



**XXIV<sup>e</sup> JOURNÉES D'AUTOMNE**  
**de la Société Belge de Gérontologie**  
**et de Gériatrie (SBGG)**

**21 & 22 Octobre 2021 (webinaire)**

**ABSTRACTS**

## INTRODUCTION

Chaque année, la Société belge de Gérontologie et de Gériatrie organise deux congrès, l'un francophone (les « Journées d'Automne ») en octobre et l'autre néerlandophone (les « Winter Meetings ») en février.

Le congrès s'adresse à toute la communauté des praticiens travaillant avec des patients gériatriques, que ce soit en milieu hospitalier, en revalidation gériatrique ou en séjour de longue durée (MR/MRS), mais aussi à tout soignant, infirmier, aide-soignant, paramédicaux, chercheurs ou sociologues.

Traditionnellement, les Journées d'Automne se déroulent au Palais des Congrès de Liège, mais en raison de la pandémie à Covid-19, elles se sont réorientées l'an dernier et cette année en séminaire virtuel en ligne.

## PROGRAMME MÉDICAL

Le jeudi, le programme des Journées d'Automne s'intéresse à des thématiques de fond médicales et le vendredi il est destiné à accueillir en trois programmes concomitants les actualités médicales, les actualités infirmières et paramédicales et les actualités sociologiques.

C'est aussi l'occasion pour les jeunes chercheurs, les jeunes médecins en formation et les jeunes soignants et paramédicaux de diffuser leurs découvertes en matière de recherche orientée sur le vieillissement et la pathologie gériatrique, comme les comorbidités fréquentes, la polymédication, les troubles de la nutrition, le cancer de la personne âgée, etc.

Cette année, le jeudi sera consacré à la **prise en charge médicamenteuse de la fibrillation auriculaire et de l'hypercholestérolémie** du sujet âgé, et un atelier sur le **delirium** complètera l'après-midi.

Le vendredi matin, la **fragilité** du sujet âgé sera abordée. Quelle est sa prévalence en Europe ? Comment la dépister, la prendre en charge et avec quels outils ? L'après-midi, **les vaccinations** de la personne âgée, et les **risques et bénéfices d'une anticoagulation orale**, ainsi que la **prescription d'une anticoagulation** dans le Covid-19 seront abordés.

## PROGRAMME PARAMÉDICAL

Le vendredi, le programme paramédical de cette année abordera en matinée la **collaboration des gériatres et des médecins généralistes** pour élaborer un projet thérapeutique en période de pandémie à Covid-19 ; mais également comment les structures d'accueil pour personnes âgées gèrent la **collaboration** avec les services de gériatrie.

L'après-midi sera consacrée à la **dysphagie** du sujet âgé « de A à Z ».

## PROGRAMME SOCIOLOGIQUE

Enfin, l'association Braises organise également un programme le vendredi qui traitera des enjeux psycho-affectifs et éthiques de l'**usage des nouvelles technologies** pour les personnes âgées, mais aussi pour les personnes en situation de handicap, de dépendance et dans la santé au domicile.

## INFORMATIONS PRATIQUES

Le programme complet ainsi les informations pratiques sont accessibles sur <https://geriatrie.be>  
Les deux journées sont accréditées pour les médecins.

# JOURNÉES D'AUTOMNE

**Facteurs prédictifs de l'usage d'antalgiques morphiniques dans la gestion de la douleur post-opératoire d'une fracture de hanche chez la personne âgée**

BOLOTTI Alexane, ULB (P) - alexane.bolotti@ulb.be

**But**

Evaluer la prescription des dérivés morphiniques en post-opératoire d'une fracture de hanche en unité d'ortho-gériatrie.

**Méthode**

Etude rétrospective descriptive des antalgiques prescrits et des doses moyennes cumulées d'antalgiques reçus en postopératoire (jusqu'au J5) par les patients de plus de 70 ans ayant présenté une fracture de hanche (77 patients inclus). Analyse des facteurs influençant la prise de morphiniques (paliers II et III) et la dose moyenne cumulée des morphiniques reçue par analyse de régression logistique (prise/non prise) et de régression linéaire (dose cumulée).

**Résultats**

Le paracétamol est administré chez 96% des patients au J1 post-opératoire. Sur les 5 premiers jours, 40 à 50% des patients ont reçu des morphiniques.

L'âge et le niveau de douleur au J2 influencent la prise de morphiniques de courte durée d'action (respectivement odds ratio ajusté 0,86 [0,76-0,97] ; p=0,018 et 1,61 [1,10-2,36] ; p=0,015).

La dose moyenne cumulée de tramadol est influencée par l'Index de Masse Corporelle et le délai opératoire (respectivement rapport ajusté moyennes géométriques 1,11 [1,04 - 1,18] ; p=0,003 et 0,99 [0,98 - 0,99] ; p=0,002).

La dose moyenne cumulée de morphine courte durée est influencée par la polymédication et le niveau de douleur au J0 (respectivement rapport ajusté moyennes géométriques 1,11 [1,03 - 1,20] ; p=0,012 et 1,19 [1,01 - 1,40] ; p =0,04).

**Conclusions**

Les patients ont été traités par une gestion multimodale adaptée aux scores de douleur. Les facteurs individuels (âge, Index de Masse Corporelle, polymédication et niveau de douleur) et un facteur environnemental (délai opératoire) influencent la prise et la dose moyenne administrée de morphiniques.

**Association of geriatric red flags to frailty in older emergency department patients: a prospective cohort study**

COULON Alexandra, UCL(P) - alexandra.coulon@oclouvain.be

**Aims**

To test the association of common geriatric redflags (GRF) with frailty, hospital admission and 6-month adverse outcomes in older people (OP) admitted at the emergency department (ED).

**Methods**

Secondary analysis of a bicentric cohort study including OP ≥75 years admitted at the ED. Geriatric redflags were collected based on an adapted multidimensional geriatric screening tool: it quickly questions disorientation, falls, mobility and ADL completed by current deterioration in health status. Premorbid Clinical Frailty Scale (CFS) ≥5 defined frailty, as principal outcome. Six months after ED discharge, we followed up OP by phone for survival, functional decline (decreased of at least one point in the pre-admission basic ADL score) and institutionalization. We used Wilcoxon Rank & Chi<sup>2</sup>-square tests and logistic regression for analysis.

**Results**

Of the 181 included OP (mean age 84±6 years, 56% female), 90% had at least one GRF at admission (39% disoriented). Eighty-one percent of the patients were frail, 42% were hospitalized and 83% were alive 6-months after their ED visit, in which 42% underwent FD and 12% were institutionalized. The presence of at least one GRF (OR 3.1 p=0.021), help need to get out of bed (OR 2.82 p=0.047) and disorientation (OR 9.8 p=0.003) were statically correlated with frailty in multivariate analysis.

**Conclusions**

GRF are highly prevalent at ED admission. Disorientation and mobility difficulties were correlated with frailty and are easily available in the ED, without any training. Further research should question best practice in the management of these highly prevalent conditions within the ED.

**Agreement between experts and students to detect drug-related admissions in multimorbid older adults with polypharmacy: OPERAM method versus AT-HARM10**

CROIX Noémie, UCL (O) - croixnoemie@outlook.com

**Aims**

Contributing to up to 30% of all admissions in older patients, detecting drug-related admissions DRAs is challenging because of their multimorbidity and polypharmacy. This study aims to compare two recently developed and validated methods, OPERAM and AT-HARM10, that screen for and adjudicate DRAs.

**Methods**

Agreement between the expert panel using the OPERAM method and the two pharmacy students using AT-HARM10, was made on 376 hospitalizations from the OPERAM trial at the Cliniques universitaires de Saint-Luc and the University Medical Center Utrecht. Secondary aims were to determine proportions of DRAs detected by each method, to categorize assessment discrepancies between the users and to determine the performance of AT-HARM10 (OPERAM experts as gold standard).

**Results**

The DRA detection agreement between methods was good, with 82% agreement and Cohen's  $\kappa = 0.61$  (95% CI 0.52-0.69). In 92% of cases, at least one common drug was identified to be associated with the DRA by both methods. The experts using the OPERAM method assessed 37% of admissions as DRA, while students using AT-HARM10 detected 33% as DRA (p-value <0.05). The main discrepancies between experts and student were the overestimation by students of disease impact and of underused drugs. The sensitivity and specificity of AT-HARM10 were 0.70 and 0.89, respectively.

**Conclusion**

Agreement between the tools was good, showing that pharmacy students using AT-HARM10 can reliably detect most DRAs in multimorbid older patients, although the students' knowledge limitations may influence the outcome. The more comprehensive OPERAM method, performed by experts, detects DRAs more completely.

