

Inhibiteurs de la pompe à protons

- Coûts
- Surprescription
- Effets secondaires
- Traitement au long cours : indications validées

Dr Philippe Bichard

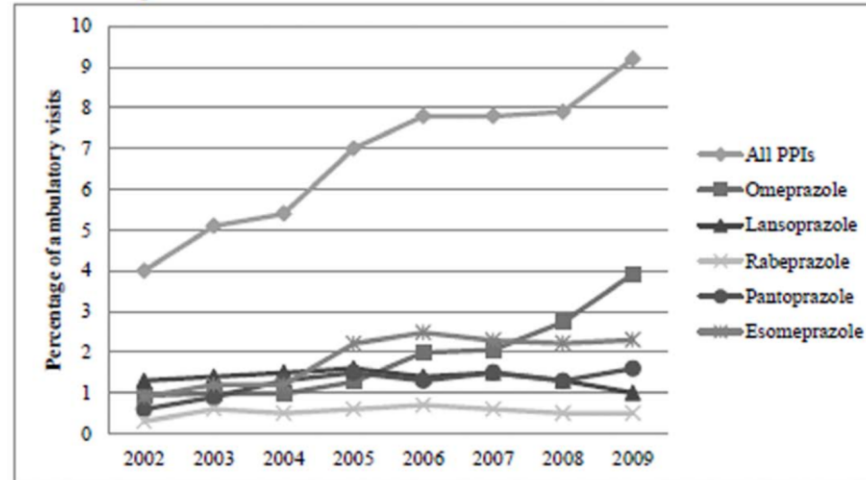
Les IPP dans le monde

- Médicaments très (trop) prescrits
- Consommation de 23 c (France)
- Allemagne consommant
- USA 119 millions d'ord

• Prescription inappropriée 25% à 70% des cas

Forgacs I, Loganaygam BMJ 2008
 Haute Autorité de Santé (Fr) (Réévaluation des IPP, 2009).
 Sheen E, Triadafilopoulos G. Dig Dis Scie 2011
 Savarino V, Dulbecco P, de Bortoli N et al Eur J Intern Med 2017

b. Percentage of visits in which PPI use was documented, 2002 – 2009^{a,b}



^a Weighted percentages based on the sample that was surveyed
^b $p < 0.001$ for trend across years in all PPI use, omeprazole use, pantoprazole use, esomeprazole use, and pantoprazole after controlling for changes in patient characteristics

e 2016

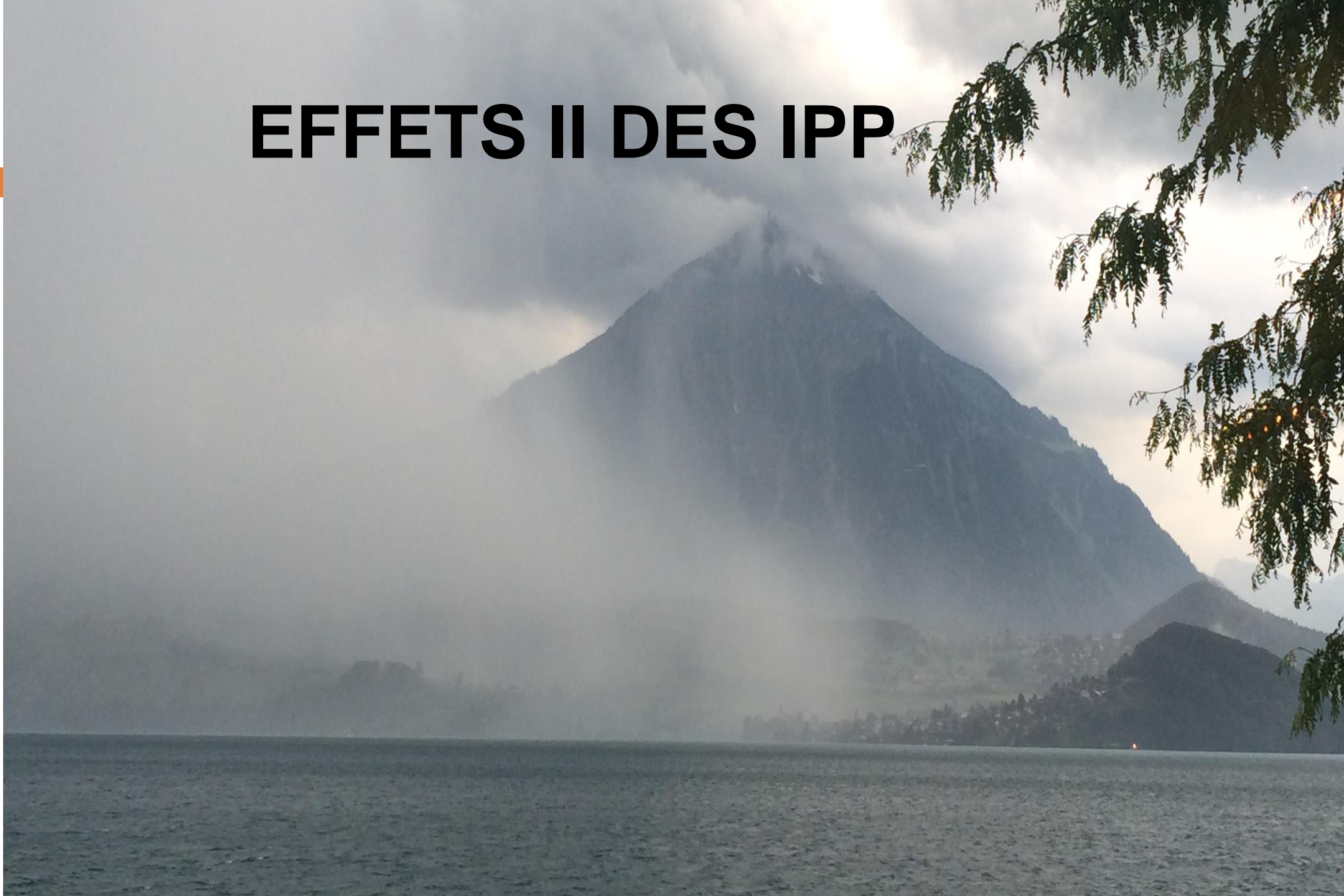
Les IPP en Suisse

- Mécanismes de la surprescription
 - Indication inappropriée
 - Poursuite IPP sans remise en question de son bien-fondé
 - Problèmes de sevrage à l'arrêt ?

- Médicaments bien tolérés, efficaces.

- Effets secondaires: 2-4 %.

EFFETS II DES IPP



EFFETS SECONDAIRES (Esomeprazole)

10% EI fréquents	1% EI occasionnels	0.1% EI rares	0.01% EI très rares
	↗ enzymes hépatiques	Hépatite ictère Leucopénie Thrombopénie Hyponatrémie	Agranulocytose Hypomagnésémie → hypoK, hypoCa Néphrite intersticielle
Céphalées	Troubles sommeil vertiges goût modifié Vision floue	Dépression agitation confusion	Agressivité hallucinations
	Dermatite, prurit, urticaire, rash	Alopécie, photosensibilité	Erythème polymorphe, Stevens Johnson, Lyell
Douleurs abdo, constip, diarrhée, flatul nausées, vomissements	Sécheresse bouche		Colite microscopique
	Transpiration accrue	Arthralgie, myalgie	Gynécomastie

Effets secondaires potentiellement graves

1. Infections par *Clostridium difficile*
2. Pneumonies
3. Ostéopénie
4. Hypovitaminose B12
5. Hypomagnésémie
6. Cancer gastrique ??



see related editorial on page 1020

Risk of *Clostridium difficile* Infection With Acid Suppressing Drugs and Antibiotics: Meta-Analysis

REVIEW

Chun Shing Kwok, MBBS, MSc, BSc¹, Aaron Kobina Arthur, BSc¹, Chukwudubem Ifeanyichukwu Anibueze¹, Sonal Singh, MD, MPH², Rodrigo Cavallazzi, MD³ and Yoon Kong Loke, MBBS, MD¹

