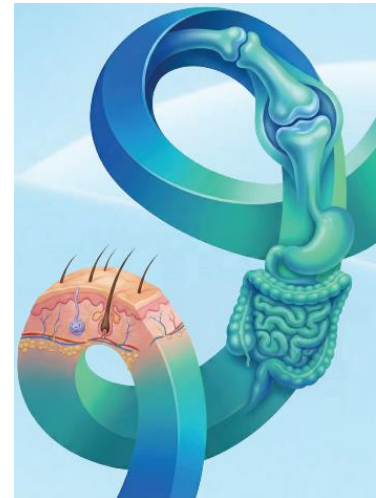


IPP au long cours : Indications et profil de tolérance



Pr Ag Mériam Sabbah

Sousse, le 11 avril 2026



- Aucun lien d'intérêt

STIGE

Objectifs pédagogiques

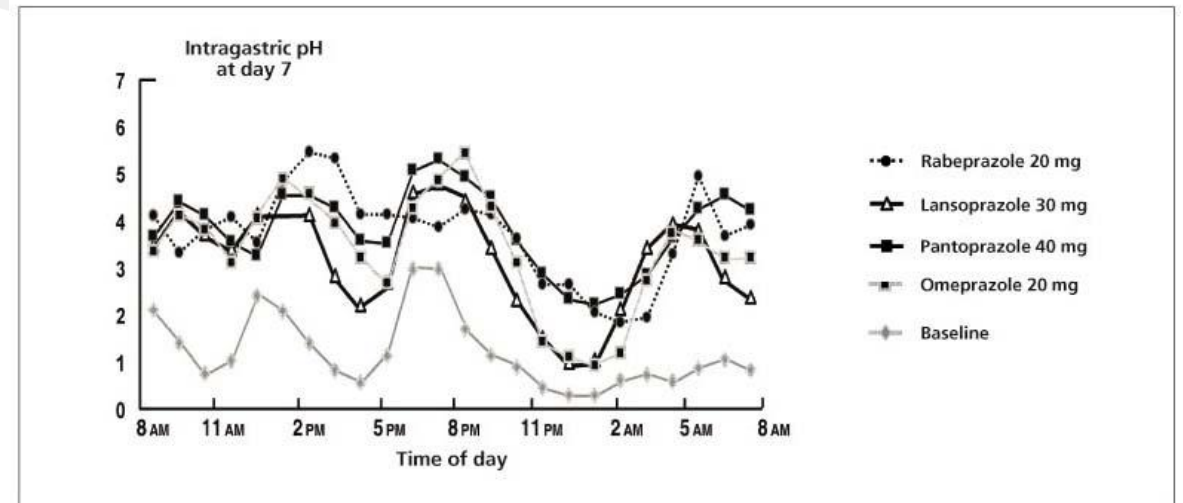
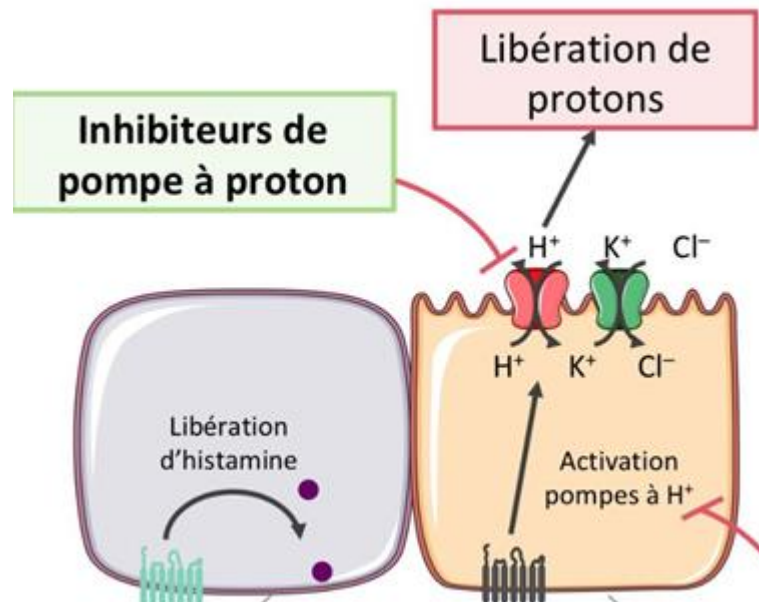
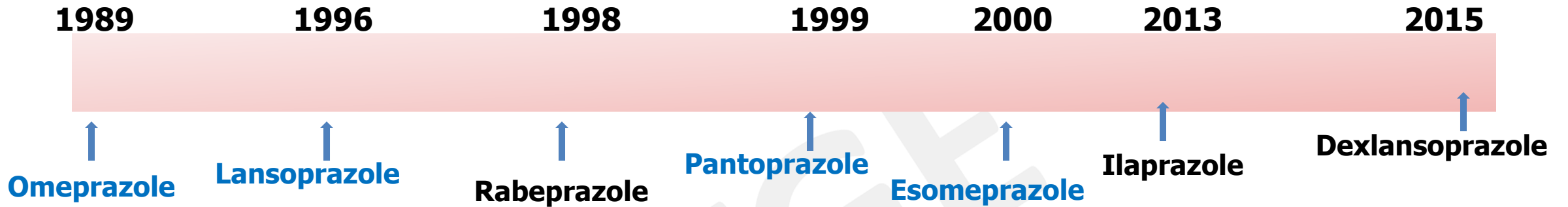


Définir l'utilisation des IPP au long cours

Préciser les indications des IPP au long cours

Identifier les principaux risques de l'utilisation des IPP au long cours

Introduction

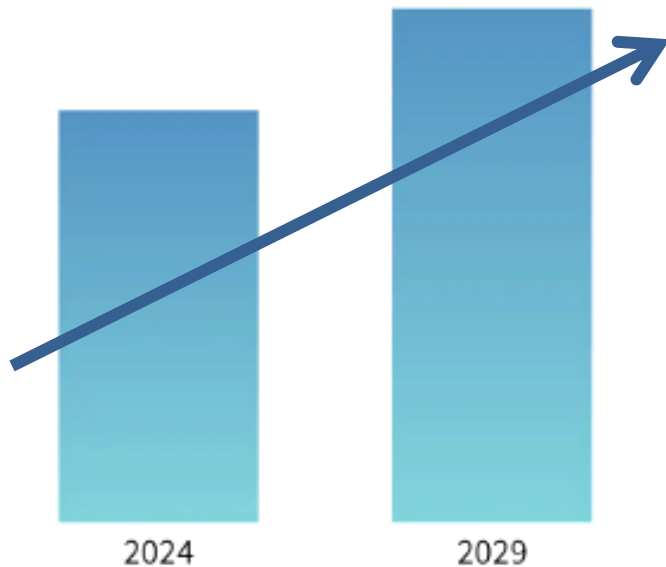


Représentent l'une des classes thérapeutiques les plus prescrites

Marché des IPP

Proton Pump Inhibitors Market Market Size

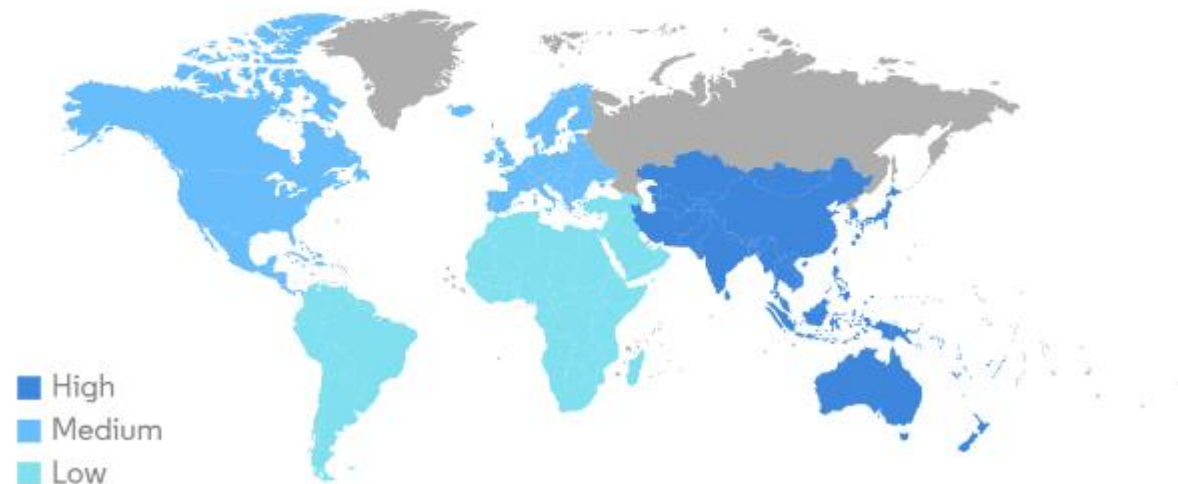
CAGR 4.5%



Taux de croissance annuel
moyen

Période d'étude	2021 - 2029
Période de Données Prévisionnelles	2024 - 2029
Période de Données Historiques	2021 - 2022
CAGR	4.50%
Marché à la Croissance la Plus Rapide	Asie-Pacifique
Plus Grand Marché	Amérique du Nord

Proton Pump Inhibitors Market - Growth Rate by Region



Consommation des IPP dans la population générale selon l'indication

Table 6. Indication du traitement par IPP chez les utilisateurs incidents en

Éradication d'*H. pylori*

Prévention ou traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS

Prévention ou traitement des lésions gastroduodénales dues aux antiagrégants plaquettaires ou aux anticoagulants

Prévention ou traitement des lésions gastroduodénales dues aux corticoïdes à usage systémique

Prévention ou traitement des complications gastroduodénales liées aux traitements spécifiques des cancers

Traitement d'une atteinte gastro-intestinale identifiée

Indication indéterminée



Consommation des IPP dans la population générale selon l'âge

Table 2. Description sociodémographique des utilisateurs d'IPP en 2015

	Patients ayant eu au moins une délivrance d'IPP en 2015 (n=15 837 416)		Utilisateurs prévalents d'IPP en 2015 (n=8 060 011)	
Sexe	n	%	n	%
Hommes	6 829 445	43,1	3 432 522	42,6
Femmes	9 007 971	56,9	4 627 489	57,4
Âge	n	%	n	%
Moyenne, écart-type	55,7	19,6	62,3	17,4
0-17 ans, dont :	448 997	2,8	72 224	0,9
0-2 ans	112 187	25,0	20 653	28,6
3-10 ans	98 580	22,0	19 601	27,1
11-17 ans	238 230	53,1	31 970	44,3
18-65 ans, dont :	10 096 055	63,8	4 302 653	53,4
18-30 ans	1 375 083	13,6	294 096	6,8
31-40 ans	1 766 187	17,5	571 280	13,3
41-50 ans	2 478 519	24,6	1 032 801	24,0
51-65 ans	4 476 266	44,3	2 404 476	55,9
> 65 ans, dont :	5 292 364	33,4	3 685 134	45,7
66-85 ans	4 432 916	83,8	3 018 635	81,9
> 85 ans	859 448	16,2	666 499	18,1

IPP au long cours : définition



Qu'est-ce qu'un traitement par IPP au long cours ?

Pas de consensus (3-12 mois)



Prescription au delà de 6 mois

IPP: caractéristiques pharmacocinétiques

	Oméprazole (20 mg)	Esoméprazole (40 mg)	Lansoprazole (30 mg)	Pantoprazole (40 mg)	Rabéprazole (20 mg)
Cc plasmatique max (mg/ml)		3,19 - 5,66	0,75-1,15	1,1-3,1	
T max pour le pic de concentration	0,5 h	1,0-3,5 h	1,5-2,2 h	1,0-4,0 h	3,5 h
Biodisponibilité (%)	35-60	50 - 68	70-80	70-77	52
Effet alimentation	néant	néant	diminution	diminution	diminution
Métabolisme (métaboliseur rapide)	CYP2C19 Polymorphisme génétique		CYP2C19	CYP2C19	

IPP: interactions médicamenteuses

Peu documentés
Pas d'implication en pratique
Vigilance (sujets âgés, polymédiqués)

Mécanisme

Médicaments

Diminution de l'absorption

Antifongiques
Antirétroviraux
Midazolam

Diminution des concentrations plasmatiques

MMF
Clopidogrel
Thyroxine

Augmentation des concentrations plasmatiques

Antidépresseurs
Méthotrexate
Coumarine

IPP au long cours : Indications

- **RGO** (complicé d'oesophagite grade C ou D, EBO, sténose, récurrent ou MED)
- **Maladie ulcéreuse gastro-duodénale** (non cicatrisée malgré éradication de HP)
- **Syndrome de Zollinger Ellisson**
- **Œsophagite à éosinophiles**
- IPE réfractaire en association avec les enzymes pancréatiques
- Situation de stress (réanimation)
- Prévention de la fibrose pulmonaire idiopathique

