

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T-B

Année universitaire 2018-2019

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et
d'Odonto-stomatologie (FMOS)



N°.....

THESE

QUALITE DE VIE DES LOMBALGIQUES DANS LE SERVICE DE NEUROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE

Présentée et soutenue publiquement le..../..../2019 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par: M. YAMADOU KEITA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Jury

Président : Pr Cheick Oumar GUINTO
Membre : Dr Mahamadou DAMA
Co-directeur: Dr Seybou Hassane DIALLO
Directeur : Pr Youssoufa M. MAIGA

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

Au nom d'ALLAH le tout miséricordieux le très miséricordieux

A ALLAH (soubhanahou Wa Ta'ala)

Je remercie ALLAH (SWT) qui m'a tout donné dans la vie, particulièrement en ce jour solennel où je m'apprête à faire un pas décisif dans ma vie. Je vous demande humblement de me donner l'esprit d'un bon et honnête médecin qui saura appliquer la science qu'elle a apprise dans le plus grand respect des principes fondamentaux de la vie humaine.

A Son Prophète MOHAMED paix et salue sur lui.

A toutes les personnes souffrant d'une lombalgie.

Vos souffrances ont été les miennes durant le temps que j'ai passé à vos côtés.

Qu'ALLAH puisse vous redonner la sante qui vous fait défaut.

A mon père : Salim

Tu as préféré nous inscrire tous à l'école sans exception ; que nous ayons ce privilège d'être instruits. Père, grâce au tout puissant et à ta détermination me voilà au terme de ce travail. Puisse Dieu me donner la force, la chance et le temps de te témoigner toute ma reconnaissance.

Cher père, sois assuré de notre profonde reconnaissance et notre profond amour.

A ma mère : Aïssatou Sissoko

Aucun mot ne pourra exprimer mes sentiments envers toi. Ce travail est surtout la tienne : tu as partagé avec moi l'angoisse des examens, le stress des résultats et la joie des réussites. Tu nous as appris la bonté, la modestie, la tolérance, surtout le pardon et l'amour du prochain.

Merci pour tout mère.

A ma femme : Diaratou Diarra

Tu étais plus pressée que moi de voir l'aboutissement de ce travail. Ton amour, ta patience, tes encouragements et tes conseils m'ont permis de tenir et de mener à bien ce travail. Que Dieu renforce les liens qui nous unissent. Retrouve ici l'expression de ma profonde affection, et de mon attachement.

A mes tontons et oncles :

Ce travail est le vôtre, vous qui avez su me donner des conseils, des encouragements durant des moments difficiles de ma vie. Merci pour tout.

A mes tantes

L'amour et l'attention particulière avec lesquels vous m'aviez traité depuis mon enfance, resteront gravés dans ma mémoire. Je prie le tout puissant et miséricordieux de vous garder le plus longtemps possible en vie et en bonne santé.

A mes frères et sœurs

Pour les efforts que vous avez toujours consentis pour l'équilibre de la famille et la continuité de mes études jusqu'à ce jour.

A mes cousins et cousines

Tous mes remerciements et encouragements à vous, que le bon DIEU vous récompense.

Remerciements :

A mon Chef de service, Pr Youssoufa MAIGA,

Un grand merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail, de m'avoir transmis un peu de votre savoir, m'avoir fait partager votre intérêt pour l'évaluation de la qualité de vie, m'avoir accordé de votre temps si précieux, de vos encouragements pour ne pas abandonner, votre gentillesse et votre patience. Soyez ici assuré de ma profonde reconnaissance.

A mes maîtres

Dr DIALLO S.H, Dr DIALLO Salimata, Dr TRAORE Zoumana, Dr COULIBALY Dramane, Dr MAIGA Salihou, Dr HAIDARA Ibrahim, Dr TIMBO recevez ici mes sincères remerciements pour la formation de qualité que j'ai reçue de vous. Puisse le bon Dieu vous accorder longue vie.

A Mes camarades thésards du service de Neurologie

Oumar MAIGA, Kalilou DOUKOURE, Souleymane KANE, Eunice Myriam, Ibrahima DIARRA, Siaka KEITA, Christelle MENOUE, Ingrid P KOUMBA, Nouhoum TRAORE. Nous avons partagé de bons et de mauvais moments au service, je vous exprime mes profondes gratitude et je suis convaincu que notre amitié continuera au-delà du service.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maitre et Président du jury

Professeur Cheick Oumar GUINTO

- **Professeur titulaire en Neurologie à la FMOS**
- **Responsable de l'enseignement de la Neurologie à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- **Chef de service de Neurologie au CHU du Point G**
- **Coordinateur du DES de Neurologie au Mali**
- **Président de la société de Neurologie du Mali**
- **Secrétaire général de la société malienne de neurosciences**

Cher Maitre nous sommes honorés que vous ayez, malgré vos multiples occupations, accepté de présider ce jury.

Votre simplicité, votre esprit d'ouverture, votre souci de transmettre vos Immenses connaissances ont fait de vous un exemple à suivre.

Recevez ici cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et Juge,

Docteur Mahamadou DAMA

- **Maitre-assistant en neurochirurgie à la FMOS**
- **Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie en neurochirurgie à l'Université Paris Descartes V en France**
- **Certificat de prise en charge des tumeurs cérébrales, Hôpitaux Universitaires La Pitié Salpêtrière Charles Foix**
- **Diplôme de Spécialiste en Neurochirurgie à Cuba Faculté des Sciences Médicales de Pinar Del Rio, Universités de la Havane**

Cher maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez en acceptant de siéger comme membre de ce jury.

Nous vous sommes reconnaissants de l'attention que vous avez accordée à ce travail.

Veillez croire en l'expression de nos respectueux remerciements et en notre profonde considération. Puisse le Seigneur vous combler de ses grâces !

A notre maitre et Co-directeur de Thèse,

Dr Seybou Hassane DIALLO

- **Maitre-assistant à la FMOS**
- **Membre de la société de neurologie du Mali**
- **Membre de la ligue malienne de lutte contre l'épilepsie**
- **Membre de la société de neurologie Ivoirienne**
- **Membre du consortium H3Africa**
- **Membre de la société européenne et africaine de génétique humaine**
- **Titulaire d'un DIU de céphalée et migraine de l'université de Paris VII.**

Cher Maitre,

Nous sommes très reconnaissants pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail. Votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité et vos immenses qualités humaines nous ont marqué.

Veillez trouver cher maitre, l'expression de notre considération.

A notre Maitre et Directeur de Thèse

Professeur Youssoufa MAIGA

- **Chef de Service de Neurologie au CHU Gabriel Touré ;**
- **Professeur titulaire des universités**
- **Neurobiologiste ;**
- **Formateur de l'académie Européenne de l'Epilepsie (EUREPA) ;**
- **Membre de la Société Africaine de Neurosciences (PAANS) ;**
- **Secrétaire général de la Ligue Malienne Contre l'Epilepsie (LMCE) ;**
- **Membre de l'académie des 1000 de la Ligue Internationale de lutte contre l'épilepsie ;**
- **Membre de la société Française de neurologie**

Cher Maitre,

C'est un grand honneur que vous nous avez fait à nous acceptant dans votre service et en nous confiant ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre raisonnement, vos qualités humaines et votre souci du travail bien fait, font de vous un maitre respecté de tous.

Veillez trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude,

ABREVIATION

ABREVIATION

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien.

ANAES : Agence Nationale d'Accrédiation et d'Evaluation en Santé.

Bio : Biologie.

C1 : Première vertèbre cervicale.

C2 : Deuxième vertèbre cervicale.

C3 : Troisième vertèbre cervicale.

C4 : quatrième vertèbre cervicale.

C5 : Cinquième vertèbre cervicale.

C6 : Sixième vertèbre cervicale.

C7 : Septième vertèbre cervicale.

CHU : Centre hospitalo-universitaire.

CRP : protéine C réactive.

DIV : disques inter vertébraux.

DRAD : Douleur du Rachis Auto-questionnaire de Dallas

EVA : Evaluation visuelle analogique.

FMOS : faculté de médecine et d'odontostomatologie.

FMC : Formation médicale continue.

F/P : face et profil.

HAS : Haute Autorité de Santé

IAP : articulation inter-apophysaire.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

LCC : Lombalgie Commune Chronique.

LCR : liquide céphalo-rachidien.

L1 : première vertèbre lombaire.

L2 : deuxième vertèbre lombaire.

L3 : troisième vertèbre lombaire.

L4 : quatrième vertèbre lombaire.

L5 : cinquième vertèbre lombaire.

M. généraliste : Médecin généraliste

MICI : maladies inflammatoires chroniques des intestins

NFS : numération formule sanguine.

NHP : Nottingham Health Profile

OMS : organisation mondiale de la santé

PGI : Patient Generated Index

Qdv : qualité de vie

Rx : Radiographie.

SEIQoL : Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

SF-36 : MOS 36 Short Form

SMIC : salaire minimal inter professionnel de croissance.

SOMACOT : société malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique.

SRG : Sacco-radiculographie.

TDM : tomodensitométrie.

VS : Vitesse de sédimentation.

WHOQOL : WHO Quality of Life assesement

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	6
III. GENERALITES.....	8
IV. QUALITE DE VIE	33
V. METHODOLOGIE.....	40
VI. RESULTATS.....	44
VII. DISCUSSION.....	57
VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	61
IX. REFERENCES.....	63
X. ANNEXES.....	72

INTRODUCTION

I. Introduction :

La lombalgie se définit Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) [1], comme une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier (sont inclus dans ce tableau les lombalgies pures c'est-à-dire sans irradiation et les lombagos correspondant aux lombalgies aiguës avec sensation de blocage rachidien).

La lombosciatique est définie par une douleur lombaire irradiant au membre inférieur, associée aux signes de tension radiculaire (signe de Lasègue et signe de Lasègue croisé).

La lombalgie commune correspondant à toutes les lombalgies qui ne sont pas le témoin d'une lésion secondaire à une affection infectieuse, inflammatoire, tumorale ou traumatique.

Pour la lombosciatique, le terme « commune » englobe les lombosciatiques secondaires à une hernie discale ou les lombosciatiques pour lesquelles aucune affection spécifique n'a été diagnostiquée.

En 1987, les premières recommandations [2] concernant les lombalgies, élaborées par le Québec Task Force, proposaient une classification différente des lombalgies :

- Le stade aigu était défini par une lombalgie de moins de sept jours.
- Le stade subaigu était défini par une lombalgie évoluant de sept jours à sept semaines.
- Le passage à la chronicité était défini par une douleur évoluant au-delà de sept semaines.

L'HAS différencie quatre évolutions des lombalgies [3] :

- La lombalgie aiguë d'évolution égale ou inférieure à quatre semaines
- La lombalgie subaiguë qui a une évolution comprise entre quatre et douze semaines
- La lombalgie chronique marquée par son ancienneté, supérieure à trois mois,

- La lombalgie récidivante correspondant à la survenue d'au moins deux épisodes aigus à moins d'un an d'intervalle.

Dans la majorité des cas, l'évolution naturelle de la lombalgie aigue commune se fait vers la guérison. Cependant, environ 8% des lombalgies aiguës communes évolueront vers la chronicité et seront responsables d'une incapacité fonctionnelle notable définissant l'invalidité lombalgique [3].

Concept de qualité de vie :

Le concept de qualité de vie est apparu au cours des années 70, reflétant un élargissement des objectifs de santé. Il est né de la conjonction d'une modification du pronostic des maladies, de la considération de l'autonomie du patient et d'un besoin d'évaluation. L'OMS a donné une définition assez consensuelle en 1993 : « La qualité de vie est définie par la perception qu'un individu a de sa place dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.

C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments de son environnement ». [4]

Cette définition prend en compte les incapacités physiques et psychiques, met en relief les attentes des patients et leur degré de réalisation, le contexte culturel et les systèmes de valeur qui encadrent la vie sociale et culturelle du patient.

Conception d'invalidité lombalgique :

L'invalidité lombalgique se définit par une désinsertion professionnelle et sociale du patient du fait de ses douleurs lombaires [5]. Il se retrouve dans une situation de handicap notamment lorsque les lombalgies deviennent chroniques. Le retentissement personnel et social de ces lombalgies chroniques est majeur et la qualité de vie de ces patients peut être altérée.

La lombalgie peut être exprimée comme une entrave à la qualité de vie quotidienne, une maladie nécessitant une prise en charge médicale ou à l'origine d'un poids économique.

Ainsi, la définition Nord-Américaine s'appuie sur des critères économiques avec arrêt de travail de plus de 188 jours [6].

La prévalence des lombalgies dans la population générale est très variable dans la littérature, cela est certainement dû à la grande hétérogénéité des études par les objectifs fixés, la méthodologie et les populations ciblées.

Aux Etats Unies 5,2 millions d'habitants ont un handicap secondaire a des lombalgies chroniques et, pour la moitié d'entre eux, ce handicap est permanent [7]. Les couts totaux (c'est-à-dire les frais directs et indirects) associés à l'incapacité chronique à retourner au travail en raison d'une lombalgie se situeraient entre 40 et 50 milliards de dollars annuellement. [8]

En Europe :

- En France, 60 à 90% des adultes souffrent ou ont souffert de lombalgie ; l'incidence annuelle dans la population adulte est estimée entre 5 et 10% [9-11]. La prévalence varie selon l'âge, et la définition donnée aux lombalgies. Elle est minimale (4 à 13%) dans la tranche d'âge 20-24 ans et maximale (8 à 32%) dans la tranche d'âge 55-64 ans ; 29,5% des patients consultant un rhumatologue et 2 à 4,5% des patients consultant un médecin généraliste souffrent de lombalgie [12].
- En Finlande 2,6% de la population active reçoit une pension d'invalidité [13] et 1% de cette même population est momentanément en arrêt de travail en raison de lombalgies chroniques [14]. Cinq pour cent (5%) du budget de la santé de ce pays est consacré aux rachialgies.
- En Angleterre, les lombalgies sont responsables de 67 millions de jours d'arrêt de travail ou d'invalidité par an, ce chiffre a augmenté de 13% en 1 an [15].

En Afrique :

- Au Maghreb, au Maroc, une étude épidémiologique réalisée a montré une prévalence de la lombalgie à 15,32% et la plus grande fréquence des lombalgies (24,6%) a été observée chez les sujets de 50 ans [16].

Une enquête a été réalisée au sein de la consultation de rhumatologie du CHU Hassan II de Fès, étudiant la fréquence de la LCC et ses conséquences. Cette étude a montré que la fréquence de la LCC est de 29,59%, l'âge moyen des patients était de 46,13 plus ou moins 13,7 ans [17].

- En Afrique Subsaharienne, au Congo (Brazzaville) une étude hospitalière retrouvait une fréquence de 27%, et la lombalgie est plus fréquente chez la femme que l'homme avec respectivement 57% et 43% [18]. Au Mali, une étude réalisée en 2013 au CHU GT retrouvait une fréquence de 9,94% de lombalgie commune, avec une prédominance féminine (58,3%) [19].

Les lombalgies représentent la première cause d'invalidité au travail chez les moins de 45 ans. Leur fréquence augmente avec l'âge, atteint un pic vers l'âge de 47-50 ans. Au-delà de cet âge, la fréquence tend à se stabiliser, voire diminuer [20].

En dépit de l'ampleur et des conséquences socioéconomiques de la lombalgie, aucune étude n'a porté spécifiquement sur la qualité de vie des lombalgiques. Ce constat justifie ce travail, qui a pour objectif d'étudier la qualité de vie des lombalgiques dans notre contexte africain.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier la qualité de vie des patients lombalgiques vus en consultation externe de neurologie du CHU Gabriel Touré de Bamako

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la prévalence de la lombalgie en consultation externe de neurologie ;
2. Décrire les caractéristiques cliniques et épidémiologiques des lombalgiques en consultation externe de neurologie du CHU Gabriel Touré ;
3. Analyser les aspects cliniques, étiologiques et évolutifs des patients lombalgiques ;
4. Préciser l'impact de la lombalgie sur la qualité de vie des patients.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définition :

Le terme lombalgie désigne tout simplement une douleur de siège lombaire sans préjuger des causes de ce symptôme. [21]

C'est une douleur lombo-sacrée à la hauteur des crêtes iliaques ou plus basse, médianes ou latéralisées, avec possibilités d'irradiation ne dépassant pas le genou. La lombalgie est qualifiée de chronique si durant au moins trois semaines la douleur est quasi-constante, sans aucune tendance à s'améliorer. [5].

2. Epidémiologie :

La plupart des personnes (50-85% de la population) vont souffrir au moins une fois dans leur vie de mal au dos, avec une prévalence annuelle qui varie entre 20-30% dans la population générale en Suisse [22]. Dans les pays industrialisés, ce problème est la seconde cause de consultation médicale (3-6%) après les infections respiratoires supérieures et provoque des coûts directs et indirects extrêmement importants pour la société [23-25]. L'incidence des lombalgies est maximale entre 35 et 55 ans.

Dans une consultation de médecine générale [26], la cause de la lombalgie est non spécifique dans la majorité des cas (environ 85%) ; seuls 4% des patients ont une fracture-tassement vertébral, 3% un spondilolisthésis, 0,7% une tumeur primitive ou une métastase, 0,3% une spondylarthrite ankylosante, 0,01% une infection (spondylodiscite ou abcès péri-dural). En dehors des problèmes spécifiques, l'évolution est en règle générale favorable avec un taux de guérison de 90% dans les 6-12 semaines. Toutefois, les 10% qui évoluent mal occasionnent environ 75% des coûts. Parmi les patients qui ne reprennent pas le travail après 6 mois en raison d'un épisode de lombalgie aiguë, 50% n'y retourneront jamais, chiffre augmentant à 90% pour les arrêts de travail > 2 ans [15, 27]. Dans les pays industrialisés, les coûts motivés par les arrêts de travail liés aux problèmes du système locomoteur ont explosé

depuis les années 1950. En suisse les couts indirects ont été évalués à 4 milliards de francs par an. [28]

3. Rappel anatomique

Il existe de haut (extrémité crâniale) en bas (extrémité caudale) :

- Sept vertèbres cervicales constituant la colonne cervicale, notées CI à CVII (d'où émergent les nerfs spinaux C1 à C8) ;
- Douze vertèbres thoraciques constituant la colonne thoracique, notées TI à TXII (d'où émergent les nerfs spinaux T1 à T12) ;
- Cinq vertèbres lombaires constituant la colonne lombale, notées LI à LV (d'où émergent les nerfs spinaux L1 à L5) ;
- Cinq vertèbres sacrales constituant la colonne sacrale, notées SI à SV (d'où émergent les nerfs spinaux S1 à S5) ;
- Un nombre variable de vertèbres, en général quatre constituant la colonne coccygienne ;

On dénomme colonne fixe :

- Les cinq vertèbres sacrales qui sont soudées entre elles et qui constituent le sacrum ;
- La fusion des quatre à six éléments coccygiens qui aboutit à un osselet unique : le coccyx ;

Il en résulte une perte de la mobilité des étages sacral et coccygien, d'où leur nom de colonne fixe.

