

Mise en place et évaluation à 2 ans d'une filière fracture du fémur

Mémoire de D.E.S. de Rhumatologie

Présenté et soutenu le 6 octobre 2018



Emma André

Sous la direction de Madame le Pr Béatrice BOUVARD

Fracture de l'extrémité supérieure du fémur (ESF)

- Fracture ostéoporotique grave : 20% de mortalité à un an^{1,2}
- Risque de récurrence de fracture important : multiplié par 6 à un an³
- Prise en charge de l'ostéoporose => diminution de la mortalité et du risque de récurrence⁴
- Mais seuls 20% des patients ayant une fracture ostéoporotique reçoivent un traitement



Filières fractures

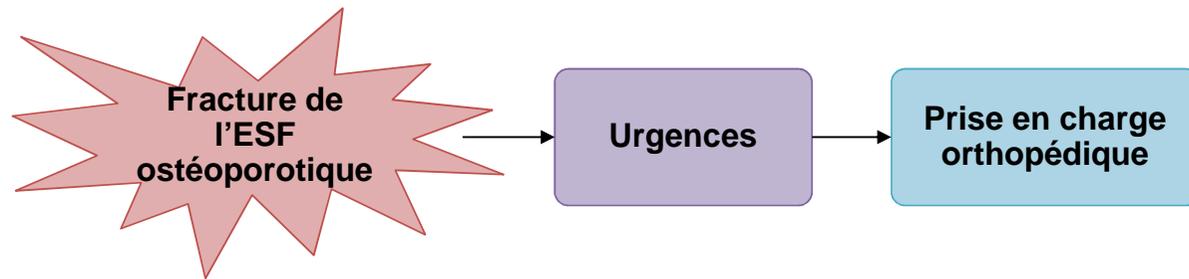
- Modèle de soins pour augmenter le % de prise en charge de l'ostéoporose
- Approche multidisciplinaire : urgentiste, orthopédiste, rhumatologue, médecin traitant
- **Identifier + évaluer + traiter** les patients ayant une fracture ostéoporotique
- Type A, B, C, D selon intensité du dispositif¹
- Efficacité prouvée² :
 - Initiation de traitement : + 20%
 - Récidive fracturaire : divisé par 5 en 4 ans
 - Mortalité : -3%

Objectifs

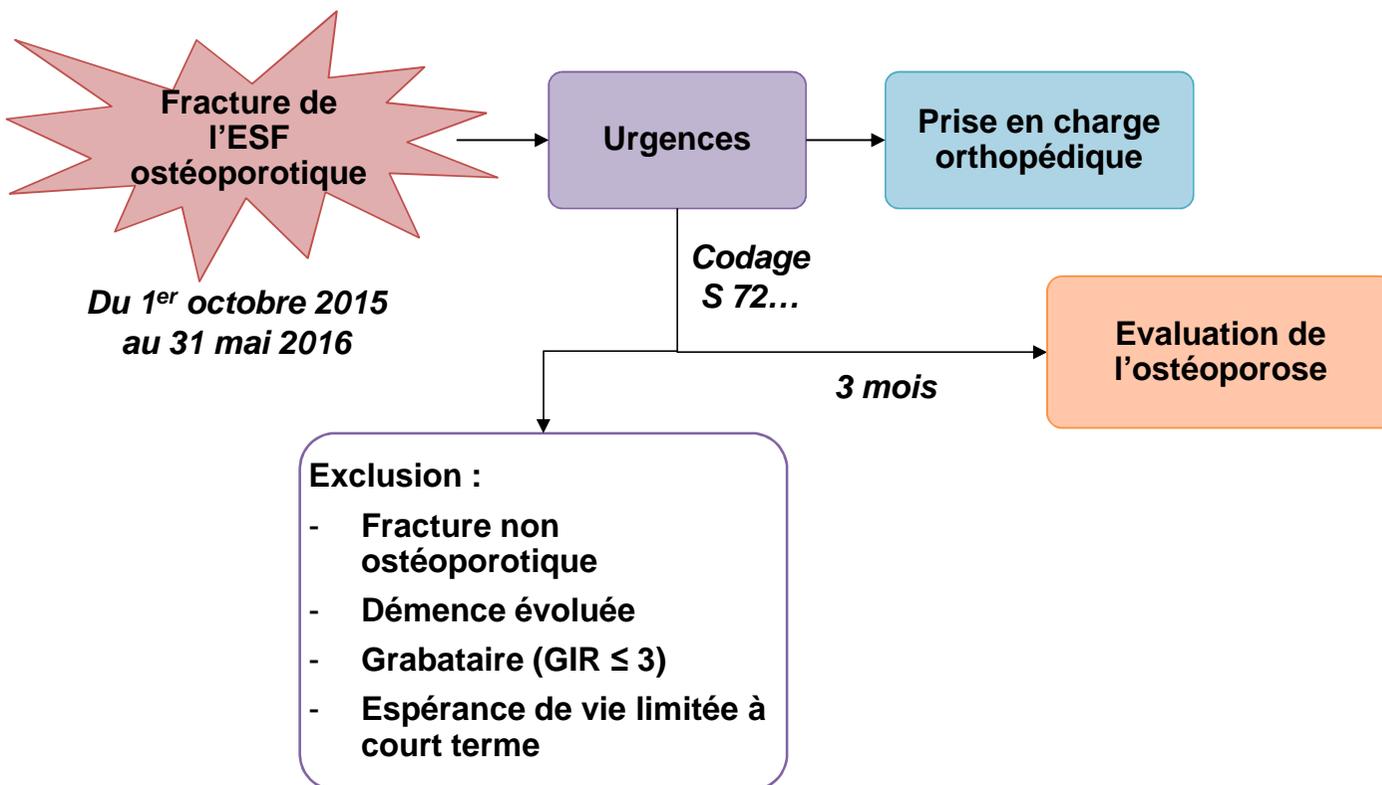
- Décrire la mise en place d'une filière fracture de l'ESF
- Décrire les patients inclus et leur devenir

