



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Effet antalgique de la sacroplastie dans les fractures sacrées ostéoporotiques, étude de six cas[☆]

Anne-Priscille Trouvin^{a,*}, Didier Alcaix^a, Thierry Somon^b, Charles Zarnitsky^a

^a Service de rhumatologie, hôpital Jacques-Monod, groupe hospitalier du Havre, 29, avenue Pierre-Mendès, 76290 Montivilliers, France

^b Service de radiologie, hôpital Jacques-Monod, groupe hospitalier du Havre, 29, avenue Pierre-Mendès, 76290 Montivilliers, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 21 novembre 2011

Disponible sur Internet le 27 mars 2012

Mots clés :

Sacroplastie

Ostéoporose

Antalgie

Sacrum

R É S U M É

Objectifs. – Évaluer l'efficacité antalgique à court terme de la sacroplastie dans la prise en charge des patients souffrant d'une fracture sacrée ostéoporotique.

Méthodes. – Étude observationnelle monocentrique rétrospective de tous les patients traités par cimentoplastie effectuée pour une fracture ostéoporotique du sacrum d'octobre 2008 à novembre 2009. Pour chaque malade, la durée des symptômes, l'intensité des douleurs et l'utilisation d'antalgiques ont été analysés. La cimentoplastie a été effectuée sous anesthésie locale en procubitus sous contrôle scannographique, l'aiguille et le polyméthylméthacrylate sont introduits dans l'axe du sacrum, le long du trait fracturaire. La douleur a été évaluée par échelle visuelle analogique (EVA cotée sur 10) 24 heures avant et après la procédure, au décours de la reverticalisation. Les durées d'hospitalisation avant et après procédure ont été notées.

Résultats. – Six patients (cinq femmes et un homme) âgés de 83,2 ans ont été traités. Tous les patients présentaient des douleurs du rachis lombaire bas associées, chez quatre patients, à des pygalgies. L'ancienneté de la symptomatologie douloureuse était variable d'un an à un mois selon les patients avant que le diagnostic de fracture sacrée soit établi. Chez tous les patients, il a été retrouvé une chute préalable aux douleurs. L'intensité moyenne des douleurs avant la sacroplastie était à 8,2. Vingt-quatre heures après la procédure, la diminution de l'EVA est de 7,6 points (deux tiers des malades ont une EVA à 0). La durée d'hospitalisation était de 12 jours avant la procédure, les patients quittant l'hôpital, en moyenne quatre jours après cette dernière. Avant sacroplastie, tous les patients étaient sous opioïdes, une patiente a quitté le service sous antalgique de palier II, une patiente sous paracétamol et quatre patients ont quitté le service en ne consommant plus d'antalgique. Aucun effet indésirable n'a été observé chez les patients.

Discussion. – Notre courte série rejoint une revue récente de la littérature montrant, sur 15 séries, une amélioration significative de la douleur. L'injection de ciment dans les fractures du sacrum permet un résultat rapide, permettant la reverticalisation et leur évitant des complications de décubitus.

Conclusion. – La sacroplastie est une procédure efficace dans la prise en charge antalgique des fractures du sacrum par insuffisance osseuse.

© 2011 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les fractures sacrées ostéoporotiques concerneraient 1 % des femmes âgées de plus de 65 ans [1]. Elles sont la cause de douleurs invalidantes qui confinent les patients au lit. Le diagnostic repose sur l'imagerie telle que l'IRM, la scintigraphie ou le scanner. Le traitement actuel repose sur un alitement sous antalgiques avec une autonomisation la plus rapide possible du fait de la fragilité habituelle de ces malades. Cette évolution peut être accélérée

par l'injection dans la fracture de ciment orthopédique (sacroplastie). La sacroplastie est une technique dérivée de la vertébroplastie dont l'utilisation dans l'indication des fractures sacrées ostéoporotiques remonte à 2002 [2], mais le rapport bénéfice/risque de cette technique est mal évalué.

L'objectif primaire de cette étude est l'évaluation de l'effet antalgique de la sacroplastie à partir de l'évolution du score EVA douleur, de la mesure de la consommation d'antalgique et de la mesure de la durée d'hospitalisation avant et après le geste.

2. Méthodes

Il s'agit d'une cohorte rétrospective monocentrique menée au centre hospitalier du Havre sur l'ensemble des sacroplasties effectuées consécutivement entre octobre 2008 et novembre 2009.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* (doi:10.1016/j.jbspin.2011.12.005).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aptrouvin@gmail.com (A.-P. Trouvin).



Fig. 1. Sacroplastie sous contrôle scopique en vue sagittale.

Les critères d'inclusion étaient la présence d'une fracture sacrée d'origine ostéoporotique sans autre tassement vertébral récent associé, confirmée par scintigraphie, TDM ou IRM du bassin, une douleur non soulagée par les antalgiques de palier III (ou II en cas de contre-indication aux paliers III), une perte d'autonomie (confinement au lit ou périmètre de marche inférieur à 10 m), un âge supérieur à 60 ans.

Les critères de non-inclusion étaient une origine non ostéoporotique de la fracture (métastase osseuse, tumeur osseuse primitive).

Les données démographiques des patients, l'ancienneté des douleurs, le contexte de la fracture et le type d'imagerie ayant permis le diagnostic ont été colligés. Les paramètres d'évaluation utilisés sont les suivants : douleur mesurée par échelle visuelle analogique (EVA, échelle de 0 à 10), le palier du traitement antalgique consommé par les patients et la durée totale d'hospitalisation (temps d'hospitalisation avant la procédure nécessaire à établir le diagnostic et/ou à poser l'indication de la sacroplastie, et le temps d'hospitalisation après l'intervention).

