Analyse rétrospective d'une filière ostéoporose

S. Pelletier [1], A. Vrignaud [2], Dr Y. Moui [1], Dr B. Haettich [2]

1. *Service d'Orthopédie - CH Le Mans*
2. *Service de Rhumatologie - CH Le Mans*

Introduction

L'ostéoporose, un enjeu majeur de santé publique [1]

Chaque année en France :

- responsable de 377 000 fractures de fragilité dont 74 000 fractures de l'ESF, 56 000 fractures vertébrales et 56 000 fractures du poignet
- réalisant un coût pour la société de 4 853 millions d'euros

Selon les estimations, on attend d'ici 2025, une augmentation à :

- 491 000 fractures de fragilité incidentes
- un coût pour la société de 6 111 millions d'euros

Une solution efficiente, les FLS* [2]

** Fracture Liaison Service*

Selon les dernières études (américaines notamment), c'est le modèle :

- le plus efficace au plan du traitement
- le plus rentable (30 000 $ par année de "vie en bonne santé" gagnée)

Méthodes

Schéma de l'étude

- Observationnelle, descriptive et rétrospective
- Monocentrique (Centre Hospitalier du Mans)
- De janvier 2012 à décembre 2016
- 272 patients inclus
- Relecture des dossiers, saisie et analyse des données par 2 internes

Etude présentée en 2011 [3]

- De janvier 2010 à janvier 2011, 54 patients inclus
- Avait permis le dépistage d'un cas de myélome

→ Extension de la filière à l'ensemble des fractures à basse cinétique (ne concernait auparavant que les fractures du poignet et de l'ESF)

Parcours du patient

Fracture à basse cinétique

Prise en charge en Orthopédie

Adressage à un confrère rhumatologue

Evaluation globale de la fragilité osseuse en Rhumatologie

- Clinique
- Biologie
- Ostéodensitométrie
- Diététicienne
- Kiné et/ou ergothérapeute
- Traitement adapté

Flow-chart

272 inclus dont 234 adressés par un chirurgien orthopédiste*

** 9 données manquantes*

250 analysables

22 erreurs d'inclusion

- 3 HDJ pour perfusions
- 14 secondes inclusions sans nouvel évènement fracturaire
- 5 fractures pathologiques sur étiologie connue

247 retenus pour l'analyse finale

3 non analysés

- 1 démence d'Alzheimer empêchant l'anamnèse
- 1 examens non réalisés devant tableau clinique aigu au premier plan
- 1 impossibilité technique de réalisation de l'ostéodensitométrie

Résultats

Caractéristiques générales de la population

- 247 patients
- 228 femmes (92,3 %) et 19 hommes
- Age moyen : 68,7 ans (38 ans - 93 ans)

Répartition des fractures

- Poignet : 125 (50 %)
- Vertèbre : 30 (12 %)
- ESF : 42 (17 %)
- Cheville : 25 (10 %)
- ESH : 13 (5 %)

Délais de prise en charge

Par rapport à la fracture :
Moyenne de 15 semaines et 3 jours / Médiane de 13 semaines et 2 jours

Par rapport à l'adressage :
Moyenne de 9 semaines et 5 jours / Médiane de 8 semaines et 2 jours

Résultats

Facteurs de risque

- Ménopause précoce (< 40 ans) : 14 (6 % des femmes)
- ATCD de fracture à basse énergie : 84 (34 %)
- ATCD parental de fracture de l'ESF : 25 (11 %)
- Consommation alcoolique : 44 (19 %)
- Intoxication tabagique chronique : 52 (23 %)
- Corticothérapie prolongée (≥ 3 mois) : 19 (8 %)