- **Méta-analyse**
- **42 études**
- **313'000 patients**

Résultats



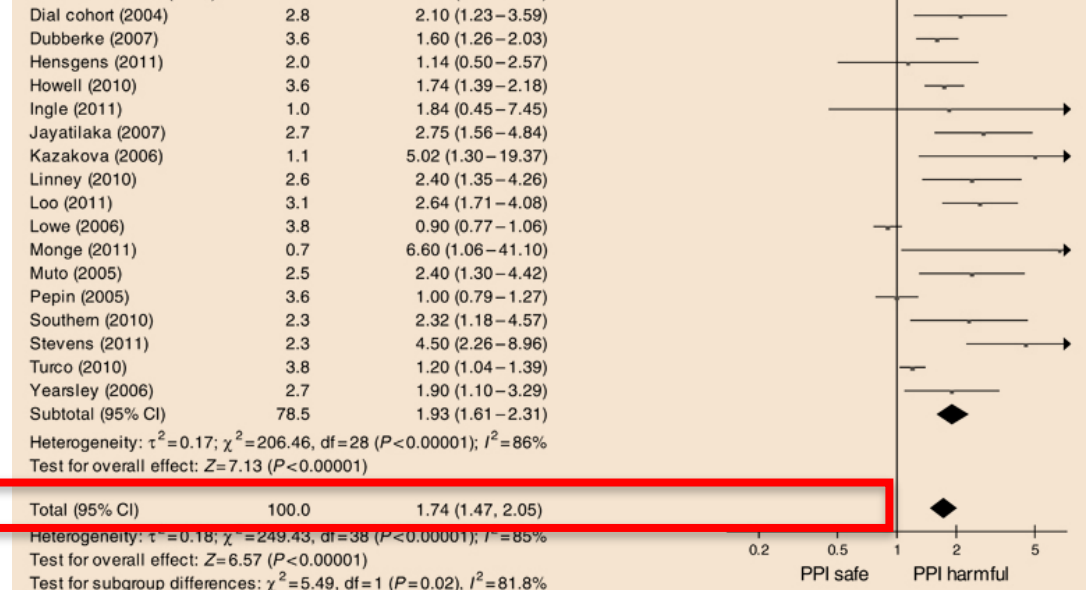
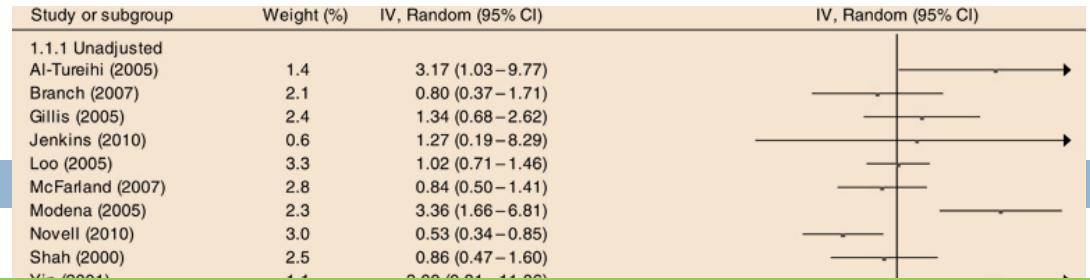
Aug
d'inf
OR:

Safety Announcement

[02-08-2012] The U.S. Food and Drug Administration (FDA) is informing the public ... A diagnosis of *Clostridium difficile*-associated diarrhea CDAD should be considered for patients taking PPIs who develop diarrhea that does not improve

et de récive

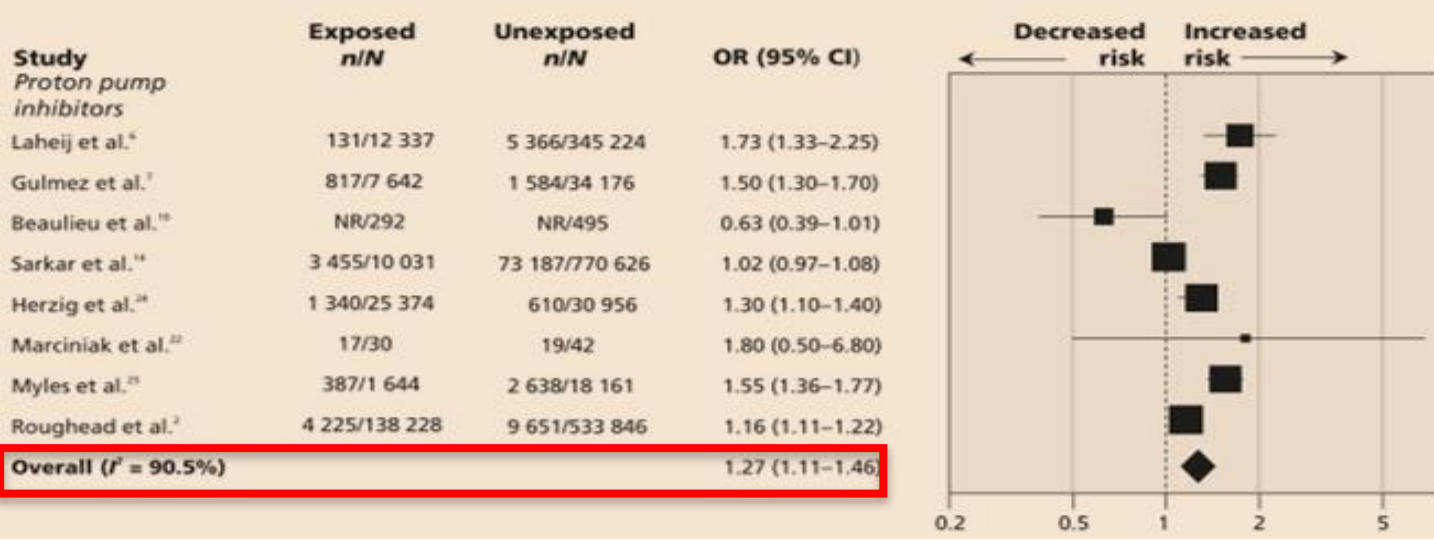
OR: 2.5; IC95% (1.2-5.4)



Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis

Chun-Sick Eom MD MPH, Christie Y. Jeon ScD, Ju-Won Lim MD, Eun-Geol Cho MD, Sang Min Park MD PhD,
Kang-Sook Lee MD PhD

- **Méta-analyse**
- **31 études (cas-contrôles, études observationnelles)**
- **Pneumonies acquises en communauté et nosocomiales**



Factor	No. of studies	Summary adjusted OR (95% CI)	I ² , %
Proton pump inhibitors			
<i>Study design</i>			
Case-control and nested case-control	5	1.44 (1.09–1.91)	93.7
Cohort	3	1.14 (0.96–1.36)	79.1
<i>Study population</i>			
General	5	1.34 (1.14–1.57)	93.6
Hospital	3	1.04 (0.58–1.88)	76.9
<i>Type of pneumonia</i>			
Community-acquired	5	1.34 (1.14–1.57)	93.6
Hospital-acquired	3	1.04 (0.58–1.88)	76.9
<i>Dose</i>			
Usual	3	1.37 (1.08–1.74)	86.5
High	3	1.52 (1.31–1.76)	27.5
<i>Duration of exposure, d</i>			
< 7	2	3.95 (2.86–5.45)	0.0
< 30	4	1.61 (1.46–1.78)	30.6
30–180	4	1.36 (1.05–1.78)	84.3

Augmentation du risque de pneumonie

OR: 1.27; IC 95% 1.11-1.46)

1 cas de pneumonie pour 200 patients traités par IPP.

