



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Article original

Impact du recours systématique au médecin traitant sur la réalisation d'une densitométrie osseuse et la mise en route d'un traitement après la survenue d'une fracture à bas niveau d'énergie dépistée dès les urgences. Étude prospective monocentrique sur 434 patients suivis six mois

Guillaume Coiffier^{a,*}, Tiffen Couchouren^a, Gilles Larroche^b, Jacques Bouget^c, Hervé Thomazeau^d, Pascal Guggenbuhl^a

^a Service de rhumatologie, hôpital Sud, CHU de Rennes, 16, boulevard de Bulgarie, BP90347, 35203 Rennes cedex 2, France

^b Pôle des systèmes d'information et de pilotage, CHU de Rennes-Pontchaillou, 2, rue Henri-le-Guilloux, 35000 Rennes, France

^c Service d'accueil et traitements des urgences, CHU de Rennes-Pontchaillou, 2, rue Henri-le-Guilloux, 35000 Rennes, France

^d Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, CHU de Rennes-Pontchaillou, 2, rue Henri-le-Guilloux, 35000 Rennes, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 3 mars 2013

Disponible sur Internet le 6 avril 2013

Mots clés :

Ostéoporose

Dépistage

Urgences

Filières

Fracture

Médecin généraliste

Densitométrie osseuse

R É S U M É

Introduction. – L'ostéoporose est un problème majeur de santé publique dont le dépistage notamment après la survenue d'une fracture demeure insuffisant.

Méthode. – Nous avons mené une étude prospective monocentrique d'un dépistage systématique et automatisé des fractures à bas niveau d'énergie adressées au service des urgences du CHU de Rennes sur une période de 18 mois. Ce dépistage faisait suite à l'envoi d'un courrier au patient d'information sur l'ostéoporose. L'impact sur la prise en charge était évalué à six mois.

Résultats. – Nous avons évalué 434 des 1081 patients avec fractures à bas niveau d'énergie hospitalisées aux urgences pendant la période d'étude. Il s'agissait d'une population âgée de $72,7 \pm 11,6$ ans, dont 80,6 % de femmes, présentant pour 71,2 % des fractures ostéoporotiques majeures et pour 50,7 % des fractures ostéoporotiques sévères. À six mois, plus de 75 % des patients avaient consulté leur médecin généraliste traitant et 55 % avaient bénéficié d'une densitométrie osseuse (DMO). Un traitement de l'ostéoporose était plus fréquemment instauré lorsqu'à la suite du dépistage, les patients avaient consulté leur médecin généraliste traitant (56 % vs 30,3 %, $p < 0,001$) ou réalisé une DMO (55,5 % vs 27,3 %, $p < 0,001$). Les fractures ostéoporotiques sévères sont encore insuffisamment considérées avec un taux de réalisation de DMO inférieure aux autres fractures ostéoporotiques (48,2 % vs 62,1 %, $p < 0,01$).

Conclusion. – Une information systématique par courrier après fracture à bas niveau d'énergie dépistée dès les urgences pourrait améliorer la prise en charge de l'ostéoporose. La consultation du médecin généraliste au décours de la fracture a un impact significatif sur la réalisation d'une DMO et l'instauration d'un traitement de l'ostéoporose.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société Française de Rhumatologie.

1. Introduction

L'ostéoporose est un problème de santé publique en raison de sa forte prévalence. On estime actuellement que le risque de présenter une fracture ostéoporotique après 50 ans est de 40 à 50 % pour les femmes [1,2]. C'est une maladie grave puisque la mortalité est augmentée après la survenue d'une fracture ostéoporotique dite sévère comme de l'extrémité supérieure du fémur (ESF), extrémité supérieure de l'humérus (ESH), de l'extrémité inférieure du fémur ou supérieure épiphysaire de tibia, vertébrale ou pelvienne

