

# JOURNAL D'ACTUS EN MATIÈRE DE DÉPRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

NUMÉRO 1

## Les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP), candidats pour une déprescription en consultation médicale ?

### Contexte

Les IPP sont largement utilisés en médecine de ville comme à l'hôpital. Présentant une bonne tolérance lors d'un usage à court terme, au long cours, cela peut être une autre histoire (complications infectieuses, métaboliques, etc. (1,2,3,4,5)). La déprescription d'un IPP, cela peut s'envisager... mais pas dans toutes les situations !



### Rappels des indications et durées de traitement chez l'adulte

#### Ces médicaments peuvent être utilisés dans :

- le traitement symptomatique du reflux gastro œsophagien (RGO),
- l'œsophagite par RGO,
- le traitement préventif et curatif de l'ulcère gastrique (UG) ou duodénal (UD),
- le traitement des UG ou UD associés à la prise d'Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)
- l'éradication d'*Helicobacter pylori*,
- le syndrome de Zollinger-Ellison,
- la prévention de l'UG ou de l'UD chez les patients présentant des **facteurs de risque de développer des lésions induites par les AINS\*** :

- personnes âgées de 65 ans et plus,  
**ou**
- antécédents d'UG ou d'UD,  
**ou**
- association à un antiagrégant plaquettaire, et/ou un anticoagulant, et/ou un corticoïde

#### Pour plus d'informations :

[Rapport d'évaluation des inhibiteurs de la pompe à protons \(spécialités et génériques\) de la Commission de la Transparence de la HAS](#)

[Fiche : Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons \(IPP\) de la HAS](#)

Se référer aux Résumés Caractéristiques Produits (RCP)



#### \*Co-prescription IPP/ AINS :

- IPP à la plus **faible** posologie
- IPP à arrêter en **même temps** que le traitement par AINS

L'usage d'un IPP en cas de prescription d'antiagrégant plaquettaire/anticoagulant n'est pas justifié chez les patients à faible risque de complications digestives (pas d'antécédents d'ulcères gastro-duodénaux, d'hémorragies et/ou de perforation digestive) (6).

Les durées de traitement peuvent varier selon la situation et l'indication, de manière générale, **elles se situent entre 4 et 8 semaines**. Dans certaines situations comme le syndrome de Zollinger-Ellison, un usage au long cours (à adapter au cas par cas) est justifié.

## Rappels des situations où la prescription d'un IPP n'est pas justifiée (6)

- dyspepsies sans symptômes de reflux ou sans RGO documenté
- prévention des complications des AINS chez des patients à faible risque de développer des complications
- prévention des complications des anticoagulants, antiagrégants plaquettaires chez des patients à faible risque de développer des complications
- lésions gastro-duodénales en cas de cirrhose
- pancréatite aiguë
- prophylaxie des ulcères de stress chez les patients hospitalisés en soins intensifs sans facteur de risque d'ulcère ou d'hémorragie

## Zoom sur quelques risques et effets indésirables

Des **effets d'ordres métaboliques** causés par une malabsorption, peuvent survenir avec, entre autres, un risque **d'hyponatrémie, d'hypomagnésémie, d'hypocalcémie, mais également une carence en vitamine B12**, majorant le risque fracturaire et d'anémie. La prise d'IPP expose aussi à des complications infectieuses (intestinales par *Salmonella*, *Campylobacter* et *Clostridium difficile*, pulmonaires, etc. (2,3,4,5)).

En complément, il existe des interactions médicamenteuses qui sont susceptibles de modifier des effets thérapeutiques (prenons les exemples du Clopidogrel (3,8), ou encore de la Digoxine ; pour plus d'informations consulter les RCP).

## La déprescription d'un IPP



### Peut-on proposer la déprescription à tous les patients sous IPP ?

Non, une déprescription n'est pas toujours envisageable, en cas :

- **d'œsophage de Barrett** ;
- **d'œsophagite de grade C ou D** ;
- **de prise chronique d'AINS avec des facteurs de risque de développer des complications** ;
- **de RGO symptomatique insuffisamment traité**

Dans ces situations, il conviendra de poursuivre le traitement et de le réévaluer régulièrement (2,7).

### Peut-on utiliser la même stratégie de déprescription chez tous les patients ?

Une adaptation est à encourager.

Un rebond d'acidité gastrique peut survenir lors de l'arrêt du médicament. Ce rebond serait, entre autres, fonction de la durée de son utilisation (3).