Densité minérale osseuse

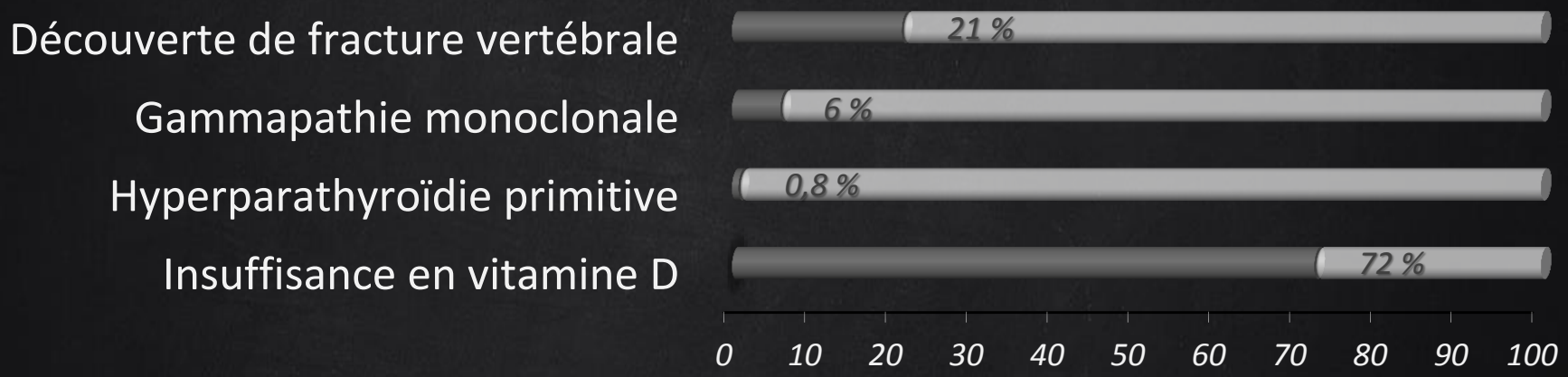
	Moyenne	Min. / Max.	Ecart type
T-score lombaire	*- 1,76*	*- 4,6 / 1,8*	*1,27*
T-score au col fémoral	*- 1,90*	*- 4,5 / 2,3*	*1,07*

Ostéoporose densitométrique chez 42 % des patients dont 36 % avec une ostéoporose densitométrique sévère

Résultats

Biologie et VFA*

** Vertebral Fracture Assessment*



Mesures thérapeutiques

- Supplémentation vitamino-calcique : 65 (27 %)
- Recharge en vitamine D seule : 127 (52 %)

- Bisphosphonates PO : 35 (14 %)
- Bisphosphonates IV : 91 (37 %)
- Autre traitement anti-ostéoporotique : 16 (6 %)

Discussion

Une filière efficace

- Accès rapide au spécialiste compétent en pathologies osseuses
- Dépistage des causes d'ostéopathies raréfiantes secondaires
- Traitement adapté
- Prise en charge globale

Des axes d'amélioration

- Bien définir les critères d'adressage pour réduire le délai fracture - prise en charge dans la filière
- Développer les consultations en plus des HDJ pour réduire encore le délai adressage - prise en charge dans la filière
- Impliquer d'autres professionnels dans la filière (médecins généralistes…)
- Généraliser cette filière à d'autres établissements de santé et évaluer son impact sur le suivi

Bibliographie

1. Svedbom A, Hernlund E, Ivergård M, and the EU review panel of the IOF, et al. Osteoporosis in the European Union : a compendium of country-specific reports. *Archives of Osteoporosis*. 2013

2. Leal J, Gray AM, Hawley S, and the REFReSH Study Group, et al. Cost-Effectiveness of Orthogeriatric and Fracture Liaison Service Models of Care for Hip Fracture Patients : A Population-Based Study. *J Bone Miner Res*. 2017

3. Blanchais A, Guiol J, Moui Y, Haettich B, et al. Prise en charge multidisciplinaire en réseau des patients ayant une fracture périphérique de fragilité. Congrès de la SFR. 2011

4. Thomas T, Feron JM, Delmas PD, Bouxsein ML, et al. Prise en charge optimale des patients présentant une fracture de fragilité et rôle du chirurgien orthopédiste dans la réduction du risque de nouvelles fractures. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'Appareil Moteur*. 2006