

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.



UNIVERSITÉ DE TLEMCCEN

Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie et Sciences de la Terre et de l'Univers

Département : Biologie

MÉMOIRE

Présenté par

Baioui Fatima Zohra

En vue de l'obtention du

Diplôme de MASTER académique.

Spécialité : **Génétique des populations**

Thème

**ETUDE DES ALGIES À BAS DU DOS DANS LA POPULATION
DE TLEMCCEN.**

Soutenu le 25/06/2023 devant le jury composé de :

Mme. Bouazza Hayet	MCB	Université de Tlemccen	Président
Mme. Aouar Amaria	Professeur	Université de Tlemccen	Examineur
Mme . Chekroun Faiza	MAHU	Université de Tlemccen	Encadreur
Mme . Chabni Nafissa	Professeur	Université de Tlemccen	Co-Encadreur

Année Universitaire : 2022/2023

Remerciement

Je tiens à remercier tout d'abord Allah qui m'a donné la volonté, le courage, la puissance et la santé durant ces longues années d'études.

Ainsi j'adresse mes sincères remerciements à Madame CHEKRON FAIZA pour sa patience, le soutien et la qualité de son encadrement merveilleux. Et sans oublier le grand merci à madame AOUAR AMARIA maître de conférences à l'Université de Tlemcen, pour ses compétences et ses qualités scientifiques et humaines.

Madame CHABNI NAFISSA qui nous a donné la main de l'assistance et des informations nécessaires pour accomplir ce travail.

Nous adressons également nos sincères remerciements pour les membres de jurés que sincèrement je sens très chanceuse d'avoir travaillés avec eux

Dédicace

Je dédie ce travail

A mes chers parents et ma grande mère qui m'ont soutenue et encouragée durant toutes mes années d'étude. Qu' ils trouvent ici les témoignage de ma profonde reconnaissance.

A mon frère, mes sœur, ma grande famille et mes proches, ceux qui m'ont chaleureusement supportée tout au long de mon parcours.

A tous mes amis qui m'ont partagé les bons et les mauvais moments lors de mes années d'étude, et à qui je souhaite plus de succès.

A tous ceux que j'aime,

Je vous remercie énormément.

BAIOUI FATIMA ZOHRA

Sommaire

- I. Liste des tableaux
- II. Liste des figures
- III. Liste des cartes
- IV. Liste des abréviations

Partie bibliographique

Introduction	1
I. SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE	
I.1. Généralité	4
I.1.1. Définition de lombalgie	4
I.1.2. Les différents types de lombalgie	4
a) lombalgie chronique	4
b) lombalgie aiguë	5
I.1.3. Épidémiologie	5
I.1.4. Anatomie de la région lombaire	5
1.4.1. Le rachis lombaire	6
1.4.2. Les disques intervertébraux	6
1.4.3. Structures péri-vertébrales	7
1.4.4. Système musculaire de la région lombaire	8
1.4.5. Fonction de rachis lombaire	8
I.1.5. Physiopathologie de douleur	9
I.1.6. Diagnostic différentiel de lombalgie	12
I.1.7. Evolution de lombalgie	13
I.1.8. Les facteurs de risque	13
I.1.9. Traitement	14
1.9.1. Traitement conventionnel	14
a) Traitement médicale	14
b) Traitement chirurgicale	14
1.9.2. Traitement non conventionnel	15
a) Acupuncture	15
b) Médecine des ventouse	15
I.1.10. Prévention	16
1.10.1. Les mesures de prévention	16
a) Mesures prévention de base	16
b) Bonne posture	17
c) Au travail	17
d) Pour le travail devant un ordinateur	18
e) Pensez-y	18

Partie expérimentale

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES	
II.1. Objet d'étude	20
II.2. La localisation géographique de la population de Tlemcen	20
II.3. Critère d'inclusion	20

II.4. Déroulement de l'étude.....	21
II.5. Analyse uni variée	21
III. RESULTAT	
III.1. Répartition des patients enquêtés en fonction du sexe	22
III.2. L'âge des patients interrogées	23
III.3. Répartition des patients enquêtés en fonction de localisation	23
III.4. Répartition des patients enquêtés en fonction de localisation par apport le sexe	24
III.5. Répartition des patients enquêtés en fonction de situation matrimoniale.....	25
III.6. Répartition des patients enquêtés en fonction de profession	25
III.7. Répartition des patients enquêtés en fonction du l'IMC	26
III.8. Répartition des patients enquêtés en fonction de profil psychologique	27
III.9. Répartition des patients enquêtés en fonction des antécédents médicaux	27
III.10. Répartition des patients enquêtés en fonction des types des antécédents médicaux	28
III.11. Répartition des patients enquêtés en fonction des antécédents chirurgicaux	29
III.12. Répartition des patients enquêtés en fonction des types des antécédents chirurgicaux.....	29
III.13. Répartition des patients enquêtés en fonction des antécédents familiaux	30
III.14. Répartition des patients enquêtés en fonction des types des antécédents familiaux	30
III.15. Répartition des patients enquêtés en fonction de pris des médicaments	31
III.16. Répartition des patients enquêtés en fonction des types de pris des médicaments	31
III.17. Répartition des patients enquêtés en fonction de localisation de douleur	32
III.18. Répartition des patients enquêtés en fonction de l'intensité (EVA	33
III.19. Répartition des patients enquêtés en fonction de durée de la douleur	33
III.20. Répartition des patients enquêtés en fonction de type de la douleur.....	34
III.21. Répartition des patients enquêtés en fonction des circonstances d'apparition	34
III.22. Répartition des patients enquêtés en fonction de l'irradiation de la douleur.....	35
III.23. Répartition des patients enquêtés en fonction de la position qui d'éclanche la douleur	35
III.24. Répartition des patients enquêtés en fonction de la position qui antalgique la douleur	36
III.25. Hygiène de vie des patients enquêtés	37
IV. DISCUSSION	
IV.1. Comparaison des résultats.....	38
a) Age	38
b) Sexe.....	39
c) Profession.....	39
d) Etat matrimonial.....	40
e) Type de la douleur.....	40
f) Irradiation de la douleur.....	40

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Les ANNEXES

I. Liste des tableaux

Tableau	Titre	Page
1	Facteurs de risque de lombalgie selon l'INRS	13

II. Liste des figures

Figure	Titre	Page
1	Mal à bas du dos	4
2	Disques intervertébraux	7
3	Organisation autour du canal vertébral	7
4	Les types des pression sur la rachis	9
5	Les mouvements qui causent la lombalgie	10
6	Coupe transversale d'un disque intervertébrale	11
7	Répartition de la population étudiée selon le sexe	22
8	Répartition de la population étudiée selon l'âge	23
9	Répartition de la population étudiée selon localisation	23
10	Répartition de la population étudiée selon localisation par apport sexe	24
11	Répartition de la population étudiée selon situation matrimoniale	25
12	Répartition de la population étudiée selon de profession	25
13	Répartition de la population étudiée selon de l'IMC	26
14	Répartition de la population étudiée selon le profil psychologique	27
15	Répartition de la population étudiée selon les antécédents médicaux	27
16	Répartition de la population selon les types des antécédents médicaux	28
17	Répartition de la population étudiée selon les antécédents chirurgicaux	29
18	Répartition de la population selon les types des antécédents chirurgicaux	29
19	Répartition de la population selon les antécédents familiaux	30
20	Répartition de la population selon les types des antécédents familiaux	30
21	Répartition de la population selon le pris des médicaments	31
22	Répartition de la population selon les types de pris des médicaments	31
23	Répartition de la population selon de localisation de douleur	32
24	Répartition de la population selon de l'Intensité (EVA)	33
25	Répartition de la population selon de durée de la douleur	33
26	Répartition de la population selon de type de la douleur	34
27	Répartition de la population selon les circonstances d'apparition	34
28	Répartition de la population selon la position qui d'éclanche la douleur	35
29	Répartition de la population selon la position qui antalgique la douleur	35
30	Hygiène de vie des patients enquêtes	37

III. Liste des cartes

Cartes	Titre	Page
01	La localisation de la wilaya de Tlemcen	20

IV. Liste des abréviations

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien.

AIS : anti inflammatoire stéroïdien.

C1 : première vertèbre cervicale.

C7 : Septième vertèbre cervicale.

DA : la douleur aigüe.

EVA : Echelle visuelle analogique.

EIFEL : Echelle d' incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies.

F : femme.

GBD : Global Burden of Disease.

GDP: Génétique des population.

H: Homme.

IMC : Indice de masse corporel.

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité.

L1 : première vertèbre lombaire.

L2 : deuxième vertèbre lombaire.

L3 : troisième vertèbre lombaire.

L4 : quatrième vertèbre lombaire.

L5 : cinquième vertèbre lombaire.

Kg : Kilogramme.

M2 : Mètre carré.

OMS : Organisation Mondiale de la santé.

Qi : Énergie.

Introduction

Introduction

Introduction

De nombreuses personnes dans le monde souffrent de plusieurs maladies, telles que les maladies cardiaques, les maladies rénales et les maladies rhumatismalesetc. et il y a aussi celles qui souffrent des douleurs au niveau de la colonne vertébrale ,et la plus courante est la douleur au bas du dos appelés communément la lombalgie, car la plupart de la population mondial en souffre. Mais elle existe depuis environ 3500 ans (**Declerck, 2018**).

Le rachis lombaire est la partie de la colonne vertébrale située entre la 12e côte et le sacrum. Il se compose de 5 vertèbres et de coussins entre chaque os. Ces coussins, appelés disques, nous aident lorsque nous marchons ou courons, agissant comme des amortisseurs afin que les os ne se frottent pas les uns contre les autres (**EUROSPINE Patient Line, 2022**).

La région lombaire remplit de nombreuses fonctions importantes dans le corps humain. Ces fonctions comprennent le soutien structurel, le mouvement et la protection de certains tissus corporels. Par conséquent, les blessures aux structures importantes pour le port de poids, telles que les colonnes osseuses, les muscles et les ligaments, peuvent souvent être détectées lorsque le corps est en position debout ou effectue divers mouvements(**EUROSPINE Patient Line, 2022**).

la douleur lombaire est variable. elle peut être aiguë ou chronique. elle peut être sourde, douloureuse ou ressembler à une sorte de crampe. le type de douleur qu'on ressent dépend de la cause sous-jacente du mal. la douleur lombaire est un symptôme et ses causes peuvent être nombreuses, Environ 80% de tous les âges en souffrent ou en souffriront un jour. En outre, il existe de nombreux facteurs qui exacerbent la douleur(**EUROSPINE Patient Line, 2022**).

Problématique :

La lombalgie est un problème de santé publique majeur dans le monde entier. Toutes les tranches d'âge sont touchées, y compris les enfants et les adolescents (**François et al, 2021**).

La lombalgie est actuellement la principale cause d'invalidité dans le monde. Les définitions de cas de lombalgie sont très variables, ce qui rend l'estimation de la charge mondiale plus difficile qu'il n'y paraît. Selon la Global Burden of Disease (GBD) 2010, la lombalgie entraîne plus d'invalidité que toute autre maladie dans le monde, et elle est la principale cause d'invalidité dans les pays développés et en développement. En tenant compte, la lombalgie est une maladie qui requiert notre attention dans les domaines de la recherche, de la santé publique et des soins aux patients (**Insights in Public Health, 2022**).

Dans ce mémoire en étudiant la douleurs au bas du dos dans la population de Tlemcen en particulier, étudiant 73 patients souffrant des douleurs lombaires et certains des facteurs qui la provoquent, avec un objectif principal d'étude est les caractérisation épidémio-génétique de la douleur du bas du dos dans la population de Tlemcen.

Introduction

A travers cette étude, nous cherchons à savoir si des facteurs sociodémographiques et des facteurs de la culture médicale, etc. peuvent contribuer à l'apparition d'une lombalgie ou augmenter la douleur.

Chapitre 1 :
Synthèse Bibliographique

I. Synthèse bibliographique

I.1. Généralité

I.1.1. Définition de lombalgie

La lombalgie est une douleur localisée dans le bas du dos. La Société française de rhumatologie définit plus précisément la lombalgie comme « une douleur lombo-sacrée au niveau ou en dessous du niveau de la crête iliaque (fente fessière), centrale ou latérale, irradiant ne dépassant pas le genou, mais à prédominance lombo-sacrée. Pas de racines nerveuses La douleur est un élément essentiel de définition ». Par conséquent, la lombalgie est décrite comme un symptôme plutôt qu'un diagnostic étiologique précis (Phelip, 1999).

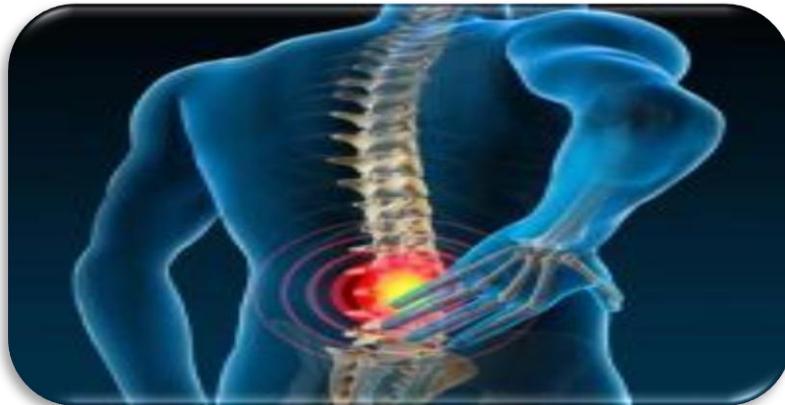


Figure 01 : malà bas du dos(rachis.paris/pathologies-problemes-de-dos)

I.1.2. Les différents types de lombalgie

Les douleurs lombaires sont de deux types :

a) **Lombalgie chronique :**

La lombalgie est dite chronique lorsque l'évolution de la douleur remonte à plus de trois mois. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la lombalgie chronique est "une sensation désagréable qui indique des dommages possibles ou réels aux structures du dos". Lorsque les critères de gravité et d'urgence sont exclus, le diagnostic peut être posé pour une lombalgie chronique. De nombreux facteurs de risque sont associés à la chronicité de la lombalgie, tels que des facteurs personnels, psychosociaux et psycho professionnels (Acapo et al, 2017).

b) Lombalgie aigüe :

La douleur aigüe (DA) est une douleur dite « normale ». elle peut être défini par une sensation désagréable en réponse à des lésions tissulaires. Elle se caractérise par un aspect moderne temporaire, mais il peut continuer au moment du développement naturel de la lésion (**Marchand, 2009**).

I.1.3. Epidémiologie :

La lombalgie est une maladie très fréquente dont la prévalence annuelle est d'au moins 50 % (**Spitzer et al, 1987**). L'estimation réelle de la prévalence diffère d'une étude à l'autre car les résultats sont influencés par la définition de la lombalgie, les méthodes d'évaluation utilisées, la période de prévalence étudiée et la nature de la population (**Waddell, 1987**), (**Stanton, 2010**). Cependant, il est courant de considérer que près des trois quarts des personnes ont ou auront des douleurs au dos au moins une fois dans leur vie. Les douleurs lombaires peuvent se manifester à n'importe quel âge avec des pointes de présence à la fin de l'adolescence et entre 40 et 50 ans (**Von Korff, 2008**). Les conséquences peuvent être des difficultés voire incapacités à se mouvoir, entraînant des soins et des arrêts de travail parfois répétés ou prolongés, souvent accompagnés de retentissements psychologiques et sociaux. Les douleurs lombaires sont par conséquent l'une des maladies les plus onéreuses pour la sécurité sociale (**Dunn et al, 2006**).

I.1.4. Anatomie de la région lombaires

La colonne vertébrale humaine consiste en 33 vertèbres, dont 24 sont séparées par des disques intervertébraux avec cinq types de vertèbres : cervicale, thoracique, lombaire, sacrale et coccygienne chacune dotée de caractéristiques anatomiques spécifiques lui conférant une fonction spécifique.

Elle présente des courbures qui contribuent à l'équilibre du corps: la lordose cervicale et lombaire, le cyphose thoracique et sacrococcygienne. Ce qui nous intéresse dans notre mémoire le rachis lombaire (**Maigne, 2010**).

a) Le rachis lombaire :

Le rachis lombaire est une structure complexe dont le rôle est de résister à des contraintes mécaniques extérieures et de permettre une grande mobilité avec cinq vertèbres plus larges , permet la flexion et l'extension, l'inclinaison et la rotation lombaires (**Maigne, 2010**).forme un angle moyen de 118° avec Le sacrum(**Hominidés.com Les évolutions de l'homme, 2014**).

Le sacrum, unité insérée entre les deux os iliaques, forme un angle moyen de 118° avec le rachis lombaire, avec une moyenne de 126° chez l'homme et de 126° chez la femme (**Vital et al, 2002**). Cet angle est la base du maintien physiologique de la colonne vertébrale.

b) Disques intervertébraux du rachis lombaire :

Le disque intervertébral est biconvexe, implanté dans la structure du rachis lombaire, au contact de la paroi antérieure du canal rachidien, et possède des ligaments longitudinaux antérieur et postérieur. Ils courent le long de la colonne vertébrale, créant une cohésion intervertébrale et permettant ainsi le mouvement(**Rannou et al, 2004**).

