



Prévention des fractures chez les résidents des établissements de soins de longue durée

Évaluation du risque de fractures à l'admission

- Antécédents de fracture de la hanche?
- Antécédents de fracture vertébrale?
- Plus d'une fracture antérieure*?
- Usage récent de glucocorticoïdes et antécédents d'au moins une fracture?
- Risque ÉLEVÉ de fractures et traitement contre les fractures AVANT l'admission?
- Présence d'une fracture vertébrale? (si une radiographie thoracique est menée, vérifier la présence de fractures vertébrales)
- Nouvelle hospitalisation à la suite d'une fracture? (* excluant les fractures de la main, du pied et de la cheville)

Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions ci-dessus, le résident est considéré comme présentant un **RISQUE ÉLEVÉ**

Stratégies de prévention des chutes et des fractures chez tous les résidents

STRATÉGIE RECOMMANDÉE :

- Calcium alimentaire : 1200 mg/jour

STRATÉGIE SUGGÉRÉE :

- Suppléments de calcium ≤ 500 mg/jour, **si les besoins en calcium ne sont pas comblés par l'alimentation**
- Vitamine D (≥ 800 -2000 UNITÉS/jour)
- Utilisation de stratégies multifactorielles de prévention des chutes :
 - Protecteurs de hanche chez les patients mobiles
 - Exercices (équilibre, force et entraînement fonctionnel)
 - Évaluation des médicaments (critères de Beers ou critères START/STOPP)
 - Évaluation des risques environnementaux
 - Utilisation d'appareils fonctionnels
 - Prise en charge de l'incontinence urinaire

Si le patient présente une fracture, réévaluer

STRATÉGIE RECOMMANDÉE :

- Calcium alimentaire : 1200 mg/jour
- Suppléments de calcium ≤ 500 mg/jour, **si les besoins en calcium ne sont pas comblés par l'alimentation**
- Suppléments de vitamine D (≥ 800 -2000 UNITÉS/jour)
- Protecteurs de hanche chez les patients mobiles

STRATÉGIE SUGGÉRÉE :

- Programme d'exercices **UNIQUEMENT** comme partie intégrante d'un programme multifactoriel de prévention des fractures et des chutes

Espérance de vie > 1 an?

OUI

NON

Clairance de la créatinine ≥ 30 mL/min?

Traitement pharmacologique non approprié

OUI

NON

Présence de dysphagie?

NON

OUI

STRATÉGIE RECOMMANDÉE :

- Denosumab* (60 mg, 2 fois par an, par voie sous-cutanée)
- Acide zolédronique (5 mg/an, par voie intraveineuse)

STRATÉGIE SUGGÉRÉE :

- Térifarotide (20 mcg/jour, par voie sous-cutanée)

Chez les résidents qui présentent une clairance de la créatinine de 15-35 mL/min **STRATÉGIE RECOMMANDÉE :**

- Denosumab (60 mg, 2 fois par an, par voie sous-cutanée)

Les bisphosphonates ne sont pas recommandés.

Il est recommandé de surveiller les taux de calcium en raison de l'augmentation du risque d'hypocalcémie. Envisager de diriger le patient vers un spécialiste.



Résumé des recommandations

Pour TOUS les patients âgés recevant des soins de longue durée :

RECOMMANDATIONS FORTES

- Interventions diététiques pour augmenter l'apport alimentaire de calcium

L'apport quotidien recommandé de calcium est de 1200 mg

RECOMMANDATIONS CONDITIONNELLES

Interventions multifactorielles adaptées à chaque patient dans le but de réduire le risque de chutes et de fractures

Pour les patients âgés recevant des soins de longue durée et présentant un RISQUE ÉLEVÉ de FRACTURES :

RECOMMANDATIONS FORTES

- Prise de suppléments de calcium allant jusqu'à 500 mg/jour si le patient ne peut consommer 1200 mg de calcium par voie alimentaire
- Suppléments de vitamine D d'au moins 800 UNITÉS/jour
- Protecteurs de hanche chez les patients mobiles

