



Rôle du médecin généraliste dans le traitement de l'ostéoporose fracturaire de la personne âgée.

Dr Massot Mickaël, Département de médecine générale, Université Rennes 1

Le 24.05.2019

Pas de conflits d'intérêts

Conséquences



Fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF)



PREVENTION SECONDAIRE !!!

Le paradoxe actuel

Plus on est une personne âgée et fragile, plus on est à risque de chutes et de fractures,

➡ moins on a accès au diagnostic d'ostéoporose

➡ moins on a accès au traitement de l'ostéoporose

Médicaments efficaces et bien tolérés (PO, IV, SC)

Moins de 10% ont un traitement de fond de l'ostéoporose dans l'année qui suit une FESF (*Rabenda V et al. J Bone Joint Surg Am 2008*)

Objectif

- Evaluer le rôle du médecin généraliste dans la prévention secondaire des FESF, centré sur les traitements ostéo-protecteurs
- *Objectif secondaire*: évaluer le taux de prescription appropriée selon l'outil STOPP-START

Critères d'inclusion et non-inclusion

- Patients âgés ≥ 75 ans
- Entre le 01/11/2016 et le 31/08/2017
- Fracture de l'extrémité supérieure du fémur
- Unité ortho-gériatrique de l'hôpital de St Malo

- Refus de participation
- L'absence de médecin traitant renseigné
- Mesures de protection juridique