Patients et méthodes

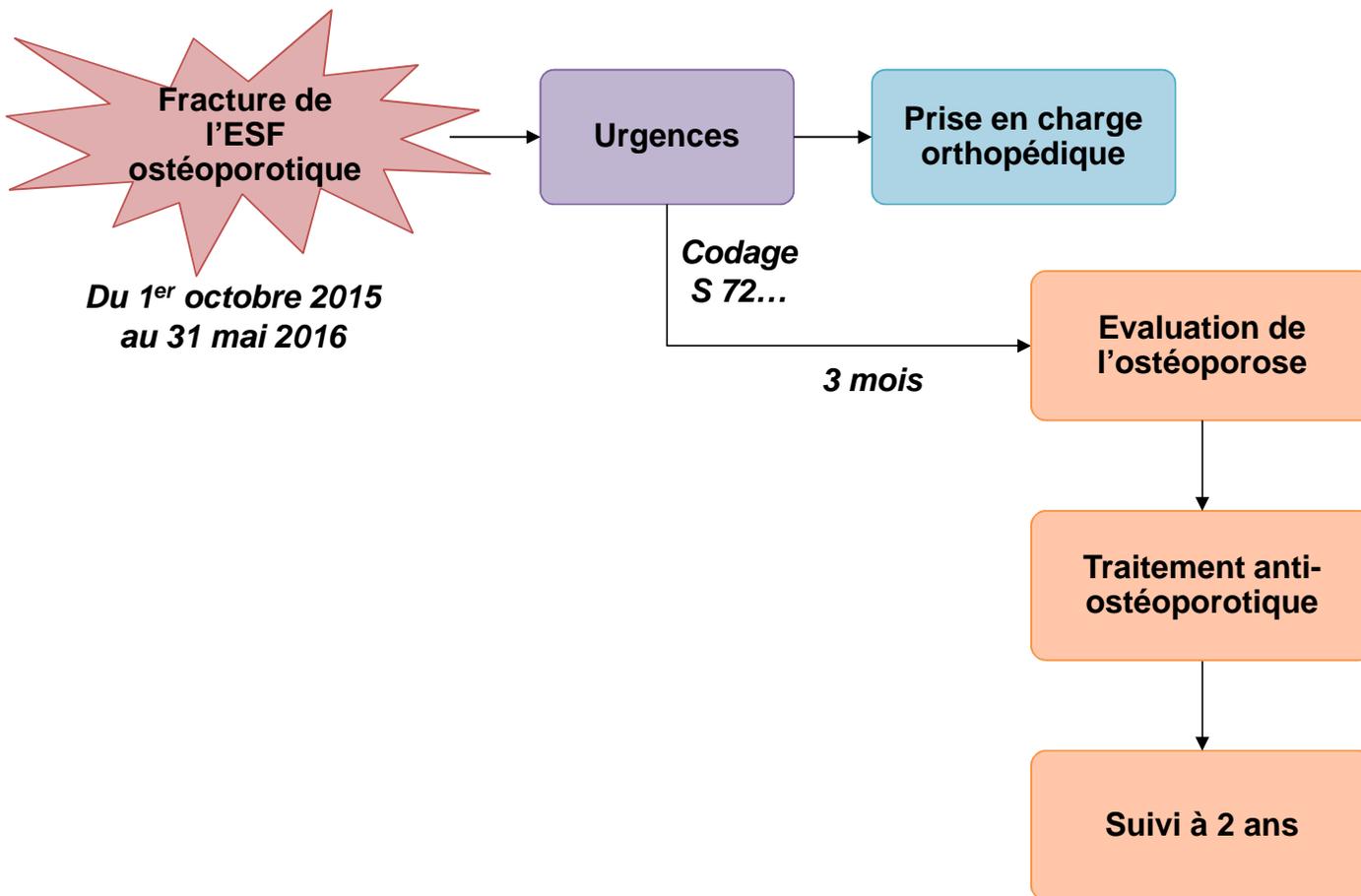
Méthodes



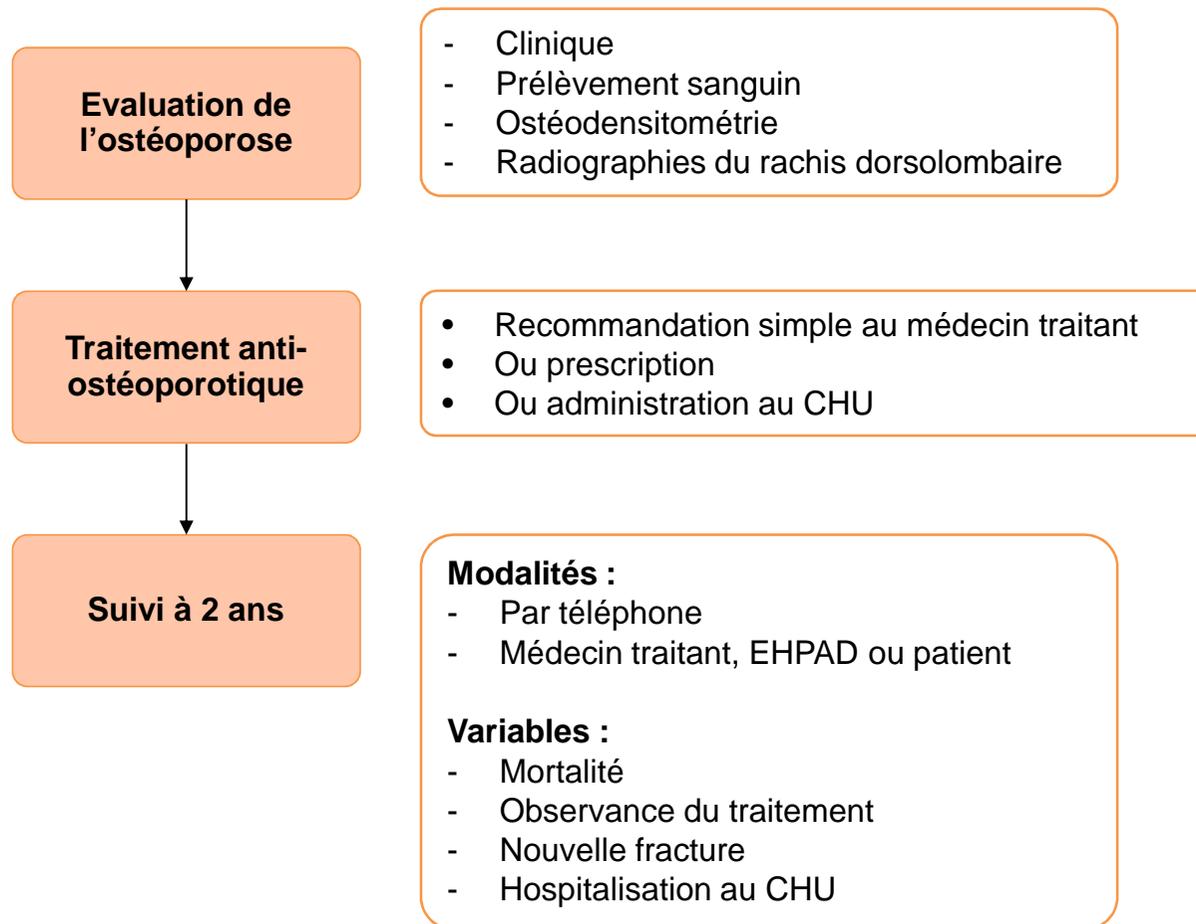
Méthodes



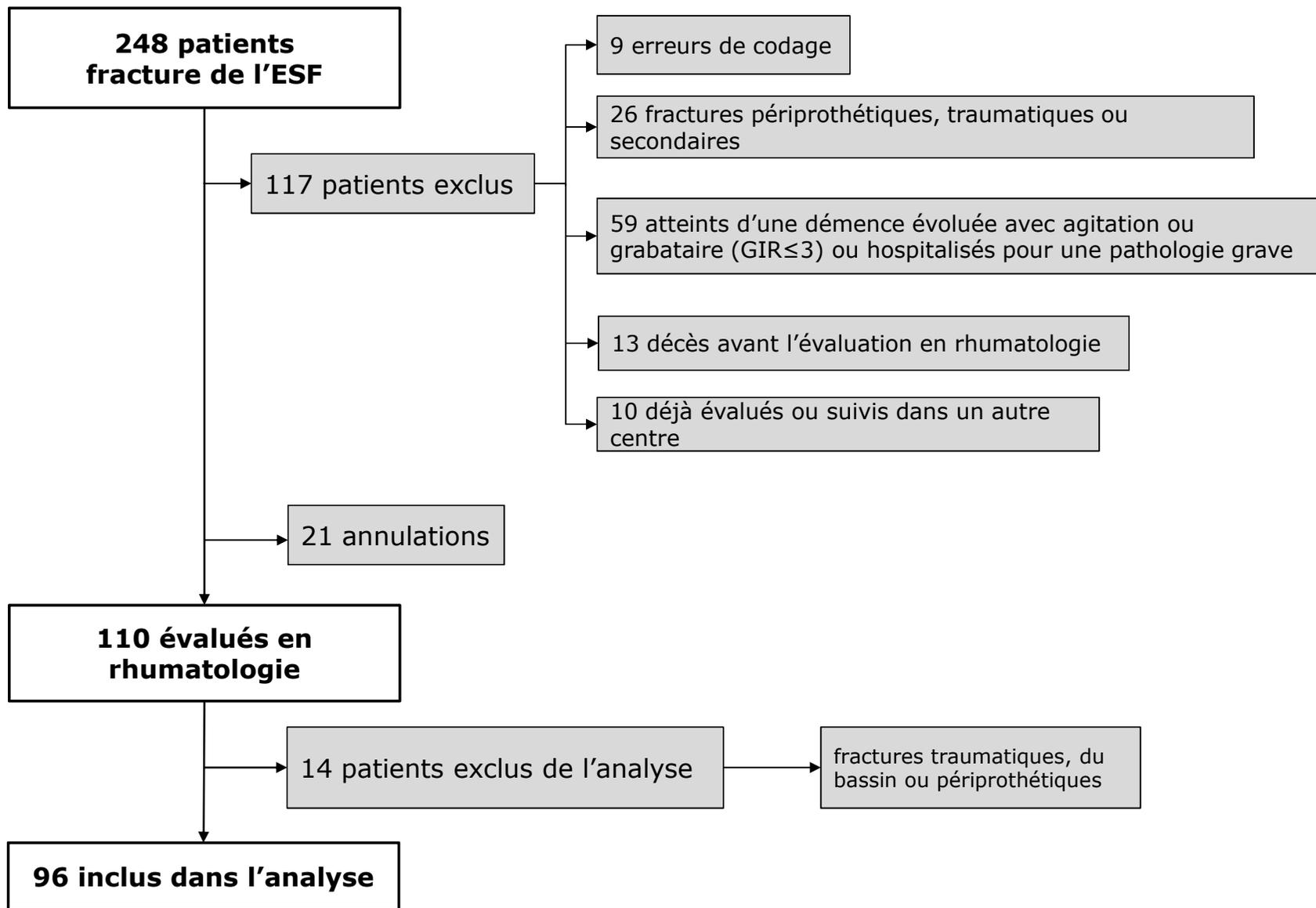
Méthodes



Méthodes



Résultats



Caractéristiques des patients

Âge moyen, années	81,7 ± 11,1
Âge ≥ 75 ans, n (%)	75 (78,1)
Femme, n (%)	78 (81,3)
MMSE ≤ 23, n (%)	50 (52,1)
Habite en institution avant la fracture, n (%)	34 (35,4)
Fracture secondaire à une chute, n (%)	94 (98)

