



Inhibiteurs de la pompe à protons

Quelle est la meilleure méthode d'arrêt ?

Une revue de littérature



Département
Médecine Générale
Clermont Ferrand

Amaury BROUSSE

Directrice de thèse : Dr Amélie Richard MCA au DMG de Clermont Ferrand



INTRODUCTION

1987 : 1^{ère} mise sur le marché, génériqué en 2002. Explosion mondiale des prescriptions.

2009 USA : 119 millions d'ordonnances, 14 milliards de dollars

2015 France : 85 millions d'IPP vendus, 5,8 millions de patients

- Indications : RGO, UGD, Prévention des lésions gastro-duodénales aux AINS des sujets à risque.
- Durée : 4 à 8 semaines.
- Effets indésirables au long cours :
 - Risque de fractures.
 - Infection pulmonaires et digestives.
 - Néphrites tubulo-interstitielles.
 - Carences en vitamine B12, sodium, fer et magnésium.



A l'arrêt, une problématique connue le rebond d'acidité :

- après au moins 4 semaines de traitement
- 15 jours après l'arrêt

Absence de recommandations officielles pour arrêter les IPP

Objectif : Etat des lieux des données de la science sur la meilleure méthode d'arrêt des IPP



MATERIELS & METHODES

- Stratégie de recherche : PUBMED, COCHRANE, EMBASE
- Critères d'inclusions :
 - arrêt brutal ou décroissance posologique progressive
 - critères cliniques
 - âge > 18 ans
 - IPP quotidien depuis au moins 4 semaines
- Sélection des articles en simple lecture sur :
 - titre
 - résumé
 - lecture intégrale
- Analyse de qualité : SPIRIT et SURE



RESULTATS

Cette revue de la littérature identifie **633 articles**.

Parmi ces articles, **36 étaient éligibles et ont été évalués en texte complet**, sauf 2 qui n'ont pas été trouvés, bien que nous avons contacté les auteurs pour les obtenir.

Après application des critères d'inclusion et d'exclusion

7 articles ont été inclus
dont **5 sur la décroissance**
et **2 sur l'arrêt brutal**

