Compte-rendu

Des résultats qui suggèrent de ne pas attendre la fracture de fragilité pour dépister et prendre en charge l'ostéoporose !

Mots-clés

Ostéoporose , Dépistage , Risque de Fracture , WHI
Risk Of Subsequent Fractures In Postmenopausal Women After Nontraumatic Vs Traumatic Fractures

C. J. Crandall et al., JAMA Internal Medicine, 07.06.2021

DOI: 10.1001/jamainternmed.2021.2617

Introduction

On estime qu'environ une femme ménopausée sur 2 va développer une fracture en lien avec l'ostéoporose. Les fractures peuvent être la cause de morbidité (diminution de la qualité de vie, douleurs chroniques, perte d'indépendance, etc.) et d'une augmentation de mortalité.

On sait déjà que les femmes qui présentent une fracture de fragilité sont à risque de récidive. Qu'en est-il des fractures traumatiques ? Actuellement, elles ne sont pas incluses dans les guidelines de prise en charge de l'ostéoporose.

Le but de cette étude est de déterminer comment le futur risque de fracture varie entre fracture de fragilité et fracture traumatique.

Méthode

Etude prospective observationnelle. Les données utilisées ont été extraites de l'étude « *Women's Health Initiative Study* (WHI) » qui a enrôlé 161'808 **femmes ménopausées** âgées **de 50 à 79 ans** (40 centres cliniques aux USA) entre septembre 1994 et décembre 1998. Analyse des données entre septembre 2020 et mars 2021. Les *WHI Clinical Trials* et *WHI Bone Density Study* ont été conduits dans 3 centres. 75'335 participantes ont été randomisées. **66'874 participantes**, dont 7142 avec fracture initiale et 59'732 sans fracture initiale. **Suivi moyen de 8.1 ans**. Les fractures rapportées par les participantes ont été confirmées par un document médical, avec une confirmation centralisée par les médecins de la *WHI Study*. Classification des fractures par région du corps (extrémités inférieures, extrémités supérieures, colonne vertébrale). Classification en **3 groupes** : **fractures traumatiques** (définies comme suite à un accident de la voie publique, chute dans les escaliers, de sa hauteur ou durant une activité sportive), **fractures atraumatiques** (fractures secondaires à d'autres chutes), **fractures de mécanisme inconnu.** Autres covariables examinées : âge, ethnie, éducation, classe de revenu, tabagisme, supplémentation en calcium et vitamine D, consommation d'alcool, fréquence des chutes dans les années précédentes, antécédents médicaux (y compris diabète et antécédents de fractures).

Résultats

Sur les 66'874 participantes, 7142 ont expérimenté une fracture durant le suivi. Parmi elles, 721 ont eu une seconde fracture. Age médian des femmes sans fracture : 63.1 ans, âge médian des femmes avec fractures : 65.3 ans. Chez les femmes avec fracture traumatique, l'association entre la fracture initiale et des fractures futures était significativement élevée. Idem chez les femmes ayant souffert de fracture atraumatique.

Discussion

Les intervalles de confiance pour l'association entre fracture initiale et fractures futures se chevauchent entre les 2 groupes. Ces résultats sont intéressants car actuellement, les fractures traumatiques ne mènent pas à une évaluation de l'ostéoporose, ce qui peut mener à une sous-évaluation et à un sous-traitement de femmes ménopausées à risque.

Conclusion

Dans cette étude, **chez les femmes ménopausées de >50 ans, la survenue d'une fracture était un facteur de risque pour développer de futures fractures, indépendamment du mécanisme** (traumatique ou autraumatique). Ceci suggère que les *guidelines* de prise en charge de l'ostéoporose devraient inclure également les fractures traumatiques à haute cinétique.

Date de publication	Auteurs
05.07.2021	