

Apport de la Rééducation dans la Prise en Charge de la Lomalgie/Lomboradiculalgie Commune Chronique à Abidjan : Amélioration de la Douleur et de la Capacité Fonctionnelle dans 95% des Cas

Kouakou Ehaulier Soh Christian Louis

Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké, Côte d'ivoire

Same Bebey Francine

Service de Rhumatologie, Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun

Sougué Charles

Service de médecine interne,

CHU Sourô Sanou de Bobo Dioulasso, Burkina Faso

Seri Serge Landry

Service de médecine physique et réadaptation du CHU de Bouaké, Côte d'ivoire.

Yao Konan Joe Clauvis

Traore Aissata

Koffi Joseph Kan Enock

Goua Jean Jacques

Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké, Côte d'ivoire

Goupille Phillipe

Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Tours, France

Daboiko Jean Claude Felix

Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bouaké, Côte d'ivoire

[Doi: 10.19044/esipreprint.7.2023.p313](https://doi.org/10.19044/esipreprint.7.2023.p313)

Approved: 17 July 2023

Posted: 20 July 2023

Copyright 2023 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND
4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

Christian Louis K.E.S., Francine S.B., Charles S., Landry S.S., Clauvis Y.K.J., Aissata T., Kan Enock J.K., Jacques G.J., Phillipe G. & Felix D.J.C. (2023). *Apport de la Rééducation dans la Prise en Charge de la Lomalgie/Lomboradiculalgie Commune Chronique à Abidjan : Amélioration de la Douleur et de la Capacité Fonctionnelle dans 95% des Cas*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.7.2023.p313>

Resume

Objectif : Evaluer l'apport de la rééducation dans la prise en charge de la lombalgie/lomboradiculalgie commune chronique (LRCC). **Patients et méthodes :** Il s'est agi d'une étude prospective transversale allant du 1er janvier 2015 au 1er mai 2016 (16 mois), portant sur des cas de LRCC vu en rééducation au CHU de Cocody à Abidjan en Côte d'Ivoire. L'échelle Eifel a permis d'évaluer la capacité fonctionnelle des patients. Il s'agissait de comparer l'intensité de la douleur et de son retentissement fonctionnel avant et après rééducation. **Résultats :** Sur 1380 patients vus, 86 souffraient de LRCC (6,23 %) soit 46 cas de lombalgie isolée (53,5%) et 40 cas de lomboradiculalgie (46,5%). Leur âge moyen était de 49,9 ans +/- 11,7 (extrêmes : 14 et 71 ans) et le sex ratio de 0,43 (26 hommes et 60 femmes). Le nombre moyen de séances de rééducation effectué était de 13,5±5,2 (Extrêmes : 5 et 25) avec une durée moyenne de 1,6 mois ±0,7 (Extrêmes : 1 et 5). L'évolution clinique était favorable chez 82 patients (95,35%). L'échelle visuelle analogique (EVA) moyenne était de 6,3±2 avant la rééducation, et de 1,8±1,6 après rééducation. Le score moyen de l'échelle EIFEL était de 13,38±5,7 avant la rééducation et de 3,6±4,82 après rééducation. Il existait une amélioration statistiquement significative de l'intensité de la douleur ($p=0,02$), et de la capacité fonctionnelle des patients après la rééducation ($p=0,03$). **Conclusion :** Les patients souffrant de LRCC consultent dans un contexte hyperalgique et invalidant en rééducation au CHU de Cocody. Les séances de rééducation permettent une amélioration de la douleur et de la capacité fonctionnelle des patients.

Mots-clés: Lombalgie, lombosciatique, capacité fonctionnelle, rééducation

Contribution of Rehabilitation in the Management of Chronic Low Back Pain/Lomboradiculalgia in Abidjan: Improvement of Pain and Functional Capacity in 95% of the Cases

Kouakou Ehaulier Soh Christian Louis

Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de
Bouaké, Côte d'ivoire

Same Bebey Francine

Service de Rhumatologie, Hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun

Sougué Charles

Service de médecine interne,

CHU Sourô Sanou de Bobo Dioulasso, Burkina Faso

Seri Serge Landry

Service de médecine physique et réadaptation du CHU de Bouaké,
Côte d'ivoire.

