



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** (*certain 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 palier. 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 \(deprecibing.org\)](#)
- [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
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
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_INSERTM/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
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
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
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-deprescription-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. Déprescrire 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 gériatrie de Montréal. Un danger vous guette soyez vigilant !. 2014. Consulté le 17/06/2024. deprecibing.org/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Fr.pdf
16. Stewart MEARN. Angus THOMPSON. The Deprescribing Project Advisory Group. David DUNBABIN. Primary Health Tasmania. A guide to deprescribing 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.

Nous remercions le Dr Pascal MEYVAERT, le Pr Bruno MICHEL, le Dr Raoul SANTUCCI, qui ont contribué à ces supports dédiés à la déprescription d'un IPP (journal d'actus, ordonnance de déprescription et vidéo modélisant une consultation de déprescription).