

Comparaison du retentissement fonctionnel et psycho-social des lombalgies par hernie discale traitées par la rééducation et la chirurgie

HE Alagnide¹ (ealagnide at yahoo dot fr) #, HJT Gandaho², S Gandema³, DD Niama Natta¹, H Azanmasso¹, GM Houngbedji¹, SM Kouwanou¹, GT Kpadonou¹

¹ Service de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle (SRRF)/ CNHU-HKM. ² Service de Neurochirurgie/ HIA-CHU (Cotonou). ³ Centre de Rééducation Fonctionnelle de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso)

: auteur correspondant

DOI

[//dx.doi.org/10.13070/rs.fr.4.2359](https://dx.doi.org/10.13070/rs.fr.4.2359)

Date

2017-09-29

Citer comme

Research fr 2017;4:2359

Licence

CC-BY

Résumé

Introduction : La hernie discale lombaire est une affection courante qui provoque des lombalgies ou lombosciatalgies isolées ou paralysantes. Outre la chirurgie, la rééducation fonctionnelle est déterminante dans sa prise en charge. **Objectif** : Déterminer les résultats fonctionnels et le retentissement psycho-social des traitements des lombalgies par hernie discale à Cotonou. **Matériel et méthodes** : Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique, menée sur des patients suivis aux CNHU-HKM et HIA-CHU de Cotonou, de janvier 2005 au 31 décembre 2015 (11 ans), pour des lombalgies et lombosciatalgies par hernie discale. 150 patients ont été inclus de mars à juillet 2016. Ils ont été interrogés et évalués avec l'EIFEL et l'échelle de Dallas. 131 patients (87,33%) avaient eu un traitement rééducatif et médicamenteux et 19 patients (12,67%) la chirurgie d'emblée. **Résultats** : Il s'agissait de 76 hommes (50,67%), âgés de 27 à 80 ans (moyenne = 49,07±10,90). Le tiers des patients étaient obèses. 88% des patients avaient déclaré une amélioration significative de leur état clinique. Il s'agissait surtout des patients du groupe de traitement conservateur. Le retentissement fonctionnel et psycho-socio-professionnel des lombalgies a été peu marqué sur les patients et n'a pas été significativement différent dans les deux groupes thérapeutiques. **Conclusion** : Le traitement conservateur, associant rééducation et médicaments avait des résultats fonctionnels satisfaisants.

English Abstract

Introduction: Lumbar disc herniation is a common condition that causes isolated or paralytic low back pain or lumbago. Besides surgery, functional rehabilitation is decisive in its management. **Objective:** To determine functional results and psycho-social impact of the disc herniated low back pain treatments in Cotonou. **Material and methods:** We performed a cross-sectional descriptive and analytical study including 150 patients treated at the CNHU-HKM and HIA-CHU in Cotonou from March to July 2016, for low back pain and lumbosciatalgia by herniated disc. They were interviewed and evaluated with EIFEL and the Dallas scale. 131 patients (87.33%) had had re-treatment and medication and 19 patients (12.67%) had surgery. **Results:** 76 men (50.67%) were aged 27 to 80 years (mean = 49.07 ± 10.90). One third of the patients were obese. 88% of patients reported a significant improvement in their clinical status. These were mostly patients in the conservative treatment group. The functional and psycho-socio-professional repercussions of low back pain were not very marked in the patients and were not significantly different in the two therapeutic groups. **Conclusion:** Conservative treatment combining rehabilitation and medication had satisfactory functional results.

