

RESULTATS DU TRAITEMENT REEDUCATIF DES LOMBALGIES SUIVIES AU CNHU-HKM DE COTONOU. REHABILITATION RESULTS OF LOW BACK PAIN TREATED IN CNHU-HKM OF COTONOU

ALAGNIDE HE, HOUNGBEDJI GM, AZANMASSO H,
NIAMA NATTA DD, KPADONOU GT
Service de Médecine Physique et Réadaptation/ CNHU-HKM (Cotonou)

(Reçu le 13 Juillet 2017 ; Révisé le 12 Août 2017 ; Accepté le 23Août 2017)

RESUME

Les lombalgies constituent des motifs fréquents de consultation en rééducation réadaptation. Objectif : Déterminer les résultats du traitement rééducatif de cette affection à Cotonou. Méthode : Etude prospective de type descriptif et analytique menée dans le Service de Médecine Physique et Réadaptation du CNHU-HKM, entre Juillet et Octobre 2013. Les patients recrutés ont été évalués à l'EVA (pour la douleur) et l'EPEL (pour les limitations d'activités) au début et à la fin de leurs séances de rééducation fonctionnelle. Résultats : Les patients ont été en majorité de sexe féminin (61%), âgés en moyenne de 50 ans. Il s'est agi surtout de lombalgies chroniques (67,5%) d'intensité forte (97,5%), associées à diverses déformations orthopédiques. Plus de la moitié des patients a eu une importante amélioration de l'intensité de la douleur et des limitations fonctionnelles. Ces résultats ont été fonction de l'âge, du sexe, de la corpulence et du type lombalgie. Discussion-conclusion : La rééducation fonctionnelle a considérablement amélioré l'état clinique des lombalgies.

Mots-clés : Lombalgie, rééducation, capacités fonctionnelles, Cotonou.

ABSTRACT

Low back pain is a common reason for consultation in rehabilitation. Objective: To determine the results of the rehabilitation treatment of this condition in Cotonou. Method: Prospective, descriptive and analytical study conducted in CNHU-HKM Physical Medicine and Rehabilitation Department, between July and October 2013. The patients recruited were evaluated with EVA scale (for pain) and EPEL (for The limitations of activities) at the beginning and at the end of their sessions of functional rehabilitation. Results: Patients were predominantly female (61%), with an average age of 50 years. It was mainly chronic low back pain (67.5%) of high intensity (97.5%), associated with various orthopedic deformities. More than half of the patients had a significant improvement in pain intensity and functional limitations. These results were based on age, sex, body mass and low back pain. Discussion-Conclusion: Functional rehabilitation has significantly improved the clinical status of low back pain.

Keywords: Lower back pain, rehabilitation, functional abilities, Cotonou.

INTRODUCTION

La lombalgie constitue un véritable problème de santé publique. Sa prévalence annuelle en Europe est de 30% et environ 70 à 90% des adultes ont eu ou auront au moins une crise de lombalgie dans leur vie

(Lorca, 2004; Henchos, 2011). Sa physiopathologie est complexe et sa prise en charge multidisciplinaire. La rééducation fonctionnelle apparaît comme étant un moyen thérapeutique non négligeable pour cette affection. Dans le service de Médecine Physique et Réadaptation du CNHU-HKM de

Cotonou, les lombalgies et lomboscotalgies constituent environ la moitié des admissions. A travers ce travail, nous nous proposons de présenter les caractéristiques des lombalgies suivies dans le service de Médecine Physique et Réadaptation du CNHU-HKM de Cotonou, d'apprécier l'évolution de l'intensité de la douleur et des limitations d'activités secondaire de la prise en charge rééducative de cette affection et les facteurs associés à ces résultats du traitement. limitations d'activités des patients.

1. PATIENTS ET METHODE D'ETUDE

1.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude prospective transversale de type descriptif et analytique.

Elle a été réalisée sur une population constituée des patients lombalgiques admis dans le service de Médecine Physique et Réadaptation du CNHU-HKM entre Juillet et Octobre 2013.

1.2. Echantillonnage

Il a été réalisé en tenant compte des critères d'inclusion et de non inclusion ci-dessous énumérés.

