



Décembre 2012 ; volume 2
N°2, pages 57 - 114

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ARTICLE ORIGINAL

LES LOMBOSCIATIQUES : ASPECTS ETIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PRONOSTIQUES : A PROPOS DE 1323 CAS**KABRÉ A, ZABSONRÉ S, OUÉDRAOGO J.****Auteur Correspondant : A KABRE***Service de Neurochirurgie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou***Résumé**

La sciatique est une douleur du membre inférieur liée à l'irritation du nerf sciatique. Nous rapportons notre expérience portant sur les aspects, étiologiques, cliniques et pronostiques de cette affection. **Matériel et Méthodes** : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 1323 dossiers de consultation pour lombosciatique colligés en 9 ans. Tous les patients ont bénéficié d'un examen physique complet, d'une radiographie standard du rachis lombo-sacré et d'un traitement médical à titre ambulatoire. Les aspects étiologiques, cliniques et pronostiques sont étudiés. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi info 3.3.2 dans sa version française. **Résultats** : Sur un ensemble de 6284 patients vus en consultation, 1323 (21,05%) l'ont été pour lombosciatalgie et 1227 (19,53%) pour lombalgie isolée. Le nombre moyen de consultations pour lombosciatique a ainsi été de 147 cas par an. L'âge moyen des patients était de 45,5 ans avec des extrêmes de 15 et 80 ans avec un sex-ratio de 1.3. La sciatique commune : elle a concerné 1128 cas soit 85,26% des cas et une incidence de 125 cas/an. Les lombosciatiques symptomatiques : elles ont représenté 14,74% de nos cas (195cas) soit une incidence de 21,77 cas /an. La hernie discale était au premier rang des étiologies avec

62,05% des cas, suivie par le canal lombaire étroit (41,26%), et le spondylolisthesis 15 cas (7,69%). L'intensité de la douleur était modérée dans 62,52 % (730 cas), faible dans 28,72 % des cas (n=336) et hyperalgique chez 8,72 % de nos patients (102 cas). L'impulsivité aux efforts physiologiques (toux, éternuement et défécation) a été retrouvée dans 59,49 % (695 cas). L'examen neurologique était pauvre dans tous les cas. Le traitement médical standard a été complété par une infiltration foraminale de corticoïde dans 59 cas de sciatique hyperalgique, une antibiothérapie spécifique dans trois cas de mal de Pott et un traitement chirurgical dans 122 cas de formes avec complications neurologiques. L'arrêt de travail a varié de 5 à 90 jours avec un arrêt moyen de 47,5 jours. **Conclusion** : La lombosciatique est un motif courant de consultation dans notre pratique quotidienne. Il s'agit le plus souvent d'une sciatique commune de bon pronostic sous traitement médical. La lombosciatique est une maladie professionnelle liée aux efforts comportant une contrainte lombaire et responsable de fréquents arrêts de travail entraînant de grandes conséquences socio-économiques.

Mots-clés : lombosciatiques, hernies discales, traitement médical, chirurgie.

INTRODUCTION

La sciatique est une douleur du membre inférieur liée à l'irritation du nerf sciatique. La sciatique radiculaire s'accompagne souvent mais pas obligatoirement d'une lombalgie et on parle alors de lombosciatique. Les lombosciatiques résultent le plus souvent d'un conflit radiculaire entre L4 et L5 ou entre L5 et S1. La hernie discale est la principale cause de ces douleurs intenses, chroniques ou récidivantes du bas du dos. Le diagnostic est essentiellement clinique et a bénéficié ces dernières années des progrès de l'imagerie médicale notamment de l'avènement du scanner et de l'imagerie par résonance magnétique. La lombosciatique est un véritable problème de santé publique; c'est une des premières causes d'invalidité et d'inaptitude entraînant de fréquents arrêts de travail, des changements de poste et dans certains cas des pertes d'emploi (4, 6, 12).