Le recueil de l'EVA a été effectué 24 heures avant la sacroplastie, puis 24 heures après le geste par les infirmières du service de rhumatologie, selon une procédure standardisée (une mesure d'EVA par recueil). L'EVA avant procédure étant relevée au repos, l'EVA après procédure étant relevée dix minutes après reverticalisation du patient. Le recueil de la consommation d'antalgique était mesurée à partir du recueil des feuilles de prescription et de la dispensation ou non du médicament aux patients selon la douleur ressentie. Le temps d'hospitalisation avant la procédure est compté à la date d'entrée du patient au sein du service de rhumatologie, cette durée ne correspondant pas à l'ancienneté des douleurs. Le temps d'hospitalisation correspond, en revanche, au temps séparant la sacroplastie de la sortie effective du patient motivée par l'amélioration clinique suffisante pour un retour à domicile ou une convalescence.

La sacroplastie a été effectuée par un radiologue interventionnel (TS) expérimenté dans la cimentoplastie. La procédure a été réalisée sous contrôle scanographique en décubitus ventral avec injection de polyméthylméthacrylate (PMMA) dans le trait de fracture (Fig. 1). L'abord est paramédian, selon le trait de fracture. Après anesthésie locale et sous le contrôle scanner, les trocars sont mis en place parallèlement aux tablettes sacrées. Les trocars sont identiques à ceux utilisés pour les procédures de vertébroplastie (diamètre 3 mm, 11 Gauge, longueur 125 mm). Trois à 5 mL de

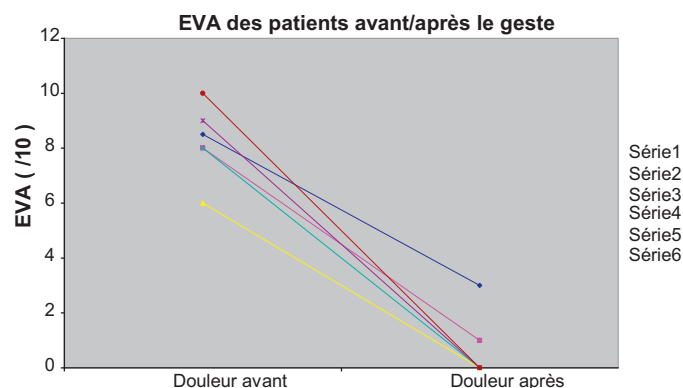


Fig. 2. Évaluation de la douleur sur EVA (cotée sur dix points) avant la sacroplastie, puis 24 heures après le geste (après dix minutes de verticalisation).

ciment de type polymère de méthylméthacrylate (ciment Biomet) sont injectés par aileron sacré.

Le lendemain du geste, les patients ont été reverticalisés et leur seuil de douleur évalué par EVA.

3. Résultats

Six patients ont été inclus, un homme et cinq femmes. L'âge moyen était de 83,2 ans (76–93 ans). Chez tous les patients, il a été retrouvé une notion de chute préalablement aux douleurs ; les douleurs siégeant au niveau du rachis lombaire bas avec pour quatre d'entre eux des pygalgies associées sans irradiation radiculaire. L'ancienneté des douleurs était très variable, d'un an à un mois. Les douleurs ont constitué le motif d'hospitalisation pour tous les patients. Le diagnostic de fracture du sacrum a été confirmé après scanner (trois patients), IRM (deux patients) et scintigraphie osseuse (une patiente). Quatre patients présentaient des fractures en H, une patiente avait une fracture unilatérale et une autre une fracture impactée du sacrum. L'ostéoporose des patients était connue avant la fracture sacrée, tous avaient un traitement anti-ostéoporotique, cinq patients recevaient déjà des bisphosphonates et une patiente du ranélate de strontium. Le seuil de douleur avant la procédure était en moyenne de 8,2 (10, 9, 8,5, 8, 8 et 6). Vingt-quatre heures après le geste, tous les patients ont pu être reverticalisés. L'EVA mesurée 24 heures après le geste et après dix minutes de verticalisation est diminuée en moyenne de 7,6 points avec une disparition de la douleur (EVA=0) pour quatre des six patients. Les deux autres patientes ayant une EVA respectivement à 3 sur 10 et 1 sur 10 à 24 heures de la sacroplastie (Tableau 1 et Fig. 2).

La durée moyenne d'hospitalisation avant décision de réaliser le geste est de 12 jours (1–20 jours). Une patiente souffrait depuis environ un an et était à domicile sous antalgiques de palier III.

Après réalisation de la sacroplastie, tous les patients ont pu être verticalisés à 24 heures et ont repris la marche. La durée moyenne d'hospitalisation après le geste était de quatre jours (un à sept jours, médiane 2,5 jours). Toutefois, cette durée moyenne a été majorée par le fait que deux patients ont dû être maintenus sept jours en hospitalisation en attente d'un placement en centre de soins de suite.

Sur le plan des antalgiques, avant la procédure, trois patients étaient sous morphiniques, les trois autres sous antalgiques de palier II en raison de contre-indication à l'utilisation des morphiniques. Quatre patients ont quitté le service sans consommer d'antalgique soit 67 % de l'effectif, une patiente a quitté le service sous paracétamol et la sixième patiente sous antalgique de palier II (Tableau 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387959>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387959>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)