Yao Konan Joe Clauvis

Traore Aissata

Koffi Joseph Kan Enock

Goua Jean Jacques

Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de
Bouaké, Côte d'ivoire

Goupille Phillipe

Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Tours, France

Daboiko Jean Claude Felix

Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de
Bouaké, Côte d'ivoire

Abstract

Objective: To evaluate the contribution of rehabilitation in the management of chronic low back pain/ lomboradiculalgia (LRCC). **Patients and methods:** This was a 16-month prospective cross-sectional study from January 1, 2015, to May 1, 2016, of LRCC cases seen in rehabilitation at the University Hospital of Cocody in Abidjan, Ivory Coast. The Eifel scale was used to assess the functional capacity of patients. The aim was to compare the intensity of pain and its functional impact before and after rehabilitation. **Results:** Of 1380 patients seen, 86 had LRCC (6.23%), i.e. 46 cases of isolated low back pain (53.5%) and 40 cases of lumbaradiculalgia (46.5%). Their mean age was 49.9 years +/- 11.7 (extremes: 14 and 71 years) and the sex ratio was 0.43 (26 men and 60 women). The average number of rehabilitation sessions performed was 13.5±5.2 (extremes: 5 and 25) with an average duration of 1.6

months ± 0.7 (extremes: 1 and 5). The clinical evolution was favorable in 82 patients (95.35%). The mean visual analog scale (VAS) was 6.3 ± 2 before rehabilitation, and 1.8 ± 1.6 after rehabilitation. The mean EIFEL score was 13.38 ± 5.7 before rehabilitation and 3.6 ± 4.82 after rehabilitation. There was a statistically significant decrease in pain intensity ($p=0.02$), and a statistically significant improvement in patients' functional capacity after rehabilitation ($p=0.03$). Conclusion: Patients suffering from LRCC consult in a hyperalgesic and disabling context in rehabilitation at Cocody. The rehabilitation sessions allow an improvement of the pain and the functional capacity of the patients.

Keywords: Low back pain, lumbosciatica, functional capacity, rehabilitation

Introduction

La lombalgie/lomboradiculalgie commune chronique (LRCC) est un motif fréquent de consultation médicale [Konstantinou et al. (2008), Millogo et al. (1999), Ouédraogo et al. (2010), Gandema et al. (2012)]. En fonction des études, sa fréquence varie entre 1,2 et 61,7% [Konstantinou et al. (2008), Millogo et al. (1999), Ouédraogo et al. (2010), Gandema et al. (2012)]. En Afrique subsaharienne, la prévalence de la LRCC varie entre 8,3% et 61,7% et représenterait environ 60% des affections rhumatologiques à Abidjan en Côte d'Ivoire [Millogo et al. (1999), Ouédraogo DD et al. (2010), Gandema S et al. (2012), N'dri AM-L et al. (1999)]. Il s'agit d'une pathologie parfois hyperalgique invalidante, pouvant entraîner une altération de la qualité de vie du patient en impactant sur son état psychologique et la capacité fonctionnelle de son appareil locomoteur [Sougué et al. (2020)]. La prise en charge de la LRCC passe par des antalgiques et inflammatoires, la rééducation, les infiltrations et parfois la chirurgie [Sougué et al. (2021)]. La médecine physique et réadaptation occupe une place très importante dans le traitement d'une LRCC [Sougué et al. (2021), Tiaho et al. (2021), Khalfaoui et al. (2013)]. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'apport de la rééducation dans la prise en charge des LRCC dans une population noire d'Afrique Subsaharienne.

