



**Prévalence et facteurs associés à la lombalgie chez les patients en consultation externe à l'hôpital national Ignace Deen de Conakry en Guinée : une étude transversale analytique**  
*Prevalence and factors associated with low back pain among outpatients at the Ignace Deen National Hospital in Conakry, Guinea: an analytical cross-sectional study*

Kaba Condé<sup>1</sup>, Florent Adjakou<sup>1</sup>, Moriba Touré<sup>1</sup>, Mamadou Tafsir Diallo<sup>2</sup>, Mamadou Hady Diallo<sup>2</sup>, Souleymane Djigué Barry<sup>2</sup>, Fodé Abass Cissé<sup>2</sup>

**Auteur correspondant**

Condé Kaba

Téléphone : +224629879631

Courriel : [Condekba95@yahoo.fr](mailto:Condekba95@yahoo.fr)

Service de Rhumatologie, CHU Ignace-Deen, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.

**Summary**

*Context and objective.* Low back pain is a major public health problem and affects approximately 80% of people at some point in their lives and can cause disability with significant socio-economic repercussions. The objective of this study was to determine the prevalence and factors associated with low back pain. *Methods.* This was a 2-year analytical cross-sectional study of medical records of patients who consulted for low back pain from February 1, 2020 to January 31, 2022, in the Neurology and Rheumatology Departments of the Ignace Deen University Hospital in Conakry (Guinea). Epidemiological and clinical data were collected for each patient. *Results.* Of 5030 patients, 1141 cases had low back pain, which corresponds to a frequency of 22.7%. Their mean age was  $50.3 \pm 15.6$  years (range 10 to 86 years) with a female predominance in 652 (57.1%) cases and a sex ratio M/F of 0.75. High blood pressure (178 cases) and diabetes (108 cases) were the most common comorbidities. Sedentary lifestyle (688 cases), awkward postures (506 cases), obesity (504 cases) and stress (413 cases) were the factors increasing the risk of developing low back pain in patients. The mechanical type of low back pain was the most common in 884 (77.5%) cases. Only 6 cases of low back pain related to bone metastases were noted. Low functional impact was noted in 938 (82.2%) patients with a mean EIFEL score of  $9.3 \pm 5$ . *Conclusion.* Low back pain is common in rheumatology and neurology consultations at this tertiary hospital. It mainly affects women who are housewives and sedentary.

**Keywords:** Low back pain, Prevalence, Conakry, Guinea

**Résumé**

*Contexte & objectif.* La lombalgie constitue un problème majeur de santé publique et affecte environ 80% des personnes à un moment de leur vie et peut engendrer une invalidité avec une grande répercussion socio-économique. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence et les facteurs associés à la lombalgie en consultations externes. *Méthodes.* Il agissait d'une étude transversale à visée analytique d'une durée de 2 ans allant du 1<sup>er</sup> février 2020 au 31 Janvier 2022 réalisée dans les services de neurologie et de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry (Guinée). Nous avons inclus dans l'étude, tous les patients qui ont consulté pour une lombalgie. Pour chaque patient, nous avons recueillis les données épidémiologiques et cliniques.

*Résultats.* Sur 5030 patients, 1141 présentaient de lombalgies soit une fréquence de 22,7%. L'âge moyen des patients était de  $50,3 \pm 15,6$  ans (extrêmes 10 et 86 ans) avec une prédominance féminine dans 652 (57,1%) cas femmes et un sex-ratio de 0,75. L'hypertension artérielle (178 cas) et le diabète (108 cas) étaient les comorbidités les plus retrouvées. La sédentarité (688 cas), les postures contraignantes (506 cas), l'obésité (504 cas) et le stress (413 cas) étaient les facteurs plus fréquemment associés aux lombalgies. Le type mécanique de la lombalgie était prépondérant (77,5%). Seulement 6 cas de lombalgies liées aux métastases osseuses ont été notés. Un retentissement fonctionnel bas a été observé chez 938 (82,2%) patients avec un score EIFEL moyen de  $9,3 \pm 5$ .

*Conclusion.* Les lombalgies sont fréquentes en consultation de rhumatologie et de neurologie de cet hôpital tertiaire. Elles touchent principalement les femmes ménagères et sédentaires.

