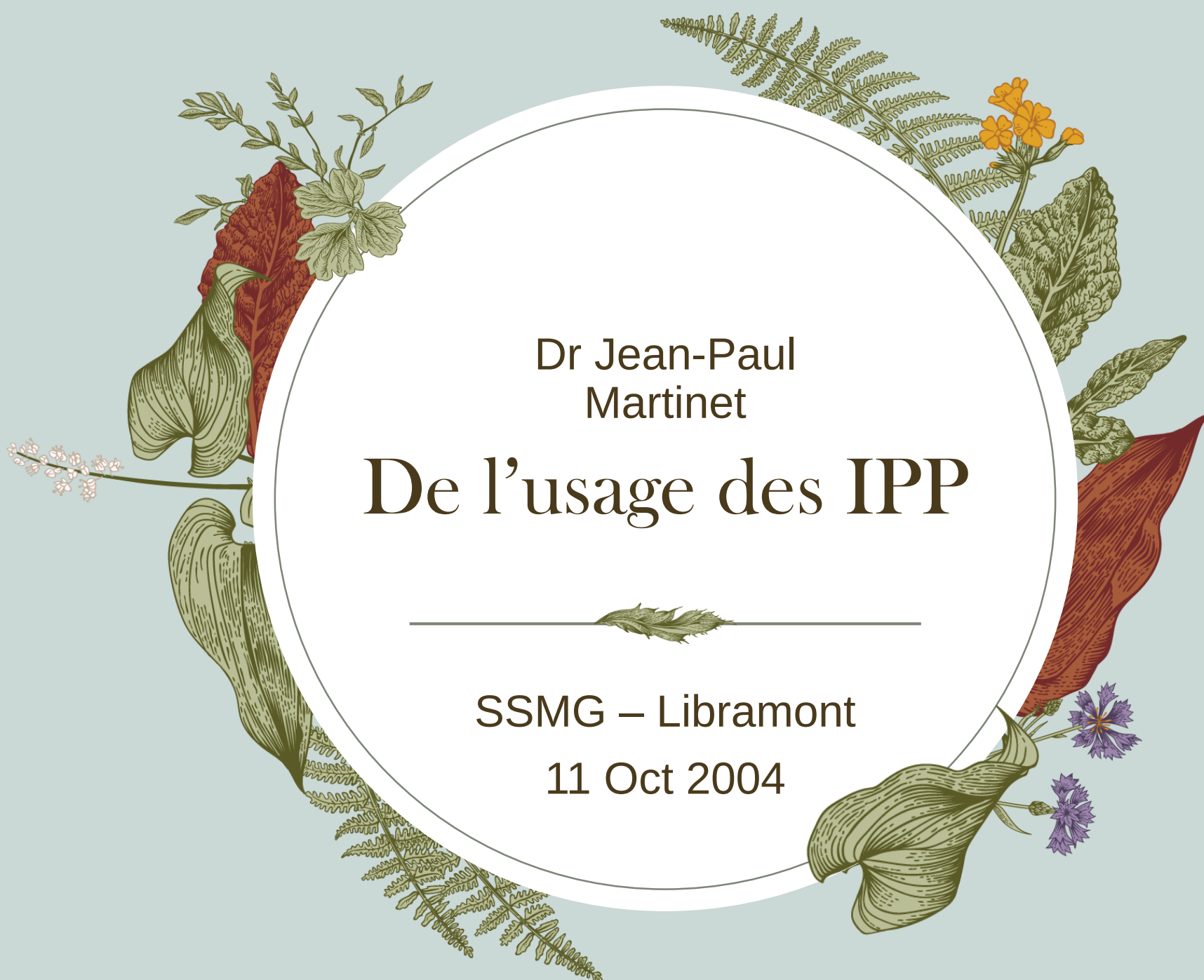


A circular wreath of various botanical specimens, including green ferns, red and green leaves, orange flowers, and purple flowers, surrounding a central white circle.

