

A photograph of a wooden boardwalk in a forest. The boardwalk is made of weathered wooden planks and is flanked by a rustic wooden fence made of vertical posts and horizontal rails. The forest is dense with tall trees and lush green foliage. Sunlight filters through the trees, creating a dappled light effect on the ground. A semi-transparent white rectangular box is overlaid on the upper half of the image, containing the event title and dates in blue text.

XXV^e JOURNÉES D'AUTOMNE
de la Société belge de Gérontologie
et de Gériatrie (SBGG)

20 & 21 octobre 2022

ABSTRACTS

INTRODUCTION

Le congrès s'adresse à toute la communauté des praticiens travaillant avec des patients âgés, 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. Si le jeudi après-midi est uniquement dédié aux soins médicaux, le vendredi, après une séance plénière dédiée à l'éthique dans les soins, trois programmes (médical, paramédical et sociologique) se tiendront en parallèle.

PROGRAMME MEDICAL

Ce programme s'intéressera aux recherches menées par les jeunes gériatres ainsi qu'à la **prise en charge du patient obèse et sarcopénique, au management du risque thrombo-embolique et à l'anticoagulation du patient cancéreux ainsi qu'à la prise en charge de l'amyloïdose cardiaque.**

Le vendredi, après la séance plénière, le programme médical sera dédié au **développement de la recherche en gériatrie.**

Après le repas, les **vaccins, contre la grippe et la Covid** seront discutés avant de terminer par la mise à l'honneur de travaux de recherche et la diffusion de *late breaking news* par les jeunes gériatres francophones.

PROGRAMME PARAMEDICAL

Après la séance plénière, le programme paramédical abordera **l'avenir et l'organisation des activités de soins en gériatrie** tant au sein des institutions hospitalières qu'au sein des institutions de longs séjours.

L'après-midi sera consacrée à **la maltraitance des personnes âgées, l'institutionnalisation et l'adaptation de la personne âgée** lors de son entrée en maison de repos.

PROGRAMME SOCIOLOGIQUE

Enfin, l'association Braises présentera différentes perspectives croisées concernant l'accès au soins lors de l'avancée en âge.

INFORMATIONS PRATIQUES

Le programme complet ainsi que les informations pratiques sont accessibles sur <https://geriatrie.be>

Les deux journées sont accréditées pour les médecins et les paramédicaux.

JOURNÉES D'AUTOMNE

Health literacy, sense of coherence, and burden of caregivers of older adults living with frailty (O)

Aurore DECLEVE¹, Marie DE SAINT-HUBERT²,
Florence POTIER²

¹UCLouvain

²Site Mont-Godinne, UCLouvain

²Site Sainte-Elisabeth, UCLouvain

E-mail : auroredecleve@hotmail.com

Introduction

Caregivers play a crucial role in providing support to frail older adults. Health literacy (HL), may be defined as personal resource that enable an individual to access, understand, appraise, and use information to participate in decisions related to their health or their care-receiver's health. HL is a modifiable factor that could decrease the burden by improving comprehensiveness of health outcomes. We aimed to assess potential associations between caregivers' HL, sense of coherence (SOC) and burden.

Methods

Observational cohort study was performed using convenience sample of caregivers of geriatric in- and outpatient attending in 2 geriatric departments (02/06/2020 to 31/09/2021). Following data were recorded: for caregivers: demographic, socio-economics variables, burden, SOC, HL; for care-receivers: KATZ, dementia, NPI. Multivariable logistic regression was performed to identify factors associated with burden.

Results

75 caregivers were included (median age was 59y (IQR 53-70), 46 were female). Median and interquartile range for burden, SOC and HL were respectively 32 (19-42), 68 (57-75) and 14 (12-15). 53 care-receivers had dementia. Caregivers with a high SOC reported a lower burden (OR 0.11 (95%IC: 0.02-0.54) while the presence of dementia of care-receivers significantly increased the burden (OR 6.02 (95%IC 1.61-22.5). Lower education (< 9 years) was negatively associated with caregivers' HL.

Discussion

SOC and dementia in care-receivers were associated with caregivers' burden, while this was not the case with HL. This may be due to the high level of HL in this small cohort. Further research is needed to examine relationships between caregivers' HL and caregivers' health outcomes.

Geriatric care for surgical patients : results and reflections from a cross-sectional survey in acute Belgian hospitals (O)

Katleen FAGARD¹, Mieke DESCHODT¹,
Benoit BOLAND², Johan FLAMAING¹

¹UZ Leuven, KUL

²UCLouvain

E-mail : katleen.fagard@uzleuven

Purpose

To explore geriatric care for surgical patients in Belgian hospitals and geriatricians' reflections on current practice.

Methods

A web-based survey was developed based on literature review and local expertise and was pre-tested with 4 participants. In June 2021, the 27-question survey was sent to the 91 heads of geriatric departments. Descriptive statistics and thematic analysis were performed.

Results

Fifty-four hospitals responded. Preoperative geriatric risk screening is provided in 25 hospitals, and systematically followed by geriatric assessment in 17 hospitals. Geriatric teams act on request of the surgical team in 43 hospitals, while 25 teams provide proactive care on ≥ 1 surgical wards. During the perioperative hospitalisation, geriatric teams provide non-medical advice in 49 and medical advice in 44 hospitals, and 36 teams attend multidisciplinary team meetings. Time allocation of geriatric teams goes mainly to postoperative evaluations and interventions, rather than to preoperative assessment and care planning. Geriatric education for surgical teams is offered in 16 hospitals. In 36 hospitals, surgical patients are admitted on geriatric wards, predominantly trauma/orthopaedic, abdominal, and vascular surgery. Ninety-eight percent of geriatricians feel that more geriatric input for surgical patients is needed. The most common reported barriers to further implement geriatric-surgical services are shortage of geriatricians and geriatric nurses, and unadjusted legislation and funding.

Conclusions

Geriatric care for surgical patients in acute Belgian hospitals is mainly reactive, although geriatricians favour more proactive services. The main opportunities and challenges.