**Mots-clés :** Lombalgie, Prévalence, Conakry, Guinée



Received: August 13<sup>th</sup>, 2024

Accepted: February 1<sup>st</sup>, 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i2.15>

Reçu le 13 août 2024

Accepté le 1 février 2025

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i2.15>

1. Service de rhumatologie, CHU Ignace-Deen, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.
2. Service de neurologie, CHU Ignace-Deen, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée.

## Introduction

La lombalgie est une douleur ou gêne fonctionnelle située entre la douzième côte et le pli fessier, associée ou non à des irradiations dans les membres inférieurs (1-2). La lombalgie est classée soit selon la durée (lombalgie aiguë, lombalgie subaiguë et en lombalgie chronique ou persistante) soit selon le mécanisme (mécanique, inflammatoire, lombosciatique) (2). La douleur est le principal symptôme et le diagnostic est essentiellement clinique (3). La lombalgie constitue un problème majeur de santé publique [4] et affecte environ 80% des personnes à un moment de leur vie et peut engendrer une invalidité avec une grande répercussion économique (5-7). Elle est à l'origine de plus de 85 % des coûts médicaux directs ou indirects (8). Dans les pays développés et en développement, elle est considérée comme la principale cause d'années vécues avec une incapacité, et la sixième en termes de charge globale de morbidité (années de vie ajustées sur l'incapacité) (9). En Afrique, la lombalgie est un motif de consultation fréquent (10). Sa prévalence augmente avec l'âge, avec des taux de 1% à 6% chez les enfants âgés de 7 à 10 ans, 18% chez les adolescents, et un pic de prévalence allant de 28% à 42% chez les personnes âgées de 40 à 69 ans (11). Ainsi l'objectif de la présente étude était de déterminer la prévalence et les facteurs associés à la lombalgie en consultations externes.

## Méthodes

### *Nature, période et cadre de l'étude*

Il agissait d'une étude transversale à visée descriptive d'une durée de 2 ans allant du 1<sup>er</sup> février 2020 au 31 Janvier 2022 réalisée dans les services de neurologie et de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry (Guinée).

### *Critères de sélection*

Ont été inclus dans l'étude, tous les patients ayant consulté pour une lombalgie selon la définition (une douleur ou gêne fonctionnelle

située entre la douzième côte et le pli fessier, associée ou non à des irradiations dans les membres inférieurs). Les patients opérés du dos et/ou ayant une lombalgie post-traumatique ont été exclus.

### *Variables d'intérêt*

Dans la présente étude, la variable d'intérêt principale était la présence de lombalgie. Cette variable a été obtenue après le diagnostic des patients basé sur l'interrogatoire et l'examen physique. La réponse à cette variable était binaire, codée comme « 0 » pour absence de lombalgie et « 1 » pour présence de lombalgie. Pour chaque patient, nous avons recueillis les données épidémiologiques : le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, la profession (commerçants, élèves/étudiants, fonctionnaires, ouvriers, paysans, policiers/gendarmes, personnel médical, ménagères, sans emploi), les comorbidités (HTA, diabète, insuffisance rénale, VIH), facteurs de risques (manutentions manuelles, exposition aux vibrations, postures pénibles sous contrainte, travail physique dur, obésité, une flexion ou une torsion répétitive du bas du dos, le soulèvement d'objets lourds, un mode de vie sédentaire, le stress et l'anxiété), données Cliniques :

- La durée de la lombalgie (lombalgie aiguë <6 semaines ; lombalgie subaiguë = 6-12 semaines et lombalgie chronique >12 semaines),
- Le type de lombalgie
  - Mécanique : diurne, augmentant avec l'activité ou le port de charges, les efforts, la station debout ou assise prolongée, soulagée par le repos et le décubitus ;
  - Inflammatoire : nocturne, réveil matinal prématuré, dérouillage matinal (en général < 30



