

Usage approprié ?

Evaluer régulièrement la persistance d'une indication validée

Balance bénéfiques/risques

A discuter avec chaque patient

Risques ?

↗ Notifications d'effets indésirables rares et potentiellement graves
Prudence si polymédication et/ou patient (âgé) fragile

• Effets indésirables potentiellement graves

- Carences en Vit B12 → Anémie, troubles neurologiques, dépression
- Carence en Mg → Troubles cérébraux, neuromusculaires et cardiaques
- Gastro-entérite (ex. C. difficile)
- Néphrite interstitielle aiguë
- Fracture ?

• Interactions médicamenteuses

- ↘ Absorption de certains médicaments
→ Eviter l'association, ou intervalle de quelques heures (voir RCP)
(fer, antimycosiques azolés, vitamine B12, ulipristal,...)
- CYP450 – Pertinence clinique incertaine
 - Clopidogrel – Divers avis
 - Intervalle de 12h entre IPP et clopidogrel, ou
 - Choisir un autre IPP que (és)oméprazole
 - ↗ Concentration plasmatique de certains médicaments
- Addition de risque d'hyponatrémie (diurétiques, SSRI, SNRI,...)
- Addition de risque de néphrite interstitielle aiguë (AINS, β -lactames,...)

Effet rebond lors de l'arrêt

Transitoire

- Etudes sur personnes saines : 21 à 44%
- Durée : 2-8 sem

Arrêt

Possible en 1^{ère} ligne de soins

Patients sans indication d'usage prolongé

- 19 à 31% peuvent arrêter
- 33% peuvent diminuer leur usage

Liens utiles

- www.farmaka.be
 - Visites académiques → IPP 
 - Documentation → Info patients 
- Déprescription (également verso) – Autres outils
 - deprescribing.org/fr
 - choisiravecsoin.org
- [INAMI](#) : IPP - Utilisation et prescription
- www.cbip.be : Répertoire, RCP,...

Listes non-exhaustives

- Dyspepsie fonctionnelle
- Plaintes typiques de reflux sans preuve d'œsophagite
- Œsophagite de reflux grade A-B traitée
- Ulcère gastroduodéal 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,...
- ↘ 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

½ 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