

LE CANAL LOMBAIRE RÉTRÉCI EN CONSULTATION RHUMATOLOGIQUE À LOMÉ (TOGO)

O. ONIANKITAN, A. MAGNAN, E. FIANYO, M. MIJIYAWA

Med Trop 2007 ; 67 : 263-266

RÉSUMÉ • Une étude sur dossiers a été menée afin de déterminer la fréquence et le profil sémiologique du canal lombaire rétréci au cours d'une consultation rhumatologique à Lomé (Togo). Sur les 13081 patients examinés en 15 ans, 760 (5,8 %) souffraient d'un canal lombaire rétréci. Ces 760 patients qui se répartissaient en 556 femmes (73,2 %) et 204 hommes (26,8 %) avaient en moyenne 52 ans au début de la maladie (extrêmes : 25 et 65 ans). La durée moyenne d'évolution de celle-ci était de 4,5 ans. Le maître symptôme était une lomboradiculalgie (monoradiculaire : 248 patients, pluriradiculaire : 464 patients) présente chez 712 patients. La douleur céda à la flexion du rachis chez 456 patients (60 %) et était claudicante chez 643 patients (84,6 %) : périmètre de marche inférieur à 500 mètres chez 491 patients et supérieur ou égal à 500 mètres chez 152 patients. Elle était exagérée par l'hyperextension du rachis chez 475 patients (62,5 %), associée à des paresthésies chez 532 patients (70 %), et à des troubles sphinctériens chez 155 patients (20,4 %). La radiographie du rachis lombaire effectuée chez 504 patients comportait des anomalies chez 475. Ces anomalies radiologiques étaient dominées par la discopathie dégénérative. La sacroradiculographie réalisée chez 56 patients a mis en évidence une image en chapelet dans 31 cas et une hernie discale dans 23 cas. Le canal lombaire rétréci paraît fréquent en Afrique et surviendrait avec prédilection chez la femme de la cinquantaine. Son profil sémiologique semble analogue à celui décrit en Occident.

MOTS-CLÉS • Afrique noire - Canal lombaire rétréci - Lombalgie.

LUMBAR SPINAL STENOSIS IN AN OUTPATIENT CLINIC IN LOME, TOGO

ABSTRACT • The purpose of this study was to determine the frequency and semiological characteristics of lumbar spinal stenosis in patients attending the rheumatology outpatient clinic at the Lomé Teaching Hospital. Medical records of 13081 patients seen over a 15-year period were retrospectively reviewed. A total of 760 (5.8%) had lumbar spinal stenosis. There were 556 women (73.2%) and 204 men (26.8%) with a mean age at onset of 52 years (range, 25 to 65 years). The mean duration of lumbar spinal stenosis was 4.5 years. The main symptom was nerve root pain in 712 (93.7%) involving one root in 248 cases and more than one root in 464. Most patients in this group were between the ages of 35 and 65 years. Pain was relieved by bending the spine forward in 456 patients (60%) and claudication was present in 643 patients (84.6%). Walking distance was less than 500 meters in 491 patients and more than 500 meters in 152. Pain was exacerbated by extension of the spine in 475 patients (62.5%) and associated with paresthesia in 532 patients (70%) and sphincter dysfunction in 155 patients (20.4%). Roentgenography of the lumbar spine was performed in 504 patients and showed abnormalities in 475. The most common radiographic abnormality was degenerative disk disease (n = 251). Myelography was performed in 56 patients, showing a rosary-like image in 31 cases and disk herniation in 23. Lumbar spinal stenosis in Black Africa appears to be more common than in industrialized countries and to affect mainly women in the fifth decade of life. The semiological profile of lumbar spinal stenosis appeared to be similar in Black Africa and industrialized countries.

KEY WORDS • Black Africa - Lumbar spinal stenosis - Low back pain.