Tout ceci est responsable d'importantes conséquences économiques pour le travailleur et pour l'employeur. Nous rapportons notre expérience portant sur les aspects, étiologiques, cliniques et pronostiques

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 1323 dossiers de consultation pour lombosciatique colligés en 9 ans. Tous les patients ont bénéficié d'un examen physique complet, d'une radiographie standard du rachis lombo-sacré et d'un traitement médical à titre ambulatoire qui a consisté en un repos au lit, un traitement médicamenteux comprenant un antalgique, un anti-inflammatoire et un myorelaxant. Les cas compliqués (sciatique hyperalgique, sciatique paralysante, syndrome de la queue de cheval) ainsi que les cas rebelles au traitement médical bien conduit ont été hospitalisés pour une exploration complémentaire par imagerie médicale (tomodensitométrie du rachis lombo-sacré et/ou saccoradiculographie) et au besoin un traitement chirurgical.

Les aspects étiologiques, cliniques et pronostiques sont étudiés. Les données ont été analysées avec le logiciel Epi info 3.3.2 dans sa version française.

RESULTATS

Facteurs étiologiques

-La fréquence : Pendant la période de notre étude les lombosciatiques ont constitué avec les lombalgies un motif fréquent de consultation. Sur un ensemble de 6284 patients vus en consultation, 1323 (21,05%) l'ont été pour lombosciatalgie et 1227 (19,53%) pour lombalgie isolée. Le nombre moyen de consultations pour lombosciatique a ainsi été de 147 cas par an.

-L'âge : L'âge moyen des patients était de 45,5 ans avec des extrêmes de 15 et 80 ans. Les adultes d'un âge moyen entre 31 et 50 ans étaient les plus concernés (55,25%) (*figure 1*)

-Le sexe : La distribution en fonction du sexe montre une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1.3 (749H/574F). La répartition en fonction de l'âge et du sexe (*figure 1*) montre que les femmes ont été atteintes à un âge moyen de 43,65 ans (18-80 ans) contre 47 ans (15-78 ans) pour les hommes. Le pic de fréquence se situait dans les tranches d'âge 31-40 ans pour les femmes et 41-50 ans pour les hommes. Le nombre des femmes était supérieur à celui des hommes dans la tranche d'âge de 31-40 ans (191F/167H) et 71-80 ans (8F/4H) mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives : $\chi^2 = 1,0970$; ddl = 1 ; p = 0,2949

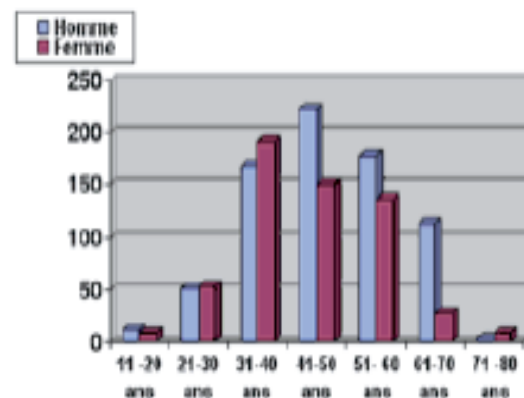


Figure 1 : Données générales: distribution en fonction de l'âge et du sexe

-La profession les patients ont été répartis en deux groupes selon que leur profession comportait des efforts physiques sollicitant ou non le

Tableau I : Répartition selon la profession

	Hommes :	Femmes :	Totaux
Prof. avec contrainte lombaire :	566	241	807
Cultivateurs	234	-	234
Ouvriers	217	13	230
Femmes au foyer	-	225	225
Militaires	51	-	51
Maçons	22	-	22
Mécaniciens	16	-	16
Prof. sans contrainte lombaire	183	333	516
Fontionnaires	62	145	207
Commerçants	75	117	192
Etudiants	17	41	58
Autres ¹	17	11	28
TOTAL	749	574	1323

1 : retraités et chômeurs

rachis lombaire. Il existait une prédominance des professions avec contrainte lombaire (61% des cas) (Tableau I).