Facteurs de risque de chute, n (%)

Age > 80 ans	66 (68,8)
Trouble de la marche	
Chute dans l'année précédente ≥ 1	42 (43,8)
Traitements induisant des chutes	
Polymédication (≥ 5 médicaments)	64 (66,7)
Anti-hypertenseur ≥ 1	43 (44,8)
Psychotrope ≥ 1	52 (54,2)
Pathologies induisant des chutes	
MMSE ≤ 23	50 (52,1)
Carence en vitamine D (< 25 nmol/l)	18 (18,8)
IMC < 21 kg/m ²	15 (15,6)

Facteurs de risque d'ostéoporose, n (%)

Antécédent connu de fracture	44 (45,8)
• Fracture sévère	33 (34,4)
<i>Extrémité supérieure du fémur</i>	11 (11,5)
Antécédent de traitement de fond de l'ostéoporose	28 (29,2)
Pathologies chroniques induisant une ostéoporose	19 (19,8)
Polypathologie (≥ 3 pathologies chroniques)	38 (39,6)
Carence ou déficit en vitamine D (< 50 nmol/l)	33 (34,4)
Apports calciques < 1000 mg/j	74 (77,1)
Traitements induisant une ostéoporose	9 (9,4)
Conduites à risque	
• Tabagisme actuel	6 (6,3)