Dr Jean-Paul
Martinet

De l'usage des IPP

SSMG – Libramont

11 Oct 2004



Plan

Introduction

Diagnostic différentiel
dyspepsie

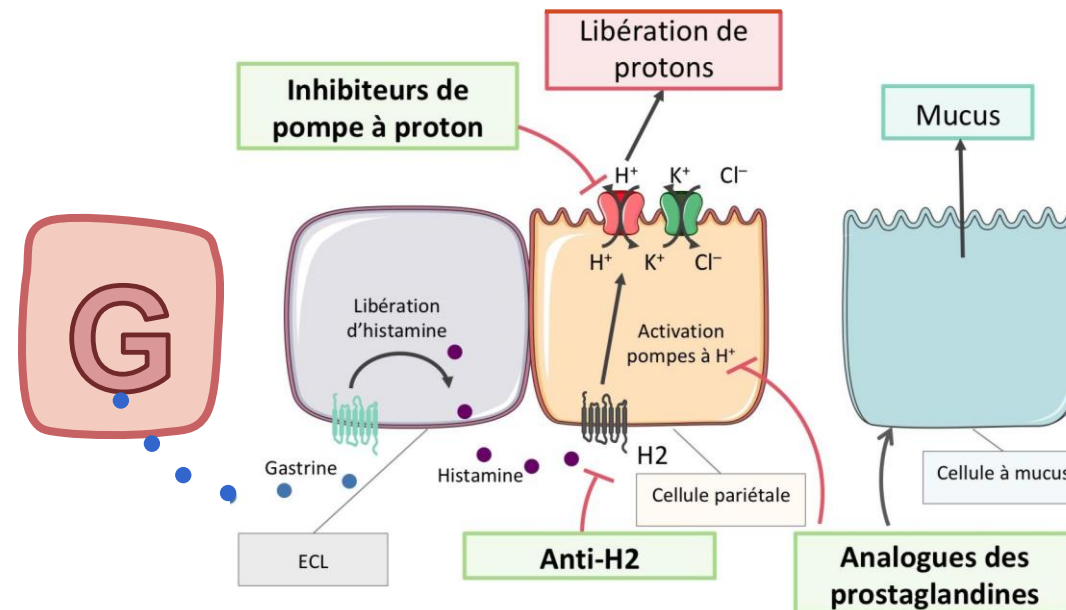
Gastroskopie : quand ?