Introduction

La lombalgie est la douleur située entre les régions dorsale basse et sacrée, avec possibilité d'irradiation en région fessière. Elle est due à diverses étiologies dont les hernies discales. Ces

dernières constituent un déplacement localisé du noyau pulpeux à travers les fissurations de l'anneau fibreux [1]. Il s'agit d'une pathologie qui devient de plus en plus fréquente. Au Japon, elle représente environ 28% des cas de chirurgies rachidiennes [2]. Sa prise en charge est multidisciplinaire et prend en compte généralement les traitements médicamenteux (antalgiques, anti-inflammatoire non stéroïdiens, myorelaxants...), la rééducation et parfois la chirurgie, cette dernière n'intervenant qu'après échec du traitement conservateur [3]. Tous ces moyens thérapeutiques sont disponibles dans certains hôpitaux au Bénin, particulièrement au CNHU-HKM et à l'HIA-CHU de Cotonou. Les patients admis dans ces centres pour une lombosciatalgie par hernie discale sont donc soumis automatiquement à la rééducation, en cas d'absence de critères d'opérabilité en urgence. La présente étude a eu pour objectif de comparer les caractéristiques des lombalgies par hernie discale pris en charge à Cotonou, l'évolution selon qu'ils aient eu un traitement conservateur ou chirurgical.

Matériel et méthodes

Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique. Elle a été menée du 29 Mars au 27 Juillet 2016. Elle a porté sur les patients ayant consulté du 1er Janvier 2005 au 31 Décembre 2015 dans l'un ou l'autre service, cadre de l'étude, pour une lomboradiculalgies par hernie discale, qu'ils aient été opérés ou non.

Le cadre de l'étude a été les Services de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle et de Chirurgie Externe du CNHU-HKM, de même que le Service de Neurochirurgie de l'HIA-CHU, à Cotonou.

Echantillonnage

Il a été exhaustif, non probabiliste. Il a été réalisé en tenant compte des critères d'inclusion et de non-inclusion suivants :

- Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude, les patients ayant:

- – Un dossier médical disponible dans l'un des trois services, du cadre d'étude, et précisant une adresse téléphonique et/ou géographique valide,
- – Eu un diagnostic de lomboradiculalgies par hernie discale lombaire
- – Eu une imagerie médicale (TDM ou IRM du rachis lombaire), confirmant le diagnostic de hernie lombaire
- – Ete retrouvés pendant la période de collecte des données,
- – Bénéficié des soins médicaux et/ou kinésithérapiques prescrits,
- – Donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

- Critères d'exclusion :

Il s'agit des patients ayant eu, pendant la période de collecte des données :

- – des troubles de compréhension,
- – une pathologie dégénérative et/ou traumatique concomitante pouvant influencer son résultat fonctionnel.

Collecte des données

A partir d'un dépouillement des dossiers disponibles dans les services de l'étude, pour la période d'étude, les adresses téléphoniques et/ou géographiques des patients remplissant les critères d'échantillonnage ont été recensés. Ces patients retrouvés, l'évaluation du retentissement fonctionnel et psycho-social de leur lombalgie a été faite à l'aide de l'échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL) et les paramètres de l'échelle de Dallas. L'interprétation de ces échelles a été faite, comme présenté dans le tableau I. En ce qui concerne la corpulence des sujets de l'étude, elle a été appréciée grâce à l'indice de masse corporelle, selon la classification de l'OMS. L'évolution clinique des lombalgies et les autres paramètres de l'étude ont été recueillis par interrogatoire.

Tableau 1. Interprétation du niveau de retentissement des lombalgies selon l'EIFEL et l'échelle de Dallas.

		Niveau du retentissement		
		Important	Moyen	Négligeable
Retentissement	Fonctionnel (selon l'EIFEL)	17-24	12-16	0-11
	Echelle de Dallas			
	Fonctionnel (Activités vie quotidienne)	60-100	40-60	0-40
	Fonctionnel (Activités professionnelles)	60-100	40-60	0-40
	Psychologique	60-100	40-60	0-40
	Social (Activités sociales)	60-100	40-60	0-40

Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel EPI-DATA version 3.1. Elles ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel STATA version 11.0. Les proportions des variables qualitatives, moyennes et écart-types des variables quantitatives ont été déterminés. La comparaison des paramètres dans les deux groupes thérapeutiques a été faite avec le test de chi carré pour les variables qualitatives et le test d'écart réduit en ce qui concerne les moyennes des variables quantitatives. Le seuil de significativité choisi a été de 5%.

