FRACTURE VERTEBRALE
Le point de vue du rhumatologue

28 AVRIL 2016

FMC DIMAI 28 AVRIL 2016

Quand penser à une fracture vertébrale ?

2/3 asymptomatiques, douleur minime ou absente

- Découverte fortuite
- Mesure régulière
  - Perte de 4 cm / taille à 20 ans
  - Perte de 2 cm par rapport à mesure antérieure
- Cyphose

1/3 symptomatique

- Traumatisme minime (¼ secondaire à une chute), douleurs du « dos », durée 2 à 3 semaines
- 10 % hospitalisées

FMC DIMAI 28 AVRIL 2016

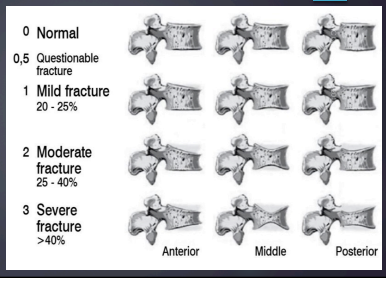
MESSAGE 1

Douleur du rachis chez une femme, de plus de 50 ans

Ce n'est pas un lumbago : penser à faire des RX thoraco-lombaire

FMC DIMAI 28 AVRIL 2016

Classification de Genant



PIEGES DE LA RX

- Fractures trop récentes
- Fractures infra RX (stade 1)
- Fractures thoraciques ou charnière thoraco-lombaire
- Scoliose
- Maladie de Scheuermann
- ATCD de fracture traumatique
- Récente ou ancienne ?
- Confusion permanente entre *«pincement»* (discal) et *«tassement»* (vertébral)
- Douleur clinique peu localisatrice

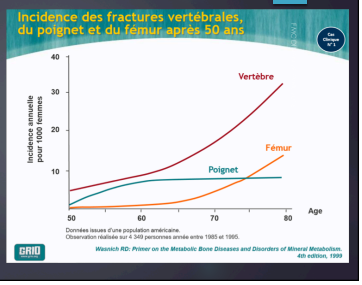
MESSAGE 2

On peut avoir une radiographie normale et une fracture vertébrale : refaire des RX à distance (15 jours plus tard) ou TDM/IRM (rachis thoraco-lombaire)

EPIDEMIOLOGIE

- Augmentation régulière à partir de 50 ans
- T11 à L1 et T6 à T8

- 12 % des femmes entre 50 et 79 ans ont une FV
- 20 % des femmes de + de 75 ans ont une FV



DONNEES RECENTES ET INQUIETANTES

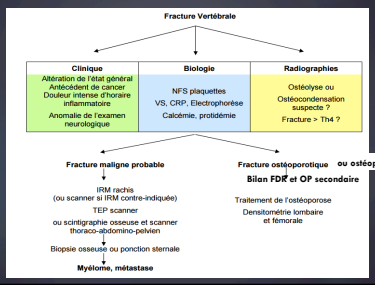
(CNAM Travailleurs salariés)

- Augmentation du nombre de fractures donnant lieu à hospitalisation chez sujets de plus de 50 ans entre 2010- 2013 de 10%
  - 2011 : 150 000
  - 2012 : 155 800
  - 2013 :165 200
  - FESFF +++ (80000), sous représentation des FV
- Diminution du nombre de DMO de 6 %
- Diminution des prescriptions des TTT OP (1 100 000 femmes traitées en 2010 vs 7500 00 en 2014
- 15% des sujets fracturés reçoivent un traitement anti-ostéoporotique à l'issue de leur hospitalisation et 50% l'ont arrêté à un an

Quand évoquer une fracture basse énergie, par fragilité osseuse ?

- Chute de sa hauteur
- Toute localisation sauf :
  - crâne
  - orteils, doigts
  - rachis cervical et rachis dorsal haut (T1 à T4)
- Fracture sévère :
  - ESF, 1/3 distal fémur, 1/3 proximal tibia
  - ESH
  - 3 côtes adjacentes
  - bassin
  - vertèbres (T5 à L5)

Fracture ostéoporotique ou maligne ?



FMC DIMA 29 AVRIL 2014

Ostéoporose ou autre ostéopathie fragilisante bénigne ?

- HYPERPARATHYROIDIE PRIMITIVE
  - Biologie : calcémie normale ou haute, PTH inadaptée (normale ou haute) à n'interpréter que si Vitamine D normale)
  - Fonction rénale
  - DMO
  - Echo des parathyroïdes
  - Scintigraphie au MIBI
- RACHITISME
  - Osteomalacie
  - Diabète phosphoré …
- Autres troubles du métabolisme du calcium…

FMC DIMA 29 AVRIL 2014

Ostéoporose primitive ou secondaire ?

