

Prevention des lesions gastro- duodenales induites par les AINS

Dr Y.CHIKHI

Service de médecine interne et gastro-entérologie du Pr Asselah.H
Hôpital Bologhine

INTRODUCTION

De nombreux facteurs de risques interviennent dans la pathogénie de la maladie ulcéreuse :

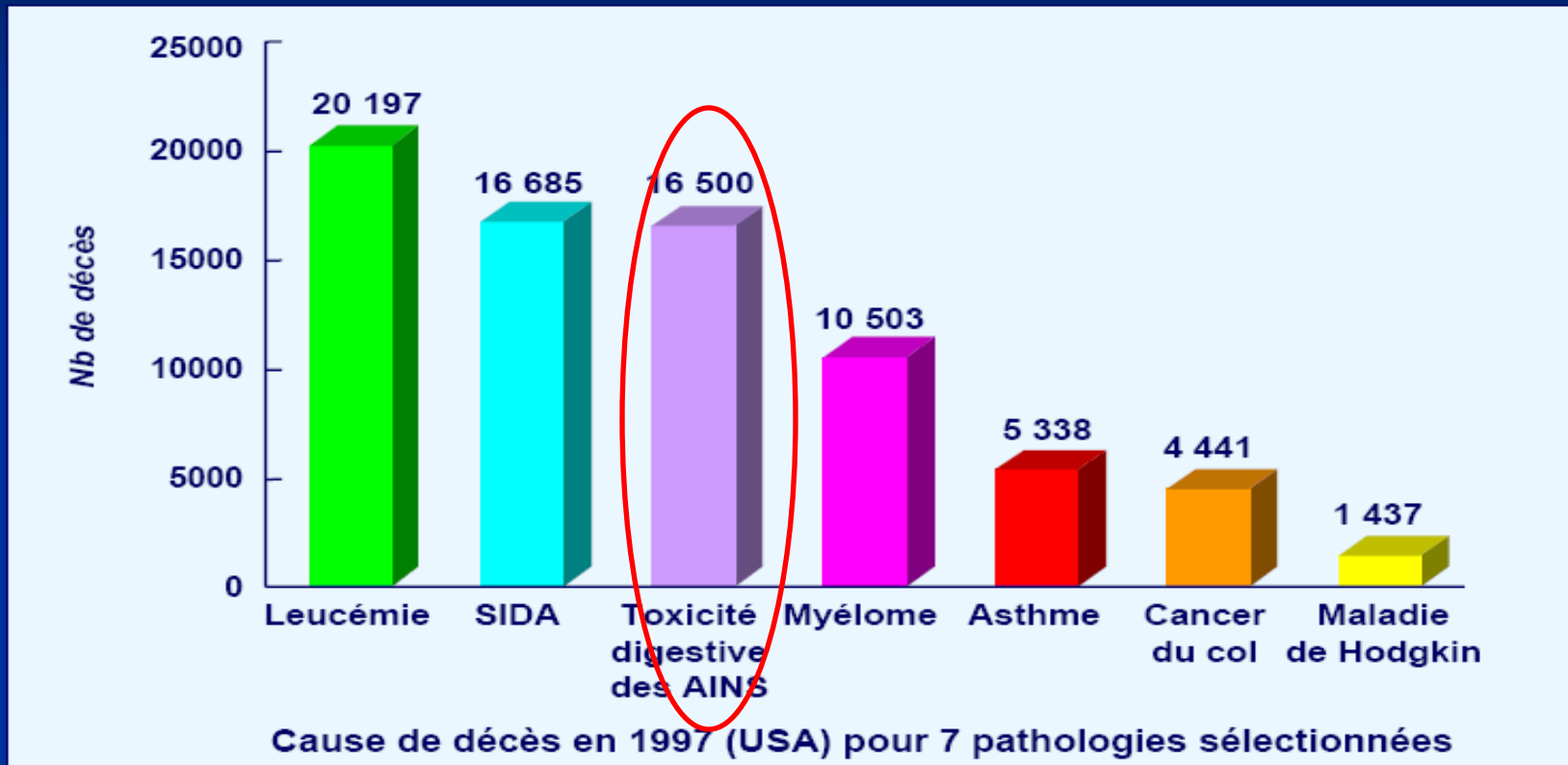
- Hélicobacter pylori
- La disposition génétique
- Anomalie sécrétoire
- **Médicaments : AINS**
- Tabagisme
- Divers infections respiratoires chroniques, cirrhose hépatique, insuffisance rénale chronique.

