

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 21 janvier 2014
Hôpital cantonal de Genève

Une fracture mais pas deux...

Dr T. Chevalley

A 50 ans, une femme aurait une chance sur trois d'avoir une fracture quelconque avant de mourir (22% pour une fracture du col fémoral), et un homme une chance sur 5 (7% pour une fracture du col fémoral).

Le fait d'avoir déjà eu une fracture (spontanée ou en tombant de sa hauteur), d'avoir pris des corticoïdes (>5mg de prednisone pdt plus de 3 mois), le fait d'avoir eu une mère ayant eu une fracture de hanche, ou bien de fumer ou de boire plus de 3 unités /j (1 unité = 10 g): doublent chacun le risque fracturaire ultérieur...

Le fait d'avoir déjà une fracture vertébrale augmente le risque relatif (RR) d'une fracture vertébrale de 4,4 et d'une fracture du fémur de 2,3.

Plus on se fracture de vertèbre, plus on s'en fracturera...c'est l'effet domino...



La plupart du temps les médecins ne réagissent pas face à une fracture en pensant qu'il pourrait y avoir une ostéoporose sous jacente...

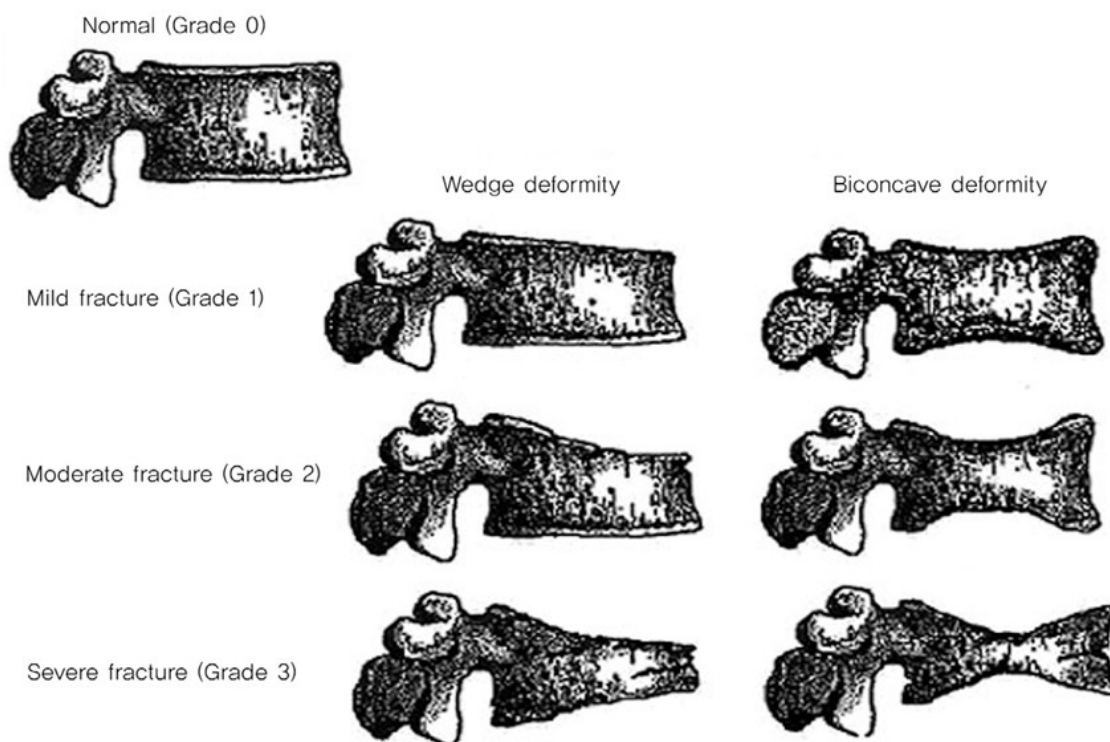
Pour les fracture de l'extrémité distale du radius p.ex. (Pouteau Colles)....76% des patients n'ont ni minéralométrie ni traitement visant à freiner la perte osseuse...

Après fracture de hanche, seuls 16% des patients ressortent avec un traitement anti ostéoporotique.

Sur les profils de RX du thorax ou des colonnes lombaires les radiologues ne signalent que 34% des fractures vertébrales....et encore moins d'internes (22%) le signalent dans la lettre de sortie.

Les $\frac{3}{4}$ des patients, après une fracture ostéoporotiques, ne font pas le lien entre la fracture et l'ostéoporose, même s'ils en ont déjà entendu parler.

Si l'on met sur pied un programme d'enseignement, afin de mieux détecter les fractures vertébrales, auprès des internes et des chefs de cliniques en distribuant des flyers et en insistant sur le sujet...



...on double la capacité de détection des internes, comme le nombre de patients traités pour une ostéoporose à la sortie (on réalité on passe de 12% à 31% donc on triple...).

Les structures de soin, ou bien les itinéraires cliniques, ou encore les «filères ostéoporose» sont la réponse de plus en plus en vogue pour traiter d'un problème à plusieurs échelon, c'est à dire tenant compte du long terme aussi bien que du court terme.

En gros...vous vous cassez le col du fémur...vous allez voir une infirmière FRAX qui adaptera vos besoins calciques...un médecin des maladies osseuses éliminera les ostéoporoses secondaires et fera quelques analyses, et vous proposera un traitement. 6 mois après votre sortie de l'hôpital une évaluation téléphonique sera effectuée afin de voir si le traitement a bel et bien été commencé et suivi.

Comme toujours c'est bien d'enseigner aux médecins à dépister les fractures vertébrales sur les examens radiologiques de routine effectués pour d'autres raisons, mais c'est nécessaire d'avoir un programme d'enseignement destiné aux patients.

Un tel programme d'enseignement aux patients améliore la compliance (ou observance) et contribue à diminuer aussi bien les fractures ultérieures que les décès, aux Pays Bas aussi bien qu'en Australie...

Et ceci reste positif en coût/bénéfice car les fractures diminuent, la vie est prolongée, la qualité de vie est meilleure, les hospitalisations sont moindres et on économise des dollars...

Le projet planétaire de «l'International osteoporosis foundation» s'appelle «Capture the fracture»

Pour en savoir plus... <http://www.iofbonehealth.org/capture-fracture>



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch