



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Lacunes dans la prise en charge de l'ostéoporose chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde[☆]

Jennifer Watt^a, Andy Thompson^{a,b}, Nicole Le Riche^{a,b}, Janet Pope^{a,*,b}^a Service de médecine, université Ovest, 268, Grosvenor street, ON N6 4V2, Londres, Royaume-Uni^b Service de rhumatologie, centre de santé Saint-Joseph, Londres, Royaume-Uni

I N F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Accepté le 4 février 2014

Disponible sur Internet le 21 juin 2014

Mots clés :

PR

Ostéoporose

FRAX

Recommandations de traitement

Adhésion

Prédicteurs d'adhésion

R É S U M É

Objectifs. – Évaluer les taux de conformité aux directives canadiennes actuelles sur l'ostéoporose et déterminer si les scores obtenus par l'outil d'évaluation du risque de fracture chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde sont corrélés avec la probabilité de recevoir un traitement de l'ostéoporose et d'avoir une mesure de densité minérale osseuse.

Méthodes. – Les données d'une série de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde reçus en consultation étaient examinées afin de recueillir les informations de mesure de densité minérale osseuse, de prise de calcium, de vitamine D, et de traitement de l'ostéoporose. Les odds ratios (OR) étaient calculés pour déterminer si un score plus élevé, calculé par l'outil d'évaluation durisque de fracture augmentait la probabilité d'avoir un traitement de l'ostéoporose ou une mesure de densité minérale osseuse.

Résultats. – Avec l'outil d'évaluation du risque de fracture, le risque de fracture ostéoporotique majeure à 10 ans était élevé chez 92 (12,5%), modéré chez 216 (29,3%), et faible chez 429 (58,2%) patients. Par rapport aux patients à faible risque, les patients à risque élevé étaient plus susceptibles de recevoir un traitement de l'ostéoporose (OR 16,31, IC 95 % 9,45 à 28,13, $p < 0,001$), du calcium (OR 3,89, IC 95 % 2,43 à 6,25, $p < 0,001$), de la vitamine D (OR 3,46, IC 95 % 2,12 à 5,64, $p < 0,001$) et d'avoir eu une mesure de densité minérale osseuse (OR 10,22, IC 95 % 5,50 à 18,96, $p < 0,001$). Un bisphosphonate était prescrit chez la moitié (46,8%) des 124 patients recevant de la prednisone.

Conclusions. – Bien que la conformité aux recommandations actuelles de l'ostéoporose reste faible chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, les patients à risque plus élevé sont plus susceptibles d'avoir une mesure de densité minérale osseuse et de recevoir un traitement de l'ostéoporose, comme en témoigne la démonstration claire d'une relation dose-réponse entre le risque de fracture à 10 ans des groupes de faible à haut risque.

© 2014 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'ostéoporose, la prévalence de l'ostéoporose de la hanche, des vertèbres ou du poignet est de 35% pour les femmes et 19% pour les hommes de plus de 50 ans [1]. La polyarthrite rhumatoïde et l'utilisation de corticostéroïdes sont des facteurs de risque indépendants de l'ostéoporose [2,3]. Le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose sont donc particulièrement importants pour les rhumatologues compte tenu de sa prévalence élevée et

de l'existence de facteurs de risque multiples prédisposant leurs patients à l'ostéoporose. Les rhumatologues doivent également tenir compte du poids social et économique lié à une fracture chez leurs patients [4,5].

Des précédents audits ont montré que l'utilisation de calcium, de vitamine D, et de bisphosphonates n'était pas optimale [6–8]. Pour Cheng et al., 8% des patients sont traités par un bisphosphonate et 27% reçoivent du calcium et de la vitamine D [6] alors que Solomon et al. ont rapporté que 42% des patients reçoivent un traitement de l'ostéoporose et que 25% reçoivent du calcium et/ou de vitamine D [8]. Tous les patients traités par glucocorticoïdes pour une arthrite inflammatoire précoce et présentant un risque de présenter une fracture de fragilité ne reçoivent pas les traitements préventifs appropriés [6,7]. Il est important de déterminer si le suivi des recommandations s'est récemment amélioré.