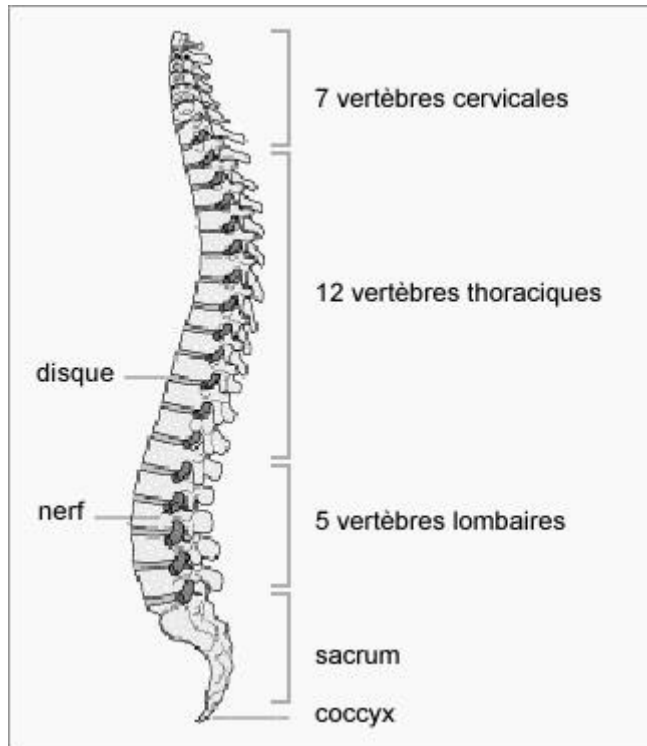
On dénomme colonne mobile la partie supérieure de la colonne vertébrale : vertèbres cervicales, thoraciques et lombales.

La jonction entre la partie mobile et la partie fixe de la colonne constitue la charnière lombosacrale.

La colonne vertébrale a des fonctions :

- . Statique, permettant la station érigée ;
- . Dynamique, permettant la gamme étendue des mouvements et la marche ;
- . De protection du système nerveux central.

La colonne vertébrale est l'axe du squelette sur lequel se fixent directement ou indirectement toutes les autres pièces osseuses. Elle assure la cohésion unissant la tête et le thorax, le thorax et le bassin. [29]



Schémas n° 1 : colonne vertébrale (Ostéopathie-64.fr) [30].

3.1. Structure générale des vertèbres [31].

Toutes les vertèbres possèdent une même structure de base. Elles se composent en avant d'un corps vertébral discoïde, qui constitue la région portante, et en arrière d'un arc vertébral. Le corps vertébral et l'arc vertébral délimitent une ouverture appelée trou vertébral. La succession des trous vertébraux des vertèbres articulés forme le canal vertébral, qui renferme et protège la moelle épinière.

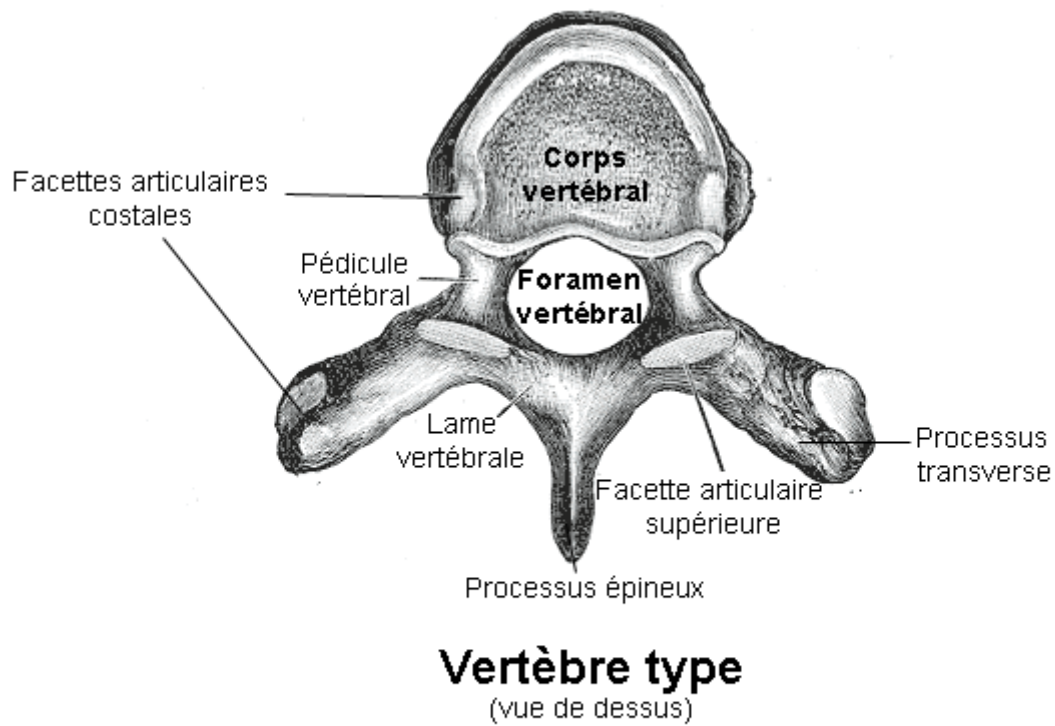
L'arc vertébral est composé de deux pédicules et de deux lames.

Les pédicules sont des petits cylindres osseux qui prolongent le corps vertébral vers l'arrière et forment les côtés de l'arc vertébral. Les lames sont des portions aplaties qui fusionnent dans le plan médian pour dessiner l'arrière de l'arc. Ce dernier émet sept processus. Le processus épineux est une lamelle osseuse qui se dirige vers l'arrière, il prolonge en arrière l'union des lames. Les deux processus

transverses se situent de part et d'autre de l'arc vertébral. Les processus épineux et transverses servent de points d'attache aux ligaments qui maintiennent la colonne vertébrale ainsi qu'aux muscles squelettiques qui en assurent le mouvement.

Les deux processus articulaires supérieurs se projettent vers le haut, à la jonction des pédicules et des lames, et les deux processus articulaires inférieurs vers le bas, au même niveau. Les surfaces de contact lisses des processus articulaires sont recouvertes des cartilages hyalins. Les processus articulaires inférieurs de chaque vertèbre entrent en contact avec les processus articulaires supérieurs de la vertèbre située au-dessous d'elle. Les vertèbres successives s'articulent donc par leur corps et par leurs processus articulaires.

Les pédicules présentent une incisure sur leurs bords supérieur et inférieur et circonscrivent ainsi une ouverture latérale appelée foramen inter vertébral entre deux pédicules adjacents. C'est par là que passent les nerfs spinaux provenant de la moelle épinière (schémas n° 2).



Schémas n° 2 : vertèbre type (fr.wikipedia.org) [32].

3.2. Spécificités des vertèbres lombaires [31].

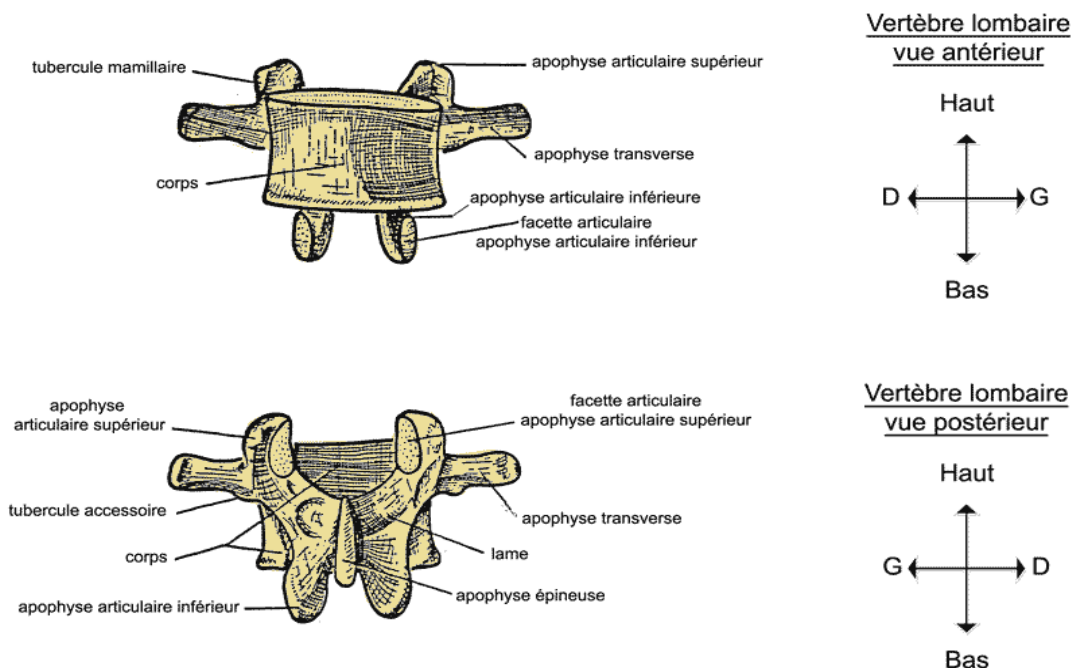
Le segment lombaire de la colonne vertébrale, au bas du dos, est soumis à une importance compression. Les cinq vertèbres lombaires ont pour fonction de supporter une lourde charge, comme en témoigne leur structure plus robuste. Leur corps massif est en forme de haricot, leurs autres caractéristiques sont les suivantes :

- Elles possèdent des pédicules et des lames plus courts et plus épais que les autres vertèbres.
- Les processus épineux sont courts, aplatis en forme de hachette, ils se dessinent nettement sous la peau quand on se penche en avant.

Robustes, ils sont dirigés directement vers l'arrière pour fixer les grands muscles dorsaux.

- Le trou vertébral est triangulaire.
- Les facettes de leurs processus articulaires sont orientées différemment.

Ces modifications permettent un verrouillage de l'ensemble des vertèbres lombaires qui stabilisent la colonne dans cette zone en empêchant toute rotation (schémas n° 3).



Schémas n°3 : vertèbre lombaire. (espace-musculation.com) [33].

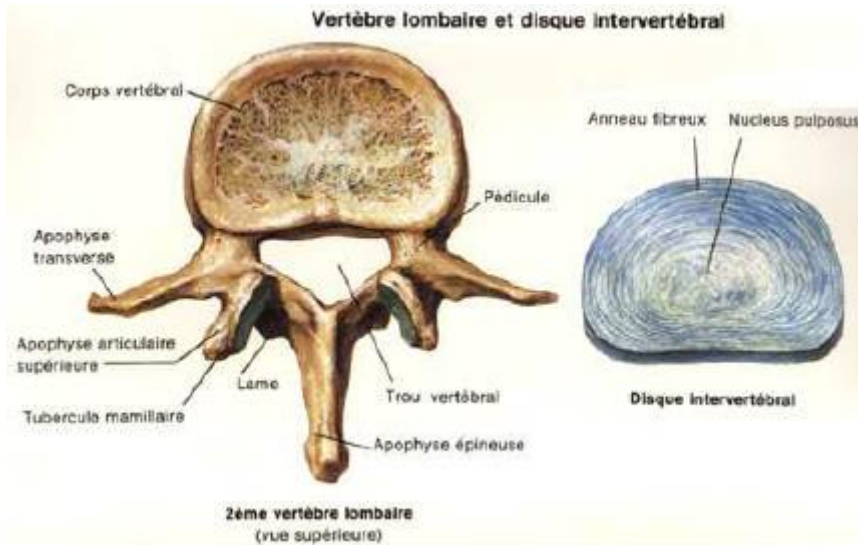
3.3. Disques intervertébraux : DIV. [34].

Les DIV sont formés, comme aux autres étages, d'un nucleus pulposus central dont l'hydratation diminue avec l'âge et d'un anneau fibreux extrêmement résistant. Le DIV constitue une surface de contact entre les pièces osseuses : surface de glissement nécessitant une réduction des forces de frottement, zones d'absorption de forte pression.

Le DIV est constitué de trois parties :

- **Le nucléus pulposus** : Le nucleus pulposus joue un rôle important dans la mobilité du rachis, l'amortissement, la redistribution des pressions et la nutrition du DIV.
- **L'annulus fibrosus** : Il est constitué de lamelles fibreuses résistantes entourant le *nucléus* ayant une structure capsulo-ligamentaire.
- **Les plaques cartilagineuses** : Leur rôle est d'une importance capitale dans la nutrition du DIV, car les échanges qui permettent cette nutrition doivent se faire à travers la lame cartilagineuse.

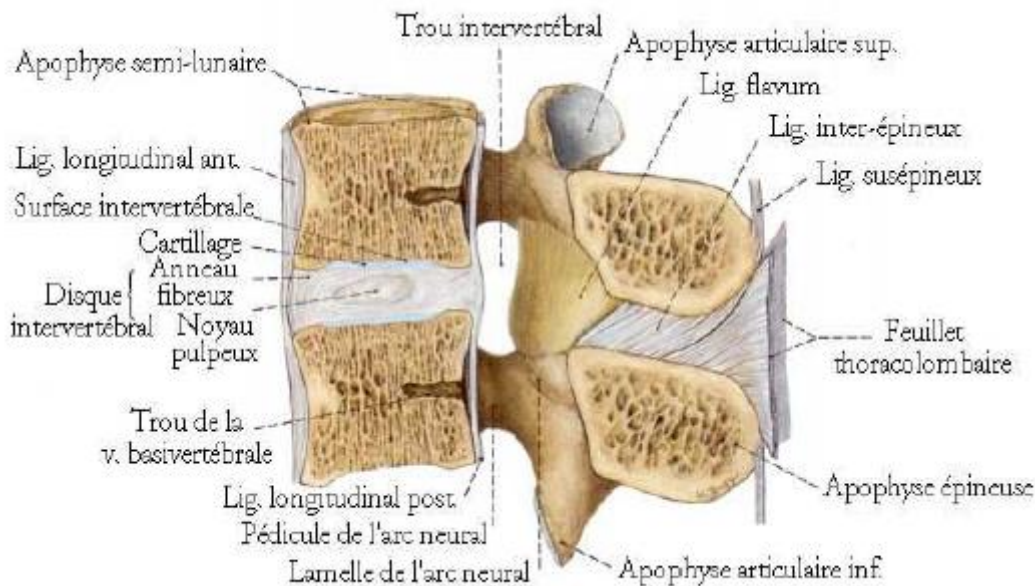
Un disque âgé subit des modifications minimes. Avec l'âge, les protéoglycanes sont moins nombreux et les molécules plus petites, les "pièges à eau" moins nombreux. La perte en eau est relativement minime, la hauteur de l'espace intervertébral ne varie que dans des proportions modestes (environ 10%). Le disque est moins protégé et est plus altéré par la friction et la pression. La résorption des colonnes osseuses horizontales de l'os sous chondral fragilise les facettes intervertébrales et le disque déforme ceux-ci, donnant un aspect concave aux facettes intervertébrales (schémas n°4).



Schémas n°4 : vertèbre lombaire et disque intervertébral (forum.doctissimo.fr) [33].

3.4. Ligaments du rachis lombaire :

Les différentes parties des vertèbres sont unies entre elles par des ligaments. Au niveau de la région lombaire les ligaments longitudinaux ventral et dorsal, jaunes, inter-transversaires, inter-épineux, et supra-épineux [35] (schémas n° 5)



Schémas n° 5 de l'emboîtement des vertèbres lombaires (staps.univ-avignon.fr) [36]

3.5. Muscles du rachis lombaire :

Le rachis se maintient en rectitude par des groupes musculaires qui se placent de part et d'autres, en avant s'insèrent les muscles pré vertébraux qui sont les fléchisseurs du rachis ; les extenseurs quant à eux sont en arrière de part et d'autres des processus épineux, d'où leur regroupement en muscle spinaux.

Au niveau lombaire la face ventrale des corps vertébraux sont tapissés par des insertions des muscles psoas et carrés des lombes.

Les muscles du dos se répartissent en deux (2) tractus : latéral supérieur et médial profond :

- Le tractus médial comprend deux systèmes musculaires (longitudinal et oblique) formés par les muscles inter épineux et inter transversaires, les muscles rotateurs du cou, du dos et des lombes, le muscle multi fundus ou semi-épineux.
- Le tractus latéral comprend le muscle iléo-costal, le muscle longissimus, les muscles splénius de la tête, du cou, et le fascia thoraco-lombaire [35].

3.6. Vascularisation du rachis lombaire :

- Les artères : l'irrigation artérielle est assurée par les branches collatérales de l'aorte naissant de sa face postérieure (quatre artères), une cinquième se détache de l'artère sacre-moyenne ;
- Les veines : elles sont satellites des artères et forment deux plexus : l'un intrarachidien et l'autre extra rachidien ;
- Les lymphatiques sont satellites des veines et des artères [35].

3.7. Innervation du rachis lombaire :

L'innervation est un élément clé du rachis lombaire, car c'est elle qui véhicule les sensations douloureuses.

❖ Le nerf sinu-vertébral :

Le rameau méningé du nerf spinal (nerf sinu-vertebral) né du tronc commun du nerf spinal et d'une anastomose venue du sympathique nait du tronc commun du nerf rachidien, rebrousse chemin en repassant à travers le foramen. Il innerve le tiers externe de l'annulus, en particulier à sa partie postérieure ainsi que le vertébral commun postérieur et la face antérieure.

