

LES IPP *PER OS* CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

FICHE DE BONNE PRATIQUE & BON USAGE

Commission Gériatrie

Mise à jour : Mai 2017

Validation Comité stratégique : Juin 2016

CONTEXTE

- Les excès de prescriptions des Inhibiteurs de la Pompe à Proton (IPP) dans la population gériatrique sont estimés entre 25% et 86% selon les études^{1;2;3}.
- Les IPP au long cours 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^{1;4;6}.
- L'arrêt d'un traitement par IPP donné plus de 8 semaines consécutives peut s'accompagner d'un **effet rebond** lié à la sécrétion d'acidité gastrique : il nécessite un arrêt progressif^{4;6}.
- Les interactions médicamenteuses doivent être prises en compte chez un sujet polymédiqué¹⁰ (ex : avec le clopidogrel, citalopram, la digoxine, des antifongiques azolés, ibrutinib, pazopanib, vitamine B12 (cyanocobalamine)...)
- La prise d'IPP en automédication peut aussi être source d'effet indésirable.

INDICATIONS RECOMMANDÉES DES IPP⁵ ET DOSES QUOTIDIENNES

	Durée du traitement	Pantoprazole	Lansoprazole	Oméprazole	Esomeprazole	Rabéprazole
Reflux gastro-œsophagien (RGO) et œsophagite par reflux						
Traitement symptomatique du reflux gastroœsophagien <u>sans</u> œsophagite	4 semaines, puis éventuellement traitement d'entretien (à long terme, si rechute fréquente ou précoce)	Dose standard	Dose standard Dose forte si réponse insuffisante	Dose standard Dose forte si réponse insuffisante	Dose standard	Dose standard
Cicatrisation de l'œsophagite par RGO	4 semaines à 8 semaines (si sévère)	Dose forte Dose standard en cas d'œsophagite légère	Dose forte	Dose forte Double dose en cas d'œsophagite sévère résistante après 4 semaines	Dose forte	Dose forte
Prévention des récurrences d'œsophagite par RGO	au long cours	Dose forte	Dose minimale efficace**	Dose minimale efficace**	Dose standard	Dose minimale efficace**
Lésions gastroduodénales dues aux AINS						
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risques*	Jusqu'à la fin du traitement par AINS	Dose standard	Dose standard	Dose standard	Dose standard	
Traitement des lésions dues aux AINS	4 à 8 semaines		Dose forte	Dose forte	Dose standard	
Ulcère gastrique et duodénal						
Eradication d' <i>Helicobacter pylori</i> (non compliquée), en association à l'antibiothérapie	7 jours	Dose forte x 2	Dose forte x 2	Dose forte x 2	Dose standard x 2	Dose forte x 2
Eradication d' <i>Helicobacter pylori</i> compliquée**, en association à l'antibiothérapie	3 à 7 semaines (selon les symptômes)	Dose forte	Dose forte	Dose forte	Dose forte	Dose forte
Traitement de l'ulcère gastrique évolutif sans infection à <i>H. pylori</i>	4 à 8 semaines	Dose forte	Dose forte	Dose forte 4 à 6 semaines		Dose forte 6 à 12 semaines
Traitement de l'ulcère duodénal évolutif sans infection à <i>H. pylori</i>	4 semaines	Dose forte	Dose forte 2 semaines si cicatrisation complète	Dose forte		Dose forte 4 à 8 semaines
Traitement d'entretien de l'ulcère duodénal	au long cours			Dose minimale efficace**		
Syndrome de Zollinger-Ellison	Selon les besoins cliniques	Dose forte x 2	Dose forte	Dose forte x3 en 1 prise	Dose forte x 2	Dose forte x3 en 1 prise

** Eradication *H. pylori* compliquée = avec un ulcère duodénal compliqué d'une hémorragie ou perforation ; ou associé à un traitement par AINS, corticoïdes ou antiagrégant ; ou avec un ulcère gastrique.

- **Correspondance de dose entre IPP :**

Pantoprazole (Eupantol®, Inipomp®, Pantozol Control®, génériques)	20 mg	40 mg		Dose standard* (= 1/2 dose)
Lansoprazole (Lanzor®, Ogast®, Ogastoro®, génériques)	15 mg	30 mg		Dose forte* (= pleine dose)
Oméprazole (Mopral®, Zoltum®, génériques)	10 mg	20 mg		Spécialité ne disposant pas de l'AMM pour cette indication
Esomeprazole (Inexium®, génériques)	20 mg	40 mg		
Rabéprazole (Pariet®, génériques)	10 mg	20 mg		

- 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.

BONNES PRATIQUES DE PRESCRIPTION DES IPP

Sujets à risques = patients sous AINS de plus de 65 ans, ou ayant des antécédents d'ulcère gastroduodéal, ou traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant ou corticoïde.(HAS)

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*.
- L'initiation d'un traitement par IPP doit respecter les recommandations de l'HAS (indication, dose et durée)⁵.
- 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 IPP⁶.
- 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).
- La coprescription préventive d'antiagrégant plaquettaire et d'IPP **ne doit pas être systématique**.
- 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 cours⁸.
- L'information donnée au patient doit être tracée dans le dossier patient.

BONNES PRATIQUES D'ARRÊT (DEPRESCRIPTION) DES IPP

- En l'absence de toute recommandation officielle, lors de l'identification d'une prescription inappropriée (indication non recommandée, durée excessive), envisager un arrêt direct de l'IPP⁹.
- Au vu des risques d'effet rebond à l'arrêt du traitement^{4,6}, les précautions suivantes doivent être prises :
 - **informer le patient** sur ce risque à l'arrêt du traitement⁸ ;
 - arrêter (déprescrire) et surveiller la réapparition des symptômes ou diminuer progressivement les doses lorsqu'une antériorité d'effet rebond est retrouvée dans le dossier patient⁹ ;
 - **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 (anti-reflux)...)

NON INDICATION DES IPP⁵ CHEZ LA PERSONNE AGÉE

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

- le dyspepsie fonctionnelle en l'absence de RGO associés,
- 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.

SOURCES DOCUMENTAIRES

1. A. Delcher et al, Multimorbidities and Overprescription of Proton Pump Inhibitors in Older Patients, 2015
 2. R. Nawabzad, P. Friocourt, Prescription inappropriée en gériatrie, faisabilité et utilité d'une démarche d'optimisation structure, juin 2015, La Revue de Gériatrie
 3. Overprescribing proton pump inhibitors. Is expensive and not evidence based, janvier 2008, BMJ
 4. O. Reinberg, Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : peut-être pas si inoffensifs que cela, septembre 2015, Revue Médicale Suisse
 5. HAS, Les inhibiteurs de la pompe à proton chez l'adulte, juin 2009
 6. M. Vanmeerbeek, E. Louis, Les IPP au très long cours : le problème est-il uniquement économique, 2006, Revue Médicale Liège
 7. Guide « Prescriptions Médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées » SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie)
 8. Des fiches d'information-patient sur l'initiation ou l'arrêt d'un IPP, sont disponibles en libre accès sur www.omedit-centre.fr
 9. 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*
 10. Thesaurus des interactions médicamenteuses – septembre 2016 - ANSM
- Pour toute informations complémentaires voir sur www.omedit-centre.fr : la présentation du Dr Eudo « **Les IPP chez le sujet âgé : des médicaments pas si anodins** » (15^{ème} 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.

**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).