RECOMMANDATIONS CONDITIONNELLES

Interventions multifactorielles adaptées à chaque patient dans le but de réduire le risque de chutes et de fractures

LES EXERCICES D'ÉQUILIBRE, DE FORCE ET D'ENTRAÎNEMENT FONCTIONNEL peuvent être offerts uniquement comme partie intégrante d'une intervention multifactorielle visant à prévenir les chutes et les fractures

RECOURS À L'UN DES TRAITEMENTS SUIVANTS :

- Alendronate (prise hebdomadaire)
- Risédronate (prise hebdomadaire ou mensuelle)
- Denosumab pour les patients qui ont de la difficulté à prendre un médicament par voie orale
- Acide zolédronique pour les patients qui ont de la difficulté à prendre un médicament par voie orale

Ces recommandations s'appliquent aux personnes âgées dont l'espérance de vie dépasse 1 an. L'alendronate et le risédronate ne sont pas recommandés chez les patients âgés qui souffrent d'une insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 35 mL/min ou < 30 mL/min respectivement). L'acide zolédronique ne doit pas être administrée aux personnes atteintes d'insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine < 30 mL/min). Il faut faire preuve de prudence chez les personnes qui reçoivent d'autres médicaments qui pourraient avoir des effets sur la fonction rénale. La clairance de la créatinine doit être surveillée avant le traitement et périodiquement après celui-ci.

- Tériparatide
- Étidronate et raloxifène : **NE PAS** utiliser

Pour les patients âgés recevant des soins de longue durée et **NE** présentant **PAS** de risque élevé de FRACTURES :

RECOMMANDATIONS CONDITIONNELLES

Stratégies de prévention des fractures en fonction des ressources, ainsi que des valeurs et des préférences des résidents (ou de leurs soignants) :

- Prise de suppléments de calcium allant jusqu'à 500 mg/jour si le patient ne peut obtenir l'apport nutritionnel recommandé par voie alimentaire
- Prise de suppléments de vitamine D pour combler l'apport nutritionnel recommandé de 800 à 2000 UNITÉS/jour
- Exercices d'équilibre, de force et d'entraînement fonctionnel pour prévenir les chutes
- Protecteurs de hanche chez les patients mobiles

Interprétation des recommandations (fortes et conditionnelles) visant à prévenir le risque de fractures

RÉPERCUSSIONS

RECOMMANDATIONS FORTES (« JE RECOMMANDE... »)

RECOMMANDATIONS CONDITIONNELLES (« JE SUGGÈRE... »)

POUR LES PATIENTS

La plupart des personnes dans cette situation accepteraient le plan thérapeutique recommandé. Seule une faible proportion d'entre elles ne l'accepterait pas

La plupart des personnes dans cette situation accepteraient le plan thérapeutique suggéré. Toutefois, de nombreuses personnes ne l'accepteraient pas

POUR LES CLINIENS

La plupart des personnes devraient recevoir le plan thérapeutique

Les cliniciens reconnaissent que différentes options peuvent convenir à chaque individu. Ils devront ainsi aider chacun d'entre eux à prendre la décision thérapeutique qui correspond le plus à ses valeurs et préférences



Modèle d'ordonnance – Prévention des fractures dans les établissements de soins de longue durée

Il convient d'utiliser ce modèle d'ordonnance sur la prévention des fractures auprès de tous les nouveaux résidents au moment de leur admission.

Nom du résident : _____

ANTÉCÉDENTS

INITIALES :

- Fracture antérieure : vertébrale _____ hanche _____
- Plus d'une fracture antérieure (* excluant les fractures de la main, du pied et de la cheville)
 - Utilisation récente de glucocorticoïdes à action générale et antécédents d'au moins une fracture (* excluant les fractures de la main, du pied et de la cheville)
 - Risque élevé de fractures établi auparavant et administration d'un traitement antiostéoporotique (avant l'admission)
 - Démence
 - Risque de chutes
 - Évaluation des médicaments (critères de Beers ou critères START/STOPP – psychotropes, inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine [ISRS], inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline [IRSN], inhibiteurs de la pompe à protons)

DIAGNOSTICS ET EXAMENS

INITIALES :