**Facteurs prédictifs de mortalité de patients âgés hospitalisés pour une infection à Covid-19 : étude multicentrique rétrospective**

DE BROQUEVILLE Graziella, ULB (P) - debroqueville.grazielle@gmail.com

**But**

Les patients âgés semblent présenter une vulnérabilité variable face au décès lié au Covid-19 malgré que de nombreuses études aient identifié l'âge comme étant un facteur de mauvais pronostic. Nous tenterons d'identifier ces facteurs prédictifs d'évolution défavorable.

**Méthode**

Etude rétrospective concernant les données de patients âgés de 75 à 101 ans atteints d'une infection à SARS-Cov-2 hospitalisés dans 10 hôpitaux généraux en Belgique. Une analyse des données épidémiologiques, sociales et cliniques a été confrontée à l'évolution clinique des patients.

**Résultats**

Entre le 1er mars et le 30 mai 2020, les données de 987 patients de plus de 75 ans ont été recensées. La mortalité totale a comporté 463 décès (47,2%). En analyse univariée, certains facteurs sont associés à la mortalité : sexe masculin ( $p < 0,001$ ), vie en institution ( $p < 0,002$ ), fréquence respiratoire élevée ( $p < 0,001$ ), hypoxémie ( $p = 0,001$ ), certaines valeurs biologiques (CRP élevée ( $p < 0,001$ ) ; LDH majorés ( $p < 0,001$ ) ; ferritine élevée ( $p < 0,004$ ) ; albumine basse ( $p < 0,001$ ), dénutrition ( $p < 0,001$ ), antécédent vasculaire périphérique ( $p = 0,037$ ) ou cardiaque ( $p = 0,041$ ), et leucémie ou lymphome ( $p = 0,043$ ). De plus, la fragilité semble être un facteur de risque de décès sur base des scores ISAR et CFS, et l'absence de syndrome gériatrique semble protecteur.

**Conclusions**

On observe un taux de mortalité de presque 50 %. Après analyse multivariée, le sexe masculin (odd ratio 2,1), le score CFS (odd ratio 1,34), la CRP (odd ratio 1,007) et l'hypoalbuminémie (odd ratio 0,95) sont associés à un mauvais pronostic, tandis que la co-morbidité et l'âge ne l'influencent guère.

**Barriers and enablers for benzodiazepine receptor agonists deprescribing in Belgian nursing homes. A qualitative study**

*EVRRARD Perrine, UCL (O) - perrine.evrard@uclouvain.be*

**Purpose**

To assess the barriers and enablers for benzodiazepine receptor agonists deprescribing in Belgian nursing homes perceived by the different stakeholders.

Methods: We are conducting qualitative interviews in a purposive sample of nursing homes. In each nursing home, we aim at performing two face-to-face interviews with general practitioners, one focus group with other healthcare providers (including a pharmacist and at least two nurses), and one focus group with residents and relatives. The theoretical domains framework, mapping possible behavior change determinants, is used for the preparation and deductive analysis of interviews with health care providers. For the residents and relatives focus group, we use an inductive analysis. All analyses are performed by two independent coders.

**Results**

So far, we have conducted 13 interviews with general practitioners' and 5 focus groups of each kind in 6 nursing homes. Preliminary results show that the different stakeholders all believe that deprescribing is challenging, and that the environmental context significantly affects the deprescribing behavior. All healthcare providers perceived barriers that fell into the domains of goals and memory, attention and decision process. Knowledge issues were identified for residents and healthcare providers, except for general practitioners. Finally, residents and relatives highlighted communication issues and attachment to their medicines.

**Conclusions**

Each stakeholder perceives various barriers and enablers regarding benzodiazepine receptor agonists deprescribing, making it more complex. Future interventions should address these barriers and enablers to enhance further deprescribing.

**Cas clinique : Complication exceptionnelle après la pause d'un filtre cave**

*ROCK-ANGE Iranyeza, VUB (P) - rock.ange@gmail.com*

**Introduction**

Un homme de 83 ans a été admis aux Urgences pour une dyspnée secondaire à un choc obstructif sur une embolie pulmonaire massive. Il a bénéficié d'une thrombolyse aux Soins intensifs suivi d'une anticoagulation au long court. Une hématurie importante et une hémorragie digestive haute sur polype gastrique a nécessité l'interruption de l'anticoagulation et le placement d'un filtre de la veine cave (FVC) de type Optease. Après 2 mois, le patient a développé des œdèmes des membres inférieurs associés à un réseau vasculaire collatéral abdominal, suggérant un syndrome de la veine cave inférieure. L'imagerie confirme une thrombose de l'entièreté de la veine cave inférieure des veines fémorales aux FVC, ainsi que la migration du FVC dans l'oreillette droite. Le patient décèdera empêchant l'exérèse chirurgicale du dispositif.

**Discussion**

La mortalité liée à une embolie pulmonaire non traitée est importante. L'objectif du placement d'un FVC est de diminuer la morbi-mortalité lié aux effets hémodynamiques de l'embolie pulmonaire. Selon un consensus d'expert, l'indication d'un filtre cave chez un patient atteint d'une embolie pulmonaire avec contre-indication à l'anticoagulant doit être envisagé en fonction des facteurs de risques cliniques sans tenir compte des éventuels risques de complications (TVP, la thrombose du FVC et la récurrence d'embolie pulmonaire et la migration des FVC).

**Conclusions**

Ce cas clinique illustre la nécessité d'avoir des études de qualité permettant d'améliorer les recommandations sur l'indication du FVC chez le sujet âgé.

## Influence de la pathologie cancéreuse sur le pronostic vital des patients âgés atteints de SARS-CoV-2

LE MOINE Gabrielle, ULB (P) - [gabrielle.le.moine@ulb.be](mailto:gabrielle.le.moine@ulb.be)

### But

La maladie Covid-19 est responsable d'une morbidité et mortalité élevée chez les personnes âgées. Les patients âgés souffrant d'une néoplasie sont plus vulnérables aux pathogènes infectieux et cumulent les facteurs de risque de mortalité. L'objectif primaire de cette étude est d'évaluer l'influence d'une pathologie cancéreuse sur le pronostic vital des patients gériatriques atteints de SARS-CoV-2.

### Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective nationale belge, multicentrique, incluant 987 patients âgés de 75 ans et plus, hospitalisés pour une infection à SARS-CoV-2, de mars à mai 2020, dans 9 institutions hospitalières. Parmi ceux-ci, 95 patients présentaient une tumeur solide active. Nous avons étudié l'influence de différentes variables oncologiques sur le pronostic de ces 95 patients.

### Résultats

Notre population d'une moyenne d'âge de 84±6 ans se compose de 56 % de femmes. Parmi les patients avec une tumeur solide active, 28% ont des métastases actives. Les types de cancers les plus fréquents étant : prostate (24 %), sein (15 %) et colorectal (13 %). Cinq pourcents ont bénéficié d'une immunothérapie, et ceux-ci ont un risque de mortalité presque 3 fois plus important (HR=2.92 [1.05-8.16] ; p=0.041). Le taux de mortalité n'est pas statistiquement supérieur chez les patients souffrant d'une tumeur solide active (52 % vs. 46 % ; p=0.346), comparé à celui des autres patients.

### Conclusions

Selon notre recherche, menée au sein d'une population gériatrique, il n'y a pas de différence de mortalité entre les patients avec une tumeur solide active et les autres. Cependant, l'immunothérapie semble responsable d'une diminution du pronostic vital en cas d'infection au SARS-CoV-2.

## Evolution de la qualité de vie à un an chez le sujet âgé de plus de 80 ans après remplacement valvulaire aortique par voie chirurgicale ou percutanée

LESAGE Véronique, ULB (P) - [veronique.lesage@erasme.ulb.ac.be](mailto:veronique.lesage@erasme.ulb.ac.be)

### But

Evaluer la qualité de vie à 1 an des patients de plus de 80 ans ayant bénéficié d'une chirurgie de remplacement valvulaire aortique par voie chirurgicale ou percutanée.

### Méthode

Etude prospective observationnelle de 31 patients évalués avant un remplacement valvulaire aortique inclus du 1er juillet 2017 au 30 juin 2020. Comparaison de la prise en charge chirurgicale versus percutanée au niveau des caractéristiques gériatriques, cardiologiques, des complications postopératoires et évaluation de la qualité de vie à 0 et 1 an (SF-12).

### Résultats

L'âge médian est de 85 [82-87] ans et 55 % sont des hommes. 18 (58 %) des patients ont bénéficié d'une chirurgie et 13 (42 %) d'un remplacement percutané. Les patients ayant bénéficié d'une chirurgie sont significativement moins dépendants (p=0.01), ont un meilleur grip test (p=0.05) et un score MMSE plus élevé (p=0.006). La surface aortique est également significativement plus grande (p=0.02). Nous n'avons pas observé de différence significative de la qualité de vie avant intervention ni de la morbi-mortalité intra-hospitalière entre les deux groupes. La qualité de vie physique augmente de façon significative dans les deux groupes (chirurgicaux, p=0.018, percutanée, p=0.039) alors que la qualité de vie mentale diminue de façon significative uniquement en cas d'intervention percutanée (p=0.015).

### Conclusions

La qualité de vie physique s'améliore dans les deux groupes d'intervention. La qualité de vie mentale s'altère en cas de remplacement percutané suggérant une attention particulière au moment de l'évaluation et du suivi. Ceci pourrait faire l'objet d'étude ultérieure.

## Analyse des caractéristiques associées à la mortalité des patients de plus de 65 ans atteints de Covid-19 hospitalisés à Erasme lors de la 1<sup>ère</sup> vague

LESAGE Véronique, ULB (P) - veronique.lesage@erasme.ulb.ac.be

### But

Description des caractéristiques des sujets âgés hospitalisés atteints de Covid-19 et analyse des facteurs de risque de mortalité intra-hospitalière.

### Méthode

Etude rétrospective monocentrique sur revue de dossiers des patients de plus de 65 ans hospitalisés pour infection Covid-19 à l'Hôpital Erasme lors de la 1<sup>ère</sup> vague (mars-août 2020). Les données récoltées concernent les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, radiologiques, biologiques, le traitement reçu et le statut thérapeutique. Analyse des facteurs associés à la mortalité par Cox régression logistique uni-variée et multi-variable.

### Résultats

Parmi les 192 patients inclus, 55 % étaient des femmes et l'âge médian était de 78 [71-87] ans. Le taux de mortalité était de 40 %. Les patients décédés étaient plus âgés, présentaient plus de pathologies cardiaques, rénales, et avaient des besoins en oxygène et en antibiotiques plus importants. Le statut limité aux soins en salle était également plus fréquent chez les patients décédés ( $p < 0.001$ ).

En Cox régression multivariée, le score de comorbidité de Charlson ( $HR=1.2$ ,  $p=0.02$ ), la prise d'IEC ( $HR=2.9$ ,  $p=0.02$ ), le taux de CRP à l'admission ( $HR=1.01$ ,  $p=0.001$ ) et la sévérité des lésions pulmonaires ( $HR=1.03$ ,  $p=0.005$ ) sont les facteurs ayant influencé de façon indépendante la mortalité.

### Conclusions

Dans notre étude, le nombre de comorbidités, la prise chronique d'IEC, le taux de CRP, la sévérité des lésions pulmonaires sont des facteurs de mortalité associés indépendamment à la Covid-19 chez les plus de 65 ans.

## Paracétamol et malnutrition, une liaison dangereuse

MERCHE Julie, UCLouvain (P) - julie.merche@student.uclouvain.be

### Introduction

Le Paracétamol est un médicament largement utilisé en gériatrie. Peu de médecins connaissent le risque d'acidose métabolique induit par son usage chronique en association avec certains facteurs favorisants.

### Cas clinique

Patiente de 88 ans, admise pour une confusion sub-aiguë, d'évolution rapide vers un état subcomateux avec respiration de Kussmaul. La gazométrie a révélé une acidose métabolique à trou anionique augmenté, partiellement compensée sur le plan respiratoire. La patiente prenait 4 grammes de Paracétamol par jour pour des douleurs chroniques. Après avoir exclu les causes fréquentes d'acidose métabolique, nous avons retrouvé une accumulation d'acide pyroglutamique (5-Oxoproline) dans les urines. L'arrêt du Paracétamol a permis une récupération rapide de l'équilibre acido-basique et de la symptomatologie.

### Discussion

Ce cas illustre une étiologie rare d'acidose métabolique. En cas de carence nutritionnelle, la consommation chronique de Paracétamol entraîne une déplétion des stocks hépatiques de glutathion. Cette déplétion augmente la production de  $\gamma$ -glutamylcystéine (par perte de rétro-feedback négatif) qui, par une voie enzymatique alternative, va produire une accumulation d'acide pyroglutamique. Après exclusion des causes fréquentes d'acidose métabolique, il convient d'y penser en présence de facteurs favorisants tels que le genre féminin, la malnutrition, le diabète l'éthylisme chronique, le sepsis, l'insuffisance rénale, les hépatopathies, certains médicaments.

### Conclusion

Le lien entre Paracétamol et acidose métabolique mérite d'être connu par les gériatres compte tenu de la haute prévalence des facteurs favorisants et de l'usage courant du Paracétamol. Cette entité est facilement réversible après éviction du traitement, le pronostic est alors excellent.

## But

Les traumatismes crâniens avec hémorragie cérébrale chez la personne âgée représentent une cause fréquente d'hospitalisation et de mortalité. L'objectif de cette étude est de décrire l'épidémiologie des traumatismes crâniens, les facteurs de risque d'hémorragie cérébrale (dont la prescription médicamenteuse inappropriée) et les facteurs associés à la mortalité.

## Méthode

Etude rétrospective portant sur 218 patients de 75 ans et plus admis aux urgences d'un hôpital académique pour trauma crânien avec ou sans hémorragie cérébrale entre janvier 2014 et décembre 2018.

## Résultats

196 (90 %) des traumatismes sont dus à une chute, et 45 (213) sont des chuteurs à répétition. La lésion hémorragique la plus fréquente est l'hématome sous-dural aigu 139 (64,4 %), et 55 (25 %) ont été traités chirurgicalement. Le taux de mortalité s'élève à 60 (27,5 %). Les facteurs associés à la mortalité en analyse de Cox régression logistique multivariable sont l'âge (HR 1.16, CI95 % 1.08-1.25,  $p < 0,001$ ), le sexe masculin (HR 2.62, CI95 % 1.24-5.54,  $p = 0,011$ ), la présence d'un hématome sous-dural aigu (HR 2.49, CI95 % 1.01-6.13,  $p = 0,047$ ), d'une hémorragie intra-ventriculaire (HR 3.53, CI95 % 1.68-7.40,  $p = 0,001$ ), d'une déviation de la ligne médiane (HR 1.1, CI95 % 1.05-1.15,  $p < 0,001$ ). Les facteurs améliorant la survie sont un Glasgow Coma Scale élevé (HR 0.73, CI95 % 0.67-0.81,  $p = 0,035$ ) et la présence d'un hématome sous-dural chronique (HR 0.21, CI95 % 0.67-0.81,  $p = 0,001$ ). Sur 17 (7.8 %) prescriptions inappropriées, 10 (4.6 %) sont dues à un mauvais contrôle de l'INR lors de la prise d'anti-vitamines K.

## Conclusions

Les patients âgés admis pour traumatisme crânien avec hémorragie cérébrale ont un risque de mortalité élevé. La mortalité est dépendante de l'âge, du sexe, et de la sévérité et du type d'hémorragie.

## But

Environ un quart des patients âgés présentent un effet indésirable médicamenteux (EIM) durant leur hospitalisation. La pharmacie clinique en gériatrie peut contribuer à la réduction de ce risque, mais n'est pas pleinement implémentée en Europe (ressources limitées). La validation des prescriptions en back-office est une première étape pour la prévention des EIM. Etant réalisée par de multiples pharmaciens, une approche structurée est nécessaire pour assurer cohérence et homogénéité.

## Objectif

Développer et implémenter une checklist structurée pour guider les pharmaciens hospitaliers dans la validation quotidienne des prescriptions pour les patients gériatriques.

## Méthode

Des pharmaciens cliniciens ont exploité des recommandations de la littérature, des guidelines existants et des données observationnelles sur les types fréquents d'erreurs pour réaliser la checklist. La version initiale a été testée en pilote pendant 2 mois par 10 pharmaciens et revue selon les feedbacks récoltés.

## Résultats

La checklist contient 3 sections : (1) évaluation globale des prescriptions incluant encodage, dose, fréquence et moment adéquats, interactions médicamenteuses et allergies ; (2) évaluation de la fonction rénale et adaptations posologiques ; (3) recommandations spécifiques pour certains médicaments à haut risque (MHR) : potassium, opiacés, méthotrexate, insulines et anticoagulants. Durant l'étude pilote, 20 patients en moyenne par jour étaient validés en environ 80 minutes. Une intervention pharmaceutique a été réalisée pour 395 médicaments (100 MHR).

## Conclusions

Nous avons développé et implémenté une checklist pour la validation pharmaceutique des prescriptions des patients gériatriques. Cette liste permettant une validation en back-office, est facilement utilisée, même par des pharmaciens hospitaliers sans pratique de pharmacie clinique.