- minutes), calmée par l'activité physique
- Lombosciatique : Douleur à point de départ lombaire et à irradiation douloureuse distale dans les membres inférieurs de topographie radiculaire L5 ou S1
  - Intensité de la douleur : elle a été déterminée à l'aide de l'Échelle Visuelle Analogique (EVA). La sévérité de la douleur selon l'échelle visuelle analogique comprise entre 0 et 10 :
    - 0 : pas de douleur
    - [1-3] : douleur légère
    - [4-5] : douleur modérée
    - [6-7] : douleur intense
    - [8-10] : douleur très intense
  - Les comorbidités : l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale, le VIH.
  - L'EIFEL ou Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgies : c'est un questionnaire constitué de 24 items auxquels le patient adhère ou non selon son état. Ces items concernent principalement l'impact fonctionnel et physique de l'affection sur la locomotion (marche et escaliers), les transferts (fauteuil, chaise, debout), l'habillement, les activités domestiques et le « confort corporel » (changement de position pour soulager le dos, appétit). Plus le score est élevé, plus le retentissement de la lombalgie est important [12].
- Interprétation de l'EIFEL[13]
- EIFEL = 0-14 : retentissement fonctionnel bas ;
  - EIFEL = 15-23 : retentissement fonctionnel élevé ;
  - EIFEL = 24 : incapacité sévère.
- Etiologie de la lombalgie :
    - Mécanique : hernie discale ; spondylolisthésis ; canal lombaire étroit ; ostéoporose ; arthrose lombaire ; maladie de Forestier.
    - Cause inflammatoire : spondyloarthrite ; mal de Pott ; maladie de Paget.
    - Cause tumorale : myélome multiple ; métastases osseuses.

### **Analyse statistique et considérations éthiques** *Analyse multivariée explicative*

Notre variable d'étude à savoir la lombalgie étant qualitative dichotomique, nous avons utilisé une régression logistique binaire multiple. La sélection des variables pour l'analyse de régression logistique multivariée à plusieurs niveaux a été guidée par les résultats d'une analyse de régression logistique binaire, en particulier ceux avec une valeur P inférieure à 0,25. De plus, pour garantir l'absence de multicolinéarité entre les variables prédictives, le facteur d'inflation de la variance généralisée (GVIF) a été utilisé, avec une valeur seuil fixée à 10. Après examen, le GVIF pour toutes les variables prédictives de cette étude se situait dans la fourchette de 3,05 à 7,55, avec une moyenne de 5,35. Cela suggère l'absence de multicolinéarité entre les variables indépendantes.

Les variables indépendantes proposées pour notre série étaient basées sur des connaissances acquises de revue de la littérature et des hypothèses de travail. Il s'agissait des variables ci-après : le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, la profession (commerçants, élèves/étudiants, fonctionnaires, ouvriers, paysans, policiers/gendarmes, personnel médical, ménagères, sans emploi), les comorbidités (HTA, diabète, insuffisance rénale, VIH), facteurs de risques (manutentions manuelles, exposition aux vibrations, postures pénibles sous contrainte, travail physique dur, obésité, une flexion ou une torsion répétitive du bas du dos, le soulèvement d'objets lourds, un mode de vie sédentaire ; le stress et l'anxiété).

#### *Modèle de régression logistique*

Soit P la probabilité pour un individu d'avoir la lombalgie. Le modèle logistique s'écrit alors comme suit :

$$\begin{aligned} \text{logit}(P) &= \log\left(\frac{p}{1-p}\right) \\ &= \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots \\ &\quad + \beta_k X_k + \varepsilon \\ P &= \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon}} \end{aligned}$$

$X_j$  est la valeur de chacune des k variables explicatives.

$\beta_j$  est le coefficient qui mesure l'effet net de la variable (ou de la modalité) j sur la fréquence de l'évènement considéré après ajustement sur toutes les autres. Le coefficient  $\beta_0$  est une constante représentant l'ordonnée à l'origine.



$\epsilon$  représente la variation aléatoire due à l'action des variables implicites agissant sur la variable à expliquer.