**Un arrêt progressif peut être conseillé, à adapter :**

- **à la durée de prise du médicament,**
- **au délai de survenue des symptômes à l'arrêt et de leur intensité (3).**



### Quand peut survenir ce rebond d'acidité ?

Ce phénomène peut survenir quand le médicament a été pris pendant plusieurs semaines (au moins 4 semaines sans interruption (9)). Ces effets peuvent se déclarer dans les **10 jours suivants l'arrêt** et perdurer pendant plusieurs semaines ou mois (9).



## 1. À QUEL MOMENT Y PENSER? (2,7,10,11)

- Absence d'indication / indication méconnue
- Indication inappropriée
- Patients traités pendant 1 à 2 mois pour une œsophagite de grade A ou B guérie ou un RGO et dont les symptômes ne sont plus présents



## 2. QUELS ÉLÉMENTS APPORTER DANS LA DISCUSSION AVEC LE PATIENT?

- Prévoir une durée de traitement si la situation et l'indication le permettent, et expliquer ainsi au patient lors de la primo-prescription que le traitement sera déprescrit par la suite
  - Objectif : le préparer à la démarche
- C'est une démarche positive qui vise notamment à prévenir de l'évolution défavorable de la balance bénéfices-risques (*certaines patients peuvent avoir des représentations négatives sur la démarche et avoir la sensation, à tort, que c'est un "abandon de soins" ou une "diminution de la qualité de la prise en charge"*)
- Mentionner que des symptômes transitoires (rebond d'acidité) et de courte durée peuvent survenir à l'arrêt (sur plusieurs semaines ou mois) mais que c'est un phénomène connu
- Être rassurant en proposant en adéquation à la situation une démarche progressive pour limiter le rebond d'acidité à l'arrêt
- Insister sur la possibilité de prendre un médicament en cas de besoin (traitement d'éventuels symptômes) et la possibilité de revenir à une étape précédente de la déprescription
- Formuler des conseils en matière d'hygiène de vie qui peuvent avoir un impact sur la survenue de RGO (cf boîte à ressources)
- Mentionner l'importance de suivre la survenue de signes inhabituels ou symptômes



## 3. EXEMPLES DE MÉTHODES

Aucun consensus n'existe concernant la méthode à adopter. La démarche est à mettre en place en concertation avec le patient. Une démarche progressive par l'intermédiaire d'une réduction de posologie ou d'un espacement de doses est à encourager en fonction de la durée du traitement (2,3,9,10).

### Quelques propositions faites dans la littérature (liste non exhaustive) :

Stratégie d'arrêt en 4 étapes proposée par la Revue Prescrire (12)\* :

- 1 réduction de la posologie (*de 50% par exemple*)
- 2 espacement des prises
- 3 prise d'un médicament en cas de besoin
- 4 arrêt

Stratégie d'espacement de doses si la prise de l'IPP dépasse 4 semaines proposée aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (2) :

- Semaine 1 et 2 : prise 1 jour/2
- Semaine 3 et 4 : prise 2 fois/semaine
- Semaines suivantes : arrêt

**i Des antiacides (hors IPP) peuvent être pris en cas de douleurs occasionnelles**

\*La revue ne précise pas les durées conseillées entre chaque pallier. Appliquer une durée de 2 semaines par étape peut être proposé car l'effet rebond survient en moyenne dans les 10 jours suivant l'arrêt.



## 4. QUEL SUIVI ? (2,7,13)

Le suivi est une étape importante de la déprescription. Un suivi en plusieurs temps peut être conseillé : après 4 semaines, 8 et 12 semaines (2). En cas de symptômes persistants (pendant plus de 3 jours : type brûlures d'estomac, dyspepsie, régurgitations, perte d'appétit / poids, agitation, etc.), proposer des investigations par endoscopie (7) pour rechercher notamment la présence d'*Helicobacter pylori* et réadapter la prise en charge médicamenteuse (2,13).

- [Algorithme de déprescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons \(deprecribing.org\)](#)
- [Algorithme de déprescription proposé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg \(2, voir page 100\)](#)
- [Bon usage et algorithme de déprescription des IPP \(Omédit Paca Corse\)](#)
- [Ordonnance de déprescription \(Omédit Grand Est\)](#)
- [Ordonnance de déprescription avec des informations dédiées à ce sujet](#)
- [Carte de suivi dédiée à la déprescription \(Omédit Grand Est\)](#)
- [Le Reflux Gastro Oesophagien \(SNFGE, CREGG : Jean-Christophe LETARD, Stanislas BRULEY DES VARANNES, Vianna COSTIL\)](#)