## Apparition d'un cluster Covid-19 fin mai 2021 dans une maison de repos du Brabant wallon parmi des résidents vaccinés à 98 % : premières constatations

NOPERE Anne-Sophie, ULB (P) -  
anne-sophie.nopere@ulb.be

### Introduction

A la mi-mai 2021 le patient zéro a été hospitalisé au départ d'une maison de repos du Brabant wallon et a présenté une pneumopathie à SARS-CoV-2 malgré les 2 doses de vaccin Pfizer reçues en janvier et février 2021. Il décèdera 15 jours plus tard. Pendant les 2 semaines suivantes, 8 autres patients de la même résidence ont été hospitalisés pour dyspnée.

### Méthode

Devant cette situation inédite, une analyse rétrospective des données biologiques, cliniques, radiologiques et du statut vaccinal a été réalisée.

### Résultats

Au total 9 patients venant de cette maison de repos ont été hospitalisés du 17 mai au 11 juin, 6 décèderont à l'hôpital. L'on apprendra également qu'il y aura 6 décès supplémentaires à la résidence, il s'agissait de personnes âgées fragiles n'ayant pas été adressées aux urgences vu leur statut de niveau de soins ; toutes également vaccinées. Les scanners thoraciques (7 demandés sur les 9 hospitalisés) ont tous démontré des infiltrats en verre dépoli d'atteinte modérée à sévère. Ils présentaient tous une dyspnée, 3 patients présentaient de la température, 3 avaient de l'anémie et un seul présentait des diarrhées. La majorité des séquençages est revenue positive pour le variant indien (Delta)

### Conclusions

Il est crucial que nous comprenions rapidement pourquoi ces patients âgés vaccinés ont développé une pneumonie à SARS-CoV-2 ayant entraîné leur décès. Ils présentaient tous des comorbidités mais le vaccin a été administré en priorité chez ces personnes fragiles dans le but de les protéger. Des analyses sérologiques et épidémiologiques approfondies sont en cours.

## L'impact de l'hypernatrémie sur la mortalité et la durée de séjour hospitalier au sein d'un service de gériatrie

PITON Loïc, Uliège (P) - loic.piton@student.uliege.be

### But

Préciser la prévalence de l'hypernatrémie en salle de gériatrie, sa mortalité intra-hospitalière et ses répercussions sur la durée de séjour.

Après subdivision de l'hypernatrémie en trois catégories (communautaire, nosocomiale iatrogène et nosocomiale non iatrogène), l'objectif est de préciser la fréquence respective de ces catégories et de comparer entre elles les mortalités, les durées de séjour et la distribution des facteurs prédisposants à l'hypernatrémie.

Méthode : Etude rétrospective réalisée au sein du Service de Gériatrie du CHU de Liège, s'étendant du 01/01/2014 au 31/12/2019 et recrutant 238 patients avec une natrémie supérieure ou égale à 150 mmol/l.

### Résultats

La prévalence de l'hypernatrémie en salle de gériatrie apparaît plus élevée que dans les autres services hospitaliers confirmant l'âge comme un facteur prédisposant à la survenue d'une hypernatrémie. L'hypernatrémie est associée à une majoration significative de la mortalité (mortalité multipliée par 6,5 par rapport à une population gériatrique non hypernatrémique) et de la durée de séjour, quel que soit le type d'hypernatrémie (communautaire, iatrogène ou non iatrogène).

### Conclusions

Cette étude confirme la majoration de la prévalence de l'hypernatrémie avec le vieillissement ainsi que sa mortalité élevée et son impact sur l'allongement de la durée de séjour hospitalier. L'hypernatrémie nosocomiale iatrogène est associée à une mortalité et un allongement de la durée de séjour semblables aux autres types d'hypernatrémies. Il convient donc de limiter l'utilisation des médications hypernatrémiantes et de les remplacer à chaque fois que cela est possible, en adaptant nos pratiques cliniques.

## Benzodiazepine receptor agonists deprescribing on acute geriatric units

SIBILLE François-Xavier, UCL Namur (O) -  
francois-xavier.sibille@uclouvain.be

### Aims

To measure the prevalence of BZRA deprescribing in acute geriatric units (AGU) and its associated factors; to evaluate changes of molecules at discharge. Methods: Multicenter retrospective study including patients aged  $\geq 70$  years, hospitalized in AGU of CHU UCL Namur (2018) and taking  $\geq 1$  BZRA on admission. BZRA deprescribing was evaluated at discharge and defined as: 1)  $\geq 25\%$  decrease of lorazepam-equivalent dosage on admission; or 2) withdrawal of any BZRA; or 3) cessation of a rescue prescription. Multivariate logistic regression was performed to evaluate the association between deprescribing and comorbidities, medications, or demographic factors.

### Results

Deprescribing was observed in 240 of the 561 included patients (42.8%): 194 (34.6%) had a reduction of dosage  $\geq 25\%$ , 85 patients (15.2%) stopped taking any BZRA, and 49 (8.7%) stopped taking rescue BZRA. Deprescribing occurred more frequently in patients with a BZRA-related adverse event on admission or during hospital stay (OR 4.5; 95% CI [2.6; 7.9]) and a higher lorazepam-equivalent dosage on admission (OR 1.2 [1; 1.4]), and less frequently in patients with antipsychotic drug (OR 0.5 [0.3; 0.8]). Switch to new sedative molecules (trazodone and mirtazapine) were limited to 12.0% among BZRA deprescribed patients. Switch from long- to medium-acting BZRA was significant at discharge ( $p=0.025$  for regular use and  $p<0.001$  for rescue use).

### Conclusions

BZRA deprescribing accounted for 42.8% of AGU discharged patients and was mainly reactive to BZRA-related adverse events (74%). Routine clinical work should better identify opportunities to proactive deprescribing, and research should investigate mid-term persistence of BZRA deprescribing

## A rare case of a metastatic malignant Abrikossoff tumor

TAYEB Mohamed, ULB (P) -  
Mohamed.tayeb.salaouatchi@erasme.ulb.ac.be

### Aims

Abrikossoff tumor, also called granular cell tumor (GCT), is a neoplasm of the soft tissues which most commonly occurs in women between the 4<sup>th</sup> and the 6<sup>th</sup> decade. It is generally located on the head and neck region. The majority of GCT are solitary, painless and benign. However, 2 % of Abrikossoff tumors can be malignant with a poor prognosis and few curative options beyond surgical excision.

### Clinical case

We report here the case of a 75 year old male who presented a local recurrence of Abrikossoff tumor of the left thigh. The anatomopathological analysis concluded to a malignant GCT, and the F-18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography, showed multiple lesions in the lymph nodes and bones. While Abrikossoff tumors are benign in a large majority, the potential conversion to malignancy should alert practitioners, because of the extremely poor prognosis. The diagnosis of malignant granular cell tumor should be based on a bundle of clinical and histological features and not solely histologic features, because of the challenging distinction between malignant and benign tumors due to the lack of welldefined criteria for the diagnosis of malignancy. Large size and recurrence are the most important clinical features predicting malignant behavior.

### Conclusions

Patients with a history of Abrikossoff tumor should be followed closely to monitor recurrence and malignant transformation. The apparent originality of our observation - which could lie in the evolution of a GCT tumor, initially considered as benign, to a malignant form - must be challenged regarding the issue of classifying some cases according to the classical "benign" and "malignant" dichotomy.

**RÉSUMÉ ABRÉGÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT:** Veuillez vous référer au Résumé des Caractéristiques du Produit pour une information complète concernant l'usage de ce médicament. ▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique « Effets indésirables » pour les modalités de déclaration des effets indésirables. **DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT:** Shingrix, poudre et suspension pour suspension injectable. Vaccin zona (recombinant, avec adjuvant) EU/1/18/1272/001, EU/1/18/1272/002. Classe pharmacothérapeutique : vaccins varicelle zona, code ATC : J07BK03. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:** Après reconstitution, une dose (0,5 mL) contient : Antigène glycoprotéine E<sup>23</sup> du Virus Varicelle-Zona1 : 50 microgrammes; Virus Varicelle-Zona = VZV (Varicella Zoster Virus); avec adjuvant AS01<sub>3</sub> contenant: extrait de plante *Quillaja saponaria* Molina, fraction 21 (QS-21) : 50 microgrammes, 3-O-désacyl-4'-monophosphoryl lipide A (MPL) issu de *Salmonella minnesota*: 50 microgrammes, 3 glycoprotéine E (gE) produite à partir de cellules d'ovaire de hamster chinois (CHO) par la technique de l'ADN recombinant. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES:** Shingrix est indiqué dans la prévention du zona et des névralgies post-zostériennes (NPZ) chez : • les adultes de 50 ans ou plus; • les adultes de 18 ans ou plus, présentant un risque accru de zona. Shingrix doit être administré selon les recommandations officielles. **Posologie et mode d'administration:** Posologie: Le schéma de primovaccination comprend deux doses de 0,5 mL chacune : une dose initiale suivie d'une seconde dose administrée 2 mois plus tard. Si une flexibilité dans le schéma vaccinal est nécessaire, la seconde dose peut être administrée entre 2 et 6 mois après la première dose. Pour les sujets qui sont ou pourraient devenir