Dans l'analyse finale, nous nous sommes appuyés sur la valeur du critère d'information d'Akaike (AIC) pour déterminer le modèle le plus approprié, en sélectionnant le modèle avec la valeur AIC la plus faible comme étant le mieux adapté. Dans l'analyse de régression logistique multivariée à effets mixtes, une valeur  $p$  inférieure à 0,05 correspondait à la signification statistique d'une variable explicative. De plus, nous avons utilisé des rapports de cotes ajustés (AOR) avec un intervalle de confiance de 95 % dans l'analyse multivariée pour identifier les variables qui produisaient des effets statistiquement significatifs sur la variable de résultat.

Pour l'analyse de ces données, une analyse descriptive de l'ensemble des données a été réalisée. Les variables qualitatives ont été présentées sous forme de proportion et celles

quantitatives sous forme de moyenne, médiane, +/- écart type. Toutes les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel d'analyse R version 4.4.2.

Tous les patients ont signé un formulaire de consentement éclairé avec l'accord du comité d'éthique du CHU Ignace Deen et l'anonymat des patients a été conservé.

### Résultats

#### *Prévalence de la lombalgie et caractéristiques sociodémographiques*

Sur 5030 consultations enregistrées pendant la période d'étude, 1141 avaient des lombalgies soit une fréquence globale de la lombalgie de 22,7% [IC à 95 % (22,17 %, 23,01 %)] avec une moyenne d'âge de  $50,3 \pm 15,6$  ans (extrêmes 10 et 86 ans), et une prépondérance féminine dans 652 (57,1%) cas et un sex-ratio de 0,75. Les personnes mariées (789 cas) et les ménagères (308 cas) étaient les plus représentées (tableau 1). Cette lombalgie était chronique dans 66,6 % des cas.

**Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et comorbidités des patients souffrant de lombalgie**

Variables	Effectifs (%)
Age moyen ( $50,3 \pm 15,6$ ans, extrêmes 10 et 86 ans)	
Sexe	
Femmes	652 (57,1)
Hommes	489 (42,9)
Situation matrimoniale	
Célibataires	184 (16,1)
Divorcé(e)s	45 (4)
Marié(e)s	789 (69,1)
Veuf(ve)s	123 (10,8)
Professions	
Commerçants	208 (18,2)
Fonctionnaires	279 (24,5)
Ménagères	308 (27)
Elèves/Étudiants	52 (4,5)
Paysans	56 (4,9)
Chauffeurs	39 (3,4)
Ouvriers	170 (14,9)
Policiers/Gendarmes	12 (1,1)
Personnel médical	6 (0,5)
Sans emploi	11 (1)



Comorbidités

HTA	178 (15)
Diabète	108 (9,5)
VIH	17 (1,7)
Insuffisance rénale	9 (0,8)

HTA : hypertension artérielle ; VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

L'hypertension artérielle (178 cas) et le diabète (108 cas) étaient les comorbidités les plus retrouvés.

Sept cent soixante patients présentaient une lombalgie chronique. Le type mécanique de la

lombalgie était le plus représenté dans 884 (77,5%) des cas suivis des lombosciatiques dans 203 (17,8%) des cas tandis que les lombalgies inflammatoires étaient présentes chez 143 (12,5%) cas (tableau 2).

**Tableau 2. Les facteurs de risques et étiologies de la lombalgie**

Variables	Effectifs (%)	
<b>Facteurs de risques de lombalgie</b>		
Manutention manuelle	203 (17,8)	
Vibrations	157 (13,7)	
Postures contraignantes	506 (44,3)	
Travail physique dur	328 (28,7)	
Flexion/Extension répétitive	296 (25,9)	
Soulèvement d'objet lourd	251 (22)	
Obésité	504 (44,2)	
Sédentarité	688 (60,3)	
Stress/Anxiété	413 (36,2)	
<b>Etiologies</b>		
	Arthrose lombaire	742 (65)
	Hernie discale	198 (17,4)
Mécaniques	Spondylolisthésis	41 (3,6)
	Ostéoporose	95 (8,3)
	Canal lombaire étroit	44 (3,9)
	Maladie de Forestier	4 (0,4)
	Hernie discale	45 (3,9)
Lombosciatiques	Canal lombaire étroit	14 (1,2)
	Mal de Pott	60 (5,2)
Inflammatoires	Spondylarthrite ankylosante	73 (6,4)
	Maladie de Paget	9 (0,8)
Type malin	Myélomes multiples	2 (0,2)



Les étiologies de la lombalgie étaient essentiellement mécaniques dominées par l'arthrose (742 cas) et la hernie discale (243 cas). La spondylarthrite ankylosante (73 cas) et le mal de Pott (60 cas) étaient les causes inflammatoires de la lombalgie chez nos patients. Seulement 6

cas de lombalgies liées aux métastases osseuses ont été notés.

