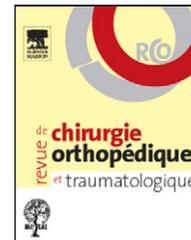




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



PRATIQUE PROFESSIONNELLE – TABLE RONDE SOFCOT 2008

L'ostéoporose : une pratique en mouvement[☆]

Osteoporosis: An evolving clinical practice

J.-M. Féron^{a,*}, T. Thomas^b, B. Cortet^c, M. Audran^d, B. Cherrier^a,
P. Chastanet^e, A. Cotten^e, E. Legrand^e

^a Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, UPMC Paris Universitas, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75012 Paris, France

^b Inserm U890, service de rhumatologie, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France

^c Département de rhumatologie, CHU de Lille, université Lille II, 59037 Lille cedex 9, France

^d Inserm U922, service de rhumatologie, CHU d'Angers, 49933 Angers cedex 9, France

^e Département de radiologie ostéoarticulaire, CHU de Lille, université Lille II, 59037 Lille cedex 9, France

Acceptation définitive le : 24 novembre 2009

MOTS CLÉS

Ostéoporose ;
Fracture du rachis ;
Homme ;
Fracture
périprothétique ;
Vertébroplastie ;
Cyphoplastie ;
Filière de soins ;
Fracture
ostéoporotique

Résumé Différents sujets d'actualité concernant la prise en charge des patients ostéoporotiques sont abordés : l'évaluation d'une filière de soins à la suite d'une fracture de fragilité, l'accroissement des fractures ostéoporotiques périprothétiques et leurs difficultés de prise en charge chez les personnes âgées, la place des vertébroplasties et des cyphoplasties dans les fractures ostéoporotiques vertébrales et le dépistage de l'ostéoporose chez l'homme.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Cette table ronde multidisciplinaire, organisée en collaboration avec la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (Sofcot), l'International Osteoporosis

Foundation (IOF) et le groupe de recherche et d'information sur l'ostéoporose (Grio), a choisi quatre thèmes d'actualité très différents concernant le dépistage ou la prise en charge de l'ostéoporose.

Intérêt d'une filière de prise en charge de l'ostéoporose

L'importance clinique de l'ostéoporose est liée à la survenue de fractures. Ces dernières sont un véritable enjeu de santé publique. Elles altèrent la qualité de vie des patients

[☆] Cet article est consultable sur www.sciencedirect.com et sur www.emc-consulte.com/produit/rcot.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-marc.feron@sat.aphp.fr (J.-M. Féron).

et augmentent le risque de mortalité [1]. Par ailleurs, l'existence d'une fracture ostéoporotique prévalente multiplie par 2 environ le risque de survenue d'une nouvelle fracture [2]. Les traitements ostéoporotiques disponibles aujourd'hui permettent de réduire significativement ce risque. Toutefois, on estime que seulement 20% [3] des patients victimes de fractures ostéoporotiques bénéficient d'une prise en charge optimale avec instauration d'un traitement médical.

C'est dans ce contexte que nous avons instauré en 2003 au sein du CHU de Saint-Étienne une filière de prise en charge des patientes ayant présenté une fracture de fragilité. L'organisation de cette filière de soins s'adresse plus particulièrement à la population féminine de plus de 50 ans, ayant présenté une fracture de fragilité telles que les fractures de l'extrémité inférieure du radius, de l'extrémité proximale du fémur ou de l'humérus. Au mois de février 2007, plus de 1400 patientes avaient été prises en charge au sein de la filière. L'identification des patientes se fait au service d'accueil des urgences (SAU) ou au service de chirurgie orthopédique et traumatologique. Les patientes susceptibles d'être prises en charge sont invitées par un courrier expliquant brièvement le contexte pathologique à se rendre dans le service de rhumatologie. Elles sont convoquées avec les résultats d'un bilan biologique sanguin et urinaire dont la prescription est jointe au courrier, pour la réalisation d'une densitométrie osseuse et une consultation spécialisée faisant la synthèse de ces différents éléments. À l'issue de cette consultation, le rhumatologue prescrit le cas échéant un traitement de l'ostéoporose visant à réduire le risque de fracture ultérieure et un compte rendu est adressé systématiquement au médecin traitant. Avec un recrutement de plus de 90% des patientes concernées au sein du CHU, cette filière a permis au sein de notre institution une très large augmentation de la prise en charge thérapeutique avec une instauration de traitement chez plus de 40% des patientes à risque identifiées au SAU et dans le service d'orthopédie. Cette augmentation est conforme aux données publiées avec la plupart de ces programmes [4,5]. Les non-instaurations de traitement correspondent pour l'essentiel à des patientes refusant la prise en charge ou à des patientes souffrant de troubles cognitifs importants, soit près de 40% des patientes avec une fracture de hanche. Dans cette dernière situation, seuls les états de carence, souvent multiples, protéiques, calciques et vitaminiques, sont corrigés.

