

# LES IPP PER OS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

## FICHE DE BONNE PRATIQUE & BON USAGE

### Commission Gériatrie

Mise à jour : Octobre 2022

Validation Comité stratégique : Juin 2016

### CONTEXTE

- Les inhibiteurs de la pompe à protons font l'objet d'un usage massif chez la personne âgée, ils sont retrouvés chez 46 % des plus de 65 ans<sup>1</sup>.
- Les IPP au long cours, qui concernent 30 à 70 % des utilisateurs dans la population gériatrique<sup>2, 3, 4</sup>, sont responsables d'effets indésirables potentiellement graves : fracture ostéoporotique, carence en vitamine B12, hyponatrémie, hypomagnésémie, infection gastro-intestinale en particulier à *Clostridium difficile*, néphropathies et cancers gastriques<sup>5,6</sup>.
- Les interactions médicamenteuses doivent être prises en compte chez un sujet polymédiqué<sup>5,7</sup> (ex : avec le clopidogrel, citalopram, le diazepam, la digoxine, des antifongiques azolés, ibrutinib, pazopanib, vitamine B12 (cyanocobalamine)...) )
- La prise d'IPP en automédication peut aussi être source d'effet indésirable et de mésusage.

### INDICATIONS RECOMMANDÉES DES IPP<sup>6,8</sup> ET DOSES QUOTIDIENNES

Reflux gastro-œsophagien (RGO) et œsophagite par reflux						
En pratique courante, une endoscopie n'est pas systématiquement justifiée ni réalisée. En l'absence d'endoscopie, il est recommandé d'instaurer un traitement par IPP à pleine dose, pour une durée maximale de 4 semaines. <b>La durée maximale ou date de fin de traitement est à inscrire sur la prescription initiale. En l'absence de symptômes, ne pas renouveler le traitement. Si la poursuite est justifiée, la dose minimale efficace doit être recherchée.</b> Si une endoscopie est réalisée, la prise en charge dépend de la gravité de l'œsophagite : - <b>Grade A et B</b> : un traitement symptomatique du RGO est proposé (cf. RGO objectif SANS œsophagite avec symptômes fréquents), - <b>Grade C et D</b> : prise en charge d'une œsophagite pendant 8 semaines poursuivie d'un traitement au long cours par IPP à dose minimale efficace.						
	Durée du traitement	Pantoprazole	Lanzoprazole	Oméprazole	Esoméprazole	Rabéprazole
RGO objectif SANS œsophagite avec symptômes fréquents (≥ 1 fois/semaine)	4 semaines Si récides : IPP à la demande ou en continue à la plus petite dose minimale efficace	20 mg/j	15 mg/j 30 mg/j si réponse insuffisante	10 mg/j 20 mg/j si réponse insuffisante	20 mg/j	10 mg/j
RGO objectif AVEC œsophagite	4 à 8 semaines puis recherche de la dose minimale efficace	20 mg/j 40 mg/j si absence de réponse à un autre traitement	30 mg/jour	20 mg/j 40 mg/j si résistance après 4 semaines	40 mg/j	20 mg/j
Ulcère gastrique et duodénal						
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS	Jusqu'à la fin du traitement par AINS	20 mg/j	15 mg/j 30 mg/j si échec	20 mg/j	20 mg/j	
Traitement des lésions dues aux AINS	4 à 8 semaines		30 mg/jour	20 mg/j	20 mg/j	
Traitement de l'ulcère gastrique évolutif sans infection à <i>H. pylori</i>	4 à 8 semaines	40 mg/j	30 mg/j	20 mg/j		20 mg/j 6 à 12 semaines
Traitement de l'ulcère duodénal évolutif sans infection à <i>H. pylori</i>	2 à 4 semaines	40 mg/j 4 à 8 semaines	30 mg/j	20 mg/j		20 mg/j 4 à 8 semaines
Traitement d'entretien de l'ulcère duodénal	au long cours		Dose minimale efficace*	Dose minimale efficace*		
Eradication d' <i>Helicobacter pylori</i> , en association à l'antibiothérapie	10 jours, 14 jours en traitement probabiliste de 1ère intention	40 mg matin et soir	30 mg matin et soir	20 mg matin et soir	20 mg matin et soir	20 mg matin et soir
Syndrome de Zollinger-Ellison	Selon les besoins cliniques	80 mg/j	60 mg/j	60 mg/j	80 mg/j	60 mg/j

Pour un RGO SANS œsophagite avec symptômes espacés, les IPP peuvent être utilisés à la demande, en demi-dose.