La douleur dans la lombalgie était intense dans 39,1% des cas avec un EVA moyen de  $6,5 \pm 1,8$  et un retentissement fonctionnel bas chez 938 (82,2%) patients avec un score EIFEL moyen de  $9,3 \pm 5$  (tableau 3).

**Tableau 3. Caractéristiques cliniques de la douleur chez les patients souffrant de lombalgie**

Variables	Effectifs (%)
Durée	
Chronique	760 (66,6)
Subaigüe	248 (21,7)
Aigüe	133 (11,7)
Echelle visuelle analogique (EVA)	
Douleur légère	60 (5,3)
Douleur modérée	266 (23,3)
Douleur intense	446 (39,1)
Douleur très intense	369 (32,4)
EVA moyen : $6,5 \pm 1,8$ extrêmes de 1 et 10	
Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies (EIFEL)	
Retentissement fonctionnel bas	938 (82,2)
Retentissement fonctionnel élevé	200 (17,5)
Incapacité sévère	3 (0,3)
EIFEL moyen : $9,3 \pm 5$ extrêmes de 1 et 24	

**Facteurs associés à la lombalgie**

Après ajustement des variables dans une régression logistique multivariée, certaines associations avec la lombalgie chez les patients ont été identifiées. Les variables telles que l'âge, le sexe, la profession (ouvriers, paysans, ménagères) ; les comorbidités (diabète) et les

facteurs de risques (postures pénibles sous contrainte, travail physique dur, l'obésité ; une flexion ou une torsion répétitive du bas du dos, la sédentarité ; le stress) se sont révélées statistiquement associées à la présence de lombalgie chez les patients (tableau 4).



Tableau 4. Facteurs associés à la lombalgie chez les patients

Variables explicatives	Présence de lombalgie		OR ajusté (IC 95 %)	P
	Oui	Non		
<b>Sexe</b>				
Homme	489	2 011	1	Ref.
Femme	652	1 878	1,45 (1,20, 1,75)*	0,001*
<b>Âge</b>				
< 50 ans	470	1 870	1	Ref.
≥ 50 ans	671	2 019	2,1 (1,70, 2,58)*	< 0,001*
<b>Situation matrimoniale</b>				
Célibataire	184	876	1	Ref.
Marié(e)	789	2 698	1,25 (1,01, 1,55)	0,048
Divorcé(e)/Veuf (ve)	168	315	1,10 (0,85, 1,45)	0,332
<b>Profession</b>				
Fonctionnaires	279	891	1	Ref.
Ménagères	308	541	1,89 (1,45, 2,45)*	< 0,001*
Ouvriers	170	450	1,67 (1,32, 2,11)*	0,002*
Paysans	56	126	1,55 (1,12, 2,15)*	0,015*
Autres professions	328	1 881	1,20 (0,90, 1,60)	0,210
<b>Comorbidités</b>				
HTA	178	371	1,15 (0,90, 1,45)	0,220
Diabète	108	144	1,36 (1,02, 1,80)*	0,035*
VIH	17	45	1,05 (0,55, 2,00)	0,874
<b>Facteurs de risque</b>				
Sédentarité	688	980	2,25 (1,85, 2,73)*	< 0,001*
Obésité	504	800	1,72 (1,42, 2,10)*	< 0,001*
Postures contraignantes	506	1 002	1,95 (1,60, 2,38)*	< 0,001*
Stress/Anxiété	413	880	1,50 (1,22, 1,85)*	0,001*
Travail physique dur	328	690	1,40 (1,12, 1,75)*	0,003*
Flexion/Torsion répétée	296	588	1,20 (0,98, 1,47)	0,075
Soulèvement d'objets lourds	251	570	1,10 (0,90, 1,35)	0,300
<b>Comportements liés</b>				
Exposition aux vibrations	157	300	1,05 (0,80, 1,37)	0,720
Manutention manuelle	203	408	1,30 (1,00, 1,68)	0,050