Toutefois, l'efficacité des traitements antiostéoporotiques oraux est étroitement liée à l'adhésion des patients à leur traitement [6,7]. Celle-ci repose à la fois sur une persistance suffisamment longue de la prise du traitement par les patientes et sur l'observance, c'est-à-dire le respect du rythme et des conditions de prise des médicaments tels que le médecin les a prescrits. Les bons résultats des essais pivots sur l'efficacité des traitements anti-ostéoporotiques oraux ne prédisent pas nécessairement la réalité clinique de la prise en charge au quotidien des patientes ostéoporotiques. En effet, l'observance thérapeutique dans l'ostéoporose comme dans les maladies chroniques est mauvaise [8]. Aussi, il nous a semblé intéressant d'évaluer l'observance des traitements instaurés dans le cadre de notre filière. Pour cela, nous avons conduit une enquête téléphonique auprès des patientes incluses dans la

filière entre janvier 2003 et février 2007 et chez qui un traitement avait été introduit depuis un minimum d'un an. Parmi cette population d'âge moyen de 73 ans (± 12 ans), seules 10% des patientes étaient institutionnalisées. Près de 45% d'entre elles avaient une fracture du col du fémur et 35% une fracture du poignet. Dans la très large majorité des cas, le traitement prescrit était un bisphosphonate associé à une supplémentation vitaminocalcique. Le traitement a été réellement initié dans un délai moyen de deux mois et près de 70% des patientes le poursuivent toujours 30 mois plus tard, le renouvellement de prescription étant assuré quasi-constamment par le médecin traitant.

Avec plus de 90% des patientes ayant débuté un traitement, notre stratégie de soins joue un rôle certain dans l'initiation du traitement. Une démarche similaire récemment publiée, basée sur un programme de consultations faites par une équipe spécialisée chez des patients hospitalisés après fracture montrent que 68% d'entre eux ont débuté leur traitement par bisphosphonate, contre seulement 3% chez ceux n'ayant pas bénéficié de cette intervention de soins [9].

Parmi les patientes ayant débuté un traitement, 20% l'ont arrêté définitivement majoritairement dans les six premiers mois. Les principales raisons évoquées dans ce cas sont la survenue d'effets indésirables, l'absence d'encouragement du médecin à la poursuite du traitement, un rapport bénéfice/risque jugé insuffisant par la malade. Au-delà de six mois de traitement, la première cause à l'arrêt évoquée est la polymédication. Ces résultats sont bons, comparés aux données de la littérature [10–12], en gardant à l'esprit que les recueils de données en autoévaluation par le malade offrent des résultats supérieurs aux études sur données administratives uniquement. Les motifs d'arrêt thérapeutique en dehors des classiques effets indésirables soulignent l'importance d'une première consultation dédiée à la pathologie permettant de clairement expliquer la notion de bénéfice/risque thérapeutique. Cela est particulièrement vrai pour un traitement dont la prise régulière n'apporte pas de bénéfice immédiat à la patiente, notamment sur les douleurs et la perte de fonction inhérente à la survenue de la fracture. La notion d'encouragement de la malade par le praticien apparaît également intéressante à cet égard.

Au total, bien que la procédure mise en place se limite à la phase diagnostique et à l'instauration des traitements, cette organisation en filière de soins dédiée à l'ostéoporose semble jouer un rôle favorable non seulement sur le nombre de patientes traitées mais aussi sur l'adhésion de celles-ci au traitement de l'ostéoporose avec des résultats très satisfaisants sur une période de près de 30 mois. Des efforts de sensibilisation et de communication continuent cependant d'être nécessaires vis-à-vis de l'ensemble des professionnels de santé impliqués.

Fractures ostéoporotiques périprothétiques

Les fractures périprothétiques étaient réputées rares dans la littérature avec d'un point de vue épidémiologique une prévalence moyenne de 4%, variant dans les séries entre 0,4 et 7,8%. Toutefois, ces valeurs restent dépendantes de cohortes limitées de patients et de biais de sélection des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091835>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091835>

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