



LES INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS (IPP)

1 Question n° 1

Tous les IPP sont indiqués dans le traitement du reflux gastro-œsophagien et de l'œsophagite.

A. VRAI

B. FAUX

1 Question n° 1

Tous les IPP sont indiqués dans le traitement du reflux gastro-œsophagien et de l'œsophagite.

A. VRAI

B. FAUX

Les autres principales indications AMM des IPP sont :

- **Prévention et traitement des lésions dues aux AINS chez les patients à risque** (> 65 ans, antécédents d'ulcère, AAG, anticoagulant et/ou corticoïdes)
- **Syndrome de Zollinger-Ellinson**
- **Eradication d'Helicobacter pylori**

Fiche mémo Réévaluation de la prise d'IPP chez la personne âgée

➤ **Intégration d'un traitement au long cours d'IPP chez la personne âgée**

- ☐ fracture ostéoporotique
- ☐ infections pulmonaires et digestives
- ☐ hyponatrémie
- ☐ hypomagnésémie (convulsion, arythmie)
- ☐ carence en vitamine B12
- ☐ néphrite interstitielle

➔ IPP au long cours chez les sujets > 85 ans : sur risque de démente et d'insuffisance rénale

➤ **Réévaluation**

➔ Réévaluation sur preuve endoscopique avec recherche d'Helicobacter pylori de l'indication d'un traitement au long cours de la prévention des récurrences d'œsophagite ou d'ulcère gastroduodénal (5)

- ☑ Effectuer une fenêtre thérapeutique accompagnée de règles hygiéno-diététiques
- ☐ Eviter alcool, café, thé, aliments épicés ou acides, boisson gazeuse
- ☐ Repas et boisson chaude avant le coucher recommandés
- ☐ Arrêter le tabac
- ☐ Diminuer une surcharge pondérale
- ☐ Port de vêtement non serré à la taille
- ☐ Eviter de s'allonger immédiatement après les repas
- ☑ Gérer les symptômes occasionnels avec un antacide, alginate
- ☑ Arrêt progressif d'un traitement par IPP de plus de 8 semaines (risque de rebond) (1)

➤ **Indications**

Indications AMM	Situations HORS AMM non justifiées
<ul style="list-style-type: none"> RGO et œsophagite par reflux Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risque (> 65 ans ou antécédent d'ulcère gastroduodénal ou traitement par anticoagulant, AAP ou corticoïde) Traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS Ulcère gastrique et duodénal avec ou sans infection à Helicobacter pylori. Eradication Helicobacter pylori en association avec une antibiothérapie dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale Syndrome de Zollinger-Ellison Prévention des récurrences d'œsophagite par RGO Uniquement pour l'oméprazole, prévention des récurrences d'ulcère duodénal sans infection par Helicobacter pylori ou prise d'AINS 	<ul style="list-style-type: none"> Dyspepsie en l'absence de RGO prolongé ou fréquent (Dyspepsie fonctionnelle) Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez des patients non à risque (< 65 ans + sans anticoagulant ou AAP ou corticoïde) en l'absence d'infection à Helicobacter pylori. Prévention des lésions gastroduodénales chez des patients non à risque sous AAP dont aspirine à faible dose en l'absence d'infection à Helicobacter pylori. Prévention des lésions gastroduodénales chez des patients non à risque sous corticoïdes en l'absence d'infection à Helicobacter pylori. IPP pour les douleurs thoraciques non documentée ou pour l'asthme ou une toux ou symptômes ORL (tests thérapeutiques)

ATTENTION!

➤ **Interactions médicamenteuses (source théaurus ANSM 2019)**

concentration	concentration
<ul style="list-style-type: none"> • Méthotrexate • Tacrolimus • Digoxine • Phénytoïne • Citalopram, imipramine, clomipramine • Antivitamine K 	<ul style="list-style-type: none"> • Clopidogrel • Mycophénolate mofétil • Atazanavir, nelfinavir, rilpivirine (contre-indication) • Antifongiques azolés • Inhibiteur des tyrosines kinases sauf imatinib et vandétanib

➤ **Surveillance d'un traitement au long cours d'IPP chez la personne âgée**

➔ Dosage vitamine B12, natrémie, magnésémie, fonctions rénale et cognitive, surveillance fracture, pneumopathie, colonisation à C. difficile

2 Question n° 2

Concernant *Helicobacter pylori*, quel traitement probabiliste de 1^{ère} ligne est indiqué pour son éradication ?