\*significatif à une valeur de  $p < 0,05$

En analyse multivariée et après ajustement des variables, le sexe féminin (ORa 1,45), l'âge  $\geq$  50 ans (ORa 2,1), le statut marié (ORa 1,25), ménagères (ORa 1,89), ouvriers (ORa 1,67), paysans (ORa 1,5), diabète (ORa 1,36), Sédentarité (ORa 2,29), obésité, (ORa 1,36), postures contraignantes (ORa 1,95), Stress/anxiété (ORa 1,5) et travail physique (ORa 1,4) ont été émergés comme facteurs associés de manière indépendante à la lombalgie.

#### Discussion

Durant la période d'étude, un total de 1141 cas de lombalgie a été enregistré sur 5030 consultations externes, soit une fréquence de 22,7%. Les lombalgies étaient chroniques dans 66,6 % des cas. Parmi les cas de lombalgie, le type mécanique (77,5%) prédominait. La fréquence de

la lombalgie retrouvée dans la présente étude est inférieure aux données de Traoré *et al.* (6) en Côte d'Ivoire, Zomalheto *et al.* (12) au Bénin, Mijiyawa *et al.* (13) au Togo qui avaient rapporté respectivement une fréquence de 41,6% ; 36% et 35,3%. Cette différence pourrait être attribuée à plusieurs facteurs : la différence entre les populations étudiées, les régions géographiques, les facteurs socioculturels, le mode de vie. En dépit de cette différence les lombalgies représentent la première cause de consultation en rhumatologie et un des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale (2, 14-15). Dans la présente étude, la lombalgie touchait principalement des patients d'âge moyen de 50 ans. Ce résultat corrobore ceux de Deme H *et al.* (16) au Sénégal en 2020, qui avaient rapporté un



âge moyen de 49,5 ans avec des extrêmes de 17 et 77 ans. Selon le rapport de the International Association for the Study of Pain (IASP) en 2021 (17), la prévalence de la lombalgie augmente avec l'âge jusqu'à 80-89 ans. En effet, la lombalgie est majoritairement rencontrée dans le groupe d'âge de 50 à 54 ans. Outre la présence de phénomènes dégénératifs et la diminution des résistances au travail dynamique associé à l'âge, l'ardeur au boulot à cet âge pourrait en être une explication supplémentaire.

Le sexe féminin (57,1%) et les ménagères (27%) étaient les plus représentés dans la présente étude. Cette prédominance féminine est en accord avec les données de la littérature (10, 18-19). En effet, les difficultés des tâches dévolues aux femmes, associées au morphotype d'hyperlordose caractéristique et la grande multiparité pourraient justifier la fréquence élevée des lombalgies chez les femmes (20). Franke *et al.* avaient souligné que la prévalence de la lombalgie chez les femmes en post-partum augmente dans l'année suivant l'accouchement, avec des estimations passant de 28 % après 3 mois à plus de 50 % après 5 mois et 67 % après 12 mois (21). Les tâches ardues quotidiennes des femmes au foyer, soumettant le rachis à de répétitifs mouvements de flexion, extension, et torsion pourraient expliquer la prépondérance des ménagères. La chronicité de la lombalgie ainsi que les facteurs de risque d'apparition de la lombalgie tels que la sédentarité, les postures contraignantes, l'obésité dans notre série sont semblables aux données de la littérature subsaharienne (21-24), et caucasienne (25).

Dans notre série, en accord avec d'autres études africaines (16-23), la lombalgie était essentiellement mécanique (77,5%) dominées par l'arthrose et la hernie discale. Dans un consensus formalisé sur les recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge de la lombalgie aiguë du patient africain, les auteurs avaient rapporté que les lombalgies mécaniques sont en rapport avec des lésions dégénératives bénignes du rachis ou n'ont pas de cause identifiable précise et qu'elles représentent 85 à 90% des cas (2). De plus, l'âge moyen relativement élevé de nos patients ainsi que les facteurs de risque de survenue de la lombalgie constituent également des facteurs de risque pour les pathologies dégénératives telles que l'arthrose et la hernie discale du fait du vieillissement et de la pression exercée sur le cartilage des vertèbres lombaires.