dose) et céphalées (26,3 % toutes intensités confondues /dose; 1,9 % d'intensité sévère /dose). La plupart de ces effets étaient de courte durée (durée médiane de 2 à 3 jours). Les effets indésirables rapportés comme sévères ont duré 1 à 2 jours. Chez les adultes âgés de 18 ans et plus, qui sont immunodéprimés ou immunodéprimés en raison d'une maladie ou d'un traitement, le profil de tolérance était comparable à celui observé chez les adultes âgés de 50 ans et plus. Il existe des données limitées chez les adultes âgés de 18 à 49 ans à risque accru de zona qui ne sont pas immunodéprimés. Dans l'ensemble, l'incidence de certains effets indésirables était plus élevée dans les groupes d'âge plus jeunes : études chez des adultes immunodéprimés âgés de 18 ans et plus (analyse groupée); l'incidence de la douleur au site d'injection, de la fatigue, des myalgies, des céphalées, des frissons et de la fièvre était plus élevée chez les adultes âgés de 18 à 49 ans par rapport à ceux âgés de 50 ans et plus. - études chez des adultes âgés de 50 ans et plus (analyse groupée); l'incidence des myalgies, de la fatigue, des céphalées, des frissons, de la fièvre et des symptômes gastro-intestinaux était plus élevée chez les adultes âgés de 50 à 69 ans par rapport à ceux âgés de 70 ans et plus. **Tableau listant des effets indésirables:** Le profil de tolérance présenté ci-dessous est basé sur une analyse groupée des données issues d'études cliniques contrôlées versus placebo chez 5 887 adultes âgés de 50 à 69 ans et chez 8 758 adultes de 70 ans ou plus. Dans les études cliniques menées chez des adultes immunodéprimés âgés de 18 ans et plus (1587 sujets), le profil de tolérance est comparable aux données présentées dans le tableau ci-dessous. Les effets indésirables rapportés durant la surveillance après commercialisation sont présentés ci-dessous également. Les effets indésirables rapportés sont classés selon les fréquences suivantes : Très fréquent: (≥1/10) - Fréquent: (≥1/100, <1/10) - Peu fréquent: (≥1/1.000, <1/100) - Rare: (≥1/10.000, <1/1.000) - Très rare: (<1/10.000). Au sein de chaque groupe de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre décroissant de gravité. **Classe de systèmes d'organes:** Affections hématalogiques et du système lymphatique. Fréquence: Peu fréquent. Effets indésirables: Lymphadénopathie. • Classe de systèmes d'organes: Affections du système immunitaire. Fréquence: Rare. Effets indésirables: Réactions d'hypersensibilité incluant éruption cutanée, urticaire, angio-œdème. • Classe de systèmes d'organes: Affections gastro-intestinales. Fréquence: Très fréquent. Effets indésirables: Symptômes gastro-intestinaux (incluant nausées, vomissements, diarrhée et/ou douleur abdominale). • Classe de systèmes d'organes: Affections musculo-squelettiques et systémiques. Fréquence: Très fréquent. Effets indésirables: myalgie. Fréquence: Peu fréquent. Effets indésirables: Arthralgie. • Classe de systèmes d'organes: Troubles généraux et anomalies au site d'administration. Fréquence: Très fréquent. Effets indésirables: Réactions au site d'injection (telles que douleur, rougeur, gonflement), fatigue, frissons, fièvre. - Fréquence: Fréquent. Effets indésirables: Prurit au site d'injection, malaise. • Selon la terminologie MedDRA (Medical Dictionary for Regulatory Activities), 22 Effets indésirables rapportés de façon spontanée. **Déclaration des effets indésirables suspectés:** La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration: **Belgique:** Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé - Division Vigilance - Boîte Postale 97 - B-1000 Bruxelles - Mardieu. Site internet: [www.notifierunefetindesirable.be](http://www.notifierunefetindesirable.be) - e-mail: [ad@afmps.be](mailto:ad@afmps.be)

Prix public: € 170,26

**SHINGRIX**  
VACCIN ZONA  
(RECOMBINANT, AVEC ADJUVANT)



**ENVIRON 1 PERSONNE SUR 3  
CONTRACTE LE ZONA  
PENDANT LEUR VIE.<sup>1</sup>**

**AUJOURD'HUI VOUS POUVEZ  
AIDER À PRÉVENIR LE ZONA  
ET SES COMPLICATIONS  
AVEC SHINGRIX.<sup>2,3</sup>**

**PARLEZ DU ZONA À VOS PATIENTS  
ET COMMENT IL PEUT ÊTRE PRÉVENU  
PAR LA VACCINATION**

Shingrix est indiqué dans la prévention du zona et des névralgies post-zostériennes chez les adultes de 50 ans ou plus; et les adultes de 18 ans ou plus, présentant un risque accru de zona. Shingrix doit être administré selon les recommandations officielles.<sup>2</sup>

Shingrix doit être administré avec précaution chez les sujets présentant une thrombocytopénie ou un trouble de la coagulation en raison du risque de saignement qui peut survenir lors de l'administration intramusculaire du vaccin chez ces sujets. Une syncope (évanouissement) peut survenir après toute vaccination, voire même avant, comme réaction psychogène à l'injection avec une aiguille. Cette réaction peut s'accompagner de plusieurs signes neurologiques tels qu'un trouble transitoire de la vision, des paresthésies et des mouvements tonico-cloniques des membres durant la phase de récupération. Il est important que des mesures soient mises en place afin d'éviter des blessures en cas d'évanouissement. Il n'existe aucune donnée de tolérance, d'immunogénicité ou d'efficacité soutenant la possibilité de remplacer une dose de Shingrix par une dose d'un autre vaccin contre le zona. Les données concernant l'utilisation de Shingrix chez des personnes ayant un antécédent de zona sont limitées. Les professionnels de santé doivent donc évaluer au cas par cas les bénéfices et risques de la vaccination contre le zona. **Excipients:** Ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par dose, c'est-à-dire qu'il est essentiellement « sans sodium ». Ce médicament contient moins de 1 mmol (39 mg) de potassium par dose, c'est-à-dire qu'il est essentiellement « sans potassium ». **Tracabilité:** Afin d'améliorer la traçabilité des médicaments biologiques, le nom et le numéro de lot du produit administré doivent être clairement enregistrés. **Effets indésirables:** Résumé du profil de sécurité: Chez les adultes âgés de 50 ans et plus, les effets indésirables les plus fréquemment rapportés étaient : douleur au site d'injection (68,1 % toutes intensités confondues /dose; 3,8 % d'intensité sévère/dose), myalgie (32,9 % toutes intensités confondues /dose; 2,9 % d'intensité sévère /dose), fatigue (32,2 % toutes intensités confondues /dose; 3,0 % d'intensité sévère/

**afmps.be, Luxembourg:** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy - Bâtiment de Biologie Moléculaire et de Biopathologie (BBB) - CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois - Rue du Maréchal - 54511 Vandoeuvre Les Nancy Cedex. Tél.: (+33) 3 83 65 60 85 / 87 - e-mail : [crpv@chru-nancy.fr](mailto:crpv@chru-nancy.fr) ou Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments - 20, rue de Bitbourg - L-1273 Luxembourg-Hamm. Tél.: (+352) 2478 5592 - e-mail: [pharmacovigilance@ms.etat.lu](mailto:pharmacovigilance@ms.etat.lu). Link pour le formulaire: <https://guichet.public.lu/fr/entreprises/sectoriel/sante/medecins/notification-effets-indesirables-medicaments.html>. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Rue de l'Institut 89, B1330 Rixensart, Belgique. **DATE D'APPROBATION DU TEXTE:** 11 March 2021 (v5). **MODE DE DELIVRANCE:** Sur prescription médicale.

**Références :** 1. Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF; Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2008;57(RR-5):1-CE4. - 2. Shingrix SmPC - 3. Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. BMJ Open. 2014 Jun; 4(6):e004833.

PM-BE-SGX-ADVT-210004 - Juin 2021 - E.R.: GlaxoSmithKline Pharmaceuticals s.a./n.v. Site Apollo Avenue Pascal, 2-4-6 1300 - Wavre Belgique



## Caractéristiques cliniques des patients âgés de plus de 85 ans hospitalisés pour une infection à SARS-Cov-2 : résultats d'un registre multicentrique.