Infection de liquide d'ascite du cirrhotique

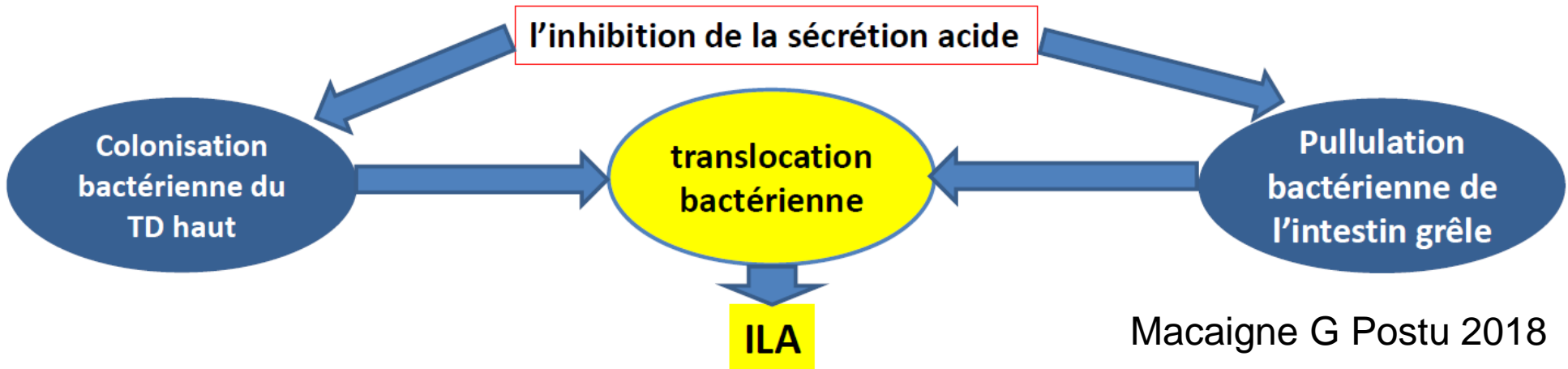
La prescription d'IPP au long cours ne diminue pas l'incidence des hémorragies chez les malades cirrhotiques avec hypertension portale

Augmentation du risque d'infection spontanée du liquide d'ascite par les IPP

- Association indépendante entre le traitement par IPP et la survenue d'une ILA (OR 4,31 ; IC 95% 1,34-11,7).
47% des malades cirrhotiques étaient sous IPP sans indication documentée.
- Méta-analyse (4 études observationnelles – 772 cirrhotiques)
Association significative entre ILA et traitement par IPP : OR 2,77 ; 95% CI 1,82-4,23

Bajaj et al. Am J Gastroenterol 2009

Trikudanathan et al. Int J Clin Pract 2011



Fracture hanche, poignet et rachis et malabsorption du calcium

- Utilisation à long terme des IPP influence le métabolisme osseux.
- Hypochlorhydrie:
 - ▣ Diminue l'absorption de calcium
 - ▣ Inhibe l'activité ostéoclastique
 - ▣ Diminue la densité osseuse



*Effect of omeprazole, an inhibitor of H⁺,K(+)-ATPase, on bone resorption in humans. Mizunashi K, Furukawa Y, Katano K, Abe K. Calcif Tissue Int. 1993;53(1):21.
Calcium absorption and achlorhydria. Recker RR. N Engl J Med. 1985;313(2):70*

Use of proton pump inhibitors and risk of hip fracture in relation to dietary and lifestyle factors: a prospective cohort study

Hamed Khalili *clinical and research fellow*¹, Edward S Huang *clinical and research fellow*¹, Brian C Jacobson *attending physician*², Carlos A Camargo Jr *attending physician, associate professor*^{3,4}, Diane Feskanich *assistant professor*⁴, Andrew T Chan *attending physician, associate professor*^{1,4}

¹Gastroenterology Unit, Massachusetts General Hospital, 55 Fruit Street, GRJ-728A, Boston MA 02114, USA; ²Section of Gastroenterology, Boston University Medical Center, Boston MA 02118; ³Department of Emergency Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston MA 02114; ⁴Channing Laboratory, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston MA

- **79'899 femmes ménopausées utilisant des IPP**
- **Suivies de 2000 à 2008**
- **Critère de jugement principal : fracture de hanche**

Table 2| Risk of hip fracture according to use of proton pump inhibitors (PPIs) among 79 899 postmenopausal women enrolled in the Nurses' Health Study

	Non-users of PPIs	Regular PPI user
No of cases/No of person years	744/492 154	149/73 632
Hazard ratio (95% CI):		
Adjusted for age	1.00	1.35 (1.13 to 1.62)
Adjusted for age + body mass index*	1.00	1.45 (1.21 to 1.73)
Adjusted for age + calcium intake†	1.00	1.35 (1.12 to 1.62)
Multivariable adjusted‡	1.00	1.37 (1.14 to 1.64)
Fully adjusted§	1.00	1.36 (1.13 to 1.63)

*Body mass index categorised as <20, 20–24.9, 25–29.9, ≥30 kg/m².

†Energy adjusted calcium intake calculated from diet and dietary supplements, categorised as <600, 600–899, 900–1200, >1200 mg/day.

‡Adjusted for age (months), body mass index, alcohol intake (<5, 5–15, >15 g/day), total energy adjusted calcium intake, level of physical activity (<1.7, 1.7–4.5, 4.6–10.6, 10.7–22.1, >22.1 metabolic equivalents-hours/week), smoking status (never, past ≥10 years, past <10 years, current <15 cigarettes/day, current >15 cigarettes/day), vitamin D intake (<400, 400–600, >600 IU/day), and history of osteoporosis (yes, no).

§Adjusted for age (years), body mass index, alcohol intake, total energy adjusted calcium intake, history of osteoporosis, level of physical activity, smoking status, vitamin D intake, bisphosphonate use (yes, no), thiazide use (yes, no), corticosteroid use (yes, no), and use of postmenopausal hormone replacement therapy (never, past, current).

Table 3| Risk of hip fracture according to duration of use of proton pump inhibitors (PPIs) among 79 899 postmenopausal women enrolled in the Nurses' Health Study

	No of years of regular PPI use*				P _{trend} †
	0	2	4	6–8	
No of cases/No of person years	691/470 109	127/62 081	48/21 582	27/12 015	
Hazard ratio (95% CI):					
Age adjusted	1.00	1.36 (1.12 to 1.65)	1.42 (1.05 to 1.92)	1.48 (0.99 to 2.20)	<0.01
Multivariable adjusted‡	1.00	1.36 (1.12 to 1.65)	1.42 (1.05 to 1.93)	1.54 (1.03 to 2.31)	<0.01

*Women who reported PPI use on a biennial questionnaire were assigned a duration of use of 2 years, and this variable increased in biennial increments (thus women who reported PPI use on two biennial questionnaires were assigned a duration of use of 4 years, those who reported use on three questionnaires were assigned a duration of 6 years, etc).

†P_{trend} was estimated by entering the duration of regular PPI use in the model as a continuous variable.

‡Adjusted for age (months), body mass index, alcohol intake, total energy adjusted calcium intake, history of osteoporosis, level of physical activity, smoking status, vitamin D intake, bisphosphonate use, thiazide use, corticosteroid use, and use of postmenopausal hormone replacement therapy (see table 2 for details).

Risque absolu fracture de hanche:

2.02 évènements / 1 000 personnes-années lors de la prise IPP

vs 1.51 sans IPP

Déficit en Vitamine B₁₂

Dose d'IPP	Diminution absorption B12
PPI 20 mg/j	3.2 à 0.9%
PPI 40 mg/j	3.4 à 0.4%

- ❑ Résultats contradictoires
- ❑ 1 étude prospective: cliniquement non significative
- ❑ Attention chez l'adulte âgé

Hypomagnésémie



- ❑ En cas d'usage prolongé
- ❑ Mécanisme équivoque
- ❑ Cas sévères avec épuisement, tétanie, délire, convulsions, vertiges et arythmies ventriculaires coma
- ❑ Disparaît en 2 semaines après l'arrêt des IPP

Surveillance ?

- Traitement prolongé
- Association avec digoxine ou autres médicaments susceptibles de causer une hypomagnésémie (p.ex. diurétiques),
- → contrôles périodiques des taux de magnésium.

