

PRESCRIPTION DES INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS (IPP) PER OS



CONTEXTE

Près d'un quart de la population française (16 millions de patients) a bénéficié d'un remboursement d'une prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Proton (IPP) dont près de **4 millions en primo prescription**.

Une étude observationnelle de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) publiée en 2018 mentionne que les initiations de traitement ne suivent pas toujours les indications recommandées et que la dose n'est pas toujours adaptée¹. La HAS mentionnait dès 2009 des **prescriptions hors AMM** dans la dyspepsie et en prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les patients non à risque².

En instauration de traitement, le respect des indications, des posologies et des durées de traitement est primordial car il est démontré que la prise d'un IPP pendant plus de 8 semaines consécutives peut s'accompagner d'un **effet rebond** lié à la sécrétion d'acidité gastrique et, de ce fait, un arrêt progressif doit être réalisé^{3;4}.

Prescrits au long cours, les IPP sont responsables d'effets indésirables potentiellement graves : fracture ostéoporotique, carence en vitamine B12, hyponatrémie, hypomagnésémie, infection gastro-intestinale en particulier à *Clostridium difficile*, atteintes rénales et pneumonie^{3;4;5}.

Les interactions médicamenteuses doivent être prises en compte lors des instaurations de traitement⁶ : antifongiques azolés (itraconazole, kétoconazole, posaconazole), antirétroviraux (atazanavir, rilpivirine), contraceptifs (ulipristal), digoxine, immunosuppresseurs (méthotrexate, tacrolimus), inhibiteurs de tyrosine kinase (sauf imatinib et vandetanib), antiviraux pour VHC (lédipasvir, velpatavir), millepertuis et cyanocobalamine.



TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DOSES QUOTIDIENNES ET DES DURÉES DE TRAITEMENT DES IPP SELON LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES²

En une prise quotidienne (prise optimale : 30 min avant le petit déjeuner) sauf mention contraire

| INDICATIONS | DUREE DE TRAITEMENT | POSOLOGIE JOURNALIÈRE | | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------|
| | | ESOMEPRAZOLE | LANSOPRAZOLE | OMEPRAZOLE | PANTOPRAZOLE | RABEPRAZOLE |
| Reflux gastro-œsophagien (RGO) et œsophagite par RGO | | | | | | |
| Traitement symptomatique du RGO sans œsophagite | 4 semaines | 20 mg | 15 à 30 mg | 10 à 20 mg | 20 mg | 10 mg |
| Œsophagite par RGO : traitement curatif | 4 à 8 semaines | 40 mg | 30 mg | 20 mg (voire 40 mg formes sévères après 4 sem.) | 20 mg (voire 40 mg) | 20 mg |
| Œsophagite par RGO : traitement d'entretien / prévention des récurrences | A adapter selon le rapport bénéfice/risque et rechercher la dose minimale efficace | 20 mg | 15 mg (voire 30 mg) | 10 mg (voire 20mg) | 20 mg (voire 40 mg si récurrence) | 10 à 20 mg |
| Ulcères gastroduodénaux et éradication d'Helicobacter pylori | | | | | | |
| Ulcère duodéal sans infection à H.pylori : traitement curatif | 2 à 4 sem. : OMEPRAZOLE, LANSOPRAZOLE 4 à 8 sem. : PANTOPRAZOLE RABEPRAZOLE | | 30 mg | 20 mg (voire 40 mg) | 40 mg (voire 80 mg) | 20 mg |
| Ulcère duodéal sans infection à H.pylori : traitement préventif des récurrences | A adapter selon le rapport bénéfice/risque | | | 10 à 40 mg | | |
| Ulcère gastrique sans infection à H.pylori : traitement curatif | 4 à 8 sem. : LANSOPRAZOLE PANTOPRAZOLE 4 à 6 sem. : OMEPRAZOLE 6 à 12 sem. : RABEPRAZOLE | | 30 mg | 20 mg (voire 40 mg) | 40 mg (voire 80 mg) | 20 mg |
| Ulcère gastrique sans infection à H.pylori : traitement préventif des récurrences | A adapter selon le rapport bénéfice/risque | | | 20 à 40 mg | | |
| Ulcère gastroduodéal hémorragique en relais de la voie parentérale | 4 semaines | 40 mg | | | | |
| Syndrome de Zollinger-Ellison | Selon la durée des symptômes | 80 à 160 mg (en 2 prises) | 60 à 180 mg (en 2 prises) | 20 à 120 mg (en 2 prises à partir de 80 mg) | 80 à 160 mg (en 2 prises) | 60 à 120 mg (en 2 prises) |
| Eradication de H. pylori (quadrithérapie bismuthée) ⁷ | 10 jours | | | 40 mg (en 2 prises) | | |
| Eradication de H. pylori (quadrithérapie concomitante) ⁷ | 14 jours | 40 mg (en 2 prises) | 60 mg (en 2 prises) | 40 mg (en 2 prises) | 80 mg (en 2 prises) | 40 mg (en 2 prises) |
| Lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque* | | | | | | |
| Traitement préventif | Jusqu'à la fin du traitement par AINS | 20 mg | 15 mg | 20 mg | 20 mg | |
| Traitement curatif | 4 à 8 semaines | 20 mg | 30 mg | 20 mg | | |

