

*L'indication hémorragie digestive aiguë est exclue de ce document

Médicaments (1/2 dose - pleine dose) Double dose = 2 fois la pleine dose	PARTICULARITÉS				Traitement du RGO et de l'oesophagite par RGO					Prévention et traitement des ulcères gastriques et duodénaux dus aux AINS chez les patients à risque		Traitement des ulcères gastriques et duodénaux et éradication d' <i>Helicobacter pylori</i> (HP)							
	Modalités d'administration	Administration possible par une sonde entérale	Administration chez la femme enceinte	Adaptation recommandée chez l'insuffisance hépatique	Traitement du RGO symptomatique sans oesophagite	Traitement d'entretien et prévention des récurrences de RGO sans oesophagite	Traitement du RGO avec oesophagite (cicatrisation) légère ou modérée		Prévention des récurrences d'oesophagite par RGO	Prévention des ulcères gastriques et duodénaux induits par AINS	Traitement des ulcères gastriques et duodénaux induits par AINS (chez les patients pour lesquels un traitement par AINS doit être poursuivi)	Traitement de l'ulcère gastrique (sans infection à HP)	Traitement de l'ulcère duodénal (sans infection à HP)	Traitement d'entretien de l'ulcère gastrique et duodénal	Eradication d'HP			Syndrome Zollinger Ellison	
							Traitement orienté Trithérapie : 1 IPP et 2 ATB	Traitement probabiliste Pylera® quadrithérapie bismuthée							Traitement probabiliste Quadrithérapie concomitante				
Sources : RCP, HAS 2009, HAS 2022															(sources : HAS 2017 et SPILF 2021)			Sources : RCP	
Lansoprazole (15mg - 30mg)		OUI	Non recommandé (données humaines insuffisantes)	Les patients atteints de maladies hépatiques sévères ou modérées doivent être maintenus sous surveillance régulière et une réduction de 50 % de la dose journalière est recommandée	15 à 30 mg/jour pendant 4 semaines	15-30 mg/jour (à réévaluer pour atteindre la posologie minimale efficace)	30mg/jour pendant 4 à 8 semaines		15-30 mg/jour (à réévaluer pour atteindre la posologie minimale efficace)	15mg/jour pendant la durée du traitement par AINS	30mg/jour pendant 4 à 8 semaines	30mg/jour pendant 4 à 8 semaines	30mg/jour pendant 2 à 4 semaines	NON INDIQUE	30mg*2/jour pendant 10 jours	NON INDIQUE	30mg*2/jour pendant 14 jours		
Oméprazole (10mg - 20mg)		OUI	Utilisation possible	Chez les patients présentant une insuffisance hépatique, une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire	20mg/jour pendant 4 semaines	10-20mg/jour (à réévaluer pour atteindre la posologie minimale efficace)	20mg/jour pendant 4 à 8 semaines	40mg/jour pendant 8 semaines	10-20mg/jour (à réévaluer pour atteindre la posologie minimale efficace)	20mg/jour pendant la durée du traitement par AINS	20mg/jour pendant 4 à 8 semaines	20mg/jour pendant 4 à 8 semaines	20mg/jour pendant 2 à 4 semaines	10-20mg/jour au long cours	20mg*2/jour pendant 10 jours				
Pantoprazole (20mg - 40mg)		NON	Non recommandé (données humaines insuffisantes)	La dose journalière de 20 mg de pantoprazole ne doit pas être dépassée chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère	20mg/jour pendant 4 semaines	20mg/jour (à réévaluer pour atteindre la posologie minimale efficace)	40mg/jour pendant 4 à 8 semaines		40mg/jour (à réévaluer pour atteindre la posologie minimale efficace)	20mg/jour pendant la durée du traitement par AINS	NON INDIQUE	40mg/jour pendant 4 à 8 semaines	40mg/jour pendant 2 à 4 semaines	NON INDIQUE	40mg*2/jour pendant 10 jours	NON INDIQUE	40mg*2/jour pendant 14 jours	Posologie individuelle (variabilité inter-individuelle), se référer au RCP	
Esomeprazole (20mg - 40mg)		OUI	Non recommandé (données humaines insuffisantes)	Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère à modérée. Il convient de ne pas dépasser la dose maximale de 20 mg de ESOMEPRAZOLE chez les patients ayant une insuffisance hépatique sévère	20mg/jour pendant 4 semaines	20mg/jour (à réévaluer pour atteindre la posologie minimale efficace)	40mg/jour pendant 4 à 8 semaines		20mg/jour (à réévaluer pour atteindre la posologie minimale efficace)	20mg/jour pendant la durée du traitement par AINS	20mg/jour pendant 4 à 8 semaines	NON INDIQUE			20mg*2/jour pendant 10 jours	NON INDIQUE	20mg*2/jour pendant 14 jours		
Rabéprazole (10mg - 20mg)		NON	Contre-indiqué	Il n'est pas nécessaire d'adapter la posologie chez les patients présentant une insuffisance rénale ou hépatique	10mg/jour pendant 4 semaines	10mg/jour (à réévaluer pour atteindre la posologie minimale efficace)	20mg/jour pendant 4 à 8 semaines		10-20mg/jour (à réévaluer pour atteindre la posologie minimale efficace)	NON INDIQUE			20mg/jour pendant 6 à 12 semaines	20mg/jour pendant 4 à 8 semaines	NON INDIQUE	20mg*2/jour pendant 10 jours	NON INDIQUE	20mg*2/jour pendant 14 jours	