INDICATIONS VALIDEES des IPP



INDICATIONS IPP (Esomeprazole)

INDICATIONS	DUREE
Ulcère AINS	40 mg 4-8 semaines
Ulcère <i>H pylori</i>	2 X 40 mg 10-14 jours
Prévention ulcère sur AINS	20 mg durée des AINS
Reflux gastro-œsophagien	40 mg 4 semaines (+ /- 20 mg long cours)
Œsophagite de reflux	40 mg 4 +/- 4 semaines (+/-20 mg long cours)
Insuffisance pancréatique exocrine persistante sous enzymothérapie	40 mg /20 mg long cours

- Lanza FL, et al. ACG Guidelines. Am J Gastroenterol. 2009
- The Maastricht V Consensus report. Malfertheiner P. et al Gut 2017
- Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Refl ux Disease Katz P et al Am J Gastroenterol 2013
- Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, BMC Medicine 2016

IPP et l'ulcère de stress !

Indication pertinente chez les sujets à risque

Prévention de l'ulcère de stress

- **Secteur soins intensifs** ayant au moins l'un des facteurs de risque suivants
 - ▣ intubation avec ventilation mécanique durée prévisible ≥ 48 heures
 - ▣ Présence de troubles de la coagulation (Plaquettes $< 50\ 000$ G/l, INR > 1.5 , TCK > 2.5 N)
 - ▣ Etat de choc (cardiogénique, septique ou hypovolémique)
 - ▣ Insuffisance rénale aigue
 - ▣ Coma neurologique
 - ▣ *Traumatisé crânien*
 - ▣ *Brûlures*

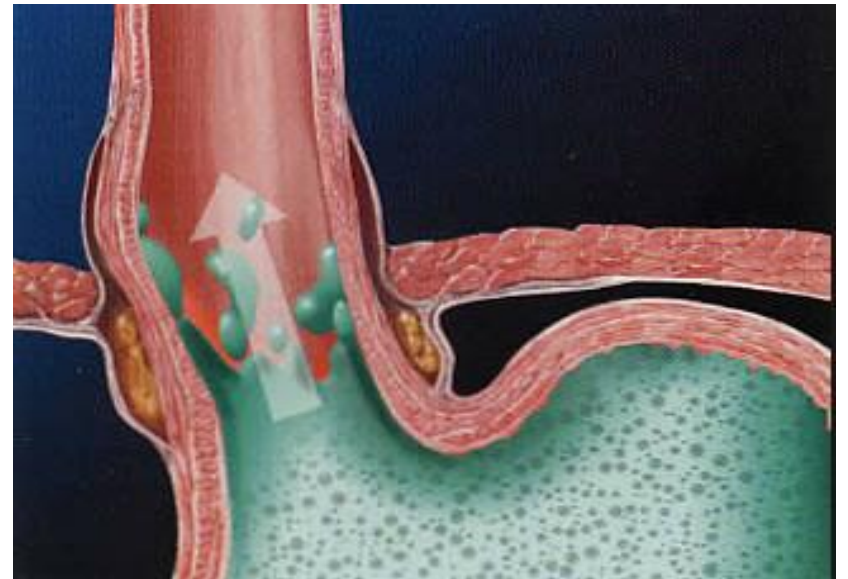


Reflux gastro-œsophagien



2. Dans quelle proportion les IPP réduisent-ils le nombre total d'épisodes de RGO ?

- a. Aucune réduction (0)
- b. D'un quart (25%)
- c. De la moitié (50%)
- d. De $\frac{3}{4}$ (75%)
- e. Complètement (100%)



Cas N°1



Homme de 48 ans, 111 kg, BMI 36 kg/m²

Plaintes:

- Pyrosis
- Régurgitations
- Dysphagie

Co-morbidités: diabète de type 2, hypertension, hypercholestérolémie, SAS

Traitement actuel:

- insuline 2x24 U
- atorvastatine 2x 40 mg/j
- lisinopril 10 mg/j
- aspirine
- metformine 2x 850 mg/j

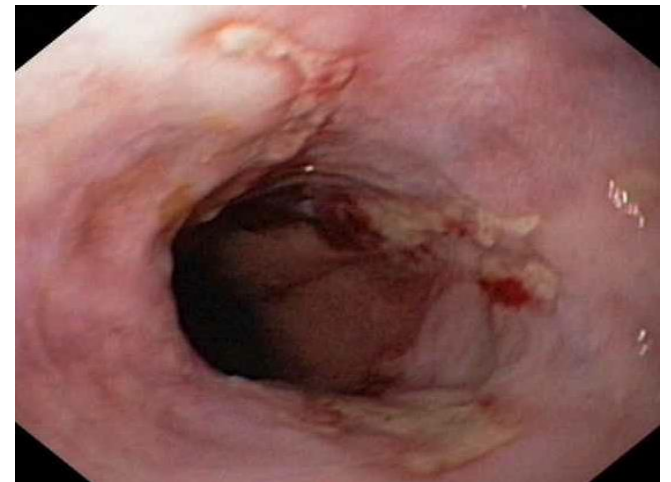
Prise en charge

OGD:

- Hernie hiatale glissement de 3 cm
- Oesophagite grade C selon Los Angeles
- Estomac et duodénum: sp
- Propositions

Après 8 sem d'esomeprazole 40 mg/j:

- Amélioration partielle** du pyrosis
- Régurgitation persistantes



Prise en charge d'un RGO résistant aux IPP

Que proposez vous dans un premier temps?

- Vérifier la réalité du RGO pathologique ?
- Vérifier l'observance du traitement ?
- Optimiser le traitement ?
- Réaliser un (des) examen(s) complémentaire(s) pour confirmer le reflux?



RGO réfractaire?

- Définition non consensuelle de la résistance aux IPP
 - ▣ Symptômes de reflux (pyrosis et/ou régurgitations) ne répondant pas de manière adéquate à une **double dose d'IPP** pendant une période d'au **moins 12 semaines** .

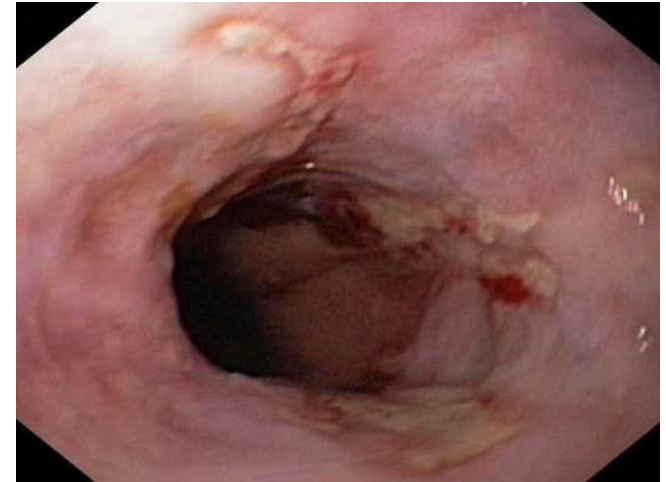
RGO avéré ?

□ Première cause de résistance aux IPP ?

→ **L'absence de RGO !**

□ Oesophagite ulcérée

→ RGO avéré



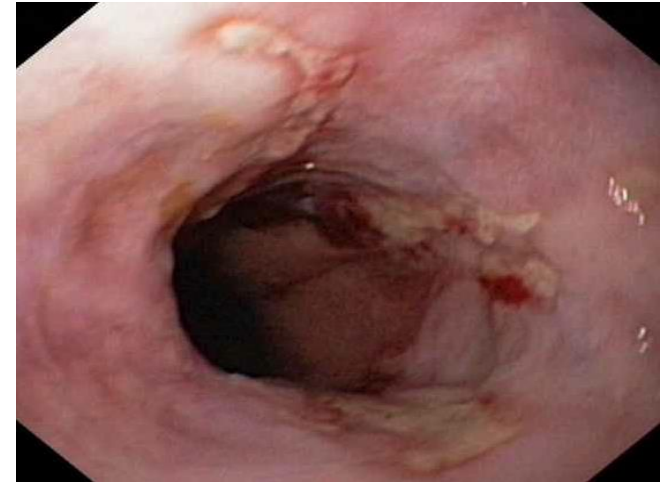
Corrélation démontrée entre Oesophagite ulcérée

(Los Angeles) et sévérité du RGO acide (ph-métrie 24h)

Lundell LR and al Gut 1999

Traitement de première ligne bien conduit ?