La pathologie rachidienne est le premier motif de consultation rhumatologique en Occident (1, 2). Les récentes études qui lui ont été consacrées ont permis d'établir que l'Afrique noire n'est pas épargnée (3-7). On ne dispose pas d'enquêtes de population sur le canal lombaire rétréci en Afrique sub-saharienne. Cependant les récentes études menées en milieu hospitalier ont permis d'établir que le canal lombaire rétréci semble de survenue plus précoce qu'en

Occident (3). Sa réputation d'extrême rareté suggérée par des travaux menés en Afrique du Sud n'a pas été confirmée (8, 9). La présente étude avait pour but de déterminer dans une large population de lombalgiques, la fréquence et le profil sémiologique du canal lombaire rétréci au cours d'une consultation rhumatologique à Lomé.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude sur dossiers, menée d'octobre 1989 à octobre 2004 dans le service de rhumatologie du centre hospitalier et universitaire de Lomé-Tokoin. Ce service de 25 lits avec un taux d'occupation d'environ 75 % accueille en moyenne un millier de consultants chaque année. Le centre hospitalier et universitaire de Lomé-Tokoin est la

• Travail du Service de rhumatologie (O.O., Médecin rhumatologue, Maître-assistant; A.M., Interne; E.F., Médecin; M.M., Professeur de rhumatologie, Chef de service) CHU, Tokoin de Lomé, Togo

• Correspondance : M. MIJIYAWA, BP 80627, Lomé, Togo • Fax : (228) 221 85 95

• Courriel : mijiyawa@tg.refer.org

• Article reçu le 21/06/2006, définitivement accepté le 10/05/2007.

plus grande formation sanitaire du Togo. Ce centre de 983 lits accueille en moyenne 50 774 consultants par an.

Lomé, capitale du Togo, ville d'environ 839 000 habitants pour un pays de 4 970 000 habitants, est située sur la côte ouest de l'Afrique. L'espérance de vie à la naissance y est de 57,5 ans. Cinquante pour cent des Togolais ont moins de 15 ans. Seulement 5 % des Togolais ont plus de 65 ans. Le taux d'accroissement démographique de la population est de 2,4 %. Le taux brut de mortalité est de 13 pour mille. Le produit national brut par habitant est de 310 dollars américains. Le système de santé du Togo est organisé en une pyramide à trois niveaux : le niveau central de référence, le niveau intermédiaire ou régional et le niveau périphérique ou local. Le Togo compte en moyenne une formation sanitaire pour 995 habitants, un médecin pour 16 791 habitants, et une infirmière pour 6 220 habitants. La couverture sociale est pratiquement inexistante au Togo. Les coûts directs des maladies sont dans la grande majorité des cas à la charge du patient. Quand un traitement neurochirurgical s'impose, le patient est évacué sur Abidjan (Côte d'Ivoire) ou Accra (Ghana), aucun neurochirurgien n'étant installé à Lomé. Le coût direct du traitement chirurgical d'une hernie discale ou d'un canal lombaire rétréci est d'environ 4 000 dollars américains.

Tous les patients admis en consultation rhumatologique et souffrant d'un canal lombaire rétréci ont été inclus dans la présente étude. Le diagnostic de canal lombaire rétréci a été retenu sur la présence d'une lombalgie ou d'une lomboradiculalgie claudicante associée à un ou plusieurs des éléments sémiologiques suivants : soulagement lors de la flexion du rachis, paresthésies à type de fourmillement ou d'engourdissement aux membres inférieurs, troubles sphinctériens, douleur à l'extension du rachis, troubles sensitifs objectifs, conservation de l'état général, absence de signes évoquant une tumeur ou une infection à la radiographie standard du rachis, absence de syndrome inflammatoire biologique. Les données démographiques, cliniques et para cliniques des patients ont été recueillies à partir de leurs dossiers. Le canal lombaire rétréci a été de diagnostic essentiellement clinique. Les examens para cliniques n'ont pas été systématiquement effectués chez les patients. La radiographie du rachis lombaire, la vitesse de sédimentation globulaire et l'hémogramme n'ont été effectués que chez les patients dont la symptomatologie faisait craindre une origine infectieuse ou tumorale.

