



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Article original

Évaluation de la pratique des médecins généralistes pour le dépistage et le traitement de l'ostéoporose chez les femmes de 60 ans et plus[☆]

Hubert Blain^{a,*}, Sophie Chevallier^c, Erika Nogué^d, Marie-Christine Picot^{d,e}, Michel Amouyal^c, Béatrice Lognos^c, Patrick Dutilleul^c, Thierry Thomas^f

^a Pôle de gériatrie, centre-Antonin-Balmes, CHU de Montpellier, 39, avenue Charles-Flahault, 34295 Montpellier cedex 5r, France

^b Laboratoire Movement to Health, Euromov, université Montpellier 1, 700, avenue du Pic-Saint-Loup, 34090 Montpellier, France

^c Département de médecine générale, faculté de médecine de Montpellier, 2, rue École-de-Médecine, 34000 Montpellier, France

^d Unité de recherche clinique, CHU de Montpellier, 34295 Montpellier, France

^e Inserm CIC 1001, CHU de Montpellier, 34295 Montpellier, France

^f Inserm U1059, service de rhumatologie, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France

IN F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Accepté le 7 février 2013

Disponible sur Internet le 29 mars 2013

Mots clés :

Ostéoporose
 Prise en charge
 Recommandations
 Médecine générale

R É S U M É

Contexte. – Les indications des traitements anti-ostéoporotiques chez les femmes ménopausées publiées en 2006 par l'Afssaps semblaient incomplètement suivies en France. Les recommandations de 2012 simplifient le dépistage des femmes à haut risque de fracture justifiant d'un traitement.

Objectifs. – Évaluer, en médecine générale, l'adéquation entre la prescription d'ostéodensitométrie (DXA) et ses conditions de remboursement, entre la prescription des traitements anti-ostéoporotiques et les recommandations de 2006 et le nombre de traitements à prescrire si les recommandations 2012 étaient suivies.

Méthodes. – En 2010, 60 médecins ont renseigné chez 471 femmes de 60 ans et plus, sans antécédent d'ostéoporose, les facteurs justifiant d'une DXA remboursée et d'un traitement anti-ostéoporotique et les variables permettant a posteriori de calculer le score FRAX[®].

Résultats. – Au total, 39,1 % des femmes ont un facteur de risque d'ostéoporose indiquant une DXA remboursée et 53,8 % de ces femmes ont eu une DXA. Une DXA est effectuée chez 30 % des femmes sans facteur de risque d'ostéoporose. Un traitement anti-ostéoporotique est prescrit chez 8,4 % des femmes sans facteur de risque d'ostéoporose et chez 26,3 % des femmes dans les indications de DXA remboursée, alors qu'il aurait dû être instauré chez 37,4 % de ces dernières. En utilisant les résultats de DXA et le score FRAX[®], un traitement serait indiqué chez 21,3 % de la population selon les recommandations 2012.

Conclusion. – Nos données montrent qu'en 2010 les médecins généralistes suivaient peu les recommandations françaises pour la prise en charge de l'ostéoporose postménopausique. Il reste à démontrer si les recommandations 2012 seront mieux suivies par les médecins généralistes.

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

1. Introduction

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette touchant particulièrement les femmes de 60 ans et davantage, caractérisée par une réduction de la résistance osseuse conduisant à un risque accru de fracture [1–3]. En France, le dépistage par l'ostéodensitométrie (DXA) de l'ostéoporose est remboursé depuis 2006 en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque ou signes d'ostéoporose (antécédent de fracture vertébrale ou de fracture périphérique survenue

sans traumatisme majeur, situations potentiellement inductrices d'ostéoporose, notamment corticothérapie et hypogonadisme prolongé) (Tableau 2) (publication du *Journal Officiel* du 30 juin 2006) [4].

Les médicaments anti-ostéoporotiques sont remboursés en cas de fracture ostéoporotique ou en l'absence de fracture, en fonction de la valeur en T-score de la densité minérale osseuse (DMO) et de facteurs de risque non ostéodensitométriques de fracture (publication du *Journal Officiel* du 11 octobre 2006). Malgré le remboursement de la DXA et des traitements dans ces indications, le nombre de DXA réalisées tend à diminuer en France [3] alors que l'incidence des fractures de l'extrémité du fémur ne diminue pas significativement [3,5], suggérant que ces recommandations sont peut-être mal suivies par les médecins généralistes, principaux prescripteurs de DXA et de traitements anti-ostéoporotiques.

[☆] Cette étude a été réalisée avec l'aide de la section généraliste de l'Union régionale des médecins libéraux du Languedoc-Roussillon et du laboratoire Warner-Chilcott.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : h-blain@chu-montpellier.fr, zblain@wanadoo.fr (H. Blain).

La Société française de rhumatologie, le Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, le Groupe d'étude de la ménopause et du vieillissement hormonal, la Société française de chirurgie orthopédique, la Société française d'endocrinologie et la Société française de gériatrie et de gérontologie ont publié en 2012 de nouvelles recommandations françaises pour la prise en charge de l'ostéoporose postménopausique (recommandations 2012) [6]. Ces recommandations 2012 ont pour objectifs de simplifier les recommandations de 2006 pour les rendre plus applicables par les médecins généralistes et de tenir compte de la particulière gravité de certains facteurs de risques d'ostéoporose, à savoir les fractures dites sévères, responsables d'une aggravation du risque de mortalité (fractures de vertèbres, de l'extrémité supérieure du fémur, du bassin, de l'humérus, du tibia proximal ou de trois côtes simultanément) [7]. Ainsi, dans les recommandations 2012, la survenue de telles fractures constitue à elle seule une indication à traiter, la DXA n'étant donc plus, dans ce cas, un élément de la décision thérapeutique. En revanche, dans les recommandations 2012, la DXA reste un élément clé de cette décision en présence d'un facteur de risque clinique d'ostéoporose ou de la survenue d'une fracture non sévère. Il est recommandé dans ce cas de prescrire un traitement anti-ostéoporotique quand le T-score pour la DMO est inférieur ou égal à -3 ou lorsque le score FRAX[®] évaluant un risque absolu de fracture sur dix ans est supérieur à un seuil d'intervention thérapeutique. Ce seuil, variable en fonction de l'âge, a été défini à partir du niveau de risque des femmes de même âge ayant fait une fracture [6,8].