1. Sous la direction d'Olivier HANON et Claude JEANDEL. Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes âgées. Guide PAPA. 2014. Consulté le 17/06/2024.
2. Julia NEYROUD. Déprescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) non indiqués, en médecine hospitalière et libérale. Faisabilité et réussite effective à 1 mois puis à 3 mois de suivi. 2022. Consulté le 17/06/2024. [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2022/2022\\_NEYROUD\\_Julia.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_NEYROUD_Julia.pdf)
3. Gilles MACAIGNE. Effets secondaires des IPP au long cours. Post'U.2018. Consulté le 17/06/2024. [https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/2018/03/177\\_188\\_Macaigne.pdf](https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/2018/03/177_188_Macaigne.pdf)
4. Revue Prescrire. Inhibiteurs de la pompe à protons : savoir éviter des risques injustifiés, et savoir "déprescrire". Tome 41, N°450. avril 2021. Consulté le 17/06/2024.
5. Marion LASSALLE. Utilisation et sécurité des médicaments inhibiteurs de la pompe à protons : Etudes à partir du système national des données de santé (SNDS). 2022. Consulté le 17/06/2024. [https://hal.univ-lorraine.fr/SANTE\\_PUB\\_INSERM/tel-04520778v1](https://hal.univ-lorraine.fr/SANTE_PUB_INSERM/tel-04520778v1)
6. HAS. Commission de la Transparence. Rapport d'évaluation des inhibiteurs de la pompe à protons (spécialités et génériques). Direction de l'Evaluation Médicale, Économique et de Santé Publique. 2020. Consulté le 17/06/2024. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/rapport\\_reevaluation\\_ipp\\_avisdef\\_cteval493.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/rapport_reevaluation_ipp_avisdef_cteval493.pdf)
7. HAS. Fiche : Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).2022. Consulté le 17/06/2024. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/fiche\\_bum\\_bon\\_usage\\_des\\_inhibiteurs\\_de\\_la\\_pompe\\_a\\_protons\\_ipp.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/fiche_bum_bon_usage_des_inhibiteurs_de_la_pompe_a_protons_ipp.pdf)
8. Revue Prescrire. Clopidogrel + inhibiteur de la pompe à protons : mortalité plus grande. Tome 41.N°456. octobre 2021. Consulté le 17/06/2024.
9. Claire BORDILLON. Rebond d'acidité gastrique à l'arrêt des inhibiteurs de la pompe à protons : revue systématique de littérature. Médecine humaine et pathologie.2022.Consulté le 17/06/2024. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03842237>
- 10.L ROULET. Hôpitaux du nord vaudois et de la broye.IPP-Bénéfices et risques. 2020.Consulté le 17/06/2024. [https://www.phnvb.ch/upload/docs/application/pdf/2020-08/synthese\\_ipp\\_forces\\_faiblesses.pdf](https://www.phnvb.ch/upload/docs/application/pdf/2020-08/synthese_ipp_forces_faiblesses.pdf)
- 11.Omédit Paca Corse. Bon usage et algorithme de déprescription des IPP.2022. Consulté le 17/06/2024. <https://www.omeditpacacorse.fr/wp-content/uploads/2022/07/Bon-usage-et-algorithme-de-déprescription-IPP.pdf>
- 12.Revue Prescrire. Arrêt d'un traitement par inhibiteur de la pompe à protons. Quelques repères pour proposer une diminution contrôlée des doses. Tome 42, N°464. juin 2022.Consulté le 17/06/2024.
- 13.Barbara FARRELL.Kevin POTTIE.Wade THOMPSON. Taline BOGHOSSIAN. Lisa PIZZOLA. Farah Joy RASHID.Carlos ROJAS- FERNANDEZ.Kate WALSH Vivian WELCH.Paul MOAYYEDI.Décrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. Canadian Family Physician. Le médecin de famille canadien. Vol 63. 2017. Consulté le 17/06/2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5429066/pdf/063e253.pdf>
- 14.Yu-Xiao YANG. James D.LEWIS. Solomon EPSTEIN et Al. Long-term Proton Pump Inhibitor Therapy and Risk of Hip Fracture. JAMA, Network.2006. Consulté le 17/06/2024. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/204783>
- 15.Cara TANNENBAUM et l'Institut universitaire de gérontologie de Montréal. Un danger vous guette soyez vigilant !. 2014.Consulté le 17/06/2024. [deprescribing.org/wp-content/uploads/2016/08/IPP\\_Fr.pdf](https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Fr.pdf)
- 16.Stewart MEARNS. Angus THOMPSON. The Deprescribing Project Advisory Group.David DUNBAIN. Primary Health Tasmania. A guide to desprescribing proton pump inhibitors (PPIs). 2022. Consulté le 17/06/2024. <https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2023/03/A-guide-to-deprescribing-proton-pump-inhibitors.pdf>
- 17.Revue Prescrire. Arrêter un traitement par oméprazole ou un autre IPP. Infos patients. décembre 2022. Consulté le 17/06/2024.