Au centre du disque, l'annulus fibroses est une structure fibreuse stratifiée blanche ferme et élastique composée de couches concentriques de faisceaux parallèles de fibres de collagène de type I (Fig.1). Ces faisceaux forment un angle de 120° dans leur position physiologique et un angle de 30° par rapport au plan discal. De fines feuilles de matrice sont incrustées entre les faisceaux, permettant une plus grande mobilité du disque.

Le nucleus pulposus est une substance gélatineuse blanche qui représente 50 % du volume du disque. Sa position est légèrement en retrait du centre des vertèbres, et son hydrophile permet une grande flexibilité et mobilité.

Les disques intervertébraux sont séparés par des plaques de cartilage hyalin au niveau des faces supérieure et inférieure (**Rannou et al, 2004**).

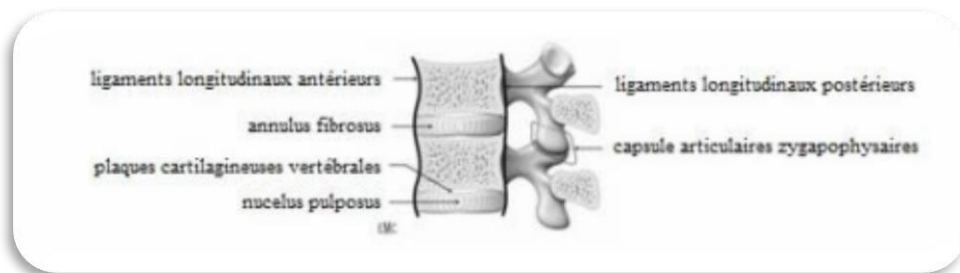


Figure 02 : Disques intervertébraux (Rannou et al, 2004).

c) Structures péri-vertébrales :

L'anatomie humaine place les vertèbres dans une position centrale autour de laquelle tout le corps tourne. Par exemple, les côtes sont générées et maintenues à partir des vertèbres ; la colonne vertébrale sert de support à l'aorte qui la longe afin d'alimenter en sang tous les organes et de maintenir le diaphragme en place (Fig.3), (Hasboun et al, 2006-2007).

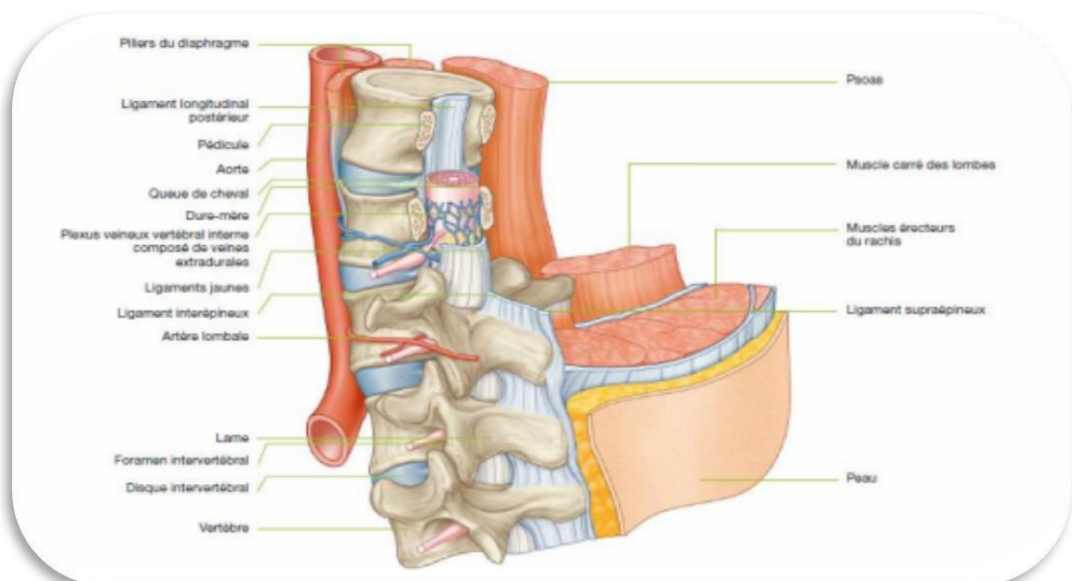


Figure 03 : Organisation autour du canal vertébral (Hasboun et al, 2006-2007).

La vascularisation autour de la moelle épinière est complexe, permettant les échanges sanguins dans tout le corps. Il comprend 1 artère spinale ventrale, 2 artères spinales postéro latérales, 6 à 8 artères médullaires de la racine nerveuse ventrale, 10 à 23 artères médullaires de la racine nerveuse dorsale, au moins une artère de la racine nerveuse chacune et un réseau artériel d'artères coronaires péri médullaires. Les navires sont divisés en 3 zones :

- Région supérieure ou dorsale (de C1 à D2), ce sont les artères du cou
- Région moyenne ou thoracique (de D3 à D7), ce sont les artères intercostales (Hasboun et al, 2006-2007).

d) Le system musculaire de la région lombaire :

- Les muscles spinaux sont les érecteurs de la colonne vertébrale. On les appelle plus familièrement le rachis lombaire.
- Ils constituent un ensemble de muscles profonds dans la région du dos. En se contractant, ils vont réduire la pression sur les disques intervertébraux.
- Nous vous présenterons ces muscles, qui sont essentiels pour prévenir les maux de dos (**Hunter et al, 2022**).

e) Anatomie de la colonne vertébrale :

Les érecteurs du rachis représentent un groupe de 3 muscles situés dans le bas du dos : iliocostalis, longissimus et spinales(**Hunter et al, 2022**).

Ce sont les muscles érecteurs de la colonne vertébrale et sont responsables de l'effet d'auto-croissance.

1. L'ILIO-COSTAL :

Anciennement connu sous le nom de muscle de la côte longue, c'est un muscle superficiel situé dans la région latérale. Ce sont les muscles érecteurs et extenseurs de la colonne vertébrale (**Hunter et al, 2022**).

2. LE LONGISSIMUS :

Anciennement connu sous le nom de muscle long dorsal, c'est le muscle extenseur et érecteur de la colonne vertébrale. Il joue un rôle clé dans la stabilisation de la charnière transversale costale (**Hunter et al, 2022**).

3. L'ÉPINEUX :

Anciennement connu sous le nom de spinosalongus, ce muscle stabilise l'articulation thoraco-lombaire (**Hunter et al, 2022**).

f) Fonction de la rachis lombaire :

Les vertèbres de coton jouent un rôle important dans le corps humain et ont les fonctions suivantes :

- ✚ Il fournit un soutien structurel et supporte principalement le poids du haut du corps.
- ✚ Il aide le mouvement du corps humain.

- ✚ Ils protègent les tissus mous environnants, tels que la moelle épinière, les nerfs, les ligaments et les tendons (**Rachis- Colonne vertébrale- Fiche Anatomie, 2022**).

I.1.5. Physiopathologie de la douleur

Les disques intervertébraux sont un élément essentiel de la stabilité vertébrale. Déformable, il permet la mobilité de la colonne vertébrale. Chez les sujets debout, la contrainte musculaire nécessaire au maintien de l'équilibre est faible. En position assise, la pression discale augmente (doublant en moyenne). L'augmentation de la flexion vers l'avant était encore plus importante, sans parler du redressement et de la levée de poids (Fig.4)(**Elmaghraoui, 2012-2021**).

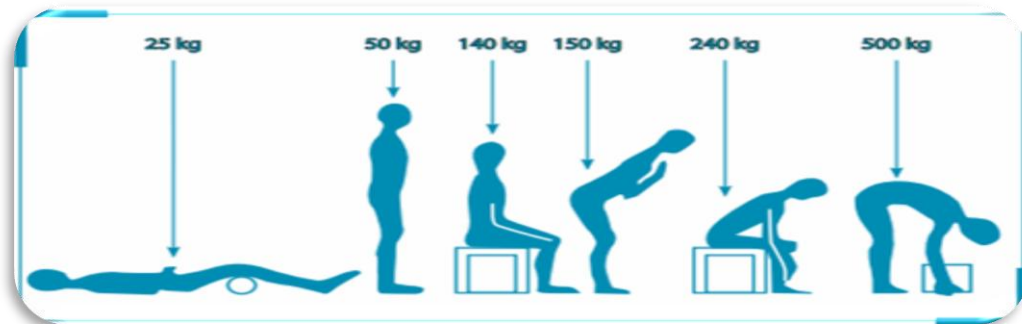


Figure 04 :les types des pression sur le rachis(**Elmaghraoui, 2021**)

A la suite de la maltraitance du dos (lors de poses ou de mouvements prolongés), les disques intervertébraux s'abîment, perdent leur élasticité, ne peuvent plus ralentir correctement et évacuent les contraintes de manière adéquate. Cela provoque une hyper mobilité des vertèbres, qui à son tour provoque des douleurs dans toutes les zones autour de la colonne vertébrale : ligaments, articulations postérieures et muscles (**Elmaghraoui, 2021**).

Dans une autre mesure, le noyau du disque peut s'échapper et revenir irriter ou comprimer les racines nerveuses destinées à atteindre le membre, c'est ce qu'on appelle la compression des racines nerveuses induite par la hernie discale. Dans le cou, cette compression est appelée névralgie brachiale cervicale, et dans la colonne lombaire, elle s'appelle lombosciatalgie(Fig.5).

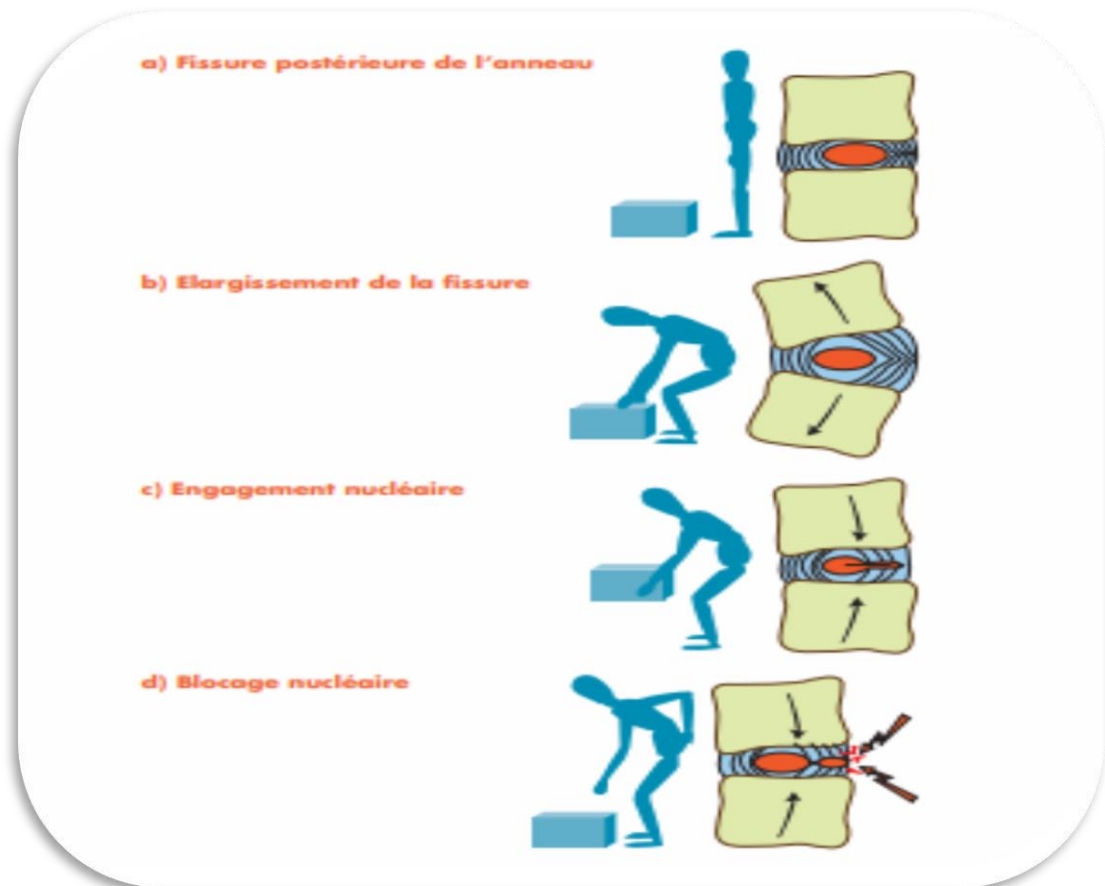


Figure 05 : les mouvements qui causent la lombalgie (Elmaghraoui, 2021).

Il existe essentiellement 3 façons de se blesser au dos :

La première consiste à rester éloigné de la posture normale pendant une longue période (se pencher en avant, mal s'asseoir, mal se coucher). Toutes ces affections provoquent au bout d'un certain temps des douleurs insidieuses et sourdes dues à une surcharge des articulations, des ligaments et des disques intervertébraux, et peuvent facilement être associées à des contractures chroniques des muscles para spinaux, augmentant encore la raideur du dos.

La deuxième façon de blesser votre dos se produit pendant l'activité. Si lors du mouvement, une vertèbre bouge plus que les autres, elle suit le mouvement forcé de cette vertèbre par rapport aux vertèbres adjacentes, provoquant une atteinte brutale des ligaments, des articulations ou des disques. C'est ce qu'on appelle une entorse vertébrale légère ou une vertèbre "décalée".

Bien sûr, les vertèbres ne bougent jamais vraiment (seuls les traumatismes majeurs peuvent déplacer les vertèbres, blessant ainsi la moelle épinière), mais elles restent fixes ou raides, provoquant une torsion du dos et réduisant sa mobilité. Cette vertèbre

douloureuse provoque la contraction des muscles autour de la colonne vertébrale, ce qui exacerbe encore la douleur, aboutissant finalement à un cercle vicieux : douleur > contracture musculaire > douleur (Elmaghraoui, 2021).

De telles entorses sont causées par des mouvements dits erronés, c'est-à-dire des mouvements qui ne se produisent pas de manière harmonieuse normale, mais de manière soudaine ou énergique. Parfois, il n'y a pas de mouvement perceptible, seulement des contractions musculaires transitoires et des impressions de déplacement dorsal (correspondant à un déplacement minimal d'une vertèbre sur une autre), sans montrer le moindre mouvement extérieur. Pourtant, l'entorse est arrivée. En plus de ces mécanismes provoqués par de faux mouvements, des mouvements répétés mal exécutés peuvent également peser sur le dos, comme des postures prolongées pouvant entraîner des douleurs chroniques dans le dos (Fig.6) (Elmaghraoui, -2021).

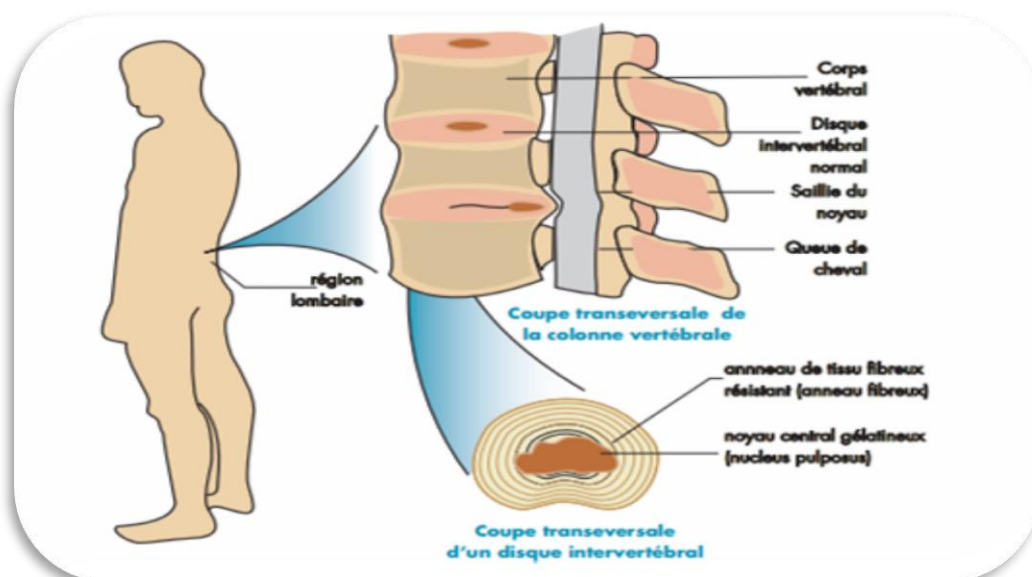


Figure 06 : coupe transversale d'un disque intervertébral (Elmaghraoui, 2021).