Patients et methodes

Il s'est agi d'une étude prospective transversale sur une période de 16 mois allant du 1er janvier 2015 au 1er mai 2016, portant sur les patients souffrants de lombalgies/lomboradiculalgies communes chroniques (LRCC). Il s'agissait de patients noirs d'Afrique sub-saharienne vus dans le service de médecine physique et de réadaptation du centre hospitalier universitaire (CHU) de Cocody à Abidjan en Côte d'Ivoire. Nous avons inclus tout patient âgé de 18 ans ou plus, souffrant de LRCC qui avait accepté de participer à l'étude. Les patients perdus de vue, et ceux vus dans un contexte traumatique ont été exclus de l'étude. Le diagnostic

de la LRCC a été posé sur la base d'un examen clinique, biologique et radiologique.

Les données ont été recueillies lors de l'évaluation médicale. Une évaluation médicale initiale des patients a d'abord été effectuée. Ils ont ensuite bénéficié de séances de rééducation, et une réévaluation a été effectuée après ce traitement en médecine physique et réadaptation. Les séances de rééducation consistaient surtout en une physiothérapie et en une kinésithérapie. Il s'agissait de comparer l'intensité de la douleur et de son retentissement fonctionnel avant et après rééducation. Les caractéristiques épidémiologiques des patients que nous avons étudiées étaient : l'âge, le sexe, la profession, le niveau d'instruction, les antécédents, l'indice de masse corporelle (IMC). Les aspects cliniques étudiés étaient : la durée d'évolution, le type de la radiculalgie et son caractère neuropathique [Bouhassira. (2005)], le diagnostic lésionnel à l'imagerie, le traitement reçu avant l'admission en rééducation, l'intensité de la douleur sur l'échelle visuelle analogique (EVA) au début et après rééducation, et la capacité fonctionnelle (Echelle Eifel) au début et après rééducation [Coste et al. (1993)]. Les données ont été analysés par le logiciel « EPI-INFO » dans sa version 7. Le seuil de signification lors des tests statistiques était fixé à 5%. Sur le plan éthique, la confidentialité et l'anonymat des personnes enquêtées ont été respectés.

Resultats

Sur 1380 patients reçus en rééducation pendant la période d'étude, 86 patients souffraient de LRCC soit une fréquence de 6,23 %. Quarante-six patients avaient une lombalgie isolée (53,5%) et 40 avaient une radiculalgie associée (46,5%). L'âge moyen de la population étudiée était de 49,9 ans +/- 11,7 avec des extrêmes de 18 ans et 71 ans. La tranche d'âge de 40-60 ans était la plus représentée (51 patients soit 59,3%). Le sex ratio était de 0,43 soit 26 hommes et 60 femmes.

Concernant la profession des patients, 35 patients étaient des fonctionnaires du secteur public (40,7%), 21 patientes étaient des femmes au foyer (24,42%), 17 étaient des commerçants (19,77%) et les autres étaient soit retraités (8 patients soit 9,3%), étudiants (2 patients soit 2,33%), ou sans emploi (3 patients soit 3,5%). Concernant le niveau d'instruction, 21 patients avaient un niveau primaire (24,42%), neuf avaient un niveau secondaire (10,46%), 43 avaient un niveau supérieur (50%), et 13 patients n'étaient pas scolarisés (15,12%). Soixante-dix-neuf patients résidaient à Abidjan (91,86%) et les sept autres résidaient hors d'Abidjan (8,14%). La durée moyenne d'évolution de la douleur était de 26,5 mois \pm 27,4 avec des extrêmes de 3 et 120 mois. Le tableau I représente les caractéristiques cliniques de la population étudiée.

Sur le plan thérapeutique, le nombre moyen de séances de rééducation effectué était de $13,5 \pm 5,2$ (Extrêmes : 5 et 25). La durée moyenne du traitement en rééducation était de 1,6 mois $\pm 0,7$ (Extrêmes : 1 et 5). Quarante-deux patients (95,35%) ont exprimé une évolution favorable de leur état clinique après le traitement en rééducation. Les autres avaient un état clinique stationnaire (4,65%). Les patients qui ont effectué plus de séances de rééducation étaient mieux améliorés que les autres sur le plan de la douleur ($p=0,03$), et de la capacité fonctionnelle ($p=0,02$). Il n'y avait pas de lien entre le diagnostic lésionnel radiologique et l'amélioration clinique des patients ($p=0,8$).