RÉSULTATS

Le canal lombaire rétréci a motivé la consultation de 760 des 13081 patients (5,8 %) examinés en 15 ans. Ces patients se répartissaient en 556 femmes (73,2 %) et 204 hommes (26,8 %). Le canal lombaire rétréci traduit par une lomboradiculalgie (712 patients, 93,7 %) et une lombalgie claudicante (48 patients, 6,3 %) affectait surtout des sujets dont l'âge au début de la maladie était compris entre 25 et 65 ans (492 patients, 64,7 %). Il a affecté essentiellement la femme de 35 à 65 ans. L'âge moyen au début de la maladie était de 52 ans et la durée moyenne d'évolution de 4,5 ans.

Tableau I - Données de l'interrogatoire des 760 patients atteints de canal lombaire rétréci.

	Nombre	Pourcentage
Début progressif	706	92,89
Début brutal	54	7,10
Douleur mécanique	692	91,05
Douleur inflammatoire	6	0,01
Douleur mixte	62	0,08
Lombalgie claudicante	48	6,32
Lomboradiculalgie claudicante	643	84,60
Lomboradiculalgie	69	9,08
Atteinte sciatique	239	31,44
Atteinte crurale	9	1,18
Atteinte pluriradiculaire	464	6,74
Absence d'irradiation	48	6,31
Impulsivité	258	33,94
Paresthésies	532	70,00
Troubles sphinctériens	155	20,39
PM* < 500 m	491	64,60
500 ≥ PM < 1000 m	117	15,39
1000 ≥ PM ≤ 5000 m	35	4,60
Marche normale	117	15,39

*Périmètre de marche

La lomboradiculalgie était pluriradiculaire chez 464 des 712 patients qui en souffraient et monoradiculaire chez 248. La douleur cédait à la flexion du rachis chez 456 patients (60 %) et obligeait à l'arrêt de la marche chez 643 patients (84,6 %) : périmètre de marche inférieur à 500 mètres chez 491 patients et supérieur ou égal à 500 mètres chez 152 patients. Elle était exagérée par l'hyperextension du rachis chez 475 patients. La lomboradiculalgie était associée à des paresthésies chez 532 patients (70 %) et à des troubles sphinctériens chez 155 patients (20,4 %). Les troubles sphinctériens étaient à type de miction impérieuse (146 cas ; 19,2 %) et d'incontinence urinaire (9 cas ; 1,2 %) (Tableau I). Il existait une raideur rachidienne chez 635 patients (83,5 %), une déformation rachidienne

Tableau II - Données de l'examen clinique des 760 patients atteints de canal lombaire rétréci.

	Nombre	Pourcentage
DMS > 0	27	3,55
Schöber ≥ 10 + 5 centimètres	519	68,28
Scoliose	126	16,57
Perte la lordose	90	11,84
Raideur globale	38	5,00
Raideur élective	645	84,86
Point douloureux	456	60,00
Signes de Lasègue positif	163	21,44
Hypoesthésie	82	10,78
Hyperesthésie	7	0,92
Troubles moteurs	35	4,60
Troubles réflexes	63	8,28

Tableau III - Différentes lésions radiologiques observées chez les patients ayant bénéficié d'une radiographie du rachis lombaire.

	Nombre	Pourcentage
Discopathie dégénérative	239	50,3
Discopathie associée à un listhésis ou à une arthrose interapophysaire postérieure	171	36,0
Listhesis	38	8,0
Arthrose inter apophysaire postérieure	15	3,2
Discopathie et séquelles de maladie de Scheuermann	7	1,5
Discopathie et maladie de Forestier	5	1,0
Total	475	100

dienne chez 216 (28,4 %) patients et un indice de Schöber supérieur ou égal à 10 + 5 cm chez 519 patients (68,3 %) (Tableau II).