Cette innervation est nociceptive (terminaison libre) avec un petit contingent végétatif. Le disque lui-même n'est pas innervé sauf dans sa partie postérieure.

Les syndromes douloureux discaux se manifestent donc souvent par la mise en tension de ce ligament.

❖ **La branche postérieure du nerf rachidien :**

Il provient de la division de la racine en une branche antérieure (rameau ventral) dont les anastomoses forment les plexus, et une branche postérieure ou rameau dorsal. Elle chemine au contact de l'articulation postérieure, et peut parfois être partiellement ou totalement englobée dans les proliférations arthrosiques provenant de cette articulation. Elle innerve l'articulation postérieure sus et sous-jacente de façon dense, donne des rameaux aux muscles spinaux sous-jacents, mais ne donne aucun rameau cutané en dessous de L2. En effet, la peau de la région lombaire est innervée par les branches postérieures issues de la charnière thoraco-lombaire.

3.8. Structures nerveuses du rachis lombaire :

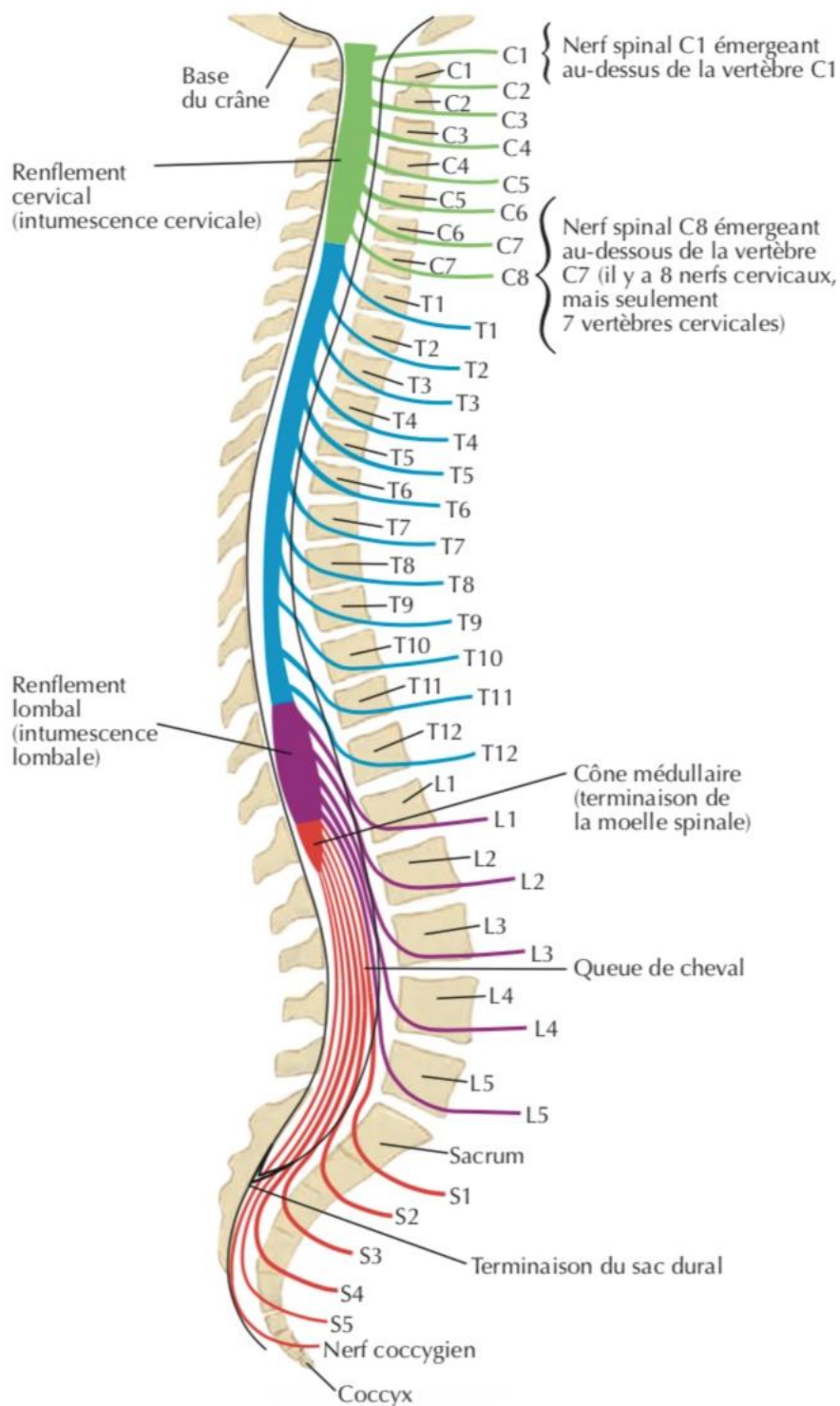
Les nerfs spinaux (nerfs sortant de la moelle épinière) contiennent chacun des milliers de petites fibres qui émergent de la moelle épinière et vont innerver toutes les parties du corps sauf la tête et certaines régions du cou.

Les nerfs spinaux sont mixtes, c'est-à-dire sensitifs et moteurs autrement dit, ils permettent de transmettre les sensations venant de l'extérieur et de donner les ordres pour contracter les muscles. Chaque nerf spinal est nommé d'après son émergence de la moelle épinière [37]. En ce qui concerne le segment de la colonne vertébrale consacré aux lombes, les nerfs spinaux lombaires sont nommés : L1 ; L2 ; L3 ; L4 ; L5.

3.9. Canal rachidien et son contenu :

Etendu du trou occipital jusqu'au canal sacré, il est limité en avant par la face postérieure des corps vertébraux et disques, latéralement par les pédicules et les lames, postérieurement par la jonction entre les lames et les apophyses épineuses. Il s'ouvre latéralement par les trous de conjugaisons et abrite la moelle, les racines, leurs enveloppes et leurs vaisseaux. La moelle présente de haut en bas, deux renflement :

- Un cervical (de C4 à T1), en rapport avec le plexus brachial ;
- Un lombaire (de T10 à L1), en rapport avec l'origine du plexus lombaire et sacré (Schémas n° 6).



Schémas n°6 de la moelle épinière (forum.tutoweb.org) [38].

3.10. Le trou de conjugaison (Foramen) et son contenu [39] :

Le trou de conjugaison est en fait un canal de quelque millimètre de long, limité en haut et en bas par les pédicules vertébraux ; en avant par *l'annulus fibrosus* recouvert par le ligament vertébral postérieur et par les parties adjacentes des bords postérieurs des corps vertébraux (avec un niveau cervical, *l'incus* et le canal transversal), et en arrière par l'articulation vertébrale postérieure doublée du ligament jaune.

L'orifice interne du canal s'abouche au niveau des angles latéraux du canal vertébral (et répond à la moelle, au fourreau dural et aux racines), alors que l'orifice interne se trouve à l'aplomb des trous transversaux.

Son axe en double obliquité, à la fois vers le bas de 20 degré par rapport à l'horizontal et en dehors et en avant de 30 degré par rapport au plan frontal.

C'est une région très "anfractueuse", importante pour la dynamique des racines. Son volume est variable en fonction des mouvements du rachis : elle se rétrécit en extension, en flexion latérale et rotation du même côté ; elle s'ouvre en flexion, en flexion latérale et en rotation du même côté opposé. Le trou de conjugaison constitue un véritable "carrefour" topographique et physiopathologique. C'est le lieu de jonction de divers mécanismes qui peuvent affecter les racines et le nerf rachidien correspondant. Ainsi le trou de conjugaison est en fait un canal dont la direction et le calibre variable rend compte des contraintes notables exercés sur son contenu notablement neurologique. Ceci explique des atteintes radiculaires possibles par compressions locales, osseuses notamment.

3.11 Le plexus lombaire

C'est le plexus nerveux dans la région lombaire du corps. Il est situé dans la partie postérieure du psoas iliaque, devant les processus transversaux des vertèbres lombaires [40].

➤ Les branches :

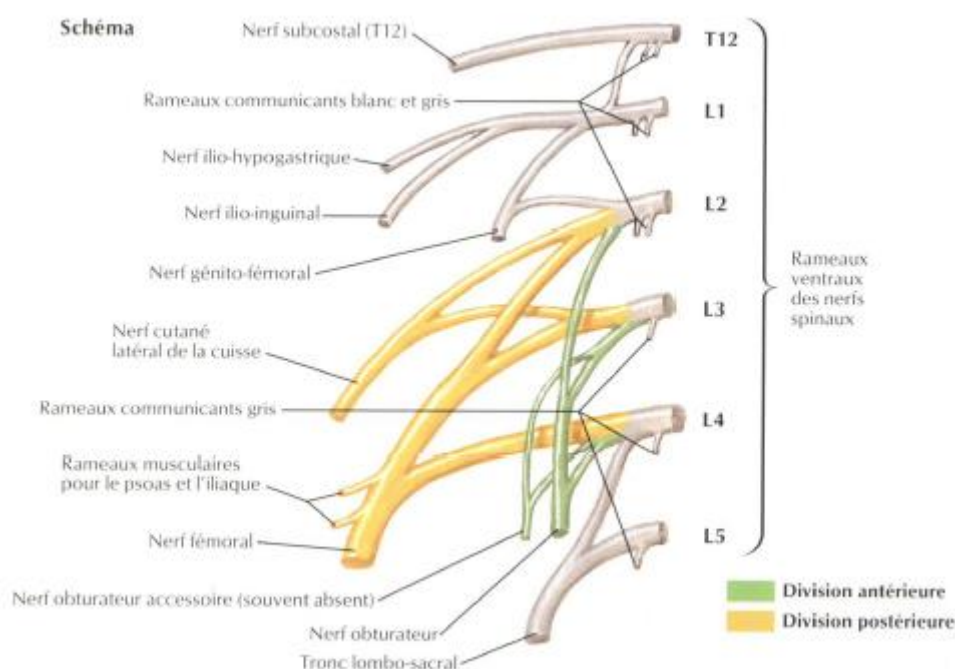
Le plexus lombaire diffère du plexus brachial en ne formant pas un interlacement complexe, mais les multiples nerfs de la distribution résultent d'un ou plusieurs des nerfs spinaux, de la façon suivante : le premier nerf lombaire, fréquemment complété par une brindille du dernier thoracique, coupe en branche supérieure et inférieure ; la branche supérieure et plus grande se divise en ilio-hypogastrique et ilio-inguinal nerfs ; la branche inférieure est plus petite unit à une branche du deuxième lumbar pour former le nerf genito-fémoral.

Le reste du deuxième nerf lombaire, et le troisième et quatrième nerf lombaire, se divisent en divisions ventrales et dorsales.

La division ventrale du deuxième nerf lombaire unit aux divisions ventrales des troisièmes et quatrièmes nerfs lombaires pour former le nerf obturateur.

Les divisions dorsales des deuxièmes et troisièmes nerfs se divisent en deux branches, une plus petite branche de chacun qui unit pour former nerf cutané latéral de la cuisse, et une plus grande branche de chacun se joignant à la division dorsale du quatrième nerf pour former le nerf fémoral.

L'obturateur accessoire, quand il existe, est constitué par l'union de deux petites branches dégagées des troisièmes et quatrièmes nerfs (schémas n° 7).



Schémas n°7 du plexus lombaire (netterimages.com) [40].

4. Physiopathologie : [41-45]

L'origine anatomique et les mécanismes en cause ne sont individualisés que dans 20% des cas. La structure anatomique le plus souvent impliquée dans la genèse de la pathologie lombaire commune est le disque intervertébral.

Des travaux regroupant des études biomécaniques, tissulaires et cellulaire permettent de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans la pathologie lombaire commune.

4.1. La dégénérescence structurale du disque intervertébral

Le disque est composé d'un anneau fibreux ceinturant un noyau gélatineux hydrophile. Le noyau contient en effet des substances protéiques qui attirent et retiennent l'eau, les protéoglycanes. Sa pression est donc positive et il tend, sous l'effet du gonflement, à écarter les vertèbres les unes des autres.

Chez l'enfant : le système vasculaire est différent de celui de l'adulte. De petits vaisseaux sanguins provenant des plateaux vertébraux se terminent dans la plaque cartilagineuse qui tapisse ces derniers. Ils atteignent ainsi l'immédiate proximité du nucleus, qui se nourrit facilement par imbibition. La synthèse de protéoglycanes y est très importante. Elle va baisser considérablement de l'enfance à l'âge de 30 ans puis va rester stable. Avec l'âge, cette plaque cartilagineuse change de structure, s'ossifie partiellement et ne laisse plus passer aucun vaisseau. L'apport nutritif du nucleus diminue, en même temps que ses possibilités d'adaptation et de régénérescence.

A l'âge adulte ; le disque va dégénérer de façon plus ou moins marquée selon les individus.

Sa dégénérescence est très irrégulière : certains disques sont altérés dès la troisième décennie, d'autres sont intacts à 70 ans. Cette dégénérescence touche autant le nucleus que l'annulus. Dans l'ensemble, les segments les plus mobiles sont les plus atteints.

4.2 L'atteinte du noyau central ou nucleus pulposus

L'usure du nucleus se traduit par une diminution du taux de protéoglycanes, donc par une déshydratation progressive. C'est d'abord une déshydratation trop rapide dans la journée, avec récupération nocturne, puis la perte d'eau devient permanente. Le nucleus perd sa forme ovoïde et s'aplatit, sa pression interne diminue de façon proportionnelle à son degré de dégénérescence. En même temps que le disque s'appauvrit en eau, il perd peu à peu ses propriétés élastiques et s'affaisse. L'espace intervertébral se pince, ce que l'on nomme sur une radiographie une discopathie dégénérative, s'y associe un bombement circonférentiel de l'anneau du fait du rapprochement des plateaux vertébraux.

Ce bombement est appelé protrusion discale, ne doit pas être confondu avec une hernie. La perte d'élasticité du noyau a d'autres conséquences. La transmission des contraintes d'un corps vertébral à l'autre se modifie. Les lignes de force, qui passaient par le corps vertébral pour converger sur le nucleus qui les renvoyait à son tour en éventail sur la vertèbre sous-jacente, empruntent un chemin différent. Elles suivent la corticale vertébrale, ce qui induit un remodelage osseux des plateaux vertébraux avec apparition d'ostéophytes qui tendent à en augmenter la surface. (La discarthrose).

4.3 L'usure de l'anneau fibreux ou annulus fibrosus

L'atteinte de l'anneau fibreux est caractérisée par l'apparition de fissures qui traduisent une rupture localisée au sein des fibres de collagène constituant l'annulus, ces fissures sont très probablement la conséquence de contraintes mécaniques trop importantes ou répétées (travailleurs de force, sports...), les contraintes en torsion associée à une antéflexion sont les plus nocives. Elles pourraient déchirer directement les fibres annulaires ou les rompre par l'intermédiaire d'une augmentation brusque de pression du noyau lors du faux mouvement. Bien évidemment, les derniers disques lombaires sont les plus touchés.

Il ne s'agit cependant pas d'un phénomène purement mécanique. Des études récentes ont montré que les disques dégénérés contenaient de forts taux

d'enzymes de dégradation du collagène, contrairement aux disques sains. Ces enzymes sont activées par des médiateurs chimiques sécrétés par des cellules sanguines ou par les fibres nerveuses elles-mêmes.

Les conséquences de ces fissures

Les conséquences de ses fissures sont multiples :

- Un processus de cicatrisation se met en route. Des néo-vaisseaux et un tissu de granulation les envahissent. Parallèlement, la vascularisation de la plaque vertébrale s'accroît en regard de la zone lésée, augmentant ainsi les apports nutritifs. Mais ce processus est insuffisant, en particulier au niveau de la partie la plus interne de l'anneau. La cicatrisation n'est que très partielle. Il s'ensuit une perte de solidité de l'anneau, d'abord modérée puis plus importante.
- Lorsqu'une fissure radiale est suffisamment large et touche le nucleus, une partie de ce dernier peut s'y engager, constituant une hernie discale
- La hernie discale est due à l'engagement irréductible d'un fragment de nucleus dans une fissure de l'anneau. Les hernies sont le plus souvent postéro latérales du fait du renforcement médian du ligament vertébral commun postérieur. Elles peuvent alors comprimer une ou plusieurs racines.

4.4 Autres structures anatomiques impliquées dans la pathologie lombaire commune :

a) Les articulations interapophysaires postérieures

Les articulations interapophysaires postérieures sont fréquemment incriminées dans la genèse des lombalgies par le biais d'une subluxation ou de lésions dégénératives (arthrose), sont responsable de lombalgies en barre, majorées en hyperextension rachidienne ou lors des changements de position dans le lit ou en rotation.

b) Les muscles

Une origine musculaire a été évoquée et parfois démontrée dans la pathogénie des lombalgies aussi bien aiguës que chroniques.

La contracture musculaire de la lombalgie aiguë pourrait être la conséquence d'un réflexe sensori-moteur véhiculé par les rameaux postérieurs des racines lombaires. Dans certains cas, des lésions traumatiques des muscles spinaux ont pu être mises en évidence notamment lors d'effort de tractions lorsque ces muscles sont en course externe.

Chez les lombalgiques chroniques, il existe une amyotrophie paravertébrale prédominant sur les spinaux avec une inversion des rapports de force entre extenseurs. Il n'est pas possible d'affirmer si ces modifications de la trophicité et de la force musculaires sont une cause ou une conséquence des lombalgies.

c) Les ligaments

Les structures ligamentaires peuvent être à l'origine de lombalgies. L'injection de sérum salé hypertonique dans le ligament vertébral commun postérieur a pu reproduire les douleurs incriminées par des patients lombalgiques. Cependant, le lien anatomique étroit existant entre ce ligament et la partie externe de l'annulus fibrosus ne permet pas d'incriminer séparément l'une ou l'autre de ces structures dans l'origine des phénomènes douloureux.

Le ligament iliolumbaire semble être un élément important de la stabilité de la jonction lombosacrée mais bien que fréquemment incriminé, sa responsabilité dans la genèse ou l'aggravation de certaines lombalgies est difficile à démontrer.

d) Les adhérences de la dure-mère

Les adhérences antérieures de la dure-mère au ligament commun vertébral postérieur sont fréquentes aux étages L4-L5 et L5-S1 (40%).