Nous avons mené une étude observationnelle auprès de médecins généralistes dans la région Languedoc-Roussillon pour évaluer dans un échantillon de femmes de plus de 60 ans :

- l'adéquation entre la prescription de la DXA par ces médecins et les indications justifiant de son remboursement selon le décret de 2006 ;
- l'adéquation entre la prescription d'un traitement anti-ostéoporotique par ces médecins et les recommandations de l'Afssaps de 2006 ;
- le nombre de traitements anti-ostéoporotiques qui seraient indiqués si les recommandations 2012 avaient été suivies.

2. Méthodes

2.1. Population étudiée

Deux courriers espacés de deux mois ont été adressés par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) du Languedoc-Roussillon à 600 médecins généralistes tirés au sort dans la région Languedoc-Roussillon pour leur proposer de participer à cette étude prospective menée sur six mois (de février à août 2010). Les 60 médecins qui ont accepté de participer à cette étude ont inclus consécutivement 471 femmes de 60 ans ou plus, sans diagnostic d'ostéoporose ni traitement anti-ostéoporotique, et n'ayant jamais eu de DXA. Les médecins ont inclus entre 1 et 27 patientes avec un nombre d'inclusion médian de sept patientes. Ils ont renseigné un questionnaire comportant les facteurs de risque d'ostéoporose tels que définis dans les recommandations de 2006 et les facteurs permettant ultérieurement de calculer le score FRAX[®]. S'agissant d'une étude observationnelle en médecine générale, il a été demandé aux médecins de ne pas changer leurs habitudes de prescription. Il ne leur a pas été indiqué que cette étude avait pour objectif d'évaluer l'adéquation entre leurs prescriptions de DXA et les conditions de remboursement et de leurs prescriptions de traitement anti-ostéoporotique avec les recommandations de 2006. Les questionnaires anonymes ont été remplis par les médecins sur un site

Tableau 1
Caractéristiques des patientes incluses dans l'étude.

Caractéristiques	n	Médiane (IiQ)
Âge (ans)	471	72 (65–77)
Âge à la ménopause (ans)	471	50 (48–52)
Poids (kg)	471	65 (57–74)
Taille (cm)	471	158 (154–163)
IMC (kg/m ²)	471	25,4 (22,7–29,5)
Activité sportive (H/semaine)	466	2 (1–4)
Nombre de produits laitiers par jour	469	2 (2–3)
Alcool (g/j)	443	0 (0–10)

internet dédié à cette étude (www.osteoporose-lr2010.org) et un dédommagement de 250 euros a été alloué par dossier totalement rempli en fin d'étude par la section généraliste de l'URML. Pendant la durée de l'étude, chaque médecin a reçu un courrier électronique une fois par semaine par l'URML pour donner des informations sur l'avancée de l'étude. Un médecin effectuant sa thèse doctorale de médecine et une attachée de recherche clinique rétribuée grâce à une subvention du laboratoire Warner-Chilcott ont saisi les données des DXA et ont effectué un contrôle de la qualité des données renseignées par les médecins via des appels téléphoniques en cas de possible erreur de saisie et en cas de donnée manquante. S'agissant d'une étude observationnelle, le nombre de visites a été laissé libre et les données cliniques concernant les patientes n'ont pas été vérifiées.

2.2. Données recueillies

Le questionnaire a comporté des données relatives aux médecins (âge, sexe, lieu et type d'exercice) et des données concernant les patientes : caractéristiques démographiques, facteurs de risque d'ostéoporose indiquant une DXA (Tableau 1), variables permettant de calculer secondairement le score FRAX[®], prescription ou non d'une DXA, résultats de celle-ci, mise en place d'un traitement anti-ostéoporotique et type de traitement. De manière à ne pas modifier les habitudes des médecins, la taille des patientes a été renseignée par les médecins sans leur demander la méthode de recueil de cette information.

2.3. Analyse statistique

Les données ont été analysées par le Centre d'investigation clinique du CHU de Montpellier à l'aide du logiciel SAS version 9 (SAS Institute, Cary, NC). Les variables quantitatives ont été décrites au moyen de leur médiane et intervalle interquartiles (IiQ) [25^e et 75^e percentiles] et les variables qualitatives par leur effectif et leur fréquence. La normalité des variables a été testée par le test de Shapiro-Wilk.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des médecins participant à l'étude

Les médecins participant à l'étude avaient un âge moyen de 51 ans et étaient des hommes dans 73 % des cas. Ils exerçaient une activité rurale dans 50 % des cas, semi-rurale dans 36,7 % des cas et urbaine dans 13,3 % des cas. Ces caractéristiques ne diffèrent pas significativement de celles des médecins exerçant dans la région Languedoc-Roussillon.

3.2. Conditions de réalisation d'une DXA

Les caractéristiques des 471 femmes étudiées apparaissent dans le Tableau 2. Une DXA a été effectuée chez 185 femmes soit dans 39 % de l'échantillon. Deux-cent cinquante-cinq facteurs de risque

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387496>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387496>

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