. Pour la corrélation entre la variable dépendante et les différentes variables indépendantes, nous avons utilisé le test de Chi2. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Sur le plan éthique, le protocole avait été soumis et approuvé par un collège médical du CHU Ignace Deen. Le consentement était requis après explication de la procédure et de l'objectif de l'étude. Les informations ont été collectées et traitées confidentiellement avec strict respect de la déontologie.

3. Résultats

Nous avons colligé dans le groupe de cas 318 patients lombalgiques (61,3% de femmes) et dans le groupe témoin 320 patients (61,3% de femmes) souffrant d'affections rhumatologiques sans lombalgie. L'âge moyen des patients était de $54,8 \pm 13,2$ ans (Extrêmes : 25 ans et 85 ans). Ils étaient majoritairement mariés (62,9%) et des ménagères (33,6%). Les autres caractéristiques sociodémographiques des patients sont mentionnées dans le tableau 1.

Tableau 1: Répartition des patients selon leurs caractéristiques sociodémographiques

	Cas (%)	Témoins (%)
Sexe féminin	195 (61,3)	196 (61,3)
Situation matrimoniale		
Célibataire	7 (2,2)	10 (3,1)
Divorcé (e)	4 (1,3)	12 (3,7)
Marié (e)	200 (62,9)	197 (61,6)
Veuf (e)	107 (33,6)	101 (31,6)
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	162 (50,9)	111 (34,7)
Primaire	28 (8,8)	45 (14,1)
Secondaire	38 (12,0)	78 (24,4)
Supérieur	90 (28,3)	86 (26,8)
Catégorie socio-professionnelle		
Ménagère	107 (33,6)	110 (34,4)
Elèves/Étudiant	2 (0,6)	4 (1,3)
Ouvrier	45 (14,1)	49 (15,3)
Militaire	32 (10)	37 (11,6)
Cultivateur	48 (15,1)	42 (13,1)
Commerçant	62 (19,5)	53 (16,6)
Retraités	22 (6,9)	25 (7,8)

La lombalgie était principalement retrouvée chez des patients souffrant de lombarthrose (173 cas soit 54,4%), de hernie discale (95 cas soit 29,9%) d'ostéoporose (82 cas soit 25,8%), de canal lombaire étroit (15 cas soit 4,7%), spondylarthrite ankylosante (8 cas soit 2,5%), de métastase vertébrale de néoplasie de la prostate (7 cas soit 2,2%), et de spondylodiscite tuberculeuse (5 cas soit 1,6%).

Les domaines affectés par le retentissement fonctionnel de la lombalgie sont mentionnés au tableau 2. Le tableau 3 renseignait sur la capacité fonctionnelle des patients lombalgiques selon les scores d'ODI (Owestry disability index).

Tableau 2 : Répartition des 318 patients lombalgiques selon les domaines d'ODI (Owestry disability index)

	Moyenne	Ecart-type
Soins personnels	2,8	± 1,2
Soulèvement d'objets	1,8	± 0,5
Marche	2,1	± 1,4
Position assise	3,8	± 1,2
Position debout	1,3	± 0,7
Sommeil	2,7	± 1,2
Vie sexuelle	3,1	± 1,4
Vie Sociale	2,9	± 1
Voyage	1,9	± 1,2

Tableau 3 : Répartition des 318 patients lombalgiques selon les scores d'ODI (Owestry disability index)

	Effectif (%)
Incapacité minimale	47 (14,8)
Incapacité modérée	107 (33,6)
Incapacité sévère	133 (41,8)
Incapacité extrême	28 (8,8)
Cloué au lit	3 (0,9)

La dysfonction sexuelle était significativement associée à la lombalgie ; les patients lombalgiques avaient six fois plus de risque de dysfonction sexuelle (Tableau 4).

Tableau 4 : Corrélation entre la lombalgie et la dysfonction sexuelle chez les 318 patients lombalgiques et les 320 témoins.

	Lombalgie		OR (95%)	P-value
Dysfonction sexuelle	Oui	Non		
Oui	232(72,9%)	110(34,4%)	6,08(4,7 – 9,8)	0,0006
Non	86(27%)	210(65,6%)		
Total	318(100%)	320(100%)		

Parmi les 195 femmes lombalgiques, 156 (80%) avaient une dysfonction sexuelle et pour les 196 témoins sans lombalgie, la dysfonction sexuelle représentait 40,8%. La dysfonction sexuelle affectait de façon significativement tous les domaines (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur). Cette dysfonction sexuelle chez les femmes lombalgiques concernait tous les domaines de façon significative (érection, orgasme, désir sexuel, satisfaction) (Tableau 5).

Parmi les 123 patients lombalgiques, 76 (61,8%) avaient une dysfonction sexuelle. Pour les témoins, 30 (24,2%) étaient affectés. Cette dysfonction sexuelle concernait tous les domaines de façon significative (érection, orgasme, désir sexuel, satisfaction) (Tableau 5). Dix-sept (24,4%) patients lombalgiques avaient un trouble de l'érection sévère contre trois témoins (10%) et 30 patients (24,4) avaient un trouble d'érection modéré pour 7 témoins (23,3).

Tableau 5 : Répartition des 195 patientes lombalgiques et des 196 témoins de sexe féminin selon les domaines de FSFI ; et répartition des 123 patients lombalgiques et des 124 témoins de sexe masculin selon les domaines de IIEF au service de rhumatologie.

	Cas	Témoins	P- value
FSFI	Cas (n=195)	Témoin (n=196)	P-value
Désir sexuel	2,07 ± 1,06	3,2 ± 1,4	0,02
Excitation sexuelle	1,7 ± 1,3	2,5 ± 1,06	0,01
Lubrification	1,8 ± 1,5	2,6 ± 1,8	0,03
Orgasme	2,2 ± 1,3	3,4 ± 1,8	0,01
Satisfaction sexuelle	1,7 ± 1,3	3,8 ± 1,5	0,02
Douleur	1,7 ± 1,2	3,4 ± 1,2	0,03
IIEF	Cas (n=123)	Témoin (n=124)	P-value
Erection	1,7 ± 0,9	2,8 ± 0,7	0,02
Orgasme	2,5 ± 1,1	3,8 ± 1,5	0,01
Désir sexuel	2,9 ± 1,3	3,8 ± 1,8	0,05
Satisfaction	2,8 ± 1,3	3,7 ± 1,5	0,03
Satisfaction générale	2,8 ± 1,3	3,7 ± 1,5	0,03

4. Discussion

Nous avons réalisé une étude cas-témoins afin d'évaluer l'impact de la lombalgie sur les activités de la vie quotidienne et sur la sexualité des patients. Cette étude a colligé des données hospitalières qui ne peuvent être généralisées à la population. Les tabous sur la sexualité dans notre société étaient la difficulté dans la collecte des données. Toutefois, l'étude a permis d'évaluer l'impact de la lombalgie sur les activités de la vie quotidienne et sur la sexualité des patients. La fréquence hospitalière des patients lombalgiques était supérieure à celle retrouvée par Zomalhèto et al. au Bénin (36 %) [17]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre service était l'unique service de référence du pays. L'impact négatif de la lombalgie sur la qualité de vie des patients a été retrouvé. Le niveau d'incapacité des activités de la vie quotidienne était similaire à celui retrouvé en Malaisie et au Nigéria ; ces équipes avaient rapporté respectivement une incapacité sévère d'ODI de 42,4% et de 41% [18]. Par contre, notre résultat différait des données du Togo (incapacité sévère de 5,1%) qui portait sur le personnel hospitalier plus informé sur l'hygiène du dos [8]. L'impact prédominant sur le soulèvement d'objet et la position debout prolongée concordait avec le fait que le port d'objets lourds, les positions debout

et la marche prolongées sont les positions les plus douloureuses [19,20]. Ces contraintes d'activités physiques journalières effectuées par les patients s'associaient à la gravité du score d'ODI liée aussi à un retard de consultation. La fréquence élevée des problèmes sexuels chez les patients lombalgiques était aussi retrouvée en Iran (chez les femmes : cas 71,1% vs 36,8% témoins, chez les hommes : cas 59,5% vs 24,5% témoins) et en Italie (chez les femmes lombalgiques : 76,9% et chez les hommes lombalgiques : 23,1%) [21, 22]. Ces données montraient la prédominance féminine des troubles sexuels comme dans notre série. L'impact négatif de la lombalgie sur la sexualité chez les femmes pourrait être lié à la douleur qui affecte les aspects cognitifs et émotionnels du désir sexuel [23,24]. La douleur lombaire peut entraîner des sensations de raideur et des difficultés physiques pour maintenir certaines positions sexuelles et engendrer une insatisfaction sexuelle [6,24] comme retrouvé dans les deux sexes chez nos patients. Chez l'homme, ces troubles sexuels pourraient être liés à un faible estime de soi et une blessure à la virilité [6]. Nos patientes avaient plus de douleur au cours du rapport sexuel que les patientes italiennes de Ferrari et al. [5]. Cela pourrait être due à un retard de consultation spécialisée, ce qui aggraverait la pathologie et affecter les fonctions biomécaniques du rachis lombaire.

5. Conclusion

La lombalgie entraînait un impact négatif sur les activités de la vie quotidienne et la sexualité des patients à Conakry. Les patients avaient une incapacité sévère prédominante. Ils avaient six (06) fois plus de risque de dysfonction sexuelle. Une prise en charge optimale des lombalgiques nécessite la collaboration entre rhumatologues, psychologue, andrologues et gynécologues.

