


Addenda  
Usage optimal à long terme des  
inhibiteurs de la pompe à protons

Août 2017

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)



Addenda  
Usage optimal à long terme des  
inhibiteurs de la pompe à protons

Août 2017

*Rédigé par*  
Éric Tremblay



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

#### **Équipe de projet**

##### **Auteur**

Éric Tremblay, B. Pharm., M. Sc.

##### **Coordination scientifique**

Marie-Claude Breton, Ph. D.

##### **Direction scientifique**

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., M.B.A.

##### **Soutien documentaire**

Flavie Jouandon

#### **Équipe de l'édition**

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

##### **Sous la coordination de**

Renée Latulippe

##### **Avec la collaboration de**

Madeleine Fex, révision linguistique

---

#### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-79112-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Usage optimal à long terme des inhibiteurs de la pompe à protons – Addenda. Rédigé par Éric Tremblay. Québec, Qc : INESSS; 2017. 14 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

---

## Contributions

L'INESSS tient à remercier les personnes suivantes, qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

**D<sup>r</sup> Jean-Daniel Baillargeon**, gastro-entérologue, directeur du service de gastro-entérologie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**D<sup>re</sup> Sylviane Forget**, gastro-entérologue pédiatre, Centre hospitalier pour enfant de l'Université McGill

**D<sup>r</sup> Alexandre Gougeon**, gastro-entérologue, Service de gastro-entérologie du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)

## Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de l'addenda.

Le **D<sup>r</sup> Jean-Daniel Baillargeon** et le **D<sup>r</sup> Alexandre Gougeon** n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts.

La **D<sup>re</sup> Sylviane Forget** a déclaré avoir reçu des honoraires à titre de conférencière des compagnies Abbvie, Janssen et Nestlé.

## Responsabilité

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document; les conclusions et les recommandations qu'il contient ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

## TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODOLOGIE.....	3
RÉSULTATS.....	4
DISCUSSION.....	10
RECOMMANDATIONS.....	11
CONCLUSION.....	12
RÉFÉRENCES.....	13

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Indications cliniques moins fréquentes qui ne seraient pas incluses dans les nouvelles modalités de remboursement des IPP et pour lesquelles l'usage d'un IPP serait justifié plus de 90 jours durant une période de 365 jours.....	4
Tableau 2 Recommandations de l'INESSS relatives à la durée maximale des traitements par IPP admissibles à un remboursement et code correspondant à chacune des indications.....	11



# SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AINS	Anti-inflamatoire non stéroïdien
AGEQ	Association des gastroentérologues du Québec
APES	Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec
AQPP	Association québécoise des pharmaciens propriétaires
Anti-H <sub>2</sub>	Antagoniste des récepteurs à l'histamine de type 2
CMQ	Collège des médecins du Québec
ECRA	essai clinique à répartition aléatoire
EVA	ectasie vasculaire antrale
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPP	inhibiteurs de la pompe à protons
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
n	Nombre
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
ORL	Oto-rhino-laryngologie
RGO	reflux gastro-oesophagien
RPCU	Regroupement provincial des comités d'usagers

---

# INTRODUCTION

---

L'avis intitulé *Usage optimal à long terme des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)* a été soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux le 31 mars 2016 et publié le 30 mai suivant. Cet avis avait pour objectif de déterminer les stratégies qui pourraient être envisagées pour améliorer l'usage à long terme de cette classe de médicaments et d'atténuer la pression financière sur le régime général d'assurance médicaments. Afin de favoriser un usage optimal des IPP, des recommandations cliniques sur les durées de traitement à long terme pour soulager les symptômes de dyspepsie ont notamment été élaborées à partir de l'information provenant de recommandations de bonnes pratiques cliniques et d'opinions d'experts appliquées au contexte québécois. Selon l'avis des différentes parties prenantes consultées, la simple diffusion d'information et la formation par les pairs ne suffiraient pas à changer la pratique. D'autres moyens ont donc été envisagés pour assurer l'application des recommandations, dont la modification des modalités de remboursement des IPP.

La modification des modalités de remboursement des IPP a été réalisée en collaboration avec trois directions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), soit la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament, la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité et la Direction générale des services de santé et médecine universitaire, et avec, entre autres, l'Association des gastro-entérologues du Québec (AGEQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES), l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP), le Collège des médecins du Québec (CMQ), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).