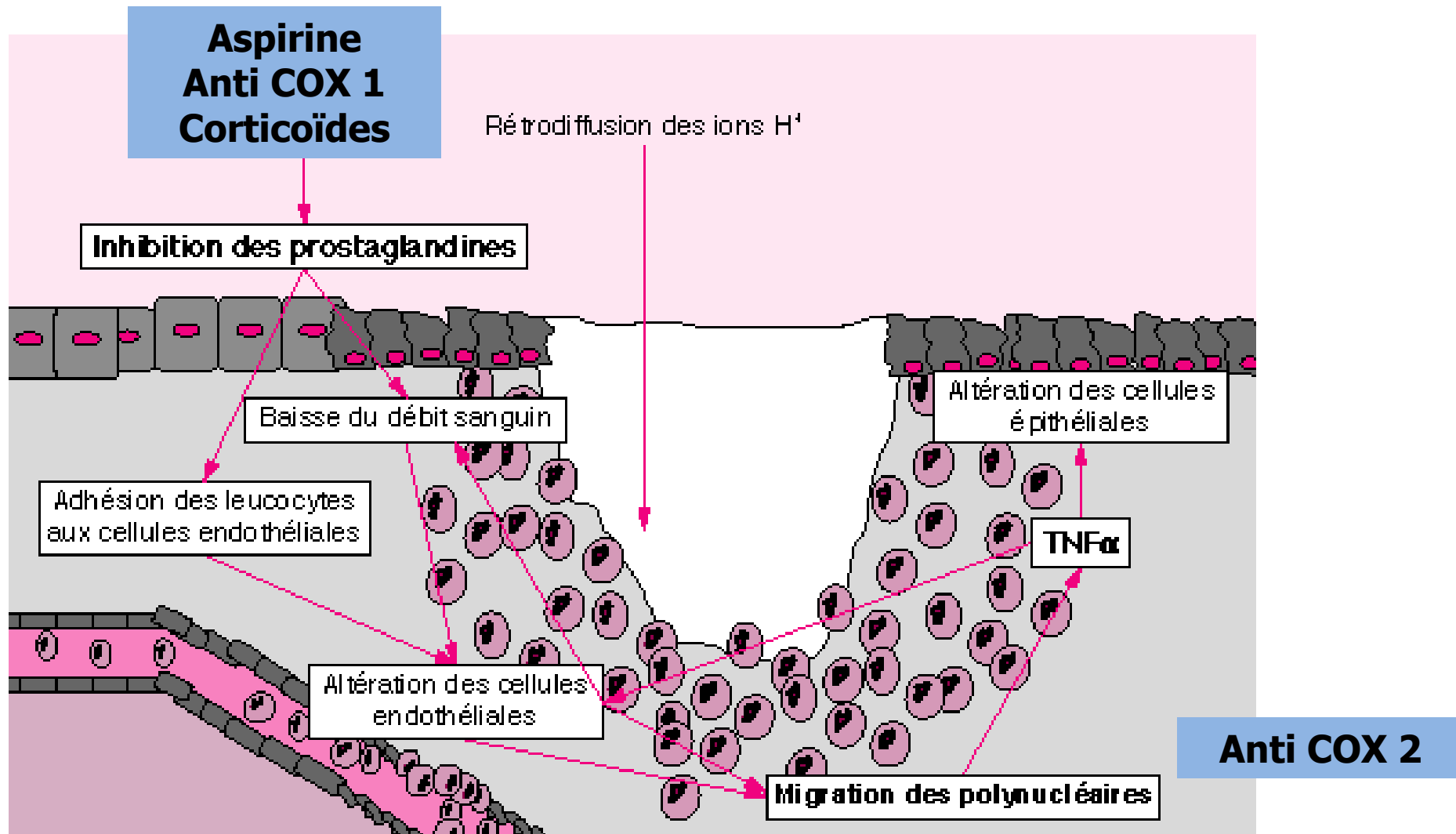


IPP au long cours : Indications

- **Prévention lors d'un traitement gastro-agressif**
 - AINS
 - Corticoïdes
 - Antiagrégants plaquettaires
 - Anticoagulants
- **Non systématiques**

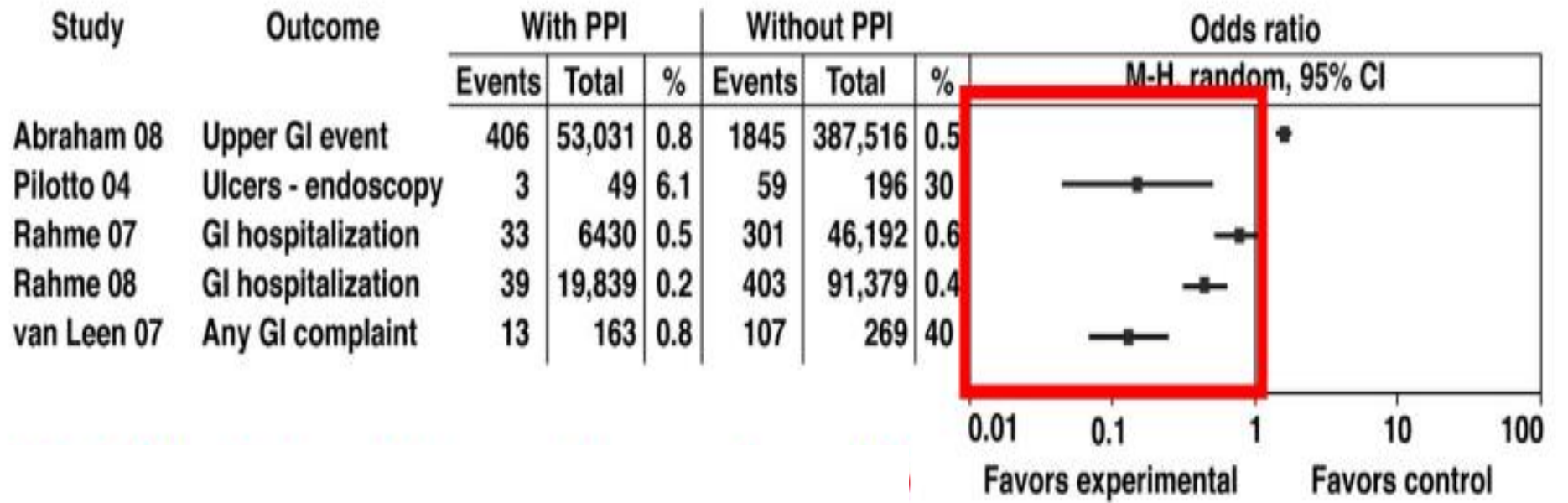


IPP et anti-inflammatoires



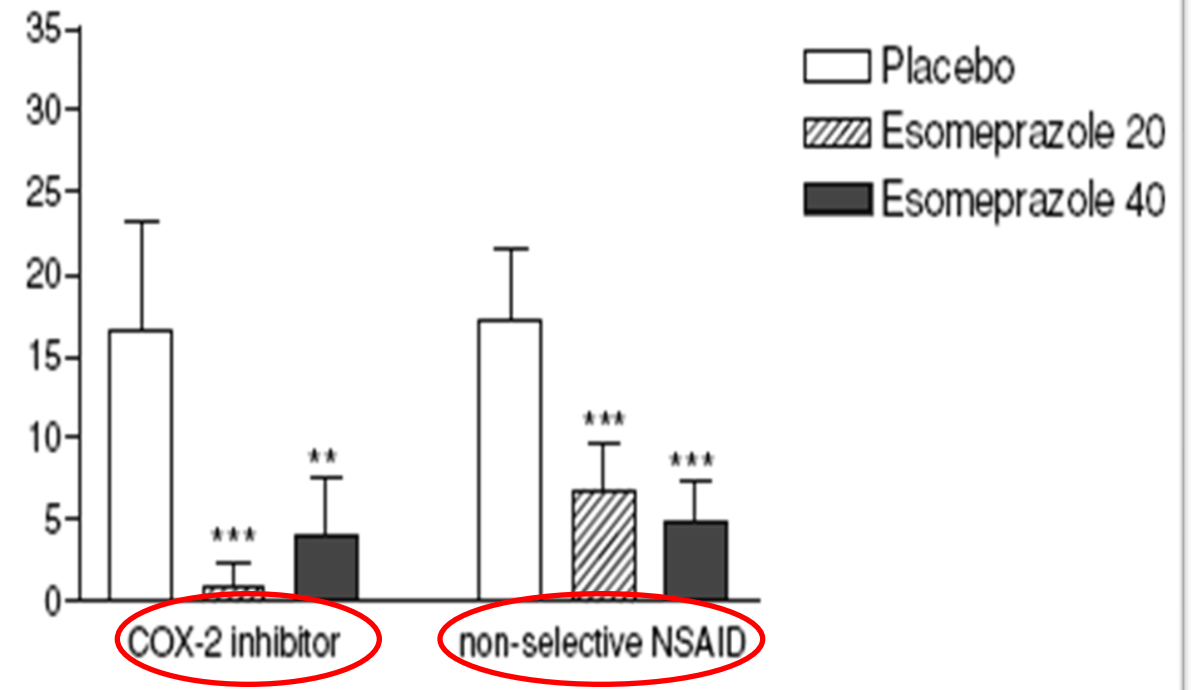
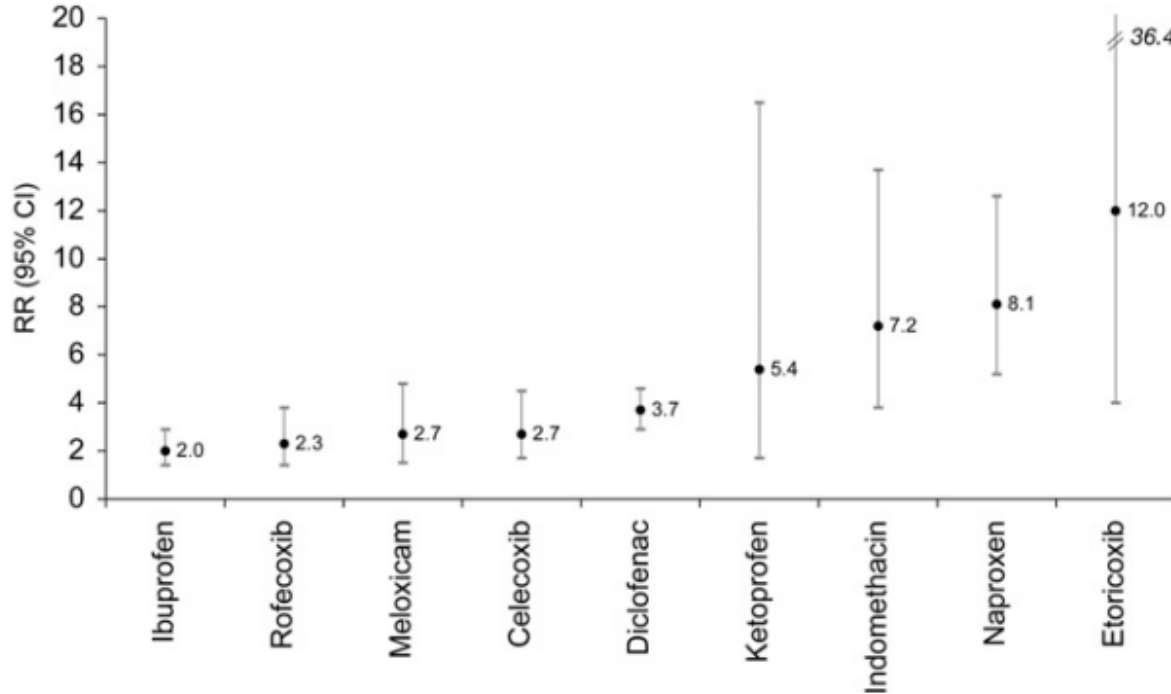
IPP et AINS

Meta analyse : plus de risque d'Évènements gastro-intestinaux dans une population âgée de plus de 65 ans, chez les patients sous AINS seul vs AINS avec IPP



IPP et AINS

Risque d'évènements GI indépendant du type d'AINS
Effet protecteur des IPP (MUGD) : AINS classiques et anti-COX2



IPP et AINS: indication

Avant traitement par AINS :

- Rechercher et éradiquer H.pylori
- Mettre sous IPP au long cours si:

situations à risque avec \geq un facteur de risque suivants :

- Age > 65 ans
- ATCD d'ulcère ou de saignement digestif haut
- AINS à fortes doses
- Traitement concomitant d'anticoagulants, d'antiplaquettaires ou de glucocorticoïdes

IPP et AINS : dose et durée

- **Demi-dose** (sauf oméprazole pleine dose)
- Durant la durée du ttt par AINS

Molécule	Traitement des lésions gastro-intestinales liées aux AINS	Prévention des lésions gastro-intestinales liées aux AINS
Lanzoprazole	30mg/j	15mg/j
Oméprazole	20mg/j	20mg/j
Esoméprazole	20mg/j	20mg/j
Rabéprazole		20mg/j
Pantoprazole		

IPP et corticoïdes

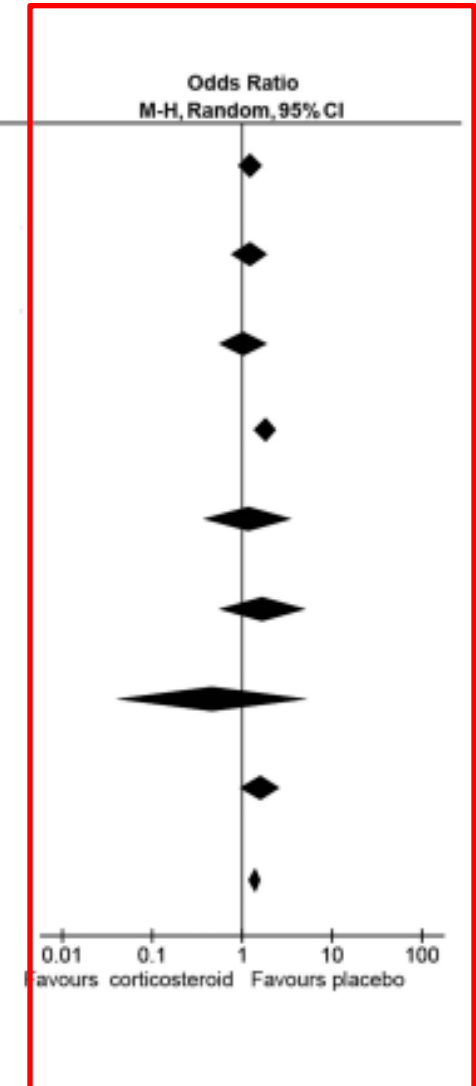
- 159 études
- 33253 patients
- Surrisque hémorragique des corticoïdes
- (OR 1,42)
- Patients hospitalisés

Study or Subgroup	Corticosteroid		Placebo		Weight	Odds Ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
1.1.1 Traumatic injury Subtotal (95% CI)		5821		5790	25.4%	1.25 [0.92, 1.70]
Total events	95		75			
1.1.2 Meningitis Subtotal (95% CI)		1589		1549	21.4%	1.23 [0.77, 1.96]
Total events	110		91			
1.1.3 Sepsis Subtotal (95% CI)		482		449	8.4%	1.05 [0.57, 1.94]
Total events	32		28			
1.1.4 Bronchopulmonary dysplasia Subtotal (95% CI)		1508		1487	28.9%	1.83 [1.37, 2.43]
Total events	155		85			
1.1.5 Liver disease Subtotal (95% CI)		855		823	4.6%	1.17 [0.38, 3.62]
Total events	31		16			
1.1.6 Lung disease Subtotal (95% CI)		1686		1649	1.9%	1.70 [0.55, 5.22]
Total events	8		3			
1.1.7 Rheumatoid arthritis Subtotal (95% CI)		283		279	0.4%	0.47 [0.04, 5.46]
Total events	1		2			
1.1.8 Miscellaneous Subtotal (95% CI)		4549		4454	9.0%	1.61 [0.96, 2.69]
Total events	48		24			
Total (95% CI)		16773		16480	100.0%	1.43 [1.22, 1.66]
Total events	480		324			

Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 89.32, df = 71 (P = 0.53); I² = 0%

Test for overall effect: Z = 4.49 (P < 0.00001)

Test for subgroup differences: Chi² = 6.06, df = 7 (P = 0.53), I² = 0%



IPP et corticoïdes

- Pas d'indication à une prévention par IPP
- Effet délétère (sur risque fracturaire)