Lors du décollement de la dure-mère, la survenue de lésions vasculonerveuses pourrait expliquer des phénomènes douloureux particulièrement lorsque le ligament commun vertébral postérieur est traumatisé par une hernie discale.

5. Etude clinique :

5.1 Démarche diagnostic :

a) Examen clinique :

Elle comporte une évaluation initiale du patient par un interrogatoire et un examen clinique général et plus particulièrement ostéo-articulaire et neurologique. Cette évaluation a pour objectif d'une part d'identifier une éventuelle cause infectieuse, inflammatoire, tumorale ou traumatique à l'origine de la lombalgie, et d'autre part d'évaluer la lombalgie dans sa composante douloureuse et son retentissement sur l'activité physique quotidienne et sur l'activité professionnelle.

L'évaluation initiale du patient vise à identifier les lombalgies dites symptomatiques avec :

- en faveur d'une fracture : une notion de traumatisme ou d'ostéoporose, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 60 ans (accord professionnel) ;
- en faveur d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexpliquée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique.

La vitesse de sédimentation et l'électrophorèse des protéines sanguines sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel) ;

- en faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, un contexte d'immunodépression, d'infection urinaire, de prise de drogue intra veineuse, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le dosage de la Protéine C

Réactive (CRP) sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel) ;

- en faveur d'une pathologie inflammatoire : début progressif avant l'âge de 40 ans, forte raideur matinale, atteinte des articulations périphériques, iritis, signes d'appel cutanés, colites, écoulement urétral, antécédent familial de spondylarthropathie.

La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont les premiers examens biologiques qui peuvent être réalisés dans ce cadre pathologique (accord professionnel).

L'évaluation initiale du patient lombalgique comporte une évaluation de la douleur qui repose avant tout sur l'interrogatoire, une évaluation fonctionnelle et une évaluation de la composante anxieuse et/ou dépressive. Pour toutes ces dimensions, quelques outils, développés et utilisés surtout en recherche clinique, sont proposés : échelle visuelle analogique (EVA), Dallas, échelle Eifel, échelles d'Hamilton et Beck Depression Inventory (BDI). [1]

L'examen clinique permet de rechercher : [46]

❖ Un syndrome rachidien : contracture des muscles para vertébraux.

. **Mesure de l'indice de Schôber** : sujet debout, on met un trait à la hauteur de l'apophyse épineuse de L5 (sur la ligne horizontale passant par les crêtes iliaques) on mesure 10 cm au-dessus et on met un autre trait, puis on demande au patient d'essayer de toucher le sol avec ses doigts, les genoux restant tendus. Chez le sujet normal cette distance doit passer de 10 à 15 cm au moins.

. **Distance doigts-sol en flexion genoux tendus** : afin de ne pas sous-estimer la souplesse rachidienne par hypo extensibilité de la chaîne postérieure en charge.

Recherche d'un point douloureux exquis à la palpation des épineuses, des articulations postérieures ou d'une éventuelle masse para vertébrale (figure n°1).

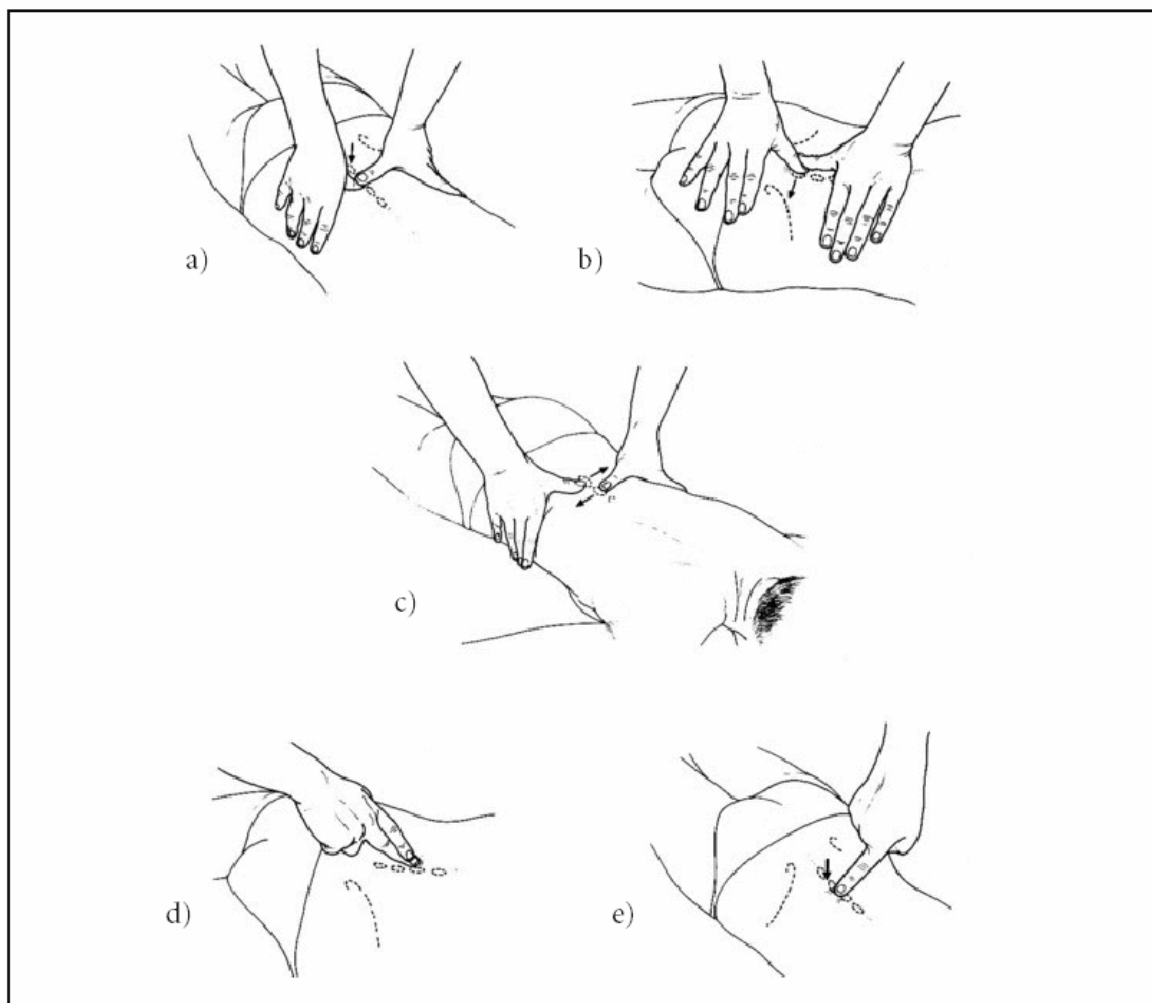


Figure n°1 : palpation des épineuses [47]

- a) La pression axiale sur l'épineuse
- b) La pression sur la face latérale de l'épineuse
- c) Les pressions opposées sur les faces latérales de deux épineuses adjacentes
- d) La palpation des massifs articulaires postérieurs
- e) L'examen des ligaments inter et supra épineux

❖ Une atteinte radiculaire :

. **Signe de Lasègue** : recherche le déclenchement d'une douleur radiculaire lors de la flexion passive de la cuisse sur le bassin du côté de la douleur, genou tendu, un patient en décubitus dorsal strict. Elle est considérée comme positive si cette douleur se déclenche lorsque le membre inférieur fait un angle égal ou inférieur à 60 degrés avec le plan du lit.

. **Signe de Léri** : cruralgie déclenchée par extension de la hanche, genou en flexion, en décubitus latéral ou ventral.

• **Un déficit neurologique** : trouble de la sensibilité, troubles de la commande musculaire, abolition ou diminution des réflexes ostéotendineux, syndrome de la queue de cheval (troubles de la sensibilité périnéale, troubles sphinctériens).

Enfin l'examen général est bien sûr de rigueur il apprécie l'état général (poids, taille) et l'existence de signes généraux (fièvre, sueurs, amaigrissement, asthénie).

Un bon interrogatoire et un bon examen physique permettent dans la plupart des cas de dépister la nature symptomatique d'une lombalgie.

b) Examen complémentaire : [48 - 51]

Après ce bilan clinique, suivront un bilan radiographique et un bilan biologique préliminaire. Le choix des examens complémentaires à visée étiologique dépend des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

b-1) Biologie :

Les instruments biologiques couramment utilisés à la recherche des signes inflammatoires ou infectieux sont ; la NFS, la VS, la CRP, la calcémie, la phosphorémie, la glycémie.

Ils ne montrent généralement pas d'anomalie car les principales causes sont mécaniques et dégénératives.

Une anémie inflammatoire ou une augmentation de la VS associée à une élévation de la CRP évoque une inflammation ou une infection.

Une anémie inflammatoire et une hypocalcémie évoquent une néoplasie.

b-2) Imagerie :

Les examens radiographiques sont essentiellement la radiographie standard ou conventionnelle, l'échographie abdomino-pelvienne, la sacroradiculographie, le scanner, le myeloscanner, la scintigraphie osseuse, et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

b-2-a) Techniques :

➤ La radiographie standard :

La radiographie standard consiste en la réalisation d'incidences de face et de profil du rachis lombaire et d'une incidence de face du bassin. Elle est utile pour confirmer l'absence d'affections dégénératives ou de tumeur vertébrale, préciser l'existence des conditions mécaniques particulières (trouble statique, spondylolisthésis, anomalie transitionnelle) ou une anomalie mécanique préexistante (lyse isthmique, dystrophie vertébrale de croissance) et évaluer l'importance des lésions dégénératives (pincement discal, discarthrose, arthrose postérieure).

➤ La sacroradiculographie :

La sacroradiculographie (SRG) est une méthode qui consiste à introduire une substance de contraste dans le canal rachidien par voie sous arachnoïdienne. Elle permet de faire un prélèvement de LCR. Elle permet l'étude du cône terminal, de la queue de cheval, et le segment initial des racines nerveuses après leur émergence du sac dural. Elle ne montre pas le segment des racines situées au-delà de la réflexion des leptoméninges ainsi que les foramens. Elle authentifie la présence d'un conflit disco-radiculaire par la mise en évidence d'une empreinte interrompant la continuité du fourreau dural. C'est le seul examen réalisable en

position debout et extension du rachis lombaire, positions ou peuvent se démasquer certaines hernies dynamiques.

➤ **La TDM :**

Elle précise de façon segmentaire les rapports anatomiques entre le contenu dural et radiculaire d'une part et le contenant osteo-discoligamentaire d'autre part. Elle ne permet pas d'étudier le contenu dural et de différencier les racines du LCR.

➤ **Le myéloscanner :**

Le myeloscanner lombaire associe une saccoradiculographie a un scanner.

La réalisation de saccoradiculographie et de myeloscanner permet par la même, un prélèvement du liquide céphalo-rachidien pour une étude cyto bactériologique et chimique.

➤ **L'imagerie par résonance magnétique :**

L'IRM est une méthode non invasive permettant des coupes dans tous les plans de l'espace. C'est l'examen de choix dans l'exploration de la pathologie rachidienne. Il donne une vue globale du rachis, du bassin et des parties molles et est moins accessible que les précédents. L'enquête diagnostique recherche les signes «d'alerte rouge», qui orientent vers ces causes spécifiques. L'IRM doit alors être réalisée rapidement.

b-2-b) Prescription :

La demande d'examen d'imagerie dépend de la sévérité, le mode d'installation et la présence de signes d'alerte rouge.

Lorsqu'il y a un doute sur l'origine mécanique ou symptomatique et qu'une affection tumorale ou infectieuse est recherchée, l'IRM est l'examen de choix car elle permet d'explorer l'ensemble du rachis lombo-sacré et d'étudier les vertèbres et les disques intervertébraux aussi que le contenu du canal rachidien. La scintigraphie osseuse est presque aussi sensible mais beaucoup moins spécifique. Elle est cependant indiquée car elle permet d'explorer l'ensemble du squelette. Dans ce cas le scanner n'est pas systématique.

6. Etiologie :

6.1 Etiologie des lombalgies communes [52-56]

a. Hernie discale :

Fissuration de l'anneau fibreux a l'occasion d'un effort vers le fragment du nucleus qui s'infiltré dans la fissure et s'y coince. Irritation de la partie postérieure du ligament a l'origine des lombalgies aiguës.

Evolution possible vers une lombalgie chronique par dégénérescence discale.

On distingue :

➤ **Les hernies discales sous-ligamentaires :**

Pas d'effraction du ligament, la hernie reste en avant du ligament. Elle peut être simple (en saillie), être migrée sous le ligament ou être exclue (fragment migré discal qui a perdu tout lien avec le disque lui-même).

➤ **Les hernies discales extra-ligamentaires :**

La hernie perfore le ligament. Elle peut être simple, migrée, ou exclue.

Le risque de hernie discale exclue est d'autant plus important que la hernie discale soit volumineuse et migrée.

Une volumineuse hernie discale peut parfois comprimer les autres racines du sac dural et être responsable d'un syndrome de la queue de cheval complet.

La souffrance radiculaire relève d'une compression directe de la racine par la hernie et la lombalgie de l'entorse du ligament commun vertébral postérieur et de mécanismes inflammatoires locaux.

b. Discarthrose :

- Touche préférentiellement les deux derniers disques.
- Débute par une déshydratation du nucleus pulposus.

Son épaisseur diminue.

c. Arthrose inter apophysaire postérieure :

Les articulations inter apophysaires postérieures (IAP) lombaires sont fréquemment le siège d'une arthrose favorisée par l'âge, l'hyper lordose lombaire

et la surcharge pondérale. La racine peut être comprimée dans le récessus latéral ou le foramen.

Plusieurs mécanismes peuvent l'expliquer :

Hypertrophie du massif articulaire postérieur avec ostéophytes agressives et compressives, kyste articulaire postérieur compressif (coque bien visible en TDM), Développement d'un spondylolisthésis ou d'un rétrécissement canalaire.

Le syndrome trophostatique de la post-ménopause associe chez une femme ménopausée : Hyper lordose lombaire, surcharge pondérale et hypotonie de la sangle musculaire abdominale.

d. Spondylolisthésis :

Le spondylolisthésis lombaire correspond au glissement d'une vertèbre lombaire par rapport à la vertèbre située juste en dessous et entraînant avec elle tout le reste de la colonne vertébrale.

Le spondylolisthésis par lyse isthmique bilatérale est une cause rare de radiculalgie chez le sujet jeune, et demeure le plus souvent asymptomatique.

Un spondylolisthésis dégénératif se développe chez le sujet plus âgé présentant une arthrose inter apophysaire postérieure évoluée avec discopathie dégénérative, s'intégrant en général dans le syndrome trophostatique.

e. Canal lombaire rétréci :

L'origine dégénérative est la plus fréquente et survient progressivement chez un sujet âgé. Il est alors acquis et multifactoriel : conjonction d'arthrose inter apophysaire postérieure, discopathie dégénérative bombante voire hernie, hypertrophie des ligaments jaunes, spondylolisthésis dégénératif, scoliose dégénérative (subluxation rotatoire), kyste synovial articulaire postérieur, et parfois brièveté congénitale des pédicules. Il peut toucher plusieurs étages. Plus rarement, il peut être congénital (sujet jeune de moins de 30 ans) isolé ou intégré dans une maladie générale type achondroplasie.

La sémiologie progressive est évocatrice : initialement apparaissent des paresthésies ou des sensations de strictions des membres inférieurs, volontiers

bilatérales et pluri radiculaires. Une hypoesthésie radiculaire peut-être mise en évidence. Par la suite, une véritable claudication douloureuse s'installe ; l'arrêt de la marche, la position accroupie (position de-lordosante) ou peu penchée en avant entraîne une rapide amélioration des douleurs. Le périmètre de marche peu à peu se restreint jusqu'à devenir nul : douleur à la station debout.

Enfin des signes sphinctériens peuvent apparaître. La réalisation d'un examen neurologique après effort est nécessaire.

f. Arthrose inter épineuse (Syndrome de Baastrup).

g. Scolioses Sévères et évolutives

h. Séquelles de maladie de Scheurmann

Début des douleurs depuis l'adolescence.

Rx : cyphose dorsale, hernies intra spongieuses

i. Syndrome de Maigne :

Une irritation de la branche postérieure du 12eme nerf intercostal

Douleurs à la crête iliaque.

6.2 Etiologies des lombalgies symptomatiques :

A- Tumorales

➤ Tumeurs malignes :

- Métastases : recherche de cancers ostéophiles
- Myélome, hémopathies
- Tumeurs primitives: plasmocytome solitaire, chordome, chondrosarcome, sarcome pagetique, tumeur d'Ewing, lymphome...

➤ Tumeurs bénignes :

- Rachidiennes: ostéome ostéoïde, ostéoblastome, kyste anévrysmal, tumeur a cellules géantes, angiome.
- Intrarachidiennes : neurinome, ependymome...Epidurites néoplasiques.

B- Inflammatoires : spondylarthropathies :

- Spondylarthrite ankylosante
- Rhumatisme psoriasique
- Rhumatisme des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)
- Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter
- Spondylarthropathies non classée.

C- Infectieuses

Spondylodiscite ou spondylite tuberculeuse ou brucellienne

D- Lombalgies liées à une ostéopathie

- Ostéoporose,
- Ostéomalacie,
- Osteodystrophie rénale,
- Hyperparathyroïdie primitive.

Les lombalgies liées aux tassements vertébraux sont les plus fréquentes des lombalgies aiguës au début puis chroniques par trouble statique du rachis.

E- Lombalgies post-traumatiques

A la suite d'un effort, d'une chute ou d'un accident de la route. [57,58]

6.3 Lombalgies musculaires ou fonctionnelles

- Femmes jeunes
- Diagnostic d'élimination
- Radiologie et biologie : normales
- Recherche d'autres douleurs musculaires dans le cadre d'une fibromyalgie [6, 57, 30].