Critères d'inclusion

Ont été inclus, ceux qui ont rempli les critères suivants :

- Avoir été admis dans le service de Médecine Physique du CNHU-HKM pendant la période d'étude, pour lombalgies communes
- Avoir eu une prescription d'au moins dix séances de kinésithérapie pour ces lombalgies
- Consentir à participer à l'étude, avant le démarrage des séances de kinésithérapie
- Avoir eu un bilan de fin de séances de kinésithérapie, au terme du nombre de séances prescrites.

Ont été exclus ceux qui ont présenté des lombalgies secondaires (c'est-à-dire ayant une cause identifiée), des dorsalgies ou des dorso-lombalgies.

1.3. Variables de l'étude

Les variables dépendantes de l'étude ont été faites de l'intensité de la douleur et les

L'intensité de la douleur lombalgique a été évaluée à l'aide des réglottes d'échelle visuelle analogique (EVA). Les valeurs d'EVA de 0 et 10 ont été dites absence de douleur et douleur maximale imaginable respectivement. Selon que la valeur de l'EVA a été de]1-3],]3-6] ou]6-9], l'intensité de la douleur a été dite respectivement faible, modérée ou importante.

Les limitations d'activités des patients ont été évaluées grâce à l'échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL). Les limitations d'activités du patient ont été dites absentes, légères, modérées ou importantes selon que son score à l'EIFEL a été de 0,]1-10],]10-18] et]18-24] respectivement.

L'évolution de ces deux paramètres a été appréciée par la comparaison des scores du patient, pour chacun de ces paramètres, entre le début et la fin du traitement. A cet effet, un rapport entre les scores de fin et de début dudit paramètre a été réalisé. L'évolution de ce paramètre étudié a été dite importante, médiocre ou nulle selon que ce rapport ait été inférieur à 50%, compris entre 50 et 99% ou égal à 100%.

En ce qui concerne les variables indépendantes de l'étude, il s'agit de :

- L'indice de masse corporelle qui a été calculé à partir de la mesure de la taille et du poids du patient. Lorsque la valeur de cet indice est inférieure à 19, compris dans les intervalles]19-25],]25-30] ou supérieure à 30, le sujet est dit maigre, de corpulence normale, en surpoids ou obèse respectivement.
- Les déformations orthopédiques : scoliose et attitude scoliotique, lordose lombaire. Cette dernière a été évaluée par mesure de la flèche lombaire. Elle a été dite effacée, normale ou augmentée, respectivement pour des valeurs de flèche lombaire inférieure à 3,5 cm, de 3,5 à 5,5 cm ou supérieure à 5,5 cm.
- L'endurance des paravertébraux et abdominaux a été appréciée, par les tests de Biering-Sorensen et Ito-Shiraldorespectivement.

- La souplesse des muscles ischio-jambiers, ilio-psoas, quadriceps et triceps sural.

1.4. Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été analysées avec le logiciel Epi Info 7.1. La recherche des liens des variables indépendantes avec celles dépendantes a été faite avec les tests de chi-deux de Pearson et Anova. Le seuil de significativité choisi a été de 5%.

2. RESULTATS

2.1. Caractéristiques socio-démographiques des patients

Les patients de l'étude ont eu un âge moyen de $49,9 \pm 14,1$ ans, les extrêmes étant de 17 et 85 ans. La sex-ratio a été de 0,63. Le tableau I présente les caractéristiques socio-démographiques de ces patients.

Tableau I : Répartition des patients selon leurs caractéristiques socio-démographiques.

	Effectifs	Pourcentages
Sexe		
Masculin	31	38,7
Féminin	49	61,3
Situation professionnelle		
Fonctionnaires	45	56,3
Retraités	16	20,0
Commerçants	8	10,0
Ménagères/ Ouvriers	8	10,0
Elèves/ Etudiants	3	3,7
Niveau de scolarisation		
Non scolarisés	4	5,0
Primaire	5	6,2
Secondaire	31	38,8
Universitaire	36	45,0
Post Universitaire	4	5,0
Corpulence (IMC)		
Maigre	4	5,0
Normale	5	6,2
Surpoids	31	38,8
Obèse	40	50,0
Couverture sociale		
Aucune	21	26,2
A 80%	40	50,0
A 100%	19	23,8

2.2. Caractéristiques cliniques des lombalgies à l'entrée

Elles ont concerné le type, l'intensité de la douleur, les déformations orthopédiques associées de même que les limitations d'activités des patients. Elles sont présentées dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patients selon les caractéristiques cliniques de leur lombalgie à l'entrée