Effects of malnutrition on mortality in oldest-old inpatients with COVID-19 in the GERIA-COVID cohort (O)

Rock-Ange IRANYEZA¹, Dorien DE MEESTER¹,
Florence BENOIT², Dolores SANCHEZ RODRIGUES²

¹UZ Brussel

²Hôpital Brugmann, ULB

E-mail : rock-ange.iranyeza@uzbrussel.be

Proposition de l'utilisation en communauté française d'un MMS adapté à la population analphabète (O)

Charlotte MAGRITTE, Pierre LEMAIRE

CHR Mons-Hainaut

E-mail : charlotte.magritte@jolimont.be

Purpose

Malnutrition is associated to higher mortality and longer length-of-stay stay in patients with COVID-19 and the “European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) expert statements for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection” recommended several assessment tools. The association between the GNRI and mortality was earlier evaluated in GERIA-COVID where no association between 14-day, 3-month and 12-month mortality was found. This study aimed at assessing the association of the GNRI with the length-of-stay in older inpatients with COVID-19 in the Ageing in Brussels (AgeBru) cohort.

Methods

The AgeBru cohort included consecutive inpatients ≥ 65 -year-old admitted due to COVID-19 in a university hospital (20/03/2020-11/05/2021) (ClinTrials.govNCT05276752). Data were collected retrospectively from medical records. Two groups were categorized at baseline: Patients at risk ($GNRI \leq 98$) and without risk ($GNRI > 98$) of malnutrition.

Results

224 patients (78.3 \pm 9.4-year-old; 52.2% women) met inclusion criteria and 151 (67.4%) were at risk. The group with $GNRI \leq 98$ had a length-of-stay of 16.75 days [CI 95% 11.90-21.58] and the group with $GNRI > 98$, 17.86 days [CI 95% 15.20-20.53]. The length-of-stay HR of having a $GNRI \leq 98$ was 0.90 [CI95% 0.68-1.19; P=0.454]. No significant differences were found. The lack of association between GNRI and length-of-stay was maybe due to the limited sample size.

Moreover, patients at risk of malnutrition might have died sooner and had therefore a shorter length-of-stay.

Conclusions

This study supports the findings in GERIA-COVID, where the GNRI did not seem to be the most appropriate assessment tool in older inpatients with COVID-19 and endorses the “ESPEN expert statements”.

But

Dans les évaluations cognitives réalisées entre autres au sein des unités de gériatrie, le MMSE est un des piliers fondamentaux dans le dépistage des démences et de la maladie d'Alzheimer en particulier. Étant donné le niveau significatif d'analphabétisation (10 à 15 % en Communauté française), les évaluations cognitives sont probablement régulièrement faussées. Or, le diagnostic de démence a des implications tant sur le plan médical que sur le plan juridique avec par exemple la définition d'un patient incapable ou non décisionnel. Cette étude tend à démontrer l'importance d'adapter le testing cognitif au niveau de scolarité.

Méthode

Les sujets présentant une scolarité insuffisante (n'ayant pas dépassé la 6e primaire) ou présentant manifestation des déficits de type acalculie, alexie etc. bénéficient du MMS standard et du MMS analphabète ainsi que du test de l'horloge et cinq mots de Dubois. Le MMS analphabète a été élaboré et validé par la STG (Société tunisienne de Gériatrie). Le suivi à six mois et ultérieur comprend au moins le MMS analphabète associé aux deux autres évaluations systématiquement réalisées.

Résultats

Depuis le début de l'étude en 2019, plus de 4000 évaluations ont été réalisées au CHR Mons-Hainaut et en cours d'analyse. On observe de nombreuses différences significatives entre les 2 tests. L'analyse statistique de l'étude est en cours de finalisation.

Conclusions

Il s'agit de la présentation préliminaire d'une étude actuellement en cours, confiée à l'auteur #1.

Le MMS analphabète sera détaillé lors de la présentation.

Geriatric mobile team for nursing home residents: needs and expectations from medical and nursing staff (O)

Julie MERCHE¹, Thérèse VAN DURME², Didier SCHOEVAERDTS³, Julie STREEL³, Marie DE SAINT-HUBERT^{1,2}

¹CHU Namur, geriatric department, UCLouvain

²Institute of Health and Society, UCLouvain

³CHU Namur, head of integrated network of care and services, UCLouvain

E-mail : julie.merche@student.uclouvain.be

Introduction

Nursing home (NH) residents have complex healthcare needs due to their multimorbidity and frailty. Continuity of care is often impeded because of lack of interprofessional /interorganizational collaborations and of specialist skills of NH staff. Geriatric mobile teams in NH (GMT) can counteract part of these difficulties. We aimed to identify needs and expectations of care providers for interventions of the GMT in the network of a tertiary care hospital in Belgium.

Methods

This is the first part of a multimethods study which follows the updated MRC framework of complex interventions¹. We started with a qualitative study with semistructured interviews with general practitioners (GP, n=5), head nurses of NH (n=3), directors of NH (n=4), geriatric liaison nurses (n=3), and geriatricians (n=2). The interview guide was informed by a systematic review². Thematic analysis was performed on the collected data and allowed for emergent themes.

Results

Results were divided into five domains. 1) **Shared goals:** need for a goal-oriented approach ; 2) **Communication:** need for direct and regular contacts between NH team and GMT and a shared, negotiated care plan ; 3) **Mutual acquaintanceship and power:** clarification between the roles of the different providers, especially of the GPs and the coordinating physicians ; 4) **Formalisation:** procedures regarding call and timely reaction of the GMT ; 5) **Environmental factors:** human and financial resources needed for GMT implementation.

Conclusions

These results will inform the next steps of the multimethod study, which involves the elaboration, implementation and evaluation of a GMT in NH.

Bibliography

1. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061.
2. Karam M, Brault I, Van Durme T, Macq J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *Int J Nurs Stud*. 2018;79:70-83.

Caractéristiques et pertinence de l'utilisation du SMUR auprès des personnes âgées : une étude rétrospective (O)

Anne-Catherine LEGRAND, Françoise STEENEBRUGGEN, Isabelle DE BRAUWER

Cliniques universitaires Saint-Luc, UCLouvain

E-mail : anne-catherine.legrand@student.uclouvain.be

But

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques médicales, gériatriques, la prise en charge et la pertinence de l'utilisation du SMUR auprès des personnes âgées (≥ 75 ans, PA) en comparaison avec des personnes jeunes (18-74 ans, PJ).