7. Traitement

1. Traitement non médicamenteux :

➤ La parafangothérapie :

La parafangothérapie consiste en l'application directe, sur la zone douloureuse, d'un mélange de boue et de paraffine chauffé à 50-55°C. Les effets physiologiques sont l'augmentation du débit sanguin locorégional, l'amélioration des conditions métaboliques locales, l'élévation du seuil d'excitabilité des nocicepteurs cutanés et l'abaissement du tonus musculaire. [59]

➤ La kinésithérapie active

Elle est recommandée après quelques semaines d'évolution, dès que la réduction de la douleur initiale le permet. Elle est recommandée en cas de lombalgie chronique, mais son intérêt au très long court est incertain. Il n'y a pas de preuves de la supériorité d'une technique de réadaptation par rapport à une autre, mais dans tous les cas le kinésithérapeute doit proposer des séquences de mobilisation, du renforcement musculaire ciblé, des assouplissements et des exercices de proprioception [60-63].

➤ Les massages, balnéothérapie, applications de chaleur et ultrasons

Ils peuvent être proposés, mais n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, et ce à aucun stade de la lombalgie [60-63].

➤ **Les manipulations vertébrales et les méthodes manuelles**

Pratiquées par un praticien formé et en absence de déficit neurologique, elles ont une efficacité antalgique à court terme et peuvent être proposées au stade aigu/subaigu. Elles n'ont pas fait la preuve d'une efficacité dans les douleurs chroniques, mais certains les proposent du fait de leur relative innocuité (accord professionnel) [60-63].

➤ **L'acupuncture**

Elle n'a fait la preuve que d'une faible efficacité en aigu ou subaigu, mais elle peut être recommandée en phase chronique avec un bon niveau de preuve. [60-63]

➤ **Les ceintures lombaires, semelles orthopédiques et la neurostimulation transcutanée**

Elles n'ont pas d'intérêt en phase aiguë. Après 4 semaines d'évolution, elles peuvent être utilisées, mais les données actuelles ne permettent pas d'affirmer leur efficacité. [61-63]

➤ **Les techniques cognitivo-comportementales**

Elles sont recommandées en phase chronique pour aider le patient à reprendre confiance dans la fonction de son dos, et pour lui permettre de se motiver à gérer sa lombalgie et à devenir acteur de sa santé. Elles doivent être accompagnées d'une prise en charge globale adaptée. [60-63]

➤ **Les traitements multidisciplinaires**

En phase subaiguë et chronique, ils incluent une rééducation intensive, souvent en groupe de pairs, ainsi qu'une prise en charge globale. C'est une option, même si les preuves sont faibles et que ces programmes sont peu accessibles en pratique [64]. Certaines écoles du dos intégrées à l'environnement professionnel ont montré une efficacité modérée, à court et moyen terme sur les patients chroniques. [60-63]

➤ **Les cures thermales**

Elles peuvent être proposées en phase chronique, mais n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. [61]

➤ **La chirurgie**

Il n'y a pas d'indication chirurgicale en cas de lombalgie commune ; les indications chirurgicales ne concernent que les rares cas de lomboradiculalgies déficitaires ou hyperalgiques et certains cas de lomboradiculalgie invalidante et persistant au-delà de 4 à 6 semaines. [60-62]

La technique chirurgicale la plus souvent utilisée est l'arthrodèse postérolatérale instrumentée (autogreffe prélevée sur la crête iliaque postérieure par un décollement sous cutané à partir de l'incision médiane postérieure. Les greffons doivent être déposés et tassés entre les apophyses transverses et le plateau sacré, au niveau des articulaires) cependant une greffe inter somatique est parfois réalisée si le signal discal à l'IRM est de type inflammatoire.

Les résultats de ces arthrodèses sont satisfaisants dans 50 à 93% selon les séries. La meilleure indication est le spondylolisthésis par lyse isthmique. [1, 65, 66, 67]

2. Traitement médicamenteux :

➤ Les antalgiques

La prescription est recommandée même si les preuves de leur efficacité sur la lombalgie sont faibles. En phase aiguë, Les antalgiques doivent avoir pour but de récupérer le plus rapidement possible la fonction. La stratégie de prescription doit tenir compte de leurs effets secondaires, plaçant le paracétamol en première ligne, les AINS en deuxième ligne et les antalgiques de palier 2 et 3 en troisième ligne [60-63]. Les données relatives à l'efficacité du paracétamol sont contradictoires, mais sa balance bénéfices/risques reste favorable à sa prescription. Récemment, les recommandations américaines ont proscrit les morphiniques (palier 3) dans la lombalgie du fait des risques d'addiction [62]. Si les morphiniques sont proposés, ils doivent être réservés aux situations ne répondant pas aux traitements de premières ligne, être prescrits pour une durée limitée, en privilégiant les spécialités à longue durée d'action et en surveillant précisément leur efficacité antalgique. [62, 63]

➤ Les antidépresseurs

En phase chronique, l'amitriptyline peut avoir un effet positif modéré, mais les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et sont à éviter [61, 62]. Certaines recommandations proposent la duloxétine sur les douleurs chroniques [63], mais ce médicament n'a pas l'AMM en France dans cette indication et peut donner de nombreux effets indésirables. [62]

➤ Autres traitements médicamenteux

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité des AINS topiques. [61]

Les myorelaxants sont parfois proposés dans certaines recommandations malgré le manque de preuve de leur efficacité et les effets secondaires. [60-63]

Les corticoïdes oraux et les injections épidurales sont une option lorsque les symptômes persistent, surtout en présence d'une radiculalgie. Ils sont à proscrire en phase aiguë (fort niveau de preuve). [61]

La mésothérapie, technique inventée en 1952 par un médecin généraliste français le Dr Pistor [68], consiste à injecter au niveau du site de la lésion, par voie intradermique ou sous cutanée superficielle, des médicaments allopathiques (corticoïdes exceptés) à très faible concentration par rapport à l'utilisation orale. Cette technique va bloquer la transmission du message douloureux cheminant au niveau des fibres A et C à l'aide de micro-injections de sympathicolytique (procaïne ou xylocaïne).

Spécificités de la prise en charge des lomboradiculalgies :

La prise en charge des patients présentant une lomboradiculalgie (en l'absence de signes de gravité) repose en grande partie sur les mêmes principes que ceux de la lombalgie commune. Elle comporte néanmoins quelques spécificités :

- les douleurs radiculaires peuvent être traitées par des antalgiques à visée neuropathique en privilégiant : amitriptyline, duloxétine, gabapentine et prégabaline [69]
- à partir de la phase subaiguë et après échec d'un traitement médical bien conduit, les infiltrations épidurales de corticoïdes peuvent être proposées chez certains patients. Les effets secondaires de ce geste sont rares [61, 62]

La chirurgie peut être proposée en dernier recours, notamment pour les patients déficitaires ou hyperalgiques non soulagés par les traitements précédents et après avis spécialisé. [60, 61, 62]

QUALITE DE VIE

IV-Qualité de vie :

IV.1. Définition de la qualité de vie

C'est à partir de la définition de la santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948, définissant la santé comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » [70] que l'intérêt pour l'évaluation de la qualité de vie des patients a pris de l'ampleur. En effet, l'OMS replace la santé dans un contexte plus général. Jusqu'alors, la santé n'avait été étudiée que sous des aspects objectifs, cliniques ou biologiques (symptômes, évènements indésirables, résultats biologiques...).

Elle explorera désormais des aspects plus subjectifs (le ressenti vis-à-vis du traitement, la vision de soi...). Ainsi, la santé n'est plus seulement liée à la maladie ou à l'invalidité mais également au bien-être physique, mental et social. Les cliniciens ne doivent plus travailler dans l'unicité de la maladie mais dans la pluri dimensionnalité du patient.

À partir de cette nouvelle approche de la santé, l'évaluation de la qualité de vie prend tout son sens. De nombreuses équipes de chercheurs vont travailler sur le sujet et présenter leur propre définition de la qualité de vie. Il n'existe donc pas de définition universelle précise de la qualité de vie.

Selon les équipes, la qualité de vie est définie comme :

- « Une satisfaction individuelle globale avec la vie et le sens général de son bien-être personnel » [71] ;
- « La perception subjective de satisfaction ou bonheur avec la vie dans les domaines importants pour l'individu » [72] ;
- « L'évaluation de satisfaction que font les patients de leur niveau actuel de fonctionnement par rapport à ce qu'ils perçoivent comme possible ou idéal » [73] ;

Le terme « qualité de vie » va au-delà de la santé à proprement parler, mais elle est influencée par la perception que l'individu a de son environnement physique, psychologique, social, économique et politique » [74].

Ces définitions ont cependant toutes en commun d'intégrer des considérations objectives et des considérations subjectives. De ces variantes se dégage un cadre consensuel conformément au cadre global défini en 1948 par l'OMS. Il n'est guère étonnant alors que la définition la plus souvent évoquée soit celle proposée par l'OMS en 1993 : « la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement » [4].

Finalement, quelle que soit la définition que l'on retienne de la qualité de vie, la subjectivité de son appréciation est recherchée, dans la mesure où c'est le patient lui-même qui est le premier interprète de son ressenti, selon ses émotions et son environnement.

IV.2. Spécificité de la qualité de vie relative à la santé

Lorsque l'on parle de qualité de vie relative à la santé il s'agit de spécifier qu'il est question de la qualité de vie étudiée dans un contexte médical. C'est « l'impact de la santé, incluant la maladie et le traitement sur le bien-être social, physique et psychologique » du patient [75].

La qualité de vie relative à la santé est également définie comme étant « un état de bien-être qui repose sur deux composants : (1) la capacité à réaliser des activités journalières qui reflètent le bien-être physique, psychologique et social ; (2) la satisfaction du patient avec son niveau de fonctionnement, le contrôle de sa maladie et des symptômes liés à son traitement » [76, 77].

Ainsi le qualificatif relatif à la santé, qui peut sembler réduire le champ d'application de la qualité de vie, l'accroît au contraire, en insistant sur l'importance qu'il y a à considérer l'individu dans sa globalité contextuelle, dont la pathologie tout comme la médicalisation en sont de possibles composantes.

Dans la suite de ce travail, par commodité de langage, nous parlerons elliptiquement de qualité de vie pour évoquer la qualité de vie relative à la santé [78].

IV.3. La qualité de vie : un concept multidimensionnel

Si les auteurs diffèrent sur la définition précise de la qualité de vie, un large consensus est établi pour la définir comme un concept multidimensionnel [79, 74, 76].

Néanmoins, des divergences existent sur la structure qu'elle doit prendre. En effet, pour certains auteurs, l'évaluation de la qualité de vie se structure au minimum autour de trois dimensions, que sont les domaines du physique, du psychologique et du social [75, 76]. Pour d'autres équipes une évaluation de la qualité de vie doit impérativement reposer sur un domaine supplémentaire, la symptomatologie, permettant ainsi une évaluation de la qualité de vie selon quatre dimensions au minimum [80, 81].

Ces propositions permettent de constituer les éléments fondamentaux à prendre en considérations pour évaluer la qualité de vie. Toutefois, il n'est pas interdit, il est même souhaitable, d'asseoir ces évaluations sur des domaines supplémentaires nécessairement sources d'enrichissement selon le sujet de recherche et conséquemment selon les axes d'investigations et d'analyse plus spécifiques choisis. Ainsi, l'image du corps, la fonction cognitive, la sexualité, les rapports avec l'équipe médicale, la politique, l'économie sont des domaines contribuant potentiellement à l'évaluation de la qualité de vie [79, 75, 82].

IV.4. Modèles conceptuels de la qualité de vie relative à la santé

Afin de mieux comprendre et visualiser les relations existantes entre les éléments pris en compte pour l'évaluation de la qualité de vie (domaines sus cités, éléments environnementaux...), Wilson et Cleary ont développé un modèle conceptuel permettant d'appréhender les relations causales et les interactions existantes entre ces différents éléments et, ainsi, facilitant la méthodologie des interventions cliniques relatives à la qualité de vie [79].

Contrairement aux modèles proposés antérieurement, que nous ne présenterons pas ici [79-83], celui-ci rassemble et met en relation deux aspects de la recherche : les sciences médicales et les sciences sociales.

Ce modèle constitué de 5 niveaux permet de visualiser l'enchaînement des facteurs biologiques, cliniques, physiques, psychologiques et sociaux qui modulent la qualité de vie (**figure 2**).

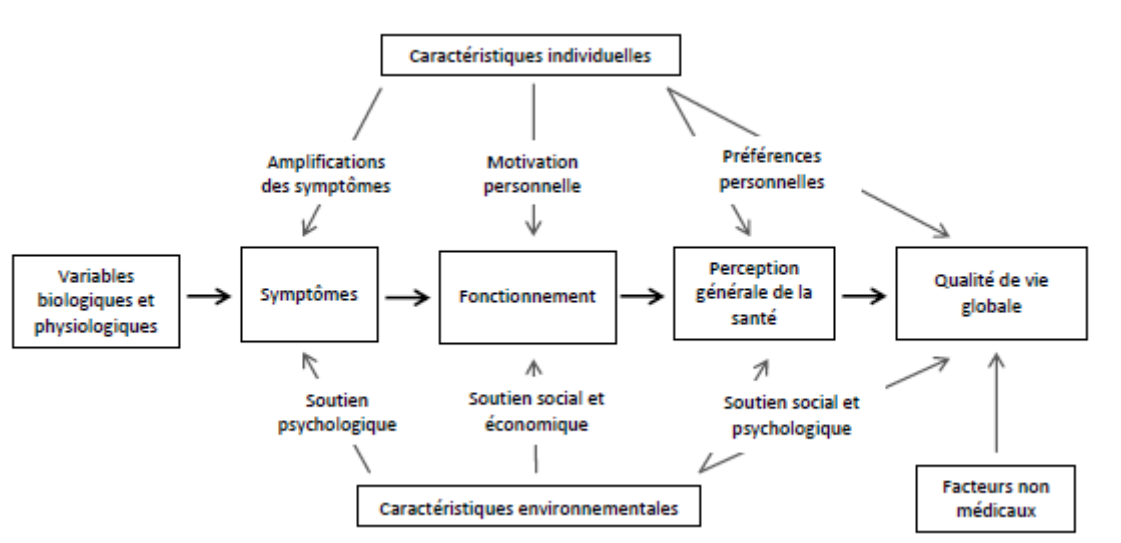


Figure 2 : Modèle conceptuel représentant les relations entre les différents éléments nécessaires à l'évaluation de la qualité de vie, d'après Wilson et Cleary [79].

D'autres équipes ont depuis travaillé sur ce modèle pour développer et préciser l'influence des facteurs environnementaux et individuels.

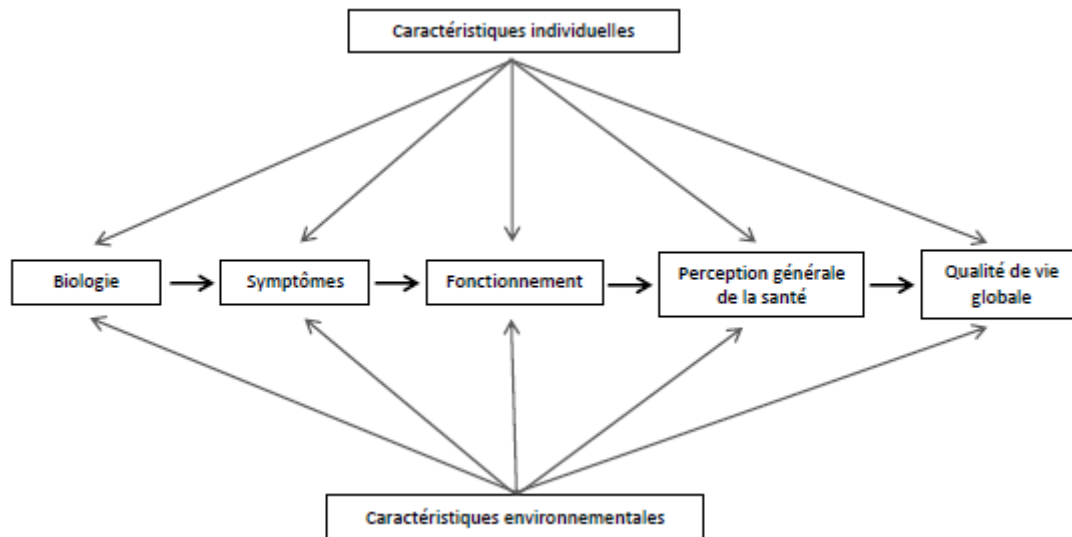


Figure 3 : Révision du modèle conceptuel de Wilson et Cleary, d'après Ferrans [84]

Le modèle révisé, présenté **figure 3**, ne spécifie plus quel est le facteur qui influe sur le niveau étudié. Ainsi, les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux, les facteurs économiques, les motivations personnelles... sont supprimés pour laisser place à une généralisation. Le niveau biologie, qui n'était soumis à aucune influence extérieure, est à présent soumis aux influences des caractéristiques individuelles et environnementales. L'influence spécifique des facteurs non médicaux sur la qualité de vie globale est supprimée. Les facteurs non médicaux sont considérés comme faisant partie intégrante des facteurs individuels et environnementaux [84].

Cette *aggiornamento*, plus généraliste et plus simple, va permettre de proposer un cadre conceptuel pour développer des instruments de mesures méthodologiquement robustes car le modèle permet de mieux appréhender la notion de qualité de vie et ses éléments intrinsèques [79, 84].

5. Comment mesurer la qualité de vie ?

La qualité de vie est souvent restreinte aux principaux aspects liés à la santé : on parle alors de "qualité de vie liée à la santé". Elle prend en compte les domaines physique (autonomie et activités physiques), psychologique (anxiété, dépression, émotion), relationnel (familial, social, professionnel), symptomatique

(répercussion de la maladie et de son traitement) et des aspects plus particuliers tels que la sexualité ou l'image de soi. Ces différents domaines, correspondant à des éléments objectifs et subjectifs, ont une importance variable d'un sujet à l'autre et au cours du temps. La qualité de vie ne peut être appréciée que par le patient lui-même et non par le médecin ou le soignant (à l'exception des cas particuliers où l'état cognitif du malade ne le permet pas).

5.1. Les différentes approches d'évaluation de la Qualité de vie

On distingue deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie : l'entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative).

L'entretien psychologique permet une évaluation plus globale de la qualité de vie et possède une valeur thérapeutique. Cependant, il a plusieurs inconvénients : difficulté de standardisation et donc d'utilisation dans des études comparatives, impossibilité d'application à grande échelle, et coût élevé.