	Effectifs	Pourcentages
Type de lombalgie		
Aigu	10	12,5
Subaigu	16	20,0
Chronique	54	67,5
Intensité de la douleur		
Faible	2	2,5
Modérée	38	47,5
Importante	40	50,0
Déformations orthopédiques associées		
Hyperlordose lombaire	35	43,8
Attitude scoliotique	28	35,0
Suspension postérieure du tronc	13	16,2
Suspension antérieure du tronc	5	6,2
Effacement lordose lombaire	5	6,2
Inégalité de longueur des membres pelviens	4	5,0
Scoliose	3	3,7
Limitations d'activités selon l'EIFEL		
Absente	2	2,5
Légère	38	47,5
Modérée	37	46,3
Importante	3	3,7

2.3. Evolution de l'intensité des douleurs et capacités fonctionnelles des patients

La figure n°1 apprécie la relation entre l'évolution de l'intensité des douleurs des patients et leurs capacités fonctionnelles.

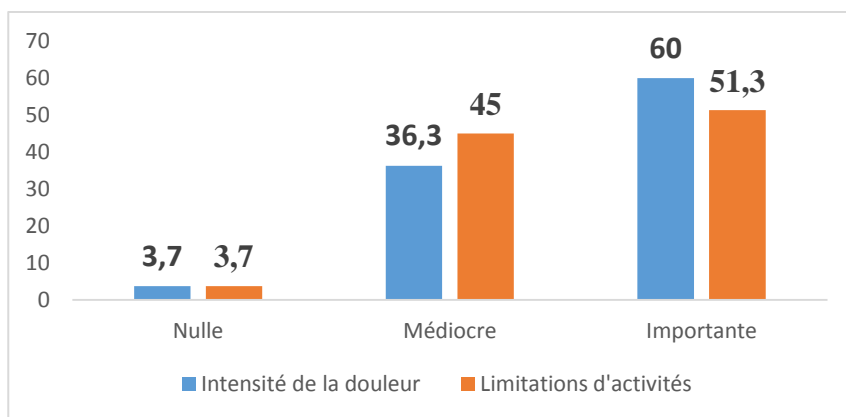


Figure 1 : Répartition des patients selon l'évolution de l'intensité des douleurs et de leur limitation de capacité fonctionnelle

2.4. Facteurs associés à l'évolution de l'intensité de la douleur et des limitations de capacité2.4.1. Facteurs associés à l'évolution de l'intensité de la douleur

L'existence de lien entre l'évolution de l'intensité de la douleur et certains paramètres socio-démographiques et cliniques des patients a été recherchée et présentée dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des patients selon les facteurs associés à l'évolution de l'intensité de leur douleur lombalgique.

	Evolution de l'intensité de la douleur			Tests statistiques
	<i>Nulle</i>	<i>Médiocre</i>	<i>Importante</i>	
Sexe				$X^2 = 9,28$;
Masculin	1	5	25	$p = 0,01$
Féminin	2	24	23	
Age				
Moyen \pm écart-type	63,7 \pm 17,2	54,4 \pm 15,7	46,3 \pm 12,1	Anova = 4,84 ; $p = 0,01$
IMC				
Moyen \pm écart-type	36,7 \pm 2,5	27,3 \pm 4,5	27,4 \pm 4,6	Anova = 5,86 ; $p = 0,00$
Niveau scolaire				$X^2 = 10,15$;
Aucun/ Primaire	0	1	8	$p = 0,25$
Secondaire	1	11	19	
Universitaire/ Post U	2	17	21	
Type de lombalgie				$X^2 = 15,82$;
Aigu	0	0	10	$p = 0,00$
Subaigu	0	2	14	
Chronique	3	27	24	

2.4.2. Facteurs associés à l'évolution des limitations d'activités

Le tableau IV présente les résultats des facteurs socio-démographiques et cliniques étudiés, comme étant associés ou non à l'évolution des limitations d'activités des patients.