Résultats

Description de la population d'étude (Tableaux 2-5, Figure 1)

Caractéristiques socio-démographiques

Les sujets de l'étude ont eu un âge moyen de 49,07±10,90 ans, avec des extrêmes de 27 à 80 ans. La sex-ratio a été de 1,02. Le tableau 2 présente les autres caractéristiques des sujets de l'étude.

Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques des sujets de l'étude. **Effectifs** **Pourcentages**

	Effectifs	Pourcentages
Sexe		
Masculin	76	50,67
Féminin	74	49,33
Profession		
Sédentaire	106	70,67
Militaire	23	15,33
Travailleur de force	14	9,34
Ménagère	7	4,66
Corpulence		
Normale	44	29,33
Surpoids	56	37,34
Obésité	50	33,33

Niveau d'instruction		
Non scolarisé	9	6,00
Primaire	15	10,00
Secondaire	49	32,67
Universitaire	77	51,33

Données thérapeutiques et évolutives des hernies discales des patients.

Tableau 3. Répartition des patients selon les données thérapeutiques et évolutives de leur hernie discale.		
	Effectifs	Pourcentages
Délai d'évolution		
Inférieur à 1 mois	43	28,67
1 - 3 mois	27	18,00
3 - 6 mois	19	12,66
6 - 24 mois	25	16,67
Supérieur à 24 mois	36	24,00
Traitement avant le diagnostic de hernie discale		
Médicamenteux	130	86,67
Kinésithérapie	22	14,67
Massage	10	6,67
Autres	14	9,00
Aucun	9	6,00
Traitement après le diagnostic de hernie discale		
Médicaments + rééducation	108	72,00
Chirurgie d'emblée	19	12,67
Médicaments	17	11,33
Rééducation seulement	6	4,00
Evolution clinique après le traitement		
Amélioration	132	88,00
Pas de changement	18	12,00

Comparaison des patients des deux groupes thérapeutiques

Elle est présentée dans le tableau 4 qui permet de constater que les patients des deux groupes thérapeutiques sont comparables sur les plans socio-démographique et clinique. L'évolution de des crises de lombalgies a été statistiquement significative différente dans les deux groupes ($p = 0,00$).

Tableau 4. Comparaison des données socio-démographiques, cliniques et évolutives des patients des deux groupes thérapeutiques.

Traitement **p-value**

		Conservateur	Chirurgical	
Age				0,85
Moyenne ±	Ecart type (années)	48,70 ± 9,87	49,17 ± 10,12	
Sexe				0,42
	Masculin	68	8	
	Féminin	63	11	
Corpulence				0,89
	Normale	39	5	
	Surpoids	48	8	
	Obésité	44	6	
Délai d'évolution				0,79
Moyenne ±	Ecart type (mois)	10,08 ± 14,22	10,72 ± 9,28	
Evolution des lombalgies				0,00
	Amélioration clinique	119	13	
	Statu quo	12	6	

Retentissement psycho-socio-professionnel des lombalgies

Le retentissement fonctionnel (évalué grâce à l'EIFEL et des activités de la vie journalière et professionnelle), de même que les retentissements psychologique et des activités de la vie sociale ont été notés à des degrés divers chez les patients de l'étude et sont présentés sur la figure 1.

