

# Abstracts Mondelinge abstractpresentaties – ronde 1

## O1.1: Overleving van kwetsbare en niet-kwetsbare patiënten van 70 jaar en ouder na een operatie ivm colorectaalcarcinoom stadium I-III, pre-operatief gescreend met de G8

**Klaren H**<sup>1</sup>, Knol S<sup>1</sup>, Faneyte I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ziekenhuisgroep Twente (ZGT), Almelo, Nederland

### Doelstelling

De G8 wordt standaard afgenomen bij oudere patiënten met CRC voor de operatie. Het is onbekend of de G8-score geassocieerd is met de overleving na 6 maanden.

Wat is de 2-jaars overleving voor kwetsbare patiënten ( $G8 \leq 14$ ) en niet-kwetsbare patiënten ( $G8 > 14$ ) met een colorectaalcarcinoom (CRC) stadium I-III na een operatie?

Wat is de opnameduur en ontslagbestemming voor beide groepen?

### Methode

Retrospectief cohortonderzoek. Monocenter studie ZGT.

Inclusie:

- Patiënten met CRC stadium I-III
- Patiënten  $\geq 70$  jaar tijdens eerste MDO
- G8 pre-operatief
- Electieve operatie

Kaplan-Meier analyse

### Resultaten

85% van de kwetsbare patiënten kiest voor operatie versus 100% van de niet-kwetsbare patiënten.

Kwetsbare patiënten, die worden geopereerd ( $n = 117$ ) zijn significant vaker vrouw, ouder en hebben vaker klachten bij presentatie in vergelijking met niet-kwetsbaren ( $N = 85$ ).

Kwetsbare patiënten hebben een langere opname duur na de operatie in vergelijking met niet-kwetsbaren (8,9 vs 6,5 dagen,  $p < 0,001$ ) en hebben meer zorg nodig na ontslag ( $p < 0,001$ ).

De 2-jaars overleving van kwetsbare ouderen na operatie is 80% versus 93% voor de niet-kwetsbaren ( $p=0,012$ ).

### Conclusie

Het gebruik van de G8 differentieert tussen kwetsbare en niet-kwetsbare patiënten na een operatie ivm CRC wat betreft de uitkomsten van overleving, opnameduur en zorgbehoefte na ontslag.

De overleving na operatie is goed, wel moeten de kwetsbare patiënten er meer voor 'lijden', met een langere opnameduur en een grotere zorgbehoefte na ontslag, waarschijnlijk door functionele achteruitgang tijdens de opname.

Echter, in de groep kwetsbare patiënten heeft 15% geen operatie ondergaan vanwege de hoge risico's. Deze subgroep van 15% scoorde significant hoger op leeftijd en CCI en lager op de G8 in vergelijking met kwetsbare patiënten met operatie. Exclusie van deze subgroep leidt tot een relatief betere overleving van de groep 'kwetsbaren met operatie'.

## **O1.2: De effectiviteit van verschillende triggerlijsten bij het identificeren van medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames**

Singh A<sup>1</sup>, Lips N<sup>2</sup>, Weir D<sup>3</sup>, Karapinar-Carkit F<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Afdeling Klinische Farmacie, OLVG Ziekenhuis, Amsterdam, Nederland, <sup>2</sup>Afdeling Interne Geneeskunde, OLVG Ziekenhuis, Amsterdam, Nederland, <sup>3</sup>Afdeling Farmaco-epidemiologie en Klinische Farmacologie, Utrechts Instituut voor Farmaceutische Wetenschappen & Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland, <sup>4</sup>Afdeling Klinische Farmacie en Toxicologie, MUMC+ Ziekenhuis, Maastricht, Nederland

### Achtergrond

De Nederlandse polyfarmacie richtlijn adviseert het gebruik van een triggerlijst om (her)opnames t.g.v. geneesmiddelen te identificeren. Hoewel er verschillende triggerlijsten bestaan, vooral voor ouderen, blijft de effectiviteit en klinische toepasbaarheid onduidelijk. Deze studie evalueert de effectiviteit van deze lijsten bij het identificeren van medicatie-gerelateerde heropnames (MHs).