Tableau IV : Répartition des patients selon les facteurs associés à l'évolution de leur limitation de capacité fonctionnelle

	Evolution des limitations d'activités			Tests statistiques
	<i>Nulle</i>	<i>Médiocre</i>	<i>Importante</i>	
Sexe				$X^2 = 8,60$;
Masculin	0	9	22	$p = 0,01$
Féminin	3	27	19	

Age				
Moyenne ± écart-type	70,3 ± 7,6	52,1 ± 14,1	46,5 ± 13,0	Anova = 5,34 ; p = 0,01
IMC				
Moyenne ± écart-type	35,3 ± 3,8	26,9 ± 4,7	28,0 ± 4,6	Anova = 4,67 ; p = 0,01
Niveau scolaire			X ² = 5,60 ;	
Non scolarisé/ Primaire	1	4	4	p = 0,69
Secondaire	1	13	17	
Universitaire/ Post Univ	1	19	20	
Type de lombalgie			X ² = 11,92 ;	
Aigu	1	1	8	p = 0,02
Subaigu	0	2	14	
Chronique	2	26	26	

3. DISCUSSION

3.1. Caractéristiques socio-démographiques des patients

Les patients de notre série sont âgés en moyenne de 49,91 ans. Il s'agit donc essentiellement des adultes jeunes. La même conclusion a été déjà rapportée par plusieurs auteurs dans la littérature, avec des âges moyens allant de 39 à 49 ans (Kouakou et al, 1994; Chaory et al, 2004; Kpadonou et al, 2005; Genêt et al, 2009; Dufour et al, 2010; Diomande et al, 2013; Doualla et al, 2013). Les lombalgies des patients de l'étude seraient donc plus en rapport avec des situations dégénératives au niveau du rachis lombaire.

Nous notons une prédominance féminine à 61,25%. De la revue de la littérature, il n'y a pas une unanimité par rapport à ce résultat. En effet, si certains auteurs ont abouti à la même conclusion que nous avec une prédominance féminine de 54 à 63% (Avimadje et al, 1999; Kpadonou et al, 2005; Maurice et al, 2008; Yahia et al, 2010), d'autres auteurs ont plutôt eu dans leur série une prédominance masculine (Genêt et al, 2006; Diomande et al, 2013). La prédominance féminine retrouvée dans notre série pourrait être liée à certains facteurs d'exposition retrouvés dans la gent féminine

telles que l'hyperlordose lombaire, les grossesses, les activités ménagères, la ménopause.

Différentes catégories socio-professionnelles ont été représentées dans notre série, mais avec une prédominance des fonctionnaires (56%). Kpadonou et al avaient rapporté cette prédominance des fonctionnaires dans leur série(2005). Ce constat pourrait être en rapport non pas avec une plus grande exposition de cette catégorie socio-professionnelle aux lombalgies, mais plutôt du fait de leur facilité d'accès aux soins en milieu hospitalo-universitaire, cadre de ladite étude. Cette même raison pourrait justifier que nous ayons eu 95% des sujets de notre série scolarisés dont 88,8% ont eu au moins le niveau du secondaire, environ les trois quarts des patients bénéficiant d'un système de sécurité social.

Près de neuf patients sur dix ont été tout au moins en surpoids, sinon obèses. Il s'agit d'une situation facilitant la survenue de lombalgies comme l'ont rapporté plusieurs auteurs dans la littérature (Bejia, 2007; Ouédraogo et al, 2007; Ouédraogo et al, 2010).

3-2. Caractéristiques cliniques des lombalgies à l'entrée.

Il s'agit des lombalgies chroniques dans deux tiers des cas. D'autres auteurs africains ont eu des résultats comparables au nôtre. S'il est vrai que des facteurs spécifiques prédisposant à la chronicité des lombalgies sont connus et rapportés dans la littérature, nous incrimons particulièrement dans notre contexte, le retard aux soins. Ce dernier pourrait être en rapport avec les difficultés d'accessibilité géographique, financière et socio-culturelle. La douleur a été au moins d'intensité modérée dans la quasi-totalité des cas et la moitié des patients a eu une douleur d'intensité importante. Des résultats similaires ont été rapportés par plusieurs auteurs (Genêt et al, 2006; Ntsiba et Makosso, 2009; Caby et al, 2010; Thomas et al, 2010). Différentes déformations orthopédiques, particulièrement au niveau du rachis lombaire ont été observées dans notre série. Et à l'échelle d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle des lombalgiques (EIFEL) la quasi-totalité des patients de l'étude ont eu diverses limitations fonctionnelles. Cette dernière a été d'intensité au moins modérée dans la moitié des cas. Des conclusions similaires sont observées dans la littérature (Maurice et al, 2008; Muzembo-Ndundu et Makekita-Kiadakulu, 2012), montrant que l'incapacité fonctionnelle est l'une des caractéristiques des lombalgies.

