

À L'INTENTION DES DÉCIDEURS, DES GESTIONNAIRES DE RÉGIMES D'ASSURANCE MÉDICAMENTS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

L'évaluation économique du projet sur les IPP compare diverses stratégies de soins primaires du point de vue des coûts et des résultats escomptés dans les situations suivantes :

Les brûlures gastriques dans le RGOP modéré ou grave¹ non investigué²

- Comparativement aux antagonistes du récepteur H2 de l'histamine (ARH2)³ à la posologie courante, un IPP⁴ à la posologie courante ($\leq 1,25$ \$/jour) représente le choix optimal dans le traitement d'entretien⁵ du RGOP modéré ou grave non investigué (la stratégie de prédilection varie selon la VDP du décideur)⁶.

Stratégie d'entretien probablement la plus rentable	VDP ⁷ la QALY ⁸ gagnée
Traitement IPP à la posologie courante sur demande ⁹	< 28 000\$
Traitement d'entretien continu par un IPP à la posologie courante	> 28 000\$

La dyspepsie non investiguée²

- Comparativement aux ARH2 à la posologie courante³, un IPP à la posologie courante⁴ ($\leq 1,25$ \$/jour) représente le choix optimal dans la prise en charge initiale¹⁰ de la dyspepsie non investiguée (la stratégie de prédilection varie selon la VDP du décideur).

Stratégie thérapeutique initiale probablement la plus rentable	VDP ⁷ la QALY ⁸ gagnée
Traitement empirique par un IPP à la dose quotidienne courante x 4 semaines	< 25 000\$
Évaluer et traiter ¹¹	> 25 000\$

La prévention des complications GI des AINS¹²

- Lorsque le traitement par un AINS est inéluctable, un IPP à la dose courante⁴ ($\leq 1,25$ \$/jour) constitue le choix optimal pour prévenir les complications GI de l'AINS, par rapport au misoprostol¹³ et à un ARH2 en double dose¹⁴. (La stratégie de prédilection varie selon la VDP du décideur.)

Stratégie prophylactique	VDP ⁷ la QALY ⁸ gagnée
Pas de prophylaxie	< 52 000\$
Traitement IPP continu à la dose courante	> 52 000\$

À L'INTENTION DES BAILLEURS DE FONDS DE LA RECHERCHE, DES CHERCHEURS ET D'AUTRES INTERVENANTS

Les analyses clinique et économique du projet sur les IPP du SCPUOM font ressortir des aspects pour lesquels il est difficile d'éclairer la prise de décision en raison de l'insuffisance ou de l'absence de données. La recherche devra donc creuser les questions suivantes :

RGOP

- La dose de l'IPP dans la prise en charge initiale du RGOP non investigué : la moitié ou le double ?
- Après le traitement IPP initial du reflux négatif à l'endoscopie : poursuivre le traitement IPP ou passer à un ARH2 ?
- Persistance des symptômes après le traitement initial par un IPP à la dose courante : doubler la dose ?
- L'efficacité des IPP dans l'œsophage de Barrett ?
- Dans l'œsophagite érosive compliquée d'un rétrécissement : la durée optimale du traitement par l'IPP ?

Dyspepsie

- Dans la maîtrise des symptômes de la dyspepsie non investiguée, un IPP, un antacide, un alginat ou un ARH2 ?
- Dans le traitement d'entretien continu, un IPP ou un ARH2 ?

Reflux négatif à l'endoscopie

- La trithérapie en vue de l'éradication de *H. pylori* : 10 jours ou 14 jours ?

1 Comme il n'y a pas de données sur le RGOP léger, il est impossible de tirer une conclusion à ce sujet.
 2 Le patient qui n'a pas subi d'endoscopie, quand la maladie a été diagnostiquée par un omnipraticien sans consultation du gastroentérologue. Exclut le reflux négatif à l'endoscopie, l'œsophagite érosive ou la dyspepsie fonctionnelle.
 3 La ranitidine à la dose de 150 mg deux fois par jour au coût quotidien de 0,81 \$.
 4 Apo-oméprazole à raison de 20 mg par jour au coût quotidien de 1,25 \$.
 5 La modélisation n'évalue pas la prise en charge initiale exclusivement d'où l'impossibilité de tirer une conclusion à ce propos.
 6 Des solutions de rechange, comme l'arrêt de l'IPP, un ARH2 ou le traitement sur demande, à l'utilisation continue de longue durée de l'IPP à la dose courante dans le RGOP peuvent être appropriées chez certains patients.
 7 Volonté de payer. La somme que le tiers payeur est disposé à verser pour obtenir un résultat précis.
 8 Année de vie pondérée par la qualité. Un paramètre qui combine la quantité et la qualité de vie découlant d'un traitement particulier.
 9 L'IPP à la dose quotidienne courante jusqu'à la disparition des symptômes ou pendant 4 semaines au maximum.
 10 Il n'y a pas de données sur la prise en charge d'entretien. Les patients ont été suivis pendant un an après le traitement initial, comme le veut la pratique habituelle.
 11 Traitement d'éradication d'une semaine chez les porteurs de *H. pylori*; stratégie IPP empirique quand la bactérie n'a pas été détectée.
 12 Les données sur l'efficacité examinées dans cette étude ne se limitent pas à celles concernant les patients à risque élevé, de sorte que la constatation ne s'applique pas à la population à risque élevé.
 13 Le misoprostol à raison de 200 mcg quatre fois par jour est moins efficace et plus coûteux que les autres stratégies de gastroprotection; elle est la stratégie dominée.
 14 Le traitement par la ranitidine générique à la dose de 300 mg 2x par jour entraîne un coût supplémentaire de plus de \$2 m de dollars la QALY gagnée, comparativement aux IPP.