Les outils psychométriques, constitués d'échelles ou de questionnaires (auto- ou hétéroévaluation), réalisent une évaluation plus restrictive de la QdV, mais ils permettent une mesure standardisée et sont généralement faciles à utiliser. Ils s'adressent aux individus d'une population donnée et sont aptes à fournir des informations valables en moyenne pour l'ensemble du groupe. Ils sont utilisés pour une aide à la prise de décision au niveau collectif.

Au niveau individuel, il faut disposer d'un outil psychométrique qui doit prendre le sujet comme sa propre référence, explorer et analyser tous les domaines qui composent la qualité de vie ou la qualité de vie liée à la santé, pondérer chacun des domaines les uns par rapport aux autres, en fonction de leur importance pour chaque individu. Un tel outil est extraordinairement complexe. Peu d'outils répondant à ces caractéristiques ont été élaborés à ce jour ; on peut citer le SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*) [85], le PGI (*Patient-Generated Index*) [86] et le SQLP (*Subjective Quality of Life Profile*) [87].

Ces questionnaires permettent une mesure subjective de la santé plus qu'ils ne mesurent la qualité de vie des sujets.

5.2. Les propriétés des questionnaires

Les questionnaires sont composés de plusieurs questions (ou items) regroupées en une ou plusieurs échelles correspondant aux aspects (ou domaines) de la qualité de vie explorés par le questionnaire. On associe à chaque échelle un score (variant généralement de 0 à 100) calculé à partir des réponses à chacune des questions composant l'échelle.

Il existe deux possibilités de réponse aux questions. La première possibilité est une réponse fermée dichotomique (oui/non) ou à plusieurs modalités graduées en termes de fréquence ou d'intensité (pas du tout, un peu, moyennement, beaucoup), appelée "Likert Scale". L'autre possibilité de réponse est représentée par les échelles graphiques, dites "visuelles-analogiques", symbolisées par un trait horizontal. Dans ce cas, le patient doit répondre et se positionner par un repère entre les deux extrémités correspondant à deux états opposés (pas du tout, énormément). La méthodologie de mise au point des questionnaires répond à des critères précis. Comme tout instrument de mesure, les questionnaires doivent posséder des propriétés psychométriques : critères de validité permettant de juger de la pertinence de l'outil de mesure, fiabilité, sensibilité au changement. Des tests statistiques particuliers permettent de vérifier ces propriétés [88].

IV.6. Les différents instruments de mesure de la qualité de vie

Il n'existe pas un instrument de mesure standard et universel, et l'on recense plusieurs centaines de questionnaires ou échelles dans la littérature. On distingue habituellement les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

IV.6.1 Les questionnaires génériques

Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent, en particulier, de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes. Mais ils manquent de

sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales).

Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

- SF-36 (*MOS 36 Short Form*) [89], avec 36 items regroupés en 8 échelles : activité physique (10), limitation/état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/rerelations (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4) ;
- NHP (*Nottingham Health Profile*) [90], avec 45 items regroupés en 6 échelles;
- WHOQOL (*WHO Quality Of Life assessment*), avec 100 items;
- WHOQOL BREF [91], avec 26 items regroupés en 4 échelles.

IV.6.2 Les questionnaires spécifiques

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, oncologie...) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur, sommeil...). Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile.

Généralement, des modules particuliers sont associés au questionnaire spécifique à une pathologie (appelé “*questionnaire central*” ou “*core questionnaire*”). Les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique.

METHODOLOGIE

V. METHODOLOGIE

V.1. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective, transversale qui s'est déroulée de Novembre 2017 à Octobre 2018 au CHU Gabriel TOURE.

L'enquête a commencé au mois de juillet 2018 et a pris fin au mois de septembre 2018.

Les données ont été collectées sur la période correspondant à l'enquête.

V.2. Cadre d'étude :

V.2-1 Lieu d'étude :

Notre travail s'est déroulé en consultation externe dans le service de Neurologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Gabriel TOURE de Bamako.

V.2-2 Situation géographique :

Le CHU Gabriel Touré fait partie des hôpitaux de référence au Mali ; ancien dispensaire central de Bamako, il a été baptisé le 17 janvier 1959. Il est situé au centre de Bamako en commune 3 avec à l'Est le quartier Médine, à l'Ouest l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (ENI), au Nord la garnison de l'état-major de l'armée de terre et de la gendarmerie, au sud le grand marché de Bamako.

V.2-3 Organisation :

Le CHU Gabriel Touré est organisé en sept (7) départements comprenant vingt-six (26) services parmi lesquels le service de Neurologie.

Dans le service de Neurologie, il existe une unité d'hospitalisation conventionnelle de dix-huit (18) lits et une unité de consultation externe. Il est actuellement dirigé par un Professeur titulaire de neurologie assisté d'un maître-assistant et d'une assistante.

Les soins des patients sont sous la responsabilité d'une assistante médicale qui est le major du service, assistée d'une technicienne supérieure de santé, d'une technicienne de santé, d'une aide-soignante et cinq (5) manœuvres.

V.3. Population d'étude :

Patients vus en consultation externe de neurologie pour lombalgie évoluant depuis 3 mois.

V.4. Déroulement de la collecte des données :

Tout patient admis après son consentement à participer à notre étude était soumis à un questionnaire qui a porté sur les aspects sociodémographiques et cliniques.

Nous avons ensuite mesuré l'impact de la lombalgie sur la qualité de vie à travers l'auto-questionnaire de Dallas. Mis au point en 1989 par Lawlis et al. est un auto-questionnaire spécifique des lombalgies chroniques, il explore le retentissement de la douleur sur quatre dimensions de la vie courante (activité quotidienne, travail et loisirs, anxiété-dépression, activité sociale). Il comprend 16 items. Le patient répond à chaque item sur une EVA. Chaque dimension est exprimée par un pourcentage. Cette échelle peut être considérée comme une échelle spécifique de la qualité de vie des lombalgiques chroniques. [92, 93, 94].

V.5. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude tous les patients vus en consultation pour lombalgie, dont le consentement libre, volontaire et éclairé est obtenu.

Tout malade chez qui le diagnostic de lombalgie et/ou lombo-radiculalgie a été retenu sur le terme clinique :

- Age de 18 ans et plus ; consentant (tout sexe confondu)
- Patient ayant comme plainte, une douleur lombaire avec ou sans irradiation aux membres inférieurs ; avec ou sans déficit moteur.
- Patients possédants des capacités cognitives leur permettant de répondre aux questions

V.6. Critères de non inclusion :

Ont été exclus de notre étude :

- Patients vus pour autre pathologie qui n'est pas en rapport avec une lombalgie ;

- Patients vus en dehors de la période d'étude ;
- Sujets non consentants à participer à l'étude ;
- Patients dans un état grave ou en situation d'urgence.

V.7. Méthode de collecte des données :

Notre étude a été réalisée selon les outils et mode suivants :

➤ **Outils de collecte :**

Les données ont été recueillies sur deux fiches d'enquêtes :

- La première fiche d'enquête : composée de six parties
 - ✓ La première partie comportait un numéro d'anonymat et les renseignements sur les aspects sociodémographiques des patients interrogés : le sexe, l'âge, la profession, la scolarité et le niveau d'instruction, le statut matrimonial, l'expérience professionnelle, la résidence, la pratique d'activité physique régulière.
 - ✓ La deuxième partie comportait cinq questions relatives aux connaissances sur la lombalgie.
 - ✓ La troisième partie évaluait les caractéristiques de la lombalgie.
 - ✓ La quatrième partie composée de six questions était relative au travail.
 - ✓ La cinquième partie avec deux questions évaluait la composante psychologique.
 - ✓ La sixième partie relative à l'évaluation de l'intensité de la douleur par l'EVA (Echelle Visuelle Analogique).
- Deuxième fiche d'enquête : L'auto-questionnaire de Dallas, qui est un questionnaire spécifique, composé de quatre parties.

➤ **Mode de collecte :**

Il s'agissait d'une collecte réalisée directement en consultation lors d'un entretien individuel avec chaque patient concerné par notre étude.

V.8. Traitement et soins médicaux :

Les patients admis pour une lombalgie étaient pris à notre protocole qui a été validé par les études antérieures.

V.9. Considérations éthiques :

L'enquête a été réalisée avec l'autorisation de la direction de l'hôpital Gabriel Touré et du chef de service de la neurologie.

Le Consentement éclairé des patients était obtenu ;

Notre protocole était conforme à la recommandation du comité d'éthique de la FMOS.

V.10. Publication :

- Notre travail s'intégrait dans le cadre d'un DOCTORAT en médecine et l'ensemble des données fera l'objet d'une thèse.
- Les résultats partiels ou définitifs seront publiés.

V.11. Méthodologie informatique

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Microsoft Word (version 2016), les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS (version 25.0) et les graphiques ont été réalisés via le logiciel Microsoft Excel (version 2016).

RESULTATS

VI. RESULTATS

VI-1 Caractéristiques sociodémographiques :

Au cours de ce travail, nous avons reçus 178 patients lombalgiques sur une file active de 1183 patients vus en consultation durant la période d'étude ; soit une prévalence de 15,05%.

Nous avons inclus 101 patients.

On notait une prédominance féminine (67,3%) avec un sex ratio de 0,49.

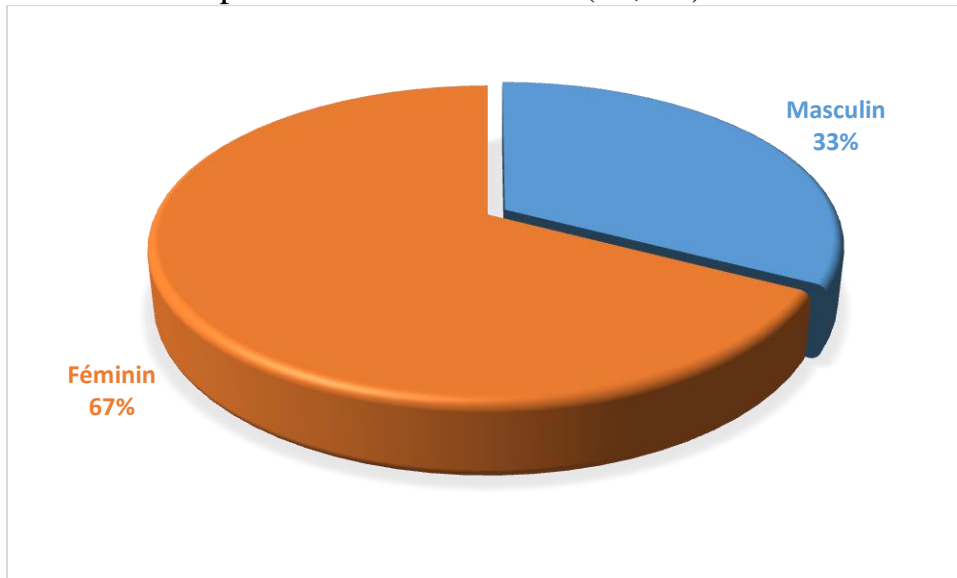


Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe

La tranche d'âge de 46-55 ans était la plus représentée avec des extrêmes de 19 à 76 ans et un âge moyen de 47,65 ans \pm 13,8 ans.

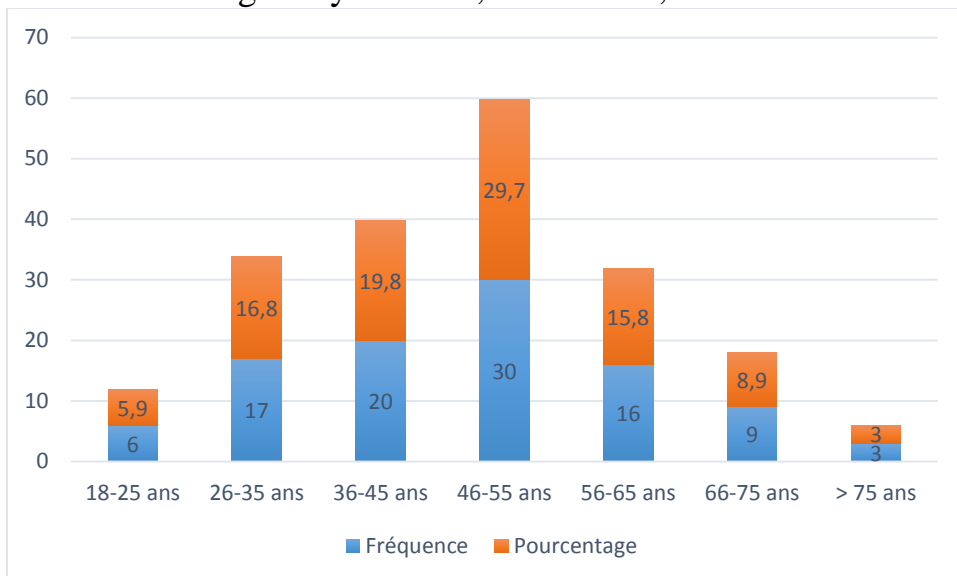


Figure 5 : Répartition des patients selon la tranche d'âge.

Tableau I : Répartition des patients en fonction de leur ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	32	31,7
Soninké	11	10,9
Peulh	22	21,8
Malinké	14	13,9
Dogon	1	1,0
Sonrhäï	2	2,0
Autre	19	18,8
Total	101	100,0

L'ethnie bambara était majoritaire dans notre étude avec 31,7%.

Tableau II : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Marié(e) monogame	59	58,4
Marié(e) polygame	30	29,7
Célibataire	8	7,9
Veuf(Ve)	3	3,0
Divorcé(e)	1	1,0
Total	101	100,0

La majorité (58,4%) de nos patients vivait en couple sur le régime monogame

Tableau III : Répartition des patients en fonction de leur résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Ville	82	81,2
Campagne	19	18,8
Total	101	100,0

Environ 81% de nos patients vivaient en milieu urbain

Tableau IV : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	32	31,7
Ouvrier	8	7,9
Paysan/cultivateur	5	5,0
Secrétaire	2	2,0
Vendeur(se)/commerçant(e)	19	18,8
Eleveur	1	1,0
Agent de santé	2	2,0
Enseignant(e)	10	9,9
Retraité(e)	7	6,9
Etudiant(e)	3	3,0
Autre	12	11,9
Total	101	100,0

Les ménagères étaient majoritaires dans notre travail (31,7%).

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'expérience professionnelle

Expérience professionnelle	Fréquence	Pourcentage
< 5 ans	8	7,9
5-15 ans	28	27,7
15-25 ans	29	28,7
25-35 ans	26	25,7
35 ans et plus	10	9,9
Total	101	100,0

La majorité de nos patients avait une expérience professionnelle supérieure à 15 ans.

Tableau VI : Répartition des patients en fonction de la scolarisation et du niveau d'étude

Scolarisation et niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
Scolarisation		
Oui	64	63,4
Non	37	36,6
Total	101	100,0
Niveau d'étude		
Primaire	20	31,3
Secondaire	32	50
Tertiaire	12	18,7
Total	64	100

Plus de la moitié de nos patients était instruites (63,4%) parmi eux 50% avaient atteints le niveau secondaire.

Tableau VII : Répartition des patients selon la pratique d'une activité physique régulière

Sédentaire	Fréquence	Pourcentage
Oui	63	62,4
Non	38	37,6
Total	101	100,0

Plus de la moitié (62,4%) de nos patients se disaient sédentaires

VI-2 Connaissance et attitude

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de leur connaissance sur l'origine de la lombalgie

Maladie de :	Fréquence	Pourcentage
Muscle		
Oui	5	5,0
Non	96	95,0
Total	101	100,0
Nerfs		
Oui	65	64,4
Non	36	35,6
Total	101	100,0
des os		
Oui	32	31,7
Non	69	68,3
Total	101	100,0
Travail intensif		
Oui	57	56,4
Non	44	43,6
Total	101	100,0

La majorité de nos patients attribuaient leur lombalgie à un dysfonctionnement neurologique soit 64,4% en un rapport avec un travail intensif dans 56,4%

Tableau IX : Répartition des patients selon leur connaissance sur les conséquences de la lombalgie

Conséquences de la maladie	Fréquence	Pourcentage
Trouble du sommeil		
Oui	45	44,6
Non	56	55,4
Total	101	100,0
Trouble sexuel		
Oui	34	33,7
Non	67	66,3
Total	101	100,0
Trouble de l'humeur		
Oui	65	64,4
Non	36	35,6
Total	101	100,0
Constipation		
Oui	40	39,6
Non	61	60,4
Total	101	100,0
Trouble psychiatrique		
Oui	10	9,9
Non	91	90,1
Total	101	100,0
Réduction du rendement de travail		
Oui	84	83,2
Non	17	16,8
Total	101	100,0

Parmi les difficultés citées, les difficultés professionnelles représentaient 83,2%, les troubles de l'humeur 64,4%, et les troubles du sommeil 44,6%.

Tableau X : Répartition des patients selon leur avis sur le moyen thérapeutique le plus efficace

Moyen thérapeutique	Fréquence	Pourcentage
Traitement médical	62	61,4
Massage	26	25,7
Sport	11	10,9
Aucune	2	2,0
Total	101	100,0

Le traitement médical était le moyen le plus efficace contre la douleur selon 61,4% de nos patients.

Tableau XI : Répartition des patients selon leur avis sur les facteurs déclenchants la douleur

Facteurs déclenchants	Fréquence	Pourcentage
Effort de soulèvement de charge		
Oui	68	67,3
Non	33	32,7
Total	101	100,0
Simple flexion du rachis		
Oui	45	44,6
Non	56	55,4
Total	101	100,0
Simple extension du rachis		
Oui	19	18,8
Non	82	81,2
Total	101	100,0
Flexion/extension du rachis		
Oui	59	58,4
Non	42	41,6
Total	101	100,0
Rapport sexuel		
Oui	35	34,7
Non	66	65,3
Total	101	100,0

Les mouvements du rachis déclenchaient la douleur chez la plupart de nos patients.

Tableau XII : Répartition des patients selon leur avis sur les pathologies pourvoyeuses de lombalgie

Causes des lombalgies	Fréquence	Pourcentage
Paludisme	19	18,8
Hypertension artérielle	3	3
Hémorroïdes (Koko)	47	46,5
Aucune	32	31,7
Total	101	100,0

Environ 46% de nos patients attribuaient la lombalgie à la seule conséquence de la maladie hémorroïdaire.