Conflits d'intérêt : Aucun

Faits connus

- La lombalgie a un retentissement sur le bien-être physique, mental et social.
- La lombalgie réduit les aptitudes au travail.
- La lombalgie peut influencer négativement l'activité sexuelle.

Apports

- La lombalgie entraîne une incapacité sévère chez les patients à Conakry.
- Les dysfonctions sexuelles portent sur les domaines désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur.
- La lombalgie entraîne un trouble de l'érection sévère chez les hommes.

Références

1. Morel-Fatio M. Aspects cognitifs et comportementaux de l'incapacité dans la lombalgie chronique. *Lett Med Phys Readapt.* 2007 ;23(4) :186-94.
2. Bailly F, Foltz V, Rozenberg S, Fautrel B, Gossec L. Les répercussions de la lombalgie chronique sont en partie liées à la perte du rôle social : une étude qualitative. *Rev Rhum.* 2015 ;82(6) :396-401.
3. Durocher A, Laversin S, and Matillon Y. National Agency for Accreditation Evaluation in Health (ANAES): Diagnosis, Management and Monitoring of Patients with Chronic Low Back Pain. Paris : ANAES;2000: 95p.
4. Husky M, Ferdous F, Compagnone P, Fermanian C, Kovess-Masfety V. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2018;16(1):195.
5. Ferrari S, Vanti C, Frigau L, Guccione A, Mola F, Ruggeri M, et al. Sexual disability in patients with chronic non-specific low back pain-a multicenter retrospective analysis. *J Phys Ther Sci.* 2019;31(4):360-5.
6. Bahouq H, Fadoua A, Hanan R, Ihsane H, Najia H. Profile of sexuality in Moroccan chronic low back pain patients. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2013; 14 :63.
7. Dipika Bansal, Asrar M, Ghai B, Pushpendra D. Prevalence and impact of low back pain in a community-based population in northern India. *pain physician.* 2020;23(4): E389-98.
8. Lafrenaye-Dugas A-J, Courtois F. Lombalgie chronique et difficultés sexuelles : évaluation, éducation et intervention. *Sexologies.* 2019 ;28(1) :1-13.

9. Zomalhèto Z, Possi S, Dossou-Yovo H, Hodjigüe F. Facteurs associés à l'altération de la qualité de vie sexuelle chez les lombalgiques chroniques à Cotonou. *ESJ*. 2021 ; 17(34),126.
10. Fianyó E., Kakpovi K., Koffi-Tessio V, Tagbor K, Houzou P, Djanda M, et al. Qualité de vie du personnel hospitalier lombalgique à Lomé (Togo). *ESJ*. 2020 ;16(3).
11. Kamissoko AB, Diallo ML, Traoré M, Diallo A, Yombouno E, Barry A, et al. Panorama des maladies rhumatismales à Conakry. *ESJ*. 2018 ;14(24) :422.
12. Vogler D, Paillex R, Norberg M, de Goumoëns P, Cabri J. Validation transculturelle de l'Oswestry disability index en français. *Ann Réadapt Méd Phys*. 2008 ;51(5) :379-85.
13. Guermazi M, Mezghani M, Ghroubi S, Elleuch M, Ould Sidi A, Poiraudéau S, et al. Traduction en arabe et validation de l'indice d'Oswestry dans une population de lombalgiques Nord-Africains. *Ann Réadapt Méd Phys*. 2005 ;48(1) :1-10.
14. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000 ;26(2) :191-208.
15. Rosen R, Riley A, Wagner G, Osterloh I, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997 ;49(6) :822-30.
16. Rosen R, Cappelleri J, Smith M, Lipsky J, Peña B. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 1999;11(6).
17. Zomalhèto Z, Gounongbé M and Avimadjè M. Fréquence hospitalière et étiologies des lombalgies à Cotonou. *Rev Int Sci Med Abj*. 2012 ;14 :213-6.
18. Ferrari S, Vanti C, Giagio S, Anesi M, Youssef S, Bortolami A, et al. Low back pain and sexual disability from the patient's perspective: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2020;1-9.
19. Mohd Yusoff NS, Firdaus MKZH, Jamaludin FIC, Che Hasan MK. The need for educating healthcare professionals regarding good musculoskeletal health practice. *Enfermería Clínica*. 2019 ;29 :579-84.
20. Abolfothouh, SM, Mahmoud, K, Moammer G, El Sayed A, et Abolfothouh MA. Prevalence, consequences and predictors of low back pain among nurses in a tertiary care setting. *Int Orthop*. 2015; 39: 2439-49.
21. Awosan, KJ, Yikawe, SS, Oche, OM, et Oboirien, M. Prevalence, perception and correlates of low back pain among healthcare workers in tertiary health institutions in Sokoto, Nigeria. *Ghana Med J*. 2017; 51: 164-74.
22. Nikoobakht M, Fraidouni N, Yaghoubidoust M, Burri A, Pakpour AH. Sexual function and associated factors in Iranian patients with chronic low back pain. *Spinal Cord*. 2014 ;52(4) :307-12.
23. Bianchi-Demicheli F, Ortigue S, Meyer P. Désir sexuel hypoactif chez l'homme: prise en charge en médecine sexuelle. *Rev Med Suisse*. 2010; 6: 614-9.
24. Rosenbaum TY. Musculoskeletal pain and sexual function in women. *J Sex Med*. 2010 ;7(2):645-53..



Lombalgie commune chez le personnel soignant au CHU de Brazzaville : aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques

Low back pain in health care personnel Brazzaville in the University Teaching Hospital: epidemiological, clinical and etiological aspects

Lamini N'soundhat N E^{1,3}, Nkouala-kidédé D C^{1,3}, Moigny-Gajou Y^{2,3}, Omboumahou Bakalé E F¹, Salemo A P¹, Angalla ARL^{1,3}, Akoli E O¹, Bileckot R^{1,2,3}

¹ Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Brazzaville, Congo)

² Service de Médecine physique et Réadaptation, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Brazzaville, Congo)

³ Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI (Brazzaville, Congo)

* **Auteur correspondant:** LAMINI N'SOUNDHAT Norbert Edgard, MCA de Rhumatologie, Service de Rhumatologie, Faculté de Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI ; Email: nlamini@yahoo.fr

Reçu le 21 juin 2023, accepté le 18 Novembre 2023 et mise en ligne le 30 décembre 2023

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

RESUME

Introduction : Décrire le profil épidémiologique, clinique et étiologique de la lombalgie commune chez le personnel soignant au CHU de Brazzaville

Matériels et méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive, menée CHU, du 1er Mars au 1er octobre 2021, portant sur le personnel soignant lombalgique présent lors de la phase d'enquête et consentant à participer à l'étude. Ont été inclus dans notre étude tout personnel soignant âgé de plus de 18 ans, présentant une lombalgie commune documentée répondant à la définition de l'OMS. Les variables d'étude étaient épidémiologiques, cliniques, morphologiques, fonctionnelles appréciées par l'échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL) et professionnelles.

Résultats : La fréquence de la lombalgie commune chez le personnel soignant était de 38,9%. L'âge moyen était de 42,69 ± 9,77 ans et un sex-ratio H/F de 0,3. Les infirmiers représentaient 72,1% des soignants lombalgiques (n=80). Les célibataires étaient concernés dans 49% de cas (n=55). Ils étaient sédentaires dans 82% cas et seuls 22,5% observés les mesures d'hygiène du dos. L'IMC était supérieur à la normale dans 77,5% des cas. La lombalgie s'exprimait dans 96,4% des cas par une douleur localisée. L'évolutivité était chronique dans 93,7%. Le retentissement fonctionnel apprécié par le score EIFEL était classé sévère chez près de la moitié des patients. Le principal facteur déclenchant était un effort de soulèvement (51,4%). Seuls 33 soignants ont pu réaliser une radiographie standard du rachis lombaire en incidence de face et de profil. La principale anomalie radiographique objectivée était la discopathie dégénérative (72,1%).

Conclusion: Affection fréquente chez le personnel soignant, elle mérite d'être classée comme maladie professionnelle dans notre contexte.

Mots-clés : lombalgie commune, personnel soignant, CHU de Brazzaville.

ABSTRACT

Purpose: To describe the epidemiological, clinical and etiological profile of low back pain in health care personnel in the University Teaching Hospital

Methods: a cross-sectional, descriptive study, conducted in the University Teaching Hospital from March 1 to October 1, 2021. The study was conducted on health care personnel with low back pain who were present at the time of the survey and who agreed to participate in the study. All healthcare workers over 18 years of age with documented low back pain meeting the W.H.O definition were included in our study. The study variables were epidemiological, clinical, morphological, functional assessed by the Functional Disability Evaluation Scale for Low Back Pain and occupational.

Results: The frequency of low back pain in health care personnel was 38.9%. The mean age was 42.69 ± 9.77 years and the sex ratio was 0.3. Nurses were in the majority with 72.1% (n=80). Single people were involved in 49% of cases (n=55). They were sedentary in 82% of cases and only 22.5% observed back hygiene measures. The BMI was higher

than normal in 77.5% of cases. Low back pain was expressed in 96.4% of the cases as localised pain without radicular irradiation. The evolution was chronic in 93.7% of cases. The functional impact assessed by the EIFEL score was classified as severe in almost half of the patients. The main triggering factor was a lifting effort (51.4%). Only 33 health care personnel were able to perform a standard radiograph of the lumbar spine in front and side view. The main radiographic abnormality detected was degenerative disc disease (72.1%).