À la suite de l'entrée en vigueur de ces modalités de remboursement, le 3 mai 2017, des situations moins fréquentes pouvant justifier le remboursement d'un IPP plus de 90 jours durant une période de 365 jours ont été soulevées. Ces situations n'avaient pas été définies à titre d'indications dans les guides de pratique clinique ni par les parties prenantes consultées. Les objectifs du présent document sont la définition d'indications qui ne seraient pas incluses dans les nouvelles modalités de remboursement des IPP et pour lesquelles l'usage d'un IPP serait justifié plus de 90 jours durant une période de 365 jours ainsi que la détermination des durées de traitement pour les indications ciblées. Ces travaux permettront de mettre à jour les modalités de remboursement des IPP.

---

## MÉTHODOLOGIE

---

L'INESSS a demandé à l'AGEQ de désigner des gastro-entérologues en vue de préciser les indications moins fréquentes qui ne seraient pas incluses dans les nouvelles modalités de remboursement des IPP et pour lesquelles l'usage d'un IPP serait justifié plus de 90 jours durant une période de 365 jours. Ainsi, trois gastro-entérologues ont été invités à participer à la consultation. Ces trois experts, qui pratiquent à Montréal, à Québec et à Sherbrooke respectivement, ont accepté de participer à la consultation. Un premier échange avec les gastro-entérologues a permis de déterminer les indications qui ne seraient pas incluses dans les nouvelles modalités de remboursement et de se prononcer sur les durées de traitement IPP initial et à long terme. Une seconde consultation a été nécessaire pour compléter et valider les renseignements récoltés lors de la première consultation. Pour chacune des indications qui n'étaient pas incluses, les experts ont mentionné la justification clinique du recours à un traitement IPP à long terme. Une recherche complémentaire non exhaustive d'articles justifiant l'usage à long terme des IPP pour les indications additionnelles précisées a été réalisée et leurs extraits soumis aux lecteurs externes.

# RÉSULTATS

À la suite de la consultation avec les gastro-entérologues, 14 indications cliniques moins fréquentes qui ne seraient pas incluses dans les nouvelles modalités de remboursement des IPP et pour lesquelles l'usage d'un IPP serait justifié plus de 90 jours durant une période de 365 jours ont été déterminées (tableau 1). La durée de traitement, la justification clinique et la durée maximale de traitement admissible à un remboursement relatives aux indications complètent le tableau.

**Tableau 1** Indications cliniques moins fréquentes qui ne seraient pas incluses dans les nouvelles modalités de remboursement des IPP et pour lesquelles l'usage d'un IPP serait justifié plus de 90 jours durant une période de 365 jours

Indications cliniques moins fréquentes	Durée de traitement	Justification clinique	Durée maximale des traitements admissibles à un remboursement Code
Syndrome de l'intestin court	Cette atteinte est parfois chronique mais, dans la plupart des cas, elle est temporaire, soit d'une durée de 6 mois. L'adaptation à cette atteinte demeure imprévisible.	Le syndrome de l'intestin court peut mener à l'hypersécrétion de gastrine, susceptible d'accentuer des problèmes de diarrhée [Kato <i>et al.</i> , 2004; Murphy <i>et al.</i> , 1979]. Les IPP pourraient, en supprimant l'hypersécrétion gastrique, réduire l'inactivation des suppléments d'enzymes pancréatiques, améliorer l'absorption des nutriments et réduire la perte de fluide, mais les données consultées ne permettent pas de le confirmer [Nightingale <i>et al.</i> , 1991].	Durée : 12 mois  Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 12 mois/ordonnance en apposant le même code.  Code : PP12
Maladie de Crohn – atteinte du tube digestif supérieur	Long terme	Les IPP en combinaison avec les stéroïdes sont la première ligne de traitement de la maladie de Crohn active [Ingle <i>et al.</i> , 2015; 2013].  Les symptômes gastro-duodénaux de la maladie de Crohn répondent aux anti-H <sub>2</sub> et aux IPP [Miehler <i>et al.</i> , 2001].  Une étude de cas (4 cas) a montré qu'un IPP (oméprazole) s'est avéré utile dans le traitement symptomatique des patients porteurs de la maladie de Crohn (atteinte gastro-duodénale) [Woolfson et Greenberg, 1992].  L'inhibition de la production d'acide est plus susceptible de guérir l'ulcération duodénale associée à la maladie de Crohn que le traitement par des stéroïdes [Valori et Cocker, 1990].  La maladie de Crohn (atteinte œsophagienne ou gastro-duodénale) de faible intensité peut être traitée par un IPP seulement, selon la recommandation 5H de la 3 <sup>e</sup> réunion européenne sur les consensus	Durée : 24 mois  Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 24 mois/ordonnance en apposant le même code.  Code : PP999

