

Étiologie d'un traitement au long cours d'IPP chez la personne âgée



- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> fracture ostéoporotique | <input checked="" type="checkbox"/> hypomagnésémie (convulsion, arythmie) |
| <input checked="" type="checkbox"/> infections pulmonaires et digestives | <input checked="" type="checkbox"/> carence en vitamine B12 |
| <input checked="" type="checkbox"/> hyponatrémie | <input checked="" type="checkbox"/> néphrite interstitielle |

→ IPP au long cours chez les sujets > 85 ans : sur risque de démence 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
- Éviter alcool, café, thé, aliments épicés ou acides, boisson gazeuse
- Repas et boisson chaude avant le coucher recommandés
- Arrêter le tabac (recommandation conditionnelle, faible niveau de preuve)
- Diminuer une surcharge pondérale
- Port de vêtement non serré à la taille
- Éviter de s'allonger immédiatement après le repas
- Gérer les symptômes occasionnels avec un antiacide, alginat
- Arrêt progressif d'un traitement par IPP de plus de 8 semaines (risque de rebond) (1)

Indications



Indications AMM



Situations HORS AMM non justifiées

RGO et œsophagite par reflux	Dyspepsie en l'absence de RGO prolongé ou fréquent (Dyspepsie fonctionnelle)
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets <u>à risque</u> (> 65 ans ou antécédent d'ulcère gastroduodénal ou traitement par anticoagulant, AAP ou corticoïde)	Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez des patients <u>non à risque</u> (< 65 ans + sans antécédent d'ulcère gastroduodénal + sans traitement avec anticoagulant ou AAP ou corticoïde) en l'absence d'infection à <i>Helicobacter pylori</i> .
Traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS	Prévention des lésions gastroduodénales chez des patients <u>non à risque</u> sous AAP dont aspirine à faible dose en l'absence d'infection à <i>Helicobacter pylori</i> .
Ulcère gastrique et duodénal avec ou sans infection à <i>Helicobacter pylori</i> .	Prévention des lésions gastroduodénales chez des patients <u>non à risque</u> sous corticoïdes en l'absence d'infection à <i>Helicobacter pylori</i> .
Éradication <i>Helicobacter pylori</i> en association avec une antibiothérapie dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale	IPP pour les douleurs thoraciques non documentée ou pour l'asthme ou une toux ou symptômes ORL (tests thérapeutiques)
Syndrome de Zollinger-Ellison	ATTENTION!
Prévention des récurrences d'œsophagite par RGO	
Uniquement pour l'oméprazole, prévention des récurrences d'ulcère duodénal sans infection par <i>Helicobacter pylori</i> ou prise d'AINS	

Interactions médicamenteuses (source thésaurus ANSM 2019)

↑ concentration

- Méthotrexate
- Tacrolimus,
- Digoxine
- Phénytoïne
- Citalopram, imipramine, clomipramine
- Antivitamine K



↓ concentration

- 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*

POSOLOGIE DES INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS DANS LES INDICATIONS CIBLEES

	Durée du traitement	Esoméprazole	Lansoprazole	Oméprazole	Pantoprazole	Rabéprazole
Reflux gastro-œsophagien et œsophagite par reflux						
Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien (RGO) sans œsophagite	4 semaines 2 à 4 semaines pour le pantoprazole 4 à 6 semaines pour le lansoprazole, puis éventuellement traitement à la demande (à long terme) si réponse insuffisante (rechutes fréquentes ou précoces).	20 mg	15mg 30 mg si réponse insuffisante	10mg 20mg si réponse insuffisante	20mg	10mg
Traitement de l'œsophagite par RGO (cicatrisation)	4 à 8 semaines	40mg	30mg	20mg 40mg si œsophagite sévère résistante	20mg en cas d'œsophagite légère 40mg si absence de réponse à autre traitement	20mg
Traitement d'entretien et prévention des récives de l'œsophagite par RGO	Au long court : la dose minimale efficace doit être recherchée	20mg	15mg 30mg si réponse insuffisante	10mg 20mg à 40mg si réponse insuffisante	20mg 40mg en cas de récive	10mg 20mg si réponse insuffisante
Lésions gastroduodénales dues aux AINS						
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risque	Jusqu'à la fin du traitement par AINS	20mg	15mg 30mg en cas d'échec	20mg	20mg	Pas d'indication
Traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS (chez les patients pour lesquels un traitement par AINS doit être poursuivi).	4 semaines à 8 semaines	20mg	30mg	20mg	Pas d'indication	Pas d'indication
Ulcère gastrique et duodéal						
Éradication d'Helicobacter pylori en association à une antibiothérapie appropriée, en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénales avec infection par H. pylori	2 fois par jour pendant 7 jours	20mg 2 fois par jour	30mg 2 fois par jour	20mg 2 fois par jour	40mg 2 fois par jour	20mg 2 fois par jour
Traitement de l'ulcère gastrique évolutif sans infection à Helicobacter pylori	4 à 8 semaines de traitement 4 à 6 semaines pour l'oméprazole 6 à 12 semaines pour le rabéprazole	Pas d'indication	30mg	20mg	40mg	20mg
Traitement de l'ulcère duodéal évolutif sans infection à Helicobacter pylori,	4 semaines de traitement 2 à 4 semaines pour l'oméprazole 2 semaines pour le lansoprazole si la cicatrisation est complète 4 à 8 semaines pour le rabéprazole	Pas d'indication	30mg	20mg	40mg	20mg
Traitement d'entretien (prévention des récives) de l'ulcère duodéal	Au long court : la dose minimale efficace doit être recherchée	Pas d'indication	15mg	10 à 20mg par jour, 40mg si réponse insuffisante	Pas d'indication	Pas d'indication
Traitement d'entretien (prévention des récives) de l'ulcère gastrique	Au long court : la dose minimale efficace doit être recherchée	Pas d'indication	Pas d'indication	20mg par jour, 40mg si réponse insuffisante	Pas d'indication	Pas d'indication
Syndrome de Zollinger-Ellison	Selon la symptomatologie	80mg	60mg	60mg	80mg	60mg

Pour en savoir plus

- Un kit de bon usage des IPP comprenant des outils de réévaluation du traitement, une fiche récapitulatif par indication les posologies et les durées de traitement est disponible sur le site de l'OMEDIT PACA Corse : <https://www.omeditpacacorse.fr/ipp/>
- Un algorithme de déprescription des IPP est accessible sur le site du collège des médecins généralistes canadiens <http://www.cfp.ca/content/63/5/e253>
- La fiche de bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte de l'HAS (septembre 2022) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/fiche_bum_-_bon_usage_des_inhibiteurs_de_la_pompe_a_protons_ipp.pdf
- Rapport d'évaluation de la commission de transparence sur les inhibiteurs de la pompe à protons (2020) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/rapport_reevaluation_ipp_avisdef_cfeval493.pdf
- Le guide 2014 de la SFGP prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées (P.A.P.A)
- Effets secondaires des IPP au long cours. G. Macaigne, Post'U 2018 : <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/effets-secondaires-des-ipp-au-long-cours>