Bon usage des IPP

- Indications
- Durées de traitement
- Déprescription

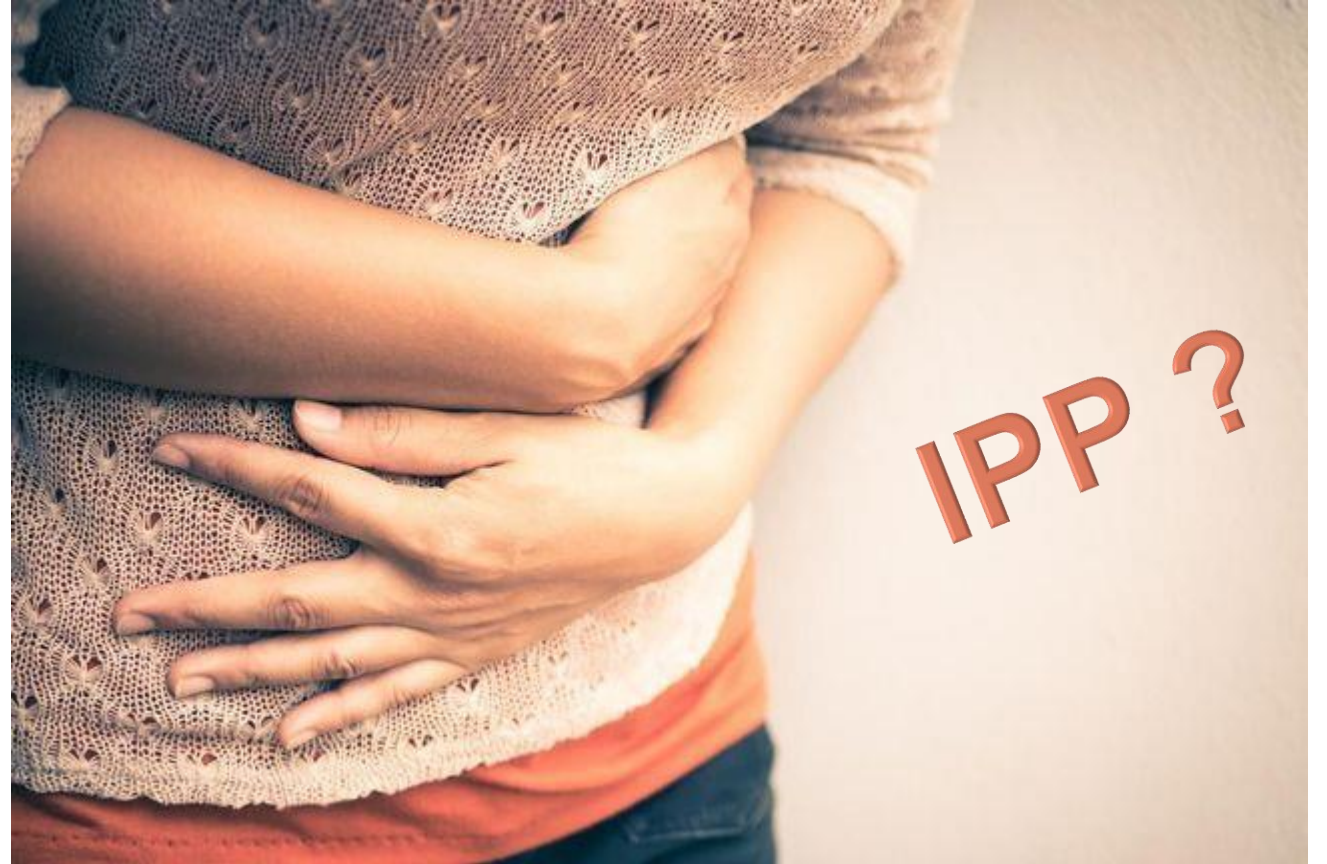


Introduction





Dyspepsie





« Ne nous laissez point succomber au diagnostic,
mais délivrez-nous des maux de la santé. »

Ivan Illich

Le Monde Diplomatique 1999





Il faut un diagnostic juste si l'on veut des
remèdes appropriés.



JM Blanquer

Le Figaro 2015



« Difficulté à digérer »



Dyspepsie

Ulcères
Gastro-
Duodénaux

Vomissements
« chroniques »
ou
répétitifs

Pathologies
crâniennes

Reflux
Gastro-
oesophagien

Médications
(dont
Abiotiques)

Maladies
systémiques

Inflammation
intestinale
(MICI,
coeliaquie,...)

Pathologie
Bilio-
Pancréatique

Dyspepsie - Anamnèse et Sémiologie



D ulcéreuse

- Aigu
- Ingesta améliorent
- Antacides améliorent
- AINS
- Histoire familiale

D gastritique

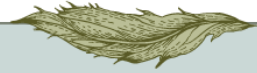
- Chronique
- Ingesta accentuent
- Antacides améliorent
- AINS
- Histoire familiale

Pathologies non oeso-gastro-duodénales

- Biliaire (lithiase, prurit, échographie)
- Transit intestinal et aspect des selles
- ORL / Pneumo
- Anamnèse précise : où ? Quand ?
- Éléments associés & antécédents médicaux
- Médicaments

D reflux GO

Reflux GO : classification de Montréal



Symptômes typiques

- Pyrosis
- Régurgitations acides

Lésions œsophage

- Érosions
- Sténose
- Métaplasie bas oes.
- adénocarcinome

Symptômes atypiques

• Associations établies

- Toux chronique
- Asthme
- Laryngite postérieure
- Erosions dentaires
- « Globus »
- Hemmage

• Associations possibles

- Pharyngites
- Sinusites
- Otites moyennes
- Fibrose pulmonaire idiopath.