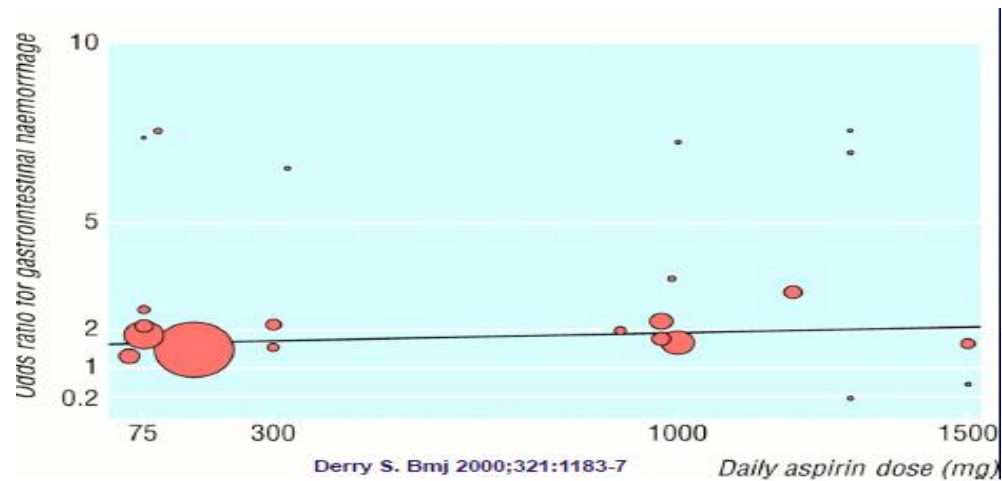
- Sauf si
 - ATCD MUGD
 - Association avec les AINS

MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE

23 octobre 2024

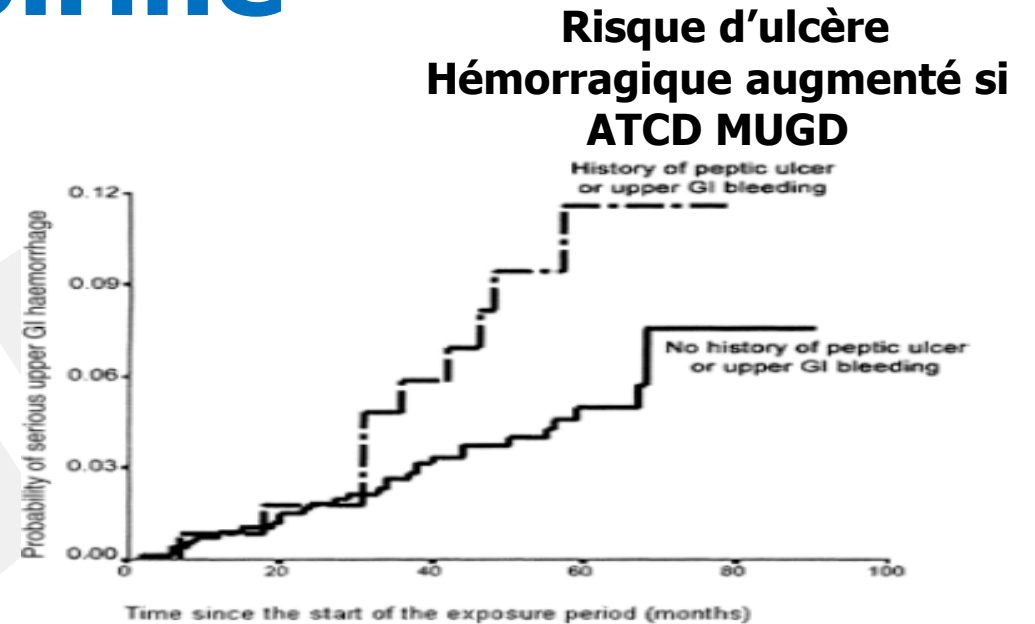
**Prophylaxie par inhibiteur de la pompe à protons
en cas de corticothérapie : « less is more »**

IPP et aspirine



Incidence des hémorragies digestives

- Aspirine : 3% par an
- Aspirine + clopidrogel : 7% par an
- Aspirine + AVK : 8% par an



Atcds d'ulcère gastro-duodéal

Oui

Non

Éradiquer *H. pylori* +
Prévention par IPP

Co-prescription AINS
ou anticoagulants?

Non

Oui

Pas de
prévention

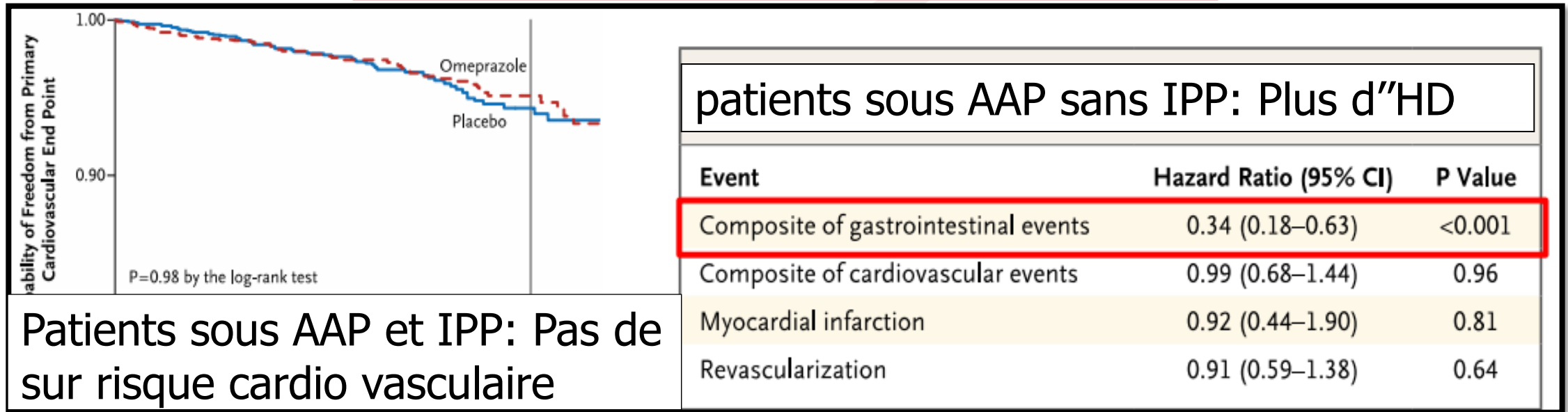
Prévention
par IPP

IPP et clopidogrel

- IPP+ clopidogrel: métabolisés par **CYP450 2C19**
- IPP pourraient être responsables d'une perte de l'action antiplaquettaire du clopidogrel par un mécanisme d'inhibition compétitive

IPP et clopidogrel

Résultats discordants et hétérogènes



1 méta-analyse (25 études – 159 138 patients)

- Plus de risque de complications cardio-vasculaires de 29% (RR 1,29)
- Augmentation du risque d'AVC de 46% (RR 1.46)

IPP et clopidogrel

Chez les patients nécessitant un traitement par clopidogrel et par IPP

- **Respecter un délai de 12 heures entre les 2 prises**

IPP le matin à jeun et le clopidogrel le soir au cours du repas

- **Privilégier le pantoprazole et l'esoméprazole**

moins d'interaction avec le clopidogrel

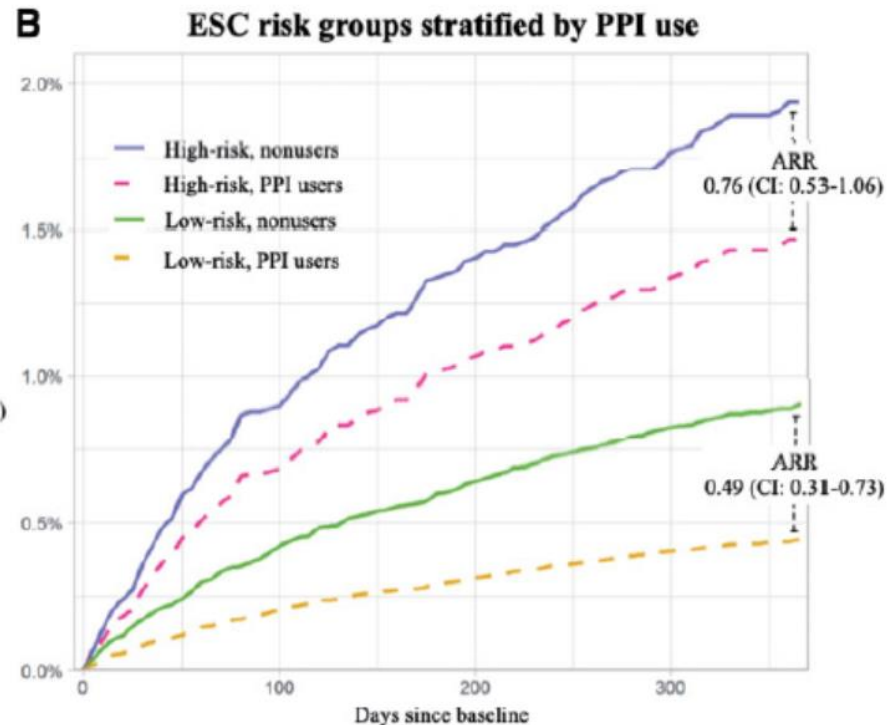
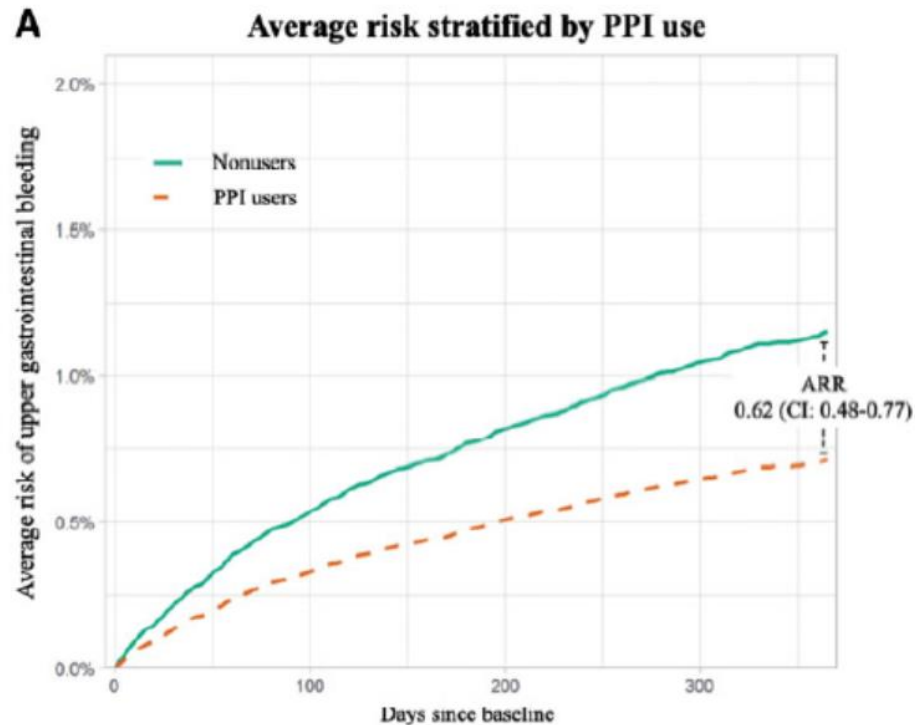
- **Substituer le clopidogrel par le prasugrel**

pas d'interaction avec les IPP dans les études in vivo et cliniques

IPP et double anti agrégation

Reduced risk of gastrointestinal bleeding associated with proton pump inhibitor therapy in patients treated with dual antiplatelet therapy after myocardial infarction

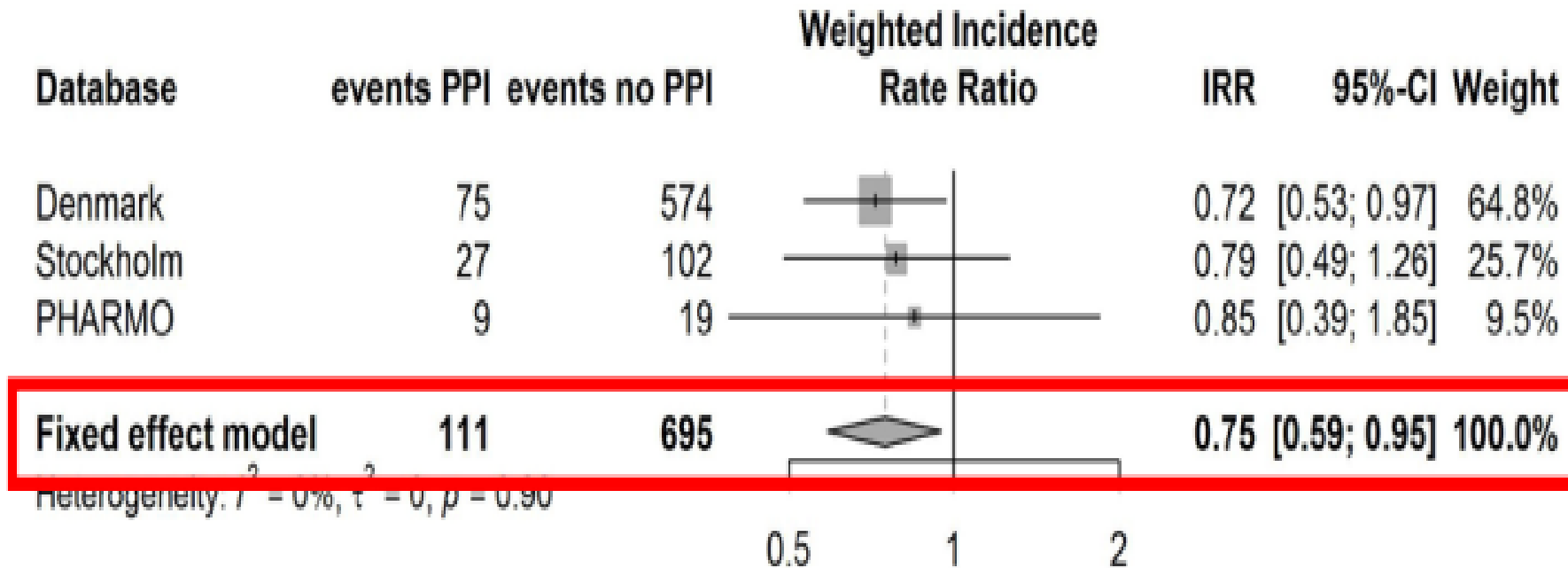
Bénéfice des IPP dans la prophylaxie des lésions et des hémorragies digestives en cas de double AAP



du risque hémorragique

IPP et anticoagulants

Traitement par IPP = risque plus faible d'hémorragie digestive haute sévère dans une population de FA sous AOD et à risque d'hémorragie sévère