Ouverture des gélules possible

Ne pas écraser ni croquer

Peut être dissout dans l'eau sans écraser

Traitement orienté = IPP + amoxicilline 1g*2/j Souche clarithro S : clarithromycine 500mg*2/j Souche clarithro R et quinolone S : lévofloxacine 500g*2/j Souche clarithro R et quinolone R : métronidazole 500mg*2/j pendant 10 jours	Pylera® = (Bismuth + métronidazole + tétracycline) 3 gélules*4/j pendant 10 jours	Quadrithérapie concomitante = IPP + amoxicilline 1g*2/j + clarithromycine 500mg*2/j + métronidazole 500mg*2/j
--	--	---

- 1 - L'arrêt de l'IPP doit être prescrit ou envisagé dès l'initiation du traitement
- 2 - En cas de prescription d'IPP au long cours nécessaire, une réévaluation régulière du traitement doit être mise en œuvre (indication, efficacité, posologie minimale efficace, effets secondaires, ...)
- 3 - L'arrêt de l'IPP après un traitement au long cours doit être réalisé après avis médical et de manière progressive en raison du risque de rebond d'acidité en cas d'arrêt brutal
(Algorithme de déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons : https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2019/04/deprescribing-algorithms-2018_Fr.pdf)

Médicaments (1/2 dose - pleine dose) Double dose = 2 fois la pleine dose	PARTICULARITÉS				Indications hors AMM recommandées par l'ESC	Non-indications
	Modalités d'administration	Administration possible par une sonde entérale	Administration chez la femme enceinte	Adaptation recommandée chez l'IH Adaptation recommandée chez l'IH		
Lansoprazole (15mg - 30mg)		OUI	Non recommandé (données humaines insuffisantes)	Les patients atteints de maladies hépatiques sévères ou modérées doivent être maintenus sous surveillance régulière et une réduction de 50 % de la dose journalière est recommandée	<p>Source : recommandations ESC 2017</p> <p>◆ Double antiagrégation plaquettaire</p> <p>◆ Double antiagrégation plaquettaire + anticoagulation orale ou Mono-antiagrégation plaquettaire + anticoagulation orale</p>	<p>Sources : HAS 2009, HAS 2022</p> <p>◆ Prévention lésions gastroduodénales dans situations de stress</p> <p>◆ Dyspepsie fonctionnelle</p> <p>◆ Epigastralgie</p> <p>◆ Mono-antiagrégation plaquettaire</p> <p>◆ Anticoagulation orale seule</p>
Oméprazole (10mg - 20mg)		OUI	Utilisation possible	Chez les patients présentant une insuffisance hépatique, une dose journalière de 10 mg-20 mg peut suffire		
Pantoprazole (20mg - 40mg)		NON	Non recommandé (données humaines insuffisantes)	La dose journalière de 20 mg de pantoprazole (1 comprimé de 20 mg de pantoprazole) ne doit pas être dépassée chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère		
Esomeprazole (20mg - 40mg)		OUI	Non recommandé (données humaines insuffisantes)	Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère à modérée. Il convient de ne pas dépasser la dose maximale de 20 mg de ESOMEPRAZOLE ALMUS chez les patients ayant une insuffisance hépatique sévère		
Rabéprazole (10mg - 20mg)		NON	Contre-indiqué	Il n'est pas nécessaire d'adapter la posologie chez les patients présentant une insuffisance rénale ou hépatique		

Ouverture des gélules possible

Ne pas écraser ni croquer

Peut être dissout dans l'eau sans écraser

1 — L'arrêt de l'IPP doit être prescrit ou envisagé dès l'initiation du traitement

2 — En cas de prescription d'IPP au long cours nécessaire, une réévaluation régulière du traitement doit être mise en œuvre (indication, efficacité, posologie minimale efficace, effets secondaires, ...)

3 — L'arrêt de l'IPP après un traitement au long cours doit être réalisé après avis médical et de manière progressive en raison du risque de rebond d'acidité en cas d'arrêt brutal

(Algorithme de déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons : https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2019/04/deprescribing-algorithms-2018_Fr.pdf)