L'intensité moyenne initiale (avant la rééducation) de la douleur à l'EVA (Echelle visuelle analogique) était de $6,3 \pm 2$ (Extrêmes : 2 et 10). L'intensité de la douleur à l'EVA (après la rééducation) était en moyenne de $1,8 \pm 1,6$ (Extrêmes : 0 et 8). Il existait une baisse statistiquement significative de l'intensité de la douleur après la rééducation ($p=0,02$). La figure 1 représente la comparaison des EVA avant et après rééducation.

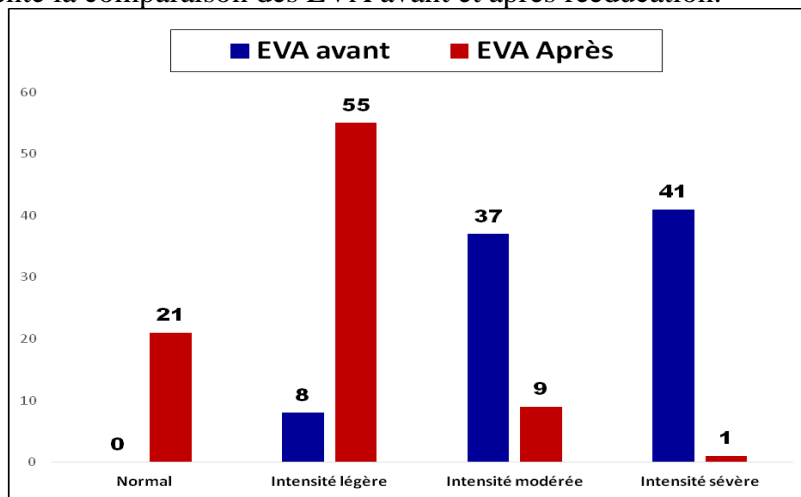


Figure 1. Comparaison des EVA avant et après rééducation montrant une différence significative ($p=0,02$)

Le score moyen initial à l'échelle EIFEL avant la rééducation était de $13,38 \pm 5,7$ (extrêmes : 0 et 24). Ce score après la rééducation était de $3,6 \pm 4,82$ (extrêmes : 0 et 20). Il existait une amélioration statistiquement significative de la capacité fonctionnelle des patients après la rééducation ($p=0,03$). La figure 2 représente la comparaison de l'échelle EIFEL avant et après rééducation.

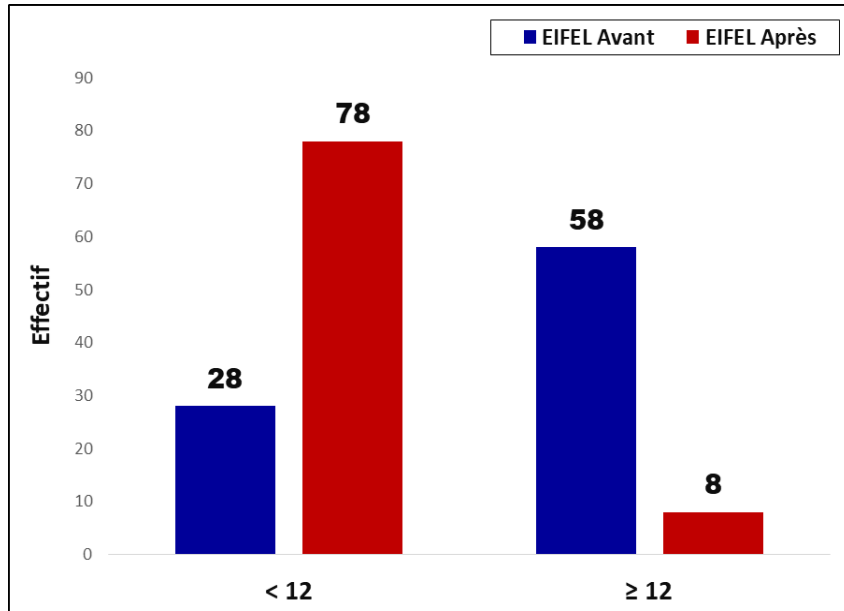


Figure 2. Comparaison de l'échelle EIFEL avant et après rééducation montrant une différence significative ($p=0,03$)