IPP et anticoagulants



META-ANALYSIS | Free Access

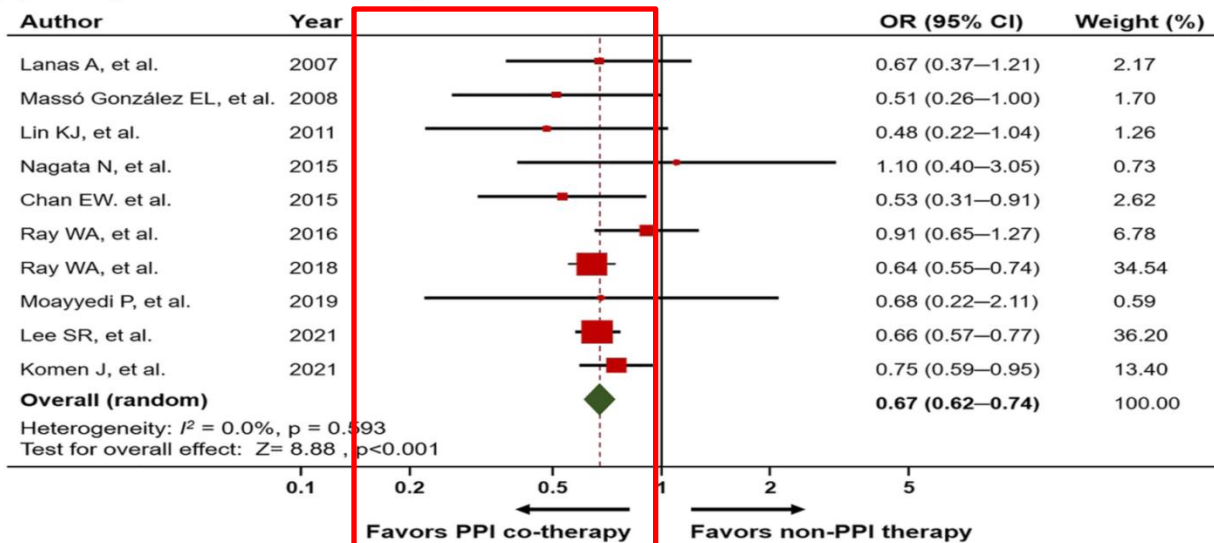
Protective effect of proton-pump inhibitor against gastrointestinal bleeding in patients receiving oral anticoagulants: A systematic review and meta-analysis

Hyo-Jeong Ahn, So-Ryoung Lee, Eue-Keun Choi, Tae-Min Rhee, Soonil Kwon, Seil Oh, Gregory Y. H. Lip

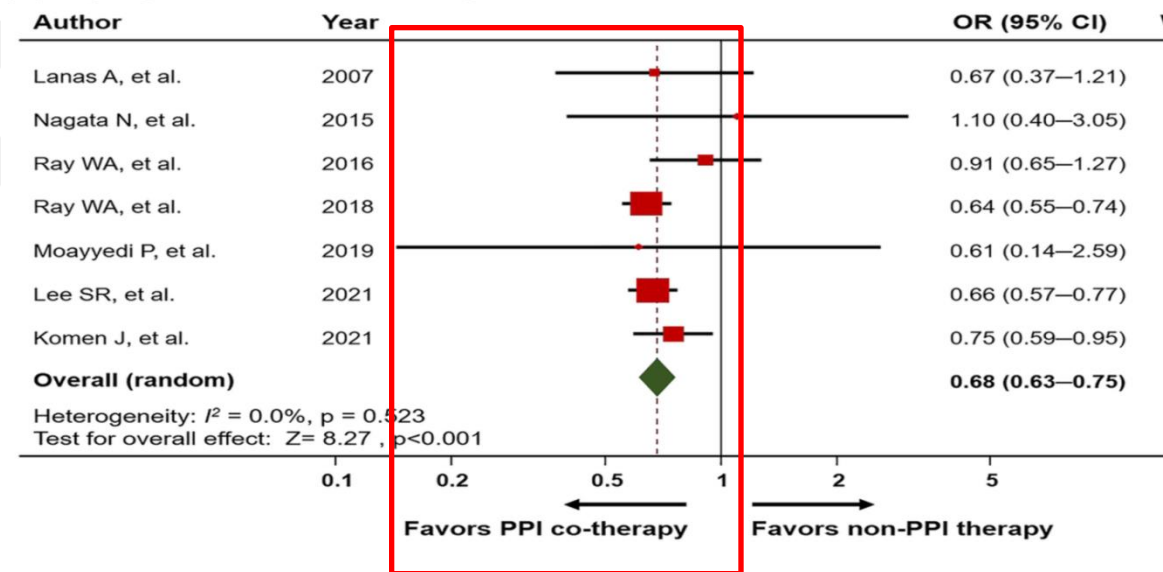
First published: 03 August 2022 | <https://doi.org/10.1111/bcp.15478> | Citations: 4

Réduction significative du risque d'hémorragie gastro-intestinale, en particulier chez les patients sous AOD

(A) Total gastrointestinal bleeding



(B) Major gastrointestinal bleeding



IPP et association AINS - anticoagulants

Table 7 Relative risk and 95% confidence interval of UGIB associated with anticoagulants according to daily dose as well as the interaction with NSAIDs

	Cases (n=2777)	Controls (n=5532)	Age-adjusted RR (95% CI)	Adjusted condition RR (95% CI)*
Anticoagulants				
Non-use	2598	5327	Reference	Reference
Dicumarinics 1 mg	55	73	1.6 (1.1 to 2.2)	2.6 (1.6 to 4.0)
Dicumarinics 2-3 mg	47	70	1.4 (1.0 to 2.0)	2.4 (1.5 to 3.8)
Dicumarinics ≥4 mg	33	19	3.6 (2.0 to 6.4)	6.6 (3.2 to 13.4)
Dicumarinics dose unknown	44	43	2.1 (1.4 to 3.3)	2.8 (1.7 to 4.8)
Anticoagulants and NSAIDs†				
Non-use	1784	4500	Reference	Reference
NSAID use only	622	504	3.0 (2.6 to 3.4)	5.0 (4.2 to 5.9)
Dicumarinics only	144	196	1.8 (1.5 to 2.3)	2.8 (2.1 to 3.7)
Combination	35	9	9.7 (4.6 to 20.2)	19.3 (8.2 to 45.3)

NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; UGIB, upper gastrointestinal bleeding.

*Adjusted for age, sex, calendar semester, ulcer history, nitrates, antiplatelets, acid-suppressing drugs, coxib and aspirin use.

†Categorised only among NSAID current single users.

Risque d'hémorragie digestive augmente en cas de d'association AINS anticoagulants

IPP et anticoagulants

Avant traitement par AAP/ACO:

- Rechercher et éradiquer *H.pylori*
- Mettre sous IPP au long cours si:

ACO ou AAP Avec score ≥ 2		Double AAP AAP + ACO
1) Antécédent d'ulcère	2	Tout patient
2) Antécédent d'hémorragie digestive haute	2	
3) Association à un AINS	2	
4) Association à un corticoïde	2	
5) Age ≥ 65 ans	1	
6) Infection par <i>H pylori</i>	1	
7) Ethylisme chronique	1	
8) RGO/Syndrome dyspeptique	1	

IPP et effets indésirables

«*Si un médicament n'a pas d'effet secondaire, c'est qu'il n'a pas d'effet primaire. Il est illusoire de croire qu'un médicament efficace n'a pas d'effets secondaires*»

*(Georges Peters (1920-2006),
Pr de pharmacologie, FBM Lausanne).*

Effets indésirables des IPP

Liés à l'hypochlorhydrie

Infections gastro-intestinales

Infections pulmonaires

Pullulation microbienne du grêle

ILA/EH au cours de la cirrhose

Adénocarcinome gastrique/TNE

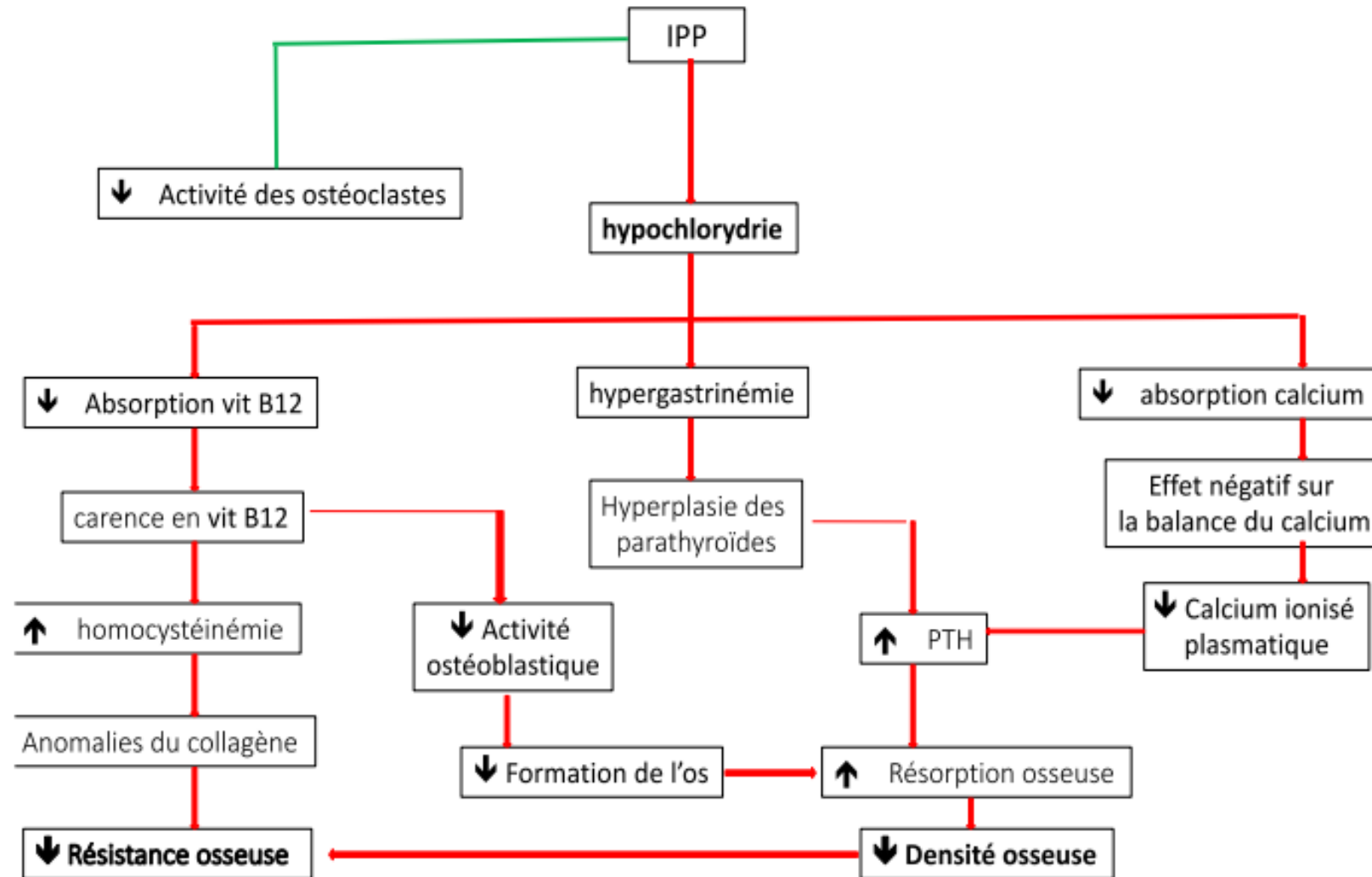
Ostéoporose / Fracture

Malabsorption (fer/mg/vit B12)

Effets indésirables des IPP

Liés à l'hypochlorhydrie	Non liés à l'hypochlorhydrie
Infections gastro-intestinales	Hyponatrémie
Infections pulmonaires	Colite microscopique
Pullulation microbienne du grêle	Complications rénales (néphrite/IRA/IRC)
ILA/EH au cours de la cirrhose	Démence
Adénocarcinome gastrique/TNE	Exacerbation MICI
Ostéoporose / Fracture	
Malabsorption (fer/mg/vit B12)	

IPP et métabolisme osseux



IPP et Ostéoporose : données tunisiennes

- Etude cas témoins (90/90 patients)

Table 2. Comparison of clinical, biological, and osteodensitometric data in the study population.

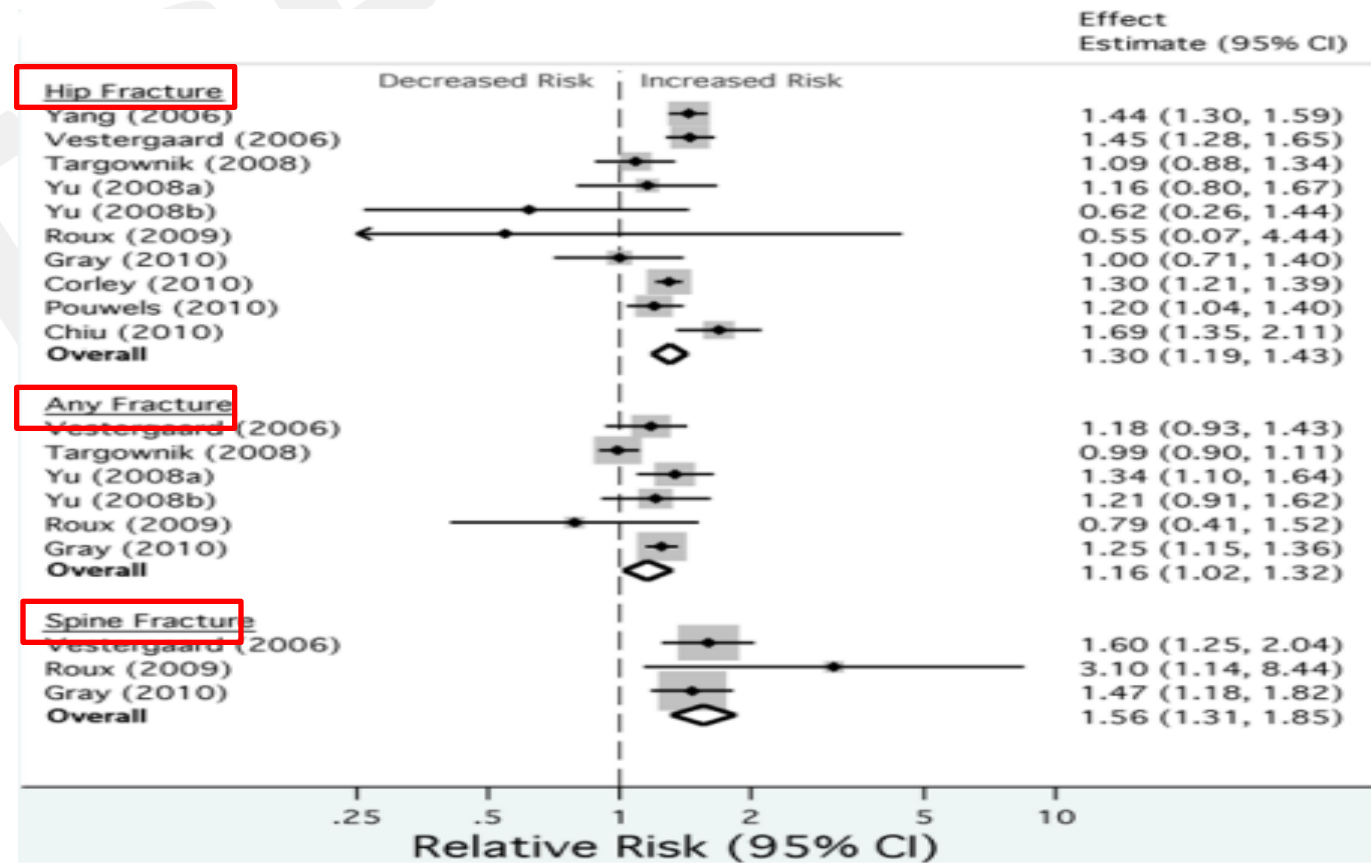
Parameter	Patients (N = 90)	Controls (N = 90)	p-value	
Osteodensitometry	Bone Mass (normal/osteopenia/osteoporosis)	38/46/6	59/23/1	0.0001 [†]
	Bone Mass (normal/low)	38/52	59/24	0.0001 [†]
	Mean Spine T-score (DS)	-0.61 ± 1.53	0.05 ± 1.13	0.003 [†]
	Mean Spine Z-score (DS)	-0.35 ± 1.37	0.13 ± 1.5	0.03 [†]
	Mean Femur T-score (DS)	-0.55 ± 0.17	-0.26 ± 0.25	0.09
	Mean Femur Z-score (DS)	0.05 ± 1.04	0.32 ± 1.17	0.11

