

LA HERNIE DISCALE LOMBAIRE AU CHU DE COCODY (ABIDJAN): ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, RADIOLOGIQUES ET THERAPEUTIQUES

DIOMANDE M, OUATTARA B, ETI E, GBANE-KONE M, AHOTY FAD, DJAHA KJM, TANO H M, KOUAKOU NM

RESUME

Objectif : Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques des hernies discales lombaires vues en hospitalisation rhumatologique à Abidjan.

Patients et méthode : Etude rétrospective descriptive sur 7 ans menée au service de Rhumatologie (unité d'hospitalisation) du CHU de Cocody portant sur 39 dossiers. Ont été inclus tous les dossiers de patients ayant une hernie discale lombaire de diagnostic scannographique. Une fiche d'enquête a permis de recueillir les données épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques.

Résultats : La fréquence hospitalière de la hernie discale lombaire était de 4,1% par rapport à l'ensemble des pathologies lombaires (948 cas). Elle prédominait chez l'adulte masculin (56,4%) âgés de 49 ans en moyenne. Les patients provenant du secteur informel (commerçants, ouvriers, cultivateurs...) prédominaient (30,8%). Ils rapportaient des antécédents douloureux lombaires (82,1%). La hernie discale lombaire se manifestait par une lombosciatalgie (82,1%) hyperalgique de trajet monoradiculaire L5 (38,9%) ou S1 (30,6%). La radiographie standard montrait un pincement discal (56,4%) et un bâillement discal postérieur ou latéral (28,2%). Elle était normale dans 15,4% des cas. La tomodensitométrie lombaire révélait la prédominance des formes postéromédianes (30,8%) et postérolatérales (25,6%). La stratégie thérapeutique était basée sur le traitement médicamenteux (89,7%) et physique. La neurochirurgie était indiquée dans 10,3% des cas.

Conclusion : La hernie discale lombaire est peu fréquente en hospitalisation rhumatologique à Abidjan. Elle s'exprime par un syndrome lomboradiculaire hyperalgique et est dominée par les formes postéro-médianes et postéro-latérales. Le traitement conservateur est le plus souvent indiqué. La lutte contre la baisse de productivité passe par la prévention par l'école du dos.

Mots-clés: Hernie discale- tomodensitométrie- lombalgie

ABSTRACT

THE LUMBAR DISC HERNIATION IN UNIVERSITY HOSPITAL OF COCODY (ABIDJAN): EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, RADIOLOGICAL AND THERAPEUTIC CHARACTERISTICS

Objective : To describe the epidemiological, clinical, radiological and therapeutic characteristics of lumbar disc herniation seen in rheumatologic department in Abidjan.

Patients and methods : Retrospective and descriptive study in a period of 7 years study in the department of Rheumatology in University Hospital of Cocody. Were included all records of patients with a lumbar disc herniation confirmed by Computer Tomography scan. 39 patients were selected. A structured questionnaire helped to identify the epidemiologic, clinic, radiologic and therapeutic characteristics.

Results : The frequency of lumbar disc herniation was 4.1% compared to all lumbar diseases (948 cases). It prevailed among adult males (56.4%) aged of 49.05 years an average. Patients from the informal sector (traders, laborers, farmers ...) predominated (30.8%). they reported a long history of low back pain (82.1%). She was hyperalgesic (60%) and showed a sciatica (82.1%) with monoradicular travel L5 (38.9%) or S1 (30.6%). The radiography showed disc space narrowing (56.4%), a posterior or lateral disc yawn (28.2%) and was normal (15.4%). Lumbar Computed Tomography scan showed the predominance of postero-medial forms (30.8%) and postero-lateral forms (25.6%) . Therapeutic strategy consisted of a drug treatment (89.7%) and physical treatment. Neurosurgery is indicated in 10.3% of cases.

Conclusion : Lumbar disc herniation is uncommon in rheumatologic practice in Abidjan. It is expressed by a hyperalgesic sciatica and is dominated by postero-medial forms and postero-lateral forms. Conservative treatment is usually indicated. The struggle against the lower productivity is done through prevention by the back school.