Discussion

La LRCC est fréquente en rééducation à Abidjan. Sa fréquence hospitalière est de 6,23 %. Selon la littérature, la prévalence de la LRCC varie entre 1,2 et 61,7% % [Konstantinou et al. (2008), Millogo et al. (1999), Ouédraogo et al. (2010), Gandema et al. (2012)]. En Afrique subsaharienne, la prévalence de la LRCC varie entre 8,3% et 61,7% et représenterait environ 60% des affections rhumatologiques à Abidjan en Côte d'Ivoire [Millogo et al. (1999), Ouédraogo et al. (2010), Gandema et al. (2012), N'dri AM-L et al. (1999)].

Les caractéristiques épidémiocliniques de la population étudiée corroborent les autres études africaines [Millogo et al. (1999), Ouédraogo et al. (2010), Gandema et al. (2012)].

En effet, il s'agit le plus souvent des femmes entre 40-60 ans, et les femmes au foyer occupent une grande place. Le rachis lombaire du sujet noir africain présente quelques particularités [Ouédraogo et al. (2010), Hanson et al. (1998), Sougué et al. (2020)].

Il existe une accentuation de la lordose lombaire physiologique, ce qui pourrait constituer un facteur de risque de lombalgie [Ouédraogo DD et al. (2010), Hanson P et al. (1998), Sougué et al. (2020)]. Et ce facteur anatomique semble plus accentué chez les femmes noires d'Afrique subsaharienne [Ouédraogo et al. (2010), Hanson et al. (1998), Sougué et al. (2020)].

Une grande proportion des patients avait une intensité modérée à sévère de la douleur associée à un retentissement fonctionnel important. La LRCC est effectivement une pathologie parfois hyperalgique invalidante et c'est souvent dans ce contexte que consultent les patients [Millogo et al. (1999), Ouédraogo DD et al. (2010), Gandema et al. (2012), N'dri AM-L et al. (1999)]. Sougué et al (2020) ont montré que la LRCC pouvait entraîner une importante altération de la qualité de vie du patient en impactant sur son état psychologique et la capacité fonctionnelle de son appareil locomoteur.

La prise en charge en rééducation a permis une amélioration significative de la douleur et de la capacité fonctionnelle des patients. Même s'il est difficile d'affirmer que l'amélioration clinique est uniquement imputable à la rééducation du fait de la méthodologie de l'étude, le rôle de la rééducation n'est plus un débat dans la prise en charge des LRCC [Sougué et al. (2021), Tiaho et al. (2021), Khalfaoui et al. (2013)]. Cette étude permet donc de rappeler que la rééducation peut être une solution ou du moins doit être associée à la prise en charge de la LRCC. Selon les dernières recommandations, la prise en charge globale du patient est dite « bio-psycho-sociale », elle s'appuie sur une décision médicale partagée, et doit être centrée sur le patient : elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique et socio-professionnelle) [Verdier et al. (2020)]. De ce fait, une collaboration multidisciplinaire impliquant médecins généralistes, rhumatologues, rééducateurs, médecins du travail, chirurgiens, sociologues, psychologues et psychiatres est le plus souvent nécessaire pour une prise en charge optimale du patient souffrant de LRCC.

Conclusion

La LRCC est une pathologie fréquente en rééducation à Abidjan et touche surtout les femmes entre 40-60 ans. Les patients consultent le plus souvent dans un contexte d'hyperalgie et d'invalidité avec une composante neuropathique importante de leur douleur radiculaire. Une amélioration significative de la douleur et de la capacité fonctionnelle des patients a été notée après des séances de rééducation. Cette étude confirme que la rééducation est très importante dans le traitement de la LRCC. Elle fait partie intégrante de la prise charge globale « bio-psycho-sociale » du patient.