Des recommandations de pratique clinique telles que celles sur l'ostéoporose (Canada) de 2010 ont été développées pour aider la

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2014.02.001>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : janet.pope@sjhc.london.on.ca (J. Pope).<http://dx.doi.org/10.1016/j.rhum.2014.02.008>

1169-8330/© 2014 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

prise de décision des médecins dans le traitement de l'ostéoporose et la prévention des fractures de fragilité. Ces recommandations préconisent l'utilisation d'un outil d'évaluation (l'outil d'évaluation du risque de fracture, FRAX[®]) pour classer les patients à risque faible, modéré ou élevé. Ces recommandations précisent que un traitement approprié de première ligne par un bisphosphonate ou un traitement par denosumab devrait être prescrit à tous les patients présentant un risque élevé de fracture ostéoporotique majeure pour prévenir les fractures ostéoporotiques. Le traitement des personnes à risque modéré doit être guidé par les préférences du patient. Les patients à faible risque ne nécessitent pas de traitement par un bisphosphonate ou du denosumab. Il est recommandé que tous les patients de plus de 50 ans sous prednisone à une dose de 7,5 mg depuis plus de 3 mois reçoivent un traitement par un bisphosphonate. Indépendamment de la catégorie de risque, tous les patients doivent prendre de la vitamine D et recevoir des suppléments de calcium si l'apport alimentaire est insuffisant [9].

L'outil d'évaluation du risque de fracture (FRAX[®]) de l'OMS a également été conçu pour aider les médecins dans la prise de décision en intégrant de multiples facteurs connus de risque de l'ostéoporose avec calcul de score. Il utilise un certain nombre de facteurs de risque cliniques, notamment l'âge du patient, le genre, la taille, le poids, les antécédents de fracture de fragilité, les antécédents familiaux de fracture de la hanche, le tabagisme, la consommation d'alcool, et la densité minérale osseuse (DMO) du col de fémur pour calculer la probabilité à 10 ans d'avoir une fracture ostéoporotique majeure pour un patient donné. Il a déjà été validé dans une population canadienne. Une fracture ostéoporotique majeure est définie comme une fracture de la colonne vertébrale, de la hanche, de l'épaule ou de l'avant-bras. La polyarthrite rhumatoïde (PR) et l'exposition aux glucocorticoïdes par voie orale (dose de prednisolone/prednisone \geq 5 mg par jour pendant \geq 3 mois ou équivalent) sont également considérés comme facteurs de risque indépendants [10,11]. Les scores FRAX[®] peuvent être calculés sans prise en compte de la DMO.

L'adoption des recommandations de pratique clinique et les outils d'évaluation liés à la gestion de l'ostéoporose pourraient être utiles aux stratégies d'amélioration de la qualité des évaluations quotidiennes des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde par les rhumatologues. L'objectif principal de cette étude était d'abord d'étudier les taux de conformité aux directives actuelles de l'ostéoporose au Canada entre les rhumatologues. Un second objectif était d'évaluer si les patients identifiés comme présentant un risque plus élevé de fracture ostéoporotique, selon le FRAX[®], étaient plus susceptibles de recevoir un traitement de l'ostéoporose et de bénéficier d'une évaluation de leur densité minérale osseuse.

2. Méthodes

Il s'agissait d'une revue rétrospective de données concernant des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde de la clinique de rhumatologie ambulatoire Saint-Joseph. Les données recueillies par trois rhumatologues de la clinique étaient incluses. En utilisant le code de facturation 714 du plan de l'Assurance-santé de l'Ontario (PASO), 1653 dossiers de patients comprenant des données recueillies pendant un an ont été examinés dans l'ordre dans lequel ils avaient été enregistrés sur le récapitulatif du PASO ; cet ordre n'était donc ni alphabétique, ni établi selon l'âge ou tout paramètre autre que le temps. Pour cette étude, les critères ACR de 1987 [12] étaient utilisés pour le diagnostic de la PR.

