

IPP : ARRÊT PROGRESSIF OU BRUTAL

« Quand et comment arrêter le traitement »



- Dr Dhouha Cherif
- Assistante Hospitalo-universitaire
- Service de Gastro-Entérologie B
- Hôpital La Rabta

Objectifs pédagogiques

- Identifier les indications consensuelles des IPP
- Définir l'effet rebond à l'arrêt
- Préciser les modalités d'arrêt et de surveillance



Introduction



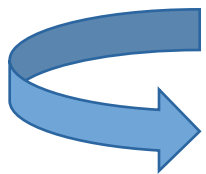
- Surprescription fréquente : **53 à 70 %** des prescriptions ne sont pas justifiées



- Sujet âgé : polymédication, comorbidités et risque accru d'iatrogénie



- Enjeu économique : coût important pour le système de santé



**Rationalisation de la prescription médicale:
enjeu de santé publique majeur**

Prescription des IPP



YES

**Indications
consensuelles
Prescrire l'IPP**
(forte recommandation)



MAYBE

**Prescriptions
relatives
discutables**

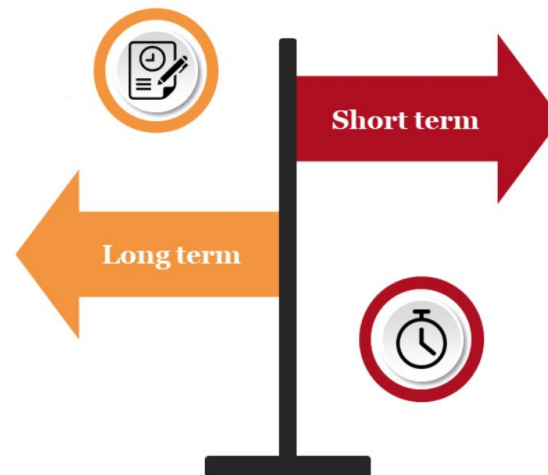


NO

**Prescriptions
non justifiées
non
recommandées**

**Indications au long
cours $\geq 8-12$ s**

Traitement d'entretien



**Indications de courte
durée < 8 s**

Traitement d'attaque

Indications des IPP

A long terme

Indications consensuelles

- Œsophagite peptique (LA C/D)
- Œsophage de Barrett
- Syndrome de Zollinger-Ellison
- Sténose peptique
- AINS/aspirine/corticoïde au long cours chez un patient à haut risque hémorragique
- Fibrose pulmonaire idiopathique
- Sclérodermie systémique avec reflux



Indications justifiées

- RGO avec réponse aux IPP à court terme
- RGO récidivant à l'arrêt des IPP
- Toux chronique par RGO documentée

A court terme

Indications Consensuelles

- Reflux gastro-œsophagien
- Ulcères gastroduodénaux
- Éradication HP
- Post traitement endoscopique des ulcères hémorragiques
- Prévention de l'ulcère de stress

Indications justifiées

- Dyspepsie fonctionnelle (traitement d'épreuve)
- Symptomatologie ORL d'un RGO documenté
- AINS à forte dose

Prescription d'IPP Non justifiée

Aucune indication aux IPP ✗

- Symptômes digestifs non spécifiques
- Symptômes ORL isolés
- Symptômes digestifs aigus (vomissements, douleurs abdominales)
- Troubles intestinaux non spécifiques



Au long cours ✗

- Dyspepsie ne répondant pas aux IPP
- Ulcère peptique gastrique ou duodénal
- Gastrite érosive
- Co-prescription d'AINS en l'absence de facteur de risque d'hémorragie digestive

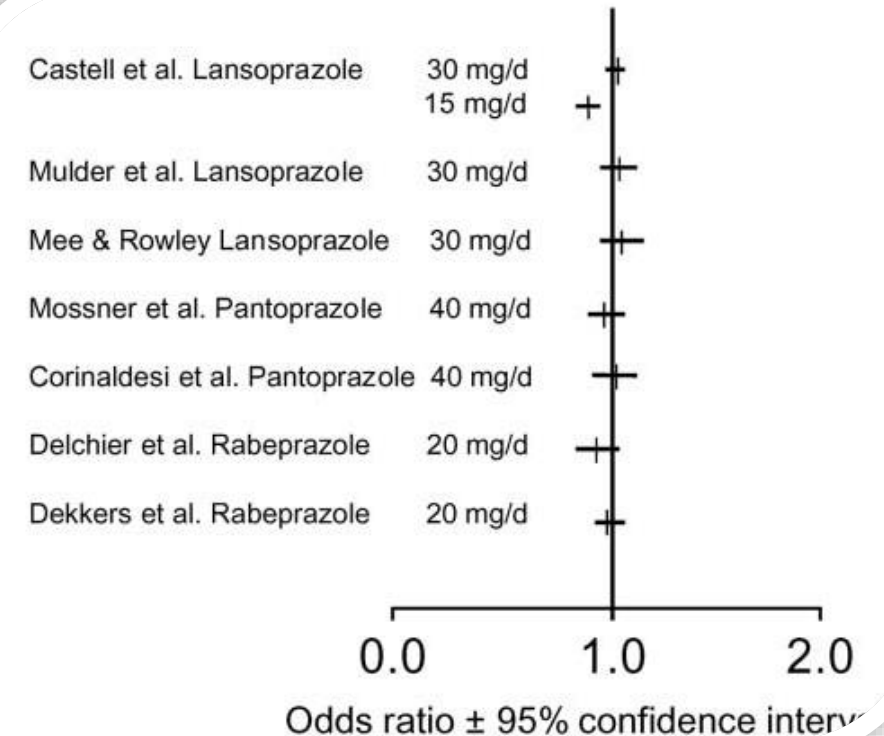
Quel IPP choisir ?

