Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docteur (ou Docteure) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Votre patient a été vu dans le cadre du programme de service de liaison pour fractures parce qu’il a subi une fracture fémorale causée par une simple chute ou un traumatisme mineur. À la suite d’examens plus poussés, il s’est avéré qu’il s’agissait d’une fracture de la diaphyse fémorale/sous-trochantérienne qui ne s’inscrit pas dans la portée de notre programme. L’évaluation d’une telle fracture étant complexe, nous avons référé votre patient au (à la) Dr(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (spécialiste local de l’ostéoporose).

Les renseignements ci-dessous ont été tirés des travaux de l’American Society of Bone and Mineral Research Task Force on Atypical Femoral Fractures et vous sont fournis à titre indicatif.

Il existe deux types de fractures de fragilisation de la diaphyse fémorale/sous-trochantérienne : les fractures typiques liées à l’ostéoporose et les fractures atypiques du fémur. Les caractéristiques suivantes peuvent vous aider à distinguer les deux.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Fracture classique liée à l’ostéoporose** | **Fracture atypique du fémur** |
| Fréquence | Relativement rare : 10 % de toutes les fractures du fémur. | Rare : moins de 1 % de toutes les fractures du fémur. Seuls 25 % des fractures de la diaphyse fémorale/sous-trochantérienne sont des fractures atypiques. |
| Cause | Dans 70 à 90 % des cas, elle est due à une ostéoporose non diagnostiquée ou non traitée. Une minorité de patients aura reçu un traitement contre l’ostéoporose (le cas échéant, il peut s’agir d’une indication de l’échec du traitement ou de l’échec relatif du traitement). | 90 % auront pris des médicaments contre l’ostéoporose. Les fractures atypiques du fémur sont associées à la prise de bisphosphonates et de dénosumab, habituellement à la suite d’une exposition prolongée (plus de 5 ans). |
| Symptômes prodromaux | Aucune douleur prodromale aux jambes ou à l’aine. On peut les confondre avec des douleurs arthritiques communes. | 70 % auront rapporté une douleur prodromale à la cuisse ou à l’aine (des semaines ou des mois avant la fracture). |
| Mécanisme de blessure | Une chute entraînant la fracture (l’os se casse au contact du sol). | Trauma mineur ou aucun trauma. Le patient peut expliquer que sa jambe a lâché ou que l’os a claqué ou cassé AVANT que la chute ne se produise. |
| Résultats de radiographie | Comminutive ou en spirale. | Non comminutive. Configuration transverse ou oblique courte, avec un trait de fracture du côté médial. On peut également observer un épaississement cortical du cortex latéral au site de fracture. |
| Considérations de prise en charge de l’ostéoporose | **Les patients présentant des fractures ostéoporotiques typiques sont à HAUT RISQUE de fractures répétées et devraient poursuivre un traitement approprié contre l’ostéoporose (bien qu’un changement de médicament puisse être étudié ou pris en considération).** | **Le traitement des fractures atypiques du fémur est complexe puisqu’il faut peser les risques liés à la continuation du traitement (risque de survenue d’une fracture atypique du fémur contralatérale) et ceux liés à l’arrêt du traitement (risque de survenue des nombreux autres types de fractures classiques liées à l’ostéoporose). Ces patients gagneraient à consulter un spécialiste de l’ostéoporose qui les aiderait à choisir le meilleur traitement.** |

Nous espérons que ces renseignements vous seront utiles pour orienter le traitement de votre patient.

Veuillez agréer, Docteur (ou Docteure) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, l’expression de nos salutations distinguées.

*Garde Dugay, IP Dr (Dre) Guy, MD FRCPC/FRCSC*

*Coordonnatrice du FLS* *Directeur(rice) médical(e) du FLS, chirurgien(ne) orthopédique ou leader d’opinion local(e)*