Conclusion: A common disease among health care personnel, it deserves to be classified as an occupational disease in our context.

Keywords: *Low back pain, health care personnel, Brazzaville-Congo*

1. Introduction

La lombalgie est une douleur de la région lombo-sacrée, médiane ou latéralisée, qui peut irradier dans la fesse sans rapport avec une cause inflammatoire, infectieuse, tumorale et traumatique [1-2]. En milieu professionnel, la lombalgie commune représente le trouble musculosquelettique le plus fréquent et constitue la première affection limitant l'activité professionnelle avant 45 ans, mais également la première cause de morbidité ostéoarticulaire [3]. En Afrique subsaharienne, le personnel de santé, en raison des conditions de travail difficiles, des différentes postures adoptées pour réaliser les activités et les gestes de soins, constituent une population à risque de développer une lombalgie commune [4]. Au Congo, la lombalgie commune ne figure pas sur la liste des maladies professionnelles reconnues et sa fréquence en milieu professionnel demeure peu précise, notamment en milieu de soins [5]. Ainsi, il nous est paru opportun de décrire le profil épidémiologique, clinique, étiologique de la lombalgie commune chez le personnel soignant du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B).

2. Patients et méthodes

Il s'est agi, d'une étude transversale, descriptive, menée dans les services bio-médico-cliniques du CHU-B, allant du 01 Mars au 01 Octobre 2021, soit une durée de huit (8) mois. Ont été inclus dans notre étude tout personnel soignant exerçant au CHU-B ayant au moins 6 mois d'exercice professionnel, consentant à participer à l'étude, présent sur le lieu de travail au moment de l'enquête, présentant une lombalgie commune documentée et répondant à la définition de l'OMS [6, 7]. Chaque agent de santé a bénéficié d'une évaluation clinique, fonctionnelle et radiographiques le cas échéant, tout en s'enquérant des mesures professionnelles mises en place. Les variables d'étude étaient sociodémographiques (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles, situation matrimoniale), cliniques (antécédents de lombalgies, les comorbidités, les caractéristiques de la douleur, notamment les facteurs déclenchant et délai diagnostique, les données anthropométriques, la statique et la mobilité rachidienne), fonctionnelles appréciées par l'échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL) [8], morphologique (radiographie standard du rachis lombaire de face et profil en charge) et professionnelles (arrêt de travail, changement ou aménagement du poste de travail et mise en invalidité, chômage anticipé). Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire administré en langues nationales (lingala et kituba) et en français. Le logiciel Epi info version 2011 a permis l'analyse des données. Les variables catégorielles ont été exprimées en effectif et pourcentage et les variables quantitatives en moyenne +/- écart type. Cette étude s'est déroulée dans le strict respect de l'anonymat et de la confidentialité.

3. Résultats

Seul établissement de santé de 3ème niveau du système de santé, le CHU-B comptait 571 personnels soignants de toutes catégories, dont 293 répondaient aux critères d'inclusion. Parmi-eux, 111 soignants, soit 38,9%, étaient lombalgiques (figure 1).

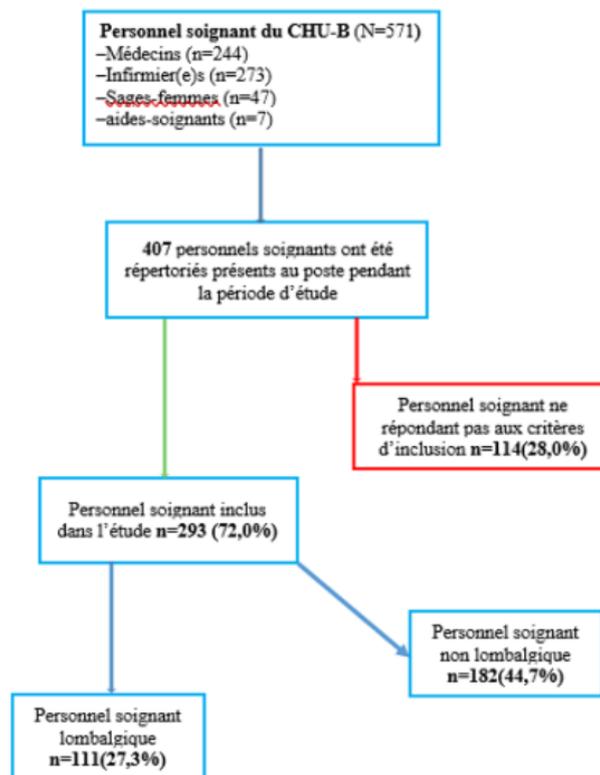


Figure 1 : Diagramme de sélection de la population

L'âge moyen était de $42,69 \pm 9,77$ avec des extrêmes allant de 20 à 65 ans (figure 2).

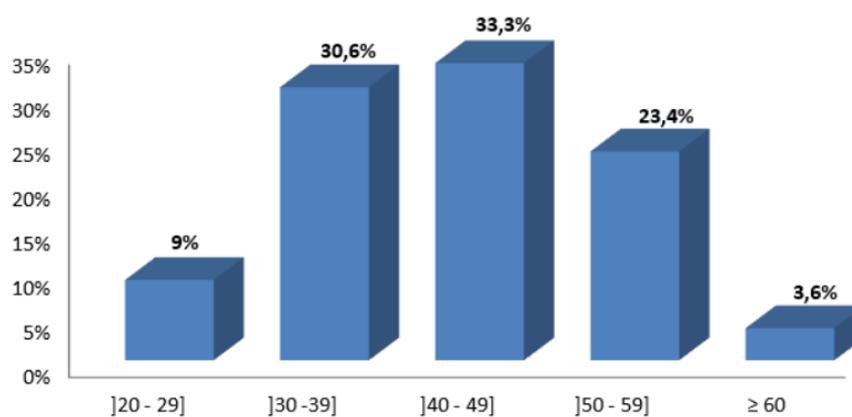


Figure 2: Répartition du personnel soignant lombalgique selon les tranches d'âge.

La lombalgie touchait la femme dans 75,7% des cas (n=84) et l'homme dans 24,3% des cas (n=27), soit un sex-ratio de 0,32. Sur le plan professionnel, la durée moyenne d'exercice de la profession de soignant était de $11,4 \pm 9,72$ années.

Elle intéressait principalement la catégorie professionnelle infirmière, représentant 72,1% des soignants lombalgiques (figure 3).

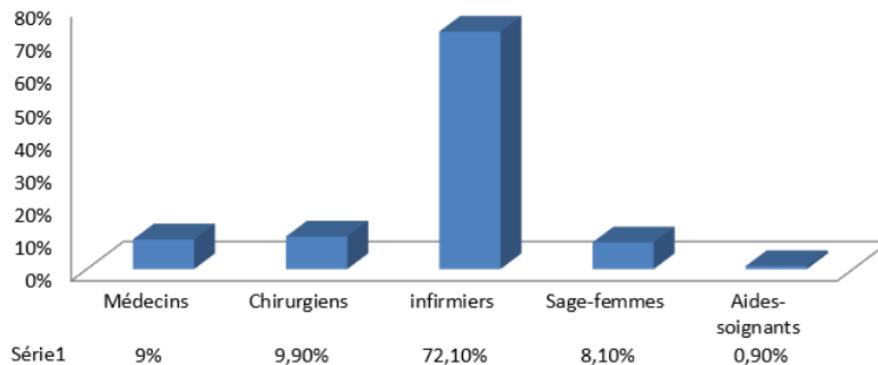


Figure 3: Répartition des soignants selon les catégories professionnelles.

La répartition du personnel soignant lombalgique selon le statut matrimonial est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition du personnel soignant lombalgique selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Célibataire	55	49,5
Marié	37	33,3
Union libre	14	12,6
Veuf (ve)	3	2,7
Divorcé	2	1,8
Total	111	100,0

La multiparité était le principal antécédent personnel, retrouvé dans 38,1% des cas (n=32), suivi de l'existence d'une notion de lombalgie antérieure dans 13,5% des cas (n=15). On retrouvait une notion de consommation d'alcool chez 41,4% des soignants lombalgiques (n=46), tandis que seuls 2 étaient fumeurs (1,80%). Le personnel soignant ne pratiquait aucune activité sportive dans 82% des cas (n= 91). Les règles d'hygiène du dos n'étaient connues que par 25 des soignants (22,5%). Sur le plan clinique, la lombalgie s'exprimait dans 96,4% de cas par une douleur lombaire mécanique, fixe. Elle s'accompagnait d'une irradiation au niveau des membres pelviens dans 3,6% des cas. La durée moyenne d'évolution était de 51±62 mois avec des extrêmes allant de 1 à 154 mois. Son évolution était chronique dans 93,7% des cas (n=104) et aigue dans 6,3% des cas (n=7). Le mode de début exprimé par les soignants était spontané dans 2,7% des cas (n=3), provoqué dans 69,4% des cas (n=77). Il était brutal dans 27 % des cas (n=30) et progressif dans 0,9% (n=1). La lombalgie survenait dans 65,8% des cas (n=73) sur le lieu de travail. L'effort de redressement du tronc après une posture de travail penché en avant était le facteur déclenchant de la douleur lombaire dans 51,4% (n=57). Le port de charge lourde en était le facteur déclenchant dans 28,8% (n=32). L'intensité de la douleur était classée modérée, selon l'échelle visuelle analogique (EVA), dans 93,7% des cas. Sur le plan anthropométrique, l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 27,1±3,28 Kg/m² avec des extrêmes de 19,6 et 36,7 Kg/m² (figure 4).