Enfin, la dernière façon de s'abîmer le dos survient lors de la répétition de prise des objets lourdes de lourdes charges, et ce d'autant que la façon de portage est mauvaise. Il existe alors une pression très importante au centre du disque, pression qui peut entraîner la fuite en arrière d'une partie de disque et provoquer une hernie discale. Cette hernie peut également se produire lors de mouvements très amples qui compriment également le disque. La situation la plus dangereuse étant la prise des objets lourdes de charges associée à des mouvements amples du rachis. Comme nous l'avons vu, une douleur dans un membre peut être due à une hernie discale qui

comprime un nerf. Mais une entorse vertébrale bénigne peut aussi engendrer des douleurs dans un membre sans qu'il s'agisse d'une contraction d'une racine nerveuse. En effet les nerfs partant du rachis innervent, pour un étage donné, à la fois la région vertébrale concernée(disque, articulations postérieures et ligaments) mais également des régions situées à distance. Quand une vertèbre souffre, les affluence douloureux, venant de cette vertèbre se« mélangent» au niveau de la moelle épinière avec les affluence nerveux venant de la région à distance, d'où quelquefois une certaine« confusion» du cerveau qui peut interpréter la douleur comme venant de cette région éloignée, alors que seule la vertèbre souffre réellement. Par exemple, la personne va ressentir une douleur dans le bas du dos, la fesse et la cuisse alors que seule la région vertébrale est irritée et qu'il n'existe aucune atteinte du nerf sciatique (**Elmaghraoui, 2021**).

I.1.6. Diagnostic différentiel

Le mal de dos est une raison fréquente de consulter un médecin. Selon une étude de l'Université de Harvard, 80 % de la population mondiale souffre de maux de dos au moins une fois dans sa vie. Il s'agit d'une situation courante mais potentiellement trompeuse. Les maux de dos ne sont pas nécessairement un problème de colonne vertébrale. Certains peuvent faire référence à des maladies médicales, telles qu'une infection de la vessie, qui peuvent provoquer des maux de dos chroniques. La douleur au bas de la colonne vertébrale accompagnée d'une température élevée est considérée comme un symptôme d'inflammation des reins.

Le traitement n'est généralement pas lié au dos mais aux anti-inflammatoires, la douleur d'un côté du dos peut indiquer la présence d'un rein et le besoin de beaucoup de liquides pour soulager la douleur.

Les maux de dos et les douleurs à l'estomac peuvent entraîner une pancréatite.

Des études confirment que 30% des patients atteints de pancréatite se plaignent de maux de dos.

Ce qui est plus grave, c'est que certaines lombalgies peuvent être dues à certaines tumeurs et ne peuvent pas être tolérées, donc une fois que vous ressentez une lombalgie pendant plusieurs jours, vous devriez consulter un médecin (**Claudepierre , 1997**).

I.1.7. Evolution de lombalgie :

Une meilleure compréhension de l'évolution naturelle de la lombalgie est nécessaire pour que les chercheurs et les cliniciens comprennent la logique de la condition et permettent une meilleure prise en charge. Ces informations peuvent également expliquer plus en détail la nature de son état au patient, facilitant ainsi la compréhension de son problème afin de mieux comprendre son évolution probable (Von Korff , 1994).

L'épidémiologie est un outil important pour tenter d'élucider l'histoire naturelle de la lombalgie. Aujourd'hui, les caractéristiques de la lombalgie sont souvent fluctuantes, récurrentes et, dans certains cas, persistantes. Il est généralement admis que les patients en soins primaires, encadrés par des médecins généralistes et des thérapeutes manuels, ont une durée de douleur plus intense que la population générale mais moins intense que les patients en soins secondaires qui consultent des spécialistes (Tamcan et al, 2010).

I.1.8. Les facteurs de risque :

Selon l'INSR plusieurs facteurs de risques de lombalgie sont reconnus au travail e hors travail (**lombalgie. Facteurs de risque- Risques- INRS, 2022**).

FACTEURS DE RISQUE	LOMBALGIE CHRONIQUE	LOMBALGIE AIGUE
Hors travail	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Durée de l'arrêt pour lombalgie. ✓ Gravité de l'atteinte. ✓ Mode de prise en charge. ✓ Tabac. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antécédents de lombalgie. ✓ Troubles vasculaires. ✓ Corpulence. ✓ Anomalies radiologiques graves.
Au travail	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conditions de travail. ✓ Insatisfaction au travail. ✓ Stress. ✓ Travail physique dur. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Chutes. ✓ Manutentions manuelles. ✓ Travail physique dur. ✓ Efforts importants. ✓ Traumatismes.

Tableau 1 : Facteurs de risque de lombalgie selon l'INRS (lombalgie. Facteurs de risque- Risques- INRS, 2022).

I.1.9. Traitements

9.1. Traitement conventionnel :

a) Traitement médicale :

par un rhumatologue ou un médecin rééducateur. Il a pour objectif de mettre en place un programme de réadaptation à l'effort avec la mise en place d'une antalgie.

La douleur doit être traitée en premier lieu par :

- ✚ du repos c'est l'élément essentiel de la prise en charge. Les activités quotidiennes comme la marche ne sont pas contre-indiquées mais doivent être adaptées à la douleur.

Le maintien d'une activité physique violente n'est pas raisonnable les activités douces sont recommandées(natation, marche rapide et vélo)

- ✚ des antalgiques et des anti-inflammatoires :paracétamol, de la codéine, du kétoprofène et des corticoïdes sont des médicaments de choix en première intention. En cas d'échec de contrôle de la douleur, il est possible d'avoir recours de la morphine.

- ✚ des infiltrations rachidiennes de cortisone

- ✚ une immobilisation par corset

- ✚ de la kinésithérapie axée sur du renfort musculaire doux et des massages décontracturants

Le traitement spécifique de la cause d'une lombalgie va dépendre du résultat du bilan clinique et para clinique nécessaire pour une lombalgie grave ou pour une lombalgie chronique.

Le médecin traitant et le rhumatologue sont les praticiens clefs dans la prise en charge d'une lombalgie chronique . La chirurgie n'est que rarement le traitement de première intention (**Définition-Antalgique-Futura santé, 2022**).

b) Traitement chirurgicale :

La prise en charge chirurgicale de la lombalgie doit rester exceptionnelle. La principale problématique est de définir le lien de causalité entre la douleur et son origine rachidienne précise(disques, articulaires, muscles, ligaments,.). La décision doit toujours être le fruit d'une discussion multidisciplinaire et la stricte sélection des cases éligibles à une intervention est essentielle pour obtenir des bons résultats (**Rachis. Paris-pathologies-problèmes de dos, 2020**).

Plusieurs options chirurgicales sont possibles et doivent se discuter au cas par cas :

- ✚ les arthroèses lombaires conventionnelles ou mini invasives
- ✚ les prothèses discales lombaire.
- ✚ la neuroblaste articulaire postérieure.
- ✚ la stabilisation dynamique.

9.2. Traitement non conventionnel :

a) Acupuncture :

En médecine chinoise, l'énergie vitale, ou "Qi", doit circuler harmonieusement le long de 12 "méridiens" pour maintenir le corps humain en bonne santé et le protéger de la douleur et de la maladie. Cependant, certaines énergies physiques ou morales "anormales" (externes) telles que le froid, la chaleur, le choc, la violence, la colère, la tristesse... peuvent provoquer des excès d'énergie et de vide et perturber cet équilibre. L'acupuncture permet de réguler la bonne circulation de l'énergie vitale en utilisant de fines aiguilles pour percer différents points précis le long des méridiens. Elle doit être réalisée par un médecin dans des conditions d'hygiène strictes (aiguilles stériles à usage unique) (BENDOUIZ, 2019).

✚ Quel traitement ?

Acupuncture locale : consiste à piquer un certain nombre d'aiguilles aux points douloureux du dos le long de la chaîne vertébrale. Cela disperse et canalise l'énergie tout en soulageant les contractures musculaires souvent associées aux blocages.

Acupuncture à distance : L'acupuncture peut être effectuée à un endroit éloigné de la zone douloureuse. Le soulagement des maux de dos se trouve souvent au 60e point du méridien de la vessie, appelé «aspirine d'acupuncture», qui est situé derrière la malléole latérale (os de la cheville) et peut stimuler les spasmes musculaires lors de lombalgies. Ces deux méthodes peuvent être utilisées en combinaison. Prévoyez 3 à 5 séances, espacées de 5 à 10 jours, plus proches de 4 jours si la douleur est très intense (BENDOUIZ, 2019).

b) Médecine des ventouse :

La thérapie par ventouse humide est un acte médical consiste à faire saigner à travers de petites incisions faites à la surface de la peau. Il s'agit donc d'un saignement au lit capillaire. Le but de cette technique est prélever un certain volume sanguin.*

Le principe de ce traitement est basé sur la réalisation d'une petite incision superficielle dans des endroits très spécifiques, selon la maladie à traiter. Cette mini-chirurgie se fait en plaçant la ventouse sur la partie coupée extraire le sang.*

En générale, on fait les trois premières séances à 15 jours d'intervalle, puis 2 à 3 séances à 1 mois d'intervalle (**Boufarissi, Essaadouni ,2008**)

Pour la ventouse humide préventive, il est préférable de la pratiquer une fois par an (**Niasari, all, 2007**).

I.1.10. Prévention

Afin de prévenir la lombalgie, il est primordial d'adopter un mode de vie sain. Voici quelques recommandations clés afin d'éviter les lombalgies.

10.1. les mesures de prévention

a) Mesures préventives de base :

Il est recommandé de développer quelques bonnes habitudes pour soulager les tensions musculaires du dos et réduire les risques de lombalgie (**INRS, Travail et lombalgie, 2011**).

un mode de vie sain suggestion:

- ✚ maintenir un poids santé.
- ✚ perdre du poids en cas de surpoids.
- ✚ Faites de l'exercice régulièrement et échauffez-vous avant une activité physique. C'est la meilleure façon de maintenir la force et la souplesse de votre dos.
- ✚ Portez une attention particulière aux muscles abdominaux et dorsaux qui forment le corset naturel de la colonne vertébrale tout en la protégeant des chocs. Il est important d'apprendre ces exercices sous la direction d'un instructeur qualifié. Un exercice inapproprié peut causer ou aggraver une lombalgie.
- ✚ Réservez des moments de détente.

b) Bonne posture :

c'est exact:

- ✚ attention à votre posture en tout temps.
- ✚ Gardez le dos droit, regardez devant vous, les épaules en arrière .

Pour soulever un objet lourd, pliez les genoux tout en vous accroupissant tout en gardant le dos droit et redressez vos jambes en vous levant tout en tenant l'objet près de votre corps.

- ✚ Évitez les mouvements de torsion.
- ✚ Lorsque vous pelletez de la neige, essayez de garder votre dos le plus droit possible. Pour cela, placez vos mains le plus bas possible sur les poignées, fléchissez vos genoux pour ramasser la neige, utilisez vos genoux comme levier lorsque la charge est lourde et évitez de vous tordre le dos lorsque vous lancez de la neige (**INRS, Travail et lombalgie, 2011**).

c) Au travail :

Si l'on doit rester longtemps en position debout

Il convient de se servir d'un tabouret bas sur lequel on posera les pieds à tour de rôle, en alternant toutes les 5 à 10 minutes.

Si l'on doit rester assis durant de longues heures au bureau ou au volant d'un véhicule(**INRS, Travail et lombalgie, 2011**).

Il est recommandé de :

- ✚ faire des arrêts pour se dégourdir et s'étirer ;
- ✚ utiliser des chaises à dossier droit qui soutiennent bien le bas du dos ;
- ✚ utiliser une chaise pivotante afin de minimiser les mouvements de torsion ;
- ✚ ajuster la hauteur de la chaise ;
- ✚ poser les pieds sur un petit tabouret de telle sorte que les genoux soient un peu plus élevés que les hanches.

d) Pour le travail devant un ordinateur :

Il faut régler la hauteur de l'écran de manière que les yeux soient fixés droit devant et la tête, relativement droite (**INRS, Travail et lombalgie, 2011**).

e) Pensez-y !

Il est recommandé de :

- ✚ privilégier les sacs à dos aux sacs à main et utiliser les deux épaules pour porter le sac à dos ;
- ✚ pousser les objets lourds plutôt que les tirer ;
- ✚ éviter de porter des chaussures à talons hauts, de plus de 5 cm ;
- ✚ porter plutôt des chaussures bien ajustées, qui offrent un bon soutien (**INRS, Travail et lombalgie, 2011**).

Partie

Expérimentale

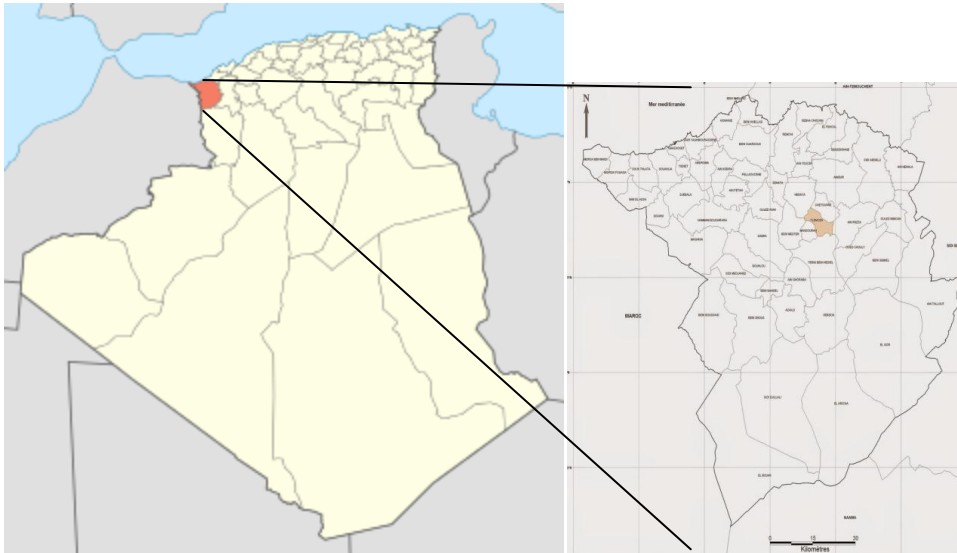
II. Matériel et Méthode

II.1. Objet d'étude

Nous travail a pour objectif d'étudier les caractérisationépidémio-génétique de la douleur du bas du dos dans la population de Tlemcen.

II.2.localisation géographique de la population de Tlemcen.:

La Wilaya de Tlemcen est située sur le littoral Nord-ouest du pays et dispose d'une façade maritime de 120 km. C'est une wilaya frontalière avec le Maroc, avec une superficie de 9 017,69 km². Le Chef-lieu de la wilaya est située à 432 km à l'Ouest de la capitale, Alger.



Carte 01:la localisation de la wilaya de Tlemcen(decoupageadministratifalgerie.blogspot.com)

II.3. Critère d'inclusion

- notre étude inclut les individus originaires de la région de willaya de Tlemcen, qui souffrent de lombalgie pour les deux sexes **[20-89 ans]**, afin de déterminer la répartition général de la maladie dans la population de Tlemcen.

II.4. Déroulement de l'étude

Les données ont été recueillies après avoir obtenu le consentement des patients à l'aide d'un questionnaire (voir Annexe A et B), qui contenant les informations suivantes :

- ✚ **Paramètres sociodémographiques :** Sexe, âge, profession, situation matrimoniale et culture médicale.
- ✚ **Paramètres cliniques :** Antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux, symptomatologie, circonstances d'apparition.
- ✚ **Echelle d'incapacité du dos :** échelle visuelle analogique (EVA) et échelle d'EIFEL c'est un questionnaire comprend 24 questions, concernant : la douleur ; les soins personnels, le port de charge, la marche, la position assise, la position debout, le sommeil, la vie sociale, les voyages.
- ✚ L'entrée des données dans le logiciel IBM SPSS version 21
- ✚ Les représentations graphiques sont faites par l'Excel version 2007.

II.5. Analyse uni variée :

Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage et comparées par le chi².

Toute valeur de $p < 0,05$ est considérée statistiquement significative.

III .Résultats :

notre étude inclut 73 patients originaires de la région de willaya de Tlemcen, qui souffrent de lombalgie pour les deux sexes [20-89 ans].

III.1. Répartitions des patients enquêtés en fonction du sexe :

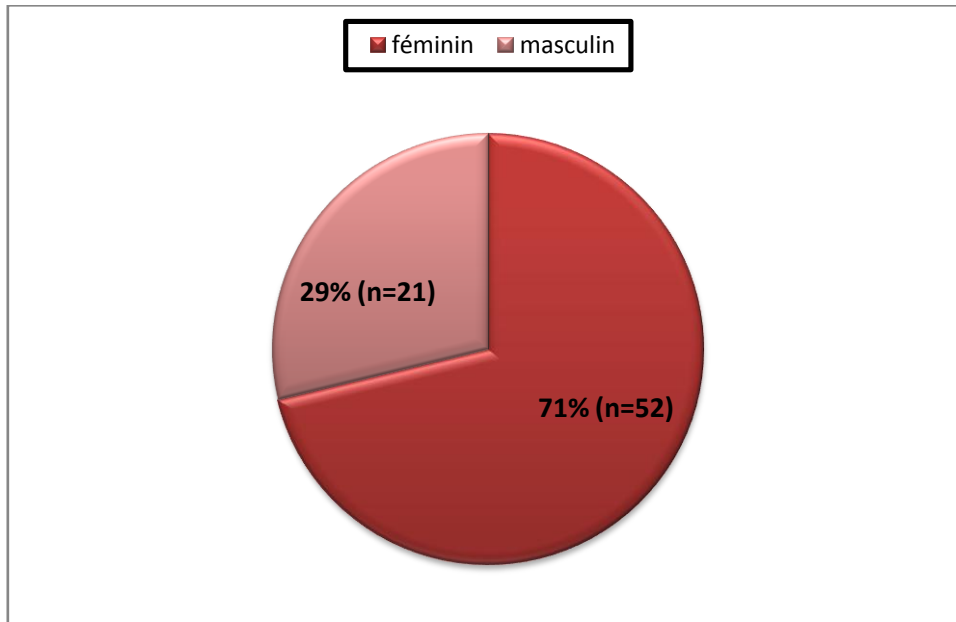


Figure 07 : Répartition de la population étudiée selon le sexe

Dans notre étude, on a noté prédominance féminine avec un taux de **71%** .

Avec un sexe ratio $H/F = 0.41$ (sur les 73 patients, 52 sont de sexe féminin et 21 sont de sexe masculin).

III.2. L'âge des patientes interrogés :

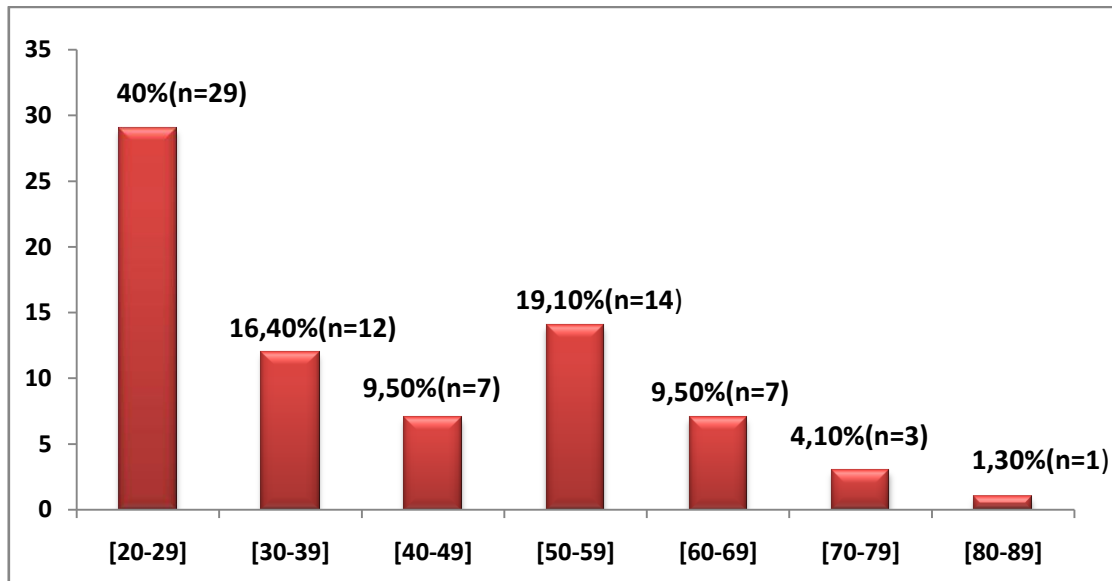


Figure 08 : Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge.

Pour les 73 patients, la tranche d'âge la plus prédominante est (20-29 ans) avec un taux de **40%**, suivi directement par celle des (50-59 ans) avec un taux de **19.10%**.

III.3. Répartition des patients enquêtés en fonction de localisation:

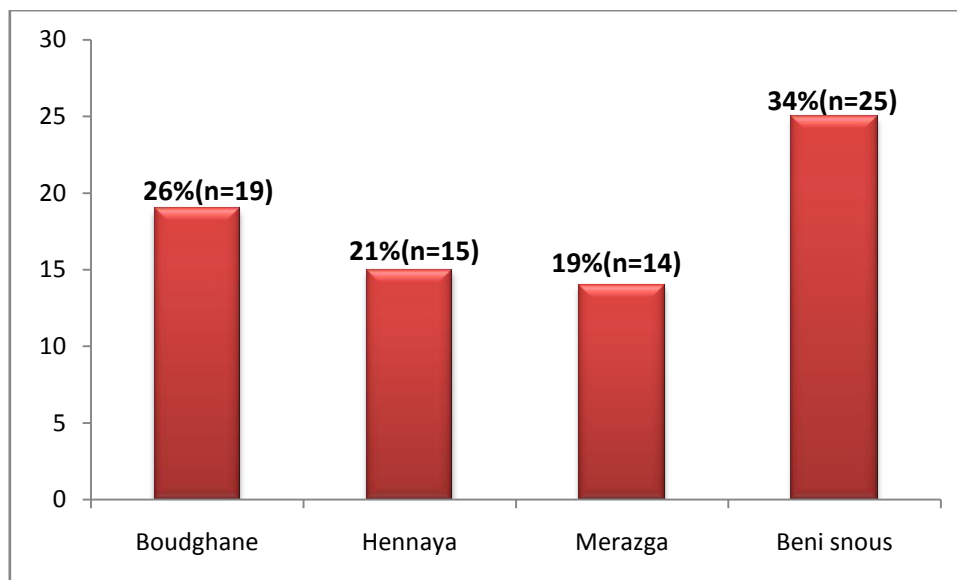


Figure 09 : Répartition de la population étudiée selon leur localisation

Pour les 73 patients, la localisation la plus prédominante est Beni snous avec un taux de **34%**, suivi directement par celle Boudghane avec un taux de **26%**.

III.4.Répartition des patients enquêtés en fonction de localisation par apport le sexe :

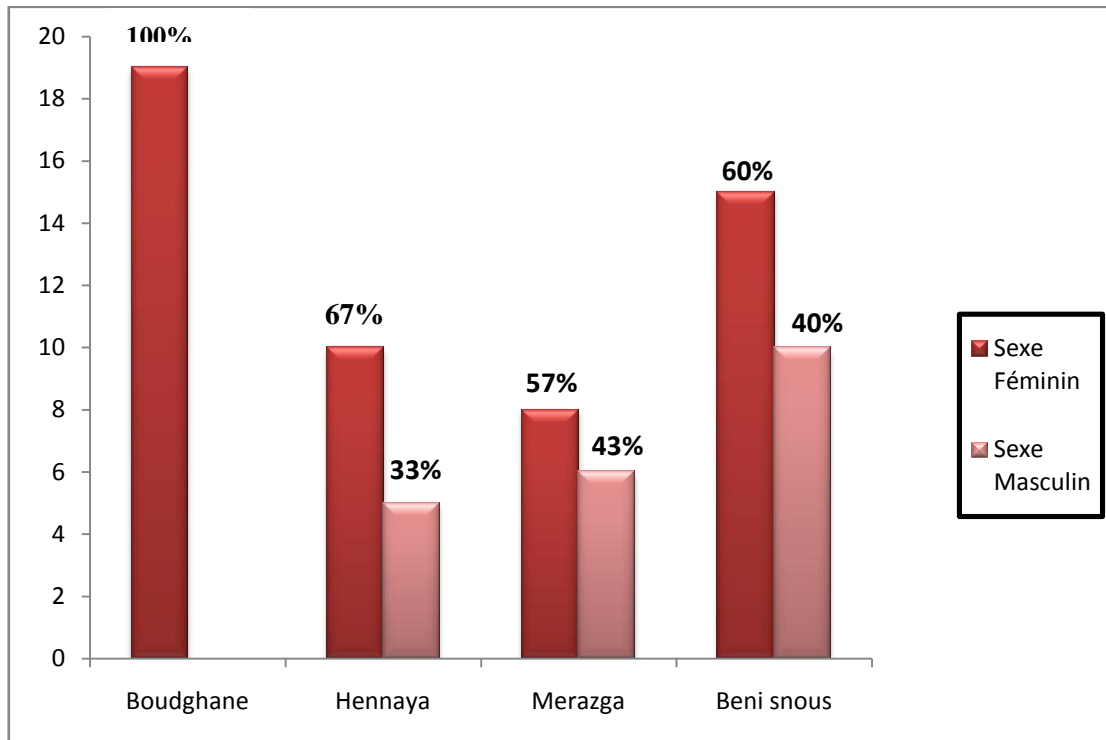


Figure 10 : Répartition de la population étudiée selon leur localisation par apport le sexe

Dans notre étude, on a noté une prédominance féminin dans les quatregroupes de localisation.

Avec un recours féminin important vers la localisation de Boudghane (**100%**), et un recours masculin vers la localisation de Merazga (**43%**).

III.5. Répartition des patients enquêtés en fonction de situation matrimoniale :

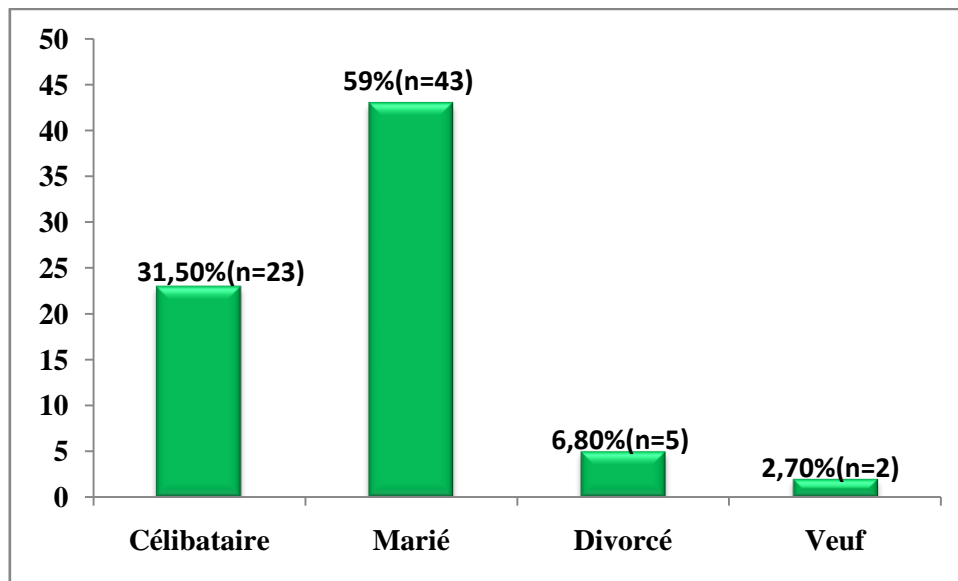


Figure 11 : Répartition de la population étudiée selon leur situation matrimoniale

La majorité des patients enquêtés (59%) sont mariés, suivis par 31,50% qui sont célibataire.

III.6. Répartition des patients enquêtés en fonction de profession :

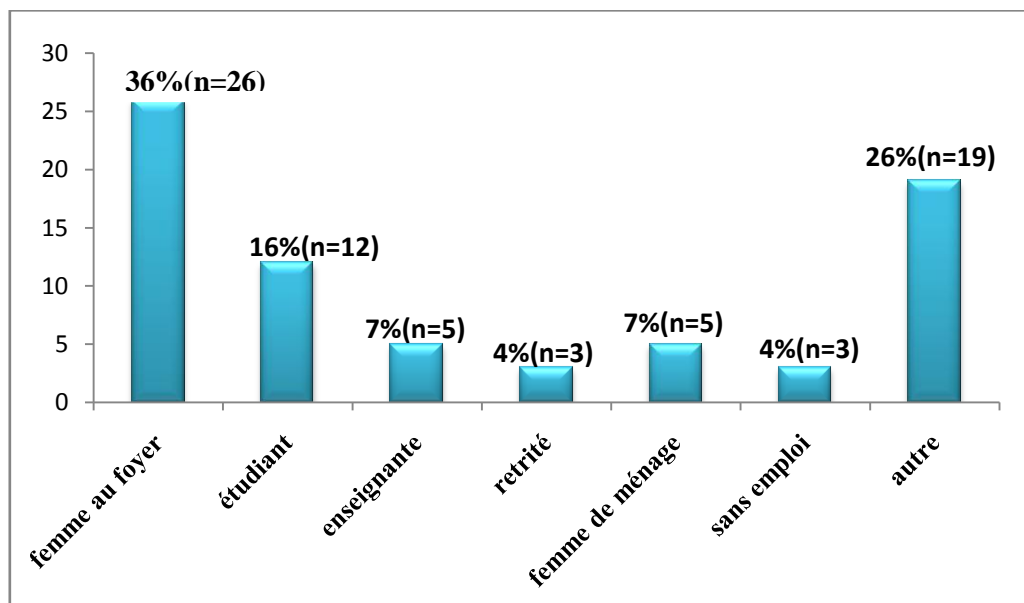


Figure 12 : Répartition de la population étudiée selon leur profession

Dans notre étude, on a noté que 36% de la population sont des femmes au foyer, suivis par 16% qui sont étudiants, pour laisser la place aux autres professions qui apparaissent en traces.

III.7. Répartition des patients enquêtés en fonction de l'IMC :

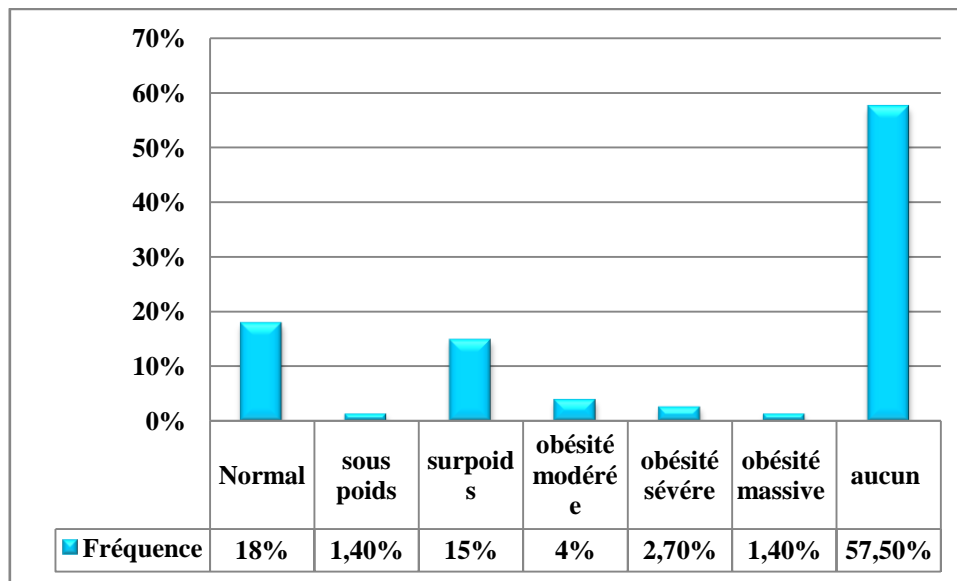


Figure 13 : Répartition de la population étudiée selon leur l'IMC

Les résultats portés dans la figure (14) montrent que **18%** de la population ont un poids normal, suivi par 15% des patients avec un surpoids, et **8.1%** sont réparti entre les trois types d'obésité très minoritairement. Quant à **57.5%** des patients, leur **IMC** n'a pas été obtenu.

III.8.Répartition des patients enquêtés en fonction de leur profil psychologique :

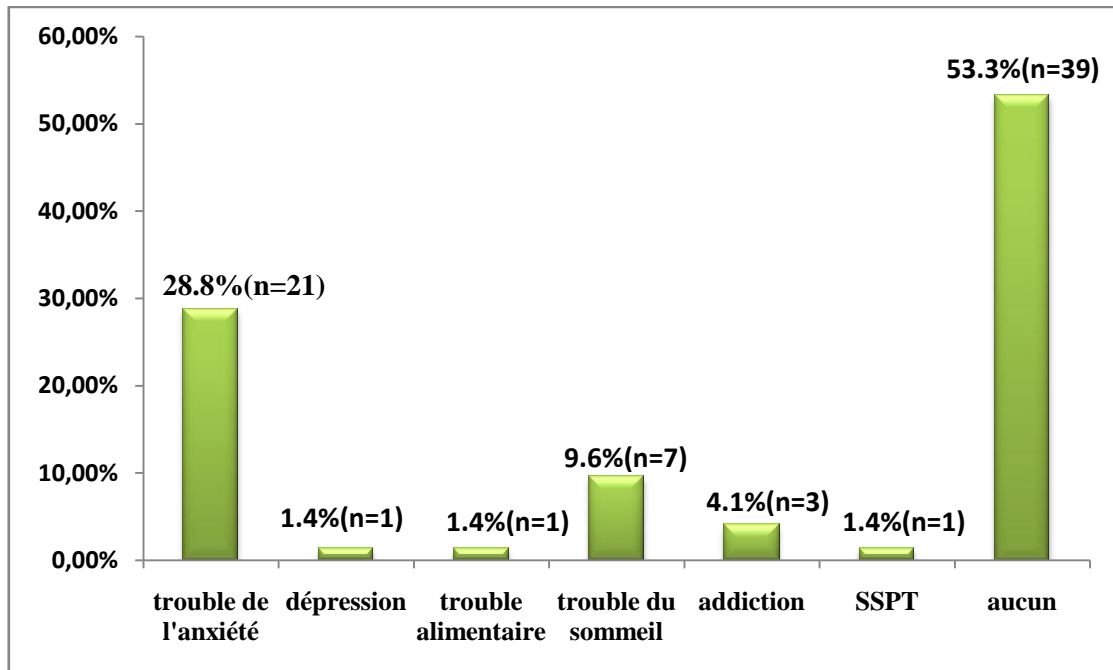


Figure 14 : Répartition de la population étudiée selon leur état psychologie

Les résultats portés dans la figure (15) montrent que 53.3% de la population ont n'avez aucune état psychologique, suivi par 28.8% des patients avec trouble de l'anxiété.

III.9.Répartition des patients enquêtés en fonction de Antécédents médicaux :

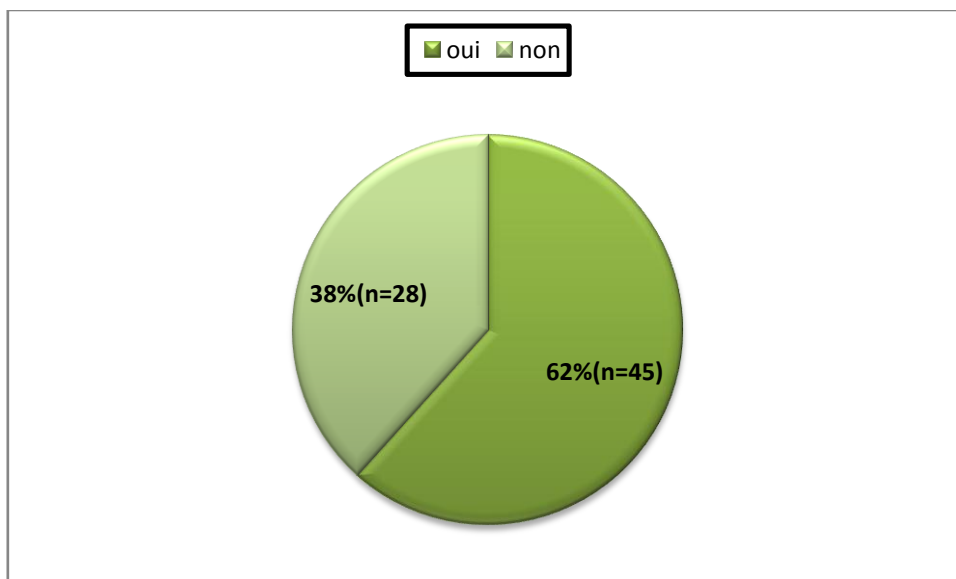


Figure 15 : Répartition de la population étudiée selon leur Antécédents médicaux

Dans notre étude, on a noté que la majorité des patients **62%** ont des antécédents médicaux.

III.10. Répartition des patients enquêtés en fonction des types des antécédents médicaux :

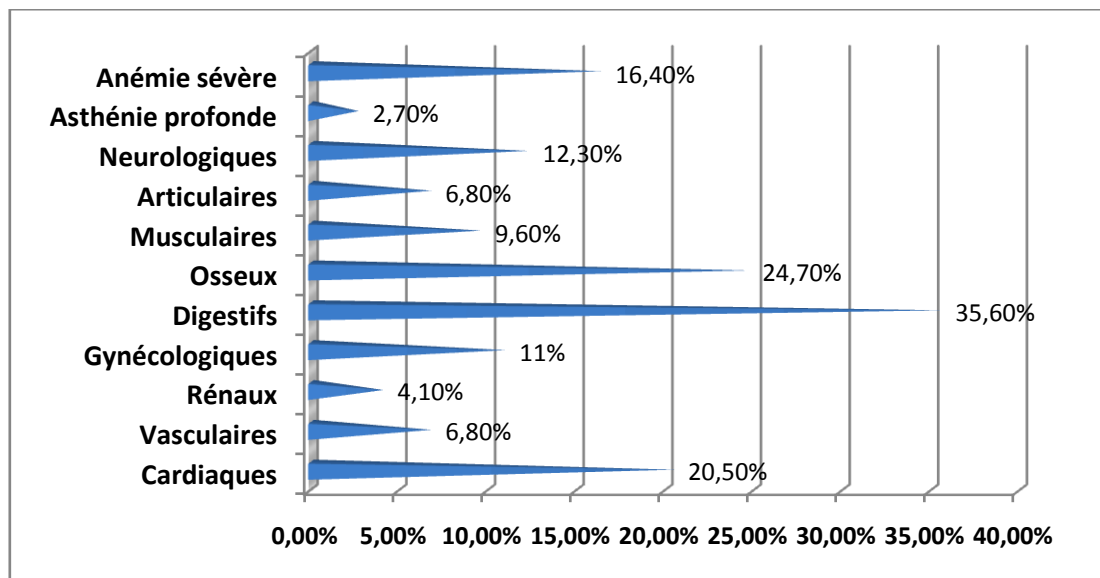


Figure 16 : Répartition de la population étudiée selon leur les types des antécédents médicaux

On a remarqué que la majorité de la population **35.60%** ont des antécédents médicaux de digestifs, suivis par **24.7%** qui a un antécédent médicaux osseux et **24.7%** des patients ont des antécédents médicaux cardiaques.

III.11. Répartition des patients enquêtés en fonction de Antécédents chirurgicaux :

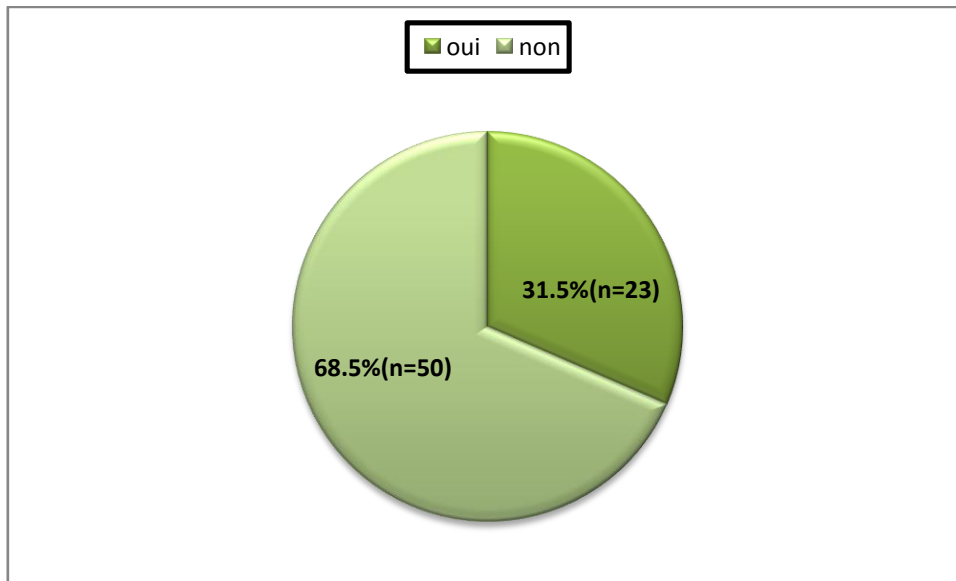


Figure 17 : Répartition de la population étudiée selon leur Antécédents chirurgicaux

Dans notre étude, on a noté que la majorité des patients **68,5%** n'ont pas des antécédents chirurgicaux.

III.12. Répartition des patients enquêtés en fonction des types des antécédents chirurgicaux :

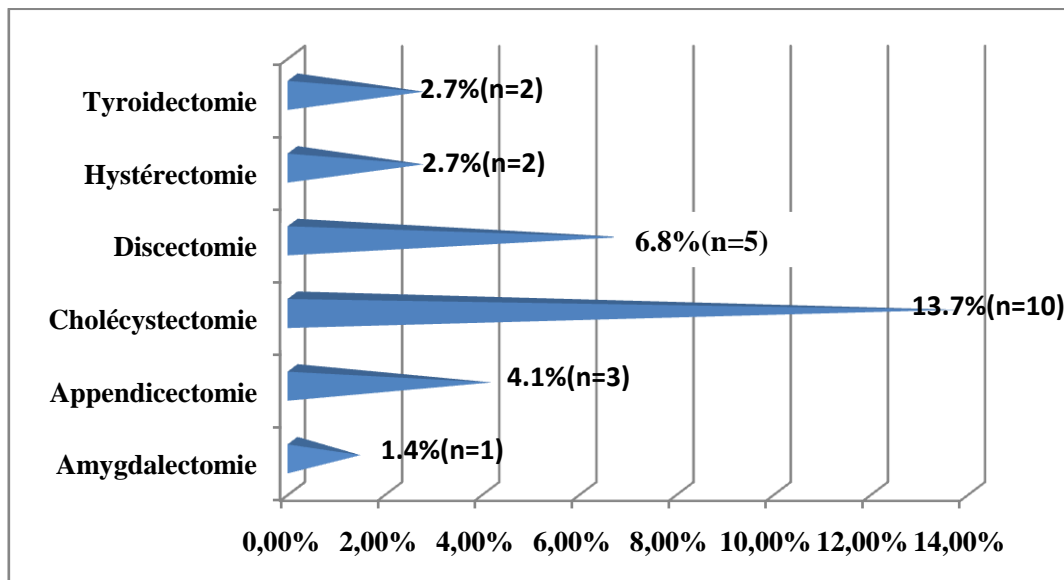


Figure 18 : Répartition de la population étudiée selon leur des types des Antécédents chirurgicaux

On a remarqué que la majorité de la population **13.7%** ont eu leurs a subi une cholécystectomie, suivis par **6.8%** qui a subi une discectomie.

III.13.Répartition des patients enquêtés en fonctionde Antécédents familiaux :

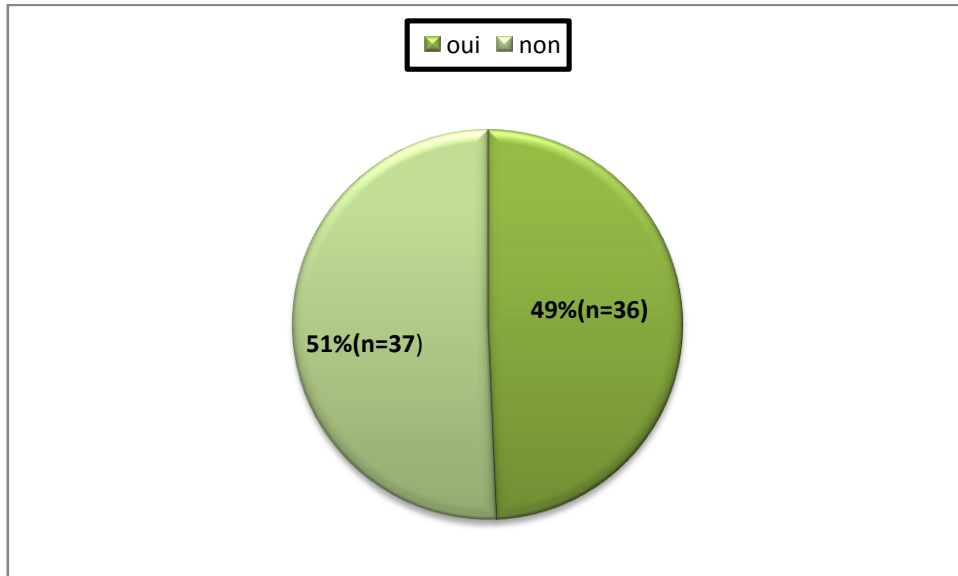


Figure 19 : Répartition de la population étudiée selon leur Antécédents familiaux

Dans notre étude, on a noté que **51%**des patients n’ont pas des antécédents familiaux.

III.14.Répartition des patients enquêtés en fonction des types des Antécédents familiaux :

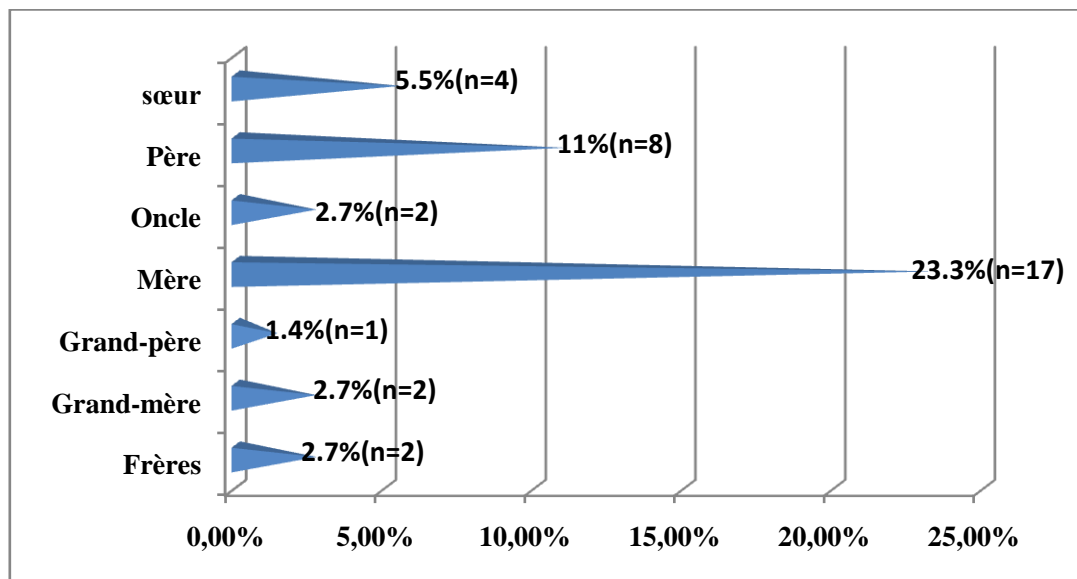


Figure 20 : Répartition de la population étudiée selon leurdes types des Antécédents familiaux

Nous notons que la majorité des patients **23.3%** ont des antécédents familiaux du côté de la mère , suivis par **11%** du côté du père.

III.15.Répartition des patients enquêtés en fonction de pris des médicaments :

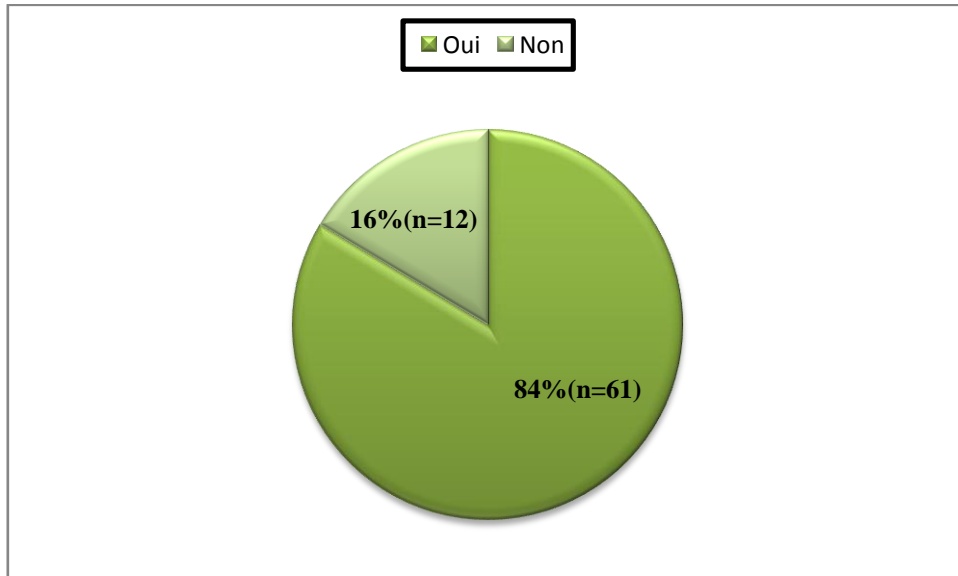


Figure 21 : Répartition de la population étudiée selon leur prise des médicaments

Dans notre étude, on a noté que **84%** des patients prennent des médicaments

III.16.Répartition des patients enquêtés en fonction des types de pris des médicaments :

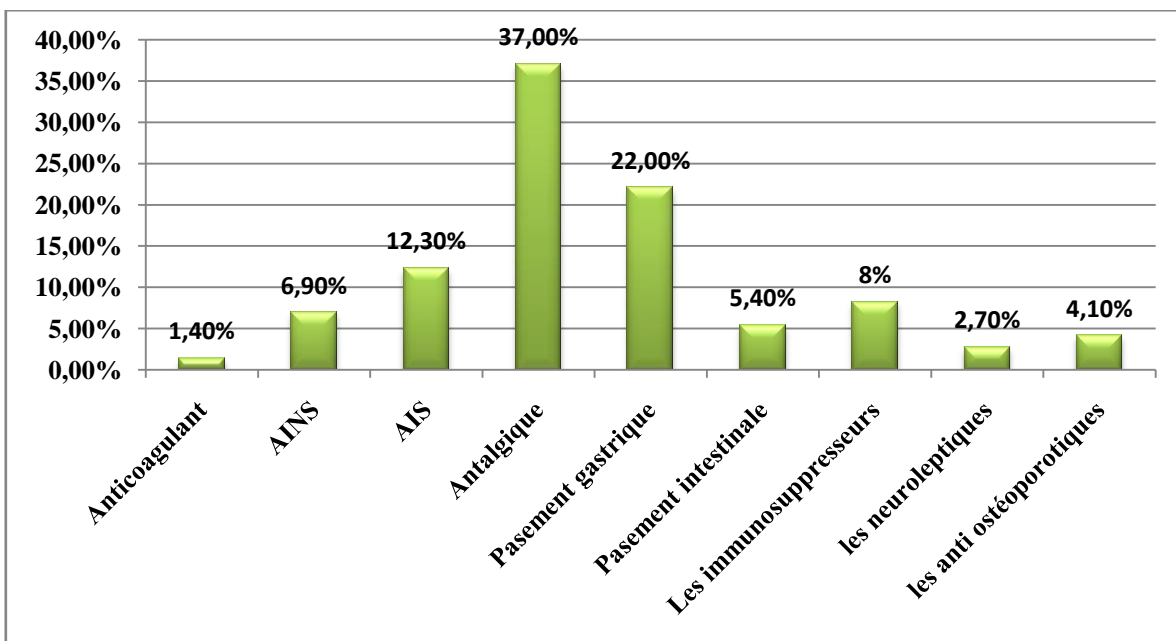


Figure 22 : Répartition de la population étudiée selon leur de prise ces médicaments

Les résultats portés dans la figure (22) montrent que **37%** des population on a prennent le médicament antalgique, suivi par **22%** des patients qui prennent le passemnt gastrique et les anti ostéoporotiques **4.1%**, et par **12.30%** AIS, AINS avec un taux **6.90%** des patients.

III.17.Répartition des patients enquêtés en fonction de localisation de douleur :

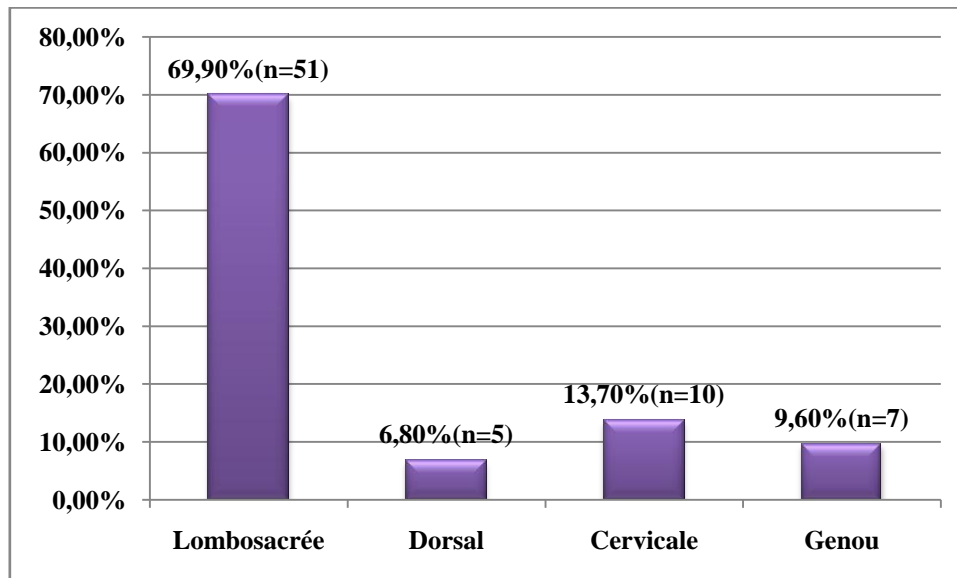
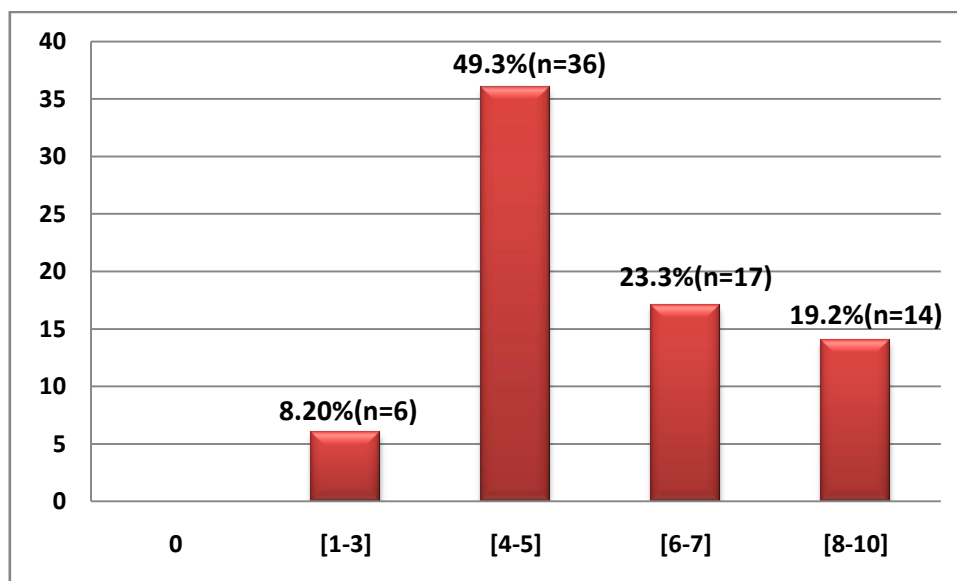
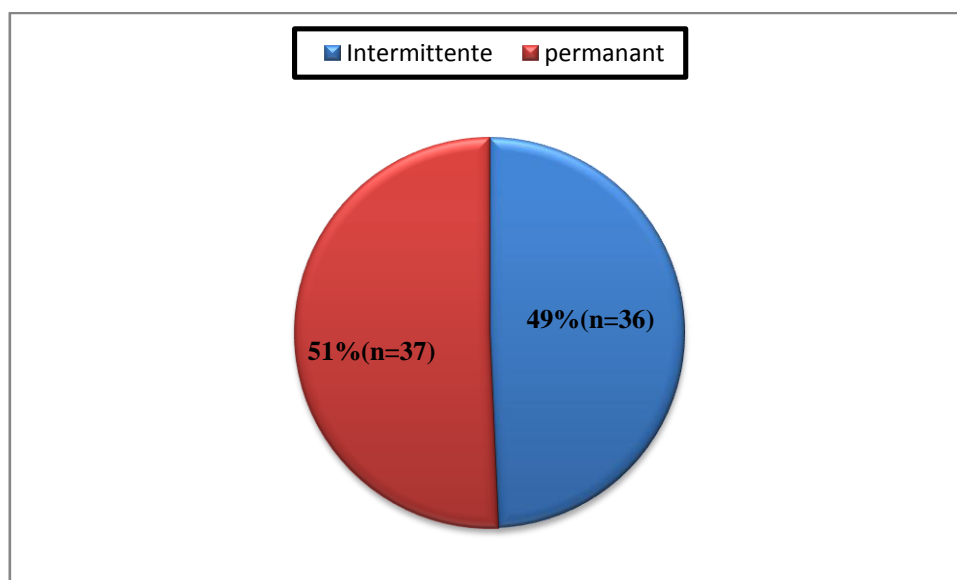


Figure 23 : Répartition de la population étudiée selon leur de localisation de douleur

Nous notons que la majorité des patients **69.9%** ont lombosacrée, suivis par **13.7%** ont douleur dans la région cervicale.

III.18. Répartition des patients enquêtés en fonction de Intensité (EVA) :**Figure 24 : Répartition de la population étudiée selon leur de Intensité (EVA)**

Pour les 73 patients, la tranche d'EVA la plus prédominante est (4-5) avec un taux de **49.3%**, suivi directement par celle des (6-7) avec un taux de **23.3%**.

III.19. Répartition des patients enquêtés en fonction de duré de la douleur :**Figure 25 : Répartition de la population étudiée selon leur de duré de la douleur**

On a noté que la majorité de la population 51% souffre d'un duré de la douleur.

III.20. Répartition des patients enquêtés en fonction de type de la douleur :

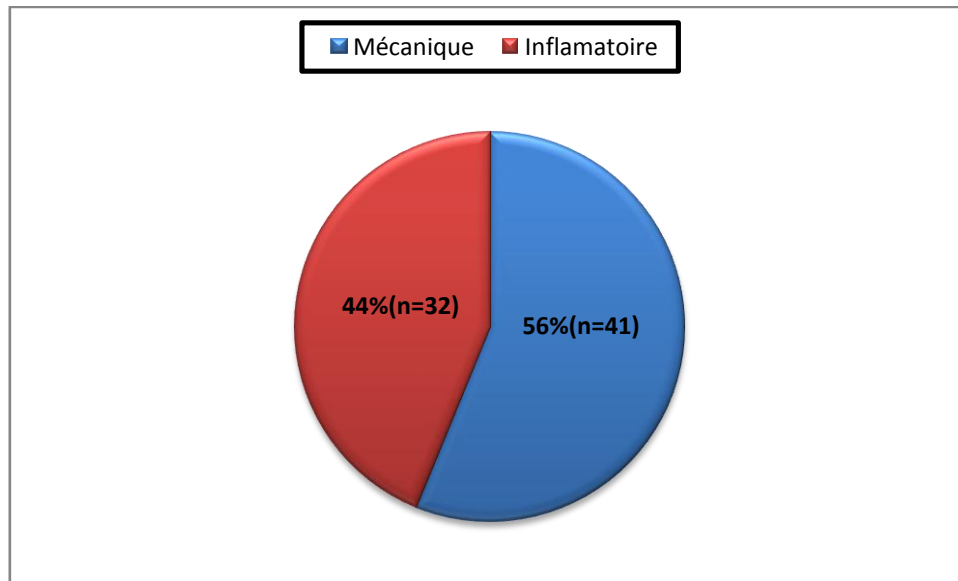


Figure 26 : Répartition de la population étudiée selon leur de type de la douleur

On a noté que la majorité de la population 56% souffre d'une lombalgie mécanique.

III.21. Répartition des patients enquêtés en fonction les circonstances d'apparition :

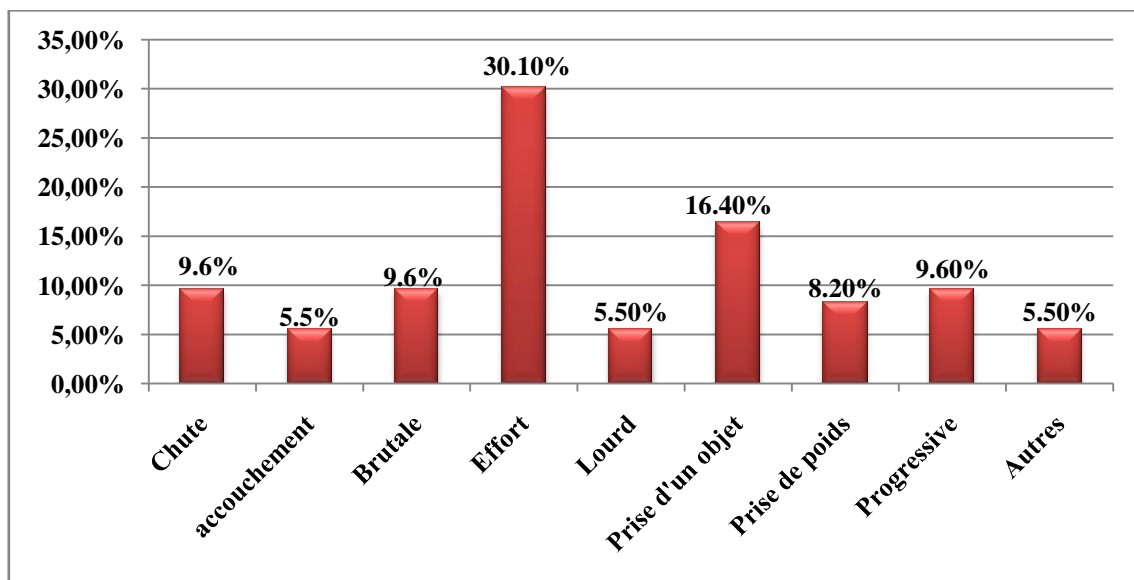


Figure 27 : Répartition de la population étudiée selon leur les circonstances d'apparition

On a remarqué que la majorité de la population 30.10% ont eu leurs lombalgies la première fois par effort ou prise d'un objet 16.40%, ou par progressive et brutale et chute avec un taux de 9.6%.

III.22.Répartition des patients enquêtés en fonction l'irradiation de la douleur :

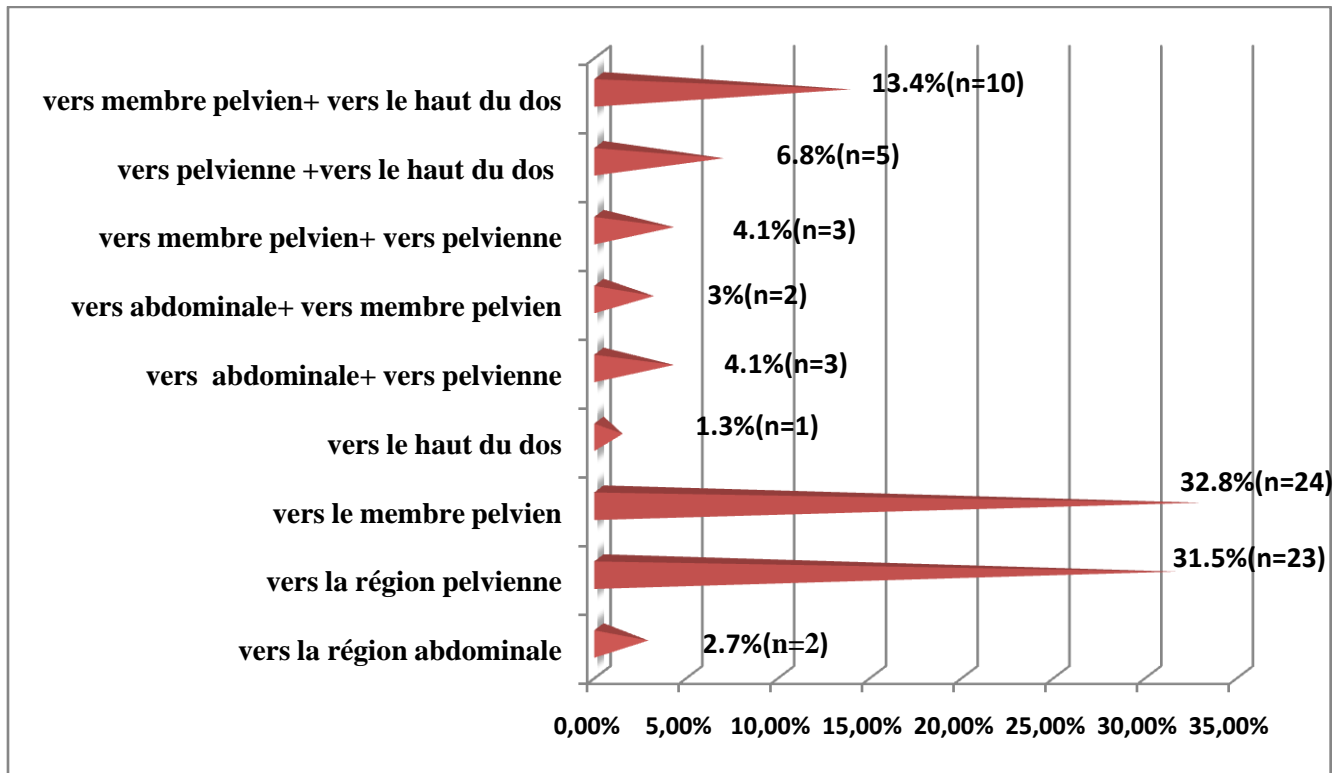


Figure 28 : Répartition de la population étudiée selon leur l'irradiation de la douleur

On a noté que 32.8% de la population étudiée ont eu leurs l'irradiation vers le membre pelvien suivis par 31.5% qui sont l'irradiation vers la région pelvienne.

III.23.Répartition des patients enquêtés en fonction la position qui déclenche la douleur :

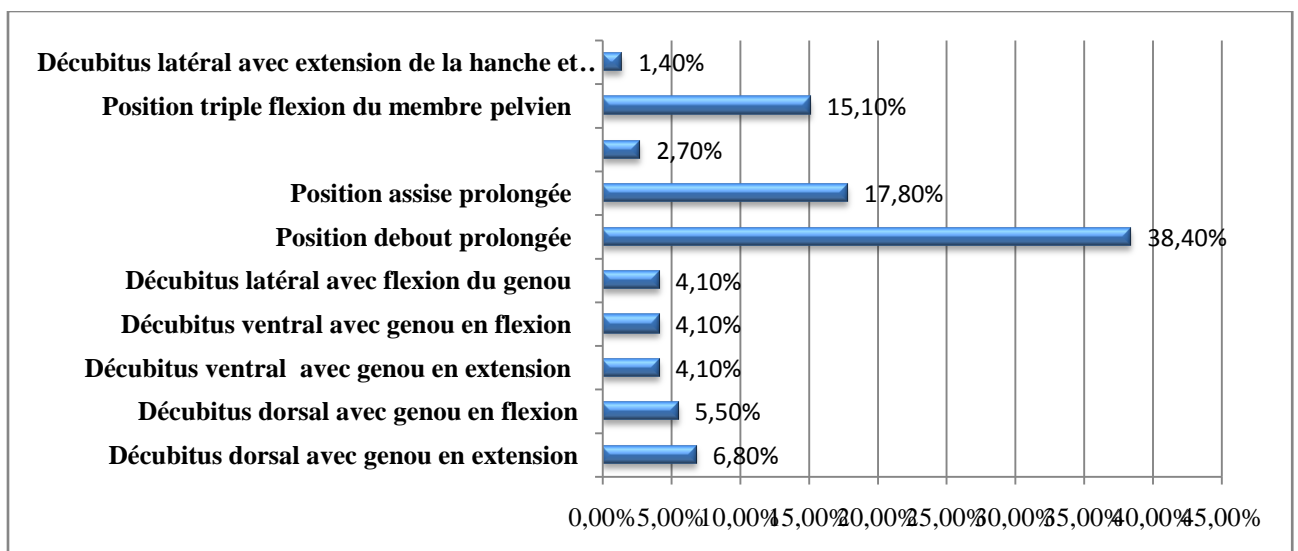


Figure 29 : Répartition de la population étudiée selon les position déclenche la douleur

Dans notre étude, on a noté que la position qui déclenche la douleur c'est la position debout prolongée pour la majorité des patients de la population enquêtés avec un taux de **38.40%**, puis la position assise prolongé avec un taux de **17.80%**.

III.24.Répartition des patients enquêtés en fonction la position qui antalgique la douleur :

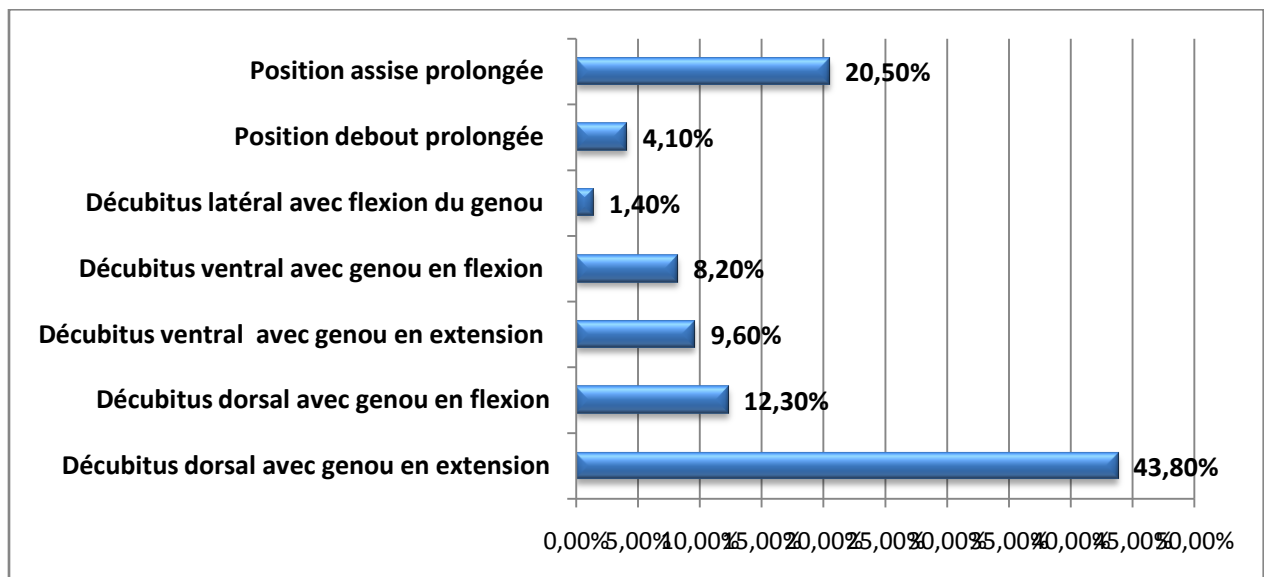


Figure 30 : Répartition de la population étudiée selon les position antalgique la douleur

Dans notre étude, on a noté que la position qui antalgique la douleur c'est la position décubitus dorsal avec genou en extension pour la majorité des patients de la population enquêtés avec un taux de **43.80%**, puis vient la position assise prolongé avec un pourcentage **20.50%**.

III.25. Hygiène de vie des patients enquêtés :

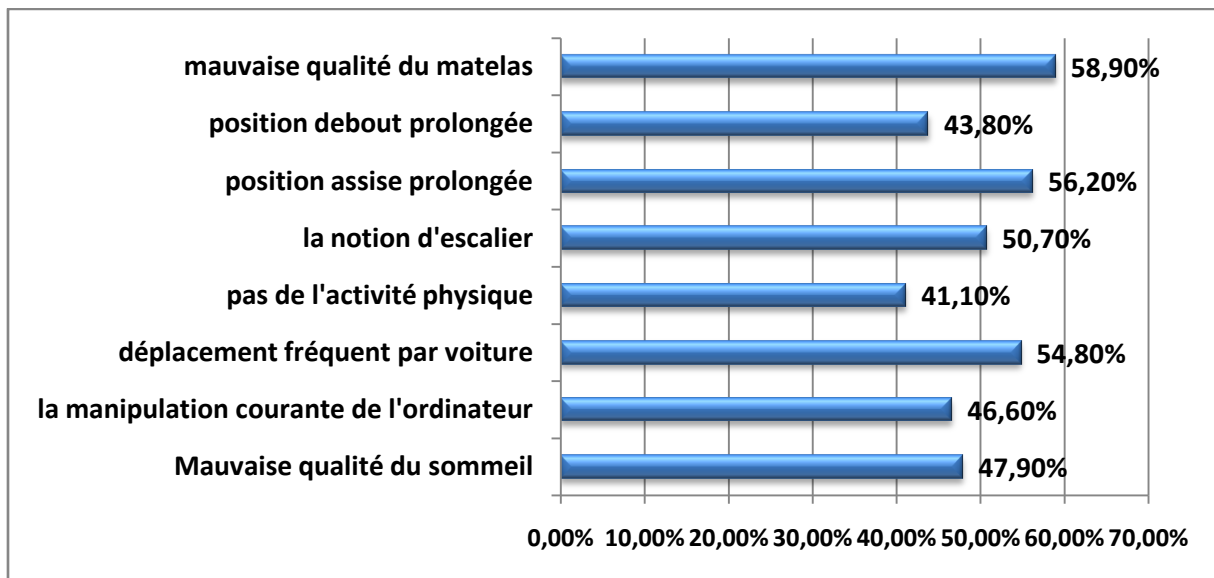


Figure 31 : Répartition de la population étudiée selon hygiène de vie

La majorité de notre population qui souffrent d'une mauvaise qualité du matelas (**58.9%**) dans leur vie quotidienne. Les position assise prolongée et la notion d'escalier et déplacement fréquent par voiture sont aussi très marquantes avec un taux de (**56.2%**, **50.7%** et **54.8%**) respectivement.

IV. Discussion

L'objectif principal de cette étude est caractérisation épidémiogénétique de la douleur du bas du dos dans la population Tlemcen.

Cet objectif est considéré comme atteint malgré les obstacles rencontrés au cours de cette étude.

Cependant, dans les différentes études composant notre revue de la littérature, une telle comparaison et une telle problématique n'étaient pas traitées malgré les certaines d'articles et de thèse qui traitent la lombalgie en rapport avec notre spécialité génétique des populations (GDP). Ce qui fait notre étude plus ou moins originale.

On ne peut donc pas comparer le résultat de notre objectif principal à d'autres résultats publiés dans d'autres études.

IV.1. Comparaison des résultats :

A. Age :

la tranche d'âge la plus touchée chez notre population d'étude en général était celle des [20-29] avec un pourcentage de **40%**, et aussi la tranche d'âge [50-59] avec un taux de **19.10%**, sachant que les âges extrêmes sont allés de **20 à 89 ans**.

ces résultats sont concordants avec :

l'étude de **MAMADOU** au BAMACO , où cette tranche d'âge représente **28.3%**.

cela s'explique par le fait que dans la période de la jeunesse et le début du vieillissement naturel, la colonne vertébrale est plus susceptible de développer des douleurs à bas du dos chez la population de cet âge.

B. Sexe :

A la lumière des résultats obtenus, nous avons remarqué que les femmes sont les plus représentées avec un pourcentage de **71%**, avec une sex-ratio (H/F) de **0.41**.

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par **MAMADOU** au **BAMACO** où les femmes représentent 58.3%, à ceux de **SOLANGE et AL** dans une étude sur 10 mois qui ont trouvé 70% sur 197 patients ayant consulté lombalgie étaient de sexe féminine.

Mais ils s'opposent aux résultats d'une étude effectuée au **BURKINA FASO** par **SAWADOGO** où le sexe masculin était le prédominant avec un sex-ratio (H/F) de 1.9.

Cette prédominance féminine peut être expliquée par la suite :

- ✓ Les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes du point de vue statistique.
- ✓ Les femmes sont connues par leur inquiétude permanente de leur santé et elles consultent davantage par rapport aux hommes (**Guyon AB et al,2009**).

C. Profession :

Dans notre étude, les femmes au foyer étaient la catégorie sociale et professionnelle la plus représentative avec un pourcentage de **36%**.

Ces résultats sont confirmés par ceux obtenus par **MAMADOU** avec un taux de 24.16%.

Ceci s'explique d'une part par la surreprésentation des femmes dans notre population étudiée. D'autre part, par la pénibilité des tâches des femmes au foyer (laver le linge, porter l'enfant, nettoyer le plancher ...).

D. Etat matrimonial :

Le statut marié était le plus représenté avec **59%**. notre résultat est proche de celui de **MAMADOU** qui a trouvé **72.5%**.

Ceci peut s'expliquer par l'âge de survenue de la maladie.

E. Type de douleur :

Dans notre population d'étude, la douleur était mécanique chez **56%**des patients et inflammatoire chez**44%**des cas.

MIJIYAWA au Togo avait trouvé que **90%**des cas souffraient d'une lombalgie mécanique.

Nous expliquons cette découverte car la majorité des patients souffrant de douleurs au bas du dos sont des douleurs mécaniques.

F. Irradiation de la douleur :

100%de notre population étudié ont déclaré une irradiation de leurs lombaire. Cette irradiation était surtout vers le membre pelvien (**32.8%**),vers la région pelvienne (**31.5%**).

Conclusion Et Recommandation

On peut dire à la fin ,que les algies a bas du dos est une cause fréquente de consultation qui a un impact significatif sur la condition fonctionnelle et professionnelle des personnes ayant un algie a bas du dos.

Nous avons vu au cours de ce travail que la douleur au bas du dos est encore très diversifiée dans sa durée, dans ses types, sa intensité, dans sa gravité personnelle et son impact sur la vie des patients.

Après 3 mois d'étude, la douleur lombaire est considérée comme chronique l'une des maladies les plus courantes dans notre société étudiée, car cette dernière représente environ 97% des patients étudiés, et 50% d'entre eux sont alités, et certains d'entre eux souffrent de douleurs intenses au niveau du bas du dos.

Dans ce mémoire, l'objectif principal était de étudié les caractérisation épidémio-génétique de la douleur du bas du dos dans la population de Tlemcen. Nos résultats sont arrivé à la conclusion par notre étude que la douleur au bas du dos est due aux effort déployés par l'être humain, et les femmes sont le premier objectif en particulier d'être infectées grâce au efforts que vous faites. Et les difficultés qu'il contient, et aussi les habitants des régions montagneuses et isolées sont plus susceptibles de développer des douleurs au bas du dos en raison des difficultés qui y sont présentes.

Nous avons également constaté que les médicaments, la thérapie chirurgicale et les médecines alternatives, telles que la thérapie par ventouse et l'acupuncture, peuvent aider à soulager les douleurs lombaires si elles sont bien utilisées et peuvent être une thérapie complémentaire et efficace.

Ces résultats ne sont pas considérés définitifs, ils donnent l'accès aux chercheurs pour en travailler plus et d'obtenir plus de réponses au questions qu'ils restent à ce travail.

Recommandations :**✓ Recommandations préventives dans la prise en charge de la lombalgie :**

1. Tenez-vous debout et asseyez-vous bien droit.
2. Faites des exercices de renforcement musculaire et d'étirement au moins deux jours par semaine.
3. Dormir à plat sur le dos sur un lit ferme , choisir un oreiller souple , ni trop épais ni trop mou .
4. Choisir des pantalons et des ceintures ajustées pour éviter la distension de sa sangle abdominale .
5. Eviter le surpoids .
6. Ne pas porter de talons trop hauts ou très plats trop souvent .
7. il faut éviter de ranger des objets lourds et/ou encombrants en hauteur

✓ Recommandations aux personnels de santé :

1. Suivez régulièrement un spécialiste pour éviter une augmentation des douleurs dans le bas du dos .
2. Introduire la médecine alternative dans le protocole de la prise en charge de lombalgie.
3. Sensibiliser la population à l'importance des facteurs de risque de la douleurs au bas du dos.

Références bibliographiques

1. A. Elmaghraoui : Lombalgie ou mal de dos. 2012-2021.
2. Acapo S, Seyrès P, Savignat E. Définition et évolution de la douleur. Kinésithérapie, la Revue. Juin 2017 ;17(186) :44-55.
3. BOUFARISSI L, ESSAADOUNI L. L'intérêt de la saignée par ventouse dans le traitement de l'aphtose réfractaire de la maladie de Behçet. 2008.
4. BENDOUZ S. ACUPUNCTURE DANS LA PRATIQUE MEDICALE.2019 ;
5. Claudepierre P. RHUMATOLOGIE INTERNAT CONFERENCE. Paris : Editions Vernazobres-Grego ; 1997.
6. Dunn K, Jordan K, Croft P: Characterizing the course of low back pain: a latent class analysis. Am J Epidemiol 2006, 163(8):754–761.
7. D. Hasboun, D. Dormont, Moelle spinale. Morphologie - RadioAnatomie. 2006-2007.
8. Définition | Antalgique | Futura Santé [Internet]. [cité 23 sept 2022].
9. *Enquête via Internet assistée par ordinateur (CAWI) réalisée pour Arthritis R&D et Ensemble Contre les Rhumatismes, du 31 juillet au 2 août 2019, sur un échantillon de 1001 répondants représentatifs de la population française.*
10. EUROSPINE Patient Line – Low Back Pain – Introduction [Internet]. [cité 7 oct 2022].
11. F. Rannou, M-A. Mayoux-Benhamou, S. Poiraudreau, M. Revel, Disque intervertébral et structures voisines de la colonne lombaire : anatomie, biologie, physiologie et biomécanique. EMCRhumatologie Orthopédie. Elsevier, 2004, Vol. 1, pp. 487-507
12. Guy DeclerckMD: l'histoire de la lombalgie en un mot. 2018.
13. Guyon AB, Quinn VJ, Hainsworth M, Ravonimanantsoa P, Ravelojoana V, Rambeloson Z, et al. Implementing an integrated nutrition package at large scale in Madagascar : the Essential Nutrition Action framework. Food and nutrition bulletin. 2009;30(3) :233-44.
14. Hominidés.com Les évolutions de l'homme. [En ligne] 2014. [Citation : 30 09 2014.]
15. Hunter C, physician MDF at AL of PMDCH is a nationally recognized interventional pain, pain the founder of AIH publication have appeared in textbooks on treating, Journals HI a RC in LPM. Ligaments, Tendons and Muscles [Internet]. Ainsworth Institute. [cité 16 sept 2022].
16. Insights in Public Health – PMC [Internet]. [cité 7 oct 2022].

Références bibliographique

17. Lombalgie. Facteurs de risques – Risques – INRS [Internet]. [cité 13 mars 2022].
18. J-Y. Maigne, Anatomie Vertébrale - Rachis lombaire, Sacrum, Rachis cervical, Muscles vertébraux. Université Paris Descartes, 2010
19. . J.M. Vital, F. Razanabola, L.A. Heraut, V. Dousset : Le foramen intervertébral lombaire. 2, 2002, Rachis, Vol. 14, pp. 107-117.
20. Leboeuf-Yde C, Jensen RK, Axen I: Absence of low back pain in patients followed weekly over one year with automated text messages. *Chiropr& Man Th* 2012, 20:9.
21. Marchand S. Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner (2e éd.ed.). Issy-les-Moulineaux : Masson. 2009 ;
22. Mamadou MZ. ETUDE DE LA LOMBALGIE EN CONSULTATION NEUROLOGIQUE DU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO. :86.
23. Niasari M, Kosari F, Ahmadi A. The effect of wet cupping on serum lipid concentrations of clinically healthy young men : a randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2007 ;13(1) :79-82.
24. Phelip X. Classification des lombalgie adaptées à la pratique de la kinésithérapie. In : *Annales de kinésithérapie*. 1999. p. 165-72.
25. Rachis – Colonne vertébrale – Fiche Anatomie | la rhumatologie pour tous [Internet]. [cité 14 oct 2022].
26. Sawadogo A, Millogo A, Bamani A, Taoko A. Lombosciatiques : Profil radio Clinique et étiologique au centre Hospitalier de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) *Med d'Afr Noire*. 1999 ;(1-4) :46(07).
27. Spitzer WO, LeBlanc RE, Dupuis MS: Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. In monograph for clinicians: report of the Quebec task force on spinal disorders. *Spine* 1987, 12:s16–s21
28. Stanton TR LJ, Maher CG, Hancock MJ: How do we define the condition ‘recurrent low back pain’? A systematic review. *Eur Spine J* 2010, 19:533–539.
29. Tamcan O, Mannion AF, Eisenring C, Horisberger B, Elfering A, Muller U: The course of chronic and recurrent low back pain in the general population. *Pain* 2010, 150(3):451-457.
30. Von Korff MDK: Chronic pain reconsidered. *Pain* 2008, 138(2):267–276.
31. Waddell G: A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987, 12(7):632–641.

Références bibliographique

Les sites internet utilisé :

1. <https://rachis.paris/pathologies-problemes-de-dos/le-rachis-lombaire/lombalgie-def/>
2. <https://rachis.paris/pathologies-problemes-de-dos/le-rachis-lombaire/lombalgie-def/>
3. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01597316/document>
4. Zoé F. · Rédactrice web santé.2022
5. <https://www.qare.fr/sante/lombalgie/aigue/>
6. <https://www.futura-sciences.com/sante/definition/medecine-antalgique-2621/?fbclid=IwAR2e4tBwpN72hA3OOMzBq7zKZ-Htstc0ocRgxFUILYFzKT-ugOEgYs1M4nA>
7. <https://clemedicine.com/4-ligaments-du-rachis-lombal/>
8. <https://www.bestsurgery.com/fr/the-anatomy-of-the-spine/>
9. <https://studio-sport-sante.fr/blog-muscle-spinaux/>
10. <https://rachis.paris/pathologies-problemes-de-dos/le-rachis-lombaire/lombalgie-def/>
11. <http://www.rhumato.info/docs/Pre%20A6%20FCvention%20des%20lombalgies.pdf>
12. http://www.nantes-mpr.com/rachis/dos_info.htm
13. <https://www.alarabiya.net/medicine-and-health/2013/11/19/>
14. <https://rachis.paris/pathologies-problemes-de-dos/le-rachis-lombaire/lombalgie-def/>
15. <https://rachis.paris/pathologies-problemes-de-dos/le-rachis-lombaire/lombalgie-def/>
16. <https://fr.cliniqueaurora.com/cupping>
17. <https://www.notretemps.com/sante-bien-etre/medecines-douces/l-acupuncture-peut-elle-soulager-le-mal-de-dos->
18. <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=lombalgie-pm-prevention-de-la-lombalgie>
19. <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=lombalgie-pm-prevention-de-la-lombalgie>

ANNEXE A

Questionnaire

Date :/...../.....

Nom :.....

Prénom :.....

Age :.....

Sexe : Masculin Féminin

Date de début de la douleur :/...../.....

Circonstance d'apparition de douleur :.....

.....
.....

-le poids précédent :

-le poids actuel :

-taille :.....

-Etes vous : Marié célibataire divorcé veuf

-la nature de votre profession actuelle :

-la nature de votre profession ancien :

-état psychologique :

Antécédents médicaux : oui non

-Cardiaques : oui non si oui type

.....

-Vasculaires : oui non si oui type

.....

-Rénaux : oui non si oui type

.....

-Gynécologiques : oui non si oui type

.....

Annexes

-Digestifs : oui non si oui type

.....

-Osseux : oui non si oui type

.....

-Musculaires : oui non si oui type

.....

-Articulaires : oui non si oui type

.....

-Neurologiques : oui non si oui type

.....

-Asthénie profonde : oui non si oui type

.....

-Anémie sévère : oui non si oui type

Autres :

.....

.....

Antécédents chirurgicaux : oui non

Si oui, lesquels

.....

Antécédents familiaux : oui non

Si oui , lesquels

.....

La prise des médicaments

-Anticoagulant : oui non durée de prise : I.....I nom :

Fréquence : faible moyenne élevée

-Anti inflammatoire non stéroïdien : oui non durée de prise : I.....I nom :

Fréquence : faible moyenne élevée

-Anti inflammatoire stéroïdien : oui non durée de prise : I.....I nom :

Annexes

Fréquence : faible moyenne élevée

-Antalgique : oui non durée de prise : I.....I nom :

Fréquence : faible moyenne élevée

-Pansement gastrique : oui non durée de prise : I.....I nom :

Fréquence : faible moyenne élevée

-Pansement intestinale : oui non durée de prise : I.....I nom :

Fréquence : faible moyenne élevée

-Les immunosuppresseurs : oui non durée de prise : I.....I nom :

Fréquence : faible moyenne élevée

-Les neuroleptiques : oui non durée de prise : I.....I nom :

Fréquence : faible moyenne élevée

-Les anti ostéoporotiques : oui non durée de prise : I.....I nom :

Fréquence : faible moyenne élevée

Motif de consultation :

I. Douleur : oui non

1. Localisation :

2. Intensité : EVA

Modalité à cocher	Score	Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur insupportable
EVA	(en mm) 0-10	0	1 - 3	4-5	6-7	8-10

3. Les circonstances d'apparition :

brutale progressive effort prise de poids prise d'un objet lourd

accouchement allaitement AVP accident de la circulation chute traumatisme

4. La date de début :

5. La durée de la douleur : intermittente permanent

6. Le type de la douleur : mécanique inflammatoire

7. Irradiation : oui non

-Vers la région abdominale : oui non

-Vers la région pelvienne : oui non

-Vers le membre pelvien : oui non

-Vers le haut du dos : oui non

Annexes

8. La position qui déclenche la douleur :

- Décubitus dorsal avec genou en extension
- Décubitus dorsal avec genou en flexion
- Décubitus ventral avec genou en extension
- Décubitus ventral avec genou en flexion
- Décubitus latéral avec flexion du genou
- Position debout prolongée
- Position assise prolongée
- Position debout penché en avant avec genou en extension
- Position triple flexion du membre pelvien
- Décubitus latéral avec extension de la hanche et du genou

Autre :

.....

.....

9 . La position antalgique de la douleur :

- Décubitus dorsal avec genou en extension
- Décubitus dorsal avec genou en flexion
- Décubitus ventral avec genou en extension
- Décubitus ventral avec genou en flexion
- Décubitus latéral avec flexion de la hanche et du genou
- Position debout prolongée
- Position assise prolongée
- Position debout penché en avant avec genou en extension
- Position triple flexion du membre pelvien
- Décubitus latéral avec extension de la hanche et du genou

Autre :

.....

.....

10. Nombre d'épisodes par mois : I.....I

Annexes

11. Durée de chaque épisode : I.....I

II. Les signes associés à la douleur :

1. Signes neurologiques :

migraine cervicalgie dorsalgie sacro-coxalgie

Autres:.....
.....
.....

2. Signes articulaires : la colonne vertébrale type :.....

hanche genou cheville type

3. Signes digestifs :

brulures gastriques le colon irritable ou nerveux le dysfonctionnement intestinale :
diarrhée constipation les hémorroïdes

Autres :.....
.....
.....

4. Signes gynécologiques :

douleur pelvienne écoulement vaginal prurit vaginal

dysménorrhées métrorragies prostatite troubles sexuels type.....

Autres :.....
.....

5. Signes urinaires :

dysurie pollakiurie brûlures mictionnelles

Autres :.....
.....

6. Autre : asthénie , anémie,

Hygiène de vie

1. La notion d'escalier dans la maison : oui non
2. La notion d'escalier dans le travail : oui non
3. La qualité du matelas : bonne I.....I mauvaise I.....I
4. La qualité de l'oreiller : bonne I.....I mauvaise I.....I
5. L'activité physique : oui non fréquence
6. La notion de position debout prolongée : oui non
7. La notion de position assise prolongée : oui non
8. Le déplacement fréquent par voiture : oui non
9. Le nombre d'heures de marche dans la journée : I.....I
10. La manipulation courante de l'ordinateur : oui non
11. Utilisation fréquente de portable dans la journée : oui non
12. Le nombre des heures du sommeil : I.....I
13. La qualité du sommeil : bonne I....I mauvaise I.....I
14. Le nombre des repas par jour : I.....I
15. La qualité du repas : les boissons gazeuses les produits laitiers

La farine blanche le sucre blanc leFast Food fréquent autres.....

16. La notion de prise de poids : oui non de combien I.....I
17. La fréquence de prise de congé maladie par : an I.....I aucun I.....I

ANNEX B

**Questionnaire d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation
des lombalgies (EIFEL)**

	Questionne	Oui	Non
01	Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos		
02	Je change souvent de position pour soulager mon dos		
023	Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos		
04	A cause de mon dos, je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison		
05	A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers		
06	A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer		
07	A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil		
08	A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place		
09	A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude		
10	Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos		
11	A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller		
12	A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise		
13	J'ai mal au dos la plupart du temps		
14	A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans le lit		
15	J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos		
16	A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants)		
17	Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos		
18	Je dors moins à cause de mon mal de dos		
19	A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller		
20	A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée		
21	A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison		
22	A cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens		
23	A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude		
24	A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps		
	Score Total		

ملخص :

العنوان: آلام أسفل الظهر لدى سكان ولاية تلمسان .
مقدمة: تعدّ الآلام أسفل الظهر مشكلة صحية حقيقية في البلدان الصناعية وبشكل متزايد في البلدان النامية، من المسلم به أنه معظم الناس يعانون من نوبة أو أكثر من الآلام أسفل الظهر في حياتهم لوجود عدة أسباب تساهم في تفاقم هذه الآلام. الغرض من هذه الدراسة هو معرفة الأسباب والعوامل التي تعمل على الإصابة بالآلام أسفل الظهر.
الطرق: هذه الدراسة تهدف إلى التوصيف الوراثة الوبائي للآلام أسفل الظهر لدى سكان ولاية تلمسان، أجريت هذه الدراسة في القطب الاستشفائي الواقع في بودغن تلمسان مع الدكتورة مجدي كلثوم المختصة في طب العظام والمفاصل.
النتائج: شملنا 73 مريضا يعانون من الآلام أسفل الظهر من مختلف مناطق ولاية تلمسان، بحيث كانت الفئة العمرية [20-29] هي الأكثر تمثيلا، كان الجنس الأنثوي أعلى من الذكور حيث بلغت نسبة الجنس 0.41. كانت ربات البيوت أكثر تضررا وكان 28.8% من الحالات لديهم اضطرابات الفمق، وكانت المناطق الجبلية من أكثر المناطق تعرضا للإصابة بالآلام أسفل الظهر كبنى سنوس بنسبة 34% وكان مؤشر الكتلة طبيعيا. سريريا كانت الآلام أسفل الظهر مزمنة في كل الحالات، وكان نوع الألم ميكانيكيا 56% من الحالات، وكان التاريخ العائلي في 49% من الحالات، والتاريخ الطبي 62% من الحالات. هناك انتشار للآلام في منطقة أعضاء الحوض 32.8% من الحالات. تم العثور على محفزات على جميع المرضى، أهمها الوقوف لفترات طويلة والجلوس لفترات طويلة. أما وضع الاستلقاء مع تمدد الركبة هو الوضعية المسكنة في 43.8% من الحالات. كان تناول الدواء 84% من الحالات اغلبيهم يتناولون مسكنات للألم 68.5% من الحالات.
الاستنتاج: بسبب تواتره وتأثيره على نوعية حياة المرضى، فإن الآلام أسفل الظهر تمثل مشكلة صحية عامة. حيث يعمل مؤشر العمر والجنس وكذلك الحالة النفسية لدى الإنسان في تزايد نسبة تعرضه للإصابة بالآلام أسفل الظهر وأيضاً يعمل عامل الوراثة دوراً مهماً في حدوث آلام أسفل الظهر عند الجيل الجديد من طرف الأقارب. لذلك يجب اللجوء إلى طبيب مختص أو الطب البديل للوقاية منه .
الكلمات الرئيسية: ألم أسفل الظهر، عامل الوراثة، العلاج الدوائي، الفئة العمرية، الحالة النفسية، المناطق النائية.

Résumé :

Thème : Les algies a bas du dos dans la population du Tlemcen.

Introduction : Les douleurs lombaires sont un véritable problème de santé dans les pays industrialisés et de plus en plus dans les pays en développement. Il est reconnu que la plupart des gens souffrent d'une crise ou de douleurs lombaires dans leur vie, car plusieurs causes exacerbent ces douleurs. Le but de cette étude est de découvrir les causes et les facteurs qui conduisent à des douleurs lombaires.

Méthodes : Cette étude vise à caractériser épidémiogénétique les douleurs lombaires dans la population de l'État de Tlemcen. Cette étude a été menée au pôle hospitalier situé à Boudghane et touche au Dr. Mhammdi Kalthum spécialisé dans l'ostéopathie et la médecine articulaire.

Résultats : Nous avons inclus 73 patients souffrant de douleurs lombaires provenant de différentes régions de l'état de Tlemcen, de sorte que le groupe d'âge [29-20] était le plus représentatif, le sexe féminin était plus élevé que le rapport de sexe masculin de 0,41. Les femmes au foyer étaient les plus touchées et 28,8 % des cas présentaient des troubles anxieux, et les régions montagneuses étaient parmi les plus vulnérables aux douleurs lombaires, avec 34 % de Beni snous et un indice de masse normal. Cliniquement, les douleurs lombaires étaient chroniques dans tous les cas, le type de douleur était mécanique dans 56 % des cas, les antécédents familiaux dans 49 % des cas et les antécédents médicaux dans 62 % des cas. La prévalence de la douleur dans la région vers membre pelvien est de 32,8 % des cas. Des stimuli ont été trouvés sur tous les patients, dont les plus importants étaient de rester debout pendant de longues périodes et de s'asseoir pendant de longues périodes. La position couchée avec extension du genou est la position antalgique dans 43,8% des cas. Le médicament a été administré dans 84 % des cas, dont la plupart ont pris des analgésiques dans 68,5 % des cas.

Conclusion : En raison de sa fréquence et de son impact sur la qualité de vie des patients, la douleur du profil inférieur est un problème de santé publique. L'indice d'âge et de sexe, ainsi que la condition psychologique de l'être humain, augmentent le taux d'exposition aux douleurs lombaires. Le facteur génétique joue également un rôle important dans l'apparition de douleurs lombaires chez la nouvelle génération par des proches. Un spécialiste ou une médecine alternative doit donc être utilisé pour la prévention.

Mots clé : Lomalgie, génétique, traitement médicamenteux, groupe d'âge, état psychologique, régions éloignées

Abstract :

Theme : low back pain in the Tlemcen population

Introduction : Low back pain is a real health problem in industrialized countries and increasingly in developing countries. It is recognized that most people suffer from a seizure or low back pain in their life, as several causes exacerbate these pains. The purpose of this study is to discover the causes and factors that lead to low back pain.

Methods : The purpose of this study is to characterize epidemics and genetics of low back pain in the Tlemcen State population. This study was conducted at the hospital center located in Boudghane and affects Dr. Mhammdi Kalthum specialized in osteopathy and joint medicine.

Results : We included 73 patients with low back pain from different areas of Tlemcen State, so the age group [29-20] was the most representative, the female sex was higher than the male sex ratio of 0.41. Housewives were most affected and 28.8% of cases had anxiety disorders, and mountainous areas were among the most vulnerable to low back pain, with 34% Beni snous and a normal mass index. Clinically, low back pain was chronic in all cases, the type of pain was mechanical in 56% of cases, family history in 49% of cases and medical history in 62% of cases. The prevalence of pain in the pelvic limb worm region is 32.8% of cases. Stimuli were found on all patients, the most important of which were to stand for long periods and sit for long periods. The lying position with knee extension is the analgesic position in 43.8% of cases. The drug was administered in 84% of cases, most of which took analgesics in 68.5% of cases.

Conclusion: Because of its frequency and impact on patients' quality of life, lower profile pain is a public health problem. The age and sex index, as well as the psychological condition of the human being, increase the rate of exposure to low back pain. The genetic factor also plays an important role in the appearance of low back pain in the new generation by relatives. A specialist or alternative medicine should therefore be used for prevention.

Keywords: Low back pain, genetics, drug treatment, age group, psychological condition, remote areas.