FACTEURS D'EFFICACITÉ

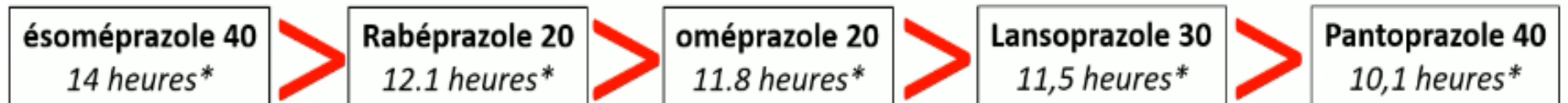
- Biodisponibilité,
- Métabolisme CYP2C19:Interaction Méd
- Durée de l'inhibition de l'acidité gastrique

Prescription optimale

- à jeun
 - le matin
 - 30 MIN avant le premier repas
 - En dose unique
- Inhibition de 75 % des pompes à protons



Doubles doses : œsophagite sévère / Éradication HP/UGD compliqué/S Z-E



Arrêt des IPP : Bonnes pratiques

- ✓ Poursuivre les IPP en cas d'indications consensuelles
- ✓ Arrêter les IPP en l'absence d'indication consensuelle ou justifiée



➤ Éviter

- Polymédication
- Interaction médicamenteuse
- Surcoût
- effets indésirables

- Infection à clostridium difficile
- Carences nutritionnelles
- Atteinte rénale
- Atteinte osseuse
- Effet Rebond