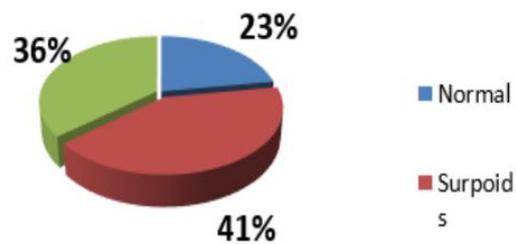


Figure 4 : Répartition des personnels soignants selon l'indice de masse corporel.

Sur le plan rachidien lombaire, il existait une attitude antalgique chez 64 soignants (57,7%), il s'agissait d'une attitude scoliotique dans 65,6% des cas (n=42), d'une attitude antalgique directe gauche dans 31,2% des cas (n=20) et directe droite dans 3,2% des cas (n=2). La mobilité rachidienne lombaire était préservée chez 85,6% des soignants (n=95). Le retentissement fonctionnel de la lombalgie, apprécié par le score de EIFEL, était classé sévère dans 46 % des cas (figure 5).

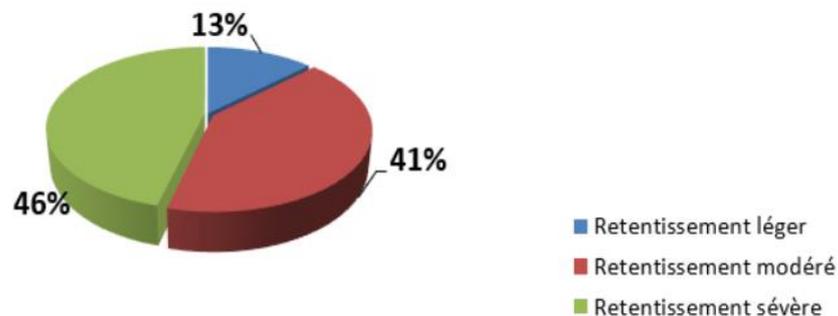


Figure 5 : Répartition du personnel soignant lombalgique selon le score d'EIFEL

Au cours de notre étude, seuls 33 soignants avaient réalisé une radiographie standard du rachis lombaire en incidence de face et de profil. Il existait des anomalies radiographiques dans 25 cas (n=75,8%), tandis qu'elle était normale chez les 8 autres (n=24,2%). La principale anomalie radiographique objectivée était la discopathie dégénérative (tableau 2).

Tableau 2: Répartition selon les anomalies radiographiques

Variable	Effectif	Pourcentage (%)
Pathologies radiologiques retrouvées		
Discopathie dégénérative	18	72,1
Canal lombaire rétréci	11	44,0
Arthrose inter apophysaire postérieure	9	36,0
Scoliose	3	12,0
Spondylolisthésis de L4-L5 type 1	2	8,0

La mesure professionnelle prescrite aux soignants était l'arrêt de travail (44,1%), avec une durée moyenne de 11±17 jours et des extrêmes allant de 1 à 120 jours (tableau 3).

Tableau 3 : Répartition du personnel soignant lombalgique selon la durée d'arrêt de travail

Variables	Effectif	Pourcentage
Durée d'arrêt de travail (jours)		
1 – 5	20	40,8
6 – 10	17	34,7
11 – 15	6	12,2
16 – 30	5	10,2
>30	1	2,0

4. Discussion

La lombalgie commune apparaît fréquente chez le personnel soignant de notre série, constituant ainsi un véritable problème en milieu professionnel de santé. Les travaux de Ouédraogo et al au Burkina Faso [4] ont mis en lumière la fréquence élevée de la lombalgie commune en milieu de soins en Afrique subsaharienne. Dans cette série, leur fréquence était de 56,4%, nettement supérieure à la nôtre. Une récente étude menée au Nigéria rapporte quant à elle une fréquence proche de la nôtre de 39,1% [9]. Malgré cette fréquence élevée dans les séries d'Afrique Subsaharienne, la lombalgie commune ne figure toujours pas dans la liste des maladies reconnues comme maladies professionnelles dans de nombreux pays. En effet, les études réalisées étant en générale hospitalière, il est difficile de généraliser leurs résultats à l'ensemble des travailleurs et donc d'en tirer des conclusions pertinentes sur le plan professionnel. Il en reste néanmoins que la lombalgie commune mérite d'être prise en compte comme problème de santé professionnelle notamment en milieu de soins [10, 11]. Un regard attentif doit être porté chez les soignants ayant une ancienneté comprise entre 5 et 15 ans au regard de la durée moyenne d'exercice professionnel de notre série, en particulier dans la catégorie professionnelle infirmière, principale catégorie professionnelle concernée par la lombalgie commune [4, 9]. Cette fréquence élevée chez les infirmières est en lien avec les conditions de travail peu adaptées, telles que les stations debout prolongées, les postures contraignantes répétées penchés en avant, le transfert manuel des charges lourdes, identifiés comme facteurs de risque physiques de surmenage lombaire [12]. L'insuffisance du plateau technique de soins est la cause principale de ces conditions de travail délétères pour le rachis lombaire. La prédominance féminine de la lombalgie commune est classique et rapportée par de nombreux auteurs [13-16]. Le manque de masse musculaire importante, la sédentarité et pour certains auteurs la notion de double charge de travail (maison et hôpital) explique chez la femme la survenue de la lombalgie commune [15]. La lombalgie commune chez le personnel soignant s'exprime de plus en plus fréquemment au sein des populations jeunes, comme le confirme la littérature [13, 15, 17, 18]. Dans notre série, l'âge moyen était de 42,69 ± 9,77ans avec des extrêmes de 20 et 65 ans. Cet âge moyen était de 39 ± 8,59 dans la série de Ouédraogo et al et de 36,99 ± 8,23 dans la série de Awosan et al [5, 9]. Alors que l'avancée en âge constitue un facteur de risque de survenue de lombalgie commune en population général, en milieu professionnel cela n'est pas le cas [19]. En effet, l'inadaptation du poste de travail en favorisant les mauvaises postures et le surmenage lombaire répétitif et prolongé apparaissent plus à risque de survenue d'une lombalgie commune indépendamment de l'âge [20]. Les efforts de redressement rachidien après une position penché en avant ou assise et la manutention de charges lourdes sont les 2 principaux facteurs déclenchants identifiés, justifiant ainsi d'un mode de début le plus souvent brutal [20, 21]. De plus, la persistance de facteurs professionnels de surmenage rachidien lombaire dans l'environnement de travail semble être l'élément principal de l'évolution chronique de la lombalgie chez le personnel soignant [13, 21].

La relation entre la lombalgie commune et la surcharge pondérale a été fréquemment rapportée dans la littérature et notre étude n'en fait pas exception [13, 22, 23]. Une méta-analyse récente a permis de montrer que l'obésité était un facteur de risque, de présence, de déclenchement et de passage à la chronicité d'une lombalgie notamment quand l'index de masse corporelle (IMC) était > 30 kg/m². Cette association est d'autant plus forte qu'il s'agit de femmes [24]. La lombalgie commune s'exprime sur le plan clinique par une douleur lombaire d'intensité modérée, associée à une mobilité rachidienne préservée dans notre série, expliquant en partie la poursuite des activités professionnelles par les soignants. A l'inverse, la lombalgie est responsable d'un retentissement fonctionnel important en témoigne la fréquence élevée des arrêts de travail rapportée par les soignants dans notre série (44,1%). Ouédraogo et al rapportaient une fréquence moins élevée des arrêts de travail (17,5%). Les aménagements de poste sont peu fréquents dans les séries africaines subsaharienne, l'absence de plan de gestion de carrière, l'insuffisance de personnels soignants qualifiés et l'insuffisance du plateau technique rend tout changement ou aménagement de poste de travail très difficile. [13, 14]. En Afrique

subsaharienne la principale étiologie de la lombalgie commune demeure la discopathie dégénérative et cela indépendamment de la catégorie socio-professionnelle comme observé par Mijiyawa et al au Togo, Ntsiba et al au Congo et Diomandé et al en côte d'ivoire [20, 25, 26]. En milieu professionnel, la discopathie dégénérative rend compte du mécanisme par microtraumatisme répété, en rapport avec le surmenage rachidien lombaire lié aux postures et aux activités de manutentions.

5. Conclusion

Problème majeur de santé publique, la lombalgie commune constitue une affection fréquente chez les personnels soignants hospitaliers et mérite d'être considérée comme une maladie professionnelle chez le personnel soignant au Congo. Elle prédomine chez le personnel soignant, de catégorie professionnelle infirmière, de sexe féminin, célibataire, jeune âgé entre 30-49ans, Son retentissement socioprofessionnel est important, se caractérisant par de nombreux arrêts de travail. Sur le plan morphologique la discopathie dégénérative en est la principale cause.