- **IPP: Facteur de risque de baisse de la densité minérale osseuse** (analyse multivariée : **Age sup 50 ans OR 2,78**)

IPP : Ostéoporose et Fracture

Résultats discordants et hétérogènes

- Méta-analyse
- 11 études
- 1084560 patients
- Sur risque de fracture (hanche / rachis/ tout site)
 - Risque modeste
 - Patients avec facteurs de risque d'ostéoporose



IPP : Ostéoporose et Fracture

- **Probable sur risque** de fracture mais chez des sujets à risque
(femme ≥ 65 ans, ATCDP ou F fracture, ostéoporose, maladie endocrinienne et association aux AINS)
- **Ne pas contre-indiquer ou stopper un traitement par IPP justifié**
même si sujets à risque d'ostéoporose
- **Pas de DMO systématique** chez les patients sous IPP au long cours

IPP et os

IPP

1. Densité minérale osseuse

- **Résultats contrastés dans les données** des essais cliniques sur la microarchitecture osseuse
- Lansoprazole associé à une diminution de la densitométrie osseuse chez la souris
- **Pas d'association claire** avec une réduction de la DMO dans les essais cliniques

4. Focus sur la polyarthrite rhumatoïde



- Patients avec PR et consommant des IPP ont un **risque accru de fractures**
- Pas d'effet dose évident



2. Fractures



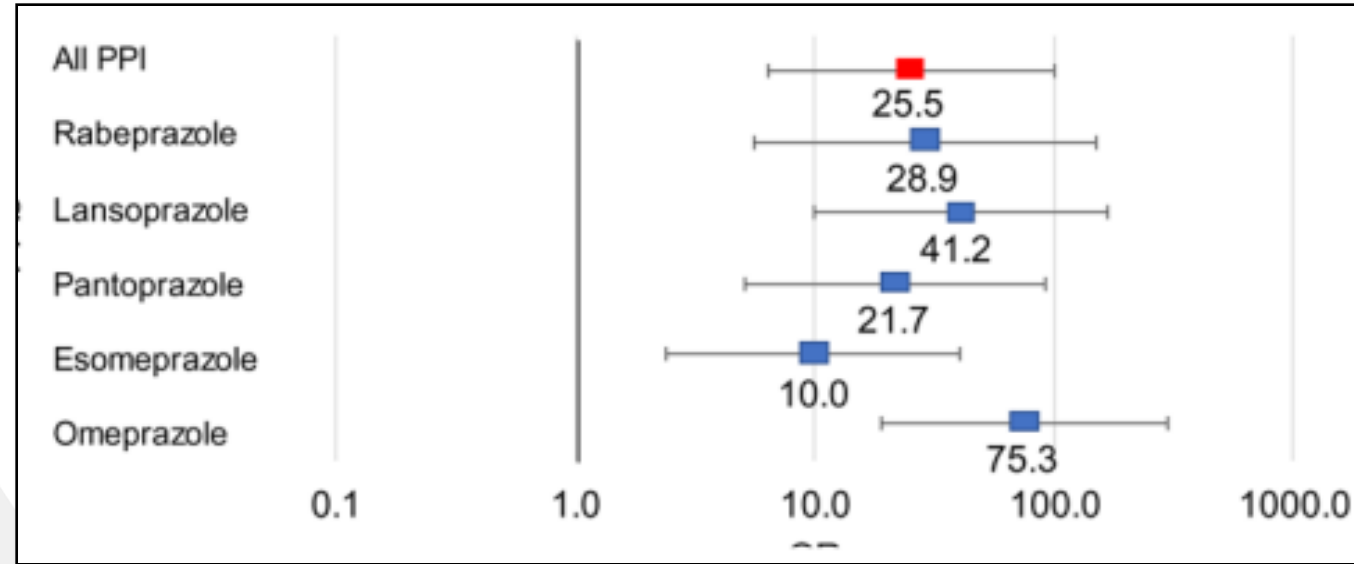
- **Augmentation du risque fracturaire** dans de nombreuses études rétrospectives, confirmé en méta-analyse
- Risque de FV semble **plus élevé** que risque de fracture de hanche sous IPP

3. Traitements anti-ostéoporotiques

- Usage des IPP en association aux bisphosphonates **semble augmenter le risque de fracture**
- Certaines études décrivent une diminution de l'efficacité antifracturaire

IPP et hyponatrémie

- Première semaine de traitement (OR : 6.87)
- Diminution progressive du risque (À 5 semaines : OR : 1.64)
- Mécanisme mal connu



- **Aucune recommandation; Pas de dosage systématique**
- En cas d'hyponatrémie, une origine iatrogène liée à un IPP ne peut être retenue que si introduction récente de l'IPP (4 premières semaines)
- Chez les sujets à risque d'hypoNA, éviter oméprazole et lansoprazole

IPP et rein

Néphrite interstitielle aiguë :

- OR 3.61; dès les premières semaines de traitement
- Signes peu spécifiques: Asthénie, fièvre et nausées, Anémie normochrome normocytaire > 1/3 des cas, leucocyturie ($\frac{3}{4}$ des cas), protéinurie (1/3 des cas), hématurie microscopique (< 20% des cas).
- Bon pronostic à l'arrêt

Insuffisance rénale aiguë: souvent secondaire à la NIA

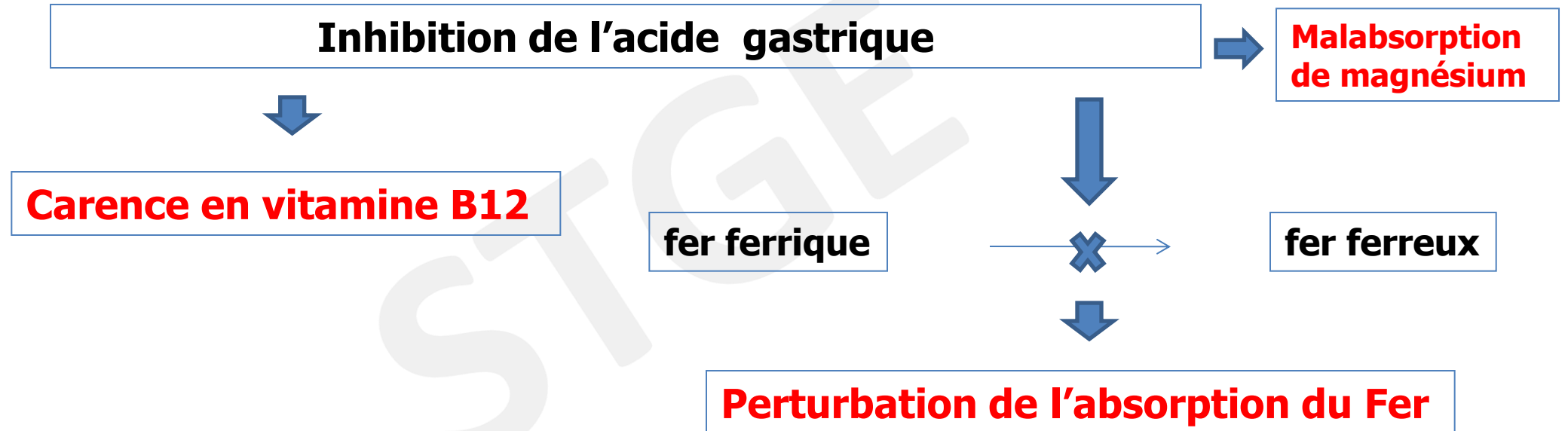
Insuffisance rénale chronique:

IRC : OR à 1.36 ; IRC terminale : OR à 1.42

IRA - NIA – Évolution à bas bruit vers l'IRC

Faire attention aux signes de NIA au début du ttt
Aucune recommandation / Pas de dosage systématique

IPP et malabsorption



IPP et malabsorption: Magnésium

IPP: Augmentation pH colique. \Rightarrow Réduction de l'activité des canaux TRPM6
 \Rightarrow Baisse absorption

- Sous estimée / Commune à tous les IPP
- Risque d'hypomagnésémie
 - dose dépendant (OR 2.13; pour dose élevée)
 - durée dépendant (OR 2.99; quand durée > 6 mois)
- Paresthésies, signe de Trousseau, signe de Chovstek, crampes musculaires, tremblements...arythmie, hypokaliémie, vomissements

IPP et malabsorption: Magnésium

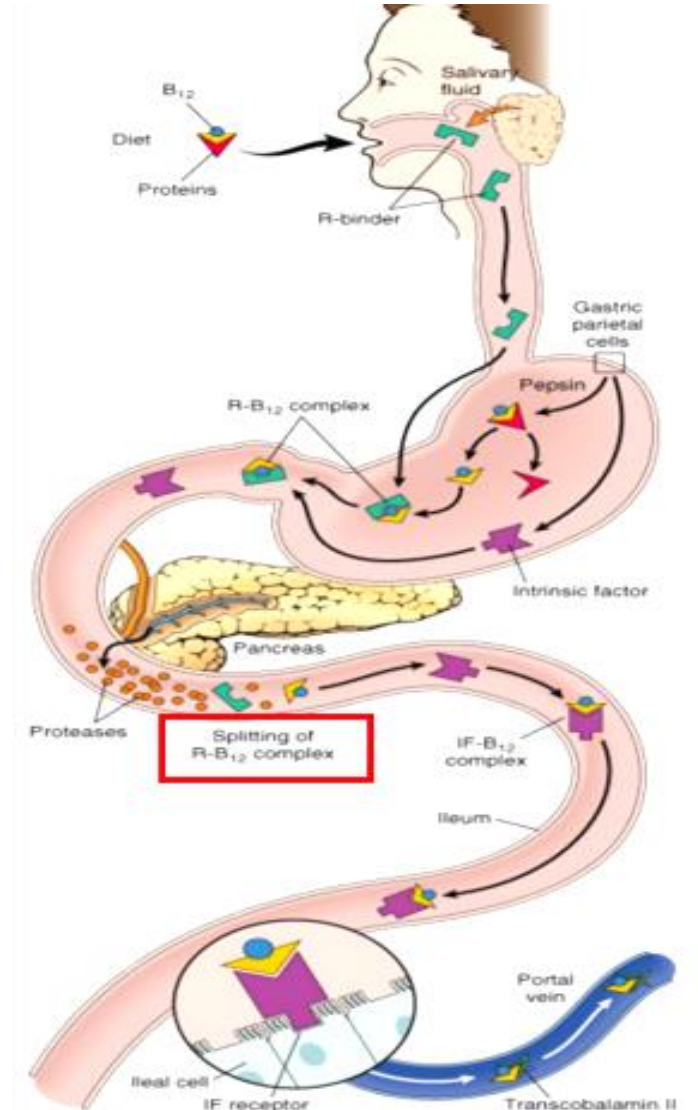
- Éviter les traitements par IPP à fortes doses sur le long terme
- Contrôle annuel de la magnésémie (sujets âgés de plus de 65 ans et/ou sous traitement hypomagnésémiant (digoxine, diurétiques))
- En cas d'hypomagnésémie:
 - stopper l'IPP en le remplaçant éventuellement par un antiH2
 - associer une supplémentation orale en magnésium

IPP et malabsorption: Vitamine B12

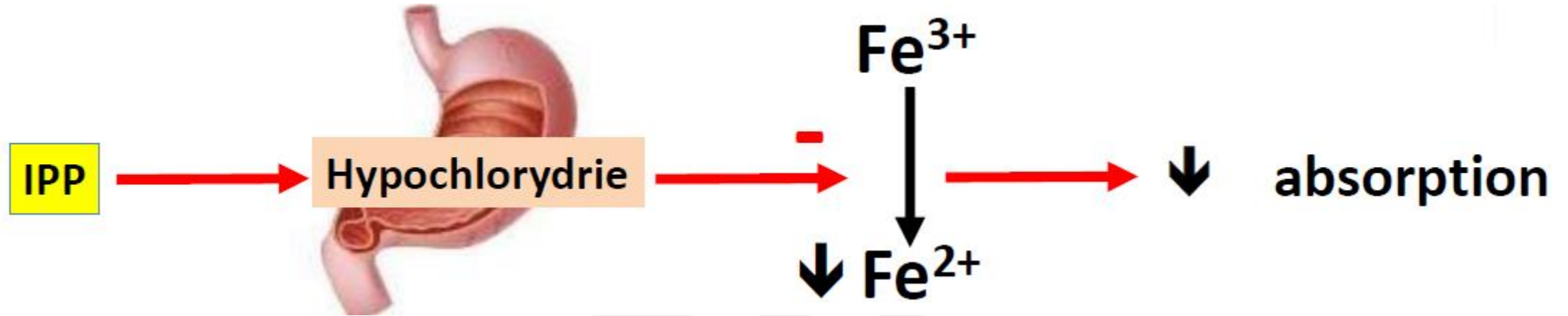
- Mécanismes:
 - Non dissociation vitamine B12 – protéine alimentaire au niveau de l'estomac à cause de l'hypochlorhydrie
 - Pullulation microbienne
- Risque de carence en vitamine B12 associé à la durée et à la dose du traitement par IPP

Pas de dosage systématique

Penser à le faire chez des patients sous IPP au long cours avec troubles neurologiques, cognitifs ou hématologiques.