La radiographie du rachis lombaire effectuée chez 504 patients comportait des anomalies chez 475. Les anomalies observées étaient dominées par la discopathie dégénérative (Tableau III). La sacroradiculographie effectuée chez 56 patients a mis en évidence une image en chapelet dans 31 cas et une hernie discale dans 23 cas. Le traitement chirurgical proposé à 351 patients n'a été réalisé que chez 38. Il a permis la mise en évidence des lésions anatomiques responsables du rétrécissement canalaire : hernie discale associée à une arthrose inter-apophysaire postérieure (17 patients), hypertrophie du ligament jaune (11 patients), spondylolisthésis (six patients) et hypertrophie des lames (quatre patients).

DISCUSSION

Cette étude témoigne de l'importante place du canal lombaire rétréci en consultation rhumatologique à Lomé. Le canal lombaire rétréci a motivé durant les quinze ans de l'étude la consultation de 5,8 % des rhumatisants. Il a affecté essentiellement la femme de 35 à 65 ans. L'interprétation rigoureuse des résultats de cette étude impose la prise en compte de ses biais liés au mode de recrutement et à l'étroitesse du plateau technique rendant impossible la généralisation de nos résultats. Il s'agissait d'une étude hospitalière ne concernant que les patients vus dans le seul service de rhumatologie. Or, ce service n'a pas l'exclusivité de la prise en charge des patients atteints de canal lombaire rétréci. En outre, ce n'est pas tous les rhumatisants qui consultent les centres de soins en raison du fréquent recours aux tradipraticiens et des difficultés de prise en charge. L'évaluation du traitement n'a pu être effective du fait que les patients n'ont pas été systématiquement revus, en particulier ceux à qui un traitement neurochirurgical avait été proposé.

Cependant, les insuffisances de notre travail n'altèrent pas son importance épidémiologique. Cette étude constitue la plus importante série de canal lombaire rétréci rapportée en Afrique sub-saharienne. A Lomé, le canal lombaire rétréci constitue la deuxième cause de lomboradiculalgie après la

hernie discale. Chez nos patients, la principale particularité épidémiologique réside dans la fréquence du canal lombaire rétréci qui semble, en outre, survenir chez la femme à un âge nettement plus précoce qu'en Occident. Quatre-vingt cinq pour cent des 760 patients atteints de canal lombaire rétréci souffraient d'une lomboradiculalgie claudicante qui en est la traduction clinique. La fréquence de ce syndrome chez nos malades contraste avec les observations faites en Afrique du Sud où le Noir, en dépit d'une sténose congénitale du canal lombaire, semble rarement souffrir de lomboradiculalgie claudicante. Cette absence de concordance anatomo-clinique systématique a déjà été rapportée dans la littérature : le rapport entre le contenant et le contenu est l'élément le plus déterminant dans la survenue des symptômes caractéristiques du rétrécissement canalaire (8, 9). L'âge moyen de nos patients (52 ans) était inférieur à celui des patients occidentaux dont l'âge moyen était compris entre 59 et 70 ans (2, 10-12). En outre contrairement aux séries occidentales, nous avons observé une nette prédominance féminine. Chez nos patients opérés, essentiellement trois lésions étaient à l'origine du rétrécissement canalaire : hernie discale, arthrose interapophysaire postérieure, épaissement du ligament jaune. Ces constatations concordent avec les données de la littérature (13-15).

Il ressort de cette étude hospitalière portant sur une période de 15 ans, que le canal lombaire rétréci paraît plus fréquent qu'en Occident et surviendrait avec prédilection chez la femme de la cinquantaine. Le profil sémiologique du canal lombaire rétréci observé semble analogue à celui décrit en Occident.

