

# Il dolore da frattura vertebrale

Trami contusivi di notevole entità, piccoli traumi od osteoporosi sono tra le possibili cause delle fratture vertebrali. Ma con i trattamenti ci sono buone percentuali di guarigione.

Ne parliamo con il professor Attilio Di Donato

Nicoletta Bucciarelli

Il professor Attilio Di Donato esercita a Roma  
attilio.didonato@fastwebnet.it info@concordiahospital.it



**L**e fratture vertebrali traumatiche costituiscono il 4% delle lesioni fratturative dell'apparato scheletrico. Il segmento più interessato è il tratto dorso-lombare, seguito dal tratto cervicale, lombare e toracico. I campanelli d'allarme possono essere il manifestarsi di dolore acuto nella zona interessata dopo uno sforzo ordinario come uno starnuto, il sollevamento di un peso, lo spostamento di un vaso. Oppure il dolore vertebrale persistente, che non migliora con i comuni farmaci analgesici o la riacutizzazione del dolore alla percussione della sospetta vertebra fratturata. Il professor Attilio Di Donato spiega le cause connesse a tale problema, gli sviluppi e le modalità d'intervento curativo.

## Quali sono le cause più frequenti delle fratture vertebrali traumatiche?

«Sicuramente l'osteoporosi, una condizione clinica caratterizzata dalla riduzione della massa ossea che comporta l'aumento della fragilità dell'osso e conseguente incremento del rischio di fratture. Le fratture possono verificarsi anche per traumi di modesta entità mentre quando si produce spontaneamente viene anche chiamata cedimento vertebrale. A differenza delle fratture osteoporotiche in altre sedi, quelle vertebrali possono non essere riconosciute in fase acuta, sia perché il dolore inizialmente può essere transitorio o scambiato con il dolore da fenomeni artrosici, sia per la possibile difficoltà interpretativa dell'esame radiografico della colonna. La diagnosi e il trattamento delle fratture vertebrali hanno importanza rilevante considerando l'alto rischio di invalidità a lungo termine. Altre possibili cause sono i traumi contusivi di notevole entità e che possono verificarsi maggiormente nei soggetti più giovani e possono avere risvolti drammatici con compressioni midollari».

## Quali sono gli esami clinici più competenti per individuarle?

«In caso di sospetta frattura il primo esame da eseguire è la radiografia della colonna vertebrale. Quando la frattura comporta una modificazione della conformazione della vertebra essa è evidenziabile sulla radiografia sotto forma di una de-



**«In caso di sospetta frattura il primo esame da eseguire è la radiografia della colonna vertebrale»**

formità, di tipo variabile a seconda del segmento vertebrale interessato, dell'entità dello stress esercitato sulla colonna e dal grado di osteoporosi. Talvolta però la radiografia può presentare delle difficoltà nel riconoscere la frattura acuta. In questi casi è utile eseguire una risonanza magnetica che permette la diagnosi con alta sensibilità».

## Quali trattamenti vengono utilizzati in questi casi?

«Il trattamento delle fratture su base osteoporotica può essere di tipo medico-conservativo o chirurgico. Il trattamento conservativo è il trattamento convenzionale e consiste nell'allettamento e nell'utilizzo del corsetto ortopedico e dei farmaci analgesici. Nel caso di frattura recente è indispensabile prescrivere al paziente il riposo a letto e il divieto di stazione eretta per almeno 20-30 giorni. Quando al paziente sarà stato concesso di alzarsi per le cure personali e i pasti, e nel periodo successivo, sarà indispensabile l'utilizzo di un corsetto ortopedico che andrà indossato, in stazione eretta, fino al terzo mese dalla data della frattura. Il trattamento convenzionale delle fratture vertebrali, permette la "cicatizzazione dell'osso" mediante la formazione del callo di riparazione, ma non prevede la correzione della deformità causata dalla frattura, e non esclude la possibilità che

la deformità si aggravi nel tempo causando invalidità».

## Esistono dei trattamenti chirurgici mini-invasivi?

«Il trattamento chirurgico si basa essenzialmente su due metodiche mini-invasive percutanee che sono la vertebroplastica e la cifoplastica. Trattasi di due procedure chirurgiche, che prevedono la stabilizzazione della frattura mediante cementazione, preceduta nella cifoplastica dal tentativo di correzione dello schiacciamento del corpo vertebrale. La cifoplastica rappresenta un'evoluzione della vertebroplastica. La tecnica prevede il tentativo di correzione della deformità mediante un palloncino sintetico che viene gonfiato all'interno del corpo vertebrale; dopo questo rimodellamento il palloncino viene estratto e si procede alla cementazione come nella vertebroplastica. La cifoplastica e la vertebroplastica vengono sempre eseguite in anestesia locale coadiuvata da una blanda sedazione».

## Qual è la percentuale di guarigione dalla frattura vertebrale?

«Nella maggioranza dei pazienti sottoposti a vertebroplastica e cifoplastica la risoluzione della sintomatologia dolorosa si realizza entro poche ore e risulta significativa, così come la qualità di vita dopo l'intervento».