Indications cliniques moins fréquentes	Durée de traitement	Justification clinique	Durée maximale des traitements admissibles à un remboursement Code
		<p>concernant le diagnostic et le traitement de la maladie de Crohn [Gomollon <i>et al.</i>, 2017]. La thérapie fondée sur la preuve repose principalement sur des séries de cas. La plupart des médecins ajoutent un IPP à un traitement par induction classique.</p> <p>On ne trouve que très peu de littérature scientifique publiée sur le sujet et aucun essai clinique à répartition aléatoire (ECRA). Il s'agit ici de recommandations d'experts repérées dans des articles de revue [Mottet <i>et al.</i>, 2005; Tremaine, 2003; Van Hogezaand <i>et al.</i>, 2001].</p>	
<p>Prise d'enzymes pancréatiques n'ayant pas l'efficacité voulue à cause de leur inactivation par l'acidité gastrique chez les personnes atteintes de la fibrose kystique ou d'une pancréatite chronique.</p>	<p>Long terme</p>	<p>Les personnes qui ne répondent pas aux doses maximales de suppléments d'enzymes pancréatiques pourraient bénéficier de l'ajout d'un IPP, qui permettrait une diminution de l'acidité gastrique. La libération complète des enzymes en serait facilitée [Wallace <i>et al.</i>, 1993], mais cette pratique est basée sur des preuves limitées [Ng et Franchini, 2014].</p> <p>L'utilisation d'un IPP comme médicament complémentaire aux suppléments d'enzymes pancréatiques est indiquée chez les personnes atteintes de pancréatite chronique (et d'autres maladies caractérisées par une insuffisance pancréatique exocrine), dont la stéatorrhée est réfractaire aux suppléments enzymatiques [Scarpignato <i>et al.</i>, 2016].</p>	<p>Durée : 24 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 24 mois/ordonnance en apposant le même code.</p> <p>Code : PP999</p>
<p>Ulcères de Cameron</p>	<p>Jusqu'à ce que la hernie hiatale soit résorbée et qu'il y ait récurrence de l'anémie à l'arrêt de la prise d'un supplément de fer</p> <p>Traitement à long terme chez les patients chez lesquels la chirurgie n'est pas indiquée, ou en continu jusqu'à la chirurgie chez les patients admissibles au traitement chirurgical</p>	<p>Cette affection se caractérise par des lacérations au collet herniaire pouvant mener à des spoliations et à de l'anémie. Un traitement par IPP peut être requis si la cure de la hernie est insatisfaisante pour réduire la spoliation associée aux ulcères de Cameron (opinion d'experts). La carence en fer associée à des saignements chroniques peut être prévenue par un traitement par IPP, une fois qu'elle aura été corrigée par l'administration d'un supplément de fer [Panzuto <i>et al.</i>, 2004].</p>	<p>Durée : 24 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 24 mois/ordonnance en apposant le même code.</p> <p>Code : PP999</p>

Indications cliniques moins fréquentes	Durée de traitement	Justification clinique	Durée maximale des traitements admissibles à un remboursement Code
<p>Ulcères néoplasiques associés à un saignement chronique ou à une hémorragie digestive sur une lésion de l'estomac ou de l'œsophage</p>	<p>Un IPP peut être prescrit pour réduire le saignement dans un contexte palliatif, pour une durée possible de plus de 3 mois.</p> <p>Long terme ou jusqu'à la résection du cancer dans le cas d'un cancer œsophago-gastro-duodénal ou jusqu'à arrêt de la chimiothérapie dans le cas des mucosites consécutives à la chimiothérapie</p>	<p>Chez les patients atteints de cancer, l'utilisation de IPP pourrait être indiquée pour traiter ou prévenir le RGO et l'ulcération gastro-duodénale symptomatiques induits par la chimiothérapie [Scarpignato <i>et al.</i>, 2016]. Les personnes souffrant de mucosites gastro-intestinales ou de dysphagies pourraient également bénéficier d'un traitement par IPP [Scarpignato <i>et al.</i>, 2016]. La preuve étayant ces indications est faible en raison du petit nombre ou de la mauvaise qualité des études disponibles [Scarpignato <i>et al.</i>, 2016].</p>	<p>Durée : 24 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 24 mois/ordonnance en apposant le même code.</p> <p>Code : PP999</p>
<p>Ectasie vasculaire antrale (EVA)</p>	<p>Long terme (tant que l'anémie consécutive à l'EVA persiste)</p>	<p>Cette affection entraîne souvent des saignements répétés et parfois des hémorragies aiguës [Burak <i>et al.</i>, 2001].</p> <p>Il s'agit d'une extrapolation de la logique selon laquelle l'agression acide soit réduite dans l'estomac par les IPP et puisse ainsi réduire la spoliation sanguine (opinion d'experts). Les IPP sont indiqués seulement pour traiter les anémies consécutives à l'EVA et réfractaires aux autres traitements de l'EVA (coagulation par plasma d'argon). Même raisonnement logique que dans le cas de l'ulcère de Cameron (opinion d'experts).</p> <p>Il est bien établi que l'EVA cause des saignements occultes et de l'anémie ferriprive ainsi que des hémorragies aiguës [Wang <i>et al.</i>, 2015]. Les IPP sont utilisés en complément ou en attente d'un traitement endoscopique (traitement de référence).</p>	<p>Durée : 24 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 24 mois/ordonnance en apposant le même code.</p> <p>Code : PP999</p>
<p>Dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP</p>	<p>Comme dans le cas du RGO : si récidive des symptômes après un arrêt à 3 mois des IPP, reprendre les IPP tant que ce traitement soulage les symptômes.</p> <p>Traitement initial de 4 à 8 semaines</p> <p>Les consensus recommandent un traitement</p>	<p>Une revue Cochrane des ECRA publiés en février 2016 ou avant a montré que les IPP administrés durant 2 à 8 semaines sont légèrement plus efficaces qu'un placebo pour soulager les symptômes globaux de dyspepsie chez les personnes atteintes de dyspepsie fonctionnelle (risque relatif : 0,88; intervalle de confiance à 95 % : 0,82 à 0,94; participants (n = 5 968); études (n = 16); preuve de qualité moyenne) [Pinto-Sanchez <i>et al.</i>, 2017]. L'utilité des IPP à long terme dans le traitement de la dyspepsie fonctionnelle n'est pas documentée dans cette revue. Un</p>	<p>Durée : 12 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 12 mois/ordonnance en apposant le même code OU Symptômes : RGO 3 jours ou plus/semaine de retour AVEC arrêt de l'IPP.</p> <p>Code : PP205</p>

Indications cliniques moins fréquentes	Durée de traitement	Justification clinique	Durée maximale des traitements admissibles à un remboursement Code
	<p>prolongé chez les patients qui répondent au traitement en tentant de cesser l'IPP périodiquement.</p> <p>Ces patients ont généralement un trouble de l'accommodation gastrique, plus ou moins un ralentissement de la vidange gastrique pouvant répondre à un prokinétique; certains patients répondent aux IPP, mais ils sont très peu nombreux.</p>	<p>patient qui répond aux IPP et qui subit une récurrence à l'arrêt de ceux-ci devrait pouvoir continuer d'en bénéficier (opinion d'expert).</p>	
Gastroentérite éosinophilique	<p>Lorsque les symptômes ont été soulagés par un traitement par IPP et que ces symptômes reviennent, ce même traitement est recommandé.</p>	<p>Un traitement par IPP en essai serait justifié, en association avec les autres thérapies, chez les personnes atteintes de gastroentérite éosinophilique qui présentent des symptômes d'une atteinte du tube digestif supérieur (opinion d'experts). Il a été rapporté que le traitement par IPP fait diminuer l'étendue de l'infiltration éosinophile duodénale chez un patient atteint de gastroentérite éosinophilique [Yamada <i>et al.</i>, 2015]. Poursuivre le traitement par IPP s'il est efficace et en présence de récurrence à son arrêt (opinion d'experts).</p>	<p>Durée : 12 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 12 mois/ordonnance en apposant le même code OU Symptômes : RGO 3 jours ou plus/semaine de retour AVEC arrêt de l'IPP.</p> <p>Code : PP205</p>
Œsophage hypersensible	<p>Lorsque les symptômes ont été soulagés par un traitement par IPP et que ces symptômes reviennent, ce même traitement est recommandé.</p>	<p>L'œsophage hypersensible peut entraîner du reflux ou des douleurs thoraciques sans confirmation de reflux lors de l'investigation et qui répondent aux IPP (opinion d'experts).</p> <p>Les personnes qui en sont atteintes forment un sous-groupe de l'ensemble de celles qui souffrent de RGO pathologique non érosif, dont les symptômes sont associés à des épisodes de reflux acide, et qui sont susceptibles de répondre aux IPP [Van Pinxteren <i>et al.</i>, 2004].</p>	<p>Durée : 12 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 12 mois/ordonnance en apposant le même code OU Symptômes : RGO 3 jours ou plus/semaine de retour AVEC arrêt de l'IPP.</p> <p>Code : PP205</p>
Œsophagite érosive importante, sans nécessairement que la personne atteinte présente des symptômes de reflux, de laquelle les récurrences sont possibles	Long terme	<p>Dans les cas de RGO compliqué, le traitement par IPP à long terme prévient la récurrence de l'œsophagite (chez 80 % sous IPP contre 49 % sous anti-H2 [Vigneri <i>et al.</i>, 1995]) et des sténoses œsophagiennes (chez 70 % sous IPP contre 54 % sous anti-H2 [Smith <i>et al.</i>, 1994]).</p>	<p>Durée : 24 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 24 mois/ordonnance en apposant le même code.</p> <p>Code : PP999</p>