Méthode

Etude rétrospective incluant une cohorte de patients ≥ 18 ans ayant utilisé le SMUR (avril 2019) d'un hôpital tertiaire (CUSL). L'utilisation pertinente du SMUR est définie par une CIMU 1-3 (total 5 stades) et une hospitalisation faisant suite à la prise en charge SMUR.

Résultats

123 patients ont été inclus (âge moyen 63 ± 22 ans, 50 % féminin) dont 38 % de PA (n=47, âge moyen 85 ± 6 ans, 57 % féminin, 38 % en MRS, 40 % déments, 75 % polymédiqués, CIRS-G moyen 14 ± 7). Les données fonctionnelles gériatriques sont peu documentées dans les fiches SMUR. Par rapport aux PJ, le SMUR est plus souvent appelé auprès des PA par un.e professionnel.le de la santé (p=0,001), sur un lieu privé (p=0,001), dans les heures dites ouvrables (p=0,042) et pour un problème plus souvent médical que traumatique (p=0,0287). L'appel SMUR est plus souvent pertinent auprès des PA que des PJ (91 % vs 74 %, p=0,015). A gravité identique (CIMU 1-3), les PA reçoivent moins souvent de médicaments que les PJ (32 % vs 55 %, p=0,019).

Conclusion

Les PA représentent 1/3 des patients parmi l'activité du SMUR, dont l'utilisation est plus souvent justifiée qu'auprès des PJ. A sévérité équivalente, nous constatons une différence d'utilisation de moyens thérapeutiques au dépend des PA. Ces résultats encouragent à la formation des équipes préhospitalières aux spécificités gériatriques.

Intérêt de l'administration de fer intraveineux chez le sujet âgé opéré en urgence d'une fracture de hanche (O)

Justine UNGARO¹, Pascale SERVAIS², Sophie GILLAIN¹

¹Service de Gériatrie, site NDB, CHU Liège

²Service de Gériatrie, CHR Citadelle

E-mail : jungaro@chuliege.be

But

La fracture de l'extrémité proximale du fémur (FEPF) est une complication fréquente et sévère du patient âgé chuteur. L'anémie post-opératoire et la transfusion sont des facteurs de risque indépendants de morbi-mortalité et représentent donc un enjeu médico-économique considérable. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si le recours à une supplémentation intraveineuse (IV) de fer permet de réduire les besoins transfusionnels après une chirurgie pour FEPF. L'objectif secondaire est d'observer la cinétique des hémoglobines (Hb) en période post-opératoire et à 6 semaines afin d'évaluer l'importance des pertes sanguines après une FEPF opérée et de déterminer si le fer IV permet une récupération plus rapide de l'hémoglobinémie à 6 semaines.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, dont les données ont été collectées au sein des dossiers médicaux des patients hospitalisés dans le service de gériatrie du CHR Citadelle entre janvier 2017 et janvier 2022.

Résultats

Après examen, 170 dossiers médicaux ont été inclus : 77 concernant des patients n'ayant pas bénéficié de fer IV et 93 concernant des patients ayant bénéficié de fer IV. Cette étude montre une réduction significative des besoins transfusionnels chez les patients opérés d'une FEPF et ayant bénéficié d'une supplémentation en fer : 19,4 % de transfusion dans le groupe supplémenté contre 45,5 % dans le groupe non supplémenté ($p=0,0027$). Nous avons également objectivé une amélioration significative du taux d'Hb à 6 semaines de la chirurgie après administration du fer.

Conclusion

Cette étude confirme l'intérêt du fer IV dans la gestion du capital sanguin après une chirurgie pour FEPF. Des études prospectives complémentaires sont nécessaires pour confirmer nos résultats et permettre une optimisation des alternatives à la transfusion.

Caractéristiques cliniques des patients de 75 ans et plus en delirium en unité de soins intensifs (P)

Laetitia BEERNAERT, Robin BARÉ, Sandra DE BREUCKER

Service de Gériatrie, Hôpital Erasme, ULB

E-mail : laetitia.beernaert@erasme.ulb.ac.be

But

Les « *Very Old intensive care patients* » (VOPs) représentent 10 à 15 % des patients admis à l'USI après 80 ans. L'âge chronologique est inclus dans les scores pronostiques utilisés à l'USI, or la fragilité, le delirium et d'autres syndromes gériatriques semblent également être des marqueurs pronostiques. Le but de ce travail était d'évaluer la prévalence du delirium, de la fragilité et des autres syndromes gériatriques chez les patients âgés admis aux soins intensifs.

Méthode

Etude rétrospective monocentrique incluant 309 patients âgés de plus de 75 ans admis aux soins intensifs à l'Hôpital Erasme en 2018. Les patients bénéficiant d'une intervention programmée ont été exclus. La prévalence du délirium, de la fragilité et des syndromes gériatriques, ainsi que les facteurs associés l'apparition d'un délirium aux soins intensifs ont été analysés.

Résultats

L'âge médian des VOPs était de 81 ans [78-85]. 47 % des patients ont développé un delirium à l'USI et 35 % durant l'hospitalisation. Le CFS médian était de 5 [3-6]. En régression logistique multivariable, le delirium en USI est associé indépendamment à l'hémiplégie (RC 8.19-[1.43-46.86], $p=0.002$), l'usage d'une contention physique (RC 3.80-[2.12-6.80], $p<0.001$), le passage de la liaison gériatrique (RC 3.05-[1.60-5.82], $p=0.001$) et la limitation de l'intensité des soins (RC 3.29-[1.75-6.18], $p<0.001$).

Conclusion

La présence d'un delirium en USI est influencée par des facteurs prédisposants (hémiplégie) et des facteurs précipitants (contention physique). La fragilité et les syndromes gériatriques sont sous-dépistés en USI, montrant l'importance d'une formation des équipes au dépistage systématique des syndromes gériatriques afin de pouvoir étudier leur impact sur le pronostic de vie et fonctionnel des VOPs.