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

- 1- Duquesnoy B, Defontaine MC, Grardel B, Maigne JY, Simonin A, Thevenon A, et al. Définition de la lombalgie chronique. *Rev Rhum* 1994 ; 61(4bis) : 9S-10S
- 2- Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune, modalités de prescription 2005 ; 31(5) 11-24.
- 3- Leger D, Voisin C, Conso F. Handicaps et incidences socioéconomiques dans la pathologie lombaire commune. *Techniques Appareil Locomoteur* 1994 :1-8 EMC Editions 15-841-A-10.
- 4- Ouédraogo DD, Ouédraogo V, Ouédraogo LT, Kinda M et al. Prévalence et facteurs de risque associés à la lombalgie chez le personnel hospitalier à Ouagadougou (Burkina Faso). *Médecine Tropicale* 2010 ;70 :277-80.
- 5- Sécurité sociale. Liste des maladies professionnelles. M.C., 1966, p. 524.
- 6- Cherina P et De Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine & Longévité* 2011 ;3 :137- 49.
- 7- Balkhadir H, Skalli S, Ait Moussa M, EL Youbi K et Karkouri S. La lombalgie chronique : la comprendre pour mieux la gérer. *Revue Marocaine de Rhumatologie* 2020 ;52 :16-32.
- 8- Rannou F et Poiraudou S. Évaluation du retentissement des lombalgies communes. *La Lettre du Rhumatologue* 1998; 239 : 34-5.
- 9- Awosan K.J, Yikawe SS, Oche O.M, Oboirien M. Prevalence, perception and correlates of low pain among healthcare workers in tertiary health institutions in Sokoto. *Med J* 2017 ; 51(4) : 164-74.
- 10- Hoffmann F, Stossel U, Michaelis M, Nubling M, Siegel A. Low back pain and lumbago-sciatica in nurses and a reference group of clerks: results of a comparative prevalence study in germany. *Int Arch Occup Environ Health*. 2002 ;75(234):484–90.
- 11- Smedley J, Egger P, Cooper C. et Coggon D. Activités de manutention manuelle et risque de lombalgie. *Med Trav et Env*.1995 ; 52(34), 160-3.
- 12- Walsh K., Cruddas M, et Coggon D. Interaction de la hauteur et de la charge mécanique de la colonne vertébrale pour le développement de la lombalgie. *Scandinavian journal of work, Environment and Health*. 1991;17,420- 4.
- 13-Diatta A.E.R, Cisse M, Ndiaye M. Prévalence et facteurs de risque de la lombalgie commune parmi le personnel soignant Sénégalais. *Med Trav et Med Leg*. 2018. 67-73.
- 14- Fianyo E, Agbobli Y.A, Kakpovi K, Houzou P, Koffi-Tessio V.E.S, et al. Prévalence et facteurs de risque de lombalgie chez le personnel soignant à Lomé (Togo). *ESJ*. 2019 15(33): 264-73.
- 15-Ouédraogo DD, Eti E, Daboiko J, Simon F, et al. Les lombosciatiques discales non compliquées : aspects épidémiologiques et sémiologiques chez le noir africain : à propos de 143 malades. *Sante* 2007; 2 :93-6.
- 16- Bileckot R, Ntsiba H, Mbongo J A, Masson Ch, Bregeon Ch. et al. Les affections rhumatismales observées en milieu hospitalier au Congo. *Sem Hôp Paris* 1992 ; 68 : 282-85.

- 17- Diao M.L, Diatta A.E.R, Dieng I.L.M, Koulibaly A, Ndong A, Manyacka P, et al. Prévalence et facteurs associés à la lombalgie commune chez le personnel soignant à Saint – Louis (Sénégal). *Med Afr Noir*. 2021 ;6801 : 24-30.
- 18-Caillard J. R, Czernichow P, Doucet E, Jamoussi S, Rebai D, Julien. R, et al. Le risque lombalgique professionnel à l'hôpital. *Arch. Mal. Prof*; 48(8): 623 - 27.
- 19-Rozenberg S, Bray MG, Rosenberg C. Lombalgie chronique du sujet âgé. Données épidémiologiques et cliniques. *Revue du Rhumatisme Monographies* 2011 ;78 (1): 8-10.
- 20- Ntsiba H, Bileckot R, Makosso E. Lombalgie commune : à propos de 200 cas observés dans le service de rhumatologie au CHU de Brazzaville. *Med Afr Noir* 2009 ; 56(4): 227-30.
- 21- Poiraudeau S, Lefevre Colau MM, Fayad F, Rannou F, Revel M. Lombalgies EMC-Rhum Ortho Elsevier (2004) 295–319
- 22- Bejia I, Younes M, Jamila HB, Khalfallah T, Ben Salem K, Touzi M et al. Prevalence and factors associated to low back pain among hospital staff. *Joint Bone Spine* 2005 ; 72 : 254-9.
- 23- Burgmeier AC, Blindauer B, Lehmann R. Incidence. Prévalence et facteurs de risque de lombalgies hospitalières. *Med Trav* 1987 ;134 :28-34.
- 24- Charbotel B, Systchenko B, Ladreyt JT, Bergeret A. Evaluation de la fréquence des troubles musculosquelettiques dans une blanchisserie hospitalière. *Arch Mal Prof et Environ* 2003 ; 64 : 77-82.
- 25- Mijiyawa M, Oniankitan O, Kolani B et Koriko T. La lombalgie en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Revue du Rhumatisme* 2000 ; 67 :914-20.
- 26- Diomandé M, Bamba A, Traoré A, Kpami Y N C et al. Données épidémiologiques en hospitalisation rhumatologique à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine de médecine interne* 2020 ;7 (1-2) :22-30..



Profil clinique et fonctionnel des patients suivis pour lombalgie commune au CHU de Brazzaville

Clinical and functional profile of patients followed for low back pain in Brazzaville University Teaching Hospital

Lamini N'soundhat N E^{1,3}, Angalla ARL^{1,3}, Moigny-Gajou Y^{2,3}, Nkouala-kidédé D C^{1,3}, Mbouale Ossemba J M¹,
Ntsietankazi R M¹, Bileckot R^{1,2,3}

¹ Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Brazzaville, Congo)

² Service de Médecine physique et Réadaptation, Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Brazzaville, Congo)

³ Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI (Brazzaville, Congo)

* **Auteur correspondant:** LAMINI N'SOUNDHAT Norbert Edgard, MCA de Rhumatologie, Service de Rhumatologie, Faculté de Sciences de la Santé, Université Marien NGOUABI ; Email: nlamini@yahoo.fr

Reçu le 21 juin 2023, accepté le 15 Novembre 2023 et mise en ligne le 30 décembre 2023

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

RESUME

Objectif : Décrire le profil clinique et fonctionnel des patients suivis pour lombalgie commune au CHU de Brazzaville.

Matériels et méthodes : étude transversale, descriptive et monocentrique, menée dans le service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) du CHU de Brazzaville. Ont été inclus les patients suivis entre le 3 avril et 3 novembre 2022 (7mois), pour une lombalgie commune documentée. Tous les patients ont ainsi bénéficié d'une évaluation clinique et fonctionnelle par un rhumatologue et un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptative. Les variables d'étude étaient épidémiologiques, cliniques, fonctionnelles.

Résultats : Durant la période d'étude 215 patients ont été vus, dont 82 pour une lombalgie commune, soit une fréquence hospitalière de 38%. L'âge moyen était de 57 ± 14 ans (extrêmes 25 et 93 ans). Les femmes prédominaient avec un sex-ratio de 0,43. L'évolution était chronique dans 93,9% avec une durée moyenne d'évolution de $5 \pm 5,2$ ans (extrêmes de 1 mois et 24 ans). L'intensité de la douleur appréciée par l'EVA était supérieure à 8/10 dans 80,49%. La mobilité lombo-pelvi fémorale se caractérisait par un indice de Schöber moyen à $14,12 \pm 2,03$ cm, une distance doigt-sol moyenne de $5,8 \pm 6,4$ cm et une distance talon-fesse moyenne de $3,6 \pm 4,2$ cm. La mesure de l'endurance musculaire trouvait un score moyen selon le Test de Shirado de 38 ± 13 secondes et selon le test de Sorensen de 31 ± 15 secondes. L'incapacité fonctionnelle appréciée par le score EIFEL était sévère dans 90,2%.

Conclusion: Au cours de la lombalgie commune, les capacités d'endurance isométrique des muscles du tronc sont effondrées, alors que la mobilité rachidienne demeure conservée.

Mots-clés : *lombalgie commune, rééducation fonctionnelle, Brazzaville-Congo.*

ABSTRACT

Purpose: To describe the clinical and functional profile of patients followed for low back pain in Brazzaville University Teaching Hospital.

Methods: cross-sectional, descriptive, and monocentric study, conducted in the department of Physical Medicine and Rehabilitation of the Brazzaville University Teaching Hospital. Patients followed for low back pain between April 3 and November 3, 2022 (7 months) were included to the study. All patients underwent a clinical and functional evaluation by a rheumatologist and a physical therapist. Epidemiological, clinical, and functional variables were studied.

Results: During the study period, 215 patients were examined, including 82 of them for common low back pain, with a hospital frequency of 38%. The average age was 57 ± 14 years (range from 25 to 93 years). Women predominated and the sex ratio was 0.43. Low back pain was chronic in 93.9% of cases with an average duration of 5 ± 5.2 years (range from 1 month to 24 years). Pain intensity assessed by the Visual Analogue Scale (VAS) was rated higher than 8/10 in 80.49%. Lumbo-pelvic-femoral mobility was characterized by an average Schöber test of 14.12 ± 2.03 cm, the average finger-to-ground distance was 5.8 ± 6.4 cm and the average heel-to-buttock distance was 3.6 ± 4.2 cm. Muscular endurance average score was 38 ± 13 seconds according to the Shirado test and 31 ± 15 seconds according to the Sorensen test. The functional disability assessed using the EIFEL score was severe in 90.2%.