Indications cliniques moins fréquentes	Durée de traitement	Justification clinique	Durée maximale des traitements admissibles à un remboursement Code
		<p>La thérapie d'entretien par IPP devrait être administrée aux personnes atteintes de RGO qui continuent d'avoir des symptômes après l'arrêt de l'IPP et aux personnes qui présentent des complications, y compris l'œsophagite érosive et l'œsophage de Barrett (forte recommandation, niveau de preuve moyen) [Katz <i>et al.</i>, 2013].</p> <p>Prévention secondaire : Taux de rechute élevé (approximativement 2/3, Gut 1998; 43 : 458). Efficacité supérieure de l'IPP comparativement au placebo, et à l'anti-H<sub>2</sub> en prévention des récurrences [Caro <i>et al.</i>, 2001]. Une étude coût-efficacité recommande la prophylaxie d'emblée pour traiter l'œsophagite de stade 4 ou s'il y a une incidence importante sur la qualité de vie, et après une récurrence pour traiter les cas de stade 2 et 3 [Harris <i>et al.</i>, 1997].</p>	
Ulcère peptique idiopathique récidivant en l'absence d' <i>H. pylori</i> ou de prise d'AINS	Long terme	L'ulcère peptique idiopathique nécessite fréquemment un traitement par IPP à forte dose, à vie, pour prévenir les récurrences [Scarpignato <i>et al.</i> , 2016].	<p>Durée: 24 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 24 mois/ordonnance en apposant le même code.</p> <p>Code : PP999</p>
Fuite de liquide gastrique autour du site péristomal à la suite d'une gastrostomie	<p>Jusqu'à la fin de la gastrostomie</p> <p>Peut nécessiter un traitement à long terme si la modification des facteurs mécaniques, par exemple le changement du bouton, le changement de l'angle du tube, le fixateur externe, n'a pas d'effet.</p>	<p>Justification basée sur l'effet anti-sécrétoire des IPP, qui diminue la quantité de liquide gastrique et, par le fait même, l'écoulement (opinion d'experts).</p> <p>Une fuite de liquide gastrique peut se produire à la suite d'une gastrostomie percutanée. Plusieurs facteurs peuvent être en cause : l'hypersécrétion gastrique, l'infection du site péristomal, l'angle du tube de gastrostomie ou la largeur de la stomie en fonction du diamètre de la tige du tube ou du bouton. L'utilisation d'IPP dans ces cas peut diminuer le volume de la fuite ainsi que l'irritation cutanée locale en réduisant la sécrétion d'acide gastrique.</p> <p>Dans la plupart des cas, le patient devra aussi être réévalué par le spécialiste qui a pratiqué la gastrostomie pour changer la taille du tube ou du bouton. Aucun ECRA sur l'efficacité des IPP dans ces circonstances n'a été recensé. Les articles de revue sur les complications relatives aux tubes de gastrostomie le</p>	<p>Durée : 24 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 24 mois/ordonnance en apposant le même code.</p> <p>Code : PP999</p>

Indications cliniques moins fréquentes	Durée de traitement	Justification clinique	Durée maximale des traitements admissibles à un remboursement Code
		recommandent comme une des options à mettre en place, en citant d'autres articles de revue qui font la même recommandation, mais sans étude spécifique à l'appui [Blumenstein <i>et al.</i> , 2014; Ghevariya <i>et al.</i> , 2009].	
Anneau de Schatzki	Long terme (semblable à la sténose peptique)	L'anneau de Schatzki correspond à une réduction du calibre de la partie supérieure de l'œsophage pouvant être provoquée par une hernie hiatale ou un RGO.  L'administration d'IPP est parfois suffisante. Dans certains cas, la chirurgie doit être envisagée (opinion d'experts). Le traitement par IPP en continu et à long terme est indiqué chez les personnes ayant un anneau œsophagien et des signes de RGO (ex. : patients souffrant de brûlures d'estomac fréquentes ou œsophagites érosives à l'endoscopie) [Marks et Richter, 1993].	Durée: 24 mois  Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 24 mois/ordonnance en apposant le même code.  Code : PP999
Les symptômes extradigestifs, dont les douleurs thoraciques, ceux associés à des dysmotilités, ceux de la sphère ORL ou pulmonaire, dont la toux, répondant aux IPP et qui reviennent à l'arrêt des IPP	Jusqu'à la fin des symptômes extraœsophagiens	Le RGO est présumé être la cause des symptômes extraœsophagiens chez les personnes ayant répondu à un essai empirique d'un IPP [Scarpignato <i>et al.</i> , 2016; Hom et Vaezi, 2013].	Durée: 12 mois Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 12 mois/ordonnance en apposant le même code OU Symptômes : RGO 3 jours ou plus/semaine de retour AVEC arrêt de l'IPP.  Code : PP205

