



**PROFIL EPIDEMIOCLINIQUE DE LA LOMBOSCIATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER AU CNHU-HKM DE COTONOU**

ADJIE K.C<sup>1,2</sup> ; DOCHAMOU C<sup>2</sup>; ACCROMBESSI D<sup>2</sup>, HOUANNOU O<sup>2</sup>; HOUINATO D<sup>1,2</sup>

1 : Unité d'Enseignement et de Recherche en Neurologie, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Université d'Abomey- Calavi. 01 BP 188 Cotonou (Bénin)

2 : Clinique Université de Neurologie, Centre National Hospitalier et Universitaire CNHU-HK Maga. BP 386 Cotonou (Bénin.)

Auteur correspondant : ADJIE Constant Kodjo, 08 BP 1045 Tri Postal, Cotonou. E mail : [adjienconstant@gmail.com](mailto:adjienconstant@gmail.com) Tel : +229 95 56 10 76

**RESUME**

La lombosciatique, diagnostic essentiellement clinique, est une pathologie ubiquitaire potentiellement invalidante résultant d'un conflit disco-radicaire entre L<sub>4</sub> et L<sub>5</sub> ou entre L<sub>5</sub> et S<sub>1</sub>.

L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques de la lombosciatique au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou.

C'était une étude prospective, à visée descriptive et analytique, réalisée dans le service de neurologie du CNHU-HKM de Cotonou du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2016. Elle a porté sur 115 patients lombalgiques reçus en consultation. Les données étaient collectées sur une fiche standardisée comportant les renseignements sociodémographiques et cliniques. Les données étaient encodées avec le logiciel Epi data 3.1, et traitées avec le logiciel Stata11.

La fréquence de la lombosciatique était de 18,6%, IC95% [11,5% - 25,7%]. L'âge variait de 29 à 73 ans avec un âge moyen de 52 ans ± 16 ans. La sex-ratio était 0,6. La lombosciatalgie était bilatérale dans 53% des cas et concernait les racines L<sub>5</sub> et S<sub>1</sub> dans 44,4% des cas, aggravée par la station debout prolongée (24,4%) et soulagée par le décubitus (44,3%). Elle était accompagnée de paresthésies (59,1%) et de claudication radicaire intermittente (40,9%). La lombosciatique est en nette recrudescence et risque de devenir un problème de santé publique.

**Mots clés** : lombosciatique, recrudescence, Benin

**ABSTRACT**

**Introduction:** Sciatica is an universal and potentially disabling pathology. **Objective:** to describe epidemiological and clinical aspects of sciatica. **Methods:** prospective survey aimed at being descriptive and analytical, carried out in the neurology department of CNHU-HKM in Cotonou from January 1st, 2016 to 30th June, 2016. It was about 115 examined patients, all complaining about lumbar pain.

**Results:** the occurrence of sciatica was 18,6%. Most patients were aged 52 with extreme of 29 and 73. Female patients were dominant (61, 7%) with a sex ratio of 0, 6. Office workers (20, 9%) and housewives were the main sufferers. Low back pain with sciatica had a bilateral attack in 53% of cases and had to do with nerve roots L<sub>5</sub> and S<sub>1</sub> in 44,4% of cases, with high intensity in 53% case and chronic development in 65% cases. It resulted from long upright position in 19,1% cases, long sitting down position (18,3%), loads carrying (17,4%), made worse by long upright position (24,4%), relieved by lying down position (44,3%). It came with paresthesia (59,1%) and intermittent lameness (40,9%). Examined patients displayed Lasegue sign (51,8%). **Conclusion:** There's a high outbreak of sciatica which can be considered as a public health issue.

**Key words:** sciatica, outbreak, medical care, Benin

**INTRODUCTION**

La lombosciatique est une pathologie ubiquitaire potentiellement invalidante. C'est un diagnostic très fréquent en consultation de neurologie mais également en médecine générale [1]. Il s'agit d'une douleur à point de départ lombaire irradiant dans le membre pelvien selon un trajet radicaire bien déterminé L<sub>5</sub> ou S<sub>1</sub>. Elle résulte d'un conflit disco-radicaire entre L<sub>4</sub> et L<sub>5</sub> ou entre L<sub>5</sub> ou S<sub>1</sub>.