De la figure n°1, il ressort que les patients de l'étude ont connu une amélioration significative de l'intensité de la douleur et de leurs capacités fonctionnelles. Ces derniers ont évolué de manière significativement différente selon certains paramètres. Il s'agit de l'âge, du sexe, de la corpulence et du type de lombalgies. Les conclusions de la revue de la littérature (Stevenson et al, 2001; Fayad et al, 2004; Véron et al 2008; Nguyen et al, 2009) sont globalement comparables aux nôtres.

En effet :

- Plus le sujet est âgé, moins les résultats sont satisfaisants probablement du fait de la sévérité de l'atteinte, de l'association de comorbidités, de la baisse de participations aux soins.

- Les sujets obèses ont eu de moins bons résultats que ceux ayant une corpulence normale ou légèrement en surpoids. Ce résultat pourrait être dû, outre à la surcharge discale et des articulations postérieures, la diminution de participation des obèses, mais aussi aux éventuelles difficultés du thérapeute pour les prises et contre-prises lors du traitement.

- Les hommes et les patients ayant eu des lombalgies chroniques ont eu les meilleurs résultats. Cette situation pourrait être en rapport avec les paramètres neuro-hormonaux, psychologiques de modulation de la douleur. Pour ce qui est de l'influence du délai d'évolution de lombalgie, l'effet de la taille de notre échantillon ne peut être exclu.

CONCLUSION

Les lombalgies sont une affection du sujet adulte, particulièrement jeune, de toutes catégories socio-professionnelles et genres. Elles ont été associées à différentes déformations orthopédiques. Les limitations de capacités fonctionnelles en sont une conséquence quasi systématique. Les séances de rééducation fonctionnelle ont apporté des résultats très satisfaisants à ces patients. Le genre, l'âge, la corpulence du sujet et le délai d'évolution de la lombalgie ont été des paramètres déterminants de ces résultats de rééducation. Il importe de tenir compte de ces éléments dans la prise en charge des lombalgiques.

Conflit d'intérêt : Aucun

REFERENCES

1. AVIMADJE AM, GOUPILLE P, ATTOLOU V, DJOROLO F, AMOUSSOU-GUENOU D, SOSSA C. et al., 1999. Facteurs de risque de la lombalgie par discopathie dégénératives lombaires au Bénin à propos de 115 cas. *Le Bénin médical*, 12,13: 91-94.
2. BEJIA I., 2007. Prévalence et facteurs associés à la lombalgie commune chez le personnel hospitalier. *Revue du rhumatisme*, 72(5):427-432.
3. CABY I, VANVELCENAHER J, LETOMBE A, PELAYO P., 2010. Effect of a five week intensive and multidisciplinary spine- specific functional program in chronic low back pain patients with or without surgery. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53:621-631.
4. CHAORY K, RANNOU F, FERMANIAN J, GENTY M, ROSENBERG S, BILLABERT C. et al., 2004. Impact des programmes de restauration fonctionnelle sur les peurs, croyances et conduites d'évitement du lombalgique chronique. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47:93-97.
5. DIOMANDE M, OUATTARA B, ETI E, GBANE- KONE M, AHOTI FAD, TANO H M et al., 2013. La hernie discale lombaire au CHU de Cocody (Abidjan) : aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques. *Revue CAMES SANTE*, 1(1):16-19.
6. DOUALLA B M, LUMA NAMME H, TCHALEU NGUENKAM B, KWEDI F, KEMTA LEKPA F, MEMOPI M. et al., 2013. Prévalence des douleurs neuropathiques au sein d'une population de lombalgiques chroniques à Douala, Cameroun. *Revue Marocaine de Rhumatologie*, 26:26-30.
7. DUFOUR X, BARETTE G, GHOSOUB P, TRONTTE G., 2010. Rééducation des patients lombalgiques en fonction de l'étiologie. *Kinésithérapie Scientifique*, 513: 25-34.
8. FAYAD F, LEFEVRE-COLAU MM, POIRAUDEAU S, FERMANIAN J, RANNOU F, WLODYKA DEMAILLE S. et al., 2004. Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain common prognostic factors. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47(4):179-189.
9. GENET F, AUTRET K, ROCHE N, LAPEYRE E, SCHNITZLER A, MANDJUI B et al. Comparaison du retentissement de la lombalgie chronique dans quatre pays francophones. *Annals of physical and rehabilitation medicine* 2009;52:717-728.
10. GENET F, LAPEYRE E, SCHNITZLER A, HAUSSEGUY A, D'APOLITO AC, LAFAYE DE MICHAUX R. et al., 2006. Psychobehavioural assessment for chronic low back pain. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 49(5):226- 233.
11. HENCHOS Y., 2011. Lombalgie non spécifique : faut-il recommander l'exercice et les activités sportifs ? *Revue médicale Suisse*, 7:612-616.
12. KOUAKOU NM, AKISSI NL, ETI E, DABOIKO JC, GABLA A, TOTO A et al., 1994. Données épidémiologiques élémentaires sur la rhumatologie en milieu hospitalier ivoirien. *Rhumatologie*, 46:239-242.
13. KPADONOU T, AVODE DG, FIOSSI-KPADONOU E, ALAGNIDE E, BANKOLE W, ODOULAMI H., 2005. Incapacité fonctionnelle chez les lombalgiques chroniques au CNHU de Cotonou : Mesure par l'échelle de Québec. *Le Bénin médical*, 30:24-26.
14. LORCA G., 2004. Le traitement actuel des lombalgies chroniques. *Médecine thérapeutique*, 10(2):75-81.
15. MAURICE M, BLANCHARD-DAUPHIN A, LAURENT P. THEVENON A, TIFFREAU V., 2008. Short and midterm