* Les patients à risque sont ceux sous AINS > 65 ans ou avec ATCD d'ulcères GD compliqués et/ou autre traitement co-prescrit avec l'AINS (antiagrégants, corticoïdes, anticoagulants), AFSSAPS 2007.

Pas d'AMM dans cette indication



BONNES PRATIQUES DE PRESCRIPTION DES IPP

Sujets à risques : les patients à risque sont ceux sous AINS > 65 ans ou avec ATCD d'ulcères GD compliqués et/ou autre traitement co-prescrit avec l'AINS (antiagrégants, corticoïdes, anticoagulants).

Les IPP n'ont pas d'AMM pour soulager les manifestations extradiigestives pouvant évoquer un RGO : toux chronique, syndrome ORL, asthme ou douleurs thoraciques non cardiaques.

Devant une symptomatologie de reflux gastro œsophagien (RGO) préconiser les règles hygiéno-diététiques et l'usage d'alginates (anti-reflux) avant d'initier un traitement par IPP³. Le diagnostic de RGO doit être documenté et la prescription d'IPP ne doit pas être un test thérapeutique.

Initier un traitement par IPP en respectant les recommandations de la HAS (indication, dose et durée)².

Utiliser la dose minimale efficace : au long cours, dans une indication bien définie, proposer une diminution de dose (dose minimale suffisante pour contrôler l'apparition des symptômes).

Co-prescrire un IPP en prévention avec un antiagrégant plaquettaire ne doit pas être systématique.

Réévaluer le traitement afin de l'adapter aux durées de traitement préconisées ; ne pas le renouveler systématiquement.

Réévaluer au moins tous les 3 mois l'indication d'un traitement au long cours par IPP.

Penser à interroger le patient ou la famille au sujet de l'automédication.

Informé le patient sur la gestion de ce traitement (posologie, durée...) et les risques au long cours.

Tracer l'information donnée au patient dans le dossier médical.



BONNES PRATIQUES D'ARRÊT DES IPP

En l'absence de toute recommandation officielle, envisager un arrêt direct de l'IPP⁷ lors de l'identification d'une prescription inappropriée (indication non recommandée, durée excessive).

Au vu des risques d'effet rebond à l'arrêt du traitement^{3;4}, les précautions suivantes doivent être prises :

- **informer le patient** sur ce risque à l'arrêt du traitement ;
- **arrêter et surveiller** la réapparition des symptômes ;
- **ou diminuer progressivement** les doses lorsqu'une antériorité d'effet rebond est retrouvée dans le dossier patient⁸ ;
- **informer le médecin traitant** (par la lettre de liaison) en préconisant une surveillance de la réapparition des symptômes dans les semaines suivant l'arrêt ;
- **préconiser une prise en charge** des alternatives des symptômes occasionnels (règles hygiéno-diététiques, alginates...).

1 ANSM, Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) – Etude observationnelle à partir des données du SNDS, France, 2015, 19 décembre 2018

2 HAS, Les inhibiteurs de la pompe à proton chez l'adulte, juin 2009

3 M. Vanmeerbeek, E. Louis, Les IPP au très long cours : le problème est-il uniquement économique, 2006, Revue Médicale Liège 4 O. Reinberg, Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : peut-être pas si inoffensifs que cela, septembre, 2015, Revue Médicale Suisse

5 A. Delcher et al., Multimorbidities and Overprescription of Proton Pump Inhibitors in Older Patients, 2015

6 Thésaurus des interactions médicamenteuses – mars 2018 - ANSM

7 HAS, Traitement de l'infection par Helicobacter pylori chez l'adulte - mai 2017.

8 B. Farell et al., Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons – lignes directrices de pratiques cliniques fondées sur les données probantes, Vol.63 : Mai 2017 – Canadian Family Physician



Omedit
Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
Grand Est

SECURITE SOCIALE

**l'Assurance
Maladie**
GRAND EST



ENTRE VOUS ET NOUS

sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr), d'autres mémos consacrés au traitement par inhibiteurs de la pompe à protons **votre exercice libéral** > **mémos et fiches d'aide à la pratique** > **inhibiteurs de la pompe à protons**