IPP et malabsorption: Fer



- Ce rôle est controversé
- Pas de répercussion si sujet avec apports alimentaires et réserves normaux
- Conséquences si sujets carencés ou ayant des apports alimentaires en fer bas

Aucune recommandation

Pas de dosage systématique

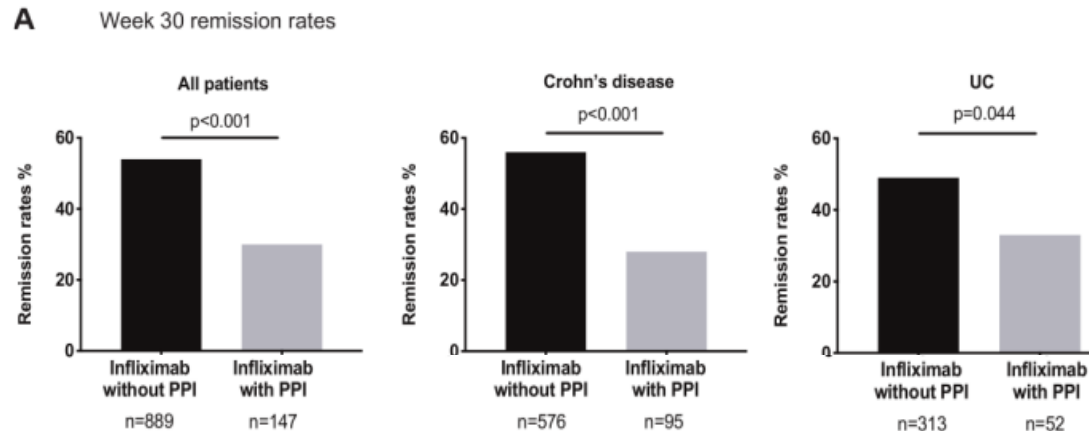
IPP et diarrhée

Infections digestives (sup 12 mois)

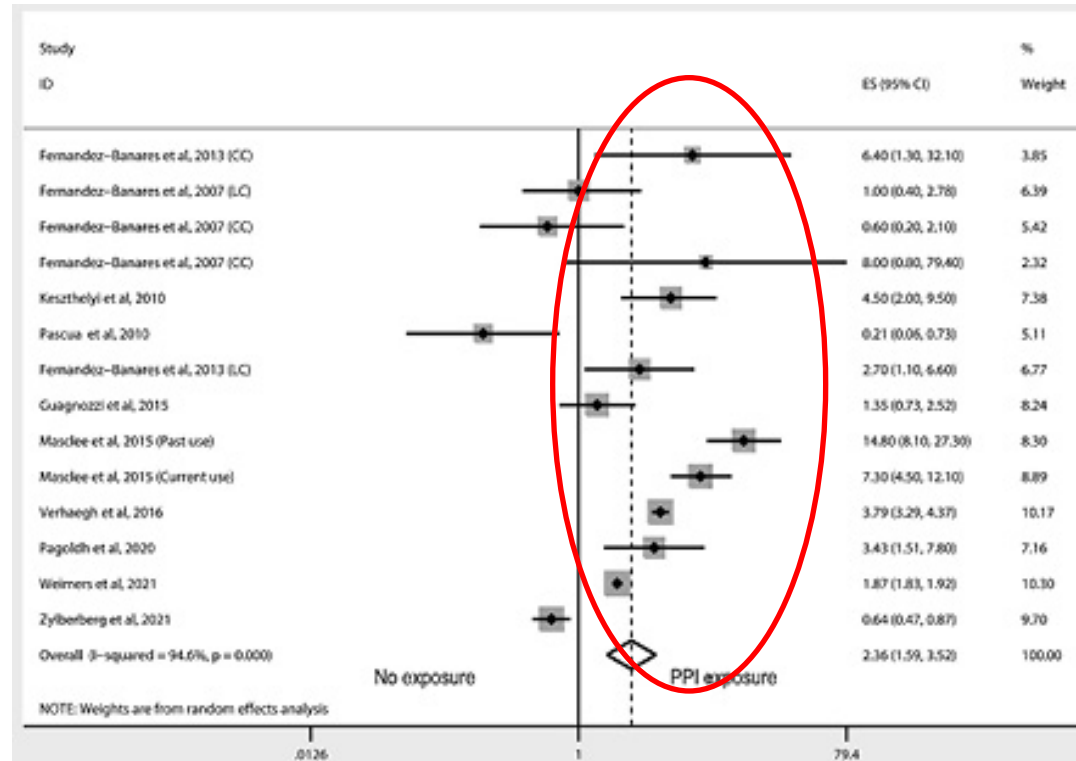
- Colite à Clostridium difficile OR 2,9 ; IC 95% : 2,4-3,4
- Infection intestinale à Salmonella et Campylobacter
- Pullulation bactérienne OR 16 ; IC 95% : 4,80-53

MICI

- Pas de risque plus élevé d'incidence des MICI sous IPP
- Possibilité de diminution de rémission sous anti – TNF α (inflammation/microbiote)



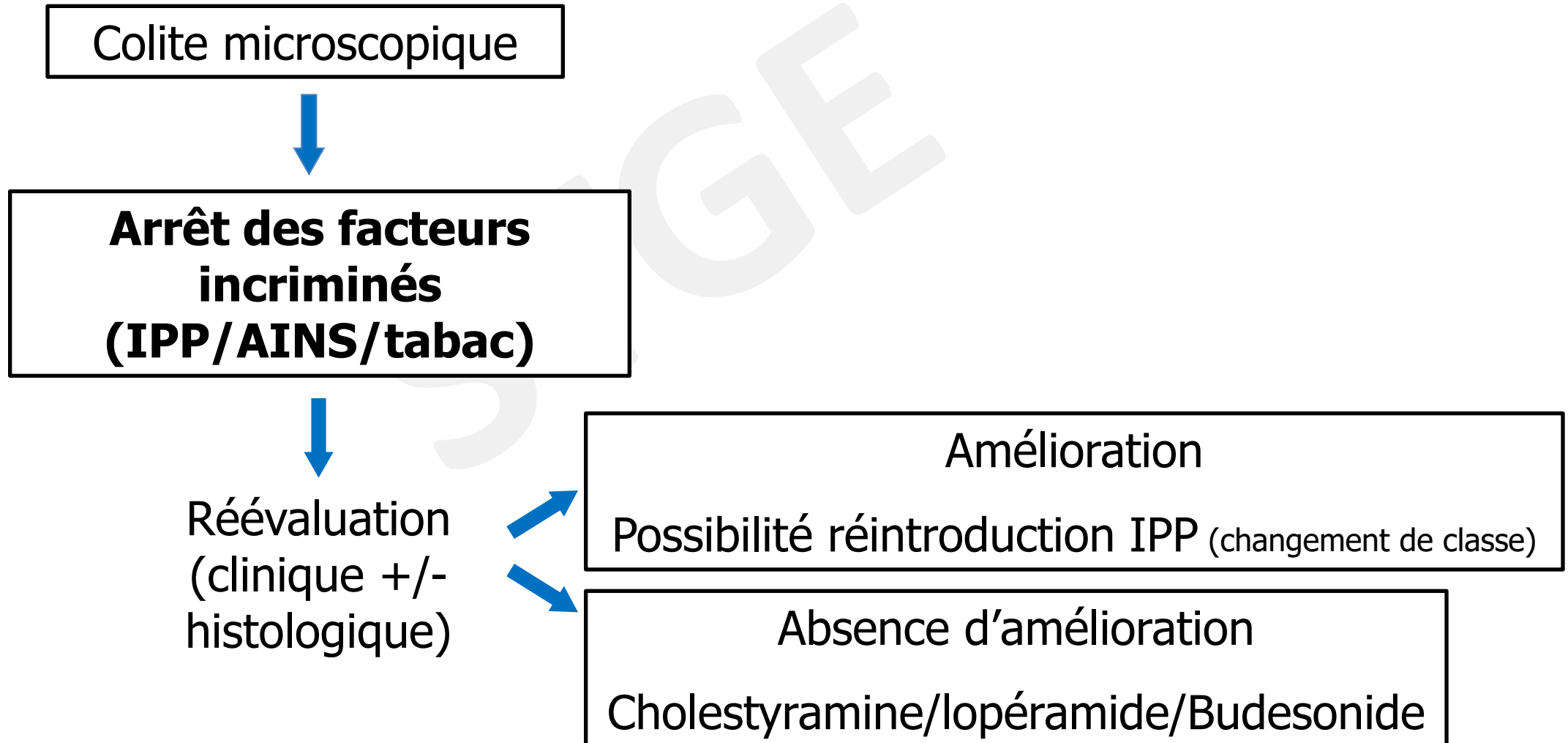
IPP et colite microscopique



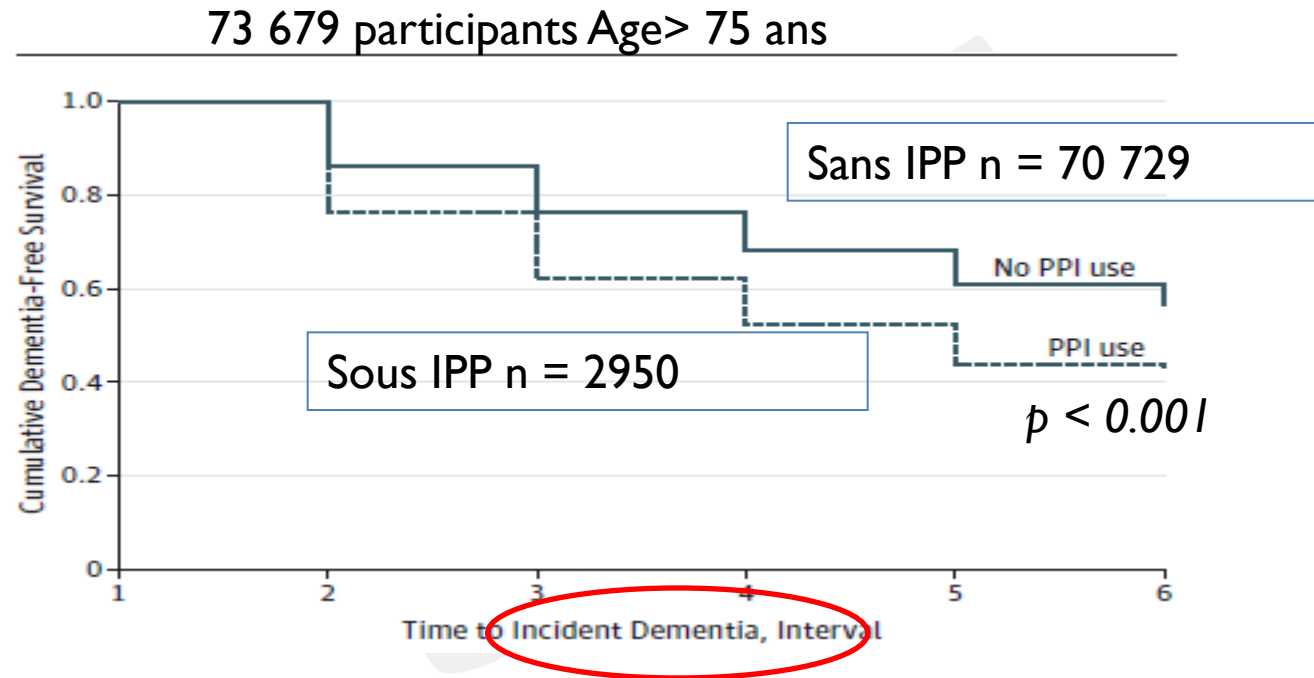
Colite microscopique (inf 4 mois)

- Diarrhée liquidienne – coloscopie normale – diagnostic histologique
- Pas d'effet classe mais Lansoprazole ++
- Régression à l'arrêt de l'IPP