Infection cutanée à *Mycobactérie Chelonae* (P)

Laetitia BEERNAERT, Veronique LESAGE,

Sandra DE BREUCKER

Service de Gériatrie, Hôpital Erasme, ULB

E-mail : laetitia.beernaert@erasme.ulb.ac.be

But

Un homme de 92 ans présente des arthralgies diffuses depuis plusieurs mois. Un diagnostic de polyarthrite séronégative est posé.

Méthode

Une corticothérapie par Medrol 8 mg est débutée, puis remplacée dans un 2^e temps par du méthotrexate. Un mois plus tard, des nodules disséminés apparaissent sur l'hémicorps droit. Une première biopsie met en évidence une panniculite septale et lobulaire neutrophilique et le Ledertrexate est interrompu. Cependant, le patient continue à perdre du poids et, en plus des nodules, présente un gonflement du poignet droit. Un syndrome inflammatoire persiste à la biologie.

Résultats

Le bilan bactériologique et auto-immun sont négatifs. Le test quantifERON est également négatif. Un pet-scan montre un hypermétabolisme diffus des nodules. Trois nodules sont biopsiés, dont un des trois montre une auramine positive. Suite au développement d'une ténosynovite de la main droite, une nouvelle biopsie est réalisée, mettant en évidence à la culture un *Mycobacterium Chelonae*. Une trithérapie par Imipenem - Moxifloxacine et Tobramycine est débutée au vu de l'infection disséminée.

Conclusion

Les infections cutanées à *Mycobacterium Chelonae* sont un phénomène rare et devrait faire partie du diagnostic différentiel des lésions cutanées subaiguës, surtout chez les patients immunodéprimés. La présentation clinique et l'histopathologie restant aspécifiques, la répétition des biopsies est souvent nécessaire pour établir un diagnostic de certitude et déterminer la sensibilité aux antibiotiques. En cas d'infection disséminée, le traitement consiste en une polyantibiothérapie de longue durée (4 à 6 mois).

Effect of sarcopenia, malnutrition, and frailty on the need of mechanical ventilation in older inpatients with COVID-19 (P)

Marie CLAESSENS¹, Léa MINON¹, Dorien DE MEESTER^{2,3},
Florence BENOIT¹, Murielle SURQUIN¹,

Dolores SANCHEZ-RODRIGUEZ^{1,4,6}

¹Geriatrics Department, CHU Brugmann, ULB

²Department of Geriatrics, UZ Brussel

³Faculty of Medicine, VUB

⁴Réhabilitation Research Group, Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona, Catalonia, Spain

⁵Geriatrics Department, Hospital Del Mar - Hospital de L'Esperança - Centre Fòrum, Parc de Salut Mar, Barcelona, Catalonia, Spain

⁶WHO Collaborating Centre for Public Health Aspects of Musculo-Skeletal Health and Ageing, Division of Public Health, Epidemiology and Health Economics, ULIège

E-mail : marie.claessens@ulb.be

Objective

To assess feasibility prior to a large study aimed at determining whether the presence of sarcopenia, malnutrition, and frailty at admission were associated with a higher risk of mechanical ventilation (VM) in older inpatients with COVID-19.

Methods

The Ageing in Brussels (AgeBru) hospital-based cohort included consecutive patients ≥ 60 -year-old hospitalized due to COVID-19 (17/09/2020-16/02/2021). Exclusion criteria: Chronic obstructive pulmonary disease, hospital-acquired COVID-19, therapeutic limitation for MV, direct admission to intensive care, or inability to perform handgrip strength. Data were collected retrospectively from medical records. Sarcopenia (EWGSOP2, sarcopenia probable), malnutrition (Global Leadership Initiative on Malnutrition criteria), and frailty (Clinical Frailty Scale) were assessed at admission. Primary outcome: Need of MV. Secondary, determine feasibility by: 1) The TELOS: 5-items Technological, Economical, Legal, Operational, Schedule, ≥ 3 indicates feasibility ; 2) Achieving $\geq 70\%$ of the sample size. A sample size ($n=230$) based on sarcopenia and need of MV was calculated.

Results

Of the 308 eligible patients, 160 met eligibility criteria, and 46 were included (73.4 \pm 9.3-year-old; 54.3% men). Seventeen patients (37%) had sarcopenia, 16 (34.8%) malnutrition, and 8 (17.4%) frailty at admission. Ten (21.7%) patients needed MV. From the 16 patients with sarcopenia, 4 needed VM. A TELOS feasibility-score=2 and a 21% of calculated sample size were achieved.

Conclusions

Sarcopenia, malnutrition, and frailty were present; the main outcome (MV) was infrequent. The limited sample size (21%) indicated that the study was underpowered (unable to answer the research question) and the TELOS-feasibility score indicated unfeasibility. Feasibility assessment was helpful to assess challenges and guide actions about further studies.

Facteurs liés à la mortalité de patients âgés après l'implantation d'une valve aortique par voie percutanée (P)

Gaëlle DELANDSHEERE, Sophie GILLAIN

Service de Gériatrie, site N.-D. des Bruyères, CHU Liège

E-mail : gdelandsheere@chuliege.be

But

L'objectif primaire est d'étudier les facteurs associés à la mortalité intra-hospitalière, à 12 mois et à 18 mois parmi la population étudiée. L'objectif secondaire est d'observer si l'adjonction d'autres échelles gériatriques, à l'EuroSCORE II et le STS Score, permet d'améliorer la prévision de la mortalité post-interventionnelle.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. Elle porte sur une cohorte de 178 patients qui ont bénéficié de l'implantation d'un TAVI au CHU de Liège entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2021.