- A. PYLERA® (bismuth, tétracycline, métronidazole) + oméprazole, pendant 14 jours
- B. PYLERA® + oméprazole, pendant 10 jours
- C. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 7 jours
- D. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 21 jours

2 Question n° 2

Concernant *Helicobacter pylori*, quel traitement probabiliste de 1^{ère} ligne est indiqué pour son éradication ?

A. PYLERA® (bismuth, tétracycline, métronidazole) + oméprazole, pendant 14 jours

B. PYLERA® + oméprazole, pendant 10 jours

C. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 7 jours

D. Amoxicilline + clarithromycine + métronidazole + IPP, pendant 21 jours

2 Question n° 2

Traitement probabiliste recommandé :

- Quadrithérapie « concomitante » = IPP, amoxicilline, clarithromycine et métronidazole, 14 jours
- Quadrithérapie « avec bismuth » = oméprazole, sel de bismuth, tétracycline et métronidazole (PYLERA®), 10 jours
(HAS 2017)

3 Question n° 3

En 2015, $\frac{1}{4}$ de la population française a consommé des IPP.

A. VRAI

B. FAUX

3 Question n° 3

En 2015, $\frac{1}{4}$ de la population française a consommé des IPP.

A. VRAI

B. FAUX

Cela représentait près de **16 millions de patients** en 2015.

A noter que 10% des patients de plus de 65 ans traités par IPP ont eu **un traitement au long cours (> 6 mois)**

(ANSM 2017)

4 Question n° 4

Parmi les effets indésirables (EI) suivants, lesquels sont attribuables aux IPP pris au long cours ?

- A. Infections digestives à *Clostridium*
- B. Pneumonies
- C. Fractures osseuses
- D. Hyponatrémie, troubles cognitifs
- E. Tous les EI suscités

4 Question n° 4

Parmi les effets indésirables (EI) suivants, lesquels sont attribuables aux IPP pris au long cours ?

- A. Infections digestives à *Clostridium*
- B. Pneumonies
- C. Fractures osseuses
- D. Hyponatrémie, troubles cognitifs

E. Tous les EI suscités

Le bénéfice-risque de tout traitement par IPP doit être considéré à l'introduction et être évalué régulièrement au cours du suivi.

5 Question n° 5

Les prescriptions dans l'indication « Prévention des lésions dues aux AINS » sont justifiées dans 80% des cas.

A. VRAI

B. FAUX

5 Question n° 5

Les prescriptions dans l'indication « Prévention des lésions dues aux AINS » sont justifiées dans 80% des cas.

A. VRAI

B. FAUX

5 Question n° 5

En 2015, plus de la moitié des utilisateurs incidents d'âge adulte initiaient un IPP en prévention ou traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS.

→ **Dans 80% des cas, aucun facteur de risque justifiant l'utilisation systématique d'un IPP en association avec un AINS**

(âge supérieur à 65 ans, ou traitement concomitant par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, ou corticoïde à usage systémique)

(ANSM 2017)

6 Question n° 6

Pour 1 prescription sur 3, l'indication n'est pas clairement définie.

A. VRAI

B. FAUX

6 Question n° 6

Pour 1 prescription sur 3, l'indication n'est pas clairement définie.

A. VRAI : Lorsque l'indication n'est pas claire, les risques d'EI peuvent surpasser les bénéfices potentiels = PERTINENCE

B. FAUX



**IPP indiqué et
correctement prescrit**

= bénéfice > risques



**Prescription
inappropriée**

**= absence de bénéfice +
risque de survenue d'EI
INDICATION A LA
DEPRESCRIPTION**

7 Question n° 7

Pour déprescrire un traitement par IPP non pertinent, il est recommandé de diminuer progressivement les doses.

A. VRAI

B. FAUX

7 Question n° 7

Pour déprescrire un traitement par IPP non pertinent, il est recommandé de diminuer progressivement les doses.

A. VRAI

B. FAUX

Aucune donnée n'indique qu'une approche de réduction des doses est supérieure à une autre (arrêt brutal).

→ Le médecin choisit la stratégie la plus adaptée en lien avec le patient.