L'ACMETS est un organisme canadien qui offre aux décideurs des administrations publiques fédérale, provinciales et territoriales de l'information objective et fiable, fondée sur des données probantes, quant à l'efficacité clinique et à la rentabilité des médicaments et d'autres technologies de la santé.

L'information présentée ici ne saurait tenir lieu de jugement clinique dans la prise en charge d'un patient en particulier. L'ACMETS décline toute responsabilité concernant les dommages pouvant découler de l'usage ou du mésusage de l'information présentée ici.

Les énoncés, les conclusions et les points de vue exprimés ici ne représentent pas forcément le point de vue de Santé Canada ou d'un gouvernement provincial ou territorial.

La publication a été rendue possible grâce à Santé Canada.

Tous droits réservés ©ACMETS, 2007

Le project sur les IPP du SCPUOM

Des données probantes à l'amélioration des résultats cliniques

Avril 2007

Points saillants du projet

Le dépliant présente les points saillants des données probantes cliniques et économiques collectées dans le cadre du projet sur les IPP du SCPUOM, axé sur la pharmacothérapie optimale avec les IPP au Canada. Pour plus de renseignements, communiquez avec l'agent de liaison de l'ACMETS de votre province.

Pour connaître ses coordonnées, rendez-vous à www.acmts.ca.

Les rapports sur la pharmacothérapie optimale par les IPP ainsi que les outils d'intervention sont également disponibles en ligne.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health



Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

LES IPP

Pourquoi s'attarder aux IPP ?

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) forment une classe de médicaments prescrits dans le traitement de troubles gastrointestinaux (GI) courants, dont :

- le reflux gastroœsophagien pathologique (RGOP) ;
- la dyspepsie ;
- l'ulcère gastroduodéal (UGD) :
 - induit par *H. pylori* ;
 - associé à un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).

Les IPP sont d'usage répandu au Canada.

De 2003 à 2004, le nombre d'ordonnances d'IPP au Canada a augmenté de 15 %, passant de 10,8 millions à 12,4 millions.

Néanmoins... les professionnels de la santé et les décideurs se posent toujours des questions à propos de la prescription et de l'utilisation des IPP.

- Quel IPP devrais-je prescrire ? À quelle dose ?
- Quand devrais-je prescrire un IPP ?
- Quand devrais-je envisager d'autres solutions thérapeutiques ?

Termes importants :

QALY :

Année de vie pondérée par la qualité – une année supplémentaire d'espérance de vie en santé.

VDP :

Volonté de payer – ce qu'un décideur est disposé à payer pour obtenir une année supplémentaire d'espérance de vie en santé (QALY).

À L'INTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, DES DÉCIDEURS ET DES GESTIONNAIRES DE RÉGIMES D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

1 Les IPP sont d'efficacité équivalente dans le traitement initial du RGOP, de la dyspepsie et d'autres troubles GI courants.

Dans la pratique

Il n'y a pas de réelles différences d'importance clinique entre les IPP dans le traitement de la plupart des troubles GI dus à l'acidité gastrique, de sorte que le médecin a la possibilité d'opter pour un IPP à bas coût sans compromettre l'efficacité du traitement.

Coût des IPP

IPP* (dose quotidienne courante)	Coût quotidien	Coût mensuel**
Oméprazole générique 20 mg	1,25\$	43,00\$
Pariet® (rabéprazole) 20 mg	1,30\$	44,40\$
Pantoloc® (pantoprazole) 40 mg	1,90\$	61,20\$
Prevacid® (lansoprazole) 30 mg	2,00\$	64,00\$
Nexium® (ésoméprazole) 20 mg	2,10\$	66,80\$
Losec® (oméprazole) 20 mg	2,20\$	69,60\$

*Dose unique quotidienne courante

**Coût mensuel en fonction d'une quantité suffisante pour 28 jours et d'honoraires de pharmacien de 8 \$; le coût peut varier selon la région.

2 Dans le traitement initial, le double de la dose quotidienne courante de l'IPP n'est pas mieux que la dose

Dans la pratique

À l'instauration du traitement par un IPP, celui-ci peut être prescrit à la dose quotidienne courante dans la plupart des troubles GI reliés à l'acidité gastrique, sachant que les données probantes en démontrent le bien-fondé.

3 Les IPP ne sont pas efficaces pour contrer l'asthme, les symptômes laryngés ou la toux chronique, parfois présents dans le RGOP

Dans la pratique

Compte tenu que les données probantes n'appuient pas l'utilisation des IPP pour atténuer l'asthme, la toux chronique ou les symptômes laryngés, il vaudrait mieux envisager d'autres options.

Pharmacothérapie optimale par les IPP

À l'instauration du traitement par un IPP :

- opter pour un IPP à bas coût, qui sera tout aussi efficace en clinique ;
- prescrire la dose quotidienne courante ;
- envisager d'autres options thérapeutiques pour atténuer la toux chronique, les symptômes laryngés ou l'asthme.