- Esoméprazole 40 mg 8 semaines
- Oméprazole 20 mg
- Rabéprazole 20 mg
- Pantoprazole 40 mg



**** An 8-week course of PPIs is the therapy of choice for symptom relief and healing of erosive esophagitis. There are no major differences in efficacy between the different PPIs.***

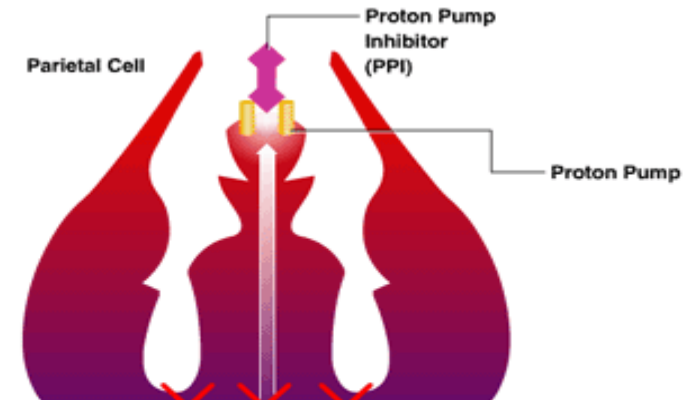
(Strong recommendation, high level of evidence)

Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease *Am J Gastroenterol* 2013; 108:308 – 328

Optimiser le traitement ?

- **Prises à jeun 30 min avant le petit déjeuner**

Hatlebakk JG Aliment Pharmacol Ther 2000



- Traditional delayed release **PPIs should be administered 30 – 60 min before meal for maximal pH control.** (Strong recommendation, moderate level of evidence). Newer PPIs may offer dosing flexibility relative to meal timing. (Conditional recommendation, moderate level of evidence)
- PPI therapy should be initiated at **once a day dosing, before the first meal of the day.** (Strong recommendation, moderate level of evidence).

Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease *Am J Gastroenterol 2013; 108:308 – 328*

Optimiser le traitement ?

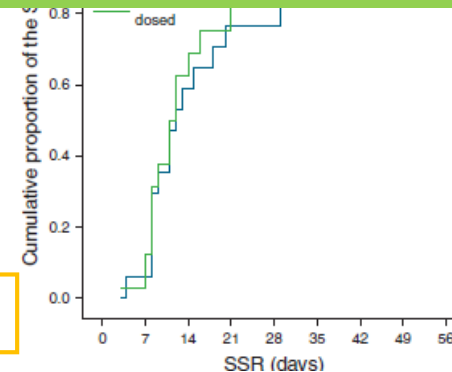
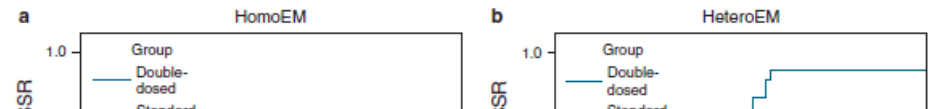
D. H. L. L. W. D.

In patients with **partial response to PPI therapy, increasing the dose to twice daily therapy or switching** to a different PPI may provide additional symptom relief. (Conditional recommendation, low level evidence).

Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease
Am J Gastroenterol 2013; 108:308 – 328

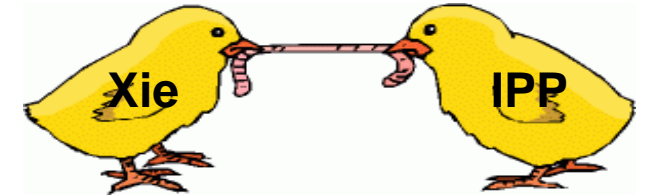
BMI moyen 28
Los Angeles A-B

Chen WY et al Am j Gastroenterol 2010



Chirurgie valve antireflux

- Multicentrique (11) Europe, n = 554 patients
- RGO avec réponse aux IPP
- Suivi 5 ans :
LARS n = 180 vs Eso (20 – 40 mg) n = 192
- Morbi- mortalité : pas de différence
- Rémission : **ESO 92% vs LARS 85% p = 0.048**
- Symptômes



	ESO	LARS	P
Pyrosis	16%	8%	.14
Régurgitations	13%	2%	< 0.001
Dysphagie	5%	11%	< 0.001

... Bypass gastrique ?

- Contrôle OGD préop: pas de muqueuse de Barrett
- Perte de poids 35 kg
- Arrêt médication pour diabète



. Obese patients contemplating surgical therapy for GERD should be considered for bariatric surgery. Gastric bypass would be the preferred operation in these patients.

(Conditional recommendation, moderate level of evidence)

Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease *Am J Gastroenterol* 2013; 108:308 – 328

Cas N°2



- Jeune femme de 28 ans, BMI 21 kg/m²

Plaintes:

- Epigastralgies
- Brûlures cervicales
- Sensation de blocage dans thorax
- Enrouement

Co-morbidités: nihil

Traitement actuel:

- Lansoprazole 30 mg depuis 1mois 1/2

RGO réfractaire aux IPP

- OGD : normale, Biopsies oeso-gastriques Normales



- Lanzoprazole ↗ 30 mg matin et soir 1/2h avant le

Upper endoscopy should be performed in refractory patients **with typical or dyspeptic symptoms principally to exclude non-GERD etiologies.** (Conditional recommendation, low level of evidence)

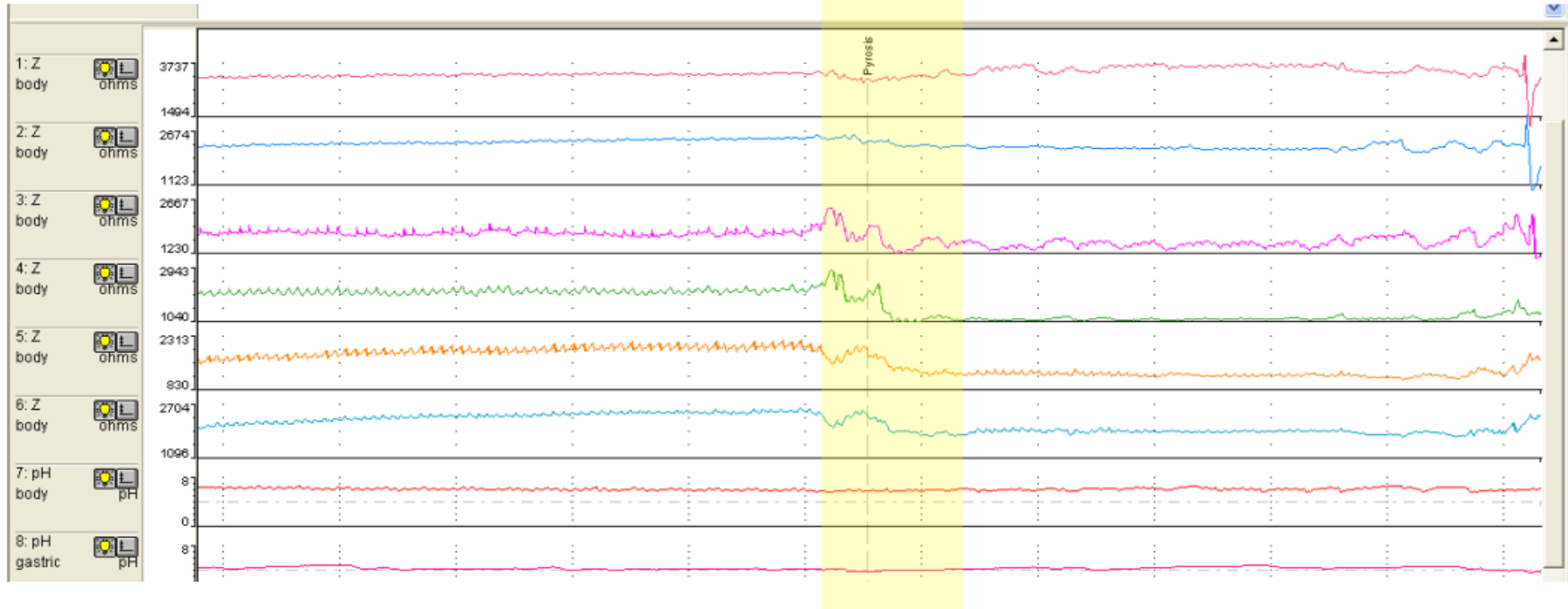
Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease *Am J Gastroenterol* 2013; 108:308 – 328

Causes de non réponse aux IPP

- Mauvaise observance ?
- RGO réfractaire sans œsophagite (NERD) ?
- Œsophage acido sensible
- Absence de RGO pyrosis fonctionnel ?