La distribution en fonction du sexe et de la profession montre dans le groupe des travaux avec contrainte lombaire une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,33 (566H/241F).

Les travailleurs les plus exposés dans ce groupe ont été les cultivateurs (29%), les femmes au foyer (27,88%) et les ouvriers 26,89%.

Le groupe des professions sans contrainte lombaire (39%) était dominé par les femmes avec un sex-ratio de 1.8 (333F/ 183H). Il s'est agi surtout de fonctionnaires 40,12% (145F/62H), de commerçants 37,21% (117F/75H) et d'étudiants 11,24% (41F/18H).

Tableau I : Répartition selon la profession

- **Poids** : une obésité non chiffrée a été rapportée dans 58 cas (4,38%)

- **Traumatisme rachidien** : une notion de traumatisme rachidien a été retrouvée dans 37 cas (18,97%).

- **Répartition selon la forme clinique**

La sciatique commune : elle a concerné 1128 cas soit 85,26% des cas et une incidence de 125 cas/an. La distribution en fonction du sexe montre une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,24 (624H /504F). L'âge moyen des patients a été de 46,34 ans ; il était de 48 ans

pour les hommes et 44,3 ans pour les femmes. Les tranches d'âge de 31-

40 ans (311 cas), 41-50 ans (313 cas) et à moindre degré 51-60 ans (284 cas) étaient les plus concernées (figure 2). Une profession avec contrainte lombaire a été un facteur favorisant dans 677 cas (60,02%).

La distribution en fonction du sexe et de la profession montre une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,18/1. Il s'est agi le plus souvent d'agriculteurs (31,16%), de femmes au foyer (29,54%) et d'ouvriers (25,5%). Dans le groupe des professions sans contrainte lombaire il existait une prédominance féminine avec un sex. ratio de 2,09 ; les fonctionnaires, les commerçants et à un moindre degré les étudiants étaient les plus représentés (tableau II).

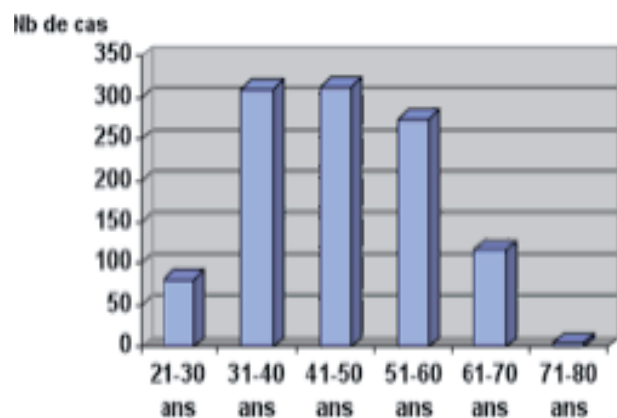
**Figure 2 : Sciatique commune : distribution en fonction de l'âge**

Tableau II : Lombosciatique commune : Répartition en fonction du sexe et de la profession

		Hommes	Femmes	Total
Prof avec : contraintes: (677 cas) :	Cultivateurs*	211	200	411
	Ouvriers	160	13	173
	Militaires	41	-	41
	Chauffeurs	16	3	19
	Mécaniciens	6	-	27
Prof. sans contraintes: (451 cas) :	Fonctionnaires	56	131	187
	Commerçants	73	118	191
	Etudiants	14	36	50
	Autres	14	9	23

*Les femmes au foyer ont les mêmes activités que les cultivateurs en sus de leurs activités féminines spécifiques

Les lombosciatiques symptomatiques : elles ont représenté 14,74% de nos cas (195cas) soit une incidence de 21,77 cas /an. L'âge moyen des patients était de 45,10 ans avec des extrêmes de 16 et 80 ans. Comme l'indique la figure 3 les tranches d'âge les plus touchées sont celles de 41-50 ans, 31-40 ans avec respectivement 27,7% (54 cas) ; 27,1% (53 cas). La distribution en fonction du sexe montrait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1.32 (111H/84F).