EFFETS INDÉSIRABLES AUX IPP

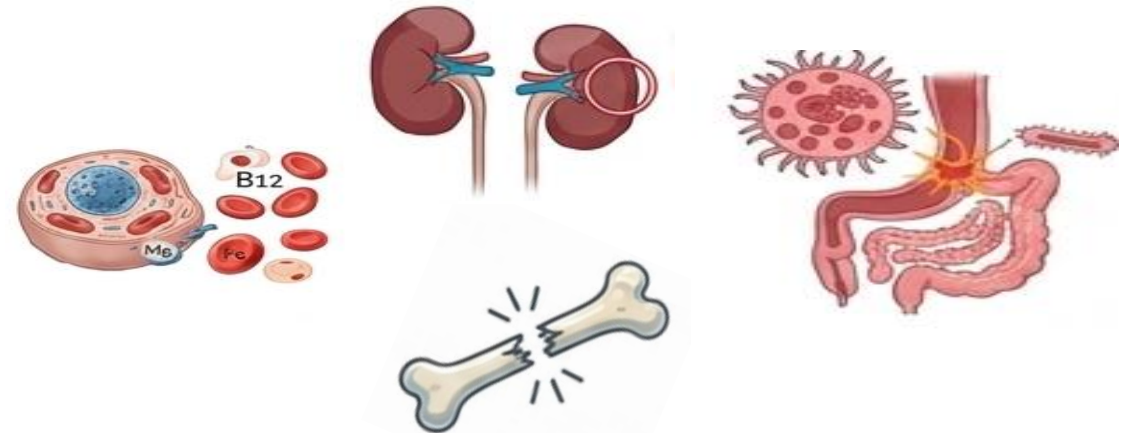
SH2MA



IPP



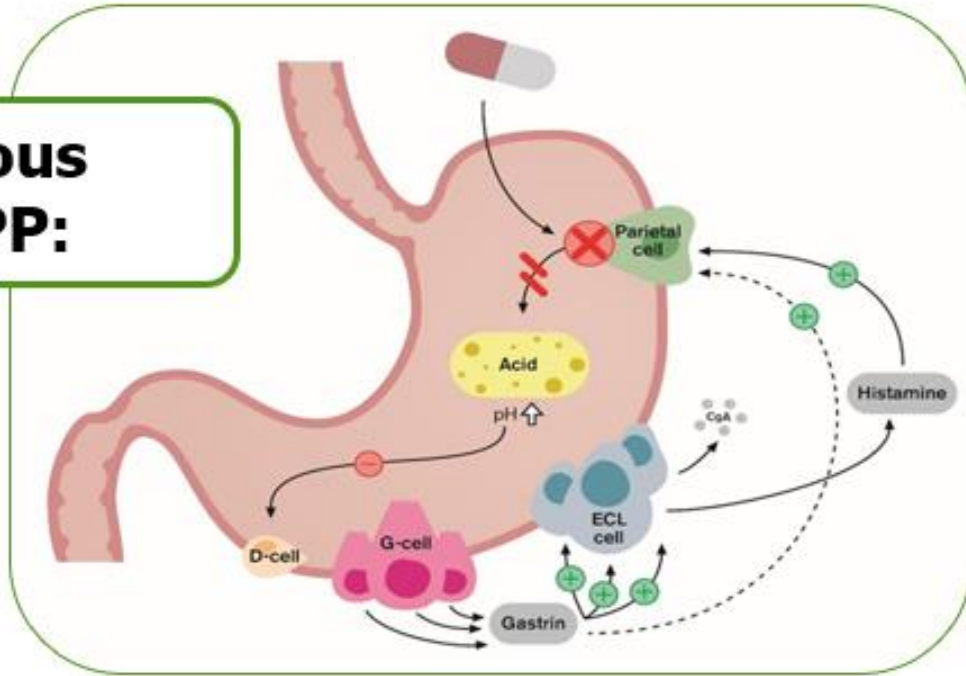
Durée



FMC 2024

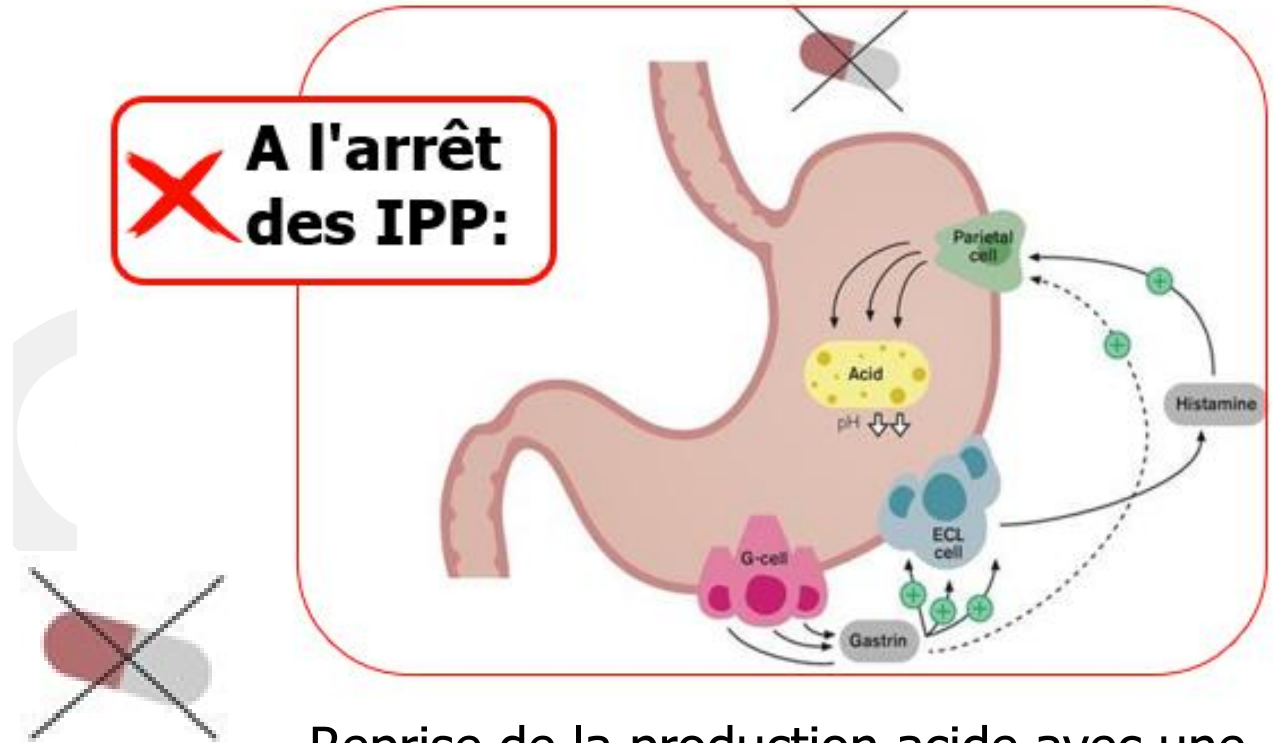
L'effet rebond acide

✓ **Sous IPP:**



➡ Sécrétion acide gastrique
Hyergastrinémie
Hyperplasie cellules G + ECL
hypersécrétion histamine