RÉFÉRENCES

- 1 - BORENSTEIN DG - Epidemiology, etiology, diagnostic, evaluation and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol* 2000 ; **12** : 143-9.
- 2 - BERNEY J - Epidémiologie des canaux lombaires étroits. *Neurochirurgie* 1994 ; **40** : 174-8.
- 3 - MIJIYAWA M, ONIANKITAN O, KOLANI B *et Coll* - La lombalgie en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Rhum* 2000 ; **67** : 914-20.
- 4 - BILECKOT R, NTSIBA H, MBONGO JA *et Coll* - Les affections rhumatismales observées en milieu hospitalier au Congo. *Sem Hop (Paris)* 1992 ; **68** : 282-5.
- 5 - BWANAHALI K, DIKILU K, KILESI M, KAPITA B - Quelques étiologies des lombalgies chez les rhumatisants consultant à Kinshasa (Zaïre). A propos de 169 cas. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1992 ; **59** : 253-7.
- 6 - STEIN CM, SVOREN B, DAVIS P, BLANKENBERG B - A prospective analysis of patients with rheumatic diseases attending referral hospitals in Harare, Zimbabwe. *J Rheumatol* 1991 ; **18** : 1841-4.
- 7 - MIJIYAWA M, KOUMOUVI K, SEGBENA A *et Coll* - Pathologie rachidienne en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). *Ann Med Interne* 1996 ; **147** : 397-401.
- 8 - EISENSTEIN S - Measurements of the lumbar spinal canal in 2 racial groups. *Clin Orthop Relat Res* 1976 ; **115** : 42-6.
- 9 - EISENSTEIN S - The morphometry and pathological anatomy of the lumbar spine in South African Negroes and Caucasoids with specific reference to spinal stenosis. *J Bone Joint Surg* 1977 ; **59** : 173-80.

- 10 - AMUNDSEN T, WEBER H, NORDAL HJ *et Coll* - Lumbar spinal stenosis : conservative or surgical management. *Spine* 2000 ; **25** : 1424-36.
- 11 - JOHNSON KE, ROSEN I, UDEN A *et Coll* - The natural course of lumbar spinal stenosis. *Clin Orthop Relat Res* 1992 ; **279** : 82-6.
- 12 - JÖNSSON B, ANNERTZ M, SJÖBERG C *et Coll* - A prospective and consecutive study of surgically treated lumbar spinal stenosis. Part I : clinical features related to radiographic findings. *Spine* 1997 ; **22** : 2932-7.
- 13 - BERTHELOT JM, BERTRAND-VASSEUR A, RODET D *et Coll* - Le syndrome de sténose lombaire : mise au point. *Rev Rhum Engl Ed* 1997 ; **64** : 337-48.
- 14 - SPENGLER D.M - Degenerative stenosis of the lumbar spine. *J Bone Joint Surg* 1987 ; **69A** : 305-8.
- 15 - MORELAND LW, LOPEZ-MENDEZ A, ALARCON GS - Spinal stenosis : a comprehensive review of the litterature. *Semin Arthritis Rheum* 1989 ; **19** : 127-49.

Revue M decine Tropicale

Bulletin d'abonnement

IMTSSA

BP 46 - Le Pharo - 13998 MARSEILLE - ARMEES

Tel. : 04 91 15 01 47 • Fax : 04 91 15 01 29 • e-mail : medtrop@imtssa.fr

Service Abonnements • Tel. 04 91 15 01 23

Courriel : abonmedtrop@imtssa.fr

NOM et Prénoms :

Profession :
(ou désignation de l'Etablissement)

Adresse de Facturation :
.....
.....

Destinataire de la Revue :
.....
.....

Date et Signature

Les abonnements débutent à la date de la commande. Ils assurent le service de six numéros annuels et dont deux spéciaux.

Tarif d'abonnement 2007 (*Tarif unique pour tous pays, frais de port inclus*)

40 euros

Prix d'un numéro

8 euros

Remise libraire - 10 %

Règlement

- *Par chèque bancaire ou postal, à l'ordre de : Régisseur d'avances et de recettes de l'IMTSSA, Parc du Pharo, BP 46, 13998 Marseille-Armées, France.*
- *Par virement à : Domiciliation : TPMARSEILLE, n° banque : 10071, n° guichet : 13000, n° compte : 00001005337, RIB 38*