L'âge moyen des hommes 46,36 ans (16-70 ans) était comparable à celui des femmes 43,44 (22-80 ans) mais il existe un pic de fréquence plus précoce chez la femme (31-40 ans) que chez l'homme (41-50 ans) (*figure 3*). La répartition selon la profession montre une prédominance des professions avec contrainte lombaire avec 59% (115/80 cas) mais il est intéressant de noter qu'il y avait plus de femmes au foyer (22,05%) que de cultivateurs (12,82%).

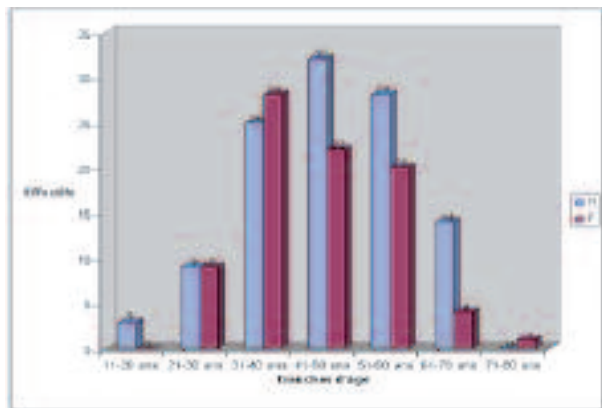


Figure 3 : Lombosciatique symptomatique ; distribution en fonction de l'âge et du sexe

Tableau III : Lombosciatiques symptomatiques : Répartition selon la profession

Professions	Effectifs	Pourcentages (%)
1- Professions avec CL		
Femmes au foyer	43	22,05
Cultivateurs	25	12,82
Ouvriers	15	7,69
Militaires	10	5,12
Chauffeurs	4	2,05
Autres	18	9,23
2- Professions sans CL		
Fonctionnaires	42	21,53
Commerçants	19	9,74
Elèves/étudiants	5	2,56
Autres	14	7,17
TOTAL	195	100,00

- *Les antécédents* Au moins un antécédent a été retrouvé chez 36 patients soit 18,46% repartis entre traumatisme du rachis (32 cas) et antécédent de chirurgie du rachis (4 cas).

- *Etiologies* : La hernie discale était au premier rang des étiologies avec 62,05% des cas, suivie par le canal lombaire étroit (41,26%), et le spondylolisthésis 15 cas (7,69%).

Tableau IV: Lombosciatiques symptomatiques: Répartition en fonction de la cause

Etiologies	Fréquence	Pourcentage (%)
Hernie discale	121	56,41
CLE	52	41,26
Spondylolisthesis	15	7,69
Spondylodiscite	6	3,07
Tumeur vertébrale	3	1,54
Epidurite	4	2,05
Fracture vertébrale traumatique :	5	3,59

Aspects cliniques**-Les lombosciatiques communes :**

1168 patients (85,6%) souffraient de lombosciatique commune. La sciatique a été de survenue brutale au décours d'un effort de soulèvement ou de redressement dans 617 cas (52,82 %) et progressive sans facteur déclanchant dans 551 cas (47,18 %). La douleur a concerné les deux membres inférieurs dans 587cas (50,26 %), le membre inférieur gauche dans 282 cas (24,10%) et droit dans 299cas (25,64 %). Un trajet mono radiculaire L5 a été prédominant avec 62,56 % des cas (731 cas), suivi par le trajet S1 (299 patients soit 25,64 % des cas). Dans 11,80 % des cas (138 cas), le trajet était bi radiculaire.