✗ **A l'arrêt des IPP:**



Reprise de la production acide avec une capacité de sécrétion élevée



Augmentation de la sécrétion acide à l'arrêt des IPP au-dessus des niveaux de prétraitement avec risque de **ré-apparition de symptômes digestifs à l'arrêt des IPP**

Int. J. Mol. Sci. 2024, 25, 5459. <https://doi.org/10.3390/ijms25105459>

L'effet rebond acide

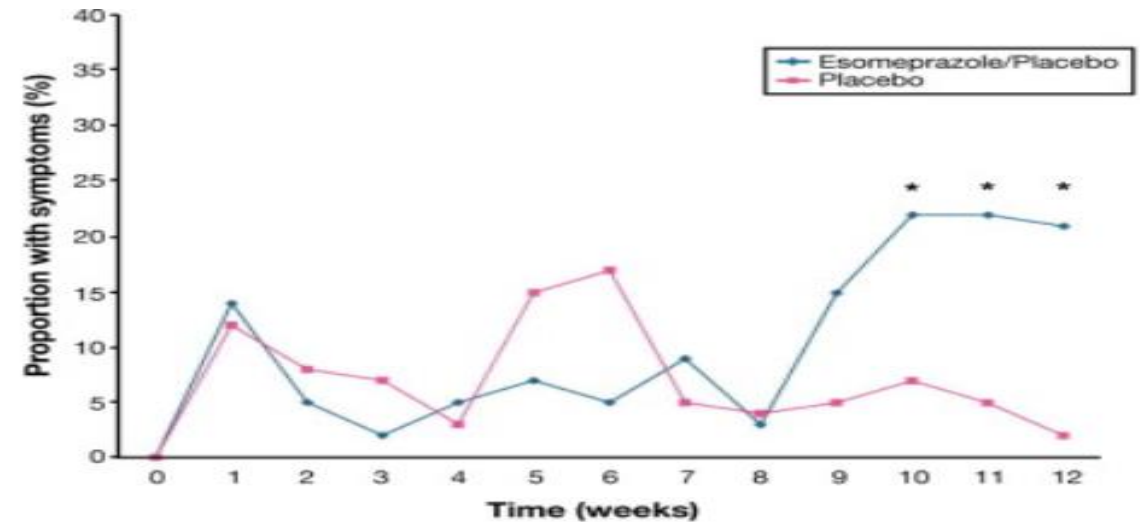
RCT : 120 patients volontaires sains

Deux groupes IPP VS placebo

12 semaines de traitement avec un suivi S0-S4-S8-S12

Evaluation des symptômes digestifs par un questionnaire hebdomadaire

Week	PPI (n = 59)	Placebo (n = 59)	Difference in proportion (95% CI)	P
0	0% (0/59)	0% (0/60)		
8	3.4% (2/59)	3.5% (2/57)	-0.1% (-7.0% to 6.7%)	>.99
9	15.3% (9/59)	5.1% (3/59)	10.2% (-1.0% to 21.1%)	.125
10	22.0% (13/59)	6.8% (4/59)	15.2% (2.6%–27.8%)	.034
11	22.0% (13/59)	5.1% (3/59)	16.9% (4.7%–29.1%)	.013
12	20.7% (12/58)	1.7% (1/59)	19.0% (7.8%–30.2%)	.001



Int J Mol Sci. 2024 May 17;25(10):5459.doi: 10.3390/ijms25105459

•Scand J Gastroenterol 2013 May;48(5):515-22.doi: 10.3109/00365521.2012.746395. Epub 2013 Jan 14.