Keywords: Herniated disc – Computer Tomography scan - low back pain

Service de Rhumatologie du Chu de Cocody (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Auteurs et Correspondances : Diomandé Mohamed, Adresse : 08 BP 2183 Abidjan 08, Email: diomanded48@yahoo.fr , Téléphone: (225) 07 52 31 97

INTRODUCTION

La hernie discale lombaire (HDL) est une saillie focalisée du matériel discal lombaire à travers une déchirure de l'anneau fibreux et est à l'origine soit d'une lombalgie avec ou sans irradiation sciatique [1]. Elle constitue 13% des consultations de Rhumatologie en France représentant 100 000 cas par an et est à l'origine de 13,11 millions de journées sans travail dont 8,66 millions de personnes sont indemnisées [2]. En Côte d'Ivoire, la hernie discale représente 30% des consultations de Rhumatologie [3]. Selon l'organisation mondiale de la santé [4], elle est à l'origine de 15% d'absentéisme chez les travailleurs de force en raison de l'incapacité professionnelle qu'elle procure. Son évolution peut se faire dans de très nombreux cas vers la chronicité. Tout ceci témoigne de l'importance de son impact économique en terme de productivité. A la vue de cet impact, nous nous proposons de décrire le profil épidémiologique, clinique, radiologique et thérapeutique de la hernie discale lombaire en milieu d'hospitalisation rhumatologique à Abidjan.

PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive réalisée sur une durée de 7 ans de Janvier 2000 à Décembre 2006 menée au sein de l'unité d'hospitalisation du service de Rhumatologie du Chu de Cocody à Abidjan. Tous les dossiers de hernie discale lombaire symptomatique diagnostiquée par une tomodensitométrie ont été inclus. Les dossiers de patients ne disposant pas de scanner lombaire et les dossiers incomplets n'ont pas été inclus. 39 patients répondant à ces critères ont été sélectionnés. Les dossiers incomplets étaient ceux dont les informations étaient inexploitable. Le recueil des informations a été effectué à l'aide d'une fiche d'enquête.

Tableau I: Cotation du déficit neurologique

Cotation	Correspondances
0	Aucune contraction volontaire
1	Contraction faible, insuffisante pour entraîner un déplacement
2	Mouvement possible si l'action de la pesanteur est compensée
3	Mouvement possible contre l'action de la pesanteur
4	Mouvement possible contre la pesanteur et contre résistance
5	Force motrice normale

Nous avons répertorié les données épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives. L'efficacité du traitement a été jugée sur l'évaluation de la douleur par l'échelle visuelle analogique (EVA), la satisfaction globale du patient et la récupération du déficit neurologique pour les

patients qui en présentaient un. La cotation du déficit neurologique figure au tableau I. La parésie est considérée comme une force motrice strictement supérieure à 3 et la paralysie correspond à une force motrice inférieure ou égale à 3. Le syndrome de la queue de cheval est un syndrome neurologique associant une atteinte pluri-radicaux des dernières vertèbres sacrées, des troubles sphinctériens et une anesthésie en selle.

RÉSULTATS

La fréquence hospitalière de la hernie discale lombaire était de 4,1% par rapport à 948 pathologies lombaires répertoriées pendant la période d'étude. L'effectif comportait 22 hommes (56,4%) et 17 femmes (43,6%) avec un âge moyen de 49 ans (extrêmes: 24-81 ans). Les patients étaient issus du secteur informel dans 30,8% des cas (commerçants, ouvriers, cultivateurs, menuisiers, maçons ...), des métiers des armes (23,1%), des enseignants et autres cadres moyens (23,1%), des ménagères (12,8%), des cadres supérieurs (7,7%) et des retraités (2,6%). Les caractéristiques cliniques et radiologiques sont présentées dans les tableaux II et III.

Tableau II: Age, histoire de la maladie et examen clinique à l'admission

Caractéristiques	Nombre	%
Tranche d'âge		
20-30	3	7,7
31-40	6	17,9
41-50	16	38,5
>50	14	35,9
Antécédents rachidiens		
Oui	32	81,2
Non	7	17,9
Facteurs favorisants		
Effort de soulèvement	17	43,6
Position penchée en avant	12	30,8
Posture prolongée	4	15,4
Traumatisme	1	2,5
Inconnue	3	7,7
Signes d'appel		
lombalgie	5	12,8
lombosciatalgie	32	82,1
Lomboradiculalgie mal systématisée	2	5,1
Intensité de la douleur		
hyperalgique	26	60
modérée	13	40
Complications		
parésie	13	33,3
paraplégie	2	5,1
Syndrome de la queue de cheval	1	2,6
absentes	23	60

Tableau III: Résultats des examens d'imagerie

Caractéristiques	Nombre	pourcentage
Radiographie standard		
<i>Disque intervertébral</i>		
normal	6	15,4
pincement	22	56,4
Bâillement latéral ou postérieur	11	28,2
Tomodensitométrie lombaire		
<i>Siège de la hernie</i>		
postérolatérale	10	25,6
postéromédiane	12	30,8
foraminale	7	17,9
Autres formes confondues	10	25,7
<i>Niveau de la hernie</i>		
L3-L4	3	7,7
L4-L5	22	56,4
L5-S1	8	20,5

Les trajets radiculaires identifiées étaient une sciatgie L5 (38,9%), S1 (30,6%) ou mixte (13,9%) ou une cruralgie L4 (2,8%). On retrouvait un syndrome rachidien lombaire (10,2%) ou un syndrome rachidien lombaire associé à un syndrome radiculaire (89,8%). Le tableau IV regroupe les différentes stratégies thérapeutiques. Le traitement médical a été satisfaisant chez 89,7% des patients. Les patients transférés en neurochirurgie (10,3%) avaient une sciatgie paralysante en échec du traitement médical et un syndrome de la queue de cheval.