L'intensité de la douleur était modérée dans 62,52 % (730 cas), faible dans 28,72 % des cas (n=336) et hyperalgique chez 8,72 % de nos patients (102 cas). L'impulsivité aux efforts physiologiques (toux, éternuement et défécation) a été retrouvée dans 59,49 % (695 cas). L'examen neurologique était pauvre dans tous les cas.

-Les lombosciatiques symptomatiques :

195 cas (14,4%) présentaient une lombosciatique symptomatique. Le délai de consultation dans ces cas variait de 7jours à 20 ans avec une moyenne de 2,56 ans. L'examen neurologique a mis en évidence un déficit moteur dans 114 cas, à type de monoplégie dans 78 cas (40%) et 36 cas de paraplégie (18,46%). Quarante vingt six (86) patients avaient des troubles de la sensibi-

lité des membres inférieurs à type d'hypoesthésie L5 (54 cas ; 27,69%) S1 (32cas, 14,41%) et 7 avaient une anesthésie en selle (7cas ; 3,59%). La radiographie standard du rachis réalisée dans ces cas a montré un pincement discal dans 93 cas (47,7%), une discarthrose dans 58 cas (29,74%), un spondylolisthesis dans 25 cas (12,81%), un bâillement postérieur dans 18 cas (9,23%), un tassement vertébral dans 9 cas (4,60%), une spondylodiscite dans 4 cas (2,05%).

Le scanner a été réalisé dans 126 cas ; il a mis en évidence une hernie discale dans 74 cas (5,73%) située en L4-L5 (44 cas), L5S1 (19cas) et bi étagée dans 11 cas (14,86%). Une protusion discale était la deuxième cause (39 cas, 30,95%) située en L4L5 (22cas), L5S1 (7cas) étagée (10 cas). Puis vient le canal lombaire étroit (23 cas, 18,25%), le spondylolisthésis (15 cas ; 11,9%), une tumeur vertébrale (7 cas ; 5,55%), une spondylodiscite tuberculeuse (3 cas ; 2,38%)

La sacroradiculographie réalisée dans 64 cas a montré une hernie discale dans 43 cas (67,18%), une protusion discale dans 19 cas (28,12%), un canal lombaire étroit dans 17 cas (26,6%), une tumeur vertébrale dans 1 cas (1,56%).

Traitement -Evolution

Le traitement médical standard a été complété par une infiltration foraminale de corticoïde dans 59 cas de sciatique hyperalgique, une antibiothérapie spécifique dans trois cas de mal de Pott et un traitement chirurgical dans 122 cas de formes avec complications neurologiques.

Le suivi a varié de trois à 12 mois. L'évolution a été favorable avec une disparition des douleurs et des signes physiques dans 1210 cas (91,45%) dont 1093 cas après traitement médical isolé (82,61%) et 117 cas après chirurgie (8,84%). Le résultat a été passable dans 110 cas (8,31%) avec un amendement des douleurs dans 93 cas (7,03%) et une séquelle motrice peu handicapante dans 17 cas (1,28%). Trois patients (0,2%) sont décédés par infection sévère dans 2 cas et hémorragie due a une hémopathie dans le dernier cas.

L'arrêt de travail a varié de 5 à 90 jours avec un arrêt moyen de 47,5 jours. La durée moyenne

d'arrêt de travail a été de 35,5 jours pour les patients traités médicalement (5-90j) et de 59 jours pour les patients opérés (10-90j).

DISCUSSION

La lombosciatique est un motif fréquent de consultation; c'est une pathologie de l'adulte d'âge moyen de 40 à 50 ans. (5,8,10). Dans notre série, l'âge de survenue était comparable aussi bien dans le groupe des sciaticques communes (45,10 ans) que dans celui des sciaticques symptomatiques (46,34 ans). L'âge ne variait pas de façon sensible selon le sexe : 48 ans pour les hommes et 44,3 ans pour les femmes dans la sciatique commune contre 46,36 ans pour les hommes et 43,44 ans chez les femmes dans la sciatique symptomatique. Le rôle du sexe est discuté dans la littérature ; pour certains auteurs il existe une prédominance masculine (5, 8) et pour d'autres les femmes sont les plus concernées (1, 3, 4, 10) ; dans notre série il existait une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1.3.