L'effet rebond acide

RCT : 120 patients volontaires sains

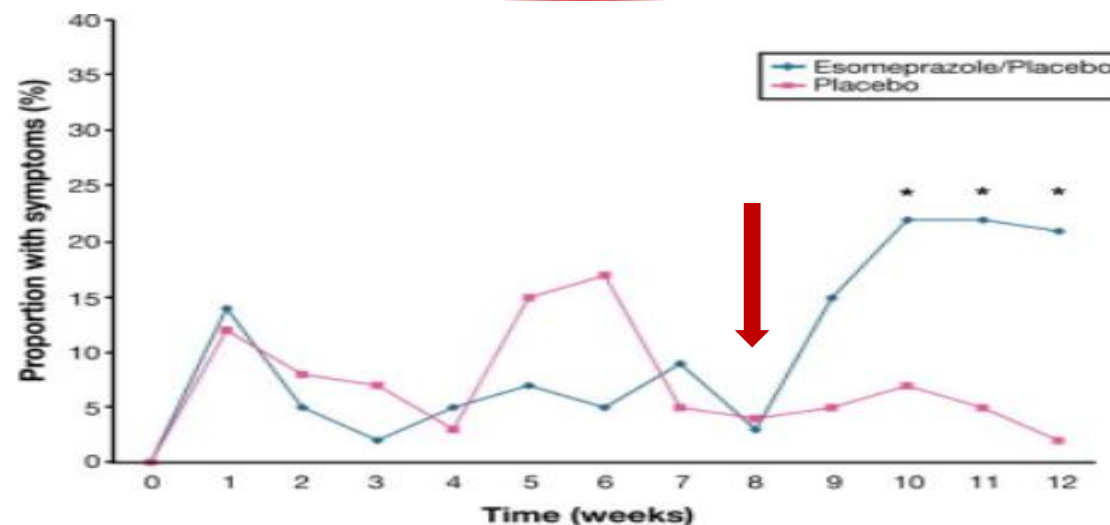
Deux groupes IPP VS placebo

12 semaines de traitement avec un suivi S0-S4-S8

Evaluation des symptômes digestifs par un questionnaire hebdomadaire

S9 à S12 : **44 %** (IPP) VS **15 %** (placebo) → pyrosis, régurgitations acides, dyspepsie (différence de 29 % ; IC à 95 %, 15,2–47,4 % ; **$P < 0,001$**)

Week	PPI (n = 59)	Placebo (n = 59)	Difference in proportion (95% CI)	P
0	0% (0/59)	0% (0/60)		
8	3.4% (2/59)	3.5% (2/57)	-0.1% (-7.0% to 6.7%)	>.99
9	15.3% (9/59)	5.1% (3/59)	10.2% (-1.0% to 21.1%)	.125
10	22.0% (13/59)	6.8% (4/59)	15.2% (2.6%–27.8%)	.034
11	22.0% (13/59)	5.1% (3/59)	16.9% (4.7%–29.1%)	.013
12	20.7% (12/58)	1.7% (1/59)	19.0% (7.8%–30.2%)	.001



L'effet rebond : Délai de survenue et facteurs de risque

➤ Délai de survenue

Survient après au moins 4 semaines de traitement par IPP

Apparaît typiquement entre J5-J14 après l'arrêt

Dure en moyenne 4-5j avec un maximum de 26S

➤ Facteurs de risque de l'effet rebond

Statut HP négatif

Sexe féminin (hypergastrénimie)

Durée De prise d'IPP

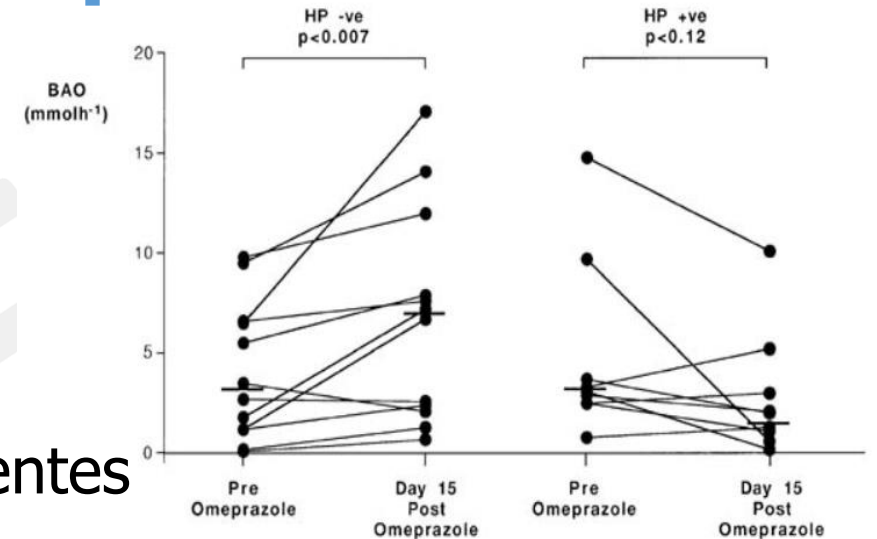
Données divergentes

faible niveau de preuve

➤ Effet de Classe

Indépendant de la molécule d'IPP

Récidive symptomatologie Vs Effet Rebond:
Durée > 2mois
Toujours vérifier éradication HP