VANDE WALLE Justine, SZKLARZEWSKA Sylwia, UCL et ULB (P) - justine.vandewalle@student.uclouvain.be

### But

Formulant l'hypothèse que les personnes les plus âgées présentent des spécificités dans la gestion des infections, nous avons comparé les caractéristiques cliniques de patients âgés d'au moins 85 ans avec un groupe âgé entre 75 et 85 ans.

### Méthode

Analyse rétrospective d'un registre belge multicentrique (10 centres) via la plateforme REDCap incluant des patients de plus de 75 ans hospitalisés pour une infection à SARS-Cov-2 durant la première vague (30/11/2019 au 30/08/2020).

### Résultats

Au total, 986 patients sont identifiés dans le registre (<85 ans : n= 507 ; ≥ 85 ans : n = 479). Les patients de plus de 85 ans présentaient de manière significative ( $P$ -valeur<0.01) les différences suivantes : moins de toux, moins de céphalées mais une fréquence accrue de syndrome confusionnel et de troubles de déglutition. Ils sont plus souvent fragiles et dépendants (Scores Clinical Frailty Scale et de Katz plus élevés). La prévalence de maladies chroniques comme la démence et l'insuffisance cardiaque est plus élevée. Lorsqu'un scanner est réalisé, celui-ci est plus souvent négatif ou non typique d'une infection virale. Ils ont été moins souvent traités par hydroxychloroquine. Même si la durée de séjour ne diffère pas entre les deux groupes, les plus âgés ont été plus souvent admis dans une unité Covid-gériatrique ou ont bénéficié plus souvent d'un avis gériatrique et d'un suivi par la liaison interne.

### Conclusions

Ces données soutiennent la mise en œuvre d'une expertise gériatrique multidisciplinaire pour les plus âgés de 85 ans souffrant d'une infection à SARS-Cov-2.

## Evaluation de l'impact des bactériémies en gériatrie

LONGUEVILLE Manon, Uliège (O) - manon.longueville@chuliege.be

### Objectifs

Evaluer, au sein d'un service de gériatrie, les conséquences d'une bactériémie en termes de mortalité intra-hospitalière, de mortalité à 1 an, de durée de séjour et enfin en termes de déclin fonctionnel.

Analyser les caractéristiques épidémiologiques de ces bactériémies et observer de la température corporelle relevée lors de la réalisation des hémocultures.

### Méthodes

Etude rétrospective réalisée au sein du Service de Gériatrie du CHU de Liège, s'étendant du 01/01/2014 au 31/12/2019 et recrutant 147 dossiers.

### Résultats

Les bactériémies sont associées à une majoration significative de la durée de séjour, de la mortalité intra-hospitalière, de mortalité à un an, d'un déclin de l'autonomie et de la mobilité. L'*Escherichia Coli* est le germe le plus fréquent. Le taux de mortalité le plus élevé est lié aux bactériémies à *Staphylocoque doré*, responsable de 70 % de décès intra-hospitalier. La température corporelle moyenne relevée lors de la réalisation des hémocultures est à 37,37°C et 43 % des patients présentaient une température corporelle inférieure à 37,2°C lors du prélèvement des hémocultures. Un taux d'albumine bas, la présence d'une dysphagie, une fragilité antérieure élevée (selon la CFS ou la SHERPA) ou d'un alitement sont des facteurs de risque de mortalité ou de déclin de l'autonomie et de la mobilité.

### Conclusion

Cette étude objective, au sein d'un service de gériatrie, l'impact majeur d'une bactériémie (en termes de mortalité et de déclin fonctionnel) et l'importance de considérer le statut nutritionnel, la présence d'une dysphagie, d'un alitement ou d'une confusion ainsi que le statut fonctionnel et la fragilité précédant l'épisode de bactériémie lors de l'estimation du pronostic vital et fonctionnel du patient. Des études prospectives complémentaires devraient permettre de confirmer nos résultats et d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des bactériémies touchant les patients plus âgés, y compris en l'adaptation de l'intensité des soins à prodiguer en fonction de leur pronostic vital et fonctionnel.

**Une équipe mobile pour les patients en maison de repos : définition des besoins par une étude qualitative**MERCHE Julie, UCL (P) - [julie.merche@student.uclouvain.be](mailto:julie.merche@student.uclouvain.be)**Introduction**

Les équipes mobiles gériatriques (EMG) en maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS) existent dans plusieurs pays et visent à apporter une expertise interdisciplinaire aux résidents. La récente crise de Covid-19 a mis en évidence la nécessité d'une forte collaboration entre l'hôpital et les MR/MRS dans la prévention et le contrôle des infections, les transferts des résidents, le soutien éthique. La qualité des preuves d'efficacité des EMG est cependant faible à modérée pour la prévention de l'hospitalisation et la rareté des données pour les autres critères de jugement ne permet pas de tirer de conclusions. Nous avons émis l'hypothèse que le développement des EMG nécessite une évaluation basée sur une approche plus participative, systémique et réaliste.

But : Identifier les domaines de partenariats entre l'hôpital et les MR/MRS et les besoins d'interventions gériatriques.

**Méthode**

Étude qualitative réalisée au moyen d'entretiens semi-structurés avec des médecins généralistes et coordinateurs de MR/MRS, gériatres, infirmières, paramédicaux des MR/MRS et de l'hôpital et journées d'observation en MR/MRS par une candidate gériatre. Nous analyserons les réponses à la lumière des déterminants d'une collaboration inter-organisationnelle de qualité avec un focus notamment sur la communication, la confiance, l'approche centrée sur le patient, les objectifs communs, la clarification des rôles.

**Résultats**

Cette étude est en cours de réalisation, les résultats seront présentés lors des prochaines Journées d'Automne.

**Perspective**

Ce travail permettra l'élaboration d'un cahier des charges et des moyens pour la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie.

**La vie en rose : la sexualité des aînés en Belgique**CISMARU-INESCU Adina, ULiège (P) - [a.inescu@uliege.be](mailto:a.inescu@uliege.be)**But**

Cette étude explore l'activité sexuelle, la tendresse physique, la satisfaction sexuelle, les attitudes concernant la sexualité des personnes âgées (PA) en utilisant les données d'une étude nationale belge.

**Méthode**

Des PA de 70 ans + ont été recrutées dans toute la Belgique. Les enquêteurs formés ont suivi une procédure de « marche aléatoire » pour sélectionner les participants. La situation de couple, l'activité ou l'inactivité sexuelle, l'auto-évaluation de la qualité de vie ont été analysés.

**Résultats**

Nous avons interrogé 513 PA (58 % F et 42 % H) âgées de 70 à 99 ans. Parmi les participants, 89,8 % habitaient à domicile et 10,2 % vivaient dans des EPHAD ou des résidences services. Dans l'ensemble, 50,3 % des participants étaient en couple, 31,2 % participants étaient sexuellement actifs et 32,6 % participants sexuellement inactifs ont déclaré avoir expérimenté des formes de tendresse physique au cours des 12 derniers mois. 74 % participants sexuellement actifs et 59 % participants sexuellement inactifs ont déclaré être (très) satisfaits de leur vie sexuelle au cours des 12 derniers mois et plus de trois quarts des participants (sexuellement actifs ou pas) ont déclaré avoir une (très) bonne qualité de vie.

**Conclusions**

Les PA vivant en Belgique sont sexuellement actifs et éprouvent de la tendresse physique malgré les représentations erronées de l'asexualité à l'âge avancé. Pour mettre fin au tabou de la sexualité des PA, la sensibilisation à ce sujet devrait devenir une priorité pour la société. Les futures politiques de santé publique devraient être consacrées aux personnes « les plus âgées » et à leur santé sexuelle.

### Les violences sexuelles à l'encontre des personnes âgées

CISMARU-INESCU Adina, Uliege (O) - a.inescu@uliege.be

#### But

Cette présentation porte sur les violences sexuelles faites aux personnes âgées.

#### Méthode

Des personnes âgées de 70 ans et plus vivant en communauté, en EPHAD ou en résidence service, ont été recrutées dans toute la Belgique. Les enquêteurs formés ont suivi une procédure de « marche aléatoire » pour sélectionner les participants. Une définition élargie des violences sexuelles avec plusieurs catégories tels que le harcèlement sexuel, les abus sexuels et le viol, a été étudiée à travers des questions comportementales spécifiques.

#### Résultats

Nous avons interrogé 513 personnes âgées (58 % F et 42 % H) âgées de 70 à 99 ans. Parmi les participants, 89,8 % habitaient à domicile et 10,2 % vivaient dans

des EPHAD ou des résidences services. 31 % participants ont déclaré être sexuellement actifs. Au cours des 12 derniers mois, 7 % PA a déclaré avoir été victime d'harcèlement sexuel, 2,3 % tout type d'abus sexuel et 0,6 % de (tentative) de viol. Les comportements non désirés les plus révélés, au cours des 12 derniers mois, étaient les regards sexuels, les commentaires et les baisers.

