

LES INHIBITEURS DE POMPE À PROTONS AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES : UNE NOUVELLE SOURCE D'IATROGÉNIE?

M Jankowiak, T Penault, C Cubertafond, I Laborie, V Hurot
Pharmacie à Usage Intérieur, Centre Hospitalier Roland Mazoin, Saint-Junien



Depuis la mise sur le marché des Inhibiteurs de Pompe à Protons (IPP) en 1987, leur consommation ne cesse d'augmenter en France.

Malgré plus de 20 ans de recul sur l'utilisation de cette famille pharmaco-thérapeutique, différentes études mettent en évidence d'éventuels risques émergents ou effets indésirables non connus à la suite d'un traitement par IPP, par exemple la survenue de pneumopathie. Ces études avaient été réalisées auprès de différentes populations (patients en ville, patients ventilés en réanimation,...).

OBJECTIFS

- **Objectif principal** : mesurer l'influence d'un traitement par IPP sur la survenue éventuelle de pneumopathie chez des sujets résidents dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- **Objectif secondaire** : évaluer si d'autres facteurs peuvent être prédictifs de la survenue de cette pneumopathie.

PATIENTS ET METHODES

- Etude observationnelle rétrospective de type «cas-témoin».

- **Critères d'inclusion** : résidents ayant fait un séjour dans un EHPAD du Centre Hospitalier de Saint-Junien en 2011

- Définition des cas : ensemble des sujets ayant eu une pneumopathie en 2011
- Définition des témoins : ensemble des sujets exempts de pneumopathie en 2011.

- **Données relevées** : à partir du dossier de soin informatisé OSIRIS® (Corwin, France)

- Socio-démographiques : nom, prénom, âge et sexe
- Médicales : évènement de pneumopathie en 2011, prise éventuelle d'IPP dans les trois mois précédant l'évènement et comorbidités des patients. Les évènements de broncho-pneumopathie ont été relevés à partir d'un croisement de chaque prescription d'antibiotiques durant l'année 2011 et de leur indication retrouvée dans le dossier médical informatique. Les antibiotiques utilisés pour cette indication étaient : amoxicilline/acide clavulanique (45%), amoxicilline (30%), cefixime et lévofloxacine (10% chacun) ou ceftriaxone (5%).

Les comorbidités étudiées ont été cotées selon l'index de Charlson modifié par Klarin [1] :

- 2 points pour antécédents de cancer et insuffisance rénale
- 1 point pour infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, démence, maladie du système, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et diabète.

Après **analyse statistique**, un modèle de régression logistique multivariée a été utilisé afin de déterminer les facteurs significativement associés à la survenue de pneumopathie.

RESULTATS

n = 116 sujets (39 hommes et 77 femmes)

Cas : n = 40 sujets – sex-ratio (h/f) = 0,43
âge moyen : 88 ans [62-104]

Témoins : n = 76 sujets – sex-ratio = 0,55
âge moyen : 87 ans [68-102]

• **Consommation d'IPP** : dans les 3 mois précédant l'évènement

- Chez les cas : 52,5%
- Chez les témoins : 26,3%.

• **Facteurs de comorbidités** : index de Charlson modifié par Klarin moyen

- Parmi les cas : 1,65 +/- 0,949
- Parmi les témoins : 1,72 +/- 0,949.

• **Analyse statistique multivariée**

- Les facteurs démographiques ne semblaient pas associés à une augmentation du risque de survenue de pneumopathie :
 - âge moyen (OR = 1,02, $p = 0,30$)
 - sexe (OR = 1,28, $p = 0,55$).
- Les trois facteurs significatifs dans cette étude étaient :
 - la notion d'une BPCO préexistante (OR = 8,56, $p = 0,007$)
 - âge supérieur à 90 ans (OR = 2,56, $p = 0,038$)
 - consommation d'IPP dans les 3 mois précédant l'évènement (OR = 3,80, $p = 0,002$).
- Un index de Charlson élevé n'était pas influent (OR = 1,79, $p = 0,45$ pour un index ≥ 3).

CONCLUSION

Dans notre étude, la prise d'IPP semble être un des facteurs favorisant la survenue de pneumopathie, mais il n'est pas le seul en jeu. Une étude du rapport bénéfice/risque doit être faite à chaque prescription, surtout chez le sujet âgé.

Bibliographie : [1] KLARIN I., WILMO A., FASTBOM J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality. *Drugs and aging*, 2005; 22 (1):69-82