Plus que le sexe, une profession comportant de fortes contraintes lombaires joue un rôle déterminant dans la survenue et l'évolution de la lombosciatique avec 60,02% des cas de notre série, taux comparable à ceux de 60 à 72,7% de la littérature (1, 5, 8). L'étude de la distribution en fonction du sexe et de la profession montre que dans le groupe des professions avec contrainte lombaire, il n'y a pas de différence notable entre les hommes et les femmes; les cultivateurs et les femmes au foyer (essentiellement constituées d'épouses de cultivateurs) sont les catégories professionnelles les plus touchées et cela dans des proportions comparables (Tableau II) ; ce sort de la femme au foyer a été déjà rapporté par d'autres auteurs africains (1, 7, 9).

A coté des lésions liées aux activités physiques, la place de la femme dans les lombosciatiques de notre série est également fonction du pouvoir économique de cette dernière. Il faut ainsi noter que dans le groupe des professions sans contraintes lombaires les femmes disposant de ressources économiques suffisantes (fonctionnaires, commerçantes) ont été les plus nombreuses à consulter avec un sex-ratio de 2,09.

Sur le plan clinique notre série est comparable à celles de la littérature ; la lombosciatique commune est la forme clinique la plus fréquente représentant 85,26% de notre série et entre 75 et 94% de la littérature (1, 2, 8). Les formes compliquées (14,74%) étaient principalement liées à un retard à la consultation ; ainsi 77,19% des déficits moteurs et 74,04% des déficits sensitifs des membres inférieurs sont apparus chez les patients ayant consulté après plus d'un an d'évolution. Le faible pouvoir d'achat d'une part, l'éloignement des services de santé d'autre part font que les tradipraticiens sont le premier recours ; le patient ne vient dans les structures de santé moderne que lorsque apparaissent des complications neurologiques. Ces complications sont dominées par le déficit moteur présent dans 58,97 % de nos cas, taux nettement supérieur à ceux des autres auteurs africains qui rapportent 8 à 24 % de cas (3, 8, 10), mais cette différence peut être due à un biais de sélection, nos cas ayant été suivis dans un service de Neurochirurgie.

Bien traitée et à temps, la lombosciatique est d'un bon pronostic (1). L'intervention chirurgicale est réservée aux cas d'échec au traitement médical et aux cas compliqués. Le nombre de patients opérés dans notre série (9,22%) est supérieur à ceux des autres séries africaines (1, 3, 10) qui rapportent des effectifs de l'ordre de 0 à 6 %.

Cette différence s'explique d'une part par un long délai de consultation de nos patients, qui ne sont vus qu'au stade de complications et d'autre part par le nombre relativement élevé de compression de la queue de cheval par des processus infectieux, tumoraux ou traumatiques (9,23%). L'évolution a été favorable dans 91,45% des cas ; 8,31% ont présenté une douleur résiduelle liée à une lombodiscarthrose et 1,8% ont présenté des séquelles à type de déficit moteur ; il s'agissait dans tous ces cas de patients vus et traités après un très long délai de consultation de 3 à 5 ans.

La lombosciatique est une grande cause de fréquents arrêts de travail (5, 11, 12); la durée moyenne d'arrêt de travail a été de 47,39 jours pour l'ensemble de nos patients; et de 58,81 jours pour les malades opérés. Ces chiffres sont largement inférieurs à ceux de YOUNES en

Tunisie (12) et HAUMESSER en France (5) qui rapportent respectivement une durée moyenne d'arrêt de travail de 81 jours et 351 jours. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que les groupes socioprofessionnels retrouvés dans notre étude sont des cultivateurs, des femmes au foyer et des travailleurs du secteur informel. Ces différentes catégories socioprofessionnelles ne disposent pas d'assurance maladie et ne peuvent pas pour des raisons économiques respecter l'arrêt de travail prescrit.