Conclusion: During low back pain, the isometric endurance capacities of the trunk muscles are collapsed, while spinal mobility remains preserved

Keywords: *Low back pain, functional rehabilitation, Brazzaville-Congo*

1. Introduction

La lombalgie commune est l'une des affections les plus fréquentes en pratique hospitalière rhumatologique, en Afrique subsaharienne et en Occident [1, 2, 3]. L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) définit la lombalgie de façon non spécifique, par une « sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels sur une structure située au niveau du bas du dos » [4]. Elle est dite « commune » lorsque la cause de la lombalgie est une atteinte dégénérative ou mécanique, retenue en l'absence de signes évocateurs d'une pathologie inflammatoire, infectieuse, fracturaire ou tumorale [5]. On estime, à l'heure actuelle, que 60 à 90 % de la population adulte en souffre ou en a souffert. Si la douleur se résorbe spontanément chez la plupart des personnes, 23 % d'entre elles évoluent vers la chronicité et environ 11 à 12 % vers le handicap, faisant ainsi de la lombalgie commune la première cause de handicap dans le monde [6]. Les épisodes entraînant une limitation des activités de la vie quotidienne auraient une prévalence sur l'ensemble de la vie de 39 % et une prévalence ponctuelle de 17 % [7, 8]. L'incapacité induite par la lombalgie commune semble augmenter de décennie en décennie et cela malgré l'amélioration des conditions de vie et de prise en charge [9, 10]. Elle constitue de ce fait, à l'heure actuelle, un réel problème de santé publique mondial [11]. La lombalgie commune apparaît ainsi comme une affection complexe et multifactorielle faisant intervenir le stress mécanique rachidien lombaire, des facteurs psychosociaux, des facteurs génétiques et les habitudes de vie notamment en Afrique subsaharienne [12]. Ainsi, Le traitement médicamenteux seul ne suffit pas à prévenir les récurrences, le passage à la chronicité ou encore à favoriser la reprise professionnelle. Les mesures physiques et de réadaptation sont devenues indispensables dans la prise en charge des patients lombalgiques notamment pour assurer rapidement la restauration des capacités fonctionnelles [7, 13]. Ce programme de restauration fonctionnelle repose sur une évaluation fonctionnelle précise du patient. En Afrique subsaharienne et au Congo en particulier peu de données existent sur les capacités fonctionnelles des patients lombalgiques. Les données hospitalières abordent le plus souvent les aspects épidémiologiques, cliniques, morphologiques et médicamenteux [14, 15]. Ainsi, nous avons mené ce travail, dont l'objectif était de décrire le profil clinique et fonctionnel des patients suivis pour lombalgie commune au CHU de Brazzaville.

2. Patients et méthodes

Nous avons mené une étude transversale, descriptive et monocentrique, au sein du service de médecine physique et réadaptative du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, sur une période de 7 mois allant du 3 avril au 3 novembre 2022. Ont été inclus les patients âgés de plus de 18 ans, vus en consultation, pour une lombalgie commune documentée, tenant compte de la définition de l'OMS c'est-à-dire absence de syndrome inflammatoire biologique et d'images de spondylite et/ou de spondylodiscite, ou de fracture vertébrale à l'imagerie. Tous ont été inclus après consentement éclairé. Tous les patients ont ainsi bénéficié d'une évaluation clinique et fonctionnelle par un rhumatologue et un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptative. Les variables d'étude étaient épidémiologiques (âge, sexe, profession, pratique sportive), cliniques (EVA douleur, statique rachidienne, distance doigt-sol et indice de Schöber) et morphologiques (radiographie standard du rachis lombaire de face et profil). Elles étaient également fonctionnelles :

- La mesure de la distance talon-fesse moyenne pour apprécier l'extensibilité musculaire rachidienne lombaire. Elle était mesurée à l'aide d'un mètre ruban, le patient étant allongé en décubitus ventral sur la table d'examen médical. L'examineur réalisait la flexion passive du genou et mesurait la distance talon fesse dès que le bassin décollait du plan du lit, La normale étant de zéro cm [16].
- Le test de Shirado et le test de Sorensen pour la mesure de l'endurance musculaire rachidienne lombaire.
 - Pour le test de Shirado, nous avons utilisé un chronomètre pour apprécier la durée de maintien de la posture, un tabouret et un tapis. Le participant était allongé en décubitus dorsal, au sol sur le tapis, les bras croisés sur la poitrine, les hanches et les genoux fléchis à 90° et les mollets reposant sur le tabouret. Lorsque le participant était prêt, il redressait son buste vers la verticale de façon à décoller ses omoplates du sol et à contracter sa sangle abdominale. Les hanches, les genoux et les pieds restaient dans leur position initiale. La durée maximum du maintien de la position était de trois minutes. Le test débutait dès lors que le participant respecte la position demandée. L'endurance était considérée faible si la durée de maintien était inférieure à 60 secondes ; moyenne entre 60 et 90 secondes ; bonne entre 90 et 150 secondes et très bonnes lorsqu'elle était supérieure à 150 secondes [16, 17]

- Pour le test de Sorensen, le participant était installé sur une table d'examen médical, en décubitus ventral, le sujet positionnant le bord supérieur de ses crêtes iliaques à la limite du débord de table. Un tabouret était disposé à la hauteur de ses bras pour faciliter l'installation du patient. Les jambes du patient étaient maintenues au contact du lit au moyen de 3 sangles d'attache (à la hauteur du bassin, des cuisses et des jambes). Pour la sécurité du patient un kinésithérapeute faisait contre poids également à la hauteur de bassin et des cuisses. Il était demandé au patient, une fois positionné, de croiser ses bras contre sa poitrine et de maintenir la position le plus longtemps possible. La durée de maintien était mesurée à l'aide d'un chronomètre. L'endurance était considérée faible si la durée de maintien était inférieure à 60 secondes ; moyenne entre 60 et 120 secondes ; bonne entre 120 et 180 secondes et très bonnes lorsqu'elle était supérieure à 180 secondes [16, 18].
- La mesure du score d'EIFEL, validé pour l'appréciation du retentissement fonctionnel au cours de la lombalgies commune [19]

Les données de l'étude ont été collectées sur le logiciel Excel, puis analysées par le logiciel SPSS. Les variables catégorielles nominales et ordinales ont été exprimées en effectif et pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart-type. La comparaison des variables catégorielles a été réalisée par le test Khi-deux ou le test exact de Fisher pour les effectifs faibles (effectif attendu inférieur à 5) avec un seuil de significativité de 5%. Cette étude s'est déroulée dans le strict respect de l'anonymat et de la confidentialité, après autorisation de la Direction de la recherche et de la formation du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

3. Résultats

Durant la période d'étude, 215 patients ont été reçus en consultation dans le service de MPR, dont 82 pour une lombalgie commune, soit une fréquence hospitalière de 38%. L'âge moyen des patients était de 57 ± 14 ans avec des extrêmes de 25 et 93 ans. Elle prédominait entre 55 et 64 ans (25,6%) (figure 1). La lombalgie commune concernait la femme dans 57 cas (69,5%) et l'homme dans 25 cas (30,4%), soit un sex-ratio de 0,43. Sur le plan professionnel, il s'agissait principalement de commerçants et des professionnels de santé paramédicaux, représentant respectivement 15 cas (18,3 %) et 14 cas (17,1%) (tableau 1). Les patients ne pratiquaient aucune activité sportive régulière dans 59 cas (71,9%).

Tableau 1: Répartition des patients lombalgiques selon la catégorie professionnelle

Professions	n	%
Commerçant	15	18,3
Paramédicale	14	17,1
Ménagère	11	13,4
Administrateur	7	8,5
Enseignant	7	8,5
Ouvrier	7	8,5
Ingénieur	6	7,3
Militaire	5	6,1
Chauffeur	3	3,7
Cultivatrice	3	3,7
Etudiant	2	2,4
Médecin	2	2,4
TOTAL	82	100

La lombalgie avait un mode de début spontané dans 11,7% des cas (n=6) et provoqué dans 49,9% des cas (n=54). Le début était brutal dans 26,7% des cas (n=16) et progressif dans 11,7% (n=6). L'intensité de la douleur, appréciée à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA), était modérée dans 58% des cas (n=50), légère dans 25% des cas (n=19) et très intense dans 17% des cas (n=13) (figure 2). La douleur siégeait en région lombaire basse dans 69 cas (84%), en région lombaire moyenne dans 9 cas (11%) et en région lombaire haute dans 4 cas (5%). La durée moyenne d'évolution de la lombalgie commune était de $5 \pm 5,2$ ans avec des extrêmes de 1 mois et 24 ans. Il s'agissait d'une évolution chronique dans 77 cas (93,9%) et aiguë dans 5 cas (6,1%).

