

Canal lombaire étroit en population Afro Descendante : la chirurgie plus efficace que le traitement médical ?

FABIENNE LOUIS-SIDNEY¹, SERGE ARFI¹, MOUSTAPHA DRAME², CHRISTOPHE DELIGNY³, PHILIPPE CABRE⁴, MICHEL DE BANDT⁵.

1. Fabienne Louis-Sidney MD, Serge Arfi MD, PhD, Michel De Bandt, MD, PhD : Service de Rhumatologie.
2. Christophe Deligny MD, PhD, Service de Médecine Interne
3. Moustapha Drame : Service d'Epidémiologie et Biostatistique
4. Philippe Cabre, Service de Neurologie.

Hopital Universitaire Pierre Zobda-Quitman, Route de Chateauboeuf, 97261, Fort-de-France, Martinique, France.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction: Le canal lombaire étroit est (CLE) est une pathologie invalidante qui touche principalement les populations vieillissantes et représente un coût de santé important. La présentation clinique associant claudication neurogène et lombalgies résulte d'un rétrécissement congénital ou dégénératif du canal rachidien. Ce rétrécissement plus important en population Africaine contraste avec une incidence plus faible de la maladie dans cette population. Dans les principaux essais cliniques et méta-analyses portant sur les traitements du CLE, 70 à 95 % des patients étudiés sont d'origine caucasienne et aucune différence d'efficacité entre chirurgie, rééducation ou infiltrations épidurales de corticostéroïdes n'est observée. À ce jour, il n'existe aucune étude thérapeutique comparative en populations d'origine africaine (afro descendante : AD). Nous souhaitons comparer trois approches thérapeutiques dans le CLE en Martinique, île française des Caraïbes avec un niveau de soins élevé comparativement aux autres îles de la région et une population vieillissante majoritairement AD. **Matériels et Methodes:** Cohorte prospective de 133 patients martiniquais, AD, présentant un CLE, évalués à 3 mois d'une première série d'infiltration épidurales de corticostéroïdes associé à une rééducation standardisée, puis affectés dans 3 bras thérapeutiques en fonction de leur évolution clinique et de leurs souhaits: rééducation (R: rééducation non standardisée et traitements oraux), deuxième série d'infiltrations épidurales de corticostéroïdes (EPI2) ou chirurgie de décompression (CD). Groupes R et EPI2 poolés en un groupe : Traitements conservateurs (TC). Critère principal d'évaluation : évolution de l'Oswestry Disability Index (ODI) à 3 mois (M3), M12, M18, M24. Critères secondaires d'évaluation : évolution des douleurs radicales et lombaires, mesurée par l'EVA (respectivement EVA-R et EVA-L). **Résultats:** 71 patients ont été affectés dans le bras R, 36 dans le bras EPI2 et 26 dans le bras CD. Les bras TC et CD étaient comparables en âge (62,3 +/- 13,1 ans), sexe (ratio homme/femme 0,75) et IMC avec une moyenne de 27,0 +/- 5,97 kg/m². L'ODI et l'EVA-R étaient significativement plus élevés dans le bras DC à baseline (respectivement $p < 0,01$ et $p < 0,001$). Il n'y avait aucune différence sur l'EVA-L entre TC et CD à baseline. Une diminution significativement plus importante de l'ODI a été observée dans le bras CD à M3, M12 et M18 (respectivement $P < 0,001$, $P < 0,001$ et $0,01$), non répliquée M24. Une diminution significativement plus importante de l'EVA-R a été observée dans le bras CD à M3, M12, M18 (respectivement $P < 0,001$, $P = 0,001$, $P < 0,01$), non répliquée à M24. Aucune différence d'évolution de l'EVA-L observée entre TC et CD. **Discussion :** Nous observons une supériorité de la CD sur l'évolution de l'EVA-R et de l'ODI, score fonctionnel composite, à M3, M12 et M18. Ces résultats sont similaires à ceux des principales études comparant traitements chirurgicaux et non chirurgicaux du CLE. Si les résultats favorables à long terme (M24) sur l'ODI et l'EVA-R ne sont pas répliqués, il existe une tendance en faveur de la chirurgie. L'absence de significativité

statistique pourrait s'expliquer par un nombre important de perdus de vu.
Conclusion : Il s'agit de la première étude comparative des traitements du CLE réalisée en population AD, montrant une supériorité de la CD sur l'évolution clinique des patients.