Résultats

La mortalité intra-hospitalière est de 6,7 % (12 patients). Les paramètres indépendants significativement associés au décès durant l'hospitalisation sont : (1) le sexe féminin ($p = 0,031$) ; (2) un score faible au test de Tinetti ($p = 0,031$) ; (3) un IMC élevé ($p = 0,017$) ; (4) une dépendance aux ADL ($p = 0,023$) ; (5) une fragilité selon l'échelle d'Edmonton ($p = 0,027$). La mortalité à 12 mois est de 17,7 % (25 patients). Le décès à 12 mois est significativement associé à (1) la présence d'une insuffisance cardiaque ($p = 0,019$) et (2) d'une fragilité selon l'échelle d'Edmonton ($p = 0,023$). La mortalité à 18 mois est de 25,4 % (31 patients). On retrouve deux paramètres significativement associés au décès à 18 mois : (1) la présence d'une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) ($p = 0,037$) et (2) d'une insuffisance cardiaque ($p = 0,031$). Les deux paramètres semblent indépendamment et significativement associés au décès à 18 mois ($p < 0,05$). La présence d'une HTAP multiplie le risque de décès d'un facteur 2,5 (OR : 2,51 (1,01-6,27)) tandis qu'une insuffisance cardiaque triple ce risque de décès (OR : 3,22 (1,02-10,2)). L'indice de fragilité recréé dans ce travail (Fragilité CHU) ainsi que les scores de risques cardiologiques ne sont pas mis en évidence comme statistiquement significatifs.

Conclusion

Bien que réalisée de manière rétrospective, cette étude permet de mettre en évidence un lien entre la mortalité des patients de plus de 75 ans ayant bénéficié d'un TAVI et les performances observées lors du test de Tinetti, la dépendance pour les activités de la vie journalière, un IMC élevé et surtout une fragilité dépistée sur base de l'échelle d'Edmonton. Ce travail préliminaire conforte l'idée de l'intérêt d'un bilan gériatrique fonctionnel chez les patients porteurs d'une sténose aortique sévère avec indication de traitement et encourage la poursuite d'études prospectives dans ce domaine. On constate également que l'échelle de fragilité d'Edmonton constitue une variable d'intérêt à considérer dans la poursuite des études et dans la pratique clinique quotidienne pour appuyer les décisions lors de la réalisation des bilans pré-interventionnels.

Les fragilités du patient âgé en dialyse péritonéale : quel impact sur la survie ? (P)

Catherine GÉRONITIS¹, Frédéric COLLART²,

François JOURET³, Sophie GILLAIN⁴

¹Service de Gériatrie, site N.-D. des Bruyères, CHU Liège

²CHU Brugmann, Université libre de Bruxelles (ULB)

³Service de Néphrologie, CHU Liège

E-mail : catherine.gerontitis@chuliege.be

But

Pour faire face à l'augmentation de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique, la dialyse péritonéale (DP) est une technique d'épuration extra-rénale de choix. Le but de cette étude est d'étudier les facteurs associés à la survie du patient âgé débutant la DP.

Méthode

Cette étude rétrospective inclut les patients, âgés de ≥ 60 ans, incidents en DP entre 01/2000 et 01/2021 dans le registre néphrologique francophone belge. L'impact sur la survie des variables suivantes a été analysé en univarié : date d'initiation, âge, sexe, suivi pré-dialyse, initiation programmée, 6 comorbidités cardiovasculaires, 5 comorbidités autres et 4 limitations fonctionnelles. Une régression de Cox multivariée a complété ces univariées significatives. La survie a été analysée en Kaplan-Meier.

Résultats

La cohorte comporte 1.183 patients d'âge moyen 73,9 ans [60 ; 96]. La survie médiane est de 30,5 mois [0,07 ; 237]. En multivarié, l'âge avancé est un facteur défavorable à la survie tandis que l'autonomie à la marche, le suivi néphrologique pré-dialyse et l'hypertension artérielle (HTA) sont des facteurs significativement associés à une meilleure survie. La survie médiane est réduite à 18 mois pour un patient incident âgé de ≥ 85 ans (HR 4,080 [1.540-10.811]) par rapport aux patients de < 65 ans. L'autonomie à la marche double la médiane de survie (HR 0,409 [0.268-0.625]).

Conclusion

L'autonomie à la marche, le suivi pré-dialyse et l'HTA sont des facteurs modifiables favorables à la survie des patients âgés en DP. Un bilan multidisciplinaire gériatrique pré-dialyse pourrait améliorer la survie en DP.

Etude Kardia : prévalence de la fibrillation auriculaire en consultation de gériatrie (P)

Véronique LESAGE, Mayte VANDENBROUCKE, Bérengère COVENS, Sandra DE BREUCKER
Service de Gériatrie, Hôpital Erasme, ULB
E-mail : veronique.lesage@erasme.ulb.ac.be

But

La fibrillation auriculaire (FA) est une arythmie fréquente chez les sujets âgés. Elle doit être dépistée et traitée précocement pour éviter la survenue de complications, comme l'accident vasculaire cérébral. En consultation de gériatrie, la prévalence de la FA augmente de 20 à 25 % lorsqu'on utilise un appareil de dépistage connecté, tel que recommandé par la Société européenne de Cardiologie. Nous avons étudié la faisabilité et l'efficacité de dépistage de la FA par l'appareil Kardia/AliveCor® en consultation gériatrique.

Méthodes

Étude rétrospective monocentrique menée en consultation de gériatrie durant 7 mois, le test Kardia a été réalisé systématiquement. Lorsqu'une FA était détectée, un ECG de contrôle a été réalisé. Nous avons analysé la différence de prévalence de la FA entre les cas connus et ceux diagnostiqués par le Kardia et décrit les caractéristiques de ces patients.

Résultats

Le Kardia a été réalisé chez 243 sur 338 patients, soit 71,9 %. Quarante-trois (21 %) présentent une FA préalable. Le Kardia détecte 7 (3 %) FA, 31 (13 %) rythmes indéterminés et 204 (84 %) rythmes sinusaux. Une seule FA a été confirmée par l'ECG, dans le groupe FA suspectée au Kardia. Comparés au groupe sans FA (groupe contrôle), les patients en FA sont plus âgés, de sexe masculin et vivent plus souvent en institution. Ils présentent plus de comorbidités cardiovasculaires, ont un score CHA₂DS₂-VASC plus élevé et ont présenté plus d'hémorragies dans les 3 mois suivant la consultation. Ils présentent en revanche les mêmes caractéristiques gériatriques.

Conclusion

Le Kardia est un appareil connecté de dépistage de la FA qui n'a pas pu démontrer de plus-value en termes de diagnostic. Les patients en FA sont plus âgés, plus polypathologiques, mais ont les mêmes caractéristiques gériatriques que les patients sans fibrillation auriculaire. Une étude de plus grande ampleur est nécessaire pour confirmer ces résultats préliminaires.