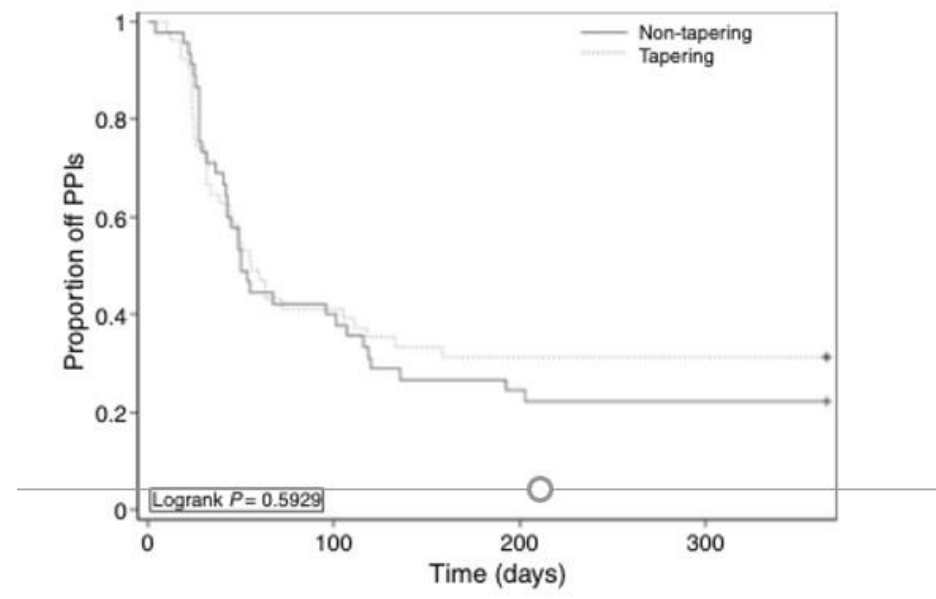


Étude	Pays	Type d'étude	Nombre de participants / Type de population	Durée de prise	Méthode d'arrêt	Durée suivi	Évaluation des symptômes	Nombre de patients asymptomatiques
Step-down management of gastroesophageal reflux disease, Inadomi (16)	USA	Monocentrique Ouvverte Non Randomisée Non contrôlée	71 RGO	Au moins 8 semaines	Décroissance sur 2 semaines	1 an	Qualité de vie : questionnaire SF-36	41/71 (58%)
Discontinuation of proton pump inhibitors in patients on long-term therapy: a double-blind, placebo-controlled trial, Bjornsson (17)	Suède	Multicentrique Randomisée Double aveugle Non contrôlée	75 RGO 9 Dyspesie 12 autre indications	Au moins 8 semaines	Décroissance sur 3 semaines Arrêt brutal	1 an	Qualité de vie : questionnaire PGWD Gastrointestinal symptom rating scale	31% des sujets du groupe décroissance vs 22% des sujets du groupe arrêt brutal
Discontinuation of long-term proton pump inhibitor therapy in primary care patients: a randomized placebo-controlled trial in patients with symptom relapse, Reimer (21)	Danemark	Multicentrique Randomisée Double aveugle Placebo contrôlée	78 patients avec une FOGD normal	Au moins 120 comprimés d'IPP lors des 12 derniers mois	Arrêt brutal	6 mois	Gastrointestinal symptom rating scale	11/78 (14%)
Outcome after Discontinuation of Proton Pump Inhibitors at a Residential Care Site: Quality Improvement Project, Lee (22)	Canada	Monocentrique Ouvverte Non randomisée Non contrôlée	27 sans indication	Au moins 6 mois	Arrêt brutal	8 semaines	Simple évaluation des symptômes	19 (70%)
Implementation of Proton Pump Inhibitor Deprescription Protocol in Geriatric Residents, Avraham(19)	USA	Monocentrique Ouvverte Non randomisée Non contrôlée	5 RGO 5 prophylaxies	/	Décroissance de moitié toutes les 3 semaines	12 semaines	Symptom questionnaire : GSFQ	90%.
Implementing a Systematic Approach to Deprescribing Proton Pump Inhibitor Therapy in Older Adults, Coffey (18)	USA	Monocentrique Ouvverte Non randomisée Non contrôlée	79 RGO 20 sans indications 4 prophylaxies	Au moins 8 semaines	Décroissance	6 semaines	Simple évaluation des symptômes	84 (81,6%)
Successful deprescribing of unnecessary proton pump inhibitors in a primary care clinic, Odenthal (20)	USA	Monocentrique Ouvverte Non randomisée Non contrôlée	22 RGO	Au moins 8 semaines	Décroissance et en parallèle H2RA	8 semaines	Simple évaluation des symptômes	19 (86%)



RESULTATS

Discontinuation of proton pump inhibitors in patients on long-term therapy: a double-blind, placebo-controlled trial, Bjornsson (17)	Suède	Multicentrique Randomisée Double aveugle Placebo contrôlée	75 RGO 9 Dyspesie 12 autre indications	Au moins 8 semaines	Décroissance sur 3 semaines Arrêt brutal	1 an	Qualité de vie : questionnaire PGWD Gastrointestinal symptom rating scale	31% des sujets du groupe décroissance vs 22% des sujets du groupe arrêt brutal
--	-------	---	--	---------------------	---	------	--	--





Discontinuation of long-term proton pump inhibitor therapy in primary care patients: a randomized placebo-controlled trial in patients with symptom relapse, Reimer (21)	Danemark	Multicentrique Randomisée Double aveugle Placebo contrôlée	78 patients avec une FOGD normal	Au moins 120 comprimés d'IPP lors des 12 derniers mois	Arrêt brutal	6 mois	Gastrointestinal symptom rating scale	11/78 (14%)
--	----------	--	--	---	--------------	--------	--	-------------

- 53 sujets ont repris leur traitement dans les 4 semaines
- 67 sujets ont repris leur traitement après 6 mois



DISCUSSION

Résultats similaires des 7 études :

Difficultés à obtenir et maintenir le sevrage quelque soit la méthode d'arrêt.

Forces :

- stratégie de recherche
- sélection d'articles de qualité
- objectif de l'étude

Limites :

- uniquement articles publiés



Même si la décroissance peut se finaliser par un échec, elle permettra de déterminer la **posologie minimale efficace nécessaire** au bon contrôle des symptômes.

Cette méthode peut également accroître la volonté du patient de se faire déprescrire un médicament.

-Nos confrères **Australiens** préconisent une réduction progressive avant d'interrompre définitivement le traitement

-tandis qu'au **Canada**,

approche **différente en fonction de l'indication** : diminuer la dose puis arrêter ou arrêter brusquement, sans favoriser l'une des deux approches



Pour aider les praticiens à arrêter les IPP :

- informer sur la durée du traitement lorsqu'il est introduit,
- informer les patients des effets indésirables,
- initier la déprescription en ambulatoire,
- utiliser un antiacide d'action locale si symptomatologie,
- conseiller les patients sur leur hygiène de vie.



CONCLUSION

Notre revue ne permet pas d'identifier une meilleure méthode d'arrêt des IPP.

Certains auteurs ont malgré tout considéré la décroissance progressive supérieure à l'arrêt brutal.

La littérature peu abondante, de faible qualité.

La réalisation d'une étude de supériorité randomisée en double aveugle est souhaitable, sur les symptômes des patients, plutôt que des critères biologiques.

Interrompre un traitement permet de lutter contre la polymédication en diminuant le risque d'effets indésirables, de surdosage, d'interactions médicamenteuses, de mauvaise observance et d'erreurs de prise.

20^e
CONGRÈS
NATIONAL

CNCGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

Exercer et enseigner la médecine générale



16 - 18 JUIN Bordeaux
2021 PARC
DES EXPOSITIONS



Merci de votre attention