- Examen complémentaire proposé: Ph-impédance métrie
 - Sous IPP

pH (-impédance)métrie



Pyrosis associé à ...rien !

« brûlures fonctionnelles »

Evolution

- IPP stoppés graduellement
- Après soutien psychologique et tentative de petite dose d'antidépresseur pdt 8 semaines
 - symptômes largement améliorés

RGO réfractaire: Take Home messages

- **Définition:** échec IPP **double dose** 12 semaines
- **Principale** cause de reflux résistant aux IPP: **Absence** de RGO
- **Stratégie basée** sur preuve d'un RGO pathologique documenté par **OGD**
- **pH-impédance-métrie 2^e intention :** **RGO pathologique démontré**
- Candidats pour chirurgie bien **sélectionnés et informés**

Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease
Am J Gastroenterol 2013; 108:308 – 328

Prise d'AINS



Toxicité GI associée aux AINS (tractus supérieur)

□ Après 2 mois de traitement par un AINS :

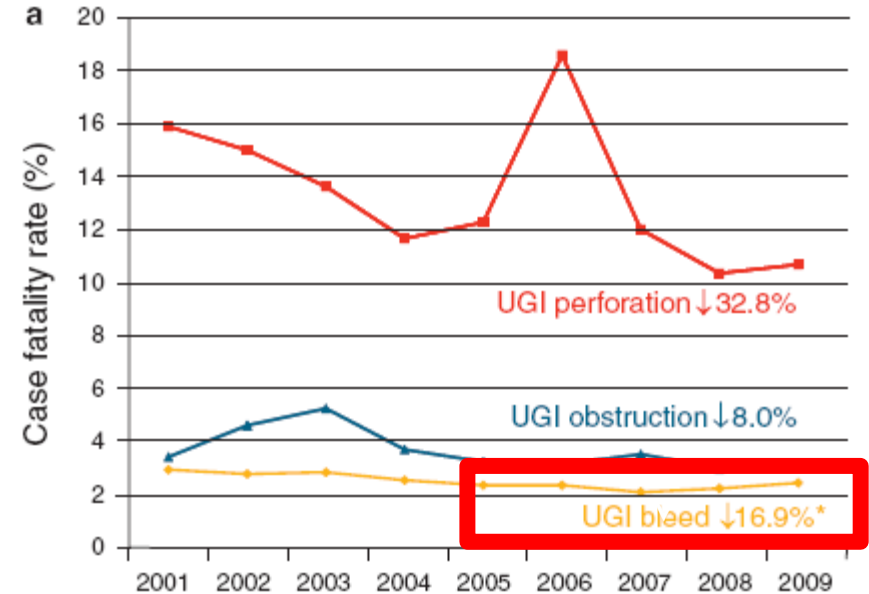
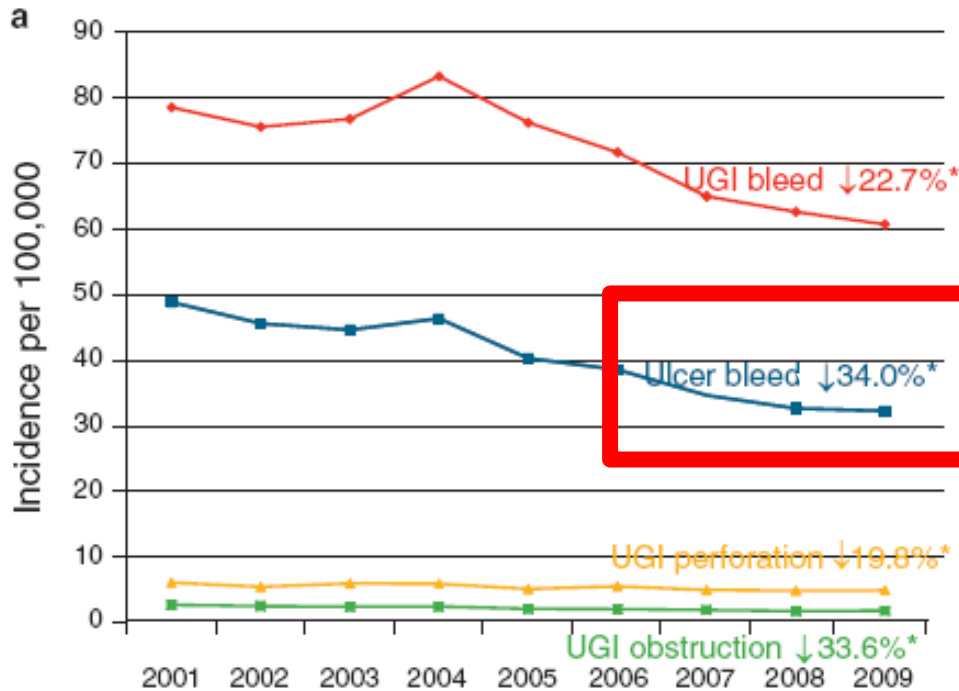
- 1 patient sur 5 : ulcère endoscopique
- 1 patient sur 68: ulcère symptomatique
- 1 patient sur 145: ulcère hémorragique
- 1 patient sur 1200: mourrait d'un ulcère hémorragique

Graham, *Ann Intern Med* 1993;119:257

Larkai, *J Clin Gastroenterol* 1989;11:158

Silverstein, *Ann Intern Med* 1995;123:241

Amélioration en 20 ans !



- Base de donnée US sur 5 millions de patients, 620 hôpitaux ,1 hospitalisation/ 6 USA
- Ulcère hémorragique : incidence \searrow 34%, mortalité \searrow 17 %

Hémorragie digestive haute incidence

Table 1. 2009 hospitalizations (per 100,000 population)

	UGI bleeding
Age ≤65 years	31.7
Age 66–75 years	197.4
Age >75 years	425.2
Male	
Female	