IPP et colite microscopique

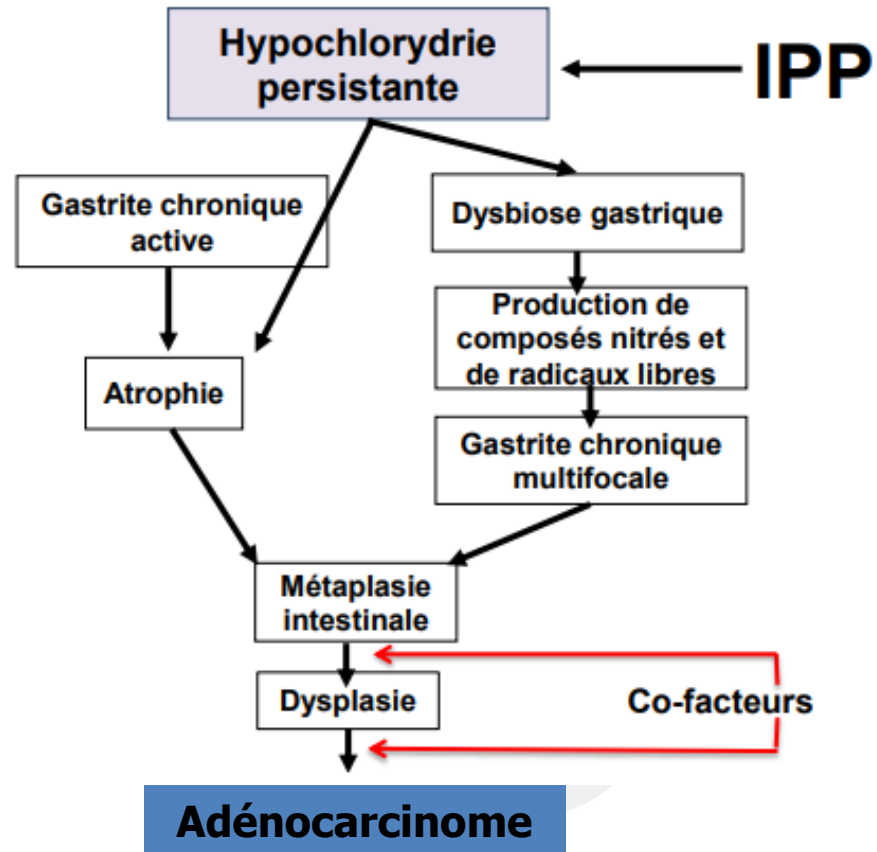


IPP et démence

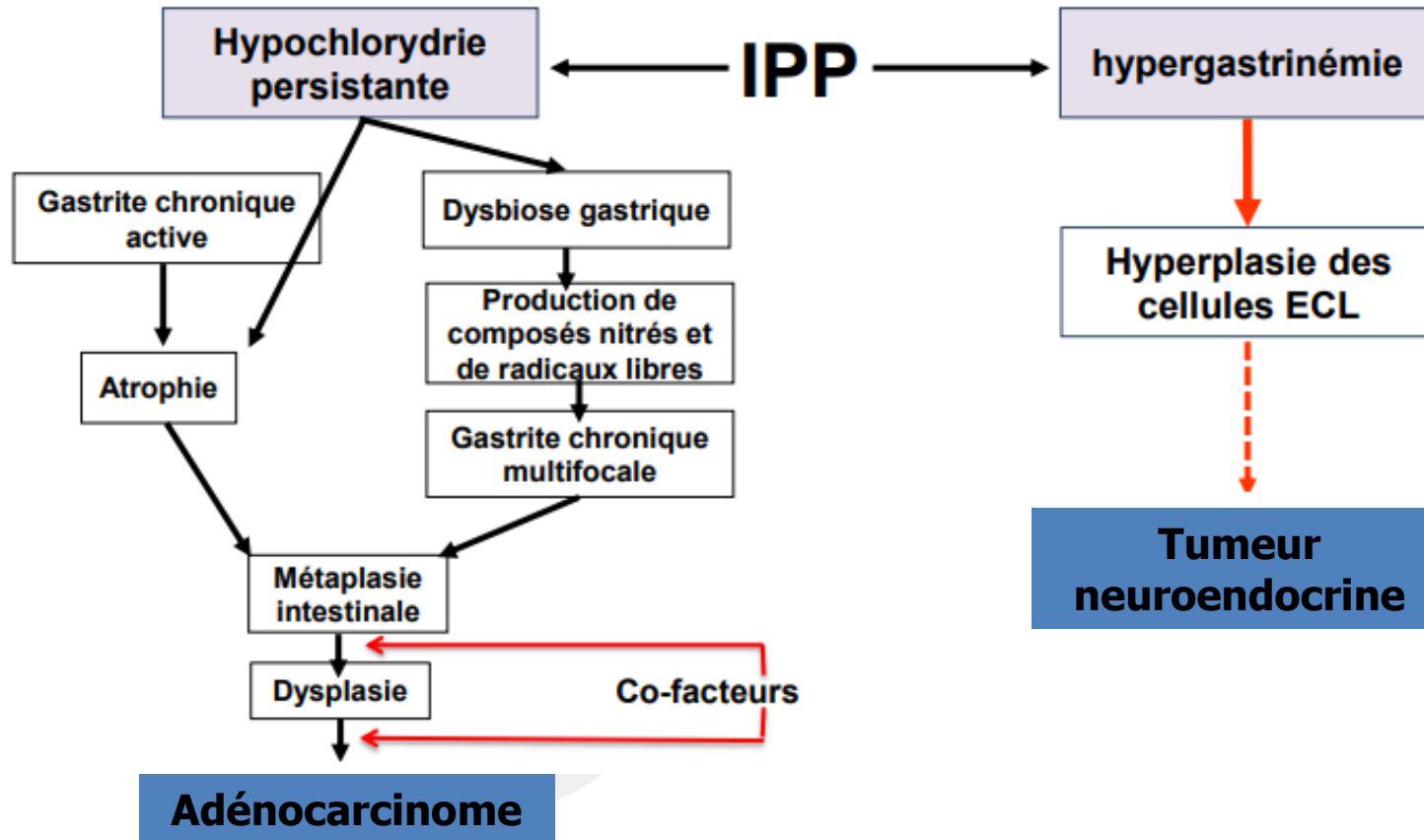


Données pharmaco épidémiologiques discordantes : les IPP augmentaient le taux de β -amyloïde dans le cerveau des souris

IPP et cancer gastrique



IPP et cancer gastrique



Avant d'instituer un traitement par IPP au long cours :

- Recherche et éradication de l'H. pylori
- Évaluation de la gastrite (atrophie glandulaire, métaplasie intestinale +++) pour adapter la surveillance

Situations particulières

- IPP et grossesse
- IPP et cirrhose
- Effet rebond acide

STIGE

IPP et grossesse

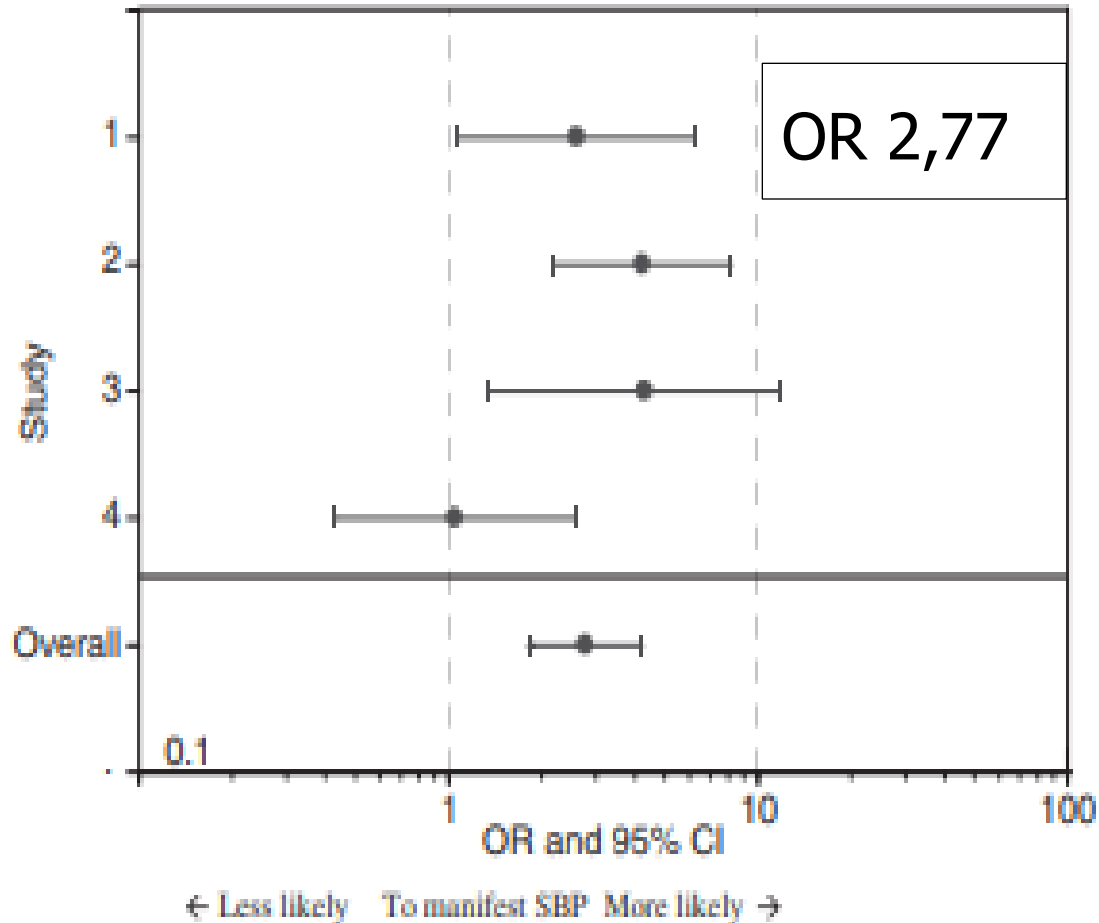
Données nombreuses et RASSURANTES
Pas d'association établie entre un effet malformatif et/ou foetotoxique particulier

Molécule	Prévision de grossesse	Traitement d'une femme enceinte	Découverte d'une grossesse sous traitement	Allaitement
Esoméprazole	Autorisé	Autorisé	Autorisé	Autorisé
Oméprazole	Autorisé	Autorisé	Autorisé	Autorisé
Lanzoprazole	Autorisé	Autorisé	Autorisé	Déconseillé
Pantoprazole	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé
Rabéprazole	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé	Déconseillé

 **Autorisé**
 **Déconseillé**

IPP et cirrhose : ILA/EH

IPP: Risque accru d'ILA



IPP: Risque accru d'EH

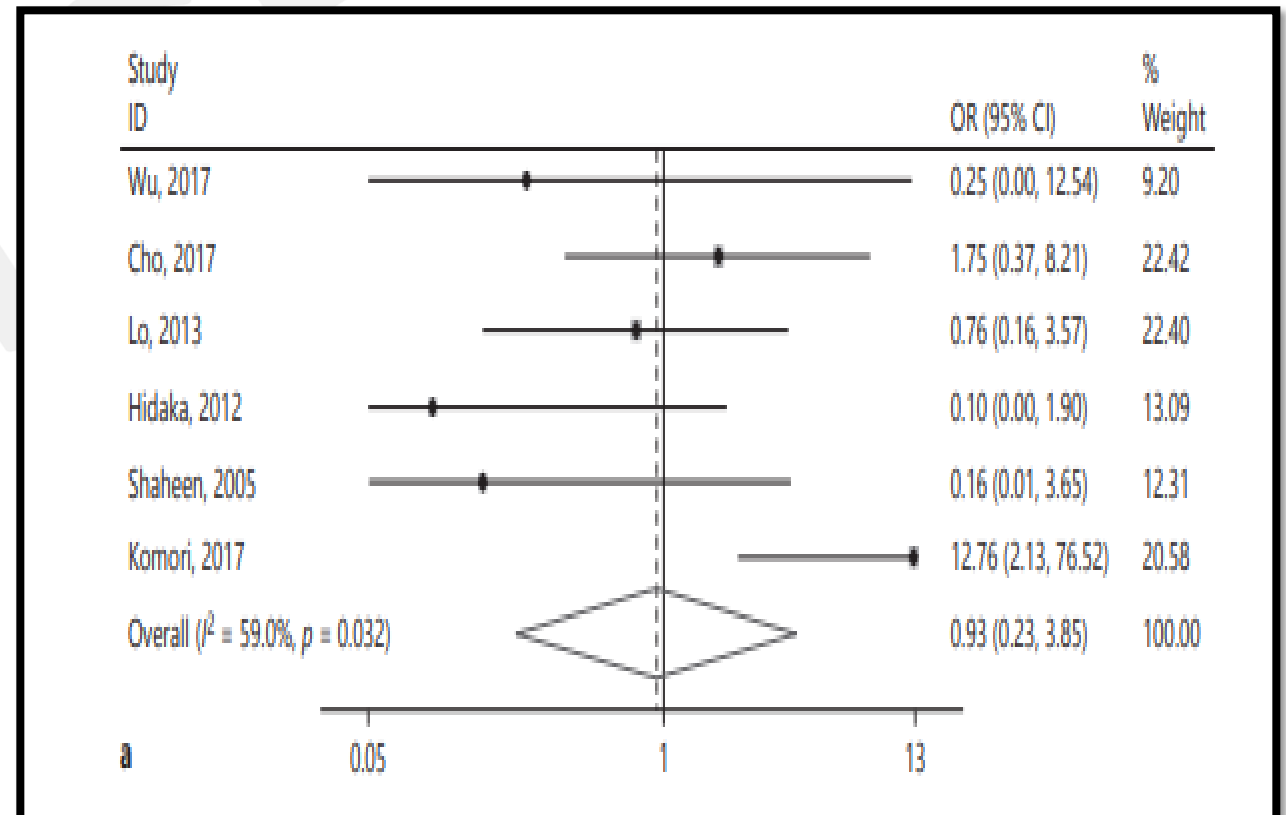
OR 1,41 si durée 1 à 4 mois
OR 3,01 si durée 12 mois

	Risk of hepatic encephalopathy		
	Users (n, %)	Non-users (n, %)	OR (95% CI) ^a
Pantoprazole	120 (10.3)	42 (3.6)	2.05 (1.39~3.03)
Lansoprazole	193 (16.6)	100 (8.6)	1.40 (1.05~1.87)
Omeprazole	125 (10.7)	64 (5.5)	1.38 (1.03~1.96)
Esomeprazole	176 (15.1)	95 (8.1)	1.35 (1.01~1.71)
Rabeprazole	57 (4.9)	28 (2.4)	1.43 (0.87~2.34)

IPP et cirrhose : HDH

Pas d'intérêt des IPP au cours de l'HDH chez les cirrhotiques (ESGE)
IPP doit être arrêté immédiatement après LEVO

- Méta-analyse
- 11 études
- 1818 cirrhotiques
- Pas de réduction de la mortalité à court terme si IPP à la phase aigue de l'HDH



IPP et cirrhose : molécule

Eviter la prescription non justifiée des IPP chez les malades cirrhotiques surtout CHILD C

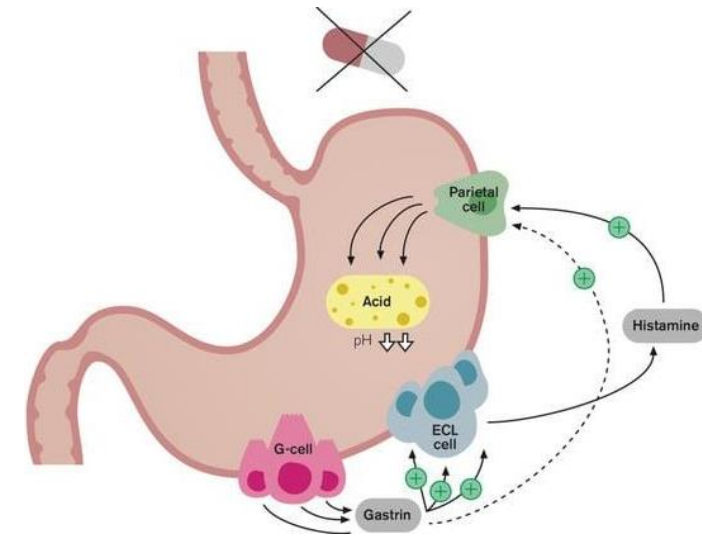
Molécule	Cirrhose Child A et B	Cirrhose Child C
Esoméprazole	Autorisé	Déconseillé (1/2 dose (20mg))
Oméprazole	Autorisé	Contre indiqué
Rabéprazole	Déconseillé (1/2 dose (10mg))	Contre indiqué
Lanzoprazole	Contre indiqué	Contre indiqué
Pantoprazole	Contre indiqué	Contre indiqué

- Autorisé
- Déconseillé
- Contre indiqué

IPP: Effet rebond acide

Augmentation de la sécrétion acide à l'arrêt des IPP au-dessus des niveaux de prétraitement