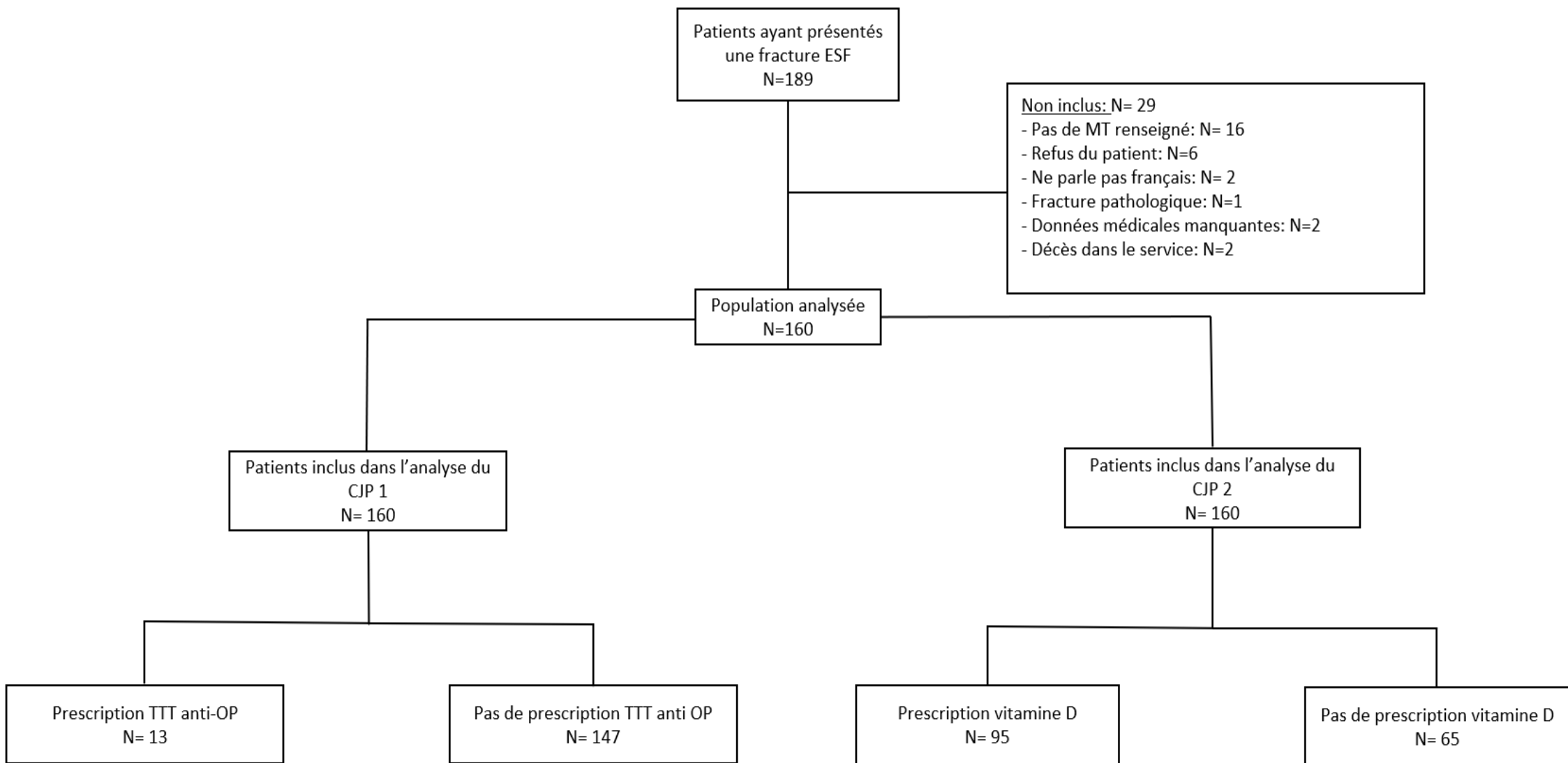
Critères de jugement

Principal:

- Prescription anti-ostéoporotique dans les 6 mois après la survenue d'une FESF et les facteurs associés

Secondaire:

- Supplémentation vitamine D dans les 6 mois après la survenue d'une FESF et les facteurs associés



Population
âgée,
moribide

	Population (n=160)	Prescription (n=13)	Pas de prescription (n=147)	P
Sexe féminin	126 (78.8)	10 (76.9)	116 (78.9)	1.00
Age (années)	89 (84.0-93.0)	84 (81.0-88.0)	89 (85.0-94.0)	0.01
IMC (Kg/m2)*	22.9 (20.2-25.9)	20.6 (20.1-23.2)	23 (20.2-26)	0.19
Nombre de médicaments	6 (4-7)	4 (2-7)	6 (4-7)	0.33
Facteurs de risque de chute et comorbidités ¹				
Institution	69 (43.1)	4 (30.8)	65 (44.2)	0.35
Polymédication (>4)	110 (68.8)	6 (46.2)	104 (70.7)	0.11
Chute à répétition (≥2 dans l'année)	68 (42.5)	6 (46.2)	62 (42.2)	0.78
Score de Charlson ≥ 5	127 (79.4)	10 (76.9)	117 (79.6)	0.73
Néoplasie évolutive	20 (12.5)	3 (23.1)	17 (11.6)	0.21
Clairance de la créatinine (Cockcroft)**	43.4 (31.1-57.9)	48.2 (40-64.7)	41.2 (31-57.8)	0.28
Affections neuro-dégénératives	73 (45.6)	3 (23.1)	70 (47.6)	0.09
Pathologies cardio-vasculaires	83 (51.9)	4 (80.8)	79 (53.7)	0.11
Insuffisance cardiaque chronique	26 (31.3)	2 (50.0)	24 (30.4)	0.59
Trouble du rythme/conduction	62 (74.7)	2 (50.0)	60 (75.9)	0.26
Syndrome dépressif en cours de traitement	52 (32.5)	5 (38.5)	47 (32.0)	0.76
Dénutrition (albumine < 35g/L)*				
Dénutrition modérée (30g/L – 35g/L)	51 (32.5)	4 (30.8)	47 (32.6)	0.47
Dénutrition sévère < 30 g/L	77 (49.0)	5 (38.5)	72 (50.0)	0.47
Diabète	19 (11.9)	2 (15.4)	17 (11.6)	0.65
Trouble de la marche	87 (54.4)	7 (53.8)	80 (54.4)	0.97
Aide technique	50 (57.5)	2 (28.6)	48 (60.0)	0.13
Facteurs de risque de fracture				
Antécédents de fracture de fragilité	63 (39.4)	8 (61.5)	55 (37.4)	0.09
Extrémité supérieure du fémur	21 (33.3)	0 (0.0)	21 (38.2)	0.04
Vertèbres	19 (30.2)	5 (62.5)	14 (25.5)	0.05
Alcool	8 (5.0)	1 (7.7)	7 (4.8)	0.50
Hypovitaminose D (<30ng/ml)***	103 (66.9)	6 (46.2)	97 (68.8)	0.12
Dosage de la vitamine D (ng/ml)***				
Insuffisance	32 (20.8)	5 (38.5)	27 (19.1)	0.03
Déficit	26 (16.9)	0 (0.0)	26 (18.4)	0.03
Carence	45 (29.2)	1 (7.7)	44 (31.2)	0.03
Présence d'un facteur de risque ou plus OP****	121 (77.6)	8 (61.5)	113 (79.0)	0.17