Le diagnostic de la lombosciatique est essentiellement clinique.

La fréquence de la lombosciatique en population générale varie de 14 à 45% [2]. En France, cette fréquence est de l'ordre de 5 à 10% [3]. En Afrique noire, au Nigeria, 16,4% de la population générale, souffraient de lombosciatique en 2007 [4]. Au Bénin, dans une étude réalisée entre 1994 et 1996 par AVIMADJE et coll., la sciaticque commune représente 10,1% des affections rhumatologiques vues en consultation au CNHU-HKM de Cotonou [2]. La prise en compte de l'activité professionnelle permet d'identifier les facteurs de risques physiques, psychologiques et indi-

viduels liés au travail et associés à la lombosciatique [5].

Au Bénin, en milieu hospitalier, aucune étude n'a été réalisée en neurologie sur la lombosciatique bien que ce service reçoive une proportion non négligeable de cas de lombosciatique. C'est pour combler ce vide que cette étude a été initiée et conduite. L'objectif principal de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques de la lombosciatique dans le service de neurologie du Centre National hospitalier et universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou Maga (HKM) de Cotonou.

#### METHODES D'ETUDE

C'était une étude transversale, prospective descriptive et analytique qui s'était déroulée du 01 Janvier 2016 au 30 juin 2016 à la Clinique Universitaire de Neurologie du CNHU H.K. Maga de Cotonou et portant sur les patients lombosciatiques reçus en consultation pendant la période d'étude.

Nous avons effectué un recrutement systématique et exhaustif de tous les patients ayant rempli les critères d'inclusion. N'étaient pas inclus les patients n'ayant pas une plainte de lombosciatique, les patients incapables de décrire la plainte et ceux ayant refusé de participer à l'enquête. Le document de collecte était une fiche standardisée comportant les données socio-démographiques et cliniques. Les données collectées étaient encodées avec le logiciel Epi data 3.1, et traitées avec le logiciel Stata11.

Cent quinze patients ont été recrutés systématiquement.

#### RESULTATS

Au total 618 patients étaient reçus en consultation durant la période d'étude dont 115 lombosciatiques ce qui fait une fréquence de 18,6% avec un intervalle de confiance (IC95% [11,5% - 25,7%]). Parmi les 115 sujets, on comptait 71 de sexe féminin et 44 de sexe masculin soit un sexe ratio (H/F) de 0,61 en faveur des femmes.

Ils étaient âgés de 29 ans à 73 ans avec une moyenne de 52+/- 16ans. Les sujets âgés de 40 à 59 ans et ceux de plus 60 ans étaient les plus nombreux avec des proportions respectives de 49,6% et 27,8%. Les caractéristiques de ces sujets sont résumées dans le tableau 1.

**Tableau I : Caractéristiques socio démographiques des sujets enquêtés, Cotonou 2016.**

	Lombosciatique (N)	Pourcentage (%)	p
<b>Age</b>			
20 – 39	26	22,6	
40 – 59	57	49,6	
≥ 60	32	27,8	
<b>Sexe</b>			
Masculin	44	38,3	0,020
Féminin	71	61,7	
<b>Profession</b>			
Employé de bureau	24	20,9	
Artisan	10	08,7	
Indépendant	19	16,5	
Étudiant(e)	03	02,6	
Ménagère	24	20,9	
Retraité(e)	23	23,0	
Personnel de santé	12	10,4	
<b>Niveau d'instruction</b>			
Non instruit	17	14,8	
Primaire	29	25,2	0,819
Secondaire	29	25,2	
Supérieure	36	31,3	
<b>IMC</b>			
Maigre	07	06,1	
Normal	52	45,2	0,211
Surpoids	38	33,0	
Obésité	18	15,6	

Sur les 115 sujets, 61 (53,1%) avaient une lombosciatique bilatérale, 32 (27,8%) une lombosciatique latéralisée à droite et 22 patients (19,1%) une lombosciatique latéralisée à gauche. La douleur était de topographie bilatérale (L5 et S1) chez 51 sujets (44,4%), elle était unilatérale L5 chez 34 sujets (29,6%) et unilatérale S1 chez 13 patients (11,3%).