• Consommation alcool ≥ 3 verres par jour	4 (4,2)

Evaluation osseuse

Densité minérale osseuse

T-score, DS

Hanche totale	-2,5 ± 0,8
Col fémoral	-2,7 ± 0,9
Rachis lombaire	-1,7 ± 1,4

Fracture vertébrale du rachis dorsal et/ou lombaire, n (%)

Antécédent connu de fracture vertébrale	17 (17,7)
Au moins une fracture vertébrale sur les radiographies	53 (55,2)

Décision thérapeutique

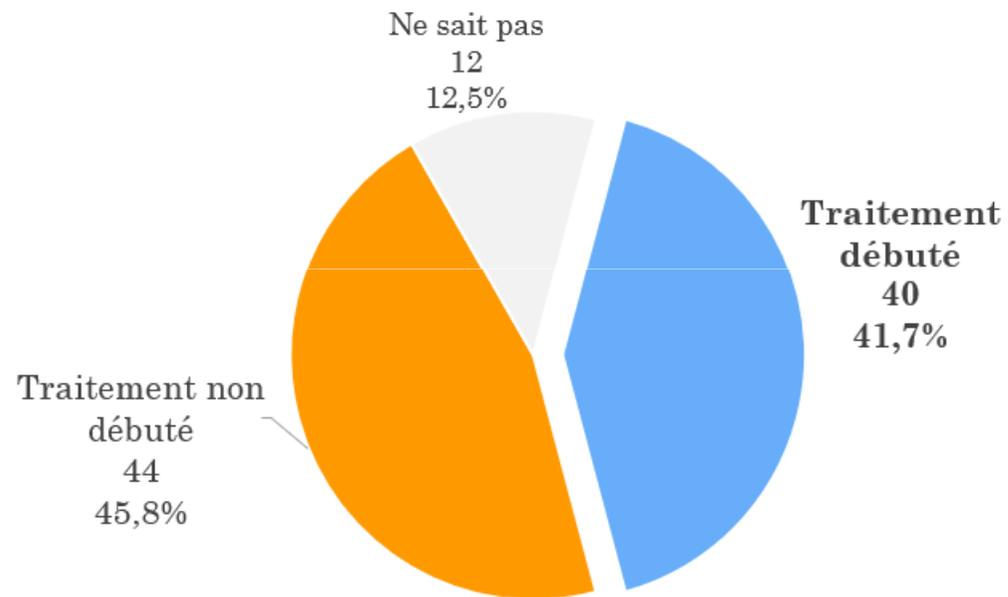
Indication à un traitement de l'ostéoporose