Quand faire la gastroscopie



Dyspepsie ulcéreuse (tout âge)

Dyspepsie nouvelle à partir
de 50 ans

Dyspepsie persistante avant
50 ans

≥ 1 symptôme /signe d'alarme :

- Perte pondérale significative (>5 % du poids habituel) non volontaire.
- Saignement digestif
- Dysphagie
- Odynophagie
- Ferriprivation inexplicquée
- Vomissements persistants
- Masse ou adénopathie à l'examen clinique
- Histoire familiale de cancer digestif haut



Une gastroskopie par trois ans

- Disposition légale
- Pas de remboursement INAMI
- Hors condition d'urgence

Du bon usage des IPP



- **Conférence de consensus INAMI – 31 mai 2018**

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20180531.pdf

RGO : « Puissance » comparative des IPP

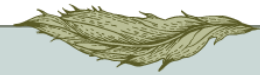
Puissance relative d'abaissement du pH gastrique de différents IPP, d'après Kirchheiner 2009 et les doses standards recommandées de différents IPP pour le RGO, d'après le GPC Nice 2014

IPP	Puissance relative à l'oméprazole	Dose « standard » 1 X / jour
Pantoprazole	0,23	40 mg
Lansoprazole	0,90	30 mg
Omeprazole	1,00	20 mg
Esoméprazole	1,60	20 mg
Rabéprazole	1,82	20 mg

Alors, on switch ?

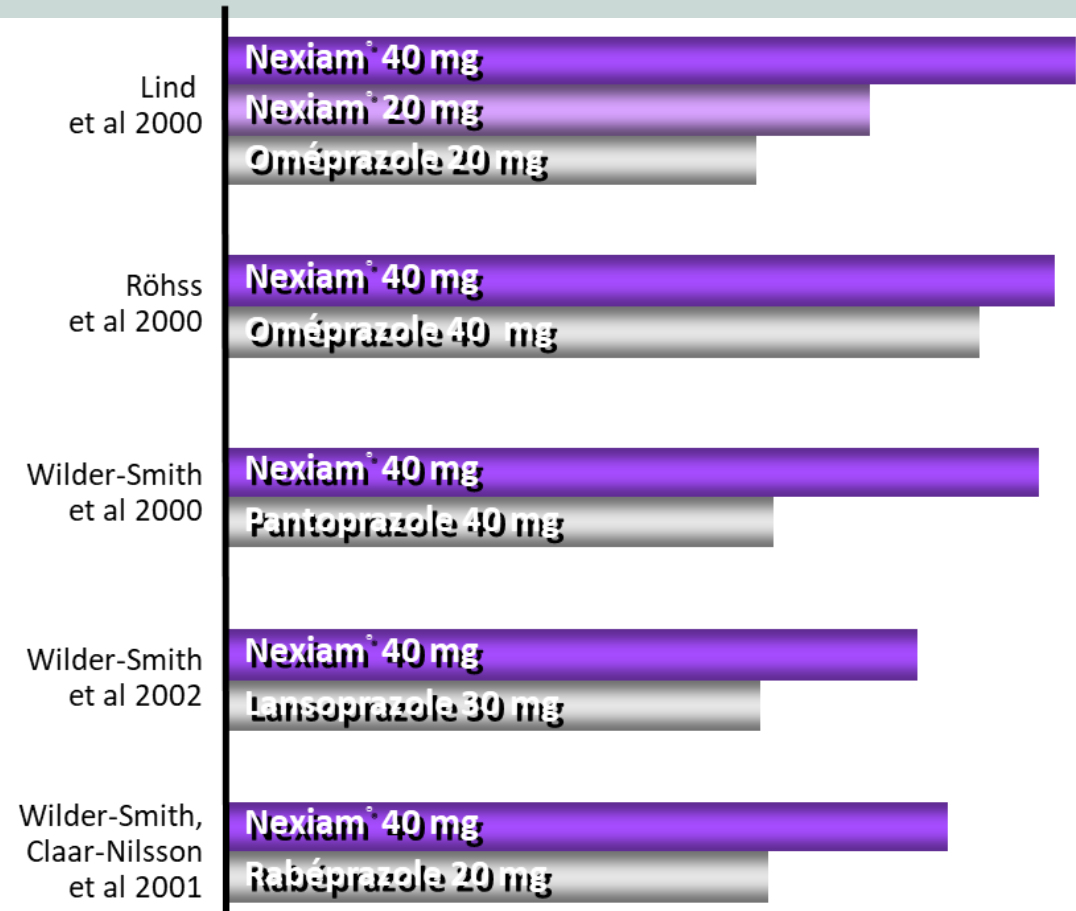
Esomeprazole et RGO

Contrôle de l'acidité supérieur aux IPP classiques



- (Données au jour 5, patients avec RGO)