Bilateral scalp necrosis : a late complication of giant cell arteritis (P)

Véronique LESAGE, Laetitia BEERNAERT, Thomas DELGUSTE, Sandra DE BREUCKER
Service de Gériatrie, Hôpital Erasme, ULB
E-mail : veronique.lesage@erasme.ulb.ac.be

We hereby report the case of 84 years-old man addressed to the emergency department for painful progressive loss of scalp skin patches. Anamnestic history revealed a possible diagnosis of giant cell arteritis (GCA) eight months prior to admission, including jaw claudication, weight loss and sudden unilateral vision loss. Intravenous corticoids were rapidly administered, and a complete healing of the scalp lesion was observed within 2 months. Although giant cell arteritis is a common and well-known inflammatory disease, a late diagnosis can lead to rare and debilitating complications, such as a diffuse skin necrosis.

A short and simple bedside test to detect cognitive fluctuations in patients with dementia with Lewy bodies (P)

Francisco OLIVEIRA DA ROCHA, Kurt SEGERS, Florence BENOIT, Murielle SURQUIN
CHU Brugmann
E-mail : oliveirarochafr@gmail.com

But

The establishment of cognitive fluctuations is important when dementia with Lewy bodies (DLB) is suspected, but can be especially difficult in the absence of a caregiver that lives with the patient. We examined the use of fluctuating scores on a forward (FDS) and backward digit span (BDS) test as a marker for cognitive fluctuation.

Method

Patients with DLB (21), other forms of dementia (14 with Alzheimer's disease, 8 with vascular dementia) and 20 controls were asked to perform two times a FDS and BDS with an interval of 20 minutes.

Results

Seventy percent of patients with DLB showed evidence of cognitive fluctuations for at least one test, while less than 10% of controls and patients with other dementias did. Evidence of cognitive fluctuations on at least one of both tests classified 83 % of patients correctly (i.e. DLB or not), with a sensitivity of 70% and a specificity of 90%.

Conclusions

Repeated digit span tests seem a valid, short and inexpensive bedside tool to detect cognitive fluctuations in the diagnostic work-up of DLB, even in the absence of a caregiver, which limits the use of questionnaires.

Association between malnutrition assessed by the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) criteria and mortality in older people (P)

Lea MINON¹, Dorien DE MEESTER², Neslian GÜMÜS¹, Marie CLASSENS¹

¹Hôpital Erasme, ULB, Bruxelles

²Hôpital universitaire, VUB, Bruxelles

E-mail : lea.minon@ulb.be

But

This review was aimed at gathering the evidence about the association between malnutrition according to the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) criteria and mortality in older people.

Method

This review followed 58 of the 153 items of the expanded Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guideline and Checklist 2020. A search in MEDLINE, the Cochrane Database of Systematic Reviews, and the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) database was conducted to find meta-analyses, systematic reviews, guidelines, cohort studies, cross-sectional studies, and recommendations published in the last 5 years, since the GLIM criteria were launched. Manual searches were also performed.

Results

Of the 109 references, 36 full-texts articles were eligible, and 21 met the inclusion criteria: A guideline, a scoping-review, 16 cohort studies (5 in community-dwelling, 9 in hospitalized older people, and 2 in nursing-home populations), 2 cross-sectional studies, a survey, and an editorial were found. A maximum HR=4.41 (95%CI 2.17-8.97) association with mortality in community-dwelling population and maximum OR=7.29 (95%CI 1.87-28.4) association with mortality in hospitalized older people were found.

Conclusions

The 21 full-text articles provided evidence about the strong association between malnutrition according to GLIM criteria and mortality in older people. A maximum of 4-fold higher association between malnutrition according to GLIM criteria and mortality in community-dwelling population and a 7-fold higher mortality in hospitalized older population were found. No studies assessing the feasibility of the implementation of the GLIM criteria in geriatric healthcare settings were found and they may be needed.

Analyse des facteurs pouvant influencer la mortalité et les ré-hospitalisations chez des patients souffrant d'insuffisance cardiaque (P)

Sylvia MOLARA¹, Pierre TROISFONTAINES², Emmanuelle WARZEE³

¹Service de Gériatrie, Hôpital du Bois de l'Abbaye

²Service de Cardiologie, CHR Citadelle

³Service de Gériatrie, CHR Citadelle, Liège

E-mail : sylviamolara@gmail.com

But

Analyser le profil des patients âgés de 70 ans et plus, présentant une insuffisance cardiaque, afin d'améliorer la prise en charge cardiologique et gériatrique, tant au niveau de l'éducation du patient qu'au niveau thérapeutique.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée au CHR de la Citadelle (Liège) portant sur 110 patients de plus de 70 ans, hospitalisés en Cardiologie ou en Gériatrie en 2017 ou 2018 et ayant une insuffisance cardiaque comme diagnostic principal ICD-9 (*International Classification of Disease*). Des paramètres démographiques, sociaux, biologiques, cardiologiques, gériatriques, de comorbidité et de ré-hospitalisations ont été collectés. Nous avons comparé les patients selon leur salle d'hospitalisation, leur âge et leur classe d'insuffisance cardiaque.

Résultats

Le taux de décès est de 30,9 % durant le suivi, avec une survie médiane de 26 mois après la première hospitalisation. Il se majore avec l'âge et d'autant plus si le patient est hospitalisé en Gériatrie. Nous relevons que la Revalidation cardiaque augmente la survie. L'étude des comorbidités met en évidence un antécédent de maladie cardiaque dans 60 % des cas. Sur le plan des ré-hospitalisations, 66,4 % des patients furent réhospitalisés, avec une durée médiane de 5 mois avant la première ré-hospitalisation. Le risque est majoré chez les hommes, de même que chez les insuffisants cardiaques à fraction d'éjection altérée (HFrEF).

Conclusion

Cette étude démontre l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant une insuffisance cardiaque et la nécessité d'une collaboration rapprochée entre cardiologues et gériatres.