### Methode

In dit cross-sectioneel onderzoek zijn gegevens uit een eerdere studie geanalyseerd (n= 1120). Een panel bestaande uit artsen en apothekers beoordeelde retrospectief of heropnames medicatie-gerelateerd en/of vermijdbaar waren.

In de literatuur zijn vier triggerlijsten gevonden: START/STOPP-criteria (focus ligt op onder- en overbehandeling), ADR triggerlijst (triggerlijst volgens de richtlijn polyfarmacie met als focus bijwerkingen), QUADRAT lijst (focus op bijwerkingen) en de OPERAM (combinatie van oorzaken).

De triggerlijsten bevatten expliciete triggers (bijvoorbeeld diuretica + dehydratie) of impliciete triggers (generiek advies, bijvoorbeeld voorkomen geneesmiddel zonder indicatie).

De triggerlijsten zijn toegepast op de klinisch beoordeelde MHs in duplo. De primaire uitkomst was het aantal geïdentificeerde MHs per triggerlijst. De secundaire uitkomsten was het aantal triggers voor vermijdbare versus niet vermijdbare MHs en het aantal triggers voor jongere versus oudere patiënten. Descriptieve data-analyse is toegepast.

### Resultaten

Er waren 181 MHs waarvan 72 (40%) potentiaal vermijdbaar waren volgens het panel.

OPERAM identificeerde 92% van de MHs (62% expliciete en 30% impliciete triggers), terwijl QUADRAT, ADR en START-STOPP respectievelijk 76%, 51% en 7% identificeerden. De triggerlijsten identificeerden vaker niet vermijdbare heropnames en waren even effectief bij jongere patiënten en patiënten  $\geq 70$  jaar.

### Conclusie

OPERAM presteert in deze studie het beste om MHs te identificeren, maar vereist expertise vanwege de vele impliciete triggers. In de dagelijkse zorgpraktijk lijken de triggerlijsten daarom niet makkelijk toepasbaar om snel vermijdbare MHs te identificeren.

### **O1.3: De toediening van zoledroninezuur tijdens ziekenhuisopname bij oudere patiënten met een heupfractuur is veilig en haalbaar: eerste ervaring in Nederland**

Van Deudekom F<sup>1</sup>, Malgo F<sup>2</sup>, Formijne Jonkers H<sup>1</sup>, Kempen D<sup>1</sup>, de Vries K<sup>1</sup>, Willems H<sup>3</sup>, Hup R<sup>1</sup>, Vlug A<sup>4</sup>

<sup>1</sup>OLVG, Amsterdam, , <sup>2</sup>Alrijne Ziekenhuis, Leiden, , <sup>3</sup>Amsterdam UMC, Amsterdam, , <sup>4</sup>Medisch Centrum Jan van Goyen, Amsterdam,

Doel: Volgens de Nederlandse richtlijn "Osteoporose en fractuurpreventie" (Sept 2022) heeft behandeling met zoledroninezuur de voorkeur bij patiënten met een heupfractuur. Slechts 25% van de patiënten bezoekt, na deze heupfractuur, de osteoporosepoli. Daarom wordt toediening van zoledroninezuur tijdens ziekenhuisopname aanbevolen bij patiënten ouder dan 75 jaar met een heupfractuur. In OLVG ziekenhuis Amsterdam is deze toediening tijdens ziekenhuis opname sinds 2020 standaardzorg. Hierbij presenteren we onze eerste ervaringen.

Methoden: Dit betreft een mono-center, retrospectieve observationele follow-up studie en omvatte patiënten van 75 jaar en ouder met een heupfractuur die waren opgenomen op de orthogeriatrische afdeling van OLVG Ziekenhuis in Amsterdam. Zij werden tijdens opname behandeld met 5 mg zoledroninezuur intraveneus tussen juni 2020 en december 2022. Contra-indicaties voor behandeling met zoledroninezuur waren, een geschatte levensverwachting <12 maanden, creatinineklaring <35 ml/min, hypocalciëmie en hoog risico op osteonecrose van de kaak. Gedurende drie maanden van follow-up werden bijwerkingen, bezoeken aan de spoedeisende hulp, heropnames in het ziekenhuis en overlijden geregistreerd.