Temps avec pH intragastrique supérieur à 4
(analyse sur 24 heures)





Pathologie ulcéreuse avérée

Ulcère gastro-duodénal

Ulcère duodénal

- Recherche helicobacter pylori → éradication si positive
- Anamnèse AINS / AAS
- IPP
 - **4 semaines** à dose standard si Forrest 3 car pas de risque de (re) saignement
 - Ttt endoscopique et IPP schéma intensif si Forrest I

Ulcère gastrique

- Pas de contrôle endoscopique systématique



Pathologie ulcéreuse avérée

Ulcère gastro-duodénal

Ulcère duodénal

Ulcère gastrique

- Recherche helicobacter pylori → éradication si positive
- Anamnèse AINS / AAS
- Biopsier si suspect de carcinome gastrique précoce
- IPP
 - **8 semaines** dose
 - Ttt endoscopique et IPP schéma intensif si Forrest I
 - Contrôle endoscopique recommandé si ulcère suspect, particulièrement étendu ou profond

Place des IPP

- Dyspepsie **avec** symptomatologie de **reflux typique**
- La balance bénéfices/risques d'un traitement par IPP est favorable par rapport au placebo, aux anti-H2 et prokinétiques.
- Le choix entre l'IPP et l'antiacide devra être guidé par la fréquence des symptômes. (Avis d'expert)
- L'effet du traitement d'épreuve par IPP devra être **réévalué après 4 à 8 semaines** (avis d'expert, recommandation faible).
- Les mesures d'hygiène de vie non médicamenteuses (soit une alimentation saine, perdre du poids, arrêter de fumer, éviter les facteurs déclencheurs, élever la tête de lit, prendre le repas principal de la journée longtemps avant de se coucher) restent par ailleurs recommandées. (Avis d'expert, recommandation faible).