#### Conclusions

La croyance de l'asexualité à l'âge avancé empêche la reconnaissance de l'existence des violences sexuelles envers les aînés et restreint les interventions appropriées. Une sensibilisation accrue de la population et des professionnels de la santé aux violences sexuelles contre les personnes âgées devrait conduire à de meilleures politiques de santé et à des systèmes de soutien adaptés aux besoins des personnes âgées victimes de violences sexuelles.

# Allez plus loin. Protégez-les durablement avec Prolia®

Prix public : € 181,34\*

Ticket modérateur : € 8,00 ou € 12,10  
pour votre patient 1 injection  
pour 6 mois de traitement



  
prolia®  
denosumab

## Remboursé pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées et les hommes à risque élevé de fractures\*

**1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT :** Prolia 60 mg solution injectable en seringue préremplie. **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Chaque seringue préremplie contient 60 mg de denosumab dans 1 mL de solution (60 mg/mL). Le denosumab est un anticorps monoclonal IgG2 humain, produit à partir d'une lignée cellulaire de mammifère (cellules d'ovaire de hamster chinois) par la technique de l'ADN recombinant. **Excipient à effet notoire :** Chaque mL de solution de ce médicament contient 47 mg de sorbitol. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **3. FORME PHARMACEUTIQUE :** Solution injectable (injection). Solution limpide, incolore à légèrement jaune. **4. INFORMATIONS CLINIQUES : 4.1 Indications thérapeutiques :** Traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées et les hommes à risque élevé de fractures. Chez les femmes ménopausées Prolia réduit significativement le risque de fractures vertébrales, non vertébrales et de la hanche. Traitement de la perte osseuse associée à un traitement hormono-ablatif chez les hommes atteints de cancer de la prostate à risque élevé de fractures (voir rubrique 5.1). Chez les hommes atteints de cancer de la prostate recevant un traitement hormono-ablatif, Prolia réduit significativement le risque de fractures vertébrales. Traitement de la perte osseuse associée à un traitement systémique à long terme par glucocorticoides chez les patients adultes à risque élevé de fractures (voir rubrique 5.1). **4.2 Posologie et mode d'administration :** Posologie : La posologie recommandée est de 60 mg de denosumab administré en dose unique une fois tous les six mois, par injection sous-cutanée dans la cuisse, l'abdomen ou le haut du bras. Les patients doivent être supplémentés de manière adéquate en calcium et en vitamine D (voir rubrique 4.4). Les patients traités par Prolia devront recevoir la notice et la carte d'information au patient. La durée totale optimale d'un traitement anti-résorbeur de l'ostéoporose (y compris le denosumab et les bisphosphonates) n'a pas été établie. La nécessité d'un traitement continu doit être ré-évaluée périodiquement sur la base des bénéfices et des risques potentiels liés à la prise du denosumab chez chaque patient, particulièrement après 5 ans de traitement ou plus (voir rubrique 4.4). **Population âgée (> 65 ans) :** Aucune adaptation de la posologie n'est nécessaire chez les patients âgés. **Insuffisance rénale :** Aucune adaptation de la posologie n'est nécessaire chez les patients atteints d'insuffisance rénale (voir rubrique 4.4 pour les recommandations relatives à la surveillance de la calcémie). Aucune donnée n'est disponible concernant les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min) et ayant reçu un traitement systémique à long terme par glucocorticoides. **Insuffisance hépatique :** La sécurité et l'efficacité du denosumab n'ont pas été étudiées chez les patients présentant une insuffisance hépatique (voir rubrique 5.2). **Population pédiatrique :** Prolia ne doit pas être utilisé chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans car la sécurité et l'efficacité de Prolia n'ont pas été étudiées chez ces patients. Chez l'animal, l'inhibition du complexe RANK/RANK ligand (RANKL) a été associée à une inhibition de la croissance osseuse et à une absence de poussée dentaire (voir rubrique 5.3). **Mode d'administration :** Par voie sous-cutanée. L'administration doit être réalisée par une personne formée de manière appropriée à la technique d'injection. Pour les instructions concernant l'utilisation, la manipulation et l'élimination, voir rubrique 6.6. **4.3 Contre-indications :** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. Hypocalcémie (voir rubrique 4.4). **4.8 Effets indésirables :** **Résumé du profil de sécurité :** Les effets indésirables les plus fréquents avec le denosumab (retrouvés chez plus d'un patient sur dix) sont les douleurs musculo-squelettiques et les douleurs aux extrémités. Des cas peu fréquents de cellulite, de rares cas d'hypocalcémie, d'hypersensibilité, d'ostéonécrose de la mâchoire et de fracture fémorale atypique (voir rubriques 4.4 et 4.8 - Description de certains effets indésirables) ont été observés chez les patients traités par denosumab. **Tableau récapitulatif des effets indésirables :** Les données du tableau 1 ci-dessous décrivent les effets indésirables rapportés dans le cadre d'essais cliniques de phase II et III chez des patients atteints d'ostéoporose et de cancer de la prostate ou du sein recevant un traitement hormono-ablatif ; et/ou les effets indésirables issus de notifications spontanées. La convention suivante a été utilisée pour la classification des effets indésirables (voir tableau 1) : très fréquent (> 1/10), fréquent (> 1/100, < 1/10), peu fréquent (> 1/1 000, < 1/100), rare (> 1/10 000, < 1/1 000), très rare (< 1/10 000) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Dans chaque groupe de fréquence et de classe de système d'organe, les effets indésirables sont présentés par ordre décroissant de gravité. **Tableau 1. Effets indésirables rapportés chez des patients atteints d'ostéoporose et des patients atteints de cancer de la prostate ou du sein recevant un traitement hormono-ablatif :** Classe de systèmes d'organes MedDRA, Catégorie de fréquence, Effets indésirables : **Infections et infestations :** Fréquent : Infection du tractus urinaire, Infection des voies respiratoires supérieures ; Peu fréquent : Diverticulite<sup>1</sup>, Cellulite<sup>1</sup>, Infection de l'oreille. **Affections du système immunitaire :** Rare : Hypersensibilité médicamenteuse<sup>1</sup>, Réaction anaphylactique<sup>1</sup>, Troubles du métabolisme et de la nutrition : Rare : Hypocalcémie<sup>1</sup>, Affections du système nerveux : Fréquent : Sciatalgie, Affections gastro-intestinales : Fréquent : Constipation, Gêne abdominale, Affections de la peau et du tissu sous-cutané : Fréquent : Rash, Eczéma, Alopecie ; Peu fréquent : Eruptions médicamenteuses lichéniformes<sup>1</sup> ; Très rare : Vasculite d'hypersensibilité, Affections musculo-squelettiques et systémiques : Très fréquent : Douleurs dans les membres, Douleur musculo-squelettique<sup>1</sup> ; Rare : Ostéonécrose de la mâchoire<sup>1</sup>, Fractures fémorales atypiques<sup>1</sup> ; Fréquence indéterminée : Ostéonécrose du conduit auditif externe<sup>2</sup>. <sup>1</sup> Voir paragraphe Description de certains effets indésirables. <sup>2</sup> Voir rubrique 4.4. L'analyse des données poolées de l'ensemble des études cliniques de phase II et de phase III, contrôlées contre placebo, a mis en évidence la survenue d'un syndrome pseudo-grippal avec un taux brut d'incidence de 1,2 % dans le groupe denosumab et de 0,7 % dans le groupe placebo. Bien que cette différence ait été identifiée par une analyse poolée, elle n'a pas été mise en évidence par une analyse stratifiée. **Description de certains effets indésirables :** **Hypocalcémie :** Au cours de deux essais cliniques de phase III contrôlés contre placebo menés chez des femmes atteintes d'ostéoporose post-ménopausique, une diminution de la calcémie (< 1,88 mmol/L) après administration de Prolia a été observée chez environ 0,05 % des patientes (2 sur 4 050). Il n'a pas été rapporté de diminution de la calcémie (< 1,88 mmol/L) ni dans les deux essais cliniques de phase III contrôlés contre placebo menés chez des patients recevant un traitement hormono-ablatif, ni dans l'essai clinique de phase III contrôlé contre placebo mené chez des hommes atteints d'ostéoporose. Après commercialisation, de rares cas d'hypocalcémie symptomatique sévère ont été signalés principalement chez des patients ayant un risque élevé d'hypocalcémie, traités par denosumab, la majorité des cas survenant durant les premières semaines suivant l'initiation du traitement. Les exemples de manifestations cliniques d'hypocalcémie symptomatique sévère incluent un allongement de l'intervalle QT, une tétanie, des convulsions et un état mental altéré (voir rubrique 4.4). Les symptômes d'hypocalcémie au cours des études cliniques avec le denosumab incluaient des paresthésies ou des raideurs musculaires, des contractions, des spasmes et des crampes musculaires. **Infections cutanées :** Dans les essais cliniques de phase III contrôlés contre placebo, l'incidence globale des infections cutanées a été similaire dans les groupes placebo et denosumab, ce qui est chez les femmes atteintes d'ostéoporose post-ménopausique (placebo [1,2 %, 50 sur 4 041] versus Prolia [1,5 %, 59 sur 4 050]) ; chez des hommes atteints d'ostéoporose (placebo [0,8 %, 1 sur 120] versus Prolia [0 %, 0 sur 120]) ; chez les patients atteints de cancer de la prostate ou du sein recevant un traitement hormono-ablatif (placebo [1,7 %, 14 sur 845] versus Prolia [1,4 %, 12 sur 860]). Des infections cutanées nécessitant une hospitalisation, correspondant principalement à des cas de cellulite, ont été rapportées chez 0,1 % (3 sur 4 041) des femmes atteintes d'ostéoporose post-ménopausique recevant le placebo versus 0,4 % (16 sur 4 050) de celles recevant Prolia. L'incidence des infections cutanées rapportées comme graves a été similaire dans les groupes placebo (0,6 %, 5 sur 845) et Prolia (0,6 %, 5 sur 860) au cours des essais menés dans le cancer du sein et de la prostate. **Ostéonécrose de la mâchoire :** L'ONM a été rarement rapportée, chez 16 patients, dans les essais cliniques menés chez des patients atteints d'ostéoporose et chez des patients atteints d'un cancer du sein ou de la prostate recevant un traitement hormono-ablatif incluant un total de 23 148 patients (voir rubrique 4.4). Treize de ces cas d'ONM sont survenus chez des femmes atteintes d'ostéoporose post-ménopausique pendant l'extension de l'essai clinique de phase III allant jusqu'à 10 ans de traitement par denosumab. L'incidence de l'ONM était de 0,04 % à 3 ans, 0,06 % à 5 ans et 0,44 % à 10 ans de traitement par denosumab. Le risque d'ONM a augmenté avec la durée de l'exposition au denosumab. **Fractures atypiques du fémur :** Dans le programme d'études cliniques menées dans l'ostéoporose, des fractures fémorales atypiques ont été rapportées, avec une fréquence rare, chez les patients traités par denosumab (voir rubrique 4.4). **Diverticulite :** Une différence dans la survenue des événements indésirables de type diverticulite a été observée (1,2 % denosumab, 0 % placebo) dans un seul essai clinique de phase III contrôlé contre placebo, mené chez des patients atteints de cancer de la prostate recevant un traitement anti-androgénique. L'incidence de diverticulite a été comparable entre les groupes de traitements que ce soit chez les femmes ménopausées ou les hommes atteints d'ostéoporose, et chez les femmes atteintes de cancer du sein non-métastatique traitées par un inhibiteur de l'aromatase. **Réactions d'hypersensibilité liées au médicament :** Après commercialisation, de rares événements d'hypersensibilité liés au médicament, incluant rash, urticaire, gonflement du visage, érythème et des réactions anaphylactiques ont été rapportés chez des patients recevant Prolia. **Douleurs musculo-squelettiques :** Des douleurs musculo-squelettiques, y compris des cas graves, ont été rapportées chez des patients traités par Prolia après la commercialisation. Dans les essais cliniques, les douleurs musculo-squelettiques étaient très fréquentes dans le groupe denosumab et dans le groupe placebo. Les douleurs musculo-squelettiques ayant conduit à l'arrêt du traitement étaient peu fréquentes. **Eruptions médicamenteuses lichéniformes :** Des éruptions médicamenteuses lichéniformes (par exemple des réactions de type lichen plan) ont été rapportées chez des patients après la commercialisation. **Autres populations particulières :** **Insuffisance rénale :** Au cours des essais cliniques, en l'absence de supplément en calcium, les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 mL/min) ou dialysés ont présenté un risque plus élevé de développer une hypocalcémie. Un apport adapté de calcium et de vitamine D est important chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère ou dialysés (voir rubrique 4.4). **Déclaration des effets indésirables suspects :** La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice-risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : **Belgique :** Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - Division Vigilance ; EUROSTATION II ; Place Victor Horta, 40/40 ; B-1060 Bruxelles ; [www.afmps.be](http://www.afmps.be) ; [adversedrugreactions@fagg-afmps.be](mailto:adversedrugreactions@fagg-afmps.be). **Luxembourg :** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ; [crpv@chru-nancy.fr](mailto:crpv@chru-nancy.fr) ; Tél : +33 3 83 65 60 85 / 87 ; Fax : +33 3 83 65 61 33 ou Division de la Pharmacie et des Médicaments ; Direction de la Santé à Luxembourg ; [pharmacovigilance@ms.etat.lu](mailto:pharmacovigilance@ms.etat.lu) ; Tél : +352 247 85592 ; Fax : +352 247 95615. **7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, Pays-Bas. **Représentant local :** s.a. Amgen, Telecomlaan 5-7, B-1831 Diegem, tél 02775.27.11. **8. NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** EU/1/10/618/003. **Statut légal de délivrance :** Médicament sur prescription médicale. **Date de mise à jour du RCP abrégé :** septembre 2020.