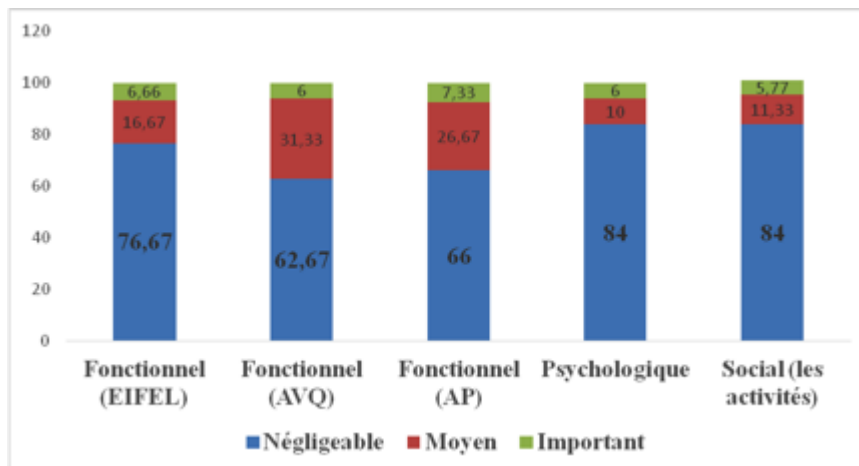


Figure 1. Répartition des patients selon l'importance des retentissements psychologique, social et fonctionnel de leur lombalgie.

Comparaison du vécu psycho-social et fonctionnel selon les deux groupes thérapeutiques

Elle est présentée dans le tableau 5 qui montre qu'aucun des facteurs étudiés n'est associé au vécu des patients des deux groupes thérapeutiques.

Tableau 5. Comparaison des résultats du traitement conservateur et chirurgical des lombalgies sur le retentissement psycho-social et fonctionnel des patients.

Traitement reçu

	Conservateur	Chirurgie	p-value
Retentissement fonctionnel selon l'EIFEL			0,26
Négligeable	101	14	
Moyen	20	5	
Important	10	0	
Retentissement fonctionnel sur AVJ (Selon Dallas)			0,49
Négligeable	82	12	
Moyen	40	7	
Important	9	0	
Retentissement sur activités sociales			0,51
Négligeable	110	16	
Moyen	14	3	
Important	7	0	
Retentissement sur activités professionnelles			0,24
Négligeable	89	10	
Moyen	34	6	
Important	8	3	
Retentissement psychologique			0,51
Négligeable	110	16	
Moyen	14	1	
Important	7	2	

Discussion

Caractéristiques socio-démographiques

Les patients de l'étude ont eu un âge moyen de 49 ans, avec des extrêmes de 27 et 80 ans. Il s'agit donc essentiellement des adultes. Plusieurs auteurs ont rapporté des résultats similaires [4-9]. Les lombalgies par hernie discale seraient donc secondaires à diverses contraintes imposées, au fil des années à la colonne rachidienne lors des activités de la vie quotidienne.

Nous n'avons pas retrouvé une prédominance significative en faveur de l'un ou l'autre sexe : la sex-ratio a été de 0,97 avec 50,67% d'hommes. Notre population paraît de ce fait homogène. De la revue de la littérature, si une prédominance féminine a été observée dans plusieurs études [6, 10], d'autres ont plutôt noté une prédominance masculine [5, 11, 12].

Le groupe des sédentaires a été majoritaire, constituant sept patients sur dix. Ce groupe socio-professionnel est constitué surtout des fonctionnaires. Cette prédominance des fonctionnaires s'expliquerait par le fait que ces études ont été réalisées dans des milieux urbains où résident les personnes de cette catégorie socio-professionnelle. Evans et al ont rapporté que ce lien de hernie discale en cas de sédentarité est surtout observé chez les femmes [13].

La quasi-totalité des sujets de l'étude ont eu un niveau d'instruction, avec au moins le niveau du secondaire pour la majorité (84%). Ces résultats ne sont pas concordants avec les réalités du niveau d'instruction de la population béninoise. En effet, selon l'organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco), le taux d'alphabétisation dans ce pays n'est que de 43,1%. Cette différence pourrait être due au fait que les plus instruits ont eu un niveau

socio-économique et de compréhension leur permettant de s'investir pour mieux comprendre leur problème de santé (réalisation de la tomodensitométrie du rachis lombaire).

Dans notre population d'étude, 70,67% des patients ont été en situation d'obésité. Singwe-Ngandeu et al, dans une étude portant uniquement sur les femmes avaient retrouvé des résultats semblables (83,33%) [6]. Meredith et al, en Chine n'ont pas pu démontrer le contraire [14]. L'obésité serait donc un facteur d'exposition à la hernie discale.

Caractéristiques thérapeutiques et évolutives des hernies discales

Le délai d'évolution des lombalgies a été variable, allant jusqu'à plus de 2 ans, retardant de ce fait le diagnostic de hernie discale. Cette situation pourrait être due aux difficultés d'accessibilité financière, géographique, socio-culturelle des patients aux soins de spécialité dans nos contextes. Cet état de chose n'a point empêché que les patients aient déjà reçu divers traitements avant le diagnostic de la hernie discale. Il s'agit essentiellement du traitement médicamenteux (87%), montrant l'ampleur de l'automédication dans nos contrées africaines.

La modalité thérapeutique la plus utilisée après le diagnostic de hernie discale a été le traitement médicamenteux associé à la rééducation. Elle a été utilisée dans 87,33% des cas. Il s'agit de la modalité thérapeutique recommandée dans la revue de la littérature [3, 6]. Compte tenu de la gravité de l'état diversement appréciée par les médecins traitants, 19 patients (12,67%) ont subi une intervention chirurgicale.

Près de neuf patients sur dix ont rapporté une nette amélioration de leur état clinique. Il est quand même à déplorer le cas de ces 12% de patients qui ont dit n'avoir aucun changement de leur état clinique.

Comparaison des deux groupes thérapeutiques

Le tableau 4 fait noter l'absence de différence statistiquement significative en ce qui concerne les paramètres socio-démographiques et cliniques étudiés dans les deux groupes thérapeutiques. Ces résultats montrent donc que les patients n'ont pas été admis dans l'un ou l'autre groupe tenant compte de leurs caractéristiques socio-démographiques. Il n'y a donc pas de biais dans la constitution de nos groupes thérapeutiques. Les différences dans l'évolution des résultats obtenus peuvent donc être attribuées au traitement reçu par les patients de chaque groupe.

Une évolution satisfaisante a été rapportée par les patients dans les deux groupes thérapeutiques. Mais le traitement conservateur a eu un résultat plus intéressant (91%) comparé à celui de la chirurgie d'emblée (68,4%), avec une différence statistiquement significative ($p = 0,00$). Il ressort donc que la rééducation a une place importante dans la prise en charge des lombosciatalgies par hernie discale. Ces résultats concordent avec ceux de Legrand et al en France [3]. Ces derniers ont estimé le taux de réussite du traitement conservateur à 95%. Quant à Weinstein et al, dans une étude prospective sur des patients présentant une hernie discale, ils ont rapporté des proportions moindres de succès du traitement conservateur. En effet, ils ont montré qu'au bout de deux (2) ans, 55% des patients soumis au départ au traitement conservateur ont pu échapper à la chirurgie [11].

Répercussions fonctionnelle et psycho-sociale des lombalgies

Si environ le tiers des patients ont encore des difficultés dans les activités de la vie quotidienne et professionnelle, il ressort de la figure n°1 que les répercussions des lombalgies ont été généralement négligeables chez la grande majorité des patients de l'étude. Quelles que soient l'échelle utilisée et la modalité de répercussion, les patients des deux groupes thérapeutiques ont été comparables. D'autres auteurs ont rapporté les mêmes conclusions [4, 11]. L'appréciation faite par les patients des résultats de leur traitement, montrant un meilleur résultat du traitement conservateur dans notre série pourrait être liée au rapport coût-efficacité. Aussi, tenant compte des nombreuses complications possibles de l'acte opératoire, nous recommanderons ce traitement conservateur quand les critères d'opérabilité ne sont pas rencontrés.