Sur le plan clinique, l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de $25,8 \pm 3,5$ kg/m² avec des extrêmes de 17,9 et 33,6 kg/m². Chez les femmes l'IMC moyen était de $26,2 \pm 3,7$ kg/m² et chez les hommes de $25,1 \pm 2,9$ kg/m². Les patients étaient en surcharge pondérale dans 53,7 % des cas. Il existait un trouble de la statique rachidienne chez tous les patients, il s'agissait d'une hyperlordose dans 51 cas (62,5%) et d'une attitude scoliotique dans 31 cas (37,5%). L'appréciation de la mobilité rachidienne trouvait une distance doigt-sol moyenne de $5,8 \pm 6,4$ cm avec des extrêmes de 0 et 34 cm et un Indice de Schöber moyen de $14,12 \pm 2,03$ cm avec des extrêmes de 10 et 16 cm. Sur le plan des performances musculaires, L'extensibilité musculaire sous pelvienne se caractérisait par une distance Talon-Fesse moyenne de $3,6 \pm 4,2$ cm avec des extrêmes de 0,0 et 15,0 cm. L'endurance musculaire moyenne, selon le test de Shirado était de 38 ± 13 secondes avec des extrêmes de 9 et 90 secondes et selon le test de Sorensen de 31 ± 15 secondes avec des extrêmes de 1 et 75 secondes. Sur le plan radiologique, la radiographie standard du rachis lombaire en incidence de face et de profil était anormale chez 72 patients (87,8%) et normale chez 10 patients. La principale étiologie radiographique était la discopathie dégénérative, objectivée dans 53,6% des cas (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des patients selon l'étiologie radiographique objectivée

Pathologies radiographiques retrouvées	Effectif	Pourcentage (%)
Discopathie dégénérative	44	53,66
Arthrose inter apophysaire postérieure	11	13,41
Normal	10	12,2
Canal lombaire rétréci	9	10,98
Spondylolisthésis	5	6,1
Hernie discale	3	3,66
TOTAL	82	100

4. Discussion

La lombalgie commune constitue la première cause d'atteinte dégénérative du rachis en Afrique subsaharienne, comme rapporté par Houzou P et al au Togo et Diomandé M et al en Côte d'Ivoire [2, 14]. Seuls les aspects rhumatologiques de sa prise en charge sont le plus souvent rapportés, au dépend des aspects de rééducation fonctionnelle qui aujourd'hui occupent une place capitale, notamment pour prévenir les récurrences, l'évolution vers la chronicité et le handicap [7]. L'intérêt de ce travail est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge globale des patients lombalgiques notamment sur le plan de la rééducation fonctionnelle et de pallier à la rareté de données fonctionnelles en Afrique subsaharienne. Le choix de recrutement, exclusivement hospitalier, ne permet pas de généraliser nos résultats, ce qui n'altère en rien la pertinence de ce travail.

La lombalgie commune apparaît fréquente en Médecine physique et réadaptative (MPR), représentant près de 40% des problèmes de santé pris en charge dans notre série, suggérant ainsi une place grandissante des soins de MPR dans sa prise en charge, sur le continent [20, 21]. En Afrique subsaharienne, la lombalgie commune prédomine classiquement chez la femme d'âge mûr, active sur le plan professionnel [2, 13, 14, 15]. L'âge, le sexe féminin et les activités professionnelles responsables de fortes contraintes mécaniques rachidiennes lombaires sont les principaux facteurs de risque identifiés [7, 22, 23]. Les soignants semblent être une catégorie professionnelle très vulnérable, comme le montrent nos résultats, mais également ceux de Ouédraogo DD et al au Burkina Faso [12]. L'absence d'adaptation du poste de travail aux contraintes posturales, notamment pour les paramédicaux, en serait la principale cause. La lombalgie commune vue en milieu hospitalier, évolue principalement sur un mode chronique, les formes aiguës récidivantes sont peu fréquentes comme rapportés par Houzou P et al au Togo [14], Ntsiba et al au Congo [15] et Hana Sahli et al au Maroc [21]. Dans notre série, il s'agissait d'une lombalgie chronique dans 97,3% des cas avec un mode début variable, déclenché par un événement dans près de la moitié des cas. Le port de charge lourde et les postures inadaptées sont les principaux facteurs déclenchant identifiés dans les séries africaines subsahariennes notamment par Mijiyawa et al au Togo [1], Ouédraogo D D et al au Burkina Faso [12], Ntsiba et al au Congo [15] et Zomalétho et al au Bénin [24]. L'environnement de vie et de travail constituent des facteurs de risque de lombalgie commune bien connus aujourd'hui, notamment en milieu professionnel, où elle est classée parmi les maladies professionnelles [25].

Ce mode d'évolution chronique de la lombalgie commune suggère un recours aux mesures de MPR devant l'échec des thérapeutiques médicamenteuses à soulager efficacement la douleur et à restaurer les capacités fonctionnelles rachidiennes. En effet, plus de la moitié des patients conservaient une douleur d'intensité modérée. Au cours de la lombalgie commune, le processus de la douleur résulte de mécanismes complexes à la fois nociceptifs et musculaires. Sur le plan musculaire, plusieurs mécanismes sont incriminés à l'heure actuelle, parmi lesquels : le découplage musculaire

associant une inhibition des muscles agonistes et une amplification de l'activité des muscles antagonistes, des anomalies du recrutement musculaire avec pour conséquence une perte des automatismes posturaux et enfin un retard de contraction musculaire en particulier des extenseurs spinaux [7, 26]. Le rachis lombaire bas est le siège le plus fréquent de la douleur au cours de la lombalgie commune. Elle y siègeait dans la série de Rozemberg et al dans 80,4% des cas, de même dans 84% dans notre série [27]. La douleur n'est pas le seul problème engendré par les anomalies musculosquelettiques au cours de la lombalgie commune. Des troubles de la statique rachidienne lombaire peuvent en résulter sur le plan clinique [28]. Ils apparaissaient fréquents dans notre série avec une prédominance de l'hyperlordose. Cependant la relation entre cette hyperlordose et l'existence d'une lombalgie commune demeure controversée. En effet, Kpadonou T G et al au Bénin ont montré que les troubles de la statique rachidienne étaient fréquents chez la femme béninoise, présent chez 79% d'entre-elles, en dehors de toute lombalgie commune [29]. Il s'agissait d'une hyperlordose lombaire dans 85 % des cas. L'âge, l'indice de masse corporelle et la parité étaient les facteurs influençant la survenue d'un trouble de la statique rachidienne lombaire chez ces femmes. Cependant, cette hyperlordose ne serait qu'apparente chez le mélanoderme, comme rapportée par Ntsiba et al au Congo, après étude morphologique, suggérant ainsi que l'hyperlordose serait due à une hypertrophie physiologique des muscles lombo-fessiers [15]. Outre la douleur permanente et les troubles de la statique rachidienne, le profil clinique du patient lombalgique se caractérise par une mobilité rachidienne peu limitée dans notre série avec une distance doigt-sol moyenne de $5,8 \pm 6,4$ cm et un indice de Schöber moyen de $14,12 \pm 2,03$ cm. Ce constat est également fait par Yahia A et al au Maroc, rapportant une distance doigt-sol moyenne de $8,03 \pm 7,17$ cm et un indice de Schöber moyen de $13,1 \pm 1,1$ cm et par Azanmasso H et al en Martinique rapportant quant à lui une distance doigt-sol moyenne de $13 \pm 14,3$ cm [30, 31]. La mobilité rachidienne est un point essentiel de l'évaluation clinique du patient lombalgique en MPR, témoignant de la répercussion fonctionnelle [32]. Elle repose classiquement sur la mesure de l'indice de Schöber et de la distance doigt-sol en pratique clinique. Cependant, ces deux mesures ne rendent pas compte de la mobilité rachidienne mais plutôt de la mobilité du complexe lombo-pelvi-fémoral, dans laquelle la flexion de hanche joue un rôle majeur dans l'amplitude de la flexion total du tronc. Ainsi la mobilité rachidienne peu apparait faussement normale ou peu limitée lorsqu'on ne tient pas compte de l'implication de la mobilité des hanches lors de la mesure de ses 2 indicateurs, ce qui est probablement le cas dans notre série [1, 33]. Le développement de l'inclinométrie a permis de pallier à cette insuffisance de fiabilité des tests cliniques, mettant en évidence une limitation franche de la flexion rachidienne chez le patient lombalgique avec une moyenne de $45^\circ \pm 15^\circ$ [32]. Cependant toute ses mesures ne peuvent rendre compte à elles seules de la mobilité rachidienne globale. Elles n'apprécient que la mobilité en flexion, sans tenir compte des autres mouvements en particulier l'extension rachidienne, sur laquelle porte le plus souvent la raideur rachidienne chez le patient lombalgique chronique [34]. La mesure de l'extension rachidienne est possible par inclinométrie, mais sa reproductibilité est mauvaise et la position de mesure est inconfortable et instable [32].

Cette mobilité rachidienne conservée dans notre série contrastait avec la diminution des performances musculaires, en particulier de l'endurance isométrique des muscles fléchisseurs et des extenseurs, appréciée respectivement par le test de Shirado et le test de Sorensen. Cette diminution de l'endurance musculaire isométrique est habituelle chez le patient lombalgique chronique, indépendamment de l'âge et porte principalement sur les muscles extenseurs du tronc, tout comme dans notre série [16, 30, 35]. Les capacités d'endurance musculaire dans notre série apparaissaient faibles. Les facteurs influençant l'endurance musculaire chez le patient lombalgique sont encore mal connus. D'après Caby et al en France, l'intensité de la douleur influencerait les capacités d'endurance [36]. En effet, dans sa série la moyenne du test de Sorensen pour les patients avec une douleur modérée (EVA < 7/10) était de 65 ± 47 sec et pour ceux avec une douleur intense (EVA > 7/10) était de 37 ± 33 sec, avec une différence cependant non significative. Dans notre série, ses faibles performances peuvent rendre compte outre de l'intensité de la douleur, de l'importance du déconditionnement à l'effort ou encore de la place de la kinésiophobie, surtout pour le test de Sorensen, très présente chez le patient ayant lombalgie chronique commune [37].