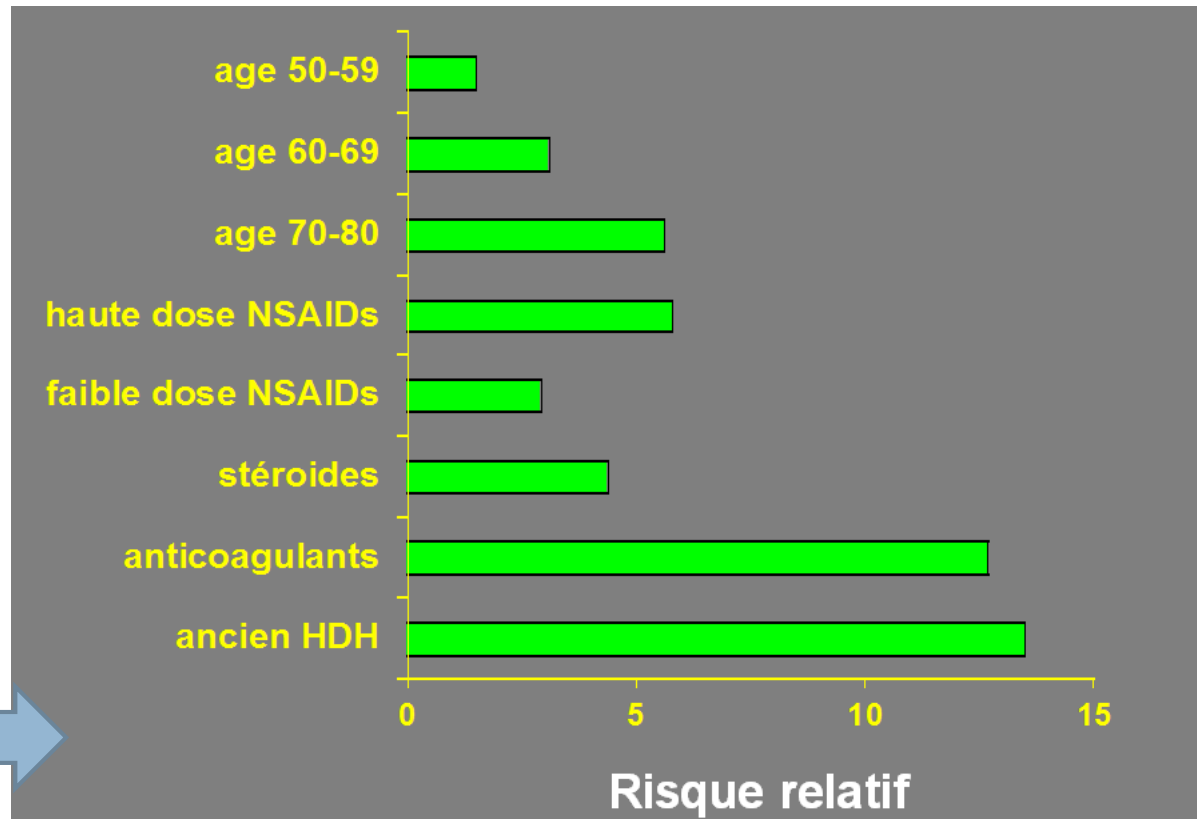
Pathologie du sujet âgé X 13

Mortalité \searrow entre 2001 et 2009

Mortalité patients \geq 75 ans = 3.5 %

Prévention par IPP

- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux chez les patients à risque qui prennent des AINS (y compris des AINS sélectifs de la COX-2).
- Patients à risque



Rodriguez, *Lancet* 1994
Guttman, *Epidemiology* 1997

Prévention par IPP patients âgés

Identification of patients at high risk

- old age
- disability, co-morbidity
- history of upper GI symptoms
- history of peptic ulcer and bleeding

Appropriate NSAID or aspirin prescription

- discontinuation of NSAID or aspirin when possible
- reduced dosage
- selection of less damaging NSAID

Situations à risque,

≥ deux facteurs de risque suivants :

-âge > 65 ans

- antécédent d'ulcère peptique ou de saignement digestif haut,

- AINS à hautes doses (2 fois la posologie de base)

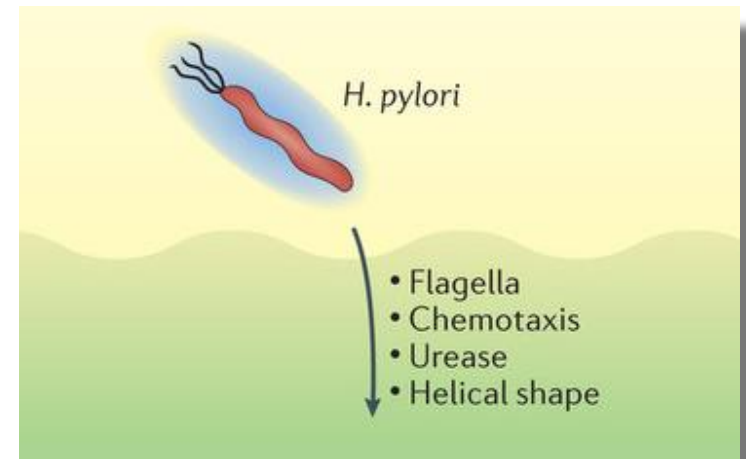
-Traitement concomitant anticoagulant, antiplaquettaire, glucocorticoïdes.

-Savarino V, Dulbecco P, et al Eur J Intern Med 2017

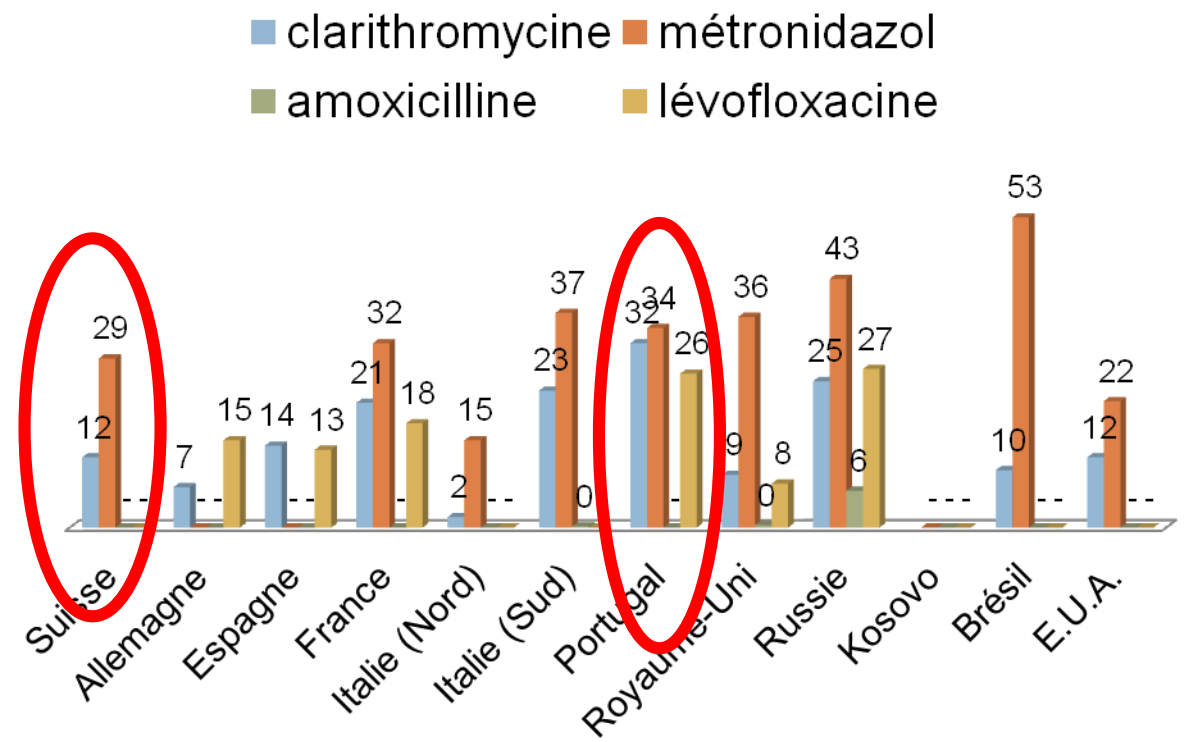
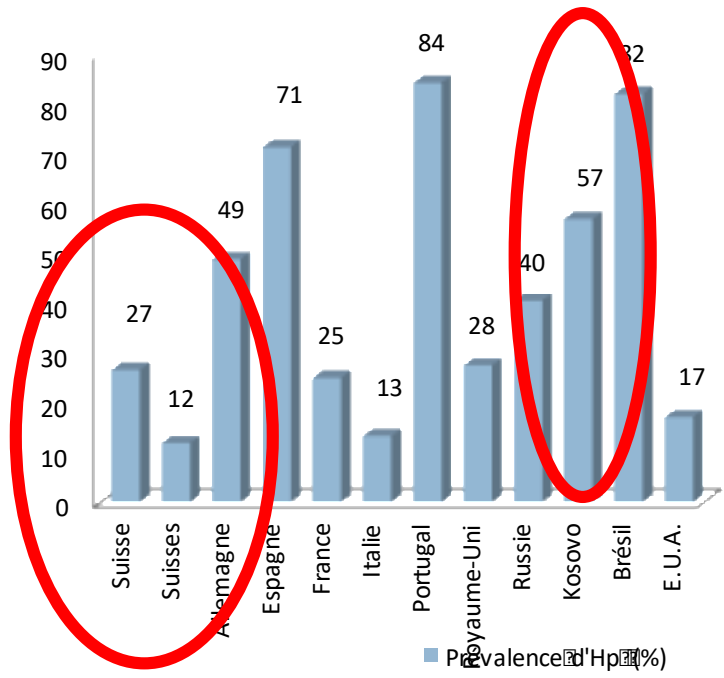
Pilotto A et al Drug Aging 2010