Etude prospective de la relation entre les paramètres de marche et l'apparition d'un déclin au sein d'une population de sujets âgés robustes (P)

Laura REUL, Sophie GILLAIN

Service de Gériatrie, site N.-D. des Bruyères, CHU Liège
E-mail : lau.reul@gmail.com

Contexte

La fragilité chez la personne âgée est associée à une augmentation du risque d'événements péjoratifs. Ce travail vise donc à détecter les paramètres de marche qui prédisent un déclin anormal des performances physiques et/ou cognitives chez des personnes âgées d'apparence robuste.

Méthode

Entre février 2020 et janvier 2022 (T₅), 70 sujets ayant participé à une étude sur le risque de chute entre juillet 2014 et septembre 2015 (T₀) ont été réévalués via plusieurs échelles gériatriques, par mesure de la vitesse de marche en mode confort (VC), rapide et double tâche et par évaluation cognitive (« *Montreal Cognitive Assessment* »). Le déclin anormal des performances physiques est défini comme une diminution d'au moins 0.1 m/s en VC et le déclin cognitif anormal est fixé à une perte d'au moins 2 points au MoCA.

Résultats

26 % présentent un déclin cognitif et 64 % un déclin physique. Aucun des paramètres de marche à T₀ n'a été associé à ces résultats. En revanche, les sujets ayant décliné physiquement ou cognitivement sont significativement plus lents en VC à T₅ (-0.08 m/s avec $p = 0.03$ et -0.23 m/s avec $p = 0.0045$). Enfin, on relève une association significative entre déclin physique et cognitif ($p = 0.045$).

Conclusion

L'analyse des paramètres de marche ne prédit pas l'apparition d'un déclin anormal des performances physiques et/ou cognitives mais permet d'en identifier l'existence. Par ailleurs, l'association significative du déclin physique et cognitif anormal tend à confirmer l'existence de mécanismes communs à ces altérations.

Pourquoi choisir la gériatrie ? Une enquête auprès des médecins assistants en gériatrie belges (P)

François-Xavier SIBILLE¹, Florence POTIER¹,
Yie-Man CHONG², Camille NICOLAY³

¹CHU Namur, UCLouvain

²GZA Campous Sint-Vincentius, Antwerpen

³Hôpital Erasme, ULB

E-mail : francois-xavier.sibille@chuclouvain.be

But

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des besoins en gériatres. L'objectif de cette enquête est d'identifier chez les médecins assistants les barrières et motivations pour le choix de la spécialisation en gériatrie.

Méthode

Une enquête en ligne a été envoyée à tous les médecins assistants en gériatrie belges. Les réponses ont été analysées par des statistiques descriptives.

Résultats

Au total, 22 assistants ont répondu à l'enquête (sur un total de 65). Onze d'entre eux ont opté pour la gériatrie au cours de leur master et l'autre moitié au début de leur assistantat. Respectivement 50 % (n=11) et 77 % (n=17) ont eu une expérience en gériatrie en tant que stagiaire ou assistant. Ce sont surtout les caractéristiques du travail qui sont déterminantes pour leur choix. Le large éventail des problématiques médicales (63 %, n=14) et l'approche holistique (55 %, n=12) sont les motifs les plus fréquemment cités pour choisir la gériatrie. Les barrières le plus fréquemment citées dans les deux groupes sont la gestion des familles de patients (27 %, n=6), l'opportunité limitée de pratique privée et de consultation (n=2) et le manque de considération de la discipline par les confrères (n=2).

Conclusion

Une moitié des médecins assistants en gériatrie a déjà fait son choix de spécialisation durant le master. Cela montre l'importance de faire effectuer un stage en gériatrie à tous les futurs médecins. La gestion et la communication avec les familles est la barrière le plus fréquemment mentionnée, point qui pourrait être approfondi durant la formation.

Faut-il dépister le syndrome de renutrition inappropriée dans un centre hospitalier de revalidation ? (P)

Isabelle VANDENBOSCH, Sarah VANDENEYCKEN,
Paul LALBIN, Emilie DELBEECKE
VALISANA, Cliniques universitaires Saint-Luc, UCLouvain
E-mail : izavdb22@gmail.com

But

Évaluer l'intérêt du dépistage du syndrome de renutrition inappropriée en revalidation.

Méthode

Nous avons fait un dépistage systématique du risque de syndrome de renutrition chez tous les nouveaux patients pendant 9 semaines. Nous avons collecté les variables du score de NICE : indice de masse corporelle, degré de perte de poids, évaluation des ingestas des dix derniers jours, ionogramme, présence d'éthylisme et prise de certains médicaments. Nous avons donc pu déterminer la présence ou non d'un risque de syndrome de renutrition et nous l'avons gradé en faible, haut ou très haut risque. Secondairement, nous avons essayé de trouver un profil récurrent dans les catégories haut et très haut risque en cherchant une corrélation éventuelle avec l'âge, le sexe, le service aigu, la durée d'hospitalisation et le type d'alimentation.

Résultats

142 patients ont été dépistés à leur entrée. L'âge moyen est de 75 ans, 37 % d'hommes et 63 % de femmes. 62 patients ont été hospitalisés en réadaptation neuro-locomotrice et 80 en gériatrie. Dix provenaient du domicile et 132 d'un service médico-chirurgical, la durée moyenne d'hospitalisation préalable variait de 20 à 47 jours. 129 recevaient une alimentation per os exclusive, 8 une alimentation entérale exclusive et 5 une alimentation combinée. Les seuls facteurs étudiés plus fréquemment associés à un risque haut ou très haut de syndrome de renutrition sont le fait d'avoir une alimentation mixte ou exclusivement entérale.

Conclusion

Au vu des résultats, il semblerait suffisant de détecter dans notre centre tous les patients bénéficiant d'une alimentation entérale.

Usage des benzodiazépines chez les patients de 75 ans et plus dans un hôpital général (P)

Claire WATILLON, Maud VANDERHOFSTADT,
Amandine MOREAU, Hélène BADIN
Clinique Saint-Pierre, Ottignies
E-mail : watillon.claire@gmail.com

But

Les benzodiazépines sont des molécules déconseillées chez la personne âgée par leur rapport bénéfices/risques défavorable. Pourtant, nous constatons que leur prescription est encore largement répandue (prévalence de 14,9 % chez les Belges de plus de 65 ans). Nous souhaitons évaluer le bon usage de ces molécules au sein de notre institution et rationaliser leur utilisation.