- | | |
|--|-----------|
| • Contre-indication au traitement de l'ostéoporose | 8 (8,3) |
| • Traitement prescrit ou recommandé | 88 (91,7) |
| - Acide zolédronique intraveineux | 80 (83,3) |

Mode de prescription

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| Simple recommandation | 57 (59,4) |
| Ordonnance remise au patient | 21 (21,9) |
| Acide zolédronique réalisé au CHU | 6 (6,3) |

Observance thérapeutique



Comparaison des caractéristiques des patients selon l'initiation ou non du traitement

Les patients ayant débuté le traitement étaient :

- **plus jeunes** ($78,6 \pm 12,1$ versus $82,7 \pm 10,4$ ans, $p=0,034^1$)
- plus nombreux à avoir **reçu une ordonnance** plutôt que de simples recommandations (31,3 versus 17,6 %, différence non significative¹)
- plus nombreux à avoir **reçu le traitement à l'hôpital** (15,8 versus 0%, $p=0,026^1$)

Devenir des patients

Durée moyenne du suivi , mois	23,3 ± 7,3
Mortalité , n (%)	23 (24,0)
<i>Mortalité dans l'année suivant la fracture</i>	7 (7,3)
Réhospitalisation au C.H.U., n (%)	38 (39,6)
<i>Réhospitalisation au C.H.U. pour récurrence de fracture</i>	10 (10,4)
Récurrence de fracture , n (%)	17 (17,7)

Discussion

Organisation de la filière fracture et patients inclus

- **Identification des patients** à partir du codage effectué aux urgences
 - Possible
 - Chronophage
 - Mais sélection nécessaire des patients : plus de 45% exclus
 - Probablement mieux à partir du service d'orthopédie
 - De nombreux patients avec un « **profil gériatrique** »
 - Âgés
 - Troubles cognitifs fréquents
 - Polypathologie et polymédication fréquentes
 - Chuteurs
 - Réhospitalisations fréquentes
- => Intérêt d'un **parcours de soin orthogériatrique**¹ associé à la filière fracture
- Gestion des comorbidités, des facteurs de fragilité et prévention des chutes

Initiation du traitement de l'ostéoporose après la filière fracture

- **Seuls 40% des patients ont débuté le traitement** de l'ostéoporose
 - Comparable aux données des méta-analyses récentes^{1,2}
 - Etude préliminaire avant mise en place de la filière : 19,6% d'initiation de traitement³
 - => taux d'initiation de traitement x 2 après la filière
- **Plusieurs explications :**
 - Médecin traitant (MT) responsable de l'initiation du traitement dans 60% des cas
 - Manque d'intérêt/connaissance des MT ?
- **Comment améliorer l'observance ?**
 - Mode de prescription : perfusion au CHU > ordonnance > recommandation simple
 - Suivi des patients
 - Améliorer la communication avec MT, infirmière, patient, famille
 - Formation médicale continue
 - Mesures financières incitatives

(1) Ganda et al. Osteoporos Int, 2013

(2) Wu et al. Bone, 2018

(3) Du 30/10/2013-10/04/2014 au CHU d'Angers, Carraro Q, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2016

Conclusion

- Filière fracture pour l'extrémité supérieure du fémur :
 - + augmente le nombre de patients recevant traitement anti-ostéoporotique
 - - chronophage
- Population âgée et fragile
 - => prise en charge gériatrique associée ++
- Faut-il adapter les recommandations à cette population ?

Merci pour votre attention