Quant aux lombalgies inflammatoires, elles étaient moins fréquentes (12,5%) et avaient pour causes les spondylarthrites et le mal de Pott. Ces trouvailles sont similaires à celles de Traoré *et al.* (26). En effet, l'endémicité de plusieurs pays d'Afrique ajoutée aux faibles revenus des populations favorisent la recrudescence de certaines infections notamment la tuberculose qui peuvent conduire à des complications.

Par ailleurs, seulement 6 cas de lombalgies étaient associés aux métastases osseuses dans notre série. Cette faible fréquence des pathologies tumorales est rapportée dans les études ivoirienne (26) et togolaise (13).

Notre recherche a révélé une fréquence relativement basse de la lombalgie par rapport à d'autres études menées en Afrique subsaharienne. Les patients recrutés dans nos hôpitaux ont introduit des biais qui limitent la généralisation de nos conclusions. La nature principalement clinique du diagnostic des lombalgies a pu entraîner une sous-estimation de l'importance des lombalgies symptomatiques. Cependant, cette étude, l'une des plus importantes en Guinée, a été menée dans deux grands services où les consultations pour lombalgie sont fréquentes, ce qui la distingue des autres études africaines souvent réalisées dans un seul service.

#### **Conclusion**

Les lombalgies sont fréquentes en consultation de rhumatologie et de neurologie au CHU Ignace Deen de Conakry. Elles touchent principalement les femmes ménagères et sédentaires pour la plupart. Elles sont caractérisées par une douleur mécanique d'évolution chronique. Leurs étiologies sont variées et dominées par les causes dégénératives. De par leur fréquence élevée et leurs étiologies non spécifiques, les lombalgies constituent un problème de santé publique.

#### **Conflit d'intérêt**

Aucun

#### **Contribution des auteurs**

Tous les auteurs ont contribué de manière équitable à la réalisation de ce travail.

#### **Références**

1. Muzembo Ndundu J, Nkodila A, Mayengo Bukambu L, Luviluka Diakono J-M, Tungulu Kota L. Prévalence et facteurs de risque associés à la lombalgie chronique parmi les salariés d'une entreprise de transport à Kinshasa. *Kinésithérapie Rev* 2021;21:22-29.