Les lombosciatiques évoluaient sur un mode aigu (< 1 mois) dans 20% des cas, subaiguë (1-3mois) dans 14,8% des cas et chronique (> 3 mois) dans 65,2% des cas. Les patients signalaient une douleur d'intensité forte (53%), modérée (31,3%), légère (4,4%) et normale (11,3%).

La station debout prolongée et la station assise prolongée étaient les facteurs déclenchants les plus retrouvés respectivement dans 19,1% et 18,3% des cas. Vingt-huit patients (24,3%) signalaient une aggravation de la douleur lors de la station debout prolongée suivit de 26 patients (22,4%) lors de la station assise pro-

longé et également de 26 (22,4%) lors de la marche.

Le décubitus était le facteur soulageant le plus rencontré chez 51 patients (44,4%). Les paresthésies étaient les signes accompagnants les plus fréquents (59,1%), suivis de la claudication intermittente (40,9%), des troubles sphinctériens (03,5%) et d'amyotrophie (02,6%).

L'examen physique retrouvait un signe de la sonnette chez 49 patients (42,6%), un signe de Lasègue chez 63 sujets (54,8%) avec 13% de sujet présentant un angle inférieur à 30° et 31,3% un angle supérieur à 60°. Plus d'un patient sur 2 (51,3%) présentait un signe de Lasègue entre 30° et 60°. Les caractéristiques cliniques de ces sujets sont résumées dans les tableaux 2 et 3.

Seul le sexe avait une association statistiquement significative avec la lombosciatique (p = 0,020). L'âge, la profession, le niveau d'instruction et l'indice de masse corporelle (IMC) n'étaient pas associés à la lombosciatique soit respectivement p = 0,293 ; p = 0,363 ; p = 0,819 ; p = 0,211. Les facteurs associés à la survenue d'une lombosciatique observés dans cette étude sont regroupés dans le tableau 1.

**Tableau II : Caractéristiques cliniques fonctionnelles des sujets enquêtés, Cotonou 2016**

Caractéristiques	Total (N)	Pourcentage (%)
<b>Topographie douleur</b>		
L5 et S1	51	44,4
L5	34	29,6
S1	13	11,3
Tronquée	17	14,7
<b>Intensité douleur</b>		
Forte	61	53
Modérée	36	31,3
Légère	05	4,4
Normale	13	11,3
<b>Evolution</b>		
Aigüe (< 1 mois)	23	20,0
Subaigüe (1-3 mois)	17	14,8
Chronique (> 3 mois)	75	65,2
<b>Facteurs déclenchant</b>		
Station debout prolongée	22	19,1
Station assise prolongée	21	18,3
Soulèvement de charges lourdes	20	17,4

Traumatisme du rachis	du	19	16,5
Mouvements brusque du rachis		10	8,7
Aucun		23	20,0
<b>Facteurs aggravant</b>			
Station debout prolongée		28	24,3
Station assise prolongée		26	22,6
Marche		26	22,6
Efforts		19	16,5
Changement de posture	de	06	05,2
Aucun		10	11,5
<b>Facteurs soulageant</b>			
Changement de posture	de	15	13,1
Station assise prolongée		06	05,2
Station debout prolongée		07	06,1
Marche		20	17,4
Efforts		01	0,9
Décubitus		51	44,4
Aucun		15	13,0
<b>Signes associés</b>			
Paresthésies		68	59,1
Claudication intermittente		47	40,9
Troubles sphinctériens		04	03,5
Amyotrophie		03	02,6