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques et démographique de la population à M0					
	Traitements conservateurs		Chirurgie (N= 26)	Nombre total patients (N=133)	P
	Suivi médical (N = 71)	2 ^{ème} IEC (N = 36)			
Age (années) – Moyenne (DS)	62.2 (±13.7)		62.4 (±12.3)	133	0.83
Sexe masculin – N (%)	48 (45%)		11 (41%)	133	0.7
IMC (kg/m ²) – Moyenne (DS)	27.7 (±4.51)		27.0 (±4.89)	118	0.6
ODI à M0 (pourcentage) – Moyenne (DS)	36.0 (±18.2)		49.5 (±21.0)	133	<0.01
EVA-L M0– Moyenne (DS)	38.5 (±22.6)		50.1 (±29.5)	126	0.069
EVA-R M0 – Moyenne (DS)	44.7 (±26.2)		66.3 (±25.0)	125	<0.001

Table 2: Comparaison de l'évolution de ODI, EVA-L et EVA-R à M3, M12, M18, M24 entre les traitements conservateurs et la chirurgie				
	Traitements conservateurs (N = 107)	Chirurgie (N = 26)	Nombre total patients (N= 133)	P
Évolution EVA-L à M3 (mm) – Moyenne (DS)	-1.94 (±22.3)	-15.0 (±27.8)	122	0.069
Évolution EVA-L à M12 (mm) – Moyenne (DS)	1.16 (±22.1)	-14.3 (±29.4)	81	0.045
Évolution EVA-L à M18 (mm) – Moyenne (DS)	-7.27 (±28.1)	-10.4 (±26.8)	53	0.57
Évolution EVA-L à M24 (mm) – Moyenne (DS) (mm)	-4.19 (±20.5)	-2.19 (±37.4)	43	0.99
Évolution EVA-R à M3 (mm) – Moyenne (DS)	-5.32 (±26.6)	-36.0 (±29.5)	125	<0.001
Évolution EVA-R à M12 (mm) – Moyenne (DS)	-3.23 (±28.1)	-19.3 (±40.7)	86	0.029
Évolution EVA-R à M18 (mm) – Moyenne (DS)	-6.64 (±23.3)	-33.2 (±23.5)	52	<0.001
Évolution EVA-R à M24 (mm) – Moyenne (DS) (mm)	-13.2 (±23.4)	-23.9 (±34.7)	44	0.15
Évolution ODI à M3 (Valeur absolue) – Moyenne (DS)	0.0283 (±12.7)	-14.7 (±21.1)	132	<0.001
Évolution ODI à M12 (Valeur absolue) – Moyenne (DS)	-0.0580 (±14.5)	-16.7 (±20.8)	90	<0.001
Évolution ODI à M18 (Valeur absolue) – Moyenne (DS)	-4.36 (±15.7)	-18.4 (±19.5)	57	<0.01
Évolution ODI à M24 (Valeur absolue) – Moyenne (DS)	-5.48 (±11.8)	-14.7 (±21.1)	47	0.078

References

1. Eisenstein S et al. Clin Orthop Relat Res. 1976
2. Zaina F et al. , Cochrane Database Syst Rev. 2016(1):CD010264.
3. Delitto A et al. , Ann Intern Med. 2015;162(7):465-73.
4. Malmivaara A et al. , Spine (Phila Pa 1976). 2007;32(1):1-8.