Modalités d'arrêt des IPP : Déprescription

IPP < 4 semaines

Pas d'effet rebond



Arrêt brutal

IPP $\geq$ 4 semaines

Effet rebond



Arrêt progressif

Modalités d'arrêt des IPP : Arrêt brutal

Immediate discontinuation versus gradual tapering of proton pump inhibitors in long-term users: a randomized controlled trial

Original Article—Alimentary Tract | Published: 27 April 2026
(2026) [Cite this article](#)

- Essai multicentrique, randomisé
- 63 Patients atteints d'un reflux gastro-œsophagien en rémission sous IPP
- **G1** « arrêt immédiat » VS **G2** « réduction progressive des IPP »
- Critère d'évaluation principal : Arrêt maintenu S24 ET S48
- Résultats :



Arrêt Immédiat

Taux de sevrage
maintenu à S24 et S48



Sevrage Progressif

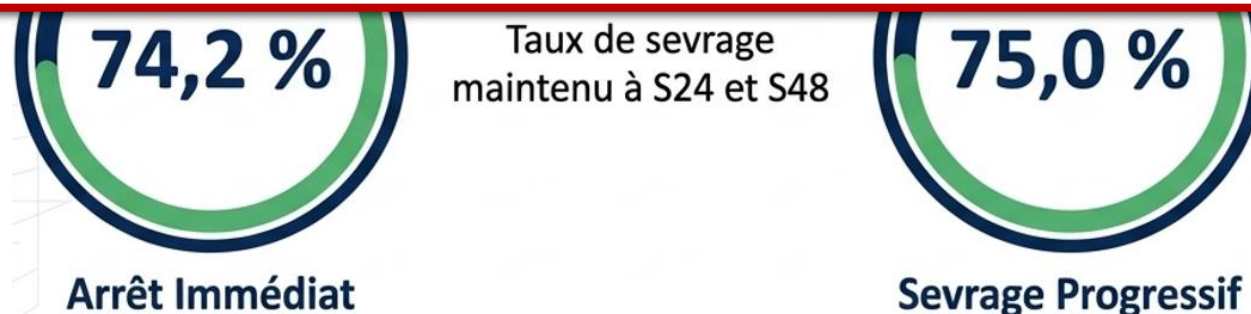
Modalités d'arrêt des IPP : Arrêt brutal

Immediate discontinuation versus gradual tapering of proton pump inhibitors in long-term users: a randomized controlled trial

Original Article—Alimentary Tract | Published: 27 April 2026
(2026) [Cite this article](#)

- Essai multicentrique, randomisé
- 63 Patients atteints d'un reflux gastro-œsophagien en rémission sous IPP
- **G1** « arrêt immédiat » VS **G2** « réduction progressive des IPP »
- Critère d'évaluation principal : Arrêt maintenu S24 ET S48
- Résultat

Arrêt immédiat VS réduction progressive
→ taux comparables de sevrage.



Modalités d'arrêt progressif des IPP

Arrêt progressif

Réduction de la posologie (IPP intermittent / à la demande/ moitié dose)

Diminution progressive de la posologie

Switcher vers l'anti-H2



Quelle modalité choisir ?