Tableau IV: Options thérapeutiques pratiquées durant l'hospitalisation

Médicaments	Stratégie thérapeutique		Effectif	%
	Traitement physique	Ecole du dos		
A	Oui	Oui	2	5,1
A+AINS+C	Oui	Oui	4	10,2
A+AINS+M	Oui	Oui	3	7,7
A+AINS+CVB	Oui	Oui	6	14,5
A+AINS+C+CVB	Oui	Oui	16	41
A+AINS+C+M+CVB	Oui	Oui	4	10,2
A+M+CVB	Oui	Oui	1	2,6
A+C+CVB	Oui	Oui	1	2,6
A+AINS+M+CVB	Oui	Oui	1	2,6
AINS+C+CVB	Oui	Oui	1	2,6

A = antalgiques AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens M = myorelaxant C = corticoïdes en infiltration locale CVB = complexe vitaminiq ue B

DISCUSSION

Les premiers travaux sur la hernie discale notaient une rareté de la HDL [5,6] mais d'autres travaux ont montré qu'elle était loin d'être exceptionnelle [3,7].

Bien que se rapprochant de celle de Younes [8] 2,2% en Tunisie, la fréquence hospitalière dans notre étude de 4,1% nous semblait sous estimée car le recrutement des patients ne concernait que les cas d'hospitalisation. La HDL touchait les sujets d'âge mur : âge moyen 49 ans dans notre étude bien qu'en deçà de celui Ouédraogo 42,5 ans [9]. Elle est la conséquence de l'usure du disque intervertébral qui débute vers la vingtième année de vie [10]. La prédominance masculine était observée dans notre étude (56,4%) comme chez d'autres auteurs [11,12] contrairement à Ouédraogo [9]. Certaines professions basées sur les travaux physiques lourds, les manutentions et les contraintes posturales constituent des facteurs reconnus de dégénérescence discale [13]. Selon Riihimaki et al [14], l'existence d'antécédents douloureux lombaire était un meilleur indicateur prédictif de survenue d'une HDL.

Sur le plan clinique, la lombosciatalgie hyperalgique était de topographie L5 (38,9%) qui prédominait sur S1 (30,6%) concordant avec les résultats de Amhajji et al [11] : L5 (50%) et S1 (38%). Parmi les complications retrouvées, les cas de sciatgie paralysante et le syndrome de la queue de cheval constituaient les urgences chirurgicales. Notons que la grande majorité des patients n'avait pas de complications.

Au plan de l'imagerie, la radiographie standard restait toujours l'examen de première intention. Elle pouvait être normale ou mettait en évidence des signes indirects de hernie discale: bâillement postérieur ou latéral et pincement discal. La tomodensitométrie allait confirmer le diagnostic de HDL qui touchait les étages L3-L4 (7,7%), L4-L5 (56,4%) et L5-S1 (20,5%). Chez Destandau [15], ces étages étaient concernés respectivement dans 15%, 51% et 25% des cas. Ceci confirme ainsi que les disques L4-L5 et L5-S1 sont les plus touchés, en raison de l'importance des contraintes et pressions qui s'y exercent [16]. Les formes postéro-médianes (30,8%) et postéro-latérales (25,6%) prédominaient dans notre étude. Chez Ouédraogo [9], les formes paramédianes étaient plus fréquentes (25,6%).

La stratégie thérapeutique reposait sur le traitement conservateur (41%) et l'hygiène du dos (voir tableau III). Les AINS sont efficaces dans les lombalgies ou lomboradiculalgies communes [17]. L'efficacité des infiltrations épidurales était variable : jugées très efficaces pour certains auteurs [18] ou d'efficacité moindre pour d'autres [19]. Le traitement physique (physiothérapie sédative, ceinture de maintien lombaire et hygiène du dos) débutait concomitamment au traitement médicamenteux. Notons que concernant le traitement médicamenteux, un auteur nuancé en prouvant que les AINS, les antalgiques et les infiltrations épidurales avaient fait la preuve de leur efficacité et que le repos médical de même que les lombostats n'étaient pas indispensables [20]. La proportion de patients éligibles à la neurochirurgie dans

notre étude (10,3%) concordait avec celle de la littérature: 10 à 15% [21].

Au plan évolutif, tous nos patients traités médicalement avaient eu une évolution satisfaisante sur l'intensité de la douleur (EVA finale ≤ 3 contre EVA initial ≥ 7) et une récupération de la parésie.