VI-3 Caractéristiques cliniques

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du mode d'installation de la lombalgie

Mode d'installation	Fréquence	Pourcentage
Aigu	26	25,7
Progressif	75	74,3
Total	101	100,0

Le mode d'installation a été progressif chez 74% de nos patients.

Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du type de douleur

Type de douleur	Fréquence	Pourcentage
Fourmillement		
Oui	40	39,6
Non	61	60,4
Total	101	100,0
Décharge électrique		
Oui	47	46,5
Non	54	53,5
Total	101	100,0
Piqûre		
Oui	27	26,7
Non	74	73,3
Total	101	100,0
Picotement		
Oui	35	34,7
Non	66	65,3
Total	101	100,0
Froid douloureux		
Oui	27	26,7
Non	74	73,3
Total	101	100,0

Les douleurs étaient à type de décharge électrique dans 46,5% des cas, de fourmillement dans 39,6% des cas, et de picotement dans 34,7%.

Tableau XV : Répartition en fonction de l'intensité de la douleur selon l'EVA

Intensité de la douleur	Fréquence	Pourcentage
< 5 Légère	25	24,8
5-6 Modérée	57	56,4
7-8 Intense	18	17,8
9-10 Très intense	1	1,0
Total	101	100,0

Selon l'EVA, la douleur était d'intensité modérée chez 56,4% de nos patients.

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction du profil évolutif de la douleur

Profil évolutif de la douleur	Fréquence	Pourcentage
Quotidienne	43	42,6
Hebdomadaire	37	36,6
Mensuelle	19	18,8
Annuelle	2	2,0
Total	101	100,0

Il s'agit d'une douleur quotidienne (permanente) chez 42% de nos patients.

VI-4 Données relatives au travail

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction de la distance parcourue pour aller au travail

Distance parcourue	Fréquence	Pourcentage
< 5 km	56	55,4
5-10 km	13	12,9
10-15 km	15	14,9
15-20 km	11	10,9
20-25 km	3	3,0
25 km et plus	3	3,0
Total	101	100,0

Plus de la moitié (55,4%) de nos patients parcouraient moins de 5 km pour se rendre à leur travail.

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction du nombre d'heure de travail

Durée de travail	Fréquence	Pourcentage
< 5 heures	32	31,7
5-10 heures	63	62,4
> 10 heures	6	5,9
Total	101	100,0

Le nombre d'heure de travail était compris entre 5 à 10 heures chez 62,4%.

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction de la posture à adopter au travail

Posture de travail	Fréquence	Pourcentage
Assise	56	55,4
Debout	10	9,9
Penchée en avant	6	5,9
Variée	29	28,7
Total	101	100,0

Environ 55% de nos patients adoptaient une position assise au cours de leur travail.

VI-5 Conséquences socio-professionnelles

Tableau XX : Répartition des patients en fonction d'arrêt de travail

Arrêt de travail	Fréquence	Pourcentage
Oui	58	57,4
Non	43	42,6
Total	101	100,0

La majorité de nos patients (57,4) avaient bénéficiés d'un arrêt de travail.

Tableau XXI : Répartition des patients selon la durée (jours) d'arrêt du travail

Absentéisme au travail	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Durée d'arrêt de travail	1	120	15,93	26,141

La durée moyenne d'arrêt de travail était de 15,93 jours

VI-6 Aspects psychologiques

Tableau XXII : Répartition des patients selon l'évitement de travaux pénibles

Evitement de travaux pénibles	Fréquence	Pourcentage
Oui	94	93,1
Non	7	6,9
Total	101	100,0

La grande majorité de nos patients était anxieux à l'idée de reprendre les travaux pénibles.

Tableau XXIII : Répartition des patients en fonction de la difficulté d'envisager de nouvelles activités

Difficultés d'envisager de nouvelles activités	Fréquence	Pourcentage
Oui	59	58,4
Non	42	41,6
Total	101	100,0

Plus de la moitié de nos patients soit 58,4% avaient des difficultés d'envisagés de nouvelles activités.

VI-7 Impact sur la qualité de vie selon l'échelle de DALLAS

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'échelle de Dallas

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Répercussion sur les activités quotidiennes	15	78	37,36	13,228
Répercussion sur le rapport professionnelles/loisirs	0	95	36,53	19,465
Répercussion sur le rapport anxiété/dépression	0	95	27,97	19,496
Répercussion sur la sociabilité	0	90	24,10	18,564

Selon le DALLAS, la lombalgie avait une répercussion maximale sur nos patients. Elle était pourvoyeuse d'anxiété et de dépression ; et avait un impact négatif sur les activités quotidiennes et de loisirs chez nos patients.

DISCUSSION

VII. DISCUSSION

Les lombalgies chroniques sont considérées comme un problème majeur de santé publique en raison de sa forte prévalence et de ses conséquences socio-économiques. L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence de la lombalgie et de mesurer son impact sur la qualité de vie chez les patients en consultation externe de neurologie du CHU Gabriel Touré.

Nous avons réalisé une étude prospective, ce qui nous a permis de recueillir directement les informations auprès des patients. Cependant toute interprétation de nos résultats doit tenir compte des limites de notre travail :

- Notre niveau d'exercice des soins (3eme niveau de la pyramide sanitaire) est par excellence un niveau d'expertise, expliquant du coup la rareté relative des cas.
- Une évaluation à court terme (3 mois) en regard d'une problématique de chronicité.

Dans notre étude, la prévalence de la lombalgie était de 15,15% en consultation externe de neurologie du CHU GT, ce résultat est légèrement supérieur à celui de **MAIGA et al., 2016 [95]** qui avait trouvé une fréquence à 9,94% pour les lombalgies communes. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon. Nos résultats sont concordants avec les données de la littérature, qui varient entre 14 et 45% dans les populations adultes **[96-103]**.

L'âge :

Dans notre étude, la tranche d'âge de 46-55 ans était la plus représentée avec un âge moyen de $47,65 \pm 13,8$ ans et des extrêmes de 19 à 76 ans. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge est la plus active dans notre société. Nos résultats sont donc soutenus par ceux de **NTSIBA [18]** au Congo en 2009, **BAGAYOKO N [104]**, et de **MAIGA et al., 2016 [95]** **GOURMELEN et al., [105]** en France avait trouvé une fréquence de 21,9% dans la tranche d'âge de 55 à 64 ans.

Sexe :

Au cours de ce travail, nous avons trouvé une prédominance féminine avec un sex ratio (F/H) de 2,06.

Cette prédominance féminine a été rapportée dans la littérature ; au Congo par deux études [18 ; 106]. En France, **Alcouffe et al [107]** ont notés une prévalence de 58,3% chez femme et 41,7% chez l'homme.

Dans notre contexte, cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par le fait que les tâches de ménage qui mettent à rude épreuve le rachis sont dédiées aux femmes.

Profession :

Les femmes au foyer étaient les plus représentées dans notre étude avec 31,7%.

Ce résultat confirme celui de **Zakaria et al [19]** et **BAGAYOKO N [104]**

Ceci s'explique d'une part par le nombre élevé des femmes dans notre étude et d'autre part aussi par la pénibilité des Tâches des femmes au foyer ; des tâches qui sont peu compatibles avec une bonne hygiène de dos. Nous avons noté que 62,4% de nos patients étaient sédentaires, par ailleurs seulement 37,6% avaient une activité physique régulière ; ce qui confirme l'impact négatif de la sédentarité pour la survenue de la lombalgie.

Notre travail confirme celui de **NTSIBA et al. [18]** et de **Zakaria et al. [19]**.

Statut matrimonial :

Nos résultats sont conformes aux données de la littérature et confirmant la fréquence de la lombalgie chez les mariés [18, 107]. Ceci pourrait s'expliquer par l'âge de survenu de la lombalgie.

Attitude et connaissance :

La majorité de nos patients soit 63,4% avaient une connaissance relative sur l'origine de leur maladie c'est à dire un problème de nerf. Nos résultats sont discordants avec ceux de **Zakaria et al. [19]** qui trouvaient une fréquence de 30,8%.

Parmi les conséquences et l'impact sur la qualité de vie énumérés par la population, les difficultés professionnelles étaient citées par 30,2%.

Dans notre cohorte 46,5% de nos patients attribuaient la lombalgie à la maladie hémorroïdaire.

Aspects cliniques :

Au cours de notre travail, le caractère progressif de la lombalgie a été évoqué chez 74,3% de nos patients ; ceci pourrait s'expliquer par la physiopathologie de cette maladie.

La plupart de nos patients ressentait une douleur à type de décharge électrique, et celle-ci était d'intensité modérée chez la majorité selon l'EVA. La douleur était ressentie quotidiennement chez 42% de nos patients. Ces données confirment le caractère invalidant de cette pathologie.

Conséquences professionnelles :

Dans notre étude nous avons constatés que la majorité de nos patients soit 57,4% ont bénéficiés d'un arrêt de travail, dont la durée moyenne d'absentéisme était de $15,93 \pm 26,14$ jours avec des extrêmes de 1 à 120 jours. Ces résultats sont comparables à ceux de **Zakaria et al.** en 2013 [19]. **François et al.** en 2014 [108] avaient trouvés une moyenne d'arrêt de travail de 55 jours.

Score de Dallas :

La qualité de vie des lombalgiques est bien étudiée dans la littérature, nous avons utilisé au cours de notre travail un outil valide (score de Dallas) dont la sensibilité et la spécificité sont bien documentées. Avec cet outil, nous avons montré au cours de ce travail l'impact négatif de la lombalgie sur la qualité de vie des patients.

Dans notre étude ce retentissement portait essentiellement sur les activités quotidiennes et de loisirs. Nous avons montré aussi dans notre travail que la lombalgie était pourvoyeuse d'anxiété et de dépression. Nos résultats sont comparables avec ceux de Beuchon et al en 2009 [109] et Husky et al en 2018

[110] qui avaient montrés l'impact négatif de la lombalgie sur la qualité de vie des patients au cours de leur travail.

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Au cours de notre étude nous avons montré l'importance de la lombalgie en consultation de neurologie. Conformément aux études des pays occidentaux ce travail a mis en évidence l'ampleur psycho-social de ce trouble. En raison du fardeau important associé à la douleur chronique, il est important de sensibiliser les cliniciens et les décideurs de la santé sur la nécessité d'un diagnostic précoce, afin de minimiser le fardeau associé à la douleur chronique.

RECOMMANDATIONS :

Aux populations :

- ❖ Pratiquer une activité physique régulière
- ❖ Adopter de bonnes positions au quotidien et au travail
- ❖ Eviter l'automédication

Aux autorités socio-sanitaires :

- ❖ Mettre en place un programme national de lutte contre la douleur
- ❖ Créer des centres pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique au sein des établissements de santé

Aux personnels socio-sanitaires :

- ❖ Promouvoir la collaboration pluridisciplinaire (Médecin généraliste, Médecin spécialiste, kinésithérapeute).
- ❖ Promouvoir la formation médicale continue (FMC).
- ❖ Promouvoir la pratique médicale basée sur des preuves.

A la FMOS :

- ❖ Augmenter les volumes horaires de l'enseignement de la douleur en générale et de la lombalgie en particulier.

REFERENCES

Références bibliographiques :

- [1]. ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Service des recommandations et références professionnelles ; 2000. www.has-sante.fr
- [2]. Atlas SJ, Deyo RA, Patrick DL, Convery K, Keller RB, Singer DE. The Quebec Task Force Classification for Spinal Disorders and the Severity, Treatment, and Outcomes of Sciatica and Lumbar Spinal Stenosis: Spine, 1996; 21: 2885-92.
- [3]. HAS. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. Service ALD et accords conventionnels; 2005. www.has-sante.fr
- [4]. WHO, Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assesment instrument (WHOQOL). Qual Life Res, 1993 ; 2(2) : p. 153-9.
- [5]. Valat J-P. Lombalgies Rassurer, et prévenir l'invalidité. 2008 ; 58 : 259-60. www.pharmacie-arcadestourcoing.com
- [6]. Duquesnoy B, Defontaine M.C, Grardal B, Maignel J-Y, Simonin J. L, A. Thevenon et al. Définition de la lombalgie chronique. Rev. Rhum, 1994; 61: 95-10 S.
- [7]. Gatchel RJ, PB Polatain and TG. Mayer. the dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back disability. Spine 1995; 20: 2702-9.
- [8]. BEHRENS V., SELIGMAN P, CAMERON L.
The prevalence of back pain, hand discomfort, and dermatitis in the US working population.
Am J Public Health, 1994; 84: 1780-1785.
- [9]. FRYMOYER J.W, CATS BARIL W.L.
An overview of the incidences and cost of low back pain.
Orthop Clin. North Am, 1991; 22: 263-271.
- [10]. HADLER N.M.
The disabling backache: an international perspective.
Spine, 1995; 20: 640-649.
- [11]. SPENGLER J.M., BIGOS S.J, MARTIN N.A., ZEH J, FISHER L. AND NACHEMSON A.
Back injuries in industry: a retrospective study.
Spine, 1986 ; 11 : 241-245.
- [12]. CHEVALLIER J, CARTER H AND VIDAL-TRECAN G.
La fréquence des lombalgies et des lomboradiculalgies en consultation libérale en France, leur cout en hospitalisation à l'Assistance Publique de Paris.
Rev Rhum Mal Ostéoartic, 1988 ; 55 : 751-754.
- [13]. VIDEMAN T.
The epidemiology and economy of occupational low back pain in Finland.
Spine, 1991; 16 suppl: S675.

- [14]. LEINO P.I, BERG M.A AND PUSKA P.
Is back pain increasing? Results from national surveys in Finland during 1978/9
1992
Scand J Rheumatol, 1994; 23: 269-276.
- [15]. ANDERSON. G.B.
Epidemiological features of chronic low back pain.
Lancet, 1999; 354: 581-585.
- [16]. BAHIRI R.
Aspect épidémiologique de la lombalgie à rabat.
Fin de mémoire de résidanat, 2000.
- [17]. Achoukhi S
Lombalgie commune chronique
Thèse Med, Ville, Pays, annéen° 16/08.
- [18]. NTSIBA H, MAKOSSO E : La lombalgie commune à propos de 200 cas
dans le service de rhumatologie au CHU de Brazzaville. Med Afr Noire 2009 ;
56 : 227-30.
- [19]. Zakaria M : Etude des lombalgies en consultation neurologique au CHU
Gabriel Touré, thèse de médecine 2013, 55-60.
- [20]. Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risques et quelle
prévention ? Expertise collective. Institut national de la santé et de la recherche
médicale (INSERM), 2000, 162p.
- [21]. PAOLAGGI J-b. les lombalgies : analyse critique de l'état actuel des
connaissances. Bull l'Acad. Nation médecine 1996; (180): 1033-1052
- [22]. Santos-Eggiman, B et al. One-year prevalence of low back pain in two
swiss regions: estimate from the population participating in the 1992-1993
MONICA project. Spine 2000; 25: 2473-9.
- [23]. Wipf, J.E. and R.A. Deyo, Low back pain. Med Clin North Am 1995; 79:
231-46.
- [24]. Hart, L.G., R.A. Deyo, and D.C. Cherkin, Physician office visits for low
back. Frequency, clinical evaluation, and traitement patterns from a U.S. national
survey. Spine 1995 ; 20 : 11-9.
- [25]. Lehman, P. and T. Abelin, Les dorsalgies en médecine ambulatoire. Méd
Hyg 1986; 44: 376-81.
- [26]. Van Tulder, M., A. Becker, T. Bekkering, A. Breen, T. Carter, M.T. Gil
del Real, A. Hutchinson, B. Koes, P. Kryger-Baggesen, E. Laerum, A.
Malmivaara, A. Nachemson, W. Niehus, E. Roux, and S. Rozenberg, European
Guidelines for the management of acute non specific low back pain in primary
care. 2004. p.55.
- [27]. Van Tulder, M., B. Koes, and C. Bombardier, Low back pain. Best Pract
Res Clin Rheumatol 2002; 16: 761-75.
- [28]. Hôpitaux universitaires de Genève-Département de médecine
communautaire de premier recours et des urgences-Service de médecine de
premier recours, 2010, p.2.

- [29]. Vincent Delmans
Anatomie générale
Elsevier Masson, 2008, p.7.
- [30]. Anatomie du rachis en ligne: www.eurospine.org Le 18/12/18
- [31]. Elaine N. Anatomie et physiologie humaines, Traduction de la 4eme édition Américaine. Édition de Boeck université. 1998 ; 1194p.
- [32]. Anatomie de la vertèbre type : en ligne www.passeportsante.net. Le 19/12/18.
- [33]. Anatomie de la vertèbre lombaire : en ligne www.espacemusclation.com. Le 19/12/18.
- [34]. Collège français des enseignants en rhumatologie : anatomie et la physiologie du rachis, les cervicalgies, la NCB connaissance et pratiques. 2eme édition. Paris : Masson. 2002 : 775p.
- [35]. Oumar S : fréquence des anomalies transitionnelles dans les lombalgies au cours des consultations dans le service de Rhumatologie du CHU du Point G. These, Med, Bamako, 2006; No 07M120.
- [36]. Schémas de dynamique du rachis lombaire : en ligne www.neo-team.bb-fr.com Le 18/12/18.
- [37]. Travernier C, Maillefort J-C, Piroth C,
Diagnostic et traitement des cervicalgies : Encyclopédie médico-chirurgicale. Traité d'appareil locomoteur. Paris : Edition Elsevier. 1996 ; 1365p.
- [38]. Anatomie de la moelle épinière : en ligne www.imaios.com/fr/e-Anatomy/Rachis-et-Moelle. Le 18/12/18.
- [39]. Itani A, Khayat E : Atteinte radiculaire, plexique et tronculaires, in Itani A, Khayat E. Neurologie ECN. 2eme édition. Paris : Vernazobre S Grego, 2004 : 180-183.
- [40]. Anatomie plexus lombaire et schémas plexus lombaire. En ligne www.med.num.ca/anatomysts/nerve/lumbnerv.htm. Le 18/12/18.
- [41]. Rannou F.
Physiopathologie de la douleur lombaire.
La douleur Lombaire. Paris : Flammarion ; 2001 : 17-30. ville d'édition
- [42]. Poiraudau S, Lefevre Colau M.-M, Fayad F, Rannou F, Revel M.
Lombalgies.
EMC- Rhumatologie Orthopédie 1 (2004) 295- 319.
- [43]. Biyani A ; Andersson G-B.
Low back pain: pathophysiology and management.
J-Am-Acad-Orthop-Surg, 2004; 12(2):106-15.103
- [44]. Viel V. Origine et pathogénie des algies lombaires.
Revue Francaise du dommage Corporel, 1990 ; 1 :31-35.
- [45]. Osti OL, Fraser R.D.
Annulus tears and intervertebral disc degeneration: an experimental study using an animal model. Spine, 1990; 15: 762-767.