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien; Anti-H<sub>2</sub> : Antagoniste des récepteurs à l'histamine de type 2; ECRA : essai clinique à répartition aléatoire; IPP : inhibiteur de la pompe à protons; n : nombre; ORL : oto-rhino-laryngologie; RGO : reflux gastro-œsophagien

---

## DISCUSSION

---

La consultation des experts a permis de déterminer 14 indications additionnelles à considérer lors de la modulation attendue des modalités de remboursement des IPP. Ces 14 indications pourraient justifier, selon les experts consultés, un traitement par IPP de plus de 90 jours durant une période de 365 jours. Peu d'études ont été réalisées pour documenter la pertinence de traiter par IPP les personnes dont l'état correspond à l'une des indications rapportées par les experts consultés. La plupart des durées maximales des traitements admissibles à un remboursement recommandées sont basées sur des opinions d'experts, lesquelles s'appuient sur des données fragmentaires, des extrapolations, une logique physiopathologique ou l'expérience. Sauf peut-être dans le cas de la dyspepsie fonctionnelle, vu la rareté des indications additionnelles proposées pour un traitement par IPP prolongé, cette modulation devrait avoir peu d'effet sur le coût total des IPP, malgré la possibilité d'un usage inapproprié des IPP chez les personnes concernées. Dans le doute, une utilisation prolongée non justifiée des IPP chez ces personnes serait moins grave que de ne pas les utiliser alors qu'ils auraient pu être utiles.

Parmi les indications additionnelles proposées, 9 indications sont des situations nécessitant un traitement par IPP dont la pertinence serait à réévaluer au moins tous les 24 mois. Les autres indications proposées justifieraient une réévaluation de l'usage des IPP au moins tous les 12 mois. Les 9 indications à réévaluer au moins tous les 24 mois pourraient être associées au code PP999, présent dans les modalités actuelles de remboursement des IPP. Les indications à réévaluer au moins tous les 12 mois pourraient être associées au code PP12 ou PP205, eux aussi déjà présents dans les modalités actuelles de remboursement des IPP. Le code PP12 serait attribué à l'indication clinique « syndrome de l'intestin court ». Quant au code PP205, il pourrait être attribué aux indications suivantes : dyspepsie fonctionnelle, gastroentérite éosinophilique, œsophage hypersensible (à la condition du retour des symptômes après un arrêt à 3 mois d'un traitement IPP), symptômes extradigestifs (ex. : les douleurs thoraciques), ceux associés à des dysmotilités, ceux de la sphère ORL ou pulmonaire (ex. : toux) répondant aux IPP et qui reviennent à l'arrêt des IPP.

L'usage du code de remboursement PP205 pour le faible pourcentage de personnes qui auraient pu répondre aux IPP (minorité) présente un risque significatif de surutilisation. En effet, la prévalence élevée de la dyspepsie fonctionnelle et sa caractérisation difficile fait craindre un usage trop fréquent du code PP205 pour cette indication. Les professionnels de la santé devront expliquer l'importance de saines habitudes de vie, l'importance de la gestion du stress et de l'absence d'efficacité des IPP pour traiter la dyspepsie sans RGO, aussi appelée dyspepsie fonctionnelle, caractérisée par des rots (sensation de satiété, ballonnements). Il demeure aussi de la responsabilité du professionnel de la santé de déterminer si l'état d'une personne correspond à l'une des considérations thérapeutiques donnant droit au remboursement d'un IPP. La mesure de suivi et de contrôle à mettre en place par la RAMQ permettra d'encadrer l'application des modalités de remboursement. L'ajout de situations cliniques aux modalités de remboursement sans codes additionnels réduira toutefois la capacité de la mesure de suivi et de contrôle à discerner les situations cliniques et, par le fait même, à documenter le mauvais usage. Par ailleurs, d'autres consultations auprès de gastro-entérologues pourraient être éventuellement nécessaires pour compléter les modalités de remboursement des IPP en l'absence d'un code incluant toutes les situations moins fréquentes qui justifient un traitement de plus de 90 jours durant une période de 365 jours.