- effectiveness of a back school. Retrospectives cohort study on 328 patients with chronic low back pain from 1997 to 2004. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 5:292-300.
16. MUZEMBONDUNDU J, MAKEKITAKIADAKULU S., 2012. Evaluation fonctionnelle d'une population des lombalgies de KINSHASSA par l'échelle EIFEL. *Journal de Réadaptation Médicale*, 32(3):103-107.
17. NGUYEN C, POIRAUDEAU S, REVEL M, PAPELARD A., 2009. Chronic low back pain : Risk factors for chronicity. *Revue du rhumatisme*, 76:537- 542.
18. NTSIBA H. MAKOSSO E., 2009. Low back pain in Congolese hospital environment. Analysis of 200 cases (CHU de Brazzavile). *Médecine d'Afrique Noire*, 56(4):234-238.
19. OUEDRAOGO DD, ETI E, DABOIKO JC, SIMON F, CHUONG V T, ZUE KNM., 2007. Les lombosciatiques discales non compliquées : aspects épidémiologiques et sémiologiques chez le sujet noir africain. A propos de 143 malades (Côte d'Ivoire). *Cahier d'études et de recherches francophones en Santé*, 17(2):92-95.
20. OUEDRAOGO DD, OUEDRAOGO V, OUEDRAOGO LT, KINDA M, TIENO H, ZOUNGRANA EI et al., 2010. Prévalence et facteur de risque associés à la lombalgie chez le personnel hospitalier à Ouagadougou (Burkina Faso). *MédecineTropicale*, 70:277-280.
21. STEVENSON JM, WEBER CL, SMITH JT, DUMAS GA, ALBERT WJ., 2001. A longitudinal study of the development of low back pain in an industrial population. *Spine*, 26(12):1370-1377.
22. THOMAS EN, PERS Y-M, MERCIER G, CAMBIERE JP,FRASSON N, STER F et al., 2010 The importance of fear, beliefs, catastrophism and kinesiophobia in chronic low back pain rehabilitation. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 53: 3-14.
23. VÉRON O, E. TCHERNIATINSKY, FAYAD F, REVEL M, POIRAUDEAU S., 2008. Chronic low back pain and functional restoring program: Applicability of the patient Acceptable Symptom State. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 8((51):642-649.
24. YAHIA A, GHROUBI S, KHARRAT O, JRIBI S, ELLEUCH M, ELLEUCH M H., A 2010. study of isokinetic trunk and knee muscle strength in patients with chronic sciatica. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 53:239- 249.