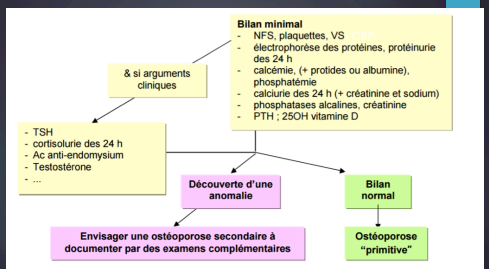


Figure 1 : Proposition de bilan biologique permettant d'éliminer une ostéoporose secondaire

MESSAGE 3

TOUTE FRACTURE VERTEBRALE NON TRAUMATIQUE N'EST PAS OSTEOPOROTIQUE : UN BILAN EST INDISPENSABLE

FMC DNAM 29 AVRIL 2016

Ostéoporose secondaire et FDR

- **Facteurs de risque** : âge > 60 ans, IMC < 19 kg/cm2, Fracture ESF parent 1e degré, ATCD de corticothérapie, ménopause < 40 ans, immobilisation prolongée, tabagisme, ATCD de fracture personnelles
- **Causes secondaires**
  - **OP cortisonée**
  - Médicamenteuse ….
  - Maladies digestives, chirurgie bariatrique
  - Hémochromatose
  - Obésité
  - Alcool
  - Maladies endocriniennes : diabète, thyroïde, hypogonadisme
  - Rhumatismes inflammatoires
  - Maladie neurologiques
- Facteurs de chutes : maladies neurologiques, trouble de la vision, patient chuteur

FMC DNAM 29 AVRIL 2016

BILAN INITIAL

- **RX rachis thoraco-lombaire**
- **DMO systématique**
  - **T score < -1 DS**
  - **Si doute fracture traumatique**
  - **1DS = RR * 2**
  - **Gradient de risque**
  - **Suivi thérapeutique**
- **Biologie**
  - **CTX sériques : FDR si augmentés, dans situation d'ostéopénie**
- **Taille**

FMC DNAM 29 AVRIL 2016

TRAITEMENT FRACTURE OSTEOPOROTIQUE

- Phase aiguë
  - Traitement antalgique
  - Immobilisation, repos
  - Corset ?
  - Vertébroplastie/Kyphoplastie
- PEC ultérieure
  - Conseils hygiéno-diététiques (tabac…)
  - Traitement médicamenteux
    - ✓ Vitamine D /calcium
    - ✓ Traitement spécifique de l'ostéporose
  - Rééducation

FMC DNMF 29 AVRIL 2014

Pourquoi traiter l'ostéoporose ?

- Risque de nouvelle fracture vertébrale multiplié par 5 : 20% des femmes auront une nouvelle fracture vertébrale dans l'année qui suit
  - Excès de mortalité (si fracture clinique)
  - Perte de taille (1 cm par fracture)
  - Douleurs chroniques
  - Cyphose : RGO, troubles respiratoires…
- Risque de fracture de l'ESF multiplié par 2 fois
  - Mortalité dans l'année 10 à 20 % supplémentaire /sujet même âge
  - Institutionnalisation : 15 à 25 %%
  - Perte d'autonomie : 25 à 35 % (tierce personne ou aide mécanique)
- 1 femme sur 5 aura une nouvelle fracture dans l'année

FMC DNMF 29 AVRIL 2014

RISQUE ULTERIEUR DE FRACTURE

Fractures ultérieures / Fracture initiale (*)	Poignet	Vertèbres	FESF	Tous types
Poignet	3,3	1,7	1,9	2,0
Vertèbres	1,4	4,4	2,3	1,9
FESF	-	2,5	2,3	2,4
Tous types	1,9	2,0	2,0	2,0

(*) Femmes en péri- ou post-ménopause

Tableau III : Antécédents de fractures et risque relatif de nouvelles fractures (D'après [43])

POURQUOI TRAITER ?

- **Parce que les traitements marchent :** en moyenne les traitement diminuent d'au moins 50 % le risque de récidive
- **Et que ça marche assez vite :** efficacité à 12 mois
- **Les traitements sont bien tolérés et plus simples d'utilisation actuellement**

MESSAGE 4

L'ostéoporose est une maladie grave, qui se dépiste, se diagnostique, s'évalue et qui se soigne avec des médicaments bien tolérés et efficaces