[3,4]. Parmi les survivants, la morbidité est également augmentée et la qualité de vie est significativement diminuée [5]. Dans l'étude de Cooper [6], un an après la survenue d'une fracture de l'ESF, près de 30 % des personnes étaient atteintes de dépendance permanente, 40 % étaient incapables de marcher sans aide et 80 % étaient incapables de réaliser sans aide au moins une activité de la vie quotidienne. Après ajustement de l'âge et des comorbidités, le *hazard ratio* (HR) d'institutionnalisation à la suite d'une fracture de l'ESF a été estimé à 4,89 chez les hommes et de 2,79 chez les femmes [7]. L'impact sur l'économie de santé est conséquente avec un coût total de près de 111 millions d'euros uniquement pour les fractures de l'ESF chez les hommes en 2002, en France [8]. Même si l'incidence des fractures de l'ESF a diminué en moyenne de 8 % en France au cours des six dernières années (11,7/100 000 habitants

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : guillaume.coiffier@chu-rennes.fr (G. Coiffier).

en 2008), le nombre absolu de fracture de l'ESF dans le monde ne cesse d'augmenter avec le vieillissement de sa population [9]. Une mauvaise adhésion au traitement (définie par un *medical possession ratio* < 80 %) a largement été étudiée dans la littérature, avec une persistance à un an inférieure à 50 % pour les bisphosphonates [10–12].

Malgré leur gravité, les fractures ostéoporotiques sont mal dépistées et leur prise en charge demeure insuffisante alors que des traitements efficaces sont disponibles. Par exemple, une étude australienne rétrospective multicentrique rapportait que sur 1829 fractures à bas niveau d'énergie admises dans un service hospitalier, seules 10 % avaient été correctement explorées et 8 % traitées par bisphosphonates [13]. Cette problématique du dépistage et du traitement de l'ostéoporose après la survenue d'une fracture à bas niveau d'énergie et la nécessité de système organisé d'identification de ces patients est devenue une priorité pour la Société savante américaine « ASBMR » [14]. Nous rapportons notre expérience d'un dépistage organisé et automatisé des fractures à bas niveau d'énergie dès les urgences ; et l'impact du recours systématique au médecin traitant après information du patient par courrier sur la prise en charge de l'ostéoporose à six mois.

2. Méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique (CHU de Rennes), prospective sur 13 mois. Un dépistage systématique de toutes les fractures à faible niveau d'énergie, définies comme faisant suite à tout traumatisme d'intensité inférieure ou égale à une chute de la hauteur d'un sujet, chez des patients de plus de 50 ans. Les données épidémiologiques des 1081 fractures étudiées ont été publiées [15]. Une détection automatisée hebdomadaire a été réalisée après déclaration et acceptation à la Commission nationale de l'informatique et de liberté (CNIL) d'août 2007 à septembre 2008. Le service d'information médicale adressait chaque semaine la liste des patients pris en charge par le service de traumatologie au service d'accueil des urgences (SAU) à un praticien expérimenté dans le domaine de l'ostéoporose (PG). Après identification des patients entrant dans le cadre d'une fracture à bas niveau d'énergie, un premier courrier était adressé au patient afin de l'informer sur la maladie ostéoporotique, de la possibilité que sa fracture soit une complication de cette maladie, sur les moyens de la dépister et de l'existence de traitements efficaces pour prévenir d'autres événements fracturaires. La lettre l'incitait à contacter son médecin traitant.

Six mois plus tard, le patient recevait un second courrier comprenant 15 questions à choix simple (oui/non) pour établir si le patient avait entrepris une démarche de dépistage, si un diagnostic d'ostéoporose avait été établi, si un traitement avait été ordonné, ainsi que des questions relatives à la démarche médicale entreprise après la fracture. Ce deuxième courrier était adressé avec une enveloppe timbrée libellée à l'adresse du service de rhumatologie pour le renvoi du questionnaire rempli afin d'optimiser le taux de participation des patients, cette étude étant basée sur le simple volontariat. L'ensemble des réponses aux questionnaires a été recueilli de mars à décembre 2009. Pour chaque patient était renseigné : la date de naissance, le sexe, la date de la fracture, l'âge du patient au moment de la fracture, la date du décès si celui-ci avait lieu dans l'année qui suivait la fracture, le site de la fracture selon les codes CIM-10 et les différentes réponses au questionnaire envoyé.

Étaient définies comme fractures ostéoporotiques majeures : la fracture du poignet, de l'ESF, de l'ESH et vertébrale (définie comme dans FRAX par Kanis et al. [16]). Les fractures sévères correspondaient aux fractures associées à un excès de mortalité [4,17],

telles que les fractures de l'ESF, de l'ESH, pelvienne, vertébrale de l'épiphyse fémorale distale et/ou du plateau tibial.