REFERENCES

- 1) Avimadje A.M, Goupille P., Addra B, Ade G, Garaud P, Sossa C, Avode DG Monteiro B, Valat J.P, Gninafou M.
Résultats du traitement médical de la sciatique commune au CHNU de Cotonou au Bénin
Le Benin Médical 1999;12/13:60-64
- 2) Bejia I, Younes M, Zrour S, Touzi M, et Bergaoui N.
Les facteurs associés à l'évolution de la sciatique commune. A propos de 1092 cas.
Revue du Rhumatisme 2004;71(12):1180-1185.
- 3) Cheour E, Hamdi W, Tekaya R, Hamza S, Kerkeni S, Elleuch M, Sahli H, Khosrof M, Sellami S.
- 4) Les lombosciatiques communes du sujet âgé : A propos de 67 cas.
La Tunisie médicale 2007;85(7):549-552.4)
Dupuy R, Lavignolle B, Vigne J.R., Liguoro D, Dautheribes M, San Galli F, Guerin J.
Traitement de la lombosciatique par nucléolyse laser. A propos de 30 patients suivis 6 mois.
Rachis 2000;12(4):317-320
- 5) Haumesser D, Becker, Grosso-Lebon B, Weill G.
Aspects médicaux, sociaux et économiques de la prise en charge des lombalgies chroniques
Revue Médicale de l'assurance Maladie 2004;35(1):27-36
- 6) Legrand B, Couchouron T, Insalaco P, Audran M.
Faut-il hospitaliser un patient souffrant d'une lombosciatique commune ?
Revue du rhumatisme 2004;71:100-103

CONCLUSION

La lombosciatique est un motif courant de consultation dans notre pratique quotidienne. Il s'agit le plus souvent d'une sciatique commune de bon pronostic sous traitement médical. Les causes des lombosciatiques symptomatiques sont dominées par la hernie discale, le canal lombaire étroit ; les causes infectieuses et tumorales sont peu fréquentes. La lombosciatique est une maladie professionnelle liée aux efforts comportant une contrainte lombaire et responsable de fréquents arrêts de travail entraînant de grandes conséquences socio-économiques.

- 7) Mijiyawa M.A., Djanikpo A.K., Agbanouvi A.E., Agbeta A.
Maladies rhumatismales observées en consultation hospitalière à Lomé (Togo)
Revue du rhumatisme 1991;58:349-354.
- 8) Millogo A, Bamouni Y, Taoko A, Ki-Zerbo G.A, AB Sawadogo A.B, Yameogo A, MM Tamini MM, Ouedraogo I, Durand G.
Lombosciatiques : profil radio-clinique étiologique au centre hospitalier de Bobo-Dioulasso.
Médecine d'Afrique noire 1999;46(7)75-78
- 9) Ntsiba H., Bileckot R., Kala J.C., Bregeon C.
200 cas de sciatiques chez le sujet congolais
Rev. Rhum. Mal. Ostéo-artic. 1993;60 (737)
- 10) Ouedraogo D, Eti E, JC. Daboiko JC, Simon F, V. Tuan Chuong V, Kouakou Nzue M. Les lombosciatiques discales non compliquées : aspects épidémiologiques et sémiologiques chez le sujet noir africain. A propos de 143 malades (Côte d'Ivoire).
Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé. 2007;17(2):93-96.
- 11) Rozenberg S, Bourgeois P.
Le traitement de la lombosciatique aigue. *La lettre du rhumatologue* 2005;313:19-21
- 12) Younes M, Bejia I, Aguir Z, Laetaief M., S. Hassen-Zrour S, Touzi M, Bergaoui N.
Prévalence et facteurs associés à la sciatique commune dans une population urbaine tunisienne. *Revue du rhumatisme* 2006;73(9):927-931