CONCLUSION

La hernie discale est une pathologie peu fréquente de l'adulte en pleine activité en milieu d'hospitalisation rhumatologique à Abidjan. Elle s'exprime par un syndrome lomboradiculaire hyperalgique et est dominée par les formes postéro-médianes et postéro-latérales. La prise en charge curative des poussées douloureuses pourrait être basée sur l'association des antalgiques, AINS, infiltrations rachidiennes de corticoïdes et la physiothérapie sédative. La prévention s'effectue par l'école du dos.

REFERENCE

1-Pawlotsky Y. Rhumatologie. Paris: Ellipses;2000.

2-Stoffel V. Radiculalgies crurales et sciatiques discales: bientôt au tableau des maladies professionnelles. Rev Prat 1998;437(12):9-13.

3-Kouakou NM, Akissi NL, Eti E, Daboiko JC, Gabla A, Toto A et al. Données épidémiologiques élémentaires sur la rhumatologie en milieu hospitalier ivoirien. Rhumatologie 1994;46:239-42.

4-Organisation mondiale de la santé. Identification et prévention des maladies liées à la profession: série de rapports scientifiques. Genève: OMS;1995.

5-Carayon A, Souvestre R, Collomb H, Giordano C. Rétrécissement du canal rachidien lombaire et sciatique chez l'Africain: à propos de 10 nouveaux cas. Bull Soc Med Afr Noire Lang Fr 1965;10:342-7.

6-Courson B, Cayret A, Ravix P, Philippe Y. Les aspects particuliers des lombalgies et lombosciatiques en milieu africain. Bull Soc Med Afr Noire Lang Fr 1963;8:41-56.

7-Mijiyawa M, Koumouvi K, Bellow A, N'Dakena K, Douiry P. Pathologie dégénérative du rachis en consultation hospitalière à Lomé (Togo). Rev Rhum Mal Osteoartic 1992;59:797-800.

8-Younes M, Béjja I, Aguir Z, Letaief M, Hassen-Zrour S, Touzi M, Bergaoui N. Prévalence et facteurs associés à la sciatique commune dans une population urbaine tunisienne. Rev Rhum 2006;73(9):927-31.

9-Ouédraogo DD, Eti E, Daboiko JC, Simon F, Chuong VT, Zué MK. Uncomplicated herniated discs and sciatica: epidemiologic and semiotic aspects in 143 black African subjects. Santé 2007;17(2):93-6.

10-Studder B, Plais PY, Samalli V, David T. L'école pour

lombalgiques chroniques: étude prospective de 105 lombalgiques lourdement invalides et de leur devenir socio-professionnel. Rev Rhum 1991;7:513-8.

11-Amhajji L, Louaste J, Hatim M. Traitement chirurgical des sciatiques par hernies discales. A propos de 60 cas. Rev Maroc Chir Orthop Traumatol 2006;26:9-11.

12-Muller JAA, Schmutz C, Schultz AB. Lumbar disc degeneration: correlation with age, sex, and spine level in 600 autopsy specimens. Spine 1988;13:173-8.

13-Heliovaara M. Body height, obesity and risk of herniated lumbar intervertebral disc. Spine 1987;12:469-72.

14-Riihimäki H, Viikari-Juntura E, Moneta G, Kuha J, Videman T, Tola S. Incidence of sciatic pain among men in machine operating, dynamic physical work, and sedentary work. A three-year follow-up. Spine 1994;19(2):138-42.

15- Destandau J. Aspects techniques de la chirurgie endoscopique des hernies discales foraminales lombaires. A propos de 191 cas. Neurochirurgie 2004;50:6-10.

16- Pinel B, Leloet X, Thomine JM, Deshayes P. Les radiculalgies sciatiques foraminales à propos de 16 observations. Rev Rhum 1983;50:603-6.

17-Vandermarcq P, Ardilouze P. Rachis lombosacré. Pathologie discale. Encycl Med Chir. Paris: Elsevier Masson;2007.

18-Balagué F, Nordin M, Sheikhzadeh A, Echegoyen AC, Brisby H, Hoogewoud HM, Fredman P, Skovron ML. Recovery of severe sciatica. Spine 2006;24(23):2516-24.

19-Hildebrandt J. Relevance of nerve blocks in treating and diagnosing low back pain-is the quality decisive? Schmerz 2001;15(6):474-83.

20-Legrand E, Bouvard B, Audran M, Fournier D, Valat JP. La sciatique par hernie discale: traitement conservateur ou traitement radical ? Rev Rhum 2007;74:927-32.

21-Chahid M, Aqqad A, Sami A, Naja A, El Azhari A. Le traitement chirurgical de la sciatique par hernie discale. Rev Maroc Chir Orthop Traumatol 2008;35:6-9.