- Radiographie thoracique – Vérification de la présence de fractures vertébrales
- Radiographie du thorax et de la colonne lombaire (latérale) – Absence de fracture vertébrale
- Formule sanguine complète, calcium, créatinine, albumine, phosphatase alcaline, thyroïdostimuline (TSH)
- Électrophorèse des protéines sériques (pour les résidents qui présentent des fractures vertébrales)
- 25-hydroxyvitamine D

TRAITEMENTS CONTRE L'OSTÉOPOROSE

INITIALES :

- Calcium à _____ mg, 1 fois par jour
- _____ UNITÉS de vitamine D₃, par voie orale, 1 fois par jour (800-2000 UNITÉS recommandées)
- Alendronate à 70 mg, 1 fois par semaine
- Denosumab (Prolia^{MD}) à 60 mg, par voie sous-cutanée, tous les 6 mois
- Risédronate (Actonel^{MD}) à 35 mg, par voie orale, 1 fois par semaine
- Risédronate à action retardée (Actonel^{MD} DR) à 35 mg, par voie orale, 1 fois par semaine
- Risédronate (Actonel^{MD}) à 150 mg, par voie orale, 1 fois par mois
- Téríparatide (Forteo[®]) à 20 mcg, par voie sous-cutanée, 1 fois par jour
- Acide zolédrónique (Aclasta^{MD}) à 5 mg, par voie intraveineuse, 1 fois par année

- Administration de suppléments de calcium allant jusqu'à 500 mg/jour si le résident ne peut consommer 1200 mg de calcium par voie alimentaire.
- L'alendronate, le risédronate et l'acide zolédrónique ne sont pas recommandés chez les patients âgés qui souffrent d'une insuffisance rénale grave* (clairance de la créatinine < 30 mL/min).
- Les comprimés d'alendronate et de risédronate ne doivent pas être écrasés et doivent être administrés à jeun chez les personnes âgées; les patients doivent demeurer assis ou debout, le dos droit, durant au moins 30 minutes après l'administration du médicament (à noter : le risédronate à action retardée peut être pris avec des aliments ou après les repas; toutefois, le patient doit demeurer assis ou debout, le dos droit, durant au moins 30 minutes après l'administration du médicament).
- Le denosumab et l'acide zolédrónique conviennent aux patients plus âgés qui ont de la difficulté à prendre leur médicament par voie orale pour les motifs suivants : dysphagie, incapacité à demeurer assis durant 30 minutes, troubles cognitifs ou intolérance.
- Si le denosumab est le traitement choisi, il convient de surveiller les taux de calcium en raison de l'augmentation du risque d'hypocalcémie.

RÉGIME ALIMENTAIRE

INITIALES :

- Consultation diététique pour un régime alimentaire riche en calcium

AUTRES INTERVENTIONS VISANT À PRÉVENIR LES CHUTES ET LES FRACTURES

INITIALES :

- Exercices d'équilibre, de force et d'entraînement fonctionnel – en présence d'un risque élevé de fractures. Envisager les éléments d'une intervention multifactorielle visant à prévenir les chutes :
 - ___ Protectors de hanche
 - ___ Évaluation des risques environnementaux
 - ___ Réduction des contentions physiques ou chimiques (aucune contention si possible)
 - ___ Aides à la mobilité sécuritaires
 - ___ Techniques et appareils de transfert sécuritaires
- Consultation en ergothérapie
- Consultation en physiothérapie ou en kinésithérapie

Date : _____

Nom du médecin/de l'infirmière praticienne (en caractères d'imprimerie) : _____

Accord verbal/signature de l'infirmière : _____

Heure : _____

Signature du médecin/de l'infirmière praticienne : _____

Adaptation de Papaioannou A et al. CMAJ. 2015

Aucune modification, adaptation ou traduction de cet outil n'est permise sans autorisation (courriel : Papaioannou@hsc.ca)

Ce document doit être utilisé uniquement comme outil décisionnel d'appoint.

Cet outil doit être utilisé de pair avec l'outil « Prévention des fractures chez les résidents des établissements de soins de longue durée ».