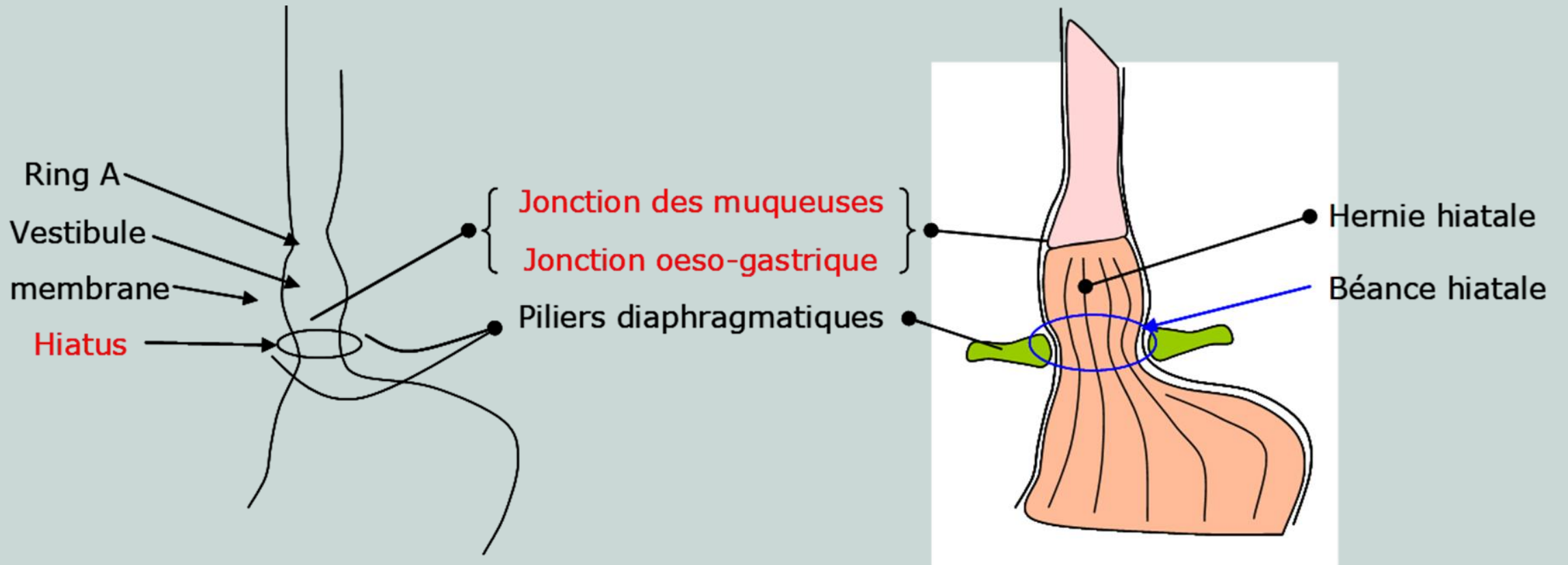
Place des IPP

- dyspepsie **sans** symptomatologie de **reflux typique**

IPP versus	Symptômes de dyspepsie	Qualité de vie	Effets indésirables
Placebo	Moins de symptômes (grade C)	Pas de différence	Pas de différence
Anti-H ₂	Pas de différence		Pas de différence
Prokinétiques	Moins de symptômes (grade C)	Pas de différence	Pas de différence
Antiacides	Pas d'études		
Hygiène de vie	Pas d'études		

Conseiller le patient sur des changements de style de vie, notamment : une alimentation saine, perdre du poids, arrêter de fumer, éviter les facteurs déclencheurs, élever la tête de lit, prendre le repas principal de la journée longtemps avant de se coucher. (Avis d'expert, recommandation forte).

Œsophage et hernie/béance hiatale



Œsophage de Barrett

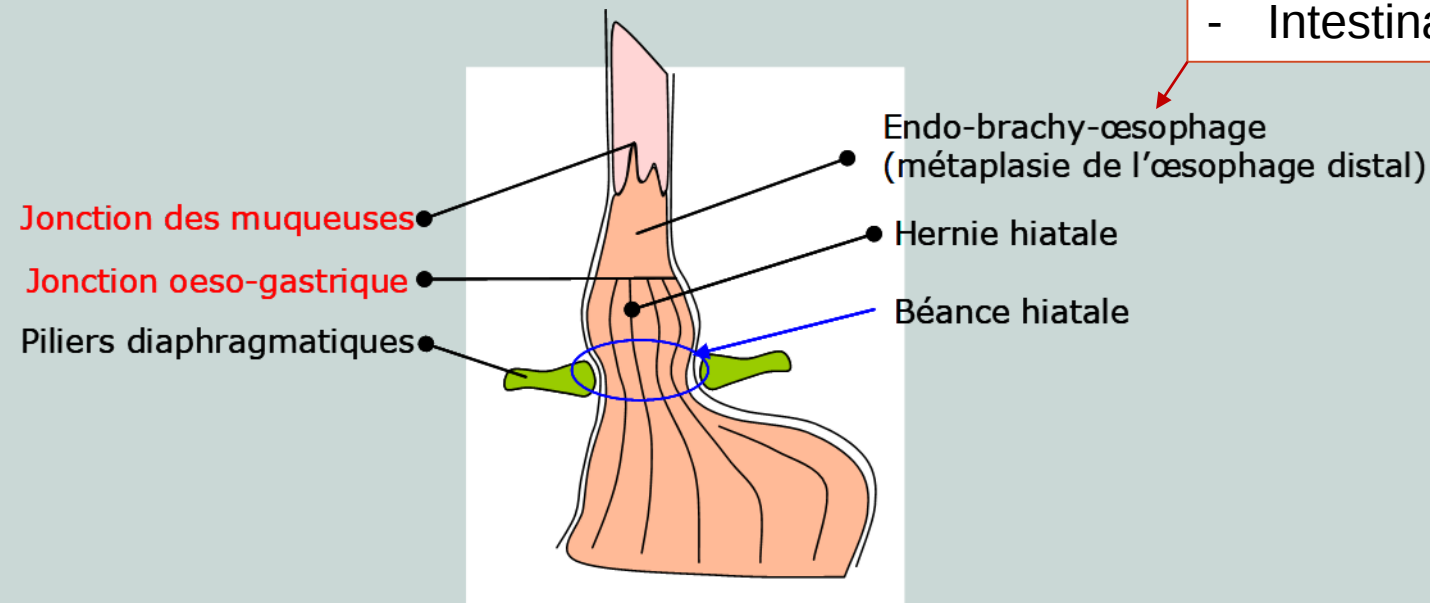


Muqueuse :