Resultaten: Bij 161 patiënten met een heupfractuur (gemiddelde leeftijd 86 jaar, 65% vrouw, 18% woonachtig in een verpleeghuis) werd zoledroninezuur toegediend tijdens opname en werden er geen bijwerkingen geregistreerd. Gedurende 3 maanden van follow-up bezochten 8 patiënten (5%) de eerste hulp en werden 19 patiënten (12%) opnieuw opgenomen in het ziekenhuis, waarvan 3 een nieuwe fractuur hadden (2 contralaterale heupen, 1 radius) uiteindelijk zijn er 17 patiënten (11%) overleden. Hierbij was geen verband met de toediening van zoledroninezuur

Conclusie: Deze studie toont aan dat toediening van zoledroninezuur tijdens ziekenhuisopname voor een heupfractuur een veilige en haalbare methode is om toekomstige osteoporotische fracturen bij oudere patiënten met een heupfractuur te voorkomen.

## **O1.4: Naleving van richtlijn gerichte medicamenteuze therapie bij oudere patiënten opgenomen met hartfalen**

Haverkamp M<sup>1</sup>, Raijmann R<sup>1,2</sup>, van der Meer M<sup>1</sup>, Tseng C<sup>1</sup>, Keijsers C<sup>2</sup>, Emmelot-Vonk M<sup>1</sup>, Koek H<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht, Nederland, <sup>2</sup>Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch, Nederland

### Doel

Een uitdaging in de behandeling van oudere en kwetsbare patiënten met hartfalen met een verminderde ejectiefractie (HFrEF) is hoe richtlijn gerichte medicamenteuze therapie (GDMT) toegepast moet worden. Het is bekend dat GDMT niet altijd volledig wordt nageleefd in deze populatie en redenen hiervoor blijven onduidelijk. Het doel van deze studie was om bij oudere patiënten met HFrEF te onderzoeken hoe vaak het voorschrijven van GDMT wordt nageleefd en welke redenen er zijn voor het afwijken van de richtlijn.

### Methode

Een retrospectieve cohortstudie is uitgevoerd onder patiënten van 70 jaar en ouder opgenomen met decompensatio cordis bij onderliggend HFrEF. GDMT-naleving wordt gedefinieerd als het voorschrijven van vier medicijnen bestaande uit bètablokkers, natrium-glucose-cotransporter-2 remmers, angiotensine-converterend-enzym remmers of angiotensinereceptor-nepriylsine-remmers en aldosteronreceptorantagonisten. Deze gegevens werden bij ontslag en drie maanden follow-up verzameld. Naast GDMT-naleving werden doseringen en redenen voor afwijken van de richtlijn verzameld. Verder werd GDMT-naleving vergeleken tussen specialismen (geriatrie/cardiologie) en werd onderzocht welke factoren geassocieerd waren met verminderde GDMT-naleving.

### Resultaten

De studiepopulatie bestond uit 60 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 79.5 (75.3-85.0) jaar. Bij ontslag gebruikten negen patiënten (15%) de aangeraden vier medicijnen en twee van hen gebruikten alle vier de medicijnen in de aanbevolen dosering. Het optreden van bijwerkingen of contra-indicaties waren veel voorkomende redenen voor het niet voorschrijven van GDMT-medicatie. Patiënten boven de 80 jaar gebruikten significant minder GDMT in vergelijking met jongere patiënten (26% versus 4%,  $p=0.01$ ). Er werd geen verschil gevonden tussen specialismen (13% versus 18%,  $p=0.72$ ). GDMT-naleving verbeterde na drie maanden follow-up (15% versus 28%,  $p<0.01$ ).

### Conclusie

Dit onderzoek toont een lage naleving van het voorschrijven van GDMT aan bij oudere patiënten met HFrEF, door verschillende redenen, waaronder bijwerkingen en contra-indicaties. Het naleven van GDMT moet in deze populatie geoptimaliseerd worden, waarbij sequentieel voorschrijven van de geïndiceerde medicatie gericht moet zijn op individuele patiënteigenschappen.