\* Conditions de remboursement : voir [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be), dernière consultation janvier 2021

**SPICT as a predictive tool of mortality in Old Patients with Advanced Chronic diseases: a bicentric cohort study in Belgian Emergency departments**

*BOURMORCK Delphine, UCL (O) - delphie.bourmorck@uclouvain.be*

**Aim**

An increasing number of older persons (OP) suffering from advanced chronic diseases is admitted in the Emergency Department (ED). The Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) could support careworkers to identify people at risk of deteriorating and dying within a year and address unmet palliative care needs, but was never tested in ED.

**Method**

Preliminary analysis of a bicentric cohort study including 352 OP  $\geq 75$  years admitted at the ED. The palliative profile was defined as a positive SPICT. One year after ED discharge, we followed OP by phone for survival status and functional deterioration, defined as a decreased of at least one point in ADL Katz score and/or institutionalization. Principal results measures are cox regression, survival analysis using Kaplan Meier method, and ordinal regression.

**Results**

Up to end of June, 1-year follow-up data were available from 181 patients (mean age  $83.7 \pm 5.6$  years, 43.6% male), in which 47% presented a palliative profile and 18.2% died within one year. Survival time was shorter in OP positive for SPICT than those with a negative test ( $\chi^2 = 11.7$ ,  $p = 0.001$ ), the former being at higher 1-year mortality rate (OR=3.6;  $p = 0.002$ ). Palliative profile is correlated with 1-year functional deterioration (OR 2.6;  $p = 0.001$ ).

**Conclusion**

OP identified with a palliative profile are at higher risk of functional deterioration and mortality one year after their ED visit, which could be a sentinel event to initiate discussion about end-of-life care, including intensity of care. Further research is needed to assess the feasibility of SPICT implementation in ED.

**Le plan de communication personnalisé : outil améliorant la communication avec les personnes présentant des troubles neurocognitifs majeurs**

*SOUMILLION Gabrielle, Institut Libre Marie Haps (P) - gabrielle.soumillion@student.vinci.be*

**But**

L'objectif de cette étude est de comparer les résultats de l'évaluation de la communication des intervenants d'une maison de repos avec les résidents présentant des troubles neurocognitifs majeurs, avant et après la mise en place de plans de communication personnalisés.

**Méthode**

Il s'agit d'une comparaison de moyennes des items de deux questionnaires (pré et post-intervention) transmis à différents intervenants d'une maison de repos concernant leur communication avec une série de résidents sélectionnés pour leurs troubles neurocognitifs majeurs sévères. L'intervention consiste en la mise en place d'un plan de communication personnalisé pour chacun de ces résidents en particulier.

**Résultats**

Ceux-ci sont regroupés en cinq catégories : la compréhension du résident, les adaptations mises en place par l'intervenant, les capacités communicationnelles du résident, la connaissance des préférences et de l'histoire de vie du résident ainsi que l'appréciation de la communication avec ce dernier. Une amélioration globale des résultats post-intervention est observable même si l'analyse par catégorie d'items reste plus mitigée.

**Conclusions**

Une critique de la démarche réalisée (biais méthodologiques, choix du design de recherche, temporalité, etc.) indique que des précautions doivent être prises quant à la lecture des résultats. Néanmoins, un grand intérêt a été exprimé par les acteurs de terrain pour l'outil qui est concret, directement accessible à tous et semble permettre de réamortir le cercle vertueux de la communication et améliorer ainsi la qualité de vie de ces résidents particulièrement vulnérables les réhabilitant en tant que sujets communicants.