Apparence malpighienne : NI

Métaplasie :

- Gastrique : simple EBO
- Intestinale : Barrett



Place des IPP

- IPP et **œsophage de Barrett**
- En cas de problèmes de reflux associés et/ou d'œsophagite :
 - les IPP sont efficaces et recommandés en dose titrée (40-80 mg par jour) pour contrôler les symptômes et guérir l'œsophagite (GRADE B, recommandation forte),
 - L'utilisation régulière d'une dose élevée n'est pas nécessaire (avis d'expert, recommandation forte).
- Le risque absolu de complications liées à l'utilisation prolongée des IPP est faible dans les indications ci-dessus : le rapport bénéfice/risque est très favorable (Avis d'expert, recommandation forte).
- NB : ne pas interrompre l'IPP avant l'endoscopie de contrôle à trois ans,

IPP : sécurité d'emploi

- **Effets indésirables des IPP**

- Les effets indésirables identifiés ou suspectés des différents IPP au cours des essais cliniques et depuis leur mise sur le marché sont listés, par fréquences et classe de système d'organes, dans les RCP des différents IPP commercialisés :
 - ➡ On retrouve pratiquement les mêmes types et fréquences d'effets indésirables ;
 - ➡ Il existe quelques différences minimales non significatives.
- Aucun des effets repris dans le RCP de l'oméprazole n'a été dose-dépendant.
- Nous ne disposons pas de données solides de la littérature au sujet des effets indésirables : les études le plus souvent sont de courte durée et présentent des problèmes méthodologiques. Les niveaux de preuve sont faibles.

IPP : sécurité d'emploi

- **Quel risque y a-t-il à utiliser des IPP de façon prolongée ?**
 - Prudence chez le patient ayant déjà présenté un premier épisode d'infection à **clostridium difficile** (avis d'expert, recommandation forte).
 - Vu les risques de malabsorption du calcium, le jury conseille la prudence lors de la prescription d'IPP à long terme chez les patients à risque d'**ostéoporose** ou de fracture (Grade C, recommandation forte).
 - Fonction rénale : prudence en cas de **co-médications** avec des produits néphrotoxiques.
 - Pas de risque accru de développer des pneumonies extrahospitalières ou une néoplasie gastrique.

IPP :



usage
inapproprié ?

Excès évident

Prescription inappropriée

- 39 à 63 % des cas
- Prévalence stable des maladies, mais prescriptions multipliées ++

Au-delà de 60 ans

- Prévalence de prise d'IPP :

x 3,5

IPP :



usage
inapproprié ?

Conséquences

- Polymédication
- Risques d'effets indésirables
 - par co-médications
 - par erreur de posologie
- Coût global prohibitif

- Dyspepsie fonctionnelle
- Plaintes typiques de reflux sans preuve d'œsophagite
- Œsophagite de reflux grade A-B traitée
- Ulcère gastroduodénal traité

Non

Usage
prolongé
indiqué ?

- Prévention d'ulcère sous AINS ou AAS si personne à risque*
- Œsophagite de reflux grade C-D
- Barrett si symptômes de reflux et/ou œsophagite
- Syndrome de Zollinger-Ellison

Oui

Information et mesures générales

- Plaintes digestives hautes fréquentes, fluctuantes, généralement transitoires

- Cause médicamenteuse aux plaintes ? AINS, AAS, diphosphonate, corticostéroïde, inhibiteur calcique, dérivé nitré,...

- $\searrow$ poids
- Surélever tête de lit
- Sevrage tabagique
- Cause alimentaire ? Alcool, boisson gazeuse, épices, agrumes, graisses,...

- Facteurs de stress ?

Conseiller l'arrêt

Discuter des avantages et inconvénients avec le patient
Expliquer l'effet rebond

Conseiller sevrage
progressif ≥ 3 sem

Impliquer le patient dans l'élaboration concrète du planning
La durée et la rapidité du sevrage sont à adapter à chaque patient
L'arrêt immédiat est éventuellement une option

$\frac{1}{2}$ dose
puis, ou d'emblée,
1 jour sur 2

Revoir le patient en cours et en fin de sevrage

- Usage éventuel d'un antiacide si plaintes
- Adapter le schéma de sevrage si besoin

Arrêt

Si arrêt complet impossible, viser

- Usage à la demande (si récurrence des plaintes de reflux, le temps nécessaire pour obtenir un bon contrôle des symptômes)
- Dose efficace la plus faible possible
- Médicament moins puissant (~~ranitidine~~, antiacide)

*Si plaintes dyspeptiques fonctionnelles persistantes
et statut Helicobacter pylori inconnu : envisager test et éradication*

* AINS – Personne à risque : > 65 ans, comorbidité grave, antécédent d'ulcères peptiques, antécédent d'ulcère compliqué (saignement ou perforation), usage concomitant de corticostéroïde, d'AAS ou autre antiagrégant, d'anticoagulant oral

AAS faible dose – Personne à risque : ≥ 80 ans, ≥ 70 ans + autre médicament augmentant le risque de saignement, ≥ 60 ans avec ATCD d'ulcère

Déprescription IPP



- Prescrire un IPP, c'est envisager et programmer sa réduction / son arrêt,
- Après 4 à 8 semaines de traitement
- !! Aux fins d'hospitalisation
- Diminution progressive (effet rebond jusqu'un mois après arrêt brusque)
- Alternatives (... mesures hygiéno-diététiques et antacides)
- Si échec : reconsidérer le diagnostic

Avis d'expert, recommandations fortes



IPP

Les débuts de l'oméprazole - 1987

Les autres IPPs

Vouloir un diagnostic et pouvoir en changer si nécessaire

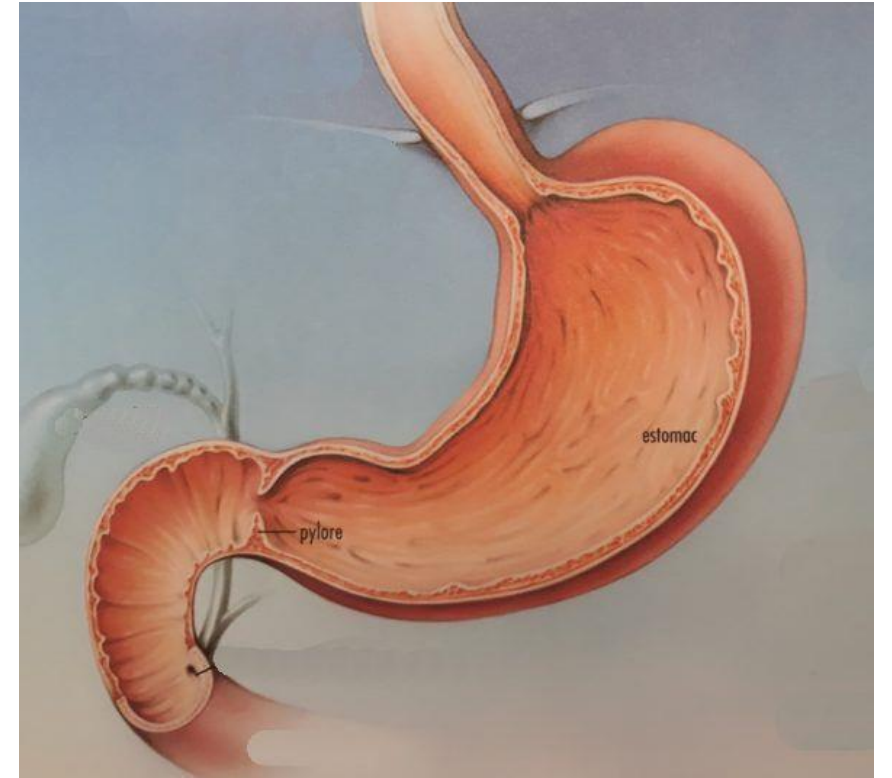
Indications de prise continue : limitées

Déprescription





Merci



Du bon usage des IPP



- **Conférence de consensus INAMI – 31 mai 2018**

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20180531.pdf