# RECOMMANDATIONS

**Tableau 2** Recommandations de l'INESSS relatives à la durée maximale des traitements par IPP admissibles à un remboursement et code correspondant à chacune des indications

INDICATIONS MOINS FRÉQUENTES	DURÉE MAXIMALE DES TRAITEMENTS PAR IPP ADMISSIBLES À UN REMBOURSEMENT ET CODE CORRESPONDANT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome de l'intestin court</li> </ul>	<p>Durée : 12 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 12 mois/ordonnance en apposant le même code.</p> <p>Code : PP12</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP</li> <li>• Gastroentérite éosinophilique</li> <li>• Œsophage hypersensible</li> <li>• Symptômes extradiigestifs, dont les douleurs thoraciques, ceux associés à des dysmotilités, ceux de la sphère ORL ou pulmonaire, dont la toux, répondant aux IPP et qui reviennent à l'arrêt des IPP</li> </ul>	<p>Durée : 12 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 12 mois/ordonnance en apposant le même code.</p> <p>OU</p> <p>Symptômes : RGO 3 jours ou plus/semaine de retour AVEC arrêt de l'IPP.</p> <p>Code : PP205</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Crohn – atteinte du tube digestif supérieur</li> <li>• Prise d'enzymes pancréatiques n'ayant pas l'efficacité voulue à cause de leur inactivation par l'acidité gastrique chez les personnes atteintes de la fibrose kystique ou d'une pancréatite chronique</li> <li>• Ulcères néoplasiques associés à un saignement chronique ou à une hémorragie digestive sur une lésion de l'estomac ou de l'œsophage</li> <li>• Ectasie vasculaire antrale (EVA)</li> <li>• Œsophagite érosive importante, sans nécessairement que la personne atteinte présente des symptômes de reflux, de laquelle les récurrences sont possibles</li> <li>• Ulcère peptique idiopathique récidivant en l'absence d'<i>H. pylori</i> ou de prise d'AINS</li> <li>• Fuite de liquide gastrique autour du site péristomal à la suite d'une gastrostomie</li> <li>• Anneau de Schatzki</li> <li>• Ulcères de Cameron</li> </ul>	<p>Durée : 24 mois</p> <p>Si le patient répond encore à l'indication clinique associée à ce code : Renouvellement pour une durée maximale de 24 mois/ordonnance en apposant le même code.</p> <p>Code : PP999</p>

---

# CONCLUSION

---

**Le présent document visait à :**

1. Déterminer les indications qui ne seraient pas incluses dans les nouvelles modalités de remboursement des IPP et pour lesquelles l'usage d'un IPP serait justifié plus de 90 jours durant une période de 365 jours.
2. Déterminer les durées de traitement par IPP relatives aux indications ciblées.

**L'INESSS arrive aux conclusions suivantes :**

1. Au total, 14 indications moins fréquentes, qui ne seraient pas incluses dans les nouvelles modalités de remboursement des IPP et pour lesquelles l'usage d'un IPP serait justifié plus de 90 jours durant une période de 365 jours, ont été définies.
2. La durée maximale des traitements admissibles à un remboursement et le code correspondant des 14 indications déterminées lors de la consultation est de 12 ou 24 mois.