La prescription d'IPP nécessite une preuve endoscopique pour toutes les indications sauf en prévention des lésions induites par les AINS<sup>6</sup>.

Aucun IPP n'est écrasable, mais certaines formes galéniques permettent une adaptation en cas de troubles de la déglutition<sup>9</sup> :

- comprimé pouvant être dissout exclusivement dans l'EAU, sans écraser : Inexium®
- gélule pouvant être ouverte et vidée dans l'eau, sans écraser les granules : Esoméprazole générique, Ogast®, Mopral®

\*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).

- Pour une même indication il y a une **bioéquivalence** entre les DCI (même efficacité et même tolérance d'une DCI à l'autre)  
-> s'assurer de la correspondance de dose entre les différents IPP :

<b>Pantoprazole</b> (Eupantol®, Inipomp®, Ipraalox®, génériques)	20 mg	40 mg	Demi-dose
<b>Lansoprazole</b> (Lanzor®, Ogast®, Ogastoro®, génériques)	15 mg	30 mg	
<b>Oméprazole</b> (Mopral®, Zoltum®, génériques)	10 mg	20 mg	Dose standard (= pleine dose)
<b>Esoméprazole</b> (Inexium®, Nexium control®, génériques)	Non disponible par voie orale	20 mg	
<b>Rabéprazole</b> (Pariet®, génériques)	10 mg	20 mg	Double/triple/quadruple dose
			Spécialité ne disposant pas de l'AMM pour cette indication

## BONNES PRATIQUES DE PRESCRIPTION DES IPP

*Rappel* : les AINS sont potentiellement inappropriés chez la personne âgée, leur pertinence doit donc être réévaluer en permanence<sup>10</sup>. L'**arrêt des AINS doit être concomitant à l'arrêt des IPP**, sauf si une indication justifie leur maintien.

- L'initiation d'un traitement par IPP doit respecter les recommandations de l'HAS (indication, dose et durée)<sup>6</sup>.
- Devant une symptomatologie de reflux gastro œsophagien (RGO) préconiser les règles hygiéno-diététiques et l'usage d'alginates (anti-reflux) **avant d'initier (ou poursuivre) un traitement par IPP**<sup>6</sup>.
- La **co-prescription** préventive d'antiagrégant plaquettaire et d'IPP **ne doit pas être systématique**.
  - Elle est envisageable chez les patients âgés : ayant des antécédents documentés récemment d'ulcère gastroduodéal, ou traités par AINS ou AVK ou corticoïde<sup>11</sup>.
- **Ne pas renouveler systématiquement** un traitement par IPP.
- **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.
- Informer le patient sur la gestion de ce traitement et les risques au long cours<sup>12</sup>.
- L'information donnée au patient doit être tracée dans le dossier patient.

## BONNES PRATIQUES D'ARRÊT DES IPP<sup>13</sup>

- Lors de l'initiation du traitement, prévoir et mentionner à l'écrit la **durée maximale** ou la **date de fin de traitement**. Par la suite, lors de l'identification d'une prescription inappropriée (indication non recommandée, durée excessive), envisager un arrêt de l'IPP<sup>14</sup>
- Informer le patient<sup>12</sup> sur l'intérêt d'arrêter son IPP et du possible effet rebond secondaire à l'arrêt des IPP.
- Proposer au patient **l'arrêt complet** de l'IPP ou bien une stratégie progressive :
  - **Réduction des doses quotidiennes** avant un arrêt définitif ;
  - Passage à une posologie **d'une prise tous les deux jours** avant arrêt définitif ;
  - Arrêt de l'IPP et utilisation de **demi-dose « à la demande »** jusqu'à disparition des symptômes ;
- **Préconiser une prise en charge des alternatives** des symptômes occasionnels (règles hygiéno-diététiques, alginates (anti-reflux)...) )