**Tableau III : Caractéristiques cliniques physiques des sujets enquêtés, Cotonou 2016**

Caractéristiques	Effectif (N)	Pourcentage (%)
<b>Examen du rachis</b>		
Hyperlordose	9	7,8
Scoliose et attitude scoliotique	17	14,8
Limitation et raideur rachidienne	42	36,5
Signe de la sonnette	49	42,6
<b>Examen membres pelviens</b>		
Trouble sensitif	28	24,4
Déficit moteur	23	20,0
Perturbation du ROT	27	23,5
Signe de Leri	20	17,4
Signe de Lasègue	63	54,8
<b>Angle de Lasègue</b>		
< 30°	15	13,0
[30°- 60°]	59	51,3
> 60°	36	31,3
Négatif	05	04,3

## DISCUSSION

La fréquence des lombosciatiques au CNHU – HKM de Cotonou était de 18,6%. La littérature rapporte une grande variabilité de la fréquence hospitalière des lombosciatiques [4]. Déjà au Bénin, AVIMADJE et coll. rapportaient en 1999 que la sciatique commune représentait 10,1% des affections rhumatologiques vues en consultation au CNHU-HKM [2]. Au Nigeria 16,4% de la population générale souffraient de lombosciatique en 2007. Notre résultat était donc supérieur à ceux trouvés dans la littérature et permet de dire que la lombosciatique prend de l'ampleur avec le temps. Les postures imposées par le travail, la position assise prolongée, la position debout prolongée, les secousses sur moto occasionnées par l'état défectueux des routes ne sont pas sans conséquence sur la fréquence des lombosciatiques.

L'âge de la population étudiée variait de 29 ans à 73 ans avec un âge moyen de 52 ans  $\pm$  16 ans. Les sujets âgés de 40 à 59 ans et ceux de plus de 60 ans étaient les plus nombreux avec des proportions respectives de 49,6% et 27,8%. Ces résultats montrent que la lombosciatique touche aussi bien les jeunes que les sujets âgés. C'est une affection de la couche active malmenée par une mauvaise hygiène posturale dans les tâches quotidiennes et professionnelles. MILLOGO [6] à Bobo-Dioulasso a rapporté un âge moyen de 46 ans, légèrement inférieur au nôtre. En France, CURRALADAS [4] a observé que la tranche la plus touchée était de 40 à 50 ans, avec des extrêmes d'âge de 18 ans à 76 ans. La lombosciatique affecte donc les sujets à partir du deuxième âge avec une prédominance entre la quarantaine et la soixantaine.

Le sexe ratio (H/F) dans notre étude était de 0,61 en faveur des femmes. Cette prédominance féminine était observée par d'autres auteurs. AVIMADJE et coll [2] et MIJIYAWA et coll. [7] avec un sexe-ratio respectivement à 0,69 et 0,7. La prédominance féminine des lombosciatiques peut s'expliquer par plusieurs situations notamment les travaux ménagers, la maternité, la surcharge pondérale et le développement du travail de la femme expliquent cette prédominance féminine.

Il n'y a pas eu de prédominance d'un sexe dans les études de VALLS et coll. [8]. Cependant, DELACAMBRE et coll. [9], VALAT et coll. [10] ont retrouvé une prédominance masculine de la lombosciatique et ont expliqué ce résultat par le fait que les hommes sollicitent énormément leur rachis dans leurs activités et comportements quotidiens.

Dans notre étude la lombosciatique touchait plusieurs classes professionnelles avec une prédominance chez les ménagères et les employés de bureau. Ce constat peut se justifier par les contraintes liées aux activités ménagères qui imposent des postures inconfortables source de dégénérescence progressive des structures vertébrales. De même, la profession assise prolongée chez les employés de bureau est pourvoyeuse de pathologie de la colonne vertébrale. Nos résultats rejoignent ceux de COSTE et coll. [11] qui retrouvaient que la lombosciatique touche les travailleurs de force et les travailleurs manuels qui connaissent des travaux pénibles, des postures prolongées, des mouvements intempestifs du rachis, des soulèvements répétés de charges lourdes, des expositions aux vibrations.

