



QUALITE DE VIE DES ADULTES PARAPLEGIQUES PAR LESION MEDULLAIRE A COTONOU.

ALAGNIDE HE¹, DIALLO LL², GANDEMA S³, NIAMA NATTA DD¹, AZANMASSO H¹, HOUNGBEDJI GM¹, MAPINDUZI J¹, KPADONOU GT¹.

¹ Service de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle du CNHU-HKM de Cotonou

² Service de Neurologie Hôpital Moderne de l'Amitié à KIPE, CHU de Conakry

³ Centre de Rééducation Fonctionnelle de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso)

Correspondant : Etienne H. Alagnidé. 03 BP 1250 Cotonou ; Tél :00 229 97400522 **E-Mail** : ealagnide@yahoo.fr
Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC)/ Bénin

RESUME

La paraplégie par lésion médullaire constitue un handicap moteur lourd. Elle survient généralement de manière brutale et est d'évolution trainante. De ce fait, elle peut altérer la qualité de vie (QDV) du patient.

Objectif: Evaluer la qualité de vie des adultes paraplégiques par lésion médullaire à Cotonou de 2009 à 2015.

Méthode: Etude prospective, transversale à visée descriptive et analytique portant sur 35 adultes paraplégiques par lésion médullaire traités de 2009 à 2015 et réexaminés en 2015. Leur qualité de vie a été évaluée grâce au SIP (Sickness impact profile).

Résultats: Les patients ont eu un âge moyen de 46±14,61ans. 62,9% étaient des hommes avec une sex-ratio de 1,69. Avant la lésion, les patients étaient des commerçants (34,3%), artisans/ouvriers (25,7%), retraités (20%), fonctionnaires (17,1%) ; mais après la lésion seuls 20% ont pu retravailler. Essentiellement d'origine traumatique (65,7%), la lésion médullaire a été essentiellement au niveau lombaire haut (31,4%) et thoracique moyen (28,6%). Ont été observés chez les patients : les douleurs (74,3%), les troubles sexuels (68,6%), vésico-sphinctériens (57,1%), sensitifs (50,5%), du tonus musculaire (48%), les déformations orthopédiques (31,4%), les escarres (26%). Selon l'ASIA, les lésions ont été de type A ou B dans 34% et 17,1% des cas respectivement. Le mode de déplacement et l'indépendance fonctionnelle ont été précaires alors que la rééducation fonctionnelle a été suivie par 88,6% des cas. L'échelle SIP a révélé une altération moyenne (47,57 ± 10,18%) de la QDV globale. Cette dernière a été influencée par le revenu mensuel moyen, le délai d'évolution de la lésion, la douleur et le mode de déplacement.

Conclusion: Cette étude a révélé le retentissement non négligeable de la paraplégie par lésion médullaire sur les plans fonctionnel, professionnel, économique, psychosocial et sur la QDV globale des victimes.

Mots clés: lésion médullaire, qualité de vie, paraplégie, adulte, Cotonou.

ABSTRACT

Quality of life of paraplegic adults by spinal cord injury in Cotonou.

Paraplegia by spinal cord injury is a major motor handicap. It generally occur in a brutal way and its evolution is drawl. So, it can alter the patient's quality of life (QOL).

Objective: To evaluate the quality of life of paraplegic adults by spinal cord injury in Cotonou from 2009 to 2015.

Method: Prospective, cross-sectional descriptive and analytical study done about 35 paraplegic spinal lesion patients treated from 2009 to 2015 and re-examined in 2015. Their Quality of life was assessed using the Sickness impact profile (SIP).

Results: Patients had an average age of 46 ± 14.61 years. 62.9% were men with a sex ratio of 1.69. Before the injury, patients were traders (34.3%), artisans / workers (25.7%), retired people (20%), civil servants (17.1%). But after the injury only 20% were able to rework. Essentially traumatic (65.7%), the medullary lesion was located at the lumbar (31.4%) and middle (28.6%) thoracic levels. Were seen on patients: pain (74.3%), sexual (68.6%), vesico-sphincter (57.1%), sensory (50.5%) or muscle tone disorders (48%), orthopedic deformities (31.4%), pressure sores (26%). According to the ASIA, the lesions were type A or B in 34% and 17.1% of cases, respectively. The mode of displacement and functional independence were precarious while functional rehabilitation was followed by 88.6% of the cases. The SIP scale revealed an average alteration (47.57 ± 10.18%) of the overall QOL. The latter was influenced by the average monthly income, the duration of the injury, the pain and the mode of displacement.

Discussion- Conclusion: This study revealed the significant impact of spinal cord paraplegia on functional, occupational, economic, psychosocial and overall QOL of the victims.

Key words: spinal cord injury, quality of life, paraplegia, adult, Cotonou.

INTRODUCTION

Les lésions médullaires entraînent une interruption de la transmission de l'influx nerveux et s'accompagnent d'une perte ou perturbation permanente des fonctions sensorielles, motrices et autonomes reliées à la région de la lésion [1]. Elles surviennent généralement de manière brutale et sont d'évolution trainante.

Les paraplégies par lésion médullaire constituent un handicap moteur lourd. Elles entravent différentes activités dont la principale fonction motrice de l'homme, la marche. Des projets de vie du patient, et parfois de toute une famille, se retrouvent donc hypothéqués. Aussi les exigences financières, que nécessite la prise en charge de ce tableau, compliquent-elles le vécu des patients et de leurs familles. De ce fait, les paraplégies peuvent altérer la qualité de vie (QDV) des patients qui en sont victimes.

L'objectif de l'étude est d'évaluer la qualité de vie des adultes paraplégiques par lésion médullaire, suivis à Cotonou de 2009 à 2015.

PATIENTS ET MÉTHODE D'ÉTUDE

Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique. Elle a porté sur des adultes paraplégiques par lésion médullaire pris en charge au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) et à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Cotonou, dans leurs centres respectifs de rééducation.

Echantillonnage

Il a été réalisé en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion suivants:

Critères d'inclusion

A été inclus tout patient adulte (≥ 18 ans), paraplégique :

- ✓ admis dans l'un ou l'autre service, cadre de l'étude, pendant la période d'étude
- ✓ ayant fait ou non les séances de rééducation,
- ✓ dont le dossier médical a été retrouvé pendant la période de collecte des données ;
- ✓ dont l'adresse téléphonique et/ou géographique retrouvée sur le dossier est valide;
- ✓ ayant consenti à participer à l'étude ;
- ✓ résidant à Cotonou ou dans ses environs pendant la période de collecte.

Critères d'exclusion

A été exclu de notre étude tout patient présentant, en dehors de la paraplégie, une ou plusieurs affections chroniques susceptibles de

perturber sa qualité de vie telles que les affections psychiatriques psychotiques; l'hypertension artérielle; le diabète; le cancer, quelle que soit la localisation; l'immuno-dépression au VIH.

Collecte des données

Trente-cinq (35) patients recrutés selon ces critères ont été interrogés et examinés, à partir d'une fiche de collecte standardisée.

La qualité de vie des patients a été évaluée avec le Sickness impact profile (SIP).

Il s'agit d'un auto-questionnaire qui comporte 136 items répartis en 12 rubriques: sommeil et repos (7 items), comportement émotionnel (9 items), soins corporels et gestes quotidiens (23 items), tâches ménagères (10 items), mobilité (10 items), vie sociale (20 items), ambulation (12 items), degré d'éveil (10 items), communication (9 items), travail (9 items), loisirs et divertissements (8 items), alimentation (9 items).

Chaque item est une assertion écrite à la première personne du singulier et au présent de l'indicatif. Chaque patient choisit donc parmi les assertions qui lui sont proposées, celles qui décrivent sa vie de tous les jours et qui sont liées à son état de santé actuel. Un score élevé indique une qualité de vie dégradée. Que ce soit pour la qualité de vie globale ou chaque rubrique du SIP, la qualité de vie est dite altérée si le score obtenu est inférieur ou égal à 50% de celui attendu pour la rubrique.

Traitement et analyse des données

Les données recueillies ont été encodées dans Epi data version 3.1 avant d'être traitées et analysées par le logiciel SPSS version 20. Les tests statistiques utilisés ont été le X^2 (pour la comparaison des variables qualitatives) et Anova (pour les variables quantitatives). Le seuil de significativité choisi a été de 5%.

RÉSULTATS

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge des patients a été de 18 à 73 ans avec une moyenne de $46 \pm 14,61$ ans.

Leur revenu mensuel moyen a été de 68770 ± 124935 F CFA avec des extrêmes de 0 et 600000 F CFA.

La sex-ratio a été de 1,69.

Le tableau I présente les autres caractéristiques socio-démographiques des patients de l'étude.

Tableau I : Répartition des patients de l'étude selon leurs caractéristiques socio-démographiques

	Ef- fec- tifs	Pour- cen- tages
Sexe		
Masculin	22	62,9
Féminin	13	37,1
Profession avant la lésion		
Commerçant(e)	12	34,3
Artisan/ Ouvrier	9	25,7
Retraité(e)	7	20,0
Fonctionnaire	6	17,1
Etudiant/ Elève	1	2,9
Situation Professionnelle après la lésion		
Aucune	28	80,0
Identique	5	14,3
Différente	2	5,7
Niveau de scolarisation		
Non scolarisé	2	5,7
Primaire	11	31,4
Secondaire	16	45,7
Universitaire	6	17,1

Données cliniques

Le délai moyen d'évolution de la paraplégie a été de $22,55 \pm 23,72$ mois et a varié de 0,75 à 95 mois.

Les résultats des autres caractéristiques cliniques des patients de l'étude sont présentés dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patients de l'étude selon des données cliniques.

	Effec- tifs	Pourcen- tages
Cause de la paraplégie		
Traumatique	23	65,7
Infectieuse	7	20,0
Tumorale	5	14,3
Niveau de la paraplégie		
Lombaire haut	11	31,4
Thoracique moyen	10	28,6
Thoracique bas	8	22,9
Thoracique haut	6	17,1
Sévérité de la paraplégie (ASIA)		
ASIA A	12	34,3
ASIA B	6	17,1
ASIA C	10	28,6
ASIA D	7	20,0
Signes associés à la paraplégie		
Douleurs	26	74,3
Troubles sexuels	24	68,6
Troubles vésico-sphinctériens	19	54,3
Troubles sensitifs	18	51,4
Spasticité	17	48,6
Déformations orthopédiques	11	31,4
Escarres	9	25,7

Qualité de vie des patients

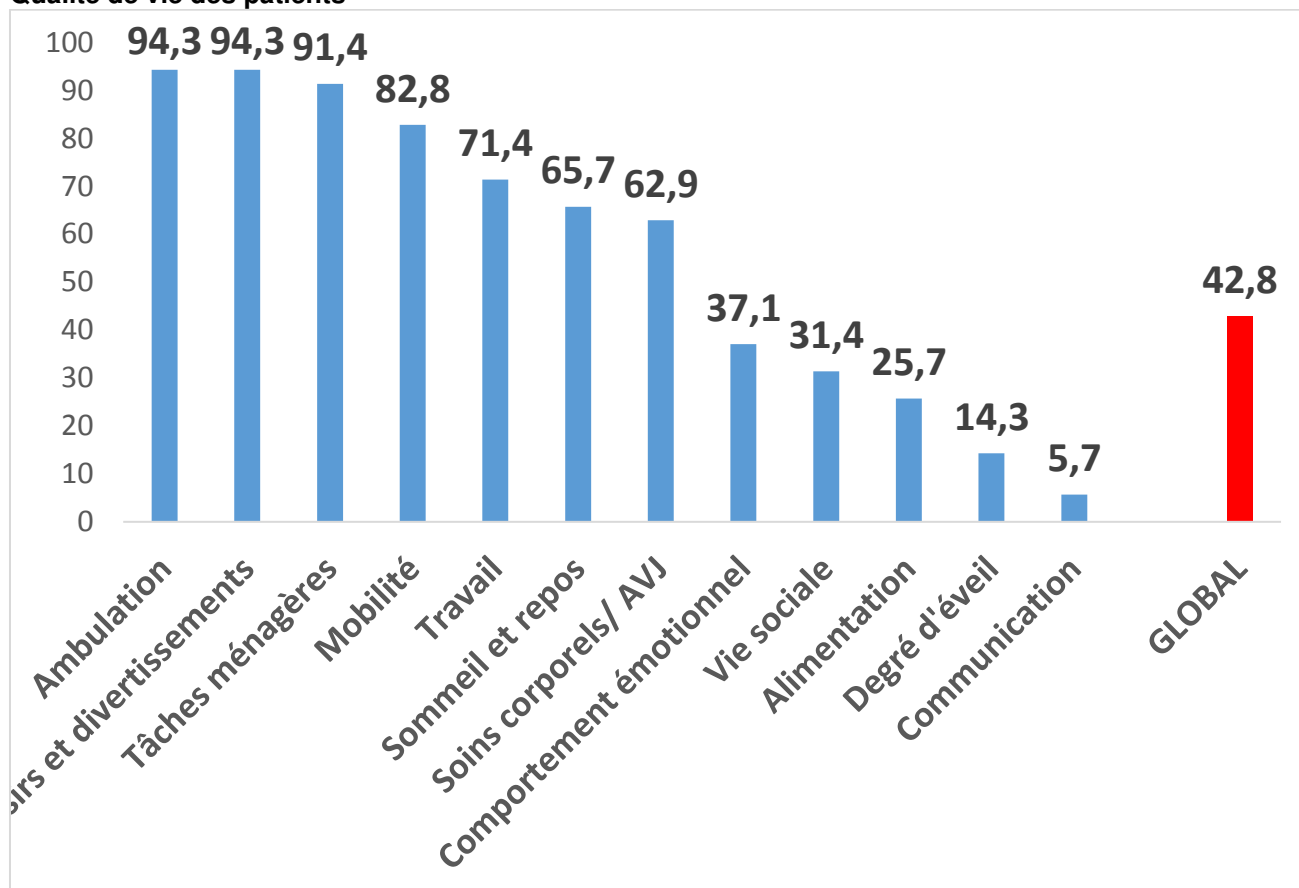


Figure n°1 : Répartition des patients selon les proportions d'altération des différentes rubriques de la qualité de vie au Sickness impact profile.

Facteurs associés à la qualité de vie

Tableau III : Récapitulatif des facteurs associés à l'altération de la qualité de vie globale des patients de l'étude.

	QDV satisfaisante	QDV altérée	Tests statistiques
Revenus mensuels moyens	123,82±161,55	16,78±27,58	F= 7,67; p= 0,01
Délai d'évolution de la lésion	31,59±28,35	14,01±14,48	F= 5,42 ; p= 0,02
Présence de douleur	10	16	X = 4,13; p=0,04

DISCUSSION

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des sujets de l'étude a été de 46 ans.

Il s'agit donc de pathologie des sujets adultes jeunes encore actifs dans la vie courante. Kpadonou et al au Bénin [2], de même que Calmes et al en France [3], ont abouti à des conclusions identiques avec des moyennes d'âge de 42,8 et 48,4 ans respectivement dans leur série. Cette survenue de la paraplégie entraîne généralement des problèmes de pronostic vital, fonctionnel, de devenir professionnel, socio-familial, génito-sexuel et de procréation. Elle constitue de ce fait, une tragédie pour les familles, la communauté et la société toute entière.

L'échantillon de notre étude a été marqué par une prédominance masculine, soit 22 hommes (62,9%). Au Bénin comme ailleurs, des auteurs ont également rapporté cette prédominance masculine avec des proportions allant de 69,2 à 80 % [2, 4-6]. Cette prédominance masculine s'expliquerait par le fait que dans ses différentes activités quotidiennes, professionnelles ou ludiques, l'homme a une grande tendance à prendre des risques, en exerçant des activités de plus en plus violentes surtout dans la conduite.

Quatre patients sur cinq n'ont plus exercé aucune profession. Cette situation pourrait être en rapport avec les déficiences, limitations d'activité et désavantages sociaux de la lésion médullaire sur la victime. Kemoun G et al ont par

contre rapporté une proportion moindre de patients sans situation professionnelle après leur paraplégie, soit 70% [7]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la définition du handicap est différente selon le contexte socio-culturel.

Données cliniques

Dans deux tiers des cas, chez les patients de notre série, la paraplégie a été d'origine traumatique. Déjà en 2007, Kpadonou et al [2] rapportaient les mêmes conclusions. La prédominance de ces causes traumatiques (essentiellement les AVP) se justifie à Cotonou par l'intensité du trafic routier, la promiscuité des engins à deux roues et des automobiles sur des chaussées exiguës. La paraplégie infectieuse a été dominée par le mal de Pott et constitue ainsi une spécificité de cette atteinte sous nos cieux.

Pour environ un tiers des cas, les lésions ont été complètes. D'autres auteurs ont été rapportés dans leurs séries [8,9]. Il s'agit de cas pour lesquels il n'y a pas d'espoir de récupération.

Ont été associés à la paraplégie divers signes tels que les douleurs, les troubles sexuels, vésico-sphinctériens, sensitifs et du tonus musculaire, dans des proportions allant de 48 à 74%. Daverat et al [10] ont eu dans leur population des troubles vésico-sphinctériens et du tonus musculaire dans des proportions de 57 et 45% respectivement. Pour ce qui est des douleurs, elles sont généralement de type neurogène et ont été observées par d'autres auteurs dans des proportions allant de 60 à 80% [6,11]. Les escarres ont été observées dans un quart des cas. Pour Thomason et al les escarres constituent une complication sérieuse pour les patients blessés médullaires [12]. Le traitement le plus efficace a été d'éviter le décubitus aux paraplégiques en leur faisant changer régulièrement de position, participer aux activités valorisantes de tout genre comme l'art, l'artisanat, la peinture, le sport pour handicapés, etc.

Qualité de vie des patients

Environ la moitié des sujets de l'étude a eu une altération globale de la qualité de vie, selon le sickness impact profile. Cette altération de la qualité de vie a porté particulièrement sur certains paramètres. Ces derniers ont été en rapport avec :

- perte de la fonction motrice des MP: Ambulation, mobilité, activités de la vie quotidienne (63 à 94%).
- problèmes environnementaux: loisirs et divertissements, tâches ménagères, travail (71 à 94%).

- répercussions psychologiques: comportement émotionnel (37%) et alimentation (26%).
- adaptations nyctémérales: sommeil et repos (66%)

Ces résultats montrent que ce sont particulièrement les fonctions motrices qui ont été perturbées chez les sujets de l'étude. Selon Laurence M et François G [13], les retournements et les transferts nécessitent non seulement un état orthopédique satisfaisant des membres inférieurs mais aussi une force musculaire suffisante des abaisseurs de l'épaule.

En ce qui concerne le degré d'éveil et la communication, respectivement 14 et 6% des patients de notre série les ont eus altérés. Chez des blessés médullaires, Murray et al rapportent des dysfonctionnements cognitifs dans environ 40% des cas [14]. Il s'agit de perturbations très peu attendues, vu le niveau de la lésion (moëlle épinière). Nous pourrions expliquer leur atteinte comme étant le résultat de réactions secondaires.

Ont été associés à la qualité de vie des patients leurs revenus mensuels moyens, le délai d'évolution de leur lésion et la présence de douleur chez ces patients. Plus leurs revenus mensuels moyens sont bas, plus leur qualité de vie est altérée. N'est-ce pas une situation de cercle vicieux? Mais pour ce qui est du délai d'évolution de la paraplégie, plus il est grand et plus la qualité de vie du patient est satisfaisante. S'agirait-il d'une habitude du patient à son état de santé?

L'altération globale de la qualité de vie a été plus notée chez des patients se plaignant de douleur. Cette dernière est l'un des principaux éléments impliqués dans la détérioration de la qualité de vie surtout dans ses domaines émotionnel, cognitif, psychologique et physique chez les blessés médullaires. Cela montre l'importance des agents physiques et de la psychothérapie pour réduire voire supprimer cette douleur vu l'interaction entre la douleur et le stress [14].

Ces résultats concordent avec ceux de Sanja T et al [15] dans leur étude sur les conditions de santé et la qualité de vie chez les blessés médullaires. Ils ont également rapporté une relation statistiquement significative entre la douleur et la qualité de vie.

CONCLUSION

La lourdeur du handicap par paraplégie ne réside pas que dans la déficience motrice des membres pelviens. En effet, ces patients ont

présenté une altération non négligeable de leur qualité de vie. Cette dernière a porté sur divers aspects, mais particulièrement les fonctions motrices, qui elles contribuent aux activités de la vie quotidienne, professionnelle ou sociale. Cette situation justifie les répercussions psychologiques et nyctémérales vécues par ces paraplégiques. Aussi est-il important de remarquer la place des possibilités financières dans le vécu de ce handicap par le patient. La meilleure prise en charge passerait par la prévention de ces lésions.

Conflit d'intérêt : Aucun

REFERENCES

- [1] Fattal C, Leblond C. Evaluation des aptitudes fonctionnelles, du handicap et de la qualité de vie chez les blessés médullaires. *Ann Réadapt Méd Phys.* 2005; 48: 346-360.
- [2] Kpadonou GT, Kpadonou FE, Alagnidé E, Avodé DG, Odoulami H. Epidémiologie et devenir des paraplégiques rééduqués au CNHU de Cotonou. *Afr J Neuro Sci.* 2007; 26 (2):58-65.
- [3] Calmels P, Béthoux F, Roche G, Fayolle-Mignon I, Picano-Gonard C. Evaluation du handicap et de la qualité de vie chez les blessés médullaires: étude d'un échantillon de population de 58 sujets vivant à domicile. *Ann Readapt Med Phys.* 2003; 46: 233-240.
- [4] Whitehurst DGT, Suryaprakash N, Engel L, Mittmann N, K Noonan V, Marcel FS D et al. Perceptions of individuals living with spinal cord injury toward preference-based quality of life instruments: a qualitative exploration. *Health Qual Life Outcomes.* 2014; 12: 50-51.
- [5] Schonherr MC, Groothoff JW, Mulder GA and Eisma WH. Participation and satisfaction after spinal cord injury: results of a vocational and leisure outcome study. *Spinal Cord.* 2005; 43: 241-248.
- [6] Lonjon N, Perrin FE, Lonjon M, Fattal C, Segnarbieux F, Privat A et al. Les lésions médullaires traumatiques: épidémiologie et perspectives. *Neurochirurgie* 2012; 58: 293-299.

[7] Kemoun G, Durlent V, Benaim C, Lefebvre-Donze AC, Magnier E. Evaluation de la qualité de vie des personnes handicapées à domicile et approche de l'action d'une équipe pluridisciplinaire de soutien. *Ann Readapt Med Phys.* 2000; 43(9): 483-493.

[8] Silbersteinl B, Rabinovich S. Epidemiology of spinal cord injuries in Novosibirsk. *Paraplegia.* 1995; 33: 322-325.

[9] LM PA, Tow AM. Recovery and regeneration after spinal cord injury: a review and summary of recent. *Ann Acad Med Singapore.* 2007; 36(1): 49-57.

[10] Daverat P, Petit H, Kemoun G, JF Dartigues JF, Barat M. The long term outcome in 149 patients with spinal cord injury. *Paraplegia.* 1995; 33: 665 -668.

[11] Lagauche D, Facione J, Albert T, Fattal C. The chronic neuropathic pain of spinal cord injury. Which efficiency of neuropathic stimulations? *Ann Phys Rehabil Med.* 2009; 52: 180-187.

[12] Thomason SS, Evitt CP, Harrow JJ, LOVE L, Moore DH, Mullins MA et al. Providers' perceptions of spinal cord injury pressure ulcer guidelines. *spinal cord Med.* 2007; 30(2): 117-126.

[13] Laurence M, François G. Evaluation des déficiences et incapacités : clinique, neurologique et orthopédique. *Neurologie.* 2002; 5: 413-417.

[14] Murray RF, Asghari A, Egorov DD, Rutkowski SB, Siddall PJ, Soden RJ et al. Impact of spinal cord injury on self-perceived pre and postmorbidity cognitive emotional and physical functioning. *Spinal Cord.* 2007; 45: 429 - 436.

[15] Sanja T, Milena M, Goran N, Goran J. Health Condition and Quality of Life in Persons with Spinal Cord Injury. *Iranian J Publ Health.* 2014; 43(9): 1229-1238.