Conclusion

Les lombosciatalgies par hernie discale sont une affection de l'adulte jeune de tout genre, corpulence et catégorie socio-professionnelle, mais avec une prédominance chez les obèses ayant une profession sédentaire. Elles ont essentiellement bénéficié d'un traitement conservateur, avec une place non négligeable pour la kinésithérapie. Cette thérapeutique a

permis une évolution satisfaisante chez la majorité des patients et les retentissements fonctionnels et psycho-social rapportés par les patients a été généralement négligeable.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce travail.

Références

1. Zimmer A, Reith W. [Diagnostics and therapy of spinal disc herniation]. *Radiologe*. 2014;54:1082-6 [pubmed publisher](#)
2. Aizawa T, Kokubun S, Ozawa H, Kusakabe T, Tanaka Y, Hoshikawa T, *et al*. Increasing Incidence of Degenerative Spinal Diseases in Japan during 25 Years: The Registration System of Spinal Surgery in Tohoku University Spine Society. *Tohoku J Exp Med*. 2016;238:153-63 [pubmed publisher](#)
3. Legrand E, Hoppé E, Bouvard B, Masson C, Audran M. [Disc herniation-induced sciatica: medical or surgical treatment?]. *Rev Prat*. 2008;58:285-93 [pubmed](#)
4. Peul W, Van Den Hout W, Brand R, Thomeer R, Koes B, van Houwelingen H, *et al*. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;336:1355-8 [pubmed publisher](#)
5. Strömqvist F, Strömqvist B, Jönsson B, Karlsson M. Gender differences in patients scheduled for lumbar disc herniation surgery: a National Register Study including 15,631 operations. *Eur Spine J*. 2016;25:162-7 [pubmed publisher](#)
6. Singwe-Ngandeu M, Meli J, Ntsiba H, Nouedoui C, Yollo A, Sida M, *et al*. Rheumatic diseases in patients attending a clinic at a referral hospital in Yaounde, Cameroon. *East Afr Med J*. 2007;84:404-9 [pubmed](#)
7. Genet F, Autret K, Roche N, Lapeyre E, Schnitzler A, Mandjui B, *et al*. Comparison of the repercussions of cLBP in four French-speaking countries. *Ann Phys Rehabil Med*. 2009;52:717-28 [pubmed publisher](#)
8. Kjaer P, Tunset A, Boyle E, Jensen T. Progression of lumbar disc herniations over an eight-year period in a group of adult Danes from the general population--a longitudinal MRI study using quantitative measures. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:26 [pubmed publisher](#)
9. Chaory K, Rannou F, Fermanian J, Genty M, Rosenberg S, Billabert C, *et al*. [Impact of functional restoration programs on fears, avoidance and beliefs in chronic low back pain patients]. *Ann Readapt Med Phys*. 2004;47:93-7 [pubmed](#)
10. Yahia A, Ghroubi S, Kharrat O, Jribi S, Elleuch M, Elleuch M. A study of isokinetic trunk and knee muscle strength in patients with chronic sciatica. *Ann Phys Rehabil Med*. 2010;53:239-44, 244-9 [pubmed publisher](#)
11. Weinstein J, Tosteson T, Lurie J, Tosteson A, Blood E, Herkowitz H, *et al*. Surgical versus nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis four-year results of the Spine Patient Outcomes Research Trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010;35:1329-38 [pubmed publisher](#)
12. Genet F, Lapeyre E, Schnitzler A, Hausseguy A, D'Apolito A, Lafaye de Michaux R, *et al*. [Psychobehavioural assessment for chronic low back pain]. *Ann Readapt Med Phys*. 2006;49:226-33 [pubmed](#)
13. Evans W, Jobe W, Seibert C. A cross-sectional prevalence study of lumbar disc degeneration in a working population. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1989;14:60-4 [pubmed](#)
14. Meredith D, Huang R, Nguyen J, Lyman S. Obesity increases the risk of recurrent herniated nucleus pulposus after lumbar microdiscectomy. *Spine J*. 2010;10:575-80 [pubmed publisher](#)

ISSN : 2334-1009

Topics

●
○ [low back pain](#)