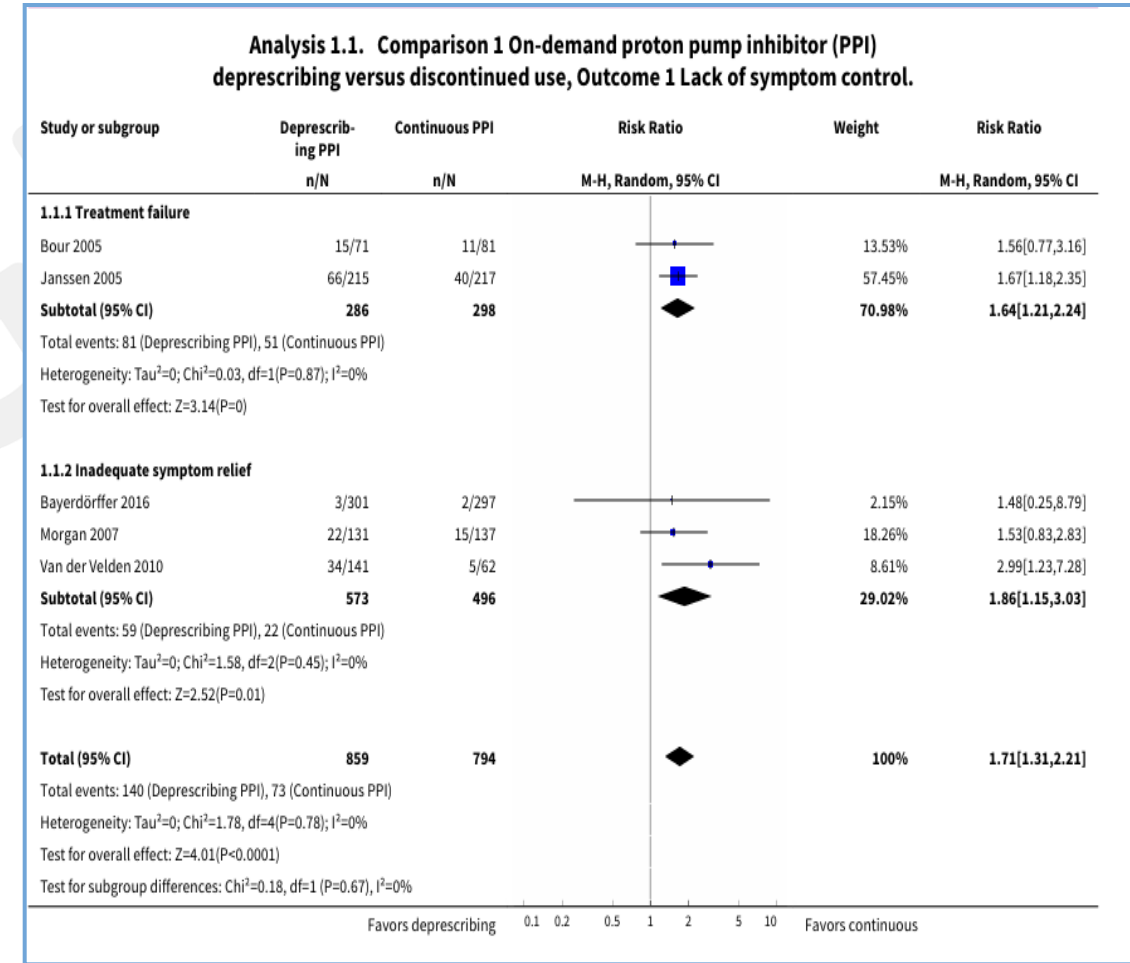
Arrêt progressif : IPP à la demande

Prise quotidienne d'IPP uniquement si récidive symptômes puis un arrêt dès leur disparition.

Revue systématique avec méta-analyse.

5 RCT IPP à la demande VS ttt continu par IPP

- Taux d'échec thérapeutique : Soulagement insuffisant des symptômes
- 16,3% IPP à la demande VS 9,2% IPP continu $p < 0,001$
- La majorité des patients tolère parfaitement l'intervention de déprescription.
- Diminution de la charge thérapeutique et médicamenteuse



Arrêt progressif : Diminution des doses

ERC : 96 patients inclus, IPP > 8s ;

G1 : Arrêt Brutal (20 mg d'oméprazole une fois par jour pendant 3 semaines (groupe 1))

G2 : progressif (20 mg par jour pendant 1 semaine, 10 mg d'oméprazole pendant 1 semaine et 10 mg 1j/2 pendant une semaine)

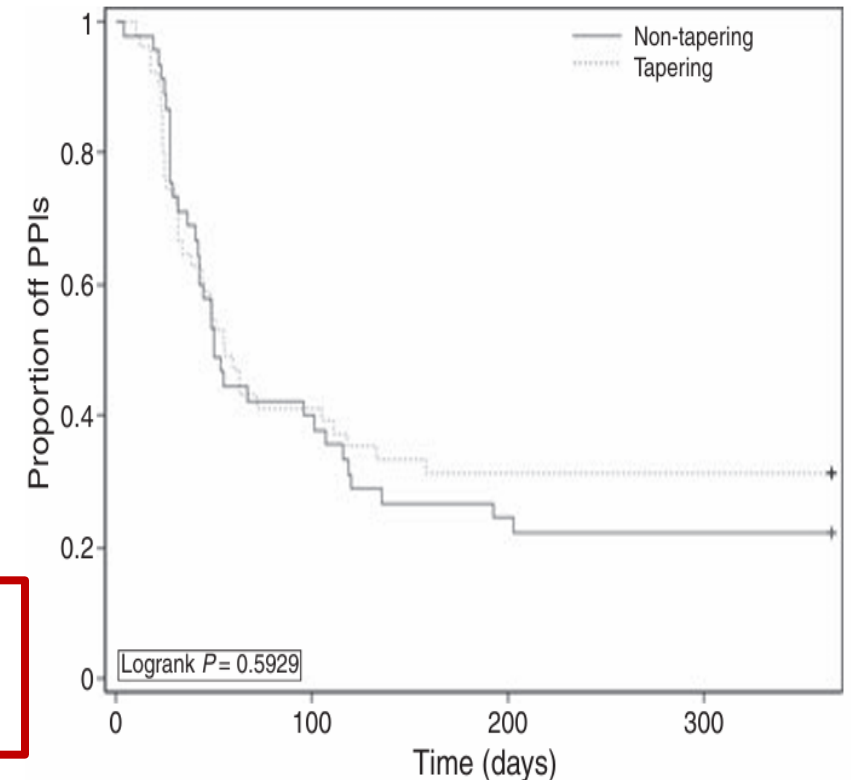
Evaluation (GSRS) : Pre protocole, Arrêt des IPP
S1, M1, M6, M12