Haut risque
de récurrence
fracturaire



Suivi dans les 6 mois	Population (n=160, %)
Décès	19 (11,9)
Récidive de chute hospitalisée	26 (16,3)
Récidive de fracture	9 (5,6)

Résultats

Une **seule prescription** était rédigée par un médecin traitant.

En analyses univariées:

Un antécédent de fracture vertébrale (OR=5,94) était associé au CJP

L'âge était associé à la non-prescription (OR=0,86).

En analyses multivariées:

L'antécédent de fracture vertébrale (OR=6,73 [1,01-44,7]) était associé au CJP.

La polymédication > 4 (OR=0,22 [0,05-0,89]) était non associée au CJP.

Evaluation des prescriptions selon le concept des prescriptions appropriées et inappropriées

- Mésusage : insuffisance rénale chronique (n=2) et raloxifène (n=1)
- Sous-utilisation: patients non traités sans insuffisance rénale chronique (n=100)

Prescriptions optimales pour 35 % des patients étudiés

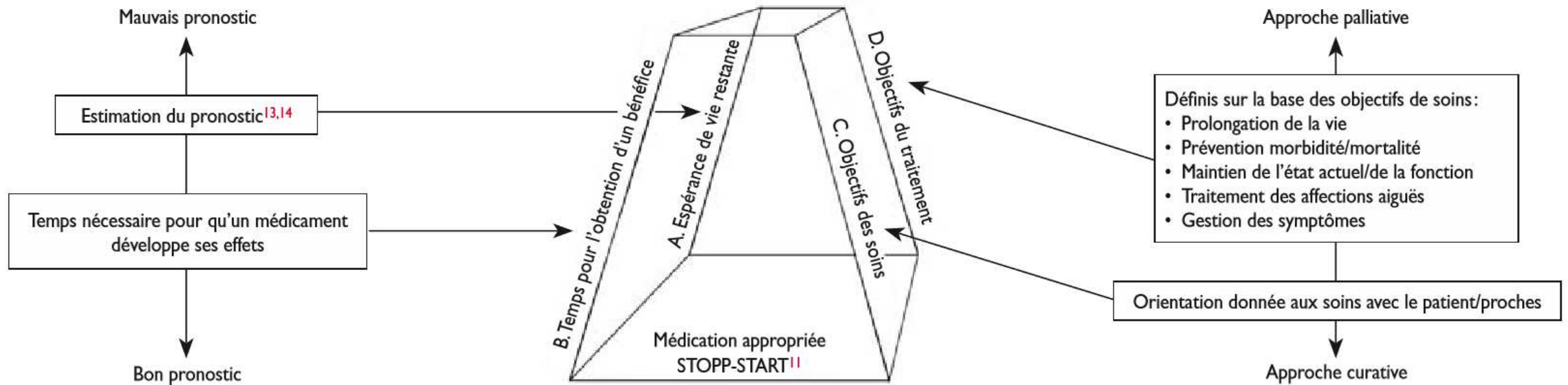


Figure 1. Modèle de prise de décision

Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med* 2006;166:605-9

Merci