Conflict d'Interet: Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

References:

1. Bouhassir, D. (2005). Le questionnaire DN4: le nouvel outil d'aide au diagnostic des douleurs neuropathiques. *Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 6(5) :297-300.

2. Coste, J., Le Parc, JM., Berge, E., Delecoeuillerie, G., Paolaggi, JB. (1999). Validation française d'une échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL). *Rev Rhum* ; 60 :335-41.
3. Gandema, S., Cessouma, KR., Dakouré, WP., et Nacro, B. (2012). Profil épidémiologique du handicap physique au Burkina Faso. *Médecine d'Afrique noire* ;59(11) :542-47.
4. Hanson, P., Magnusson, SP., Simonsen, EB. (1998). Differences in sacral angulation and lumbosacral curvature in black and white young men and women. *Cells Tissues Organs* ;162(4):226-231.
5. Khalfaoui, S., Mounach, A., Arabi, H., Ismaili, SA., Menabbou, M., Jemmouj, A. (2013). Place des différentes méthodes de rééducation dans la prise en charge de la lombalgie commune chronique. *Rev Mar Rhum* ; 24 : 32-8.
6. Konstantinou, K., Dunn, KM. (2008). Sciatica: Review of epidemiological studies and prevalence estimates. *Spine*; 33:2464-72.
7. Millogo, A., Bamouni, AY., Taoko, A., Ki-Zerbo, GA., Sawadogo, AB., Yameogo, A., Durand, G. (1999). Lombosciatiques: profil radioclinique et étiologique au centre hospitalier de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Médecine d'Afrique Noire* ; 46(7).
8. N'dri AM-L. (1989). Contribution à l'étude épidémiologique des affections rhumatologiques en milieu hospitalier ivoirien : à propos de 2294 cas colligés au CHU de Cocody. Thèse Méd ; n° 1014.
9. Ouédraogo, DD., Ouédraogo, V., Ouédraogo, LT., Kinda, M., Tieno, H., Zoungrana, EI., Drabo, JY. (2010) Prévalence et facteurs de risque associés à la lombalgie chez le personnel hospitalier à Ouagadougou (Burkina Faso). *Médecine Tropicale* ;70(3) :277-80.
10. Sougué, C., Gbané-Koné, M., Kaboré, F., Tiendrébéogo, WJS., Servant, G., Cristina, E. (2021). Faisabilité, tolérance et efficacité des infiltrations épidurales par le hiatus sacrococcygien sous contrôle échographique. *Le rhumatologue* ; 108 : 6-11.
11. Sougué, C., Kaboré, F., Tiendrébéogo, WSJ., Ogoabiga AA, Zongo YE, Sompougou C et al. Essai randomisé contrôlé comparatif des infiltrations épidurales en repérage anatomique par le hiatus sacrococcygien et par voie inter-épineuse. *Revue du Rhumatisme* 2020 ; 87 : A73-A74.
12. Sougué, C., Tiendrébeogo, J., Kaboré, F., Zongo, E., Ahongbonon, N., Sompougou, C. (2020). Frequency and Factors Associated with Depression during Chronic Lumbosciatica in Sub-Saharan African Black Patients. *Open Journal of Rheumatology and Autoimmune Diseases* ; 10 (4):157-63.
13. Tiaho, Y., Tiendrébéogo, WSJ., Sougué, C., Kaboré, F., Savadogo, JE., Gandema, S., (2021). Kinesiophobia: frequency, associated

- factors and impact on the life quality of participants with chronic low back pain in sub-saharan africa. *Wiad Lek.* ;74(12 p.1):3240-4
14. Verdier, J. (2020). Impact des recommandations HAS 2019 et place de la médecine physique et de réadaptation dans la prise en charge en soins primaires des patients présentant une lombalgie commune aiguë à haut risque de passage à la chronicité (Doctoral dissertation, Sarah Cheriet).[thèse med]. Rouen : UFR de santé Rouen Normandie.