Le retentissement de la lombalgie commune sur les activités de vie courante dans notre série est majeur et témoigne de l'importance de la perte des performances fonctionnelles des patients dans un environnement de vie où la sollicitation du rachis est fréquente et les mesures d'hygiène vie du dos ne sont pas prise en compte dans le mode de vie.

5. Conclusion

La lombalgie commune est une affection fréquente en MPR. Elle touche principalement l'adulte d'âge mûr avec une prédominance féminine, actif sur le plan professionnel, sédentaire, en surcharge pondérale ou obèse. Sur le plan clinique, la lombalgie évolue principalement sur un mode chronique, d'intensité le plus souvent modérée. Sur le plan fonctionnel, La mobilité rachidienne demeure conservée alors que les capacités d'endurance musculaire isométrique des fléchisseurs et des extenseurs du tronc sont effondrées. Son impact sur les activités de vie courante dans notre série est majeur. La prise en charge du patient doit être ainsi globale à travers une approche pluridisciplinaire, axée sur la restauration fonctionnelle du rachis et non pas seulement sur le contrôle de la douleur.

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

- 1- Mijiyawa M, Oniankitan O, Kolani B et Koriko T. La lombalgie en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Revue du Rhumatisme* 2000 ; 67 : 914-20.
- 2- Diomandé M, Bamba A, Traoré A, Kpami Y N C et al. Données épidémiologiques en hospitalisation rhumatologique à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine de médecine interne* 2020 ; 7 (1-2) : 22-30.
- 3- Gourmelena J, Chastanga J.-F, Ozgülera A, Lanoëa J et al. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. *Annales de réadaptation et de médecine physique* 2007 ; 50 (8) : 633–39.
- 4- Cherina P et De Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine & Longévité* 2011 ; 3 : 137- 49.
- 5- Balkhadir H, Skalli S, Ait Moussa M, El Youbi K et Karkouri S. La lombalgie chronique : la comprendre pour mieux la gérer. *Revue Marocaine de Rhumatologie* 2020 ; 52 :16-32.
- 6- Mbarga J, Pichonnaz Cl, Foley R et Ancey C. Lombalgie chronique : du diagnostic médical incertain aux étiologies profanes. *Revue Médicale Suisse* 2018 ; 14 : 850-3.
- 7- Fouquet B, Jacquot A et Nardoux J. Rééducation de la lombalgie commune. *Revue du rhumatisme monographies* 2017 ; 84 : 29-38.
- 8- Poiraudéau S, Rannou F et Revel M. Intérêts du réentraînement à l'effort dans la lombalgie : le concept de restauration fonctionnelle *Annales de réadaptation et de médecine physique* 2007 ; 50 : 419-24.
- 9- Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012 ; 64 : 2028–37;
- 10- Verckek K, Luijsterburg Paj, Miedema Hs, Pool-Goudzwaard A, Koes Bw. Prognostic factors for recovery in chronic nonspecific low back pain : a systematic review. *Phys Ther* 2013 ;92 : 1093-108.
- 11- H.A.S. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. *Recommandation de bonne pratique* 2019.
- 12- Ouédraogo DD, Ouédraogo V, Ouédraogo LT, Kinda M et al. Prévalence et facteurs de risque associés à la lombalgie chez le personnel hospitalier à Ouagadougou (Burkina Faso). *Médecine Tropicale* 2010;70: 277-80.
- 13- Alagnide He, Hounbedji Gm, Azanmasso H, Niama Natta Dd et Kpadonou Gt. Résultats du traitement rééducatif des lombalgies suivies au CNHU-HKM de Cotonou. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé (Togo)*, 2017, 19(3) : 533-41.
- 14- Houzou P, Atake AE, Diomande M, Souberou L, Koffi-Tessio VES et al. Pathologie dégénérative du rachis en consultation rhumatologique au CHU Kara (Togo). *Rhumatologie Africaine Francophone* 2020 ; 3 (1) : 8 – 15.
- 15- Ntsiba H et Makosso E. lombalgie en milieu hospitalier congolais. Analyse de 200 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 2009 ;56 (4) :226-30.
- 16- Bernard J C, Bard R, Pujol A et al. Évaluation musculaire de l'adolescent sain. Comparaison avec une population d'adolescents lombalgiques. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 2008 ; 51 (4) : 263-73.
- 17- Shirado O, Kaneda K et Ito T. Trunk-muscle strength during concentric and eccentric contraction: a comparison between healthy subjects and patients with chronic low-back pain. *Journal of spinal disorders* 1992, 5(2), 175-82.
- 18- Latimer J, Maher CG, Refshauge K, Colaco I. The reliability and validity of the Biering-Sorensen test in asymptomatic subjects and subjects reporting current or previous nonspecific low back pain. *Spine* 1999 ; 24 (20):2085-90. doi :10.1097/00007632-199910150-00004.
- 19- Rannou F et Poiraudéau S. Évaluation du retentissement des lombalgies communes. *La Lettre du Rhumatologue* 1998 ; 239 : 34-5.
- 20- Kpadonou G T, Fioffi-Kpadonou E A, Alagnide E et al. Rééducation des lombalgies chroniques à Cotonou. *Médecine d'Afrique Noire* 2009 ; 56(5) :267-72.
- 21- Hana Sahli, Asma Bachali, Chaker Yacoubi. Etude de l'incapacité fonctionnelle et de la qualité de vie au cours de la lombalgie chronique commune. *Revue Marocaine de Rhumatologie* 2019 ; 50 :36-42.
- 22- Tchicaya A F, Aka I N A, Guiégui C P et al. Lombalgies et conditions de travail dans une entreprise de forage de puits en Côte d'Ivoire. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2022 ; 83 : 100-5.
- 23- Muzembo Ndundu J, Tungulu Kotaa L, Luvilukaa J M. Prévalence de la lombalgie chronique dans une population de travailleurs d'une entreprise de manutention. *Journal de réadaptation médicale* 2013 ; 33 :80-5.

- 24- Zomalhèto Z, Nayeton Mikponhoué R C, Wanvoègbe A et al. Prévalence et facteurs associés à la lombalgie chez les conducteurs de taxi moto à Porto-Novo (Bénin). *Pan African Medical Journal*. 2019 ;32 :107. doi :10.11604/pamj.2019.32.107.13477.
- 25- Mesquita M A S et Chagas K F. Facteurs associés à la lombalgie dans la santé des travailleurs. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* 2022 ; 3 (2) : 61-75.
- 26- Malafosse P. Approche posturale des lombalgies. *Hegel* 2021 ; 2 (2) : 172-9.
- 27- Rozenberg S, Bray MG et Rosenberg C. Lombalgie chronique du sujet âgé. Données épidémiologiques et cliniques. *Revue du rhumatisme monographies*2011 ; 78 : 8–10.
- 28- Nisand M. Plaidoyer pour une physiothérapie limbique. *Mains Libres* 2013 ; 8 : 301-10.
- 29- Kpadonou T G, Alagnidé E, Fioffi-Kpadonou E et al. Troubles de la statique chez les femmes béninoises. *Annals of physical and rehabilitation medicine* 2009 ; 52S : e33-e34.
- 30- Yahia A, Jribi S, Ghroubi S et al. Évaluation posturale et des forces musculaires du tronc et des membres inférieurs chez le lombalgique chronique. *Revue du rhumatisme* 2011 ;78 : 166-72.
- 31- Azanmasso H, Lahrabli S, Alagnide E et al. La lombalgie chronique : effets d'une thérapeutique multidisciplinaire. *Revue Marocaine de Rhumatologie* 2016 ; 37 : 25-32.
- 32- Demoulin C, Fauconnier C, Vanderthommen M, Henrotin Y. Recommandations pour l'élaboration d'un bilan fonctionnel de base du patient lombalgique. *Revue Médicale de Liège* 2005 ; 60 : 7-8 : 661-8.
- 33- Dauphin A et Thevenon A. Mobilité du tronc dans le plan sagittal : comparaison des données cliniques et rachimétriques. *Annales de Readaptation et de médecine physique* 2000 ; 43 : 270-8.
- 34- Dufour X, Barette G, Ghossoub P Et Trontte G. Rééducation des patients lombalgiques en fonction de l'étiologie. *Kinésithérapie Scientifique* 2010 ; 513 : 25-34.
- 35- Barnay J L, Lhote M, Acher F et al. Réentraînement à l'effort et lombalgie chronique. *Lettre de Médecine Physique et Réadaptative* 2012 ; 28 : 25-29. DOI 10.1007/s11659-012-0306-3.
- 36- Caby I, Olivier N, Mendelek F et al. Restauration fonctionnelle du rachis : effet du niveau initial de douleur sur les performances des sujets lombalgiques chroniques. *Pain Res Manag* 2014 ; 19 (5) : e133-8.
- 37- Tiaho Y, Zabsonré-Tiendrebeogo WJS, Sougué C, and al. Kinesiophobia: frequency, associated factors and impact on the life quality of Participants With chronic low back pain in sub-saharan Africa. *Wiadomości Lekarskie* 2021;1(12):3240-4