L'atteinte bi-radiculaire de la sciatgie est prédominante dans notre étude (44,3%). Dans 29,6 % la sciatgie intéresse la racine L5 contre 11,1% pour S1. On observe une divergence des résultats selon les études bien qu'aucune explication n'ait été avancée pour justifier l'une ou l'autre des atteintes radiculaires. MIJIYAWA et coll. [12] rapportaient une prédominance de l'atteinte de la racine L5. Quant à VALLS et coll., ils soulignaient une prédominance de l'atteinte S1 (41,9%) contre L5 (37,1%) [8].

Dans notre étude, 53% des patients avaient signalé une douleur d'intensité forte et 31,3% une douleur d'intensité modérée. La douleur est un symptôme subjectif et son appréciation prend en compte plusieurs facteurs notamment la psychologie. CHEOUR et coll. ont retrouvé une douleur de forte intensité dans 57% des cas et une douleur de moyenne intensité dans 43% des cas [13]. Les facteurs déclenchants retrouvés étaient essentiellement la station debout prolongée (19,1%), la station assise prolongée (18,3%) le soulèvement de lourdes charges (17,4%). Le facteur aggravant le plus observé était la station debout prolongée (24,3%). Comme facteur soulageant, le décubitus était beaucoup plus observé chez les patients (44,4%).

De fortes proportions de facteurs déclenchant la douleur ont été rapportées par YOUNES et coll. (85,5%) [14], de même que VALLS et coll. (73%) [8]. Il faut faire remarquer que l'ensemble de ces facteurs sont déterminés par les activités de la vie quotidienne des patients qu'elles soient physiques, rudes ou non, l'état défectueux de nos routes et le respect ou non des règles d'hygiène du dos.

Les signes associés à la douleur étaient marqués par une forte présence de paresthésies (59,1%) suivie de la claudication intermittente (40,9%). Toutes les causes de lombosciatique entraînent des paresthésies associées à la douleur. La lombosciatique claudicante est beaucoup plus observée dans le canal lombaire étroit. ONIANKITAN et coll. au Togo, dans leur série, ont rapporté des chiffres plus élevés, soit 84% de lombosciatique claudicante et 70% de cas de paresthésies accompagnant la douleur. [15]. Par contre, BEJIA et coll. ont noté des proportions relativement faibles de cas de paresthésies (37%) et claudication intermittente (30%) [16].

Nous avons retrouvé chez les patients le signe de la sonnette (42,6%), suivi de la raideur rachidienne (36,5%). Des chiffres plus élevés étaient observés dans l'étude de BEJIA et coll. : signe de la sonnette (70,3%) et raideur rachidienne (89,1%) [16] tandis que VALLS et coll. affichaient des proportions relativement faibles de 15,6% pour le signe de la sonnette et 79,3% pour la raideur rachidienne [8]. L'examen sensitivomoteur et les manœuvres neurologiques ont retrouvé sur l'ensemble des patients un signe de Lasègue dans 54,8% des cas et un trouble sensitif dans 24,4 % des cas. Pour le signe de Lasègue, VALLS et coll. avait eu des résultats similaires au nôtre (54%) [9]. CHEOUR et coll. rapportaient 34% de troubles sensitifs et 36,7% de signe de Lasègue [14].

Nous avons observé que 13% des patients présentaient un angle inférieur à 30° et 31,3%, un angle supérieur à 60°. Plus d'un patient sur 2 (51,3%) présentait un signe de Lasègue entre 30° et 60°. L'appréciation de l'angle de Lasègue fait intervenir plusieurs facteurs dépendant de l'examineur, de la taille d'une hernie discale ou de la laxité ligamentaire péri vertébrale. Dans la littérature, une diversité de rapports est faite de l'angle de positivité de Lasègue. BEJIA et coll. notaient que 16,2% de leurs patients ont un angle de Lasègue inférieur ou égal à 60° [16].