Eradication d'*Helicobacter pylori*

- HP cause
 - ▣ gastrite chronique – ulcère – adénocarcinome – lymphome MALT
- Tests diagnostiques
 - ▣ Test respiratoire – Biopsie – Ag selles
- **Résistances**
 - ▣ **Clarithromycine et Métronidazole en augmentation**



Prévalence de l'infection Hp et de la résistance aux antibiotiques



HP traitement

Première ligne en 2017

- Résistance clarithromycine <15 %
 - ▣ **IPP 40 mg X 2**
 - + amoxicilline 1 g x2 + clarithromycine 500 mg x2 metronidazole 500 mg X 2
 - Pendant 10 à **14 jours**
- = quadrithérapie concomitante non bismuthée

Malfertheine P, Megraud F, O'Morain CA et al Gut 2017

Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report

HP traitement

Première ligne en 2018

- Résistance clarithromycine $\geq 15\%$
 - **IPP 40 mg X 2**
 - + bismuth – tétracycline – métronidazole
- PYLERA® 3X4
- Pendant 10 à 14 jours
- Quadrithérapie concomitante bismuthée



Disponible 2018 !!! ?
en Suisse

Poursuite des IPP après éradication



Long-term proton pump inhibitors and risk of gastric cancer development after treatment for *Helicobacter pylori*: a population-based study

Ka Shing Cheung,¹ Esther W Chan,² Angel Y S Wong,² Lijia Chen,¹ Ian C K Wong,^{2,3} Wai Keung Leung¹

Gut 2017

□ En population Hong Kong 63 000 patients

□ **Risque de cancer gastrique x 2.4**

N = 153 Kc en 7.6 ans, 0.24 %

▣ Pas de risque avec anti H2

▣ Risque ↗ avec durée d'exposition

■ ≥ 1 an HR **5.04**, 95% CI 1.23 to 20.61

■ ≥ 2 ans HR **6.65**, 95% CI 1.62 to 27.26

■ ≥ 3 ans HR **8.34**, 95% CI 2.02 to

Pas d'indication d'IPP !

- Gastrite Hp négative
- Eructations.
- Nausées, ballonnements
- Signes extra-digestifs de RGO, ph impédance-métrie normale
- Parce que je me sens mieux
- **Poursuite d'un IPP débuté à l'hôpital !**
 - **Prévention ulcère stress inappropriée 20 – 40 %**
 - **Poursuite inappropriée sortie 80 %**
 - Anémie 35 % inappropriée

Rebond à l'arrêt des IPP ?

Pratique clinique
Rebond possible (information) mais transitoire.
Avis d'expert : après 2 mois de traitement, diminution progressive et adjonction d'anti acide

□ Une semaine après arrêt traitement

□ Groupe « IPP » 44 % dyspnésie

vs 9 % groupe placebo (p = 0,009)

□ Taux de gastrine plus élevés groupe IPP.

□ Symptômes disparaissent 3 semaines suivantes.

traitement,

□ Pyrosis / dyspnésie

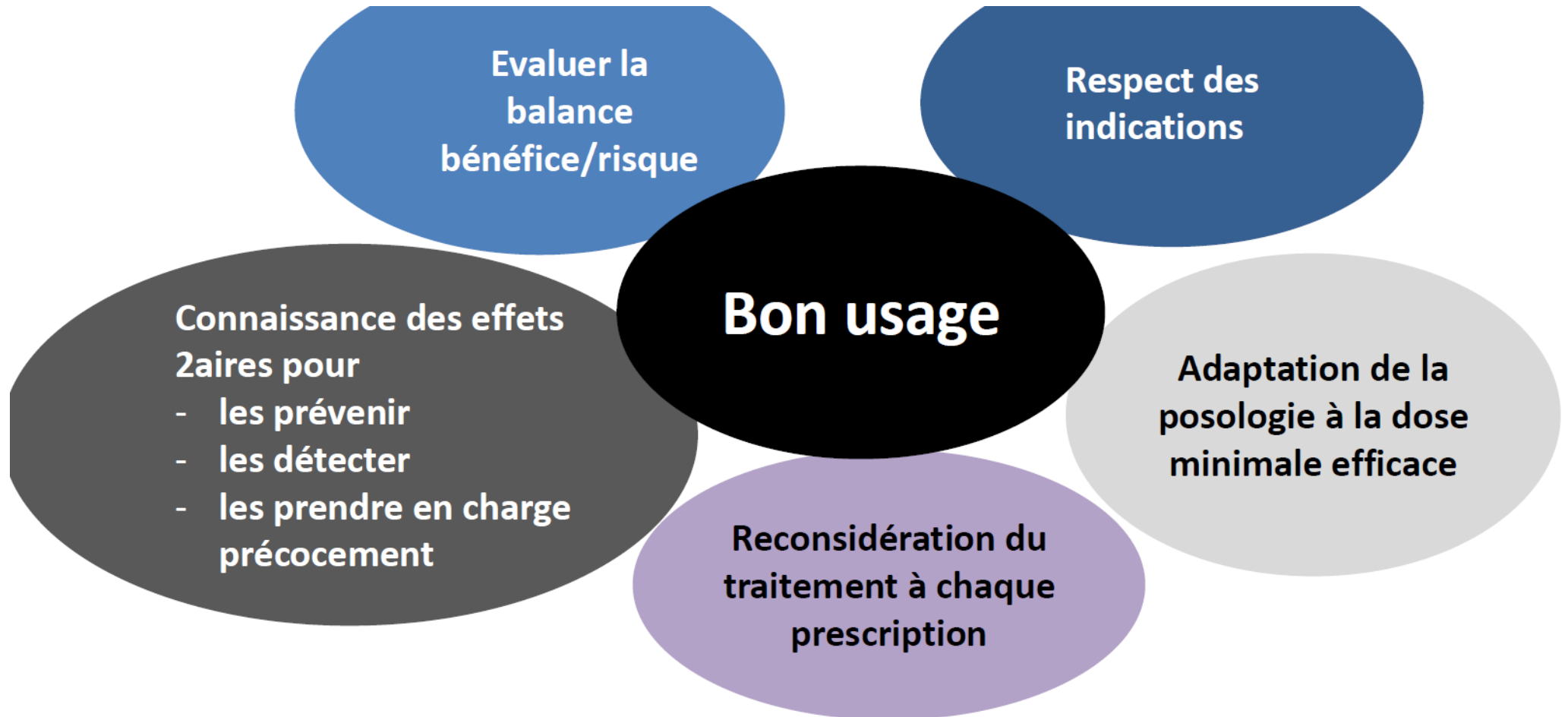
□ 44 % groupe « IPP »

□ vs 15 % groupe placebo
(p < 0,001)

Rebond à l'arrêt des IPP Patients

- Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- Age 80 +/- 11.8
- n = 41 / 150 (27 %) résidents sous IPP
- n = 27 sans indication validée de poursuite des IPP
- **A 8 semaines, 70 % (n = 19) asymptomatiques**

Pour la pratique



Poursuivre au longs cours les IPP dans les indications validées

- RGO documenté par OGD +/- ph-impédance-métrie *
- Prophylaxie à long terme de l'œsophagite de reflux *
*Discussion de chirurgie anti-reflux
- Prévention des ulcères gastriques et duodénaux chez les **patients à risque qui prennent des AINS** (y compris des AINS sélectifs de la COX-2 . (+ éradication d'HP)
- Pancréatite chronique avec stéatorrhée persistante en plus de la pancréatine

Questions ?



Références

Surprescription des inhibiteurs de la pompe à protons

Drs MARIE ESTEVES^a, VICTORIA ROLLASON^b et OLIVIER GROSGURIN^a

Rev Med Suisse 2017; 13: 1782-6

POST'U (2018)

Effets secondaires des IPP au long cours

↻ Gilles Macaigne

<http://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/effets-secondaires-des-ipp-au-long-cours/>