# RÉFÉRENCES

- Blumenstein I, Shastri YM, Stein J. Gastroenteric tube feeding: Techniques, problems and solutions. *World J Gastroenterol* 2014;20(26):8505-24.
- Burak KW, Lee SS, Beck PL. Portal hypertensive gastropathy and gastric antral vascular ectasia (GAVE) syndrome. *Gut* 2001;49(6):866-72.
- Caro JJ, Salas M, Ward A. Healing and relapse rates in gastroesophageal reflux disease treated with the newer proton-pump inhibitors lansoprazole, rabeprazole, and pantoprazole compared with omeprazole, ranitidine, and placebo: Evidence from randomized clinical trials. *Clin Ther* 2001;23(7):998-1017.
- Ghevariya V, Malieckal A, Ghevariya N, Mazumder M, Anand S. Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract. *South Med J* 2009;102(10):1032-40.
- Gomollon F, Dignass A, Annese V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO, et al. 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohns Colitis* 2017;11(1):3-25.
- Harris RA, Kuppermann M, Richter JE. Prevention of recurrences of erosive reflux esophagitis: A cost-effectiveness analysis of maintenance proton pump inhibition. *Am J Med* 1997;102(1):78-88.
- Hom C et Vaezi MF. Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: Diagnosis and treatment. *Drugs* 2013;73(12):1281-95.
- Ingle SB, Adgaonkar BD, Jamadar NP, Siddiqui S, Hinge CR. Crohn's disease with gastroduodenal involvement: Diagnostic approach. *World J Clin Cases* 2015;3(6):479-83.
- Ingle SB, Hinge CR, Dakhure S, Bhosale SS. Isolated gastric Crohn's disease. *World J Clin Cases* 2013;1(2):71-3.
- Kato J, Sakamoto J, Teramukai S, Kojima H, Nakao A. A prospective within-patient comparison clinical trial on the effect of parenteral cimetidine for improvement of fluid secretion and electrolyte balance in patients with short bowel syndrome. *Hepatogastroenterology* 2004;51(60):1742-6.
- Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2013;108(3):308-28.
- Marks RD et Richter JE. Peptic strictures of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1993;88(8):1160-73.
- Miehlsler W, Puspok A, Oberhuber T, Vogelsang H. Impact of different therapeutic regimens on the outcome of patients with Crohn's disease of the upper gastrointestinal tract. *Inflamm Bowel Dis* 2001;7(2):99-105.
- Mottet C, Juillerat P, Gonvers JJ, Michetti P, Burnand B, Vader JP, et al. Treatment of gastroduodenal Crohn's disease. *Digestion* 2005;71(1):37-40.
- Murphy JP Jr, King DR, Dubois A. Treatment of gastric hypersecretion with cimetidine in the short-bowel syndrome. *N Engl J Med* 1979;300(2):80-1.
- Ng SM et Franchini AJ. Drug therapies for reducing gastric acidity in people with cystic fibrosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(7):CD003424.
- Nightingale JM, Walker ER, Farthing MJ, Lennard-Jones JE. Effect of omeprazole on intestinal output in the short bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1991;5(4):405-12.

- Panzuto F, Di Giulio E, Capurso G, Baccini F, D'Ambra G, Delle Fave G, Annibale B. Large hiatal hernia in patients with iron deficiency anaemia: A prospective study on prevalence and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19(6):663-70.
- Pinto-Sanchez MI, Yuan Y, Bercik P, Moayyedi P. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD011194.
- Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, Blandizzi C. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases—A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. *BMC Med* 2016;14(1):179.
- Smith PM, Kerr GD, Cockel R, Ross BA, Bate CM, Brown P, et al. A comparison of omeprazole and ranitidine in the prevention of recurrence of benign esophageal stricture. Restore Investigator Group. *Gastroenterology* 1994;107(5):1312-8.
- Tremaine WJ. Gastroduodenal Crohn's disease: Medical management. *Inflamm Bowel Dis* 2003;9(2):127-8; discussion 131.
- Valori RM et Cockel R. Omeprazole for duodenal ulceration in Crohn's disease. *BMJ* 1990;300(6722):438-9.
- Van Hogezaand RA, Witte AM, Veenendaal RA, Wagtmans MJ, Lamers CB. Proximal Crohn's disease: Review of the clinicopathologic features and therapy. *Inflamm Bowel Dis* 2001;7(4):328-37.
- Van Pinxteren B, Numans ME, Bonis PA, Lau J. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD002095.
- Vigneri S, Termini R, Leandro G, Badalamenti S, Pantalena M, Savarino V, et al. A comparison of five maintenance therapies for reflux esophagitis. *N Engl J Med* 1995;333(17):1106-10.
- Wallace CS, Hall M, Kuhn RJ. Pharmacologic management of cystic fibrosis. *Clin Pharm* 1993;12(9):657-74.
- Wang J, Stine JG, Cornella SL, Argo CK, Cohn SM. Patients with gastric antral vascular ectasia (GAVE) are at a higher risk of gastrointestinal bleeding in the absence of cirrhosis. *J Clin Transl Hepatol* 2015;3(4):254-9.
- Woolfson K et Greenberg GR. Symptomatic improvement of gastroduodenal Crohn's disease with omeprazole. *Can J Gastroenterol* 1992;6(1):21-4.
- Yamada Y, Toki F, Yamamoto H, Nishi A, Kato M. Proton pump inhibitor treatment decreased duodenal and esophageal eosinophilia in a case of eosinophilic gastroenteritis. *Allergol Int* 2015;64(Suppl):S83-5.