#### CONCLUSION

La lombosciatique est une pathologie en recrudescence qui occupe une place non négligeable des motifs de consultation en neurologie. Sa meilleure connaissance est un atout pour une prévention adéquate et une bonne prise en charge afin d'éviter les formes compliquées handicapantes et invalidantes.

#### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - GRELLIER P. Sciatique, cruralgie et canal lombaire étroit In : DECQ P, KRAVEL Y. Neurochirurgie.

Edition ellipses AUPELF/UREF, Paris 1995 : 394-405.

2 - AVIMADJE A M, GOUPILLE P, ATTOLOU V, DJROLO F, AMOUSSOU-GUENOU D, SOSSA J C. Facteurs de risque de la lombalgie par discopathie dégénérative lombaire au Bénin. Le Bénin Médical 1999 ; 12 – 13 : 91 – 95.

3 - CLARISSE J, COTTEN A, CHASTANET P, SINGER B, ASSAKER R. Bilan radiologique d'une sciatique opérée et récidivante. Radiologie J CEPUR 1995 ; 15 (5) : 50 - 56

4-CURRALADAS J. Enquête chez les lombosciatiques opérées. Kinésithérapie scientifique 1996 ; 361 : 7 - 13.

5 - AGENCE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION MEDICALE. Lombosciatique commune, sciatique commune, sciatique vertébrale, stratégie diagnostique et thérapeutique Recommandation et Référence Médicales. Tome 1. Paris 1995 ; 99 – 124.

6- MILLOGO A BAMOUNI A Y, TAOKO A, KIZERBO G A, SAWADOGO A B, YAMEOGO A. Lombosciatiques : Profil radioclinique et étiologique au Centre Hospitalier de Bobo-Dioulasso. Med. d'Afr. Noire 1999 ; 46 (7) : 375 – 378.

7- MIJIYAWA M, ONIANKITAN O, KOLANI B, KORIKO T. La lombalgie en consultation hospitalière à Lomé. Rev. Rhum 2000 ; 67 (10) 914 – 920.

8- VALLS I, SARAUX A, GOUPILLE P, BARON D, LE GOLFF P, KHOREICHI A. Existe-t-il des critères prédictifs de la réalisation d'un geste radical au décours d'une hospitalisation pour lombosciatique. Rev. Rhum. 2001 ; 68 : 57 – 66.

9- DELACAMBRE B, THEVENON A, CHASTANET P. Les discopathies lombaires. Rev. Prat. 1996 ; 36 (13) : 713 – 723.

10- VALAT J P, GOUPILLE P, ROZENBERG S, URBINELLI R

Indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies aiguës. Elaboration par l'étude d'une cohorte de 2487 patients. Rev. Rhum 2000 ; 67 : 528 – 535.

11- COSTE J, PAOLAGGI J B. Epidémiologie des lombalgies : connaissances actuelles et perspective. Rev. Rhum. Mal. Ostéo-artic 1989; 58 (12): 861 – 867.

12 – MIJIWAMA M A, KOUNOVI K, BELLOW A DORY P. Pathologie dégénérative du rachis lombaire en consultation hospitalière à Lomé. Rev. Rhum. Mal. Ostéo-artic. 1992; 52 (12): 797 – 800

13- CHEOUR E, HAMDY W, TEKAYA R, HAMZA S, SELLAMI S, KHOSROF M. Les lombosciatiques communes du sujet âgé. La Tun. Med. 2007; 85 (7): 549 – 552.

14- YOUNES M, BEJIA I, AGUIR Z, LETAIEF M. Prévalence et facteurs associés à la sciatique commune dans une population urbaine Tunisienne. Rev. Rhum. 2006; 73: 927 – 931

15 – ONIANKITAN O, MAGNAN A, FLANYO E, MIJIYAWA M. Le canal lombaire rétréci en consultation rhumatologique à Lomé. Med. Trop. 2007; 67: 263 – 266

16- BEJIA I, YOUNES M, ZROUR S, TOUZI M. Les facteurs associés à l'évolution de la sciatique commune. Rev. Rhum. 2004 ; 71 (12) : 1180 – 1185