

**Recommandations sur l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons:**

Les molécules suivantes sont concernées ; celles ayant une forme générique sont soulignées :

- oméprazole
- ésoméprazole
- lansoprazole
- pantoprazole
- rabéprazole

Les indications pour le bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons, (abréviation IPP), sont uniquement:

- 1° le reflux gastro-oesophagien et l'oesophagite de reflux;
- 2° les ulcères et ulcérations gastroduodénales dans l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (abréviation AINS) chez des patients à haut risque de développer de telles lésions;
- 3° les ulcères gastro-duodénaux et l'éradication d'*Helicobacter pylori* (abréviation HP);
- 4° le syndrome de Zollinger-Ellison.

Remarques préalables:

- Il n'y a pas de différence thérapeutique entre les différents IPP.
- A plusieurs reprises, des mises en garde contre une mauvaise utilisation des IPP ont été formulées. La dyspepsie fonctionnelle sans reflux typique ou sans une douleur de type ulcère est une mauvaise indication des IPP. L'utilisation des IPP chez des patients sous AINS qui ne présentent pas un risque élevé d'ulcères/ulcérations est également à déconseiller.

**1° Le reflux gastro-oesophagien et l'oesophagite de reflux :**

Quels sont les symptômes **typiques** de reflux?

- pyrosis
- régurgitation acide
- sensation de brûlure épigastrique

Quand les symptômes de reflux sont-ils considérés comme **fréquents**?

Une fois par semaine ou plus.

- Alternatives aux IPP en cas de plaintes atypiques:  
Voir Fiche de Transparence CBIP 2009 (réf 3) ; antacides; antagoniste-H2
- Si l'on administre tout de même un IPP pour des plaintes atypiques, on risque d'induire un reflux typique à cause du phénomène d'hyperacidité de rebound après l'arrêt de l'IPP (réf 2).

Alternatives aux IPP en cas de plaintes peu fréquentes: antacides; antagoniste-H2.

L'endoscopie a sa place (voici quelques exemples):

- un patient âgé de plus de 50 ans qui présente pour la première fois des plaintes de reflux;
  - pas d'amélioration du reflux après 4 semaines de traitement;
  - symptômes d'alarme: perte de poids, dysphagie, odynophagie, anémie ferriprive, vomissement, masse épigastrique, saignement gastro-intestinal;
- suivi endoscopique de la muqueuse de Barrett selon une fréquence recommandée par un médecin spécialiste en gastro-entérologie/médecine interne/gériatrie.

1.1. Traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien caractérisé par des plaintes *typiques* et *fréquentes* du reflux, sans preuve d'oesophagite :

IPP	dose journalière (mg)	<b>Reflux gastro-oesophagien sans oesophagite</b>
oméprazole	10 - 20	4 semaines et puis arrêt  A répéter éventuellement plus tard pour une courte durée lors de plaintes récidivantes.
ésoméprazole	20	
lansoprazole	15 - 30	
pantoprazole	20	
rabéprazole	10	

1.2. Traitement de l'oesophagite de reflux, démontrée par une endoscopie :

IPP	dose journalière (mg)	<b>Oesophagite de reflux</b>
oméprazole	20 - 40	4 à 8 semaines
ésoméprazole	40	
lansoprazole	30	
pantoprazole	20 - 40 - 80	
rabéprazole	20	

1.3. Traitement symptomatique du reflux gastro-oesophagien caractérisé par des plaintes *typiques* et *fréquentes* du reflux, après guérison de l'oesophagite:

IPP	dose journalière (mg)	<b>Reflux gastro-oesophagien après guérison d'une oesophagite</b>
oméprazole	10 - 20	Par périodes et puis arrêt (but=contrôle des symptômes).
ésoméprazole	20	
lansoprazole	15 - 30	
pantoprazole	20 - 40	
rabéprazole	10 - 20	

Un traitement continu d'IPP est, si possible, à éviter.

## 2° Ulcères et ulcérations gastro-duodénales dus aux AINS :

IPP	dose journalière (mg)	<b>AINS</b>
oméprazole	20	Prévention chez un patient à risque: pendant la prise de l'AINS.  Traitement aigu: 4 – 8 semaines.
ésoméprazole	20	
lansoprazole	30	
pantoprazole	20	
rabéprazole	<i>indication non enregistrée</i>	

2.1. Prévention des lésions gastro-duodénales chez un patient à risque qui prend un AINS. Un patient à risque se trouve dans une des situations suivantes:

- > 65 ans;
- co-morbidité importante;
- antécédents d'ulcères peptiques;
- antécédent d'un ulcère compliqué (saignement; perforation);
- AINS + corticoïdes;
- AINS + acide salicylique;
- AINS + autre médicament antiagrégant;
- AINS + anticoagulant: coumarine ou autre.

2.2. Traitement aigu des ulcères/ulcérations durant la prise d'un AINS. Evaluer chaque fois la nécessité de poursuivre l'AINS.

## 3° Ulcère gastroduodéal et éradication de l'HP:

IPP	dose journalière (mg)	<b>ulcère gastrique</b>
oméprazole	20	4 – 8 semaines
ésoméprazole	<i>indication non enregistrée</i>	
lansoprazole	30	
pantoprazole	40	
rabéprazole	20	

IPP	dose journalière (mg)	<b>ulcère duodénal</b>
oméprazole	20	4 semaines
ésoméprazole	<i>indication non enregistrée</i>	
lansoprazole	30	
pantoprazole	40	
rabéprazole	20	

IPP	dose journalière (mg)	<b>éradication d'HP en présence d'un ulcère gastro-duodénal, en association à des antibiotiques</b>
oméprazole	2x20	1 semaine
ésoméprazole	2x20	
lansoprazole	2x30	
pantoprazole	2x40	
rabéprazole	2x20	

IPP	dose journalière (mg)	<b>prévention de nouveaux ulcères en l'absence d'HP ou après tentative non fructueuse d'éradication d'HP</b>
oméprazole	10-20	à long terme
ésoméprazole	<i>indication non enregistrée</i>	
lansoprazole	<i>indication non enregistrée</i>	
pantoprazole	<i>indication non enregistrée</i>	
rabéprazole	<i>indication non enregistrée</i>	

#### 4° le syndrome de Zollinger-Ellison:

Doses journalières très élevées, plus élevées que mentionnées ci-dessus (posologie en fonction de l'avis d'un médecin spécialiste en gastro-entérologie/médecine interne/gériatrie).

#### Références:

1. Haute Autorité de Santé: bon usage du médicament. Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte. Paris 2009.
2. McColl K et al. Evidence that proton-pump inhibitor therapy induces the symptoms it is used to treat. Gastroenterology 2009;137:20-39.
3. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Fiche de transparence: prise en charge des troubles gastriques. Bruxelles 2009.
4. Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé : Résumé des Caractéristiques du Produit.

Eléments à conserver dans le dossier :

Les décisions diagnostiques et thérapeutiques doivent être mentionnées dans le dossier du patient.