- [46]. Dreiser R.L. Evaluation des lombalgies : Critères cliniques dans les lombalgies chroniques. *Rev. Rhum.* 1994, 61 (bis), 29S- 48S.
- [47]. Lecacheux J
L'examen du lombalgique par le médecin de médecine manuelle ostéopathe. Dossier du praticien 2007 ; p 1-6
- [48]. KAPLAN G, PRIER A, VINCENEUX Ph.
Rhumatologie pour le praticien. Paris : SIMEP. 1990 ; 359p.
- [49]. FLORENCE CHÄ, ALAIN B, MANELFE C.
Pathologie discale. *Encyclopedie Medico Chirurgicale.* Paris : Elsevier. 1995 ; 3167p.
- [50]. MORVAN G, LAREDO J.D, WYBIER M.
Imagerie osteo-articulaire. Tome 2. Paris : Edition Flammarion. 1998 ; 945p.
- [51]. GUERMAZI A. L'essentiel en imagerie osseuse et articulaire. Aubenas : Sauramps Medical, 1997 : 331p.
- [52]. Confavreux C. Radiculalgie et syndrome canalaire : La conférence d'Hippocrate. Paris : edition Servier, 2005 ; 19p.
- [53]. GORIS AM, LEPRINCE A, MEYER JP, DONATI P, RICHEZ JP, JOGUET M, CHOUCAN D, FERONE A. Dossier : maladies professionnelles. Les lombalgies. *Travail et sécurité*, n° 591, décembre 1999, pp. 18-45, ill., bibliogr. En ligne: www.inrs-mp.fr/mp/cgibin/mppage.pl?state...
- [54]. S DE SEZE, A RYCKEWAERT. Maladies des os et des articulations, Collection medico-chirurgicale a revision annuelle. Tome 2. Paris : Edition flammation. 1962 ; 1220p.
- [55]. CHEVALIER X. Rhumatologie Connaissances et pratique. Paris : Masson. 2005 ; 854p.
- [56]. Valat jp. Epidemiologie des lombalgies. *Rev Rhum Mal Osteoarticul* 1998 ; (65) :172-174.
- [57]. PHELIP X. lombalgie : Orientation Diagnostic. *Rev Prat* 1994 ; (44) : 35 41.
- [58]. DUBOURG. G, WRONA N. les lombalgies : diagnostic et exploration complementaires. En ligne : <https://masson.fr/article/74037>. Le 18/12/18.
- [59]. De Sousa A, Chatap G
La prise en charge des douleurs de la personne âgée. Intérêt des techniques non médicamenteuses.
La revue de la gériatrie, oct 2007, tome 32, n°8, 613-621.
- [60]. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet* 2012; 379:482-91.
- [61]. Institute of Health Economics. Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical practice guideline. Alberta : IHE, 2015.
- [62]. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. London: NICE, 2016.

- [63]. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017; 166:514-30.
- [64]. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007 ;147 :478-91.
- [65]. Milbouw-G.
Lombalgie et chirurgie.
Bulletin d'éducation du patient à sa maladie, 2001 ; 20 : 17-20.
- [66]. Anract-P.
Indications and limitations of surgery of common low back pain
La revue du praticien, 2000 ; 50(16) : 1793-1796.
- [67]. Rosset P.
Lombalgiques chroniques : faut-il les opérer ?
Rev. Med. Tours, 1998 ; 32(4) : 138.
- [68]. Le Coz J
Traité de mésothérapie
Elsevier Masson, 2004, 248p.
- [69]. National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain: the pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings. London: NICE, 2013.
- [70]. World Health Organization, the first ten years of the world Health Organization. 1948.
- [71]. Shumaker, S., R. Anderson, and S. Czajkowski, Psychology tests and scales. Spilker B (ed) *Quality of life assessments in clinical trials*, 1990. Raven press
(New York): p. 95-113.
- [72]. Oleson, M., Content validity of the quality of life index. *Appl Nurs Res*, 1990. 3(3): p. 126-7.
- [73]. Cella, D.F. and D.S. Tulsky, Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Invest*, 1993. 11(3): p. 327-36.
- [74]. Revicki, D.A., et al., Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res*, 2000. 9(8): p. 887-900.
- [75]. Leidy, N.K., D.A. Revicki, and B. Geneste, Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value Health*, 1999. 2(2): p. 113-27.
- [76]. Feld, R., Endpoint in cancer clinical trials: is there a need for measuring quality of life? *Support Care Cancer*, 1995. 3(1): p. 23-7.
- [77]. Gotay, C.C., et al., Quality-of-life of assesement in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *J Natl Cancer Inst*, 1992. 84(8): p. 575-9.

- [78]. Bergner, M., Quality of life, health status, and clinical research. *Med Care*, 1989. 27 (3 suppl): p. S148-56.
- [79] Wilson, I.B. and P.D. Cleary, Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual mode of patient outcomes. *JAMA*, 1995. 273(1): p. 59-65.
- [80]. Wood-Dauphine, S., Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol*, 1999. 52(4): p. 355-63.
- [81]. Osoba, D., Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. *J Clin Oncol*, 1994. 12(3): p. 608-16.
- [82]. Guyatt, G., D. Feeny, and D. Patrick, Issues in quality-of-life measurement in clinical trials. *Control Clin Trials*, 1991. 12(4 Suppl): p. 81S-90S.
- [83]. Jette, A.M., et al., The Functional Status Questionnaire: reliability and validity when used in primary care. *J Gen Intern Med*, 1986. 1(3): p. 143-9.
- [84]. Ferrans, C.E., et al., Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh*, 2005. 37(4):p. 336-42.
- [85] O'Boyle CA, Browne J, Hickey A, McGee HM, Joyce CRB. Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): a direct weighting procedure for quality of life domains (SEIQoL-DW). *Administration Manual*. 1995. Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland.
- [86] Ruta DA, Garrat AM, Leng L, Russell IT, McDonald LM. A new approach to the measurement of quality of life: the Patient-Generated Index (PGI). *Med care* 1994; 32: 1109-26.
- Qualité de vie : quels outils de mesure ?
27es journées de la SFSPM, Deauville, novembre 2005 423
- [87] Dazard A, Astolfi F, Guisti P, Rebetez MC, Mino A, Terra JL, Brochier C. Quality of life assessment in psychiatry: the Subjective Quality of Life Profile (SQLP)-First results of a new instrument. *Community Ment Health J* 1998 ; 34(5) : 525-35.
- [88] Fayers PM, Machin D. *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 2000.
- [89] Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol* 1998 ; 51(11): 1013-23.
- [90] Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine* 1981; 15A: 221-9.
- [91] Brooks R and the EuroQol group. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996 ; 37: 53-72.
- [92]. Calmels P, Béthoux F.
Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation, Frison— Roche, Paris (2003).

[93]. Marc Marty.

Définition et évaluation des dimensions physiques et fonctionnelles des lombalgies. *Rev. Rhum.* 2001 ; 68 : 135- 140.

[94]. F. Boureau, M. Luu and J.F. Doubrere.

Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain* 50(1992), pp. 59-65.

[95] Maiga et al. Low Back Pain in Out-door Patient at the Departement of Neurology at Gabriel Touré Teaching Hospital in Bamako: Longitudinal, Descriptive and Prospective Study about 120 Patients. *J Pain Relief* 5 : 247.

[96]. LECLERC A, GOLDBERG M. *Cohorte GAZEL: 20 000 volontaires d'EDF-GDF pour la recherche médicale. Bilan 1989-1993.* Les éditions INSERM, Paris. 1994

[97]. FRYMOYER JW, POPE MH, CLEMENTS JH, WILDER DG, MC PHERSON B.

ASHIKAGA T. Risk factors in low back pain. *J Bone Joint Surg* 1983, 65-A (2): 213-218

[98]. SVENSSON HO, ANDERSSON GBJ. Low back pain in 40- to 47-year - old Men: work history and work environment factors. *Spine* 1983, 8 (3): 272-285

[99]. BIERING-SORENSEN F. A prospective study of low back pain in a general population: I. Occurrence, recurrence and aetiology. *Scand J Rehabil Med* 1983, 15: 71-79

[100]. DEYO RA, TSUI-WU YJ. Descriptive epidemiology of low back pain and its related medical care in the United-States. *Spine* 1987, 12 (3): 264-268

[101]. SVENSSON HO, ANDERSSON GBJ, JOHANSSON S, WILHEMSSON C. A retrospective study of low back pain in 38- to 64 year old women. *Spine* 1988, 13: 548-552

[102]. SIEVERS K, HELIOVAARA M, MELKAS T, AROMAA A. Musculoskeletal disorders and disability in Finland. *Scand J Rheumatol* 1988, 67 (Suppl) : 86~89

[103]. DERIENNIC F, TOURANCHET A, VOLKOFF S. Enquête ESTEV : un instrument d'étude des relations entre âge, santé et travail. *Archives des maladies professionnelles et de sécurité sociale* 1992, 53 : 204-208

[104]. Bagayogo N : Les lombalgies non traumatiques dans le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital Gabriel Toure. Thèse, Med, Bamako, 1998; No 00M91.

[105]. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans : résultats issus de deux enquêtes nationales. *Ann Readap Med Phys* 2007 ; (50) :640-644.

[106]. Bilecktor R, Ntsiba H, Mbongo J A, Masson. C, Bregeon C. Les affections rhumatismales observées en milieu hospitalier au Congo. *Sem Hop Paris* 1992; (68): 282-285.

[107]. Alcouffe J, Manillier P, Brehier M, Fabin C, Faupin F. Analysis by

sex of low back pain among workers from small companies in the Paris area: severity and occupational consequences. *Occup Environ Health* 1999; 56(10) : 696 – 701.

[108] François A, Fassier J-B, Chaléat-Valayer E, Siani F, Colin C, Bergeret A. Le Programme PRESCO de prévention secondaire des lombalgies : évaluation du point de vue des usagers. *Arch Mal Prof Environ*. sept 2014 ; 75 (4) : 371-81.

[109]. Laetitia BEUCHON : Prise en charge spécifique des patients lombalgiques chroniques avec ou sans radiculalgie a l'hôpital rhumatologique d'Uriage. Thèse d'exercice de Médecine - 22/06/2009, Sylvie Grosclaude (Dir.). En ligne: <http://www.dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00403135>.

[110]. Husky et al. *Health and Quality of Life Outcomes* (2018) 16: 195.

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE N°

Veillez répondre au questionnaire suivant

A. Données sociodémographiques et anthropométriques

1. Age /_____/ 2. Sexe /_____/ 1. Masculin 2. Féminin
3. Ethnie /_____/ 1. Bambara 2. Soninké 3. Peulh 4. Malinké 5. Dogon 6. Sonhaï 7. Autre
4. Statut matrimonial /_____/ 1. Marié(e) monogame 2. Marié(e) polygame 3. Célibataire
4. Concubinage 5. Veuf (Ve) 6. Divorcé(e) 7. Autre
5. Résidence /_____/ 1. Ville 2. Campagne
6. Profession /_____/ 1. Ménagère 2. Ouvrier 3. Paysan 4. Secrétaire 5. Vendeur (se)/
commerçant(e) 6. Eleveur 7. Agent de santé 8. Agent des forces de l'ordre 9. Enseignant(e) 10.
Retraité (e) 11. Etudiant(e)
7. Nombre d'années dans la profession /_____/
1. < 5ans 2. 5-15 ans 3. 15-25 ans 4. 25-35 ans 5. 35 ans et plus
8. Scolarisation /_____/ 1. Oui 2. Non si oui ;
- Type de scolarisation /_____/ 1. Conventionnelle 2. Coranique 3. Alphabétisation
- Niveau d'étude /_____/ 1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur
9. Activité physique /_____/ 1. Sédentaire 2. Non sédentaire

B. Connaissance sur la lombalgie

1. Selon vous à quoi est due la lombalgie
- Au mauvais sort /___/ 1. Oui 2. Non Au muscle /___/ 1. Oui 2. Non
- Au nerf /___/ 1. Oui 2. Non Au maladie des os /___/ 1. Oui 2. Non
- Au travail intensif /___/ 1. Oui 2. Non Autre
2. Selon vous quelles sont les conséquences des lombalgies
- Trouble du sommeil /___/ 1. Oui 2. Non Trouble sexuel /___/ 1. Oui 2. Non
- Trouble de l'humeur /___/ 1. Oui 2. Non Constipation /___/ 1. Oui 2. Non
- Trouble psychiatrique /___/ 1. Oui 2. Non Réduction du rendement de travail /___/ 1. Oui 2. Non

3. Selon vous quel est le meilleur remède /___/

1. Traitement médical 2. Massage 3. Sport 4. Aucune

4. Selon vous quel(s) est/sont le(s) facteur(s) déclenchant(s) la lombalgie

Effort de soulèvement de charge /___/ 1. Oui 2. Non

Simple flexion du rachis /___/ 1. Oui 2. Non **Simple extension du rachis** /___/ 1. Oui 2. Non

Flexion/Extension du rachis /___/ 1. Oui 2. Non **Rapport sexuel** /___/ 1. Oui 2. Non

Aucune /___/

5. Selon vous quelle(s) est/sont la/les maladie(s) qui peut/peuvent donner la lombalgie

Paludisme /___/ 1. Oui 2. Non **Hypertension artérielle** /___/ 1. Oui 2. Non

Diabète /___/ 1. Oui 2. Non **Hémorroïdes (koko)** /___/ 1. Oui 2. Non

C- Caractéristiques de la lombalgie

1. Etes-vous lombalgique depuis combien de temps /___/ 1. < 3 mois 2. 3 mois et plus

2. Quel a été le mode d'installation /___/ 1. Aigu 2. Progressif

3. Type de douleur

Fourmillement /___/ 1. Oui 2. Non **Décharge électrique** /___/ 1. Oui 2. Non

Piqûre /___/ 1. Oui 2. Non **Picotement** /___/ 1. Oui 2. Non

Froid douloureux /___/ 1. Oui 2. Non

4. Le nombre d'épisode(s) /___/ 1. Quotidienne 2. Hebdomadaire 3. Mensuel 4. Annuel

D. Travail

1. Etes-vous satisfait de votre travail /___/

1. Très satisfait 2. Satisfait 3. Indifférent ou modéré 4. Insatisfait

2. Quel moyen de transport employer vous pour aller au travail /___/

1. A pied 2. A Vélo 3. A moto 4. A voiture 5. Transport commun 6. Autre.....

3. Quelle est la distance parcourue /___/

1. < 5 km 2. 5-10 km 3. 10-15 km 4. 15-20 km 5. 20-25 km 6. 25 km et plus

4. Le nombre d'heure de travail /___/

1. < 5 heures 2. 5-10 heures 3. Plus de 10 heures

5. Quelle posture adoptez-vous pendant votre travail /___/

1. Assise 2. Debout 3. Penché en avant 4. Variée

6. Avez-vous eu des arrêts de travail à cause votre douleur /___/ 1. Oui 2. Non si oui ;

Durée d'arrêt en jour

E. Facteurs psychologiques

1. Vous arrive-t-il d'éviter les travaux pénibles à cause de votre douleur /___/

1. Oui 2. Non

2. Avez-vous du mal à envisager de nouvelle(s) activité(s) à cause de votre douleur /___/

1. Oui 2. Non

F. Intensité de la douleur (EVA) /___/

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas (D.R.A.D.) Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.			
Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date :
A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).			

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout	parfois	tout le temps	
0 % () 100%

2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc) ?

pas du tout (pas de douleur)	moyennement	je ne peux pas sortir du lit	
0 % () 100%

3. La possibilité de soulever quelque chose:

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout (comme avant)	moyennement	je ne peux rien soulever	
0 % () 100%

4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

je marche comme avant	presque comme avant	presque plus	plus du tout
0 % () 100%

5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

pas du tout (pas d'aggravation de la douleur)	moyennement	je ne peux pas rester assis(e)	
0 % () 100%

6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

pas du tout (je reste debout comme avant)	moyennement	je ne peux pas rester debout	
0 % () 100%

7. Le sommeil :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

pas du tout (je dors comme avant)	moyennement	je ne peux pas dormir du tout	
0 % () 100%

Total X 3 = ----- % de répercussion sur les activités quotidiennes

Version française de l'échelle de Dallas adaptée par la Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie- Juillet 97

FICHE DE SIGNALÉTIQUE

Titre : Qualité de vie des lombalgiques dans le service de neurologie du CHU Gabriel Touré.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays de soutenance : Mali.

Secteur d'intérêt : Neurologie.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako.

RESUME :

La lombalgie est une pathologie fréquente. Au Mali, peu d'études ont portées sur la qualité de vie et l'impact psycho-social des lombalgiques.

Il s'agissait d'une étude transversale, prospective conduite sur 1an. Tous les patients vus en consultation dans le service de neurologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE de Bamako et présentant une lombalgie évoluant depuis 3 mois.

La fréquence hospitalière de la lombalgie était 15,05% avec une prédominance féminine estimée à 67,3% contre 32,7% pour les hommes. L'âge moyen était de 47,65ans, extrêmes de 19 à 76 ans. Le mode évolutif était aigu dans 25,7% et chronique dans 74,3%. 57,4% des patients avaient bénéficié d'un arrêt de travail et la durée moyenne était de 15,93 jours. Un retentissement important de la lombalgie sur la qualité de vie, le loisir, l'anxiété et la dépression était noté chez la plupart des patients selon l'auto questionnaire de DALLAS.

La lombalgie demeure un motif fréquent de consultation en neurologie. La prise en charge reste pluridisciplinaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti, ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure