



avec le groupe hospitalier
mutualiste grenoble

La fracture vertébrale ostéoporotique

CONSEILS
POST OPÉRATOIRES

Dr Lydie **BOYOD GARNIER**,
Dr Arnaud **BODIN**.

Ce livret a été réalisé en
collaboration avec les
kinésithérapeutes :
Austin **FREEMAN**,
Alexis **LEMERCIER**,
et Philippe **GENTHON**.

La fracture

TASSEMENT

Vous souffrez d'une fracture ou d'un tassement vertébral. Sachez que cela veut dire la même chose. Le tassement est un type de fracture qui entraîne la plupart du temps une perte de hauteur de la vertèbre et/ou une déformation en cyphose. C'est-à-dire qu'elle voûte le dos. Il s'agit la plupart du temps d'une fracture stable qui n'entraîne pas de déficit neurologique.

Il y a plusieurs moyens de diagnostiquer ces fractures récentes :

Les fractures sont considérées comme récentes s'il y a une perte de continuité osseuse de la vertèbre, associée ou non à une déformation de la vertèbre (perte de hauteur, déformation en cyphose).

○ La radiographie standard de la colonne vertébrale ou rachis qui sera complétée d'un Scanner.

○ On peut aussi les diagnostiquer sur un scanner thoraco-abdo-pelvien réalisé pour une autre raison. Dans ce cas il faut savoir si ces fractures sont récentes en lien avec une douleur élective à l'endroit de la fracture, et la relier avec un traumatisme récent ou non.



Parfois, on décrit plusieurs fractures sur le scanner, mais on ne peut pas en déterminer l'ancienneté. L'aspect de la vertèbre peut faire douter de l'origine ostéoporotique. Dans ce cas il faut compléter par une autre imagerie comme une IRM ou une scintigraphie osseuse qui nous permettra de déterminer s'il s'agit d'une fracture récente qui doit être traitée rapidement.

Les fractures anciennes ne requièrent aucun traitement en urgence quand l'os est solide et que la déformation de la vertèbre est fixée.

On parle de fractures ostéoporotiques quand ces fractures surviennent lors d'un **traumatisme à faible cinétique**, comme une chute de sa hauteur. Elles peuvent survenir de **façon spontanée** ou sur un **effort banal** (faible port de charge, un faux mouvement, un effort de toux) chez les patients avec une ostéoporose sévère.

Qu'est-ce que **L'OSTÉOPOROSE ?**

L'ostéoporose est une maladie fréquente qui touche 1 femme sur 3 après la ménopause et 1 homme sur 5 après 50 ans, souvent associé à d'autres maladies. Elle est la cause de fractures qui altèrent la qualité de vie (fractures des vertèbres, du poignet et col du fémur) et peut avoir des conséquences graves comme la fracture du col du fémur.

La Direction de la recherche des études et évaluation et statistiques (DREES) publie dans son rapport de 2016 : une femme sur cinq et un homme sur trois sont morts dans l'année qui a suivi la fracture. Le décès est corrélé avec l'âge pour les deux sexes, mais la surmortalité par rapport à la population du même âge est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

L'ostéoporose correspond à une diminution de la résistance osseuse aboutissant à un risque fracturaire accrue. Les os deviennent plus minces, plus « poreux » et donc plus fragiles.

Cette maladie est longtemps **silencieuse sans aucun symptôme**. Dans la plupart des cas, c'est la fracture qui révélera la maladie. Néanmoins, il est possible de la dépister avant l'épisode fracturaire avec une **densitométrie osseuse** que votre médecin traitant ou rhumatologue peut vous la prescrire sous certaines conditions.

La densitométrie est recommandée dans les suites d'une fracture dite porotique (chute à faible cinétique, fracture du poignet, du col du fémur ou d'une vertèbre).

Un **bilan sanguin complémentaire** peut également vous être prescrit pour trouver la cause de l'ostéoporose et pour éliminer d'autres maladies qui fragilisent l'os.

Dans le cas des fractures vertébrales ostéoporotiques, il se peut que les vertèbres se cassent de proche en proche. Ces fractures sur plusieurs étages peuvent entraîner de sévères déformations du dos en cyphose et scoliose sources d'une gêne réelle dans les activités de la vie quotidienne.

Les **douleurs** et le **déséquilibre postural** peuvent limiter les capacités prendre soins de soins, se déplacer, voyager et faire du sport.

Les **CONSÉQUENCES**

À court terme :

- En l'absence d'instabilité ou de recul du mur postérieur (partie postérieure du corps vertébral qui est au plus près de la moelle épinière), il y a peu de complication neurologique. En général, la moelle épinière et les nerfs de la queue de cheval à partir de la première vertèbre lombaire ne sont pas traumatisés.
- Les douleurs se situent au niveau du dos là où il y a la fracture et peuvent irradier dans les jambes.
- Les **douleurs** sont souvent intenses et nécessitent un recours aux antidouleurs assez forts parfois jusqu'à la morphine. La position couchée sans bouger soulage le plus souvent les douleurs.
- Les **douleurs** sont **mécaniques au changement de position essentiellement**. Elles durent en général 3 semaines puis diminuent progressivement, mais peuvent être toujours être très marquées pendant 3 mois.
- Ces douleurs peuvent entraîner une **perte d'autonomie** plus ou moins importante selon l'âge, le degré de dépendance avant la fracture, les maladies associées, l'état général et la tolérance des antidouleurs.

- Il y a souvent un **ralentissement du transit** dû à la fracture et aux antidouleurs qui peuvent être source de constipation, fécalome et douleurs abdominales.

À moyen terme :

- La baisse d'activité et la position couchée sur plusieurs jours, qui soulage les douleurs, risquent d'entraîner des complications dites de «décubitus » : phlébite, embolie pulmonaire, décompensation cardiaque, hypotension orthostatique, infection urinaire, constipation, anorexie, confusion..., qui peuvent avoir des conséquences graves.
- Une **perte d'autonomie**.
- Des complications liées aux médicaments anti-douleur : dépendance, constipation, ulcère, ...

À long terme :

- Majoration de la déformation de la vertèbre et donc de l'équilibre du dos responsable de **douleurs chroniques**, des soucis de digestion et des problèmes respiratoires.

Une fois la fracture consolidée avec la déformation, des interventions chirurgicales peuvent être pratiquées pour redresser le dos, mais elles sont extrêmement lourdes et risquées et ne relèvent pas de cette indication en cas d'ostéoporose.



Il ne faut donc pas attendre avant de consulter un médecin et prendre en charge la fracture rapidement avant que la déformation ne s'aggrave.

Deux options

THÉRAPEUTIQUES

Le traitement orthopédique par corset

Le corset est rigide sur mesure thoraco-lombaire, c'est-à-dire des clavicules au bassin.

Le but est de faire consolider la fracture en bonne position en limitant la surcharge et la mobilisation du foyer fracturaire pendant le temps de **consolidation osseuse** qui dure **3 mois en moyenne**.

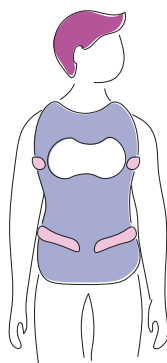
Sa confection nécessite de voir un orthoprothésiste, dont nous vous donnerons les coordonnées. Il prendra les mesures et confectionnera le corset à votre taille selon les indications données par le médecin sur une ordonnance spécifique de grand appareillage (seuls certains médecins peuvent prescrire un corset).

Il se porte pendant **45 jours de façon stricte toute la journée**, on l'enlève pour la douche et lors de la position couchée. Il est recommandé d'éviter les oreillers trop hauts.

Le sevrage se fait de façon progressive sur 1 mois ½ pour laisser les muscles reprendre des forces.

Ce que je peux faire avec un corset :

- La kinésithérapie : elle peut être débutée dès le début du port du corset pour l'entretien des mobilités des épaules, cervicales et membres inférieurs et travailler les muscles rachidiens profonds de la statique. Une prescription vous sera faite.
- Marcher régulièrement tous les jours avec le corset.
- Vous pouvez faire ce que le corset vous autorise à faire.
- La position assise est souvent mal supportée, mais le chirurgien peut vous l'autoriser selon le niveau de la fracture.



Ce que je ne peux pas faire avec un corset :

- La position assise et penchée en avant est à éviter au minimum pendant 3 mois.
- La conduite est interdite avec un corset, et même en passager, il est recommandé de limiter les trajets pour éviter le déplacement ou la déformation secondaire de la fracture.
- Pas de port de charges de plus de 3 kg pendant 3 mois.

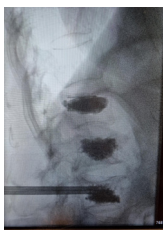
Dans le cas des fractures ostéoporotiques : la fracture peut continuer à se tasser même si le corset est bien porté.

Il peut être nécessaire de solliciter une aide-ménagère si vous vivez seul. Sinon vous pouvez en faire la demande à votre mutuelle ou au près d'une assistante sociale de votre secteur.

Pour la reprise de votre travail, discutez avec votre chirurgien.

La vertébroplastie

C'est une intervention chirurgicale. Elle consiste à injecter du ciment au sein de la vertèbre fracturée sous contrôle radiologique. L'intervention se fait par l'arrière de la vertèbre.



Comment se passe l'intervention et l'hospitalisation ?

Vous rentrez dans notre établissement soit la veille de l'intervention, soit le jour même par L'Unité d'Accueil de Chirurgie (UDAC), soit en chirurgie ambulatoire selon votre état de santé et ce que vous avez déterminé avec le chirurgien.

Il se peut que vous soyez hospitalisé·e depuis le service des urgences.

Vous voyez l'anesthésiste en consultation. L'intervention se passe sous anesthésie générale ou **anesthésie locale et sédation** (courte anesthésie, mais sans le tube dans la bouche).

Dans tous les cas, vous ne sentirez pas le geste. Le geste opératoire dure 15 min.

Nous pratiquons de façon quasiment systématique une biopsie osseuse afin d'éliminer une autre cause de fracture que l'ostéoporose.

Le **ciment** est injecté sous contrôle radiologique sous forme pâteuse puis se rigidifie en 5 min. La fracture est donc consolidée en 5 min.

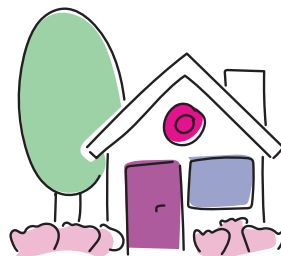
Vous passez ensuite en salle de réveil pendant 2 heures, puis vous retournez en chambre. Il n'y a pas à proprement parlé d'incision : tout se fait au moyen d'aiguille que l'on insère dans la vertèbre à travers la peau. Il n'y a donc pas de cicatrice. Il n'y a pas non plus de drain.

Le premier lever se fait le soir ou le lendemain de l'intervention. La **reprise de la marche est immédiate**, sous la supervision de l'équipe de kinésithérapeutes. Vous retrouvez votre autonomie immédiatement.

Vous pouvez sortir de l'établissement le jour même ou le lendemain de l'intervention.

Que se passe-t-il après l'intervention ?

Vous rentrez à votre domicile, avec des aides si nécessaires, sauf en cas d'isolement ou de logement tout à fait non adapté. Le retour à domicile se fait en général en ambulance.



Vous reprenez vos activités de la vie de tous les jours de façon progressive. Selon votre travail, vous aurez un arrêt de travail plus ou moins long.

Des séances de **kinésithérapie** vous sont prescrites pour muscler le **dos** et apprendre à le **protéger**.

La première consultation de contrôle a lieu au 3^e mois avec une radio de contrôle.

Entre temps, si les douleurs récidivent de façon importante, il faudra faire la radio de contrôle du 3^e mois en avance pour éliminer un nouveau tassement surtout dans le cadre d'ostéoporose sévère ou consulter aux urgences pour refaire une imagerie.

Est-ce que je serai raide ?

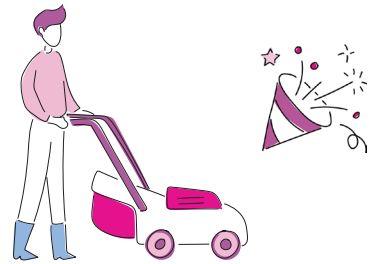
Il n'existe aucune limitation des amplitudes par rapport à avant l'intervention. Et il n'y a aucune consigne de limitation des mouvements après l'intervention, la fracture est réparée. Par contre, dans le cadre de l'ostéoporose, il faudra éviter les chutes et éviter de porter des charges lourdes. Il s'agit des conseils de prévention de la fracture ostéoporotique.

Qu'attendre de cette intervention ?

Les douleurs sont supprimées de façon immédiate et quasi complète. Il reste souvent des contractures qui diminuent progressivement. Il se peut que vous ressentiez des douleurs lombaires basses de décompensation d'une arthrose préexistante.

Ma vie sera-t-elle normale ?

Les **activités de loisir** peuvent être reprises **sans limitation immédiatement**. Cependant, les **activités professionnelles de force** doivent être **adaptées**, et il est souvent nécessaires dans cette catégorie de métier de faire appel à un médecin du travail avant de reprendre.



Est-ce que je risque d'être paralysé ?

Les risques de complications neurologiques existent, mais sont très rares.

Les nouvelles techniques permettent de mettre en place le matériel sans contact avec les nerfs ou la moelle épinière, sous contrôle radiologique en continu.

Le seul risque reste la fuite de ciment vers les éléments neurologiques, moelle épinière ou nerf. Ce risque est excessivement rare, mais a été décrit.

Il existe aussi des risques anecdotiques comme les embolies de ciments. Les nouveaux ciments sont de plus en plus performants et limitent ces risques.



Si vous prenez des anticoagulants ou antiagrégants ; ils vont devoir être suspendus ou relayés pour certains afin d'éviter un hématome au niveau de la colonne vertébrale qui peut comprimer les nerfs. Ces médicaments pourront être repris dès le lendemain.

Existe-t-il d'autres risques ?

Les risques existent, mais sont souvent très limités. Comme toute intervention, il existe un risque lié à l'anesthésie générale. Celui-ci est exceptionnel. Lors de la consultation avec l'anesthésiste, celui-ci vous informera et prendra toutes les dispositions nécessaires pour que l'intervention se déroule du mieux possible. L'infection de la plaie est possible, mais extrêmement rare.

Est-ce que je porterai un corset ?

Le corset n'est pas à prévoir.

Est-ce que je garderai le matériel toute ma vie ?

Oui, le ciment reste en place toute votre vie, mais à l'intérieur de la vertèbre, si bien que vous ne vous en rendez pas compte.

Éviter la **RÉCIDIVE**

Dépister et traiter de l'ostéoporose

Si l'ostéoporose est connue et déjà traitée, il faudra revoir votre rhumatologue pour discuter des autres options thérapeutiques.

Si l'ostéoporose n'est pas connue, mais fortement suspectée par le chirurgien, il vous sera prescrit un bilan sanguin complémentaire et une densitométrie osseuse.

Vous devrez prendre rendez-vous avec un rhumatologue et lui apporter les examens prescrits et les compte rendus d'hospitalisation et opératoire.

Le rhumatologue vous proposera un traitement adapté à votre situation (calcium, vitamine D, biphosphonate...).

Il peut vous être demandé de réaliser un orthopantomogramme et une consultation chez le dentiste en vue d'un traitement par biphosphonate.

Appliquer des règles hygiéno diététiques

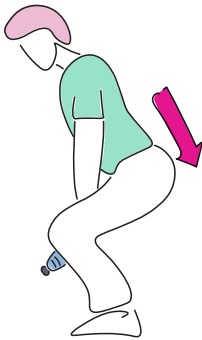
- Une activité physique régulière, adaptée à l'âge et à la condition physique : selon l'Afssaps, l'activité physique doit être réalisée en charge, pendant 1 heure 3 fois par semaine, l'INPES conseille 30 minutes de marche par jour.
- Chez la femme ménopausée, l'exercice ralentit la diminution de la masse osseuse, et ce bénéfice persiste même si la femme abandonne cette activité.
- Chez le sujet âgé, en plus du bénéfice pour la masse osseuse, l'exercice entretient la musculature et l'équilibre et diminue le risque de chute et de fracture.
- Une exposition solaire quotidienne suffisante.
- Des apports alimentaires de calcium (produits laitiers notamment) sont recommandés.
- L'arrêt du tabac et de l'alcool est souhaitable.
- Le maintien d'un poids et d'un IMC normaux : un faible poids et un faible indice de masse corporelle (IMC) sont aussi corrélés à un risque accru d'ostéoporose et de fractures ostéoporotiques.

Faire les **BONS GESTES**

Voici quelques exercices et bons gestes à avoir en tête :

Avoir le dos droit

Lorsqu'on est en position verticale (assis/debout), on doit se redresser.

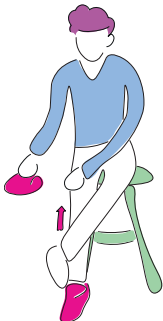
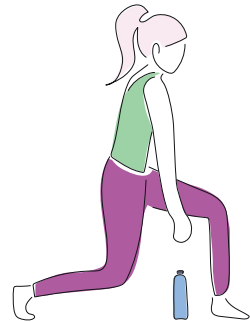


Lorsqu'on se baisse, il faut adopter une position adéquate :

- La position « haltérophile », avec les fesses en arrière



- La position « du chevalier servant », avec un genou à terre et le second plié à 90°.



Pour se chausser, on peut tout simplement faire glisser une jambe sur l'autre, en gardant le « dos droit ».



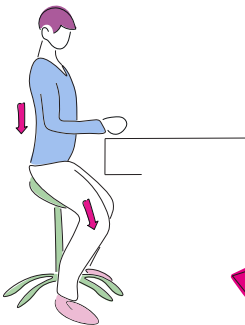
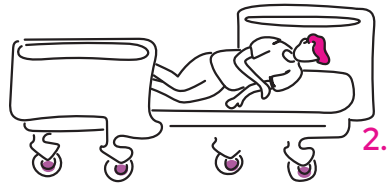
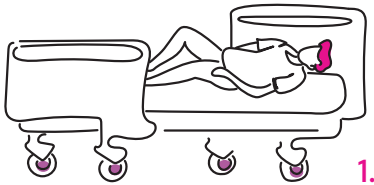
Le port de charge

Ne portez pas plus de 2 à 4 kilos (voir avec le médecin). De plus, portez les charges «sur le nombril» et non à bras tendus :



Se coucher ou se lever du lit

Pour se coucher ou se lever du lit, il vous faut obligatoirement passer sur le côté. Pour cela, je plis les genoux (1), me roule sur le côté, épaules et bassin en bloc (2). Je bascule sur le côté en poussant sur mon coude et en sortant mes pieds du lit (3).



La position assise

Éviter d'être assis plus de 30 min d'affilées. Éviter d'être assis trop bas (angle dos/jambe inférieur à 45°) si la chirurgie est sous L3.

Essayez de vous asseoir de façon plutôt «ouverte», en arrière.



Miser sur la **SÉCURITÉ**

- Acquérir des stratégies sécuritaires dans les gestes de la vie quotidienne.
- Limiter la consommation de boissons alcoolisées.
- Porter des chaussures adaptées.
- Savoir gérer son traitement au quotidien.
- Être capable de se relever seul·e et d'alerter en cas de chute.

Se prendre **EN CHARGE**

- Connaître ses maladies (diabète, cholestérol, maladies cardiovasculaires...) et savoir reconnaître les troubles qu'elles peuvent susciter.
- Reconnaître les facteurs de risque de chutes et, parmi eux, ceux qui sont modifiables.
- Pratiquer une activité physique adaptée et régulière.
- Travailler son équilibre tous les jours.
- Aménager le domicile pour limiter les risques de chute.
- Intégrer les aides techniques dans ses habitudes de vie.
- Veiller à une alimentation bien équilibrée et consommer suffisamment de produits lactés.
- Savoir à qui et où s'adresser pour bien soigner ses pieds.
- Connaître le rôle des médicaments et adopter un comportement sécuritaire vis-à-vis de la prise des médicaments.
- Faire vérifier la vue une fois par an.

Savoir S'ENTOURER

- Reprendre confiance en soi dans ses activités quotidiennes.
- Identifier les ressources et faire appel à son réseau de proximité en cas de nécessité.
- Savoir alerter et s'installer confortablement en attendant les secours en cas d'impossibilité de se relever du sol.

Source : pourbienveillir.com, GRIO (groupe de recherche et d'information sur l'ostéoporose)



avec le groupe hospitalier mutualiste grenoble



124 rue d'Alembert,
38000 Grenoble



04 76 28 50 50

avec.fr

