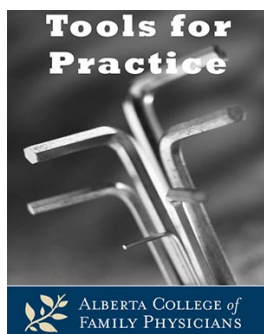


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP), organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 500 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

Le 26 juin 2017



Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : inévitable, la prescription perpétuelle?

Question clinique : Quel est le taux de réussite des tentatives visant à mettre un terme à la prise d'IPP, et comment les médecins cliniciens peuvent-ils améliorer ces taux?

Conclusion : Grâce au recours à une gamme de stratégies de déprescription, environ 25 % des patients souffrant de reflux gastroœsophagien pathologique (RGO) ou de dyspepsie peuvent cesser de prendre des IPP, et de 30 à 50 % peuvent réduire leur dose. Les patients âgés et ceux qui diminuent graduellement la dose semblent mieux réussir à cesser de prendre des IPP.

Données probantes

- Essais cliniques randomisés groupés :
 - Des patients (n=196) prenant des IPP deux fois par jour pendant plus de huit semaines ont été randomisés et ont reçu des feuillets d'information pharmacologique à l'intention de leur médecin, par opposition à ceux du groupe témoin, qui ont reçu le traitement habituel¹. Après six mois :
 - 30 % avaient cessé de prendre des IPP ou les avaient remplacés par des antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine (H2RA) contre 19 % dans le groupe témoin. Le nombre de sujets à traiter (NST) est de 10.
 - De plus, 50 % des patients ont réduit leurs doses d'IPP.
 - 113 patients dyspeptiques randomisés ont reçu une lettre les encourageant soit à cesser de prendre des IPP ou à en diminuer la quantité, soit à poursuivre le traitement habituel². Après 20 semaines :
 - 13 % avaient cessé de prendre des IPP, contre 5 % dans le groupe témoin (NST=13).
 - 9 % avaient diminué la dose.
- Études par cohortes de patients prenant des IPP depuis huit semaines et plus :
 - 73 anciens combattants souffrant de RGO ont essayé de diminuer graduellement les IPP puis de cesser de les prendre³. Après un an :
 - 34 % avaient remplacé les IPP par le H2RA et 15 % avaient cessé de prendre des réducteurs d'acide.

- Les patients âgés semblaient mieux réussir à cesser de prendre des IPP.
- 166 patients dyspeptiques ou souffrant du RGO ont eu la possibilité de subir des tests de dépistage du *H. Pylori* et de recevoir un traitement par la suite, puis ils ont été informés des symptômes et des IPP, et ont reçu des conseils sur le mode de vie⁴. Après un an :
 - 34 % avaient arrêté le traitement, tandis que 50 % d'autres avaient réduit la dose.
- Les médecins de 27 patients souffrant du RGO ont réévalué avec eux la prise d'IPP à leur examen médical périodique⁵. Après dix semaines :
 - Dix patients (37 %) avaient cessé de prendre des IPP : six avaient complètement abandonné le traitement, quatre étaient passés au H2RA.
- Sur 97 patients souffrant surtout de RGO mais ayant eu une gastroscopie normale, 27 % avaient cessé de prendre des IPP après un an⁶.

Contexte

- Environ 60 % des personnes prenant des IPP sur une longue période n'en ont peut-être pas besoin⁷.
- La prise d'IPP est associée à : (mais la causalité n'est pas clairement établie)
 - la colite à *Clostridium difficile* :
 - risque de 1/10 000 chez des personnes dans la communauté ne prenant pas d'antibiotiques⁸ comparativement à un risque de 8 à 10 % chez des patients hospitalisés prenant des antibiotiques et des IPP⁹;
 - des fractures : une femme de plus sur 2000 sur une période de plus de huit ans¹⁰;
 - la pneumonie¹¹;
 - des carences en vitamine B12 et en magnésium^{12, 13}.
- La cessation abrupte des IPP peut entraîner des symptômes de RGO réactionnel transitoire ou de dyspepsie^{14, 15}.
 - La diminution graduelle peut être bénéfique⁶.
- On pourrait envisager de prescrire des IPP à long terme aux patients qui ont des symptômes récurrents, des œsophagites endoscopiques, des complications à la suite du RGO (exemple : constriction), ou qui ont besoin d'une gastroprotection.

Auteurs

Michael R. Kolber, B. Sc., M.D., CCMF, M. Sc., Tony Nickonchuk, B. Sc. (pharmacie)

Divulgation

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Clyne B, Smith SM, Hughes CM, *et al.*, *Ann Fam Med*, 2015, 13:545-553.
2. Krol N, Wensing M, Haaijer-Ruskamp F, *et al.*, *Aliment Pharmacol Ther*, 2004, 19:917-922.
3. Inadomi IM, Jamal R, Murata GH, *et al.*, *Gastroenterol*, 2001, 121:1095-1100.
4. Murie J, Allen J, Simmonds R, *et al.*, *Qual Prim Care*, 2012, 20:141-148.
5. Walsh K, Kwan D, Marr P, *et al.*, *J Prim Health Care*, 2016, 8(2):164-171.
6. Bjornsson E, Abrahamsson H, Simren M, *Aliment Pharmacol Ther*, 2006, 24:945-954.
7. Forgacs I, Loganayagam A, *BMJ*, 2008, 336:2-3.
8. Kwok CS, Arthur AK, Anibueze CI, *et al.*, *Am J Gastroenterol*, 2012, 107:1011-1019.
9. Kuntz JL, Chrischilles EA, Pendergast JF, *et al.*, *BMC Infectious Diseases*, 2011, 11:194
10. Khalili H, Huang ES, Jacobson BC, *et al.*, *BMJ*, 2012, 344:e372.

11. Eom C-S, Jeon CY, Lim J-W, *et al.*, CMAJ, 2011, 183(3):310-319.
12. Lam JR, Schneider JL, Zhao W, *et al.*, JAMA, 2013, 310(22):2435-2442.
13. Hess MW, Hoenderop JGJ, Bindels RJM, *et al.*, Aliment Pharm Ther, 2012, 36:405-413.
14. Reimer C, Sondergaard B, Hilsted L, *et al.*, Gastroenterol, 2009, 137:80-87.
15. Niklasson A, Lindström L, Simrén M, *et al.*, Am J Gastroenterol, 2010, 105:1531-1537.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et de l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, ce qui garantit le respect de normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Vous pouvez consulter les articles archivés sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.