Chaque patient remplissait un questionnaire standard au moment de la consultation. Le médecin traitant documentait également les antécédents et réalisait un examen clinique. Les informations de base, incluant le genre, l'âge, la taille, le poids, l'indice de masse corporelle (IMC), le tabagisme, la consommation d'alcool,

le résultat le plus récent de la mesure de densité minérale osseuse (DMO), et l'utilisation de prednisone, étaient ainsi recueillies. Tous les antécédents personnels ou familiaux d'ostéoporose, les antécédents de fracture de fragilité, ainsi que la prise actuelle d'un traitement de l'ostéoporose (-bisphosphonate, denosumab, traitement hormonal substitutif, calcium, vitamine D) étaient également documentés le cas échéant. Les données enregistrées par le médecin étaient celles qui étaient considérées comme correctes en cas de contradiction avec celles recueillies par le patient.

Les patients étaient exclus de l'étude dans les cas suivants : absence de PR, taille ou poids non documentés, âge de moins de 40 ans au moment de la dernière visite à la clinique. Tous les patients avec une PR séropositive et séronégative étaient inclus indépendamment de la durée de la maladie. Le risque à 10 ans de fracture de la hanche ou d'autres fractures majeures liées à l'ostéoporose était calculé pour chaque patient avec la version canadienne de l'outil d'évaluation du risque de fracture de l'OMS (www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp) [13]. Lorsque l'information concernant le tabagisme ou la consommation d'alcool n'était pas disponible pour un patient, on considérait la donnée négative dans le calcul. Un résultat positif dans le calcul des causes secondaires d'ostéoporose ne reflétait que les causes documentées enregistrées dans le tableau. Un antécédent familial de fracture de la hanche n'était en général pas précisé dans le tableau et était considéré comme négatif dans le calcul. Chaque patient était ensuite classé dans le groupe à risque « élevé » (> 20%), « modéré » (10–20%), ou « faible » (< 10%). Les données manquantes étaient donc considérées comme négatives, induisant des scores FRAX[®] plus faibles et une plus faible probabilité de recevoir un traitement de l'ostéoporose sur la base des recommandations de l'ostéoporose au Canada.

L'objectif principal de l'étude était de savoir si un patient présentant un risque de fracture élevé ou modéré en se basant sur l'index FRAX[®] était plus susceptible de recevoir un traitement de l'ostéoporose qu'un patient ayant un faible risque de fracture ostéoporotique à 10 ans. La conformité des praticiens aux recommandations concernant l'ostéoporose du Canada de 2010 était considérée comme un résultat secondaire. L'influence de l'utilisation de corticoïdes sur la probabilité de recevoir un traitement de l'ostéoporose dans le groupe de risque le plus faible était également déterminée. Les caractéristiques des patients à l'inclusion étaient aussi classées selon le groupe de risque en fonction du FRAX[®].

Les caractéristiques initiales des patients étaient évaluées à l'aide des statistiques classiques (moyenne, écart-type, et écart interquartile). Le pourcentage de patients prenant du calcium, de la vitamine D, un traitement par bisphosphonate, du denosumab, ou un traitement hormonal substitutif (THS) était calculé en fonction de la catégorie de risque FRAX[®]. Un test χ^2 était ensuite utilisé pour déterminer les odds ratio avec des intervalles de confiance de 95 % pour comparer les groupes de risque élevé, moyen, ou faibles. Un test de χ^2 était également utilisé pour évaluer si une personne de faible risque était plus susceptible de recevoir un traitement par bisphosphonate. Pour le calcul du score FRAX[®], on considérait qu'un patient avait été traité par glucocorticoïdes s'il avait reçu une dose cumulée \geq 5 mg par jour pendant au moins 3 mois. Toutefois, dans le but d'évaluer la conformité aux recommandations canadiennes de l'ostéoporose de 2010, le pourcentage de patients âgés de plus de 50 ans ayant reçu de la prednisone à une dose cumulée de \geq 7,5 mg par jour pendant plus de 3 mois durant l'année précédente était calculé. Tous les tests statistiques étaient bilatéraux et considérés comme statistiquement significatifs à $p < 0,05$, sans correction de Bonferroni.

Un test t apparié était utilisé pour déterminer si les personnes du groupe de risque le plus élevé qui avaient bénéficié d'une DMO étaient plus susceptibles de recevoir un traitement de l'ostéoporose que ceux qui n'avaient pas eu de DMO. Une analyse de régression

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387341>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387341>

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