- Incidence : 27,5 à 44%
- Même après **quelques semaines** de traitement par IPP (8 semaines)
- Après 4 semaines - 26 semaines de l'arrêt des IPP
- Durée: qq J à plusieurs semaines
- Intensité proportionnelle à la durée et à la dose
- Symptômes variables (pyrosis, régurgitations, dyspepsie)
- **Facteurs de risque:** Statut HP (négatif), Genre féminin, Prise quotidienne des IPP (vs intermittente)



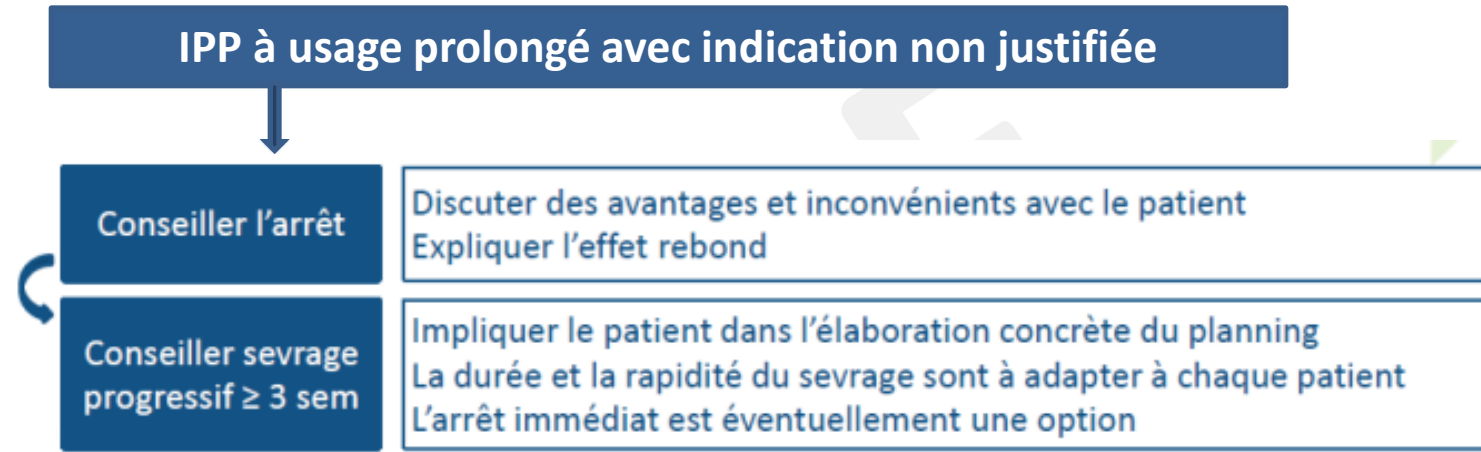
IPP: Effet rebond acide : comment l'éviter?

- Pas de recommandations claires
- Privilégier les traitements « à la demande » ou prise d'IPP 1 jour sur 2
- Diminution graduelle de l'IPP (quelques semaines-6mois) avant l'arrêt
- Modalités de diminution: Demi dose, Dose minimale efficace
- Lors de la dégression, possibilité d'ajout
 - Anti-H2
 - Barrière anti-acide

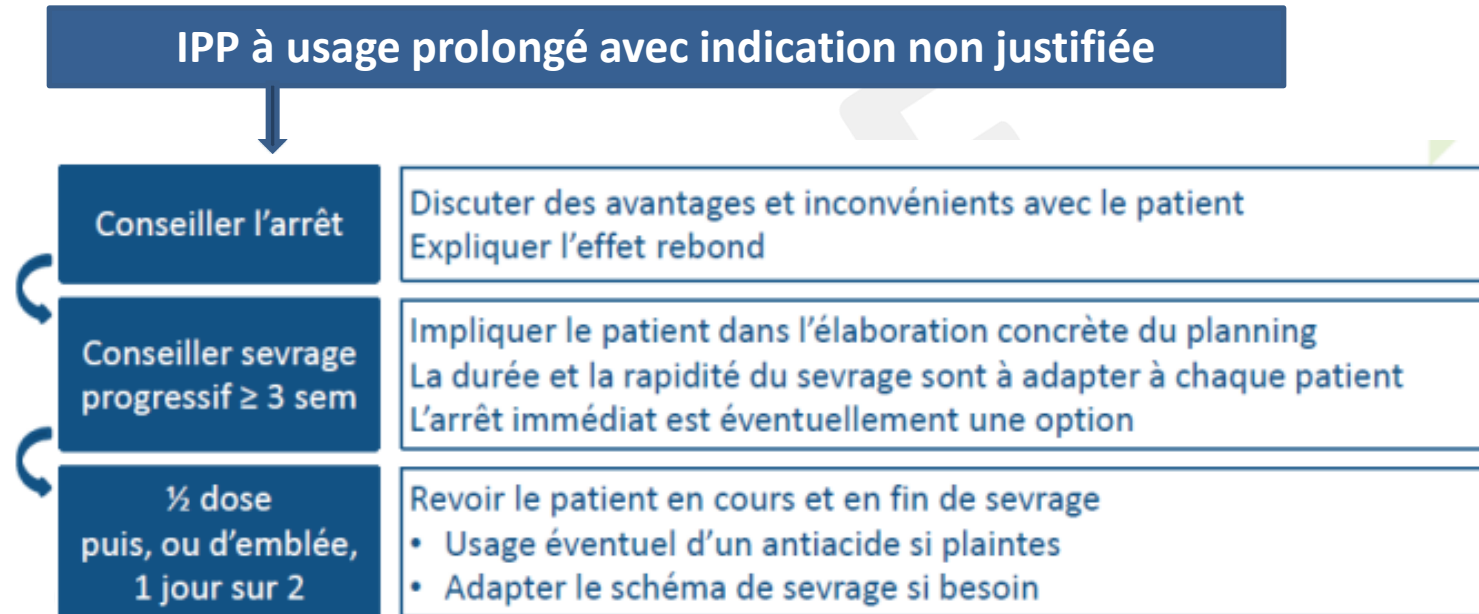
IPP: Effet rebond acide : comment l'éviter?



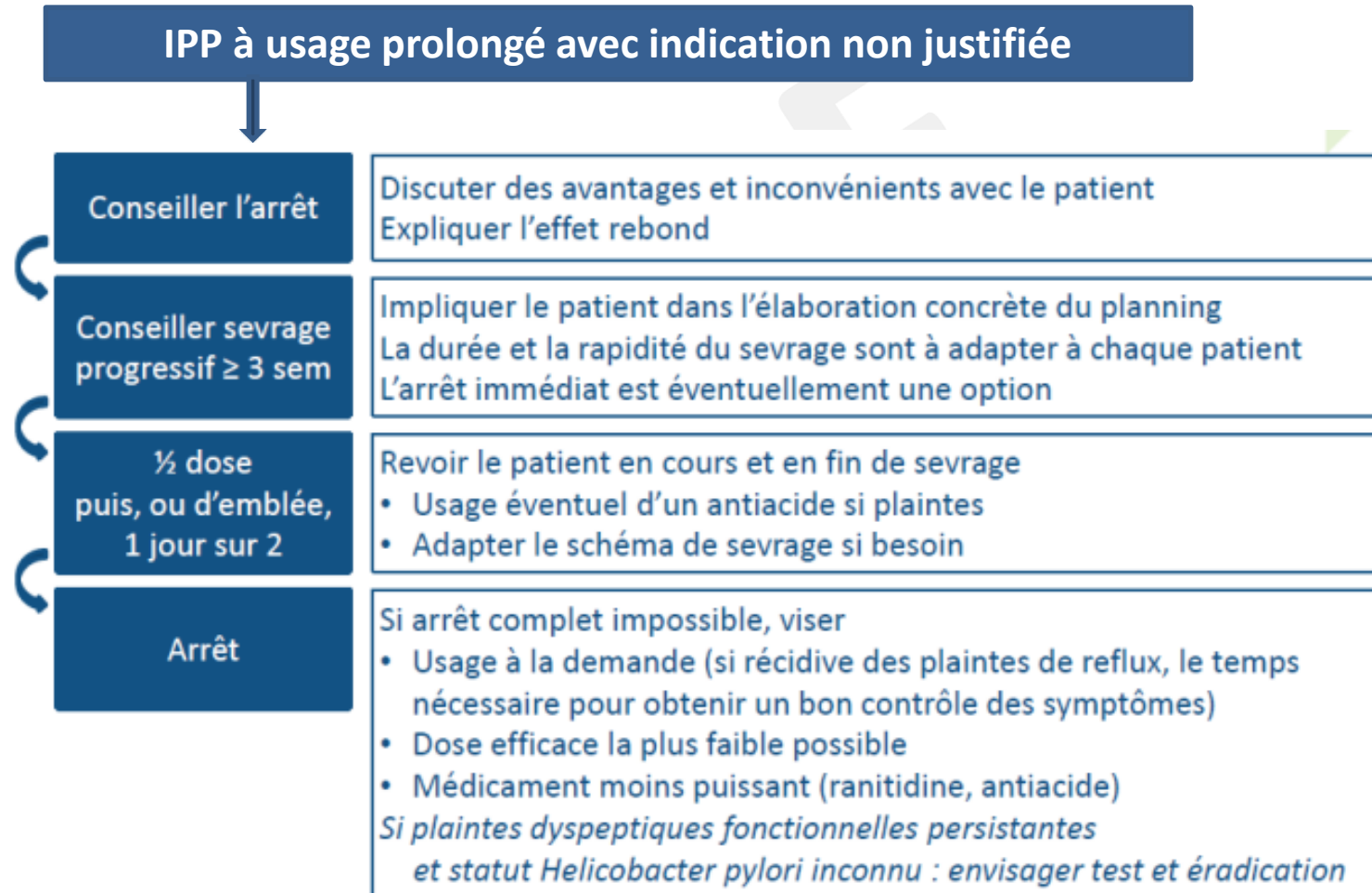
IPP: Effet rebond acide : comment l'éviter?



IPP: Effet rebond acide : comment l'éviter?



IPP: Effet rebond acide : comment l'éviter?



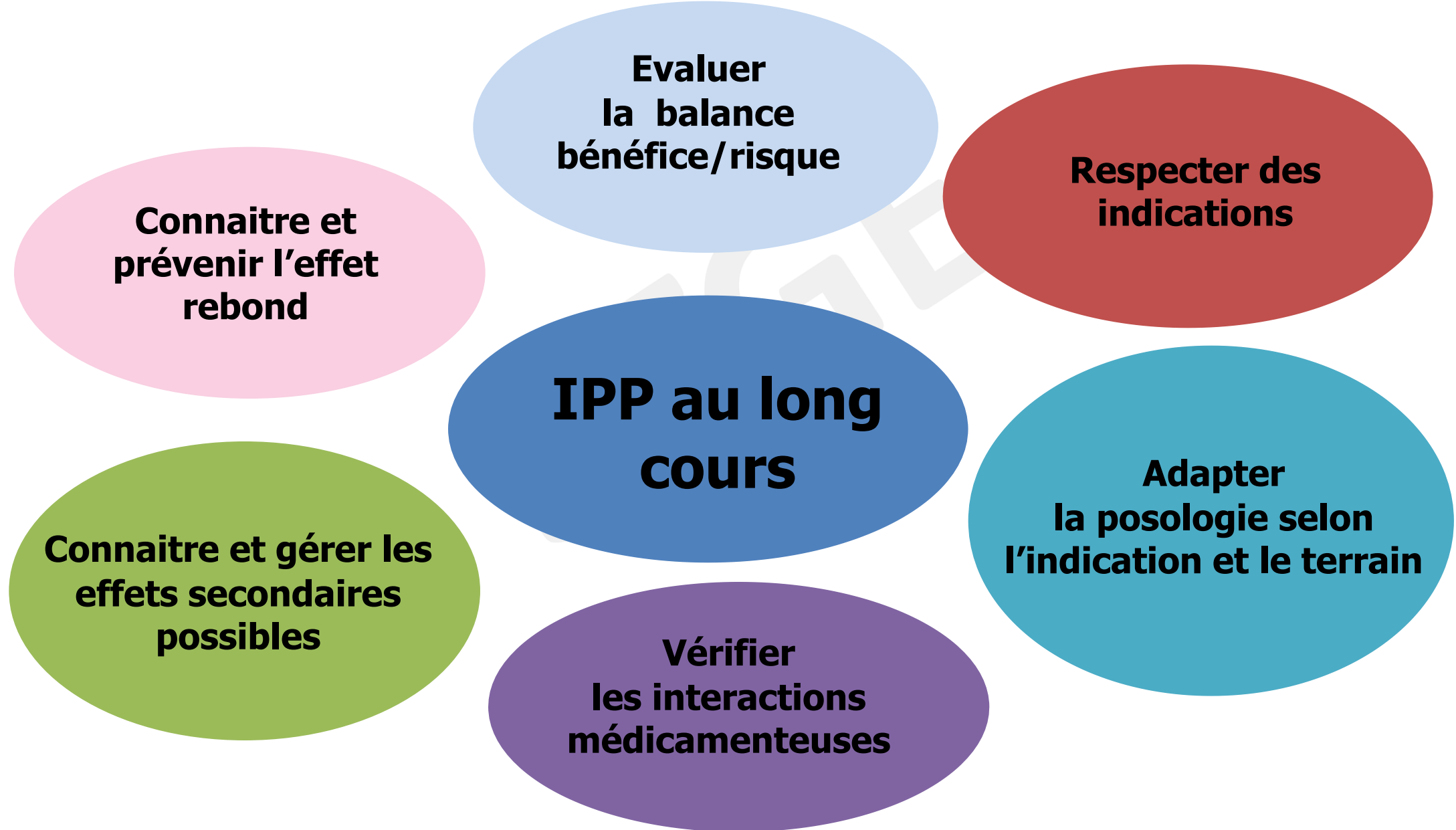
IPP: Bonnes pratiques de prescription

- Initier un traitement par IPP en respectant les recommandations (indication, dose et durée).
- Utiliser la dose minimale efficace.
- Réévaluer au moins tous les 3 mois l'indication d'un traitement au long cours par IPP et ne pas le renouveler systématiquement.
- Interroger le patient ou la famille au sujet de l'automédication.
- Informer le patient sur la gestion de ce traitement (posologie, durée...) et les risques au long cours.

IPP: Bonnes pratiques d'arrêt

- Envisager un arrêt de l'IPP lors de l'identification d'une prescription inappropriée (indication non recommandée, durée excessive).
- Informer le patient sur le risque d'effet rebond à l'arrêt du traitement.
- Diminuer progressivement les doses et surveiller la réapparition des symptômes.
- Préconiser une prise en charge des alternatives des symptômes occasionnels (règles hygiéno-diététiques, alginates...).

Take home messages





Merci de votre attention