Arrêt IPP à M12 : G1:(22 %) VS G2 :(31 %) $p=0,59$
Pas de différence entre terme d'arrêt d'IPP

Limite : dégression sur une durée de trois semaines : temps estimé insuffisant pour juger de l'inefficacité de la dégression

Discontinuation of proton pump inhibitors in patients on long-term therapy: a double-blind, placebo-controlled trial

E. BJÖRNSSON, H. ABRAHAMSSON, M. SIMRÉN, N. MATSSON, C. JENSEN, P. AGERFORZ & A. KILANDER



Arrêt progressif : Switcher vers un anti H2

IPP (dose d'entretien)VS H2RA :

MOINS Récidive œsophagite
MOINS Récidive symptomatologie
Plus d'Effet indésirable : Céphalée

H2RA Vs placebo :

MOINS Récidive œsophagite
MOINS Récidive symptomatologie
Plus d'Effet indésirable : Céphalée

Cochrane Database of Systematic reviews | Review - Intervention

Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis and endoscopic negative reflux disease

Clare Donnellan, Cathy Preston, ✉ Paul Moayyedi, Nav Sharma Authors' declarations of interest

Version published: 18 October 2004 Version history

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003245.pub2>

Pompe à protons → traitements les plus efficaces l'œsophagite : prévenir la réapparition des symptômes.

Anti H2 > Placebo avec moins d'effets indésirables → alternative

thebmj/BMJ2022;379:e069211 | doi: 10.1136/bmj-2021-069211

Aliment Pharmacol Ther. 2006 Sep 15;24(6):945-54. doi: 10.1111/j.1365-2036.2006.03084.x.



Recommandations des sociétés savantes

Domaine	SEA (Asie du Sud-Est)	Inde	AGA (États-Unis)	Mexique	Canada
Stratégie de déprescription	Revue régulière, diminution progressive et arrêt si approprié.	Optimisation de la dose. Focus sur la prévention du mésusage dès la prescription initiale.	Diminution progressive privilégiée ; informer le patient sur le risque de RAHS .	Accent limité (NERD : traitement intermittent ou à la demande).	Réduire la dose, arrêter ou passer à la demande ; envisager les anti-H2 .
Mises en garde clés	Nécessite une mise en œuvre structurée .	Éviter l'usage prophylactique aveugle et le risque de mauvais diagnostic de RGO réfractaire.	Ne pas arrêter uniquement par crainte d'effets indésirables.	Éviter les erreurs de diagnostic de RGO réfractaire.	Ne pas déprescrire chez les patients à haut risque.

Stratégie de Déprescription



Réévaluer la pertinence de la prescription



Patient candidat & informé (Effet Rebond)



Rappel des règles hygiéno-diététiques



SCHÉMA DE Déprescription

< 4 semaines

>4 semaines

Arrêt brutal

Patient sous l'IPP 2x /j:

Désescalade : Réduire à 1x par jour (4 à 8 S)

Sevrage progressif : Réduire à un jour sur deux pendant 2 à 4 semaines.

Arrêt : Si le patient est asymptomatique.

Patient sous IPP 1x / j:

Sevrage progressif : Passer à un jour sur deux pendant 2 à 4 semaines.

Arrêt : Si le patient est asymptomatique.



SUIVI & GESTION DES SYMPTÔMES

Surveillance de la récurrence (4-12 semaines)

Symptômes < 2S : effet rebond

Ne pas reprendre l'IPP immédiatement.

- Anti-H2 (2x/j) ou Alginates/Antiacides

Symptômes >2S : Récidive ?

- Réévaluer la pathologie digestive.
- Dose minimale efficace (1j/2 ou 1j/3).
- Usage intermittent ou cure courte (3j-1s).
- échec : Reprise à la dose antérieure.

Succès
déprescription

Pas de récurrence

Récidive symptômes

IPP au long cours

Take home messages

- ✓ Prescription des IPP : Balance bénéfices VS risques
- ✓ Indications consensuelles / justifiées ne pas hésiter à maintenir les IPP
- ✓ Dose minimale efficace
- ✓ Pas d'indication : arrêt IPP
- ✓ IPP > 4 s : Opter pour un arrêt progressif
- ✓ Déprescription : décision partagée : préférence patient, analyse de l'indication IPP , implication du praticien