- <https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.01.006>.
2. Elleuch M, El Maghraoui A, Griene B, Nejmi M, Ndongo S, Serrie A. Consensus formalisé: recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge de la lombalgie aiguë du patient africain. *Pan Afr Med J* 2015;**22**:240. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.240.8120>.
  3. Mazières B, Laroche M, Constantin A, Cantagrel A. Rhumatologie pour le praticien. rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France: Elsevier Masson SAS; 2018.
  4. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. *Rev Rhum* 2012;**79**:A27–31. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(12\)70058-3](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(12)70058-3).
  5. Bejia I, Younes M, Hadj Belgacem J, Khalfallah T, Ben Salem K, Touzi M, *et al.* Prévalence et facteurs associés à la lombalgie commune chez le personnel hospitalier. *Rev Rhum* 2005;**72**:427-432. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2004.06.007>.
  6. Traore B, Hajar S, Tsoumbou-Bakana G, Nani S, Lmidmani F. Prévalence et facteurs associés à la lombalgie au CHU Ibn Rochd de Casablanca - Étude transversale. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique* 2022;**70**:S246. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.06.288>.
  7. Garofalo M, Varone S. Les effets des exercices de stabilisation segmentaire lombaire chez les lombalgiques aigus, subaigus et récurrents 2011.
  8. Nguyen C, Poiraudau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Rev Rhum* 2009;**76**:537-542. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2009.03.003>.
  9. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *The Lancet* \*2017;**389**:736-747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9).
  10. Ledier AAR, Edgard LNN, Ondzala AE, Chabel N-KD, Eddie OBF, Précieux SA, *et al.* Prévalence et Facteurs de Risque Associés à la Lombalgie Commune chez le Personnel Soignant au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville en 2021. *ESI Prepr* 2023;**18**:265–265.
  11. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Zundert JV, Cohen SP. Low back pain. *The Lancet* 2021;**398**:78–92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00733-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00733-9).
  12. Zomalhèto Z, Mikponhou RCN, Wanvoègbe A, Adikpéto I, Ayélo P. Prévalence et facteurs associés à la lombalgie chez les conducteurs de taxi moto à Porto-Novo (Bénin). *Pan Afr Med J* 2019;**32**:107. doi:10.11604/pamj.2019.32.107.13477.
  13. Mijiyawa M, Oniankitan O, Kolani B, Koriko T. La lombalgie en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Rhum* 2000;**67**:914-920. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(00\)00033-8](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(00)00033-8).
  14. Galukande M, Muwazi S, Mugisa DB. Aetiology of low back pain in Mulago Hospital, Uganda. *Afr Health Sci* 2005;**5**:164-167.
  15. Doualla MS, Luma N, Eric W. Présentation clinique et radiologique de la lombalgie chronique en consultation hospitalière à Douala-Cameroun. *J Afrimag Méd* 2013;**2**:83-88.
  16. Deme H, Akpo LG, Badji N, T MA, D A, D AD. Aspects tomométriques des anomalies lombaires dans l'exploration des lombalgies au centre hospitalier régional de Kaolack : à propos de 67 cas. *J Afr L'Imagerie Médicale* 2020:20-26.
  17. The Global Burden of Low Back Pain. Int Assoc Study Pain IASP n.d. Available on <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/the-global-burden-of-low-back-pain/> (accessed April 4, 2024).
  18. Nottidge TE, Nottidge BA, Ekrikpo UE. Prevalence and predictors of low back pain in a Southern Nigerian hospital. *Ann Afr Med* 2019;**18**:167-172. doi: 10.4103/aam.aam\_59\_18.
  19. Kheder A, Jammeli I, Khalfallah T, Mahfoudh A. Lombalgies et présentisme : impact sur la productivité



- au travail. *Arch Mal Prof Environ* 2020;**81**:475-476.  
<https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.03.152>.
20. Franke H, Franke J-D, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 2014;**15**:286. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-286>.
21. Diatta AER, Cissé M, Ndiaye M. Prévalence et facteurs de risque de la lombalgie commune parmi le personnel soignant sénégalais en 2018. *Rev Afr Malgache Rech Sci Santé* 2021;**2**.
22. Valat J-P. Progrès en pathologie rachidienne L'évolution de la prise en charge des lombalgies communes. *Rev Rhum* 2007;**74**:73-78. [https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(07\)80615-6](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(07)80615-6).
23. Coste J, Le Parc JM, Berge E, Delecoeuillerie G, Paolaggi JB. [French validation of a disability rating scale for the evaluation of low back pain (EIFEL questionnaire)]. *Rev Rhum Ed Francaise* 1993 1993;**60**:335-341.
24. Muzembo Ndundu J, Makekita Kiadakulu S. Évaluation fonctionnelle d'une population des lombalgiques de Kinshasa par l'échelle d'EIFEL. *J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt* 2012;**32**:103-107. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2012.09.002>.
25. Ntsiba H, Makosso E. La lombalgie commune : A propos de 200 cas observés dans le service de rhumatologie du CHU de Brazzaville, 2009. Disponible sur <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:163442036>.
26. Traoré AD, Kouakou EC, Yao KJC, Kouame Kouame G, Aboubacar B, Koffi E, *et al.* Lombalgies et/ou lomboradiculalgies: profil épidémioclinique et étiologies à Bouake (Cote d'Ivoire). *Rev Mar Rhum* 2022;**59**:44-48.

Voici comment citer cet article : Condé K, Adjakou F, Touré M, Diallo MT, Diallo MH, Barry SD, *et al.* Prévalence et facteurs associés à la lombalgie chez les patients en consultation externe à l'hôpital national Ignace Deen de Conakry : une série descriptive des cas. *Ann Afr Med* 2025; **18** (2): e6048-e6057. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i2.15>