## **O1.5: Medicatiegebruik en kwaliteit van leven bij oudere mensen met multimorbiditeit en polyfarmacie**

**Falke C<sup>1</sup>**, Karapinar F<sup>2</sup>, Bouvy M<sup>1</sup>, Emmelot M<sup>3</sup>, Belitser S<sup>1</sup>, Boland B<sup>4</sup>, O'Mahony D<sup>5</sup>, Murphy K<sup>5</sup>, Haller M<sup>6</sup>, Salari P<sup>7</sup>, Schwenkglenks M<sup>7</sup>, Rodondi N<sup>6</sup>, Egberts T<sup>1,3</sup>, Knol W<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UU, Utrecht, Nederland, <sup>2</sup>MUMC, Maastricht, Nederland, <sup>3</sup>UMCU, Utrecht, Nederland, <sup>4</sup>UCLouvain, Leuven, België, <sup>5</sup>UCC, Cork, Ierland, <sup>6</sup>UBern, Bern, Zwitserland, <sup>7</sup>Uni Basel, Basel, Zwitserland

### **Doel:**

Geneesmiddelen verbeteren idealiter de kwaliteit van leven en/of verlengen de levensduur. Ze kunnen echter ook nadelige effecten hebben. Het doel van dit onderzoek was te evalueren of medicatiegebruik geassocieerd is met een lagere kwaliteit van leven bij oudere mensen met multimorbiditeit en polyfarmacie.

### **Methode:**

Dit dwarsdoorsnede onderzoek werd uitgevoerd met de interventiegroep van de OPERAM-studie (opgenomen patiënten  $\geq 70$  jaar). De kwaliteit van leven werd gemeten met de EuroQol-vragenlijst (EQ-5D-5L), bestaande uit een visuele analoge schaal (EQ-VAS) en een EQ-5D-indexscore. Patiënten werden ingedeeld als laag of hoog EQ-VAS en EQ-5D op basis van de mediaan. De analyse van medicatiegebruik omvatte factoren zoals hyperpolyfarmacie ( $\geq 10$  geneesmiddelen) en type geneesmiddelen, drug burden index (DBI), medicatiecomplexiteit (MRCI), de geschiktheid van medicatie (START-STOPP criteria) en therapietrouw. Multivariate logistische regressieanalyse werd gebruikt om de associatie van medicatiegebruik met EQ-VAS en EQ-5D te beoordelen.

### **Resultaten:**

955 patiënten werden geïnccludeerd (gemiddelde leeftijd 79,3 jaar, 46% vrouw, mediane EQ-VAS 60, mediane EQ-5D 0,60). Hyperpolyfarmacie (aOR 1,37; 95%CI 1,05-1,80), hoge MRCI (aOR 1,53; 95%CI 1,10-2,15) en het gebruik van antibiotica (aOR 1,64; 95%CI 1,01-2,68) waren geassocieerd met een lagere EQ-VAS. Een DBI van  $\geq 1$  (aOR 1,73; 95%CI 1,11-2,69), aanwezigheid van  $\geq 1$  START-criteria (aOR 1,96; 95%CI 1,20-3,21) en het gebruik van benzodiazepinen (aOR 2,01; 95%CI 1,22-3,35) waren geassocieerd met een lagere EQ-5D. Het gebruik van opioïden was geassocieerd met zowel een lagere EQ-5D als EQ-VAS (aOR EQ-5D: 2,10; 95%CI 1,34-3,32, EQ-VAS: 1,59; 95%CI 1,11-2,30). Vooral bij patiënten met hyperpolyfarmacie waren een hoge DBI-score en hoge MRCI-score geassocieerd met een lagere kwaliteit van leven.

### **Conclusie:**

Er was een associatie tussen bepaalde kenmerken van medicatiegebruik en lagere kwaliteit van leven. Medicatiecomplexiteit kan een aanvullend aspect zijn om te overwegen bij beoordeling van het medicatiegebruik van oudere patiënten met hyperpolyfarmacie.