## NON INDICATION DES IPP<sup>6</sup> CHEZ LA PERSONNE AGÉE

De nombreuses prescriptions d'IPP sont injustifiées, notamment dans :

- la **dyspepsie fonctionnelle** en l'absence de RGO associés, devant être pris en charge par des mesures non pharmacologiques (actions sur les facteurs de risque tel que le tabac, l'alcool, le surpoids...)
- le soulagement des manifestations extradiigestives isolées **sans RGO documenté** (toux chronique sans étiologie, asthme),
- la prévention des saignements digestifs au cours d'un traitement par **antiagrégant ou anticoagulant sans facteur de risque**.

*Recommandations SFGG 2015* : ce qui doit **être évité ou proscrit** (rapport bénéfice-risque faible) : maintien et reconduction d'un traitement par IPP chez la personne âgée prescrit :

- ✓ sans preuve endoscopique,
- ✓ pour un ulcère gastro-duodéal documenté il y a plusieurs années,
- ✓ pour la prévention des lésions par antiagrégant plaquettaire sans facteur de risque et sans recherche d'infection à *H. pylori*<sup>11</sup>.

## SOURCES DOCUMENTAIRES

1. Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) Étude observationnelle à partir des données du SNDS – décembre 2018 – ANSM
  2. Schonheit C, Le Petitcorps H, Pautas É. Appropriate proton pump inhibitors use in elderly outpatients according to recommendations. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2016
  3. Thorel J, McCambridge C, Piau A, Secher M, Magre É, Montastruc J-L, et al. [Proton pump inhibitors: Real indication or trivialized prescription?]. *Therapie*. 2016
  4. Seite F, Delelis-Fanien A-S, Valero, Ingrand P, et al. Compliance with guidelines for proton pump inhibitor prescriptions in a department of geriatrics. *J Am Geriatr Soc*. 2009
  5. Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : indices d'effet indésirables rares mais potentiellement graves – mai 2022 – CBIP
  6. Rapport d'évaluation des inhibiteurs de la pompe à protons (spécialités et génériques) – septembre 2020 – HAS
  7. Thesaurus des interactions médicamenteuses – septembre 2016 – ANSM
  8. Traitement guidé de l'infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte/ Traitement probabiliste de l'infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte – juillet 2021 - HAS
  9. Liste des médicaments écrasables – mise à jour de Mai 2022 – OMÉDIT Normandie
  10. P.O. Lang, B. Boland, Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française, 2015,
  11. Guide Prescriptions médicamenteuses Adaptée à la Personne Agée – 2015 – Société française de gériatrie et gérontologie
  12. Des fiches d'information-patient sur l'initiation ou l'arrêt d'un IPP, présent dans ce kit, sont disponibles en libre accès sur [www.omedit-centre.fr](http://www.omedit-centre.fr)
  13. B.Farell et al., Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons – lignes directrices de pratiques cliniques fondées sur les données probantes Mai 2017 – Canadian Family Physician
  14. Une fiche de bonne pratique et bon usage pour aider à réévaluer et arrêter les IPP est disponible en libre accès sur [www.omedit-centre.fr](http://www.omedit-centre.fr)
  15. Formation OPPA : Optimisation de la prise en charge médicamenteuse par inhibiteurs de la pompe à protons chez la personne âgée – 2022 – OMÉDITs Bretagne\_Normandie\_HautdeFrance.
- Pour toute informations complémentaires voir sur [www.omedit-centre.fr](http://www.omedit-centre.fr) : la présentation du Dr Eudo « **Les IPP chez le sujet âgé : des médicaments pas si anodins** » (15<sup>ème</sup> journée plénière OMÉDIT Centre VdL du 17 novembre 2016).

\* Les termes employés ont été choisis par la Commission Gériatrie afin de favoriser la juste prescription des IPP.