Les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS-Statistics 17,0. Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées par un test statistique du Chi² (χ^2) et les comparaisons de moyenne par un test *t* de Student. La différence était considérée statistiquement significative pour *p* < 0,05.

3. Résultats

Sur les 4000 fractures de l'adulte admises aux urgences du CHU de Rennes sur 13 mois, 1081 faisaient suite à un traumatisme à bas niveau d'énergie chez le sujet de plus de 50 ans avec un âge moyen de $75,3 \pm 12,5$ ans. Plus de 70 % des fractures étaient des fractures ostéoporotiques majeures dont 31,8 % à l'ESF, 17,8 % au poignet, 12,5 % à l'ESH et 8,2 % au rachis dorsolombaire [15]. Nous avons reçu 481 questionnaires sur les 1081 adressés aux patients, soit un taux de participation à 44,5 %. Parmi ces patients, 48 étaient décédés (questionnaires renvoyés par la famille) et 434 questionnaires étaient correctement remplis, soit 90,2 %. Les caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire par rapport à celle qui n'avait pas répondu sont mentionnées dans le Tableau 1. La population qui a retourné le questionnaire était plus jeune ($72,7 \pm 11,6$ vs $76,8 \pm 12,7$ ans, *p* = 0,004), présentait moins de fractures sévères (50,7 % vs 61,7 %, *p* < 0,001) avec moins de fracture de l'ESF (21,2 % vs 33,7 %, *p* < 0,001) mais plus de fracture du poignet (23,0 % vs 14,7 %, *p* < 0,001) que la population qui n'avait pas retourné le questionnaire. Il n'y avait pas de différences significatives pour le sexe, le nombre de fractures ostéoporotiques majeures ni entre les autres sites que l'ESF et le poignet. Les différents résultats bruts des réponses au questionnaire sont présentés dans le Tableau 2.

Deux paramètres indiquant un impact positif sur la prise en charge de l'ostéoporose ont été étudiés : la consultation du médecin traitant et la réalisation d'une DMO dans les six mois suivant l'événement fracturaire.

Tableau 1

Caractéristiques des 1081 patients avec une fracture à bas niveau d'énergie dépistée aux urgences selon qu'ils aient répondu ou non au questionnaire, 6 mois après une information par courrier sur l'ostéoporose.

	Oui n (%)	Non n (%)	<i>p</i>
<i>Total</i>	481 (44,6)	600 (55,4)	
Décès	48 (10,0)		
Questionnaires analysables	434 (90,0)		
<i>Sexe</i>			
Féminin	350 (80,6)	446 (74,3)	0,02
Masculin	84 (19,4)	154 (15,7)	
<i>Âge au moment de la fracture</i>			
50–59 ans	87 (20,0)	97 (16,2)	0,11
60–69 ans	75 (17,3)	69 (11,5)	0,008
70–79 ans	115 (26,5)	125 (20,8)	0,03
80–89 ans	141 (32,5)	231 (38,5)	< 0,05
> 90 ans	16 (3,7)	78 (13,0)	< 0,001
Âge moyen (ans)	$72,7 \pm 11,6$	$76,8 \pm 12,7$	< 0,001
<i>Fracture ostéoporotique majeure</i>	309 (71,2)	446 (74,3)	0,26
<i>Fracture sévère</i>	220 (50,7)	370 (61,7)	< 0,001
<i>Type de fracture</i>			
ESF	92 (21,2)	202 (33,7)	< 0,001
Poignet	100 (23,0)	88 (14,7)	< 0,001
ESH	56 (12,9)	76 (12,7)	0,91
Vertébrales	37 (8,5)	52 (8,7)	0,94
Bassin	24 (5,5)	28 (4,7)	0,53
Chevilles	35 (8,1)	31 (5,2)	0,06
Près du genou	11 (2,5)	12 (2,0)	0,57
Autres	79 (18,2)	111 (18,5)	0,90

ESF : extrémité supérieure du fémur ; ESH : extrémité supérieure de l'humérus.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387493>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387493>

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