Méthode

Étude observationnelle de la prescription de benzodiazépines à la clinique Saint-Pierre, incluant tous les patients de 75 ans et plus hospitalisés le 18/02/2022, à l'exception de ceux séjournant aux soins intensifs et en psychiatrie.

Résultats

Inclusion de 119 patients. 19 % (N=23) avaient au moins une benzodiazépine dans leur traitement dont la plus prescrite était le lorazepam (46 %, N= 12). Seulement 2 patients avaient plus d'une benzodiazépine. 35 % des benzodiazépines ont été instaurés durant l'hospitalisation (N=9) et leur indication était majoritairement notifiée : anxiété (N=2), agitation (N=2), sevrage (N=1).

Nous n'avons pas observé de différence significative en termes de prévalence de chute, confusion, démence entre les patients avec ou sans benzodiazépines (p valeurs respectives à 0,36, 0,52 et 0,47).

Conclusion

Les benzodiazépines restent des molécules largement prescrites malgré leurs effets secondaires dans notre institution et en médecine générale. Dans quelques indications, leur prescription est justifiée. Certaines molécules sont à privilégier chez les aînés comme le Lorazepam. Afin d'encadrer leur usage, nous avons développé un guide de recommandations de prescriptions appropriées pour notre établissement et insistons sur la poursuite de l'effort de déprescription à la sortie de l'hôpital auprès des médecins généralistes.

Etude de la mortalité et des facteurs pronostiques associés chez les patients de 75 ans et plus admis aux soins intensifs (P)

Robin BARE, Sandra DE BREUCKER,
Laetitia BEERNAERT
Service de Gériatrie, Hôpital Erasme,
Université libre de Bruxelles (ULB)

Introduction

Les “Very Old intensive care Patients” (VOPs) représentent 10 à 15 % des admissions dans les unités de soins intensifs (USI). La mortalité de ces patients est estimée entre 40 et 70 % et l'âge chronologique est d'ailleurs pris en compte dans les scores pronostiques utilisés aux soins intensifs. Or, l'âge chronologique ne correspond pas nécessairement à l'âge physiologique d'une personne âgée ; la fragilité, l'incapacité fonctionnelle, le delirium et le déclin cognitif pourraient être des marqueurs pronostiques encore plus importants que les comorbidités.

Méthodes

Dans l'optique d'initier une trajectoire de soins spécifique des patients gériatriques admis en USI, nous avons effectué une étude rétrospective monocentrique incluant 309 patients âgés de 75 ans et plus admis aux soins intensifs à l'Hôpital Erasme (Bruxelles) durant l'année 2018, Les patients ayant bénéficié d'un passage aux soins intensifs après une intervention programmée ont été exclus (n = 195). Nous avons analysé la mortalité à l'USI, en intra-hospitalier ainsi que à un an et les facteurs de risque associés à ces trois taux de mortalité.

Résultats

L'âge médian des VOPs était de 81 ans [78-85]. La mortalité en USI et en intra-hospitalier étaient respectivement de 26 % et 41 %, et la mortalité à un an de 59 %. Les syndromes gériatriques étaient rarement dépistés (nombreuses données manquantes).

En analyse multivariée, les facteurs influençant la mortalité en USI (n = 244, n décès = 50) étaient la présence d'un délirium (Sub Hazard Ratio (SHR) 1,98 ; IC95% [1,07- 3,68], p=0.03), la ventilation (SHR 4,77 ; IC95% [1,76-12,97], p=0.002), l'usage de morphine (SHR 4,29; IC95% [1,63-11,3], p=0.003), les drogues vaso-actives (SHR 4,61; IC95% [1,07-19,70], p=0.04), une dialyse (SHR 4,13; IC95% [1,46- 11,72], p=0.008), la durée de séjour (SHR 0,92; IC95% [0,89-0,95], p<0.001) et la présence d'une sonde vésicale (SHR 0,16; IC95% [0,03- 0,91], p=0.038).

En analyse multivariée, les facteurs influençant la mortalité intra-hospitalière (n = 277, n décès = 96) étaient le score de Charlson (SHR 1.19 ; IC95% [1.09-1.30], p <0.001), un délirium en USI (SHR 2.82 ; IC95% [1.78-4.45], p<0.001), la réanimation cardio-pulmonaire (SHR 2.27 ; IC95% [1.32-3.90], p=0.003), l'usage de morphine (SHR 4.09 ; IC95% [2.38-7.02], p<0.001), le remplissage hémodynamique (50ml/kg) (SHR 1.96 ; IC95% [1.30-2.97], p=0.001), la durée de séjour (SHR 0.95 [0.93-0.98], p=0.001) et la limitation des soins (non réanimation cardio-pulmonaire) à l'admission en USI (SHR 2.85, IC95% [1.56-5.18], p=0.001).

En analyse multivariée, les facteurs influençant la mortalité à 1 an (n = 264, n décès = 143) étaient le score de comorbidité de Charlson (HR 1.20 ; IC95% [1.11-1.29], p<0.001), la survenue d'un délirium en cours de séjour USI (HR 1.99 ; IC95% [1.37- 2.88], p<0.001), l'usage de morphine (HR 1.78 ; IC95% [1.19-2.66], p=0.005), le remplissage hémodynamique (50ml/kg) (HR 1.80 ; IC95% [1.20- 2.70], p=0.004), la durée de séjour (HR 0.97 ; IC95% [0.96-0.98], p<0.001) et la limitation des soins à la sortie de l'USI.

Conclusion

Les facteurs influençant la mortalité intra-hospitalière et la mortalité lors du séjour USI sont en relation avec la gravité de la maladie, les thérapies invasives mises en place (réanimation cardio- pulmonaire, ventilation, remplissage hémodynamique), la limitation de l'intensité des soins et l'usage de morphine. Une étude longitudinale est prévue après que les équipes de soins intensifs aient été formées au dépistage systématisé des syndromes gériatriques (projet 2022-2023).