INTRODUCTION

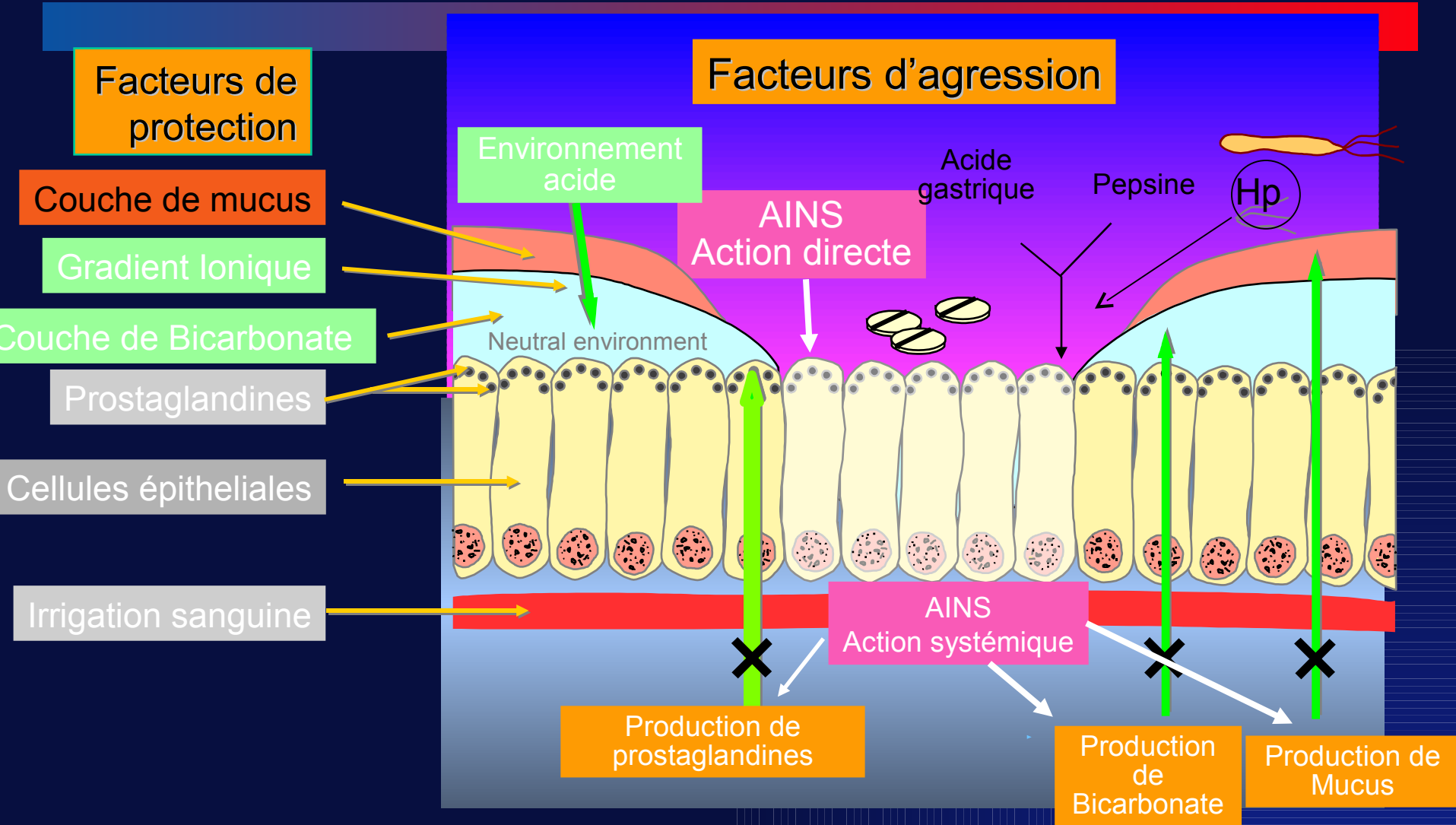
- ❑ La prise quotidienne d'AINS est un facteur pathogène essentiel
- ❑ 3 millions de personnes prennent des AINS quotidiennement aux États-Unis. Parmi eux, 1 sur 10 développe un ulcère
- ❑ Les AINS augmentent de 2 à 10 fois le risque de complications digestives par rapport à la population générale.
- ❑ 2 à 4 % des consommateurs d'AINS auront des complications digestives dans l'année.
- ❑ Plus de 3000 décès et 25 000 hospitalisations par an sont liés aux complications des AINS.

AINS sont une cause majeure de mortalité

La mortalité



Pathogénie



Facteurs de risque

- Age > 65 ans
- ATCD d'ulcère gastrique ou duodénal compliqué ou non
- Association thérapeutique: à éviter
 - aspirine, clopidogrel
 - corticostéroïdes
 - anticoagulants
- Alcool, tabac

Singh *et al.*, *J Rheumatol* 1999; **26**(Suppl 56): 18-24.
Larkai *et al.*, *J Clin Gastroenterol* 1989; **11**: 158-62.
Graham *et al.*, *Ann Intern Med* 1993; **119**: 257-62.
Hawkey, *Gastroenterol* 2000; **119**: 521-35.

FACTEURS DE RISQUE LIES AUX TRT

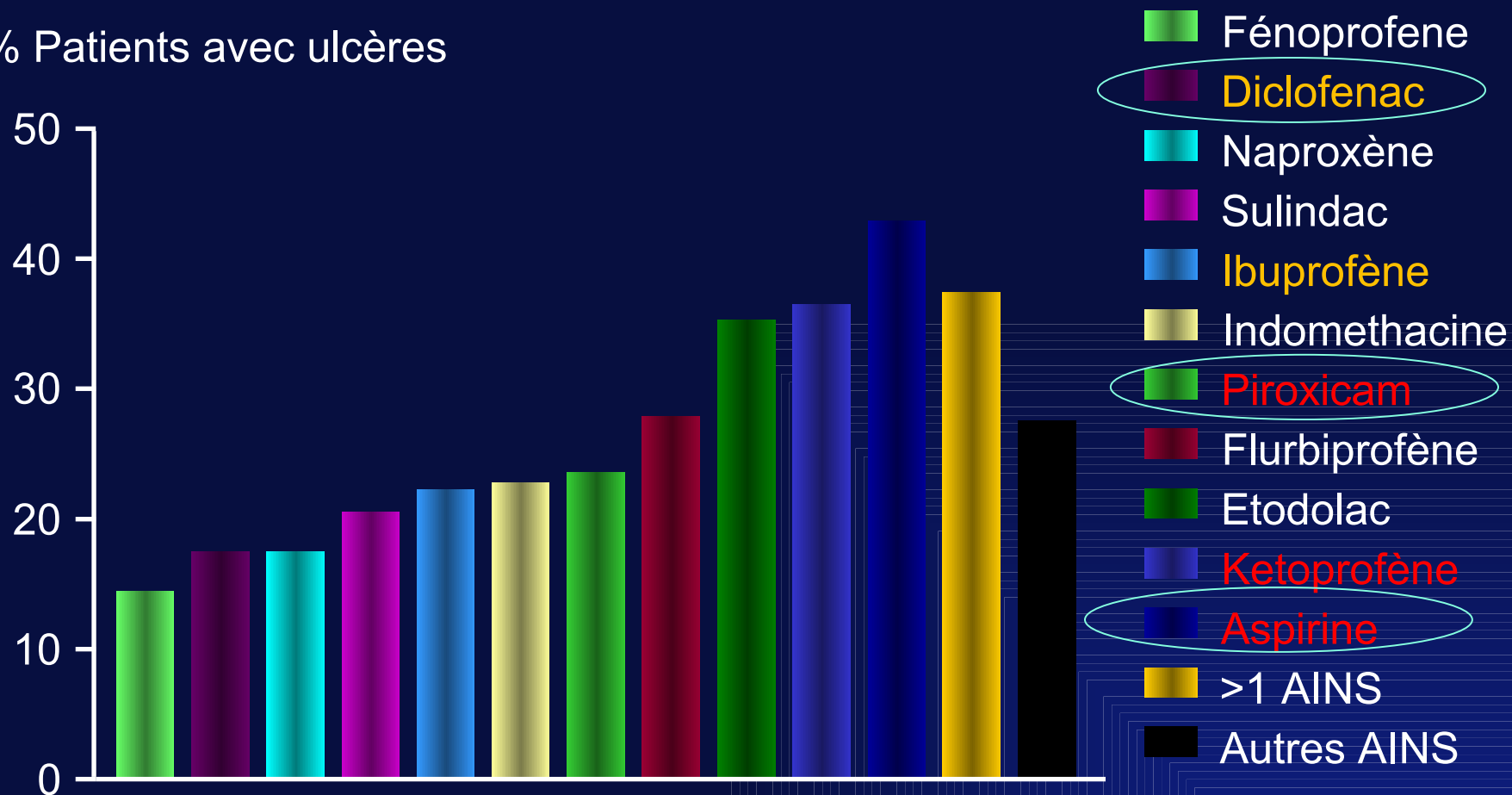


- MOLECULE.
 - POSOLOGIE.
 - DUREE DU TRT.
 - ASSOCIATION DE 02 AINS.
 - AUTOMEDICATION +++
- 

Tolérance digestive des AINS:

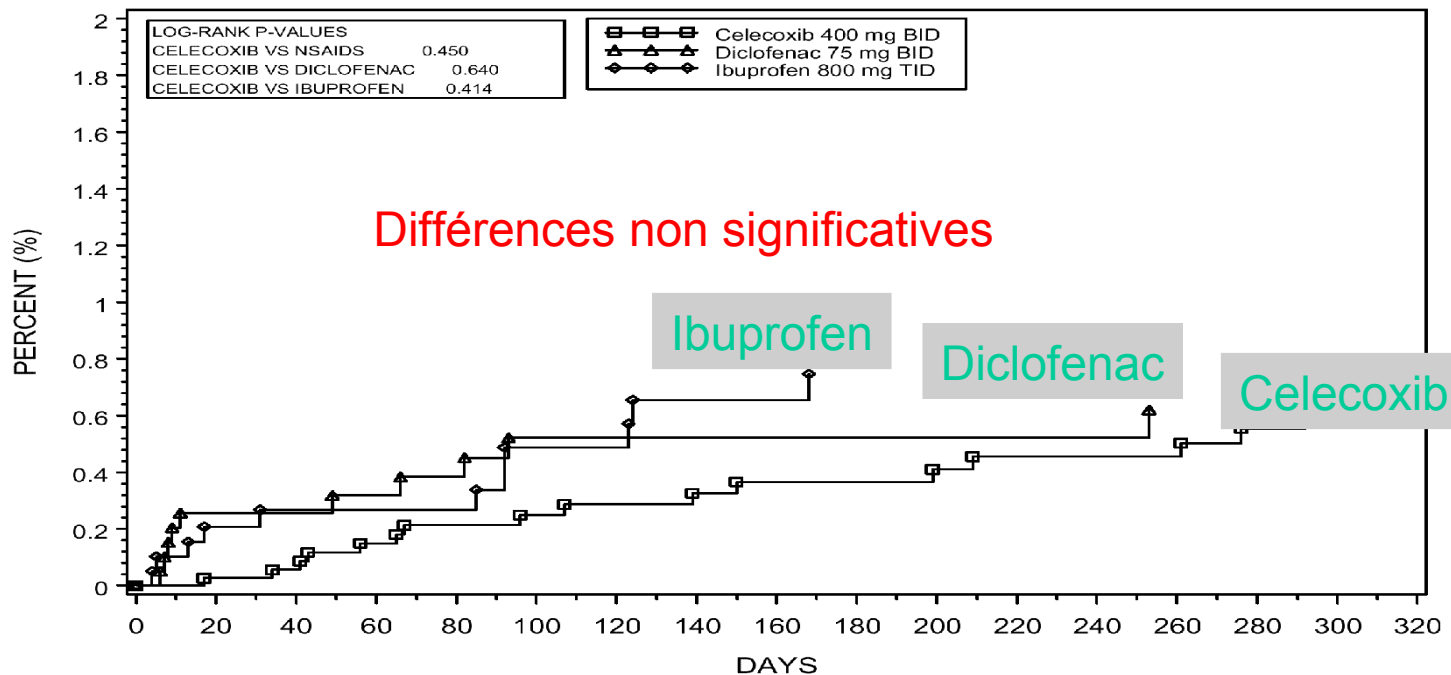
Grande variabilité selon le principe actif

% Patients avec ulcères



Effets ulcérigènes des COX-2: Célécoxib

- Après un an d'utilisation, aucune différence significative dans l'incidence de PUS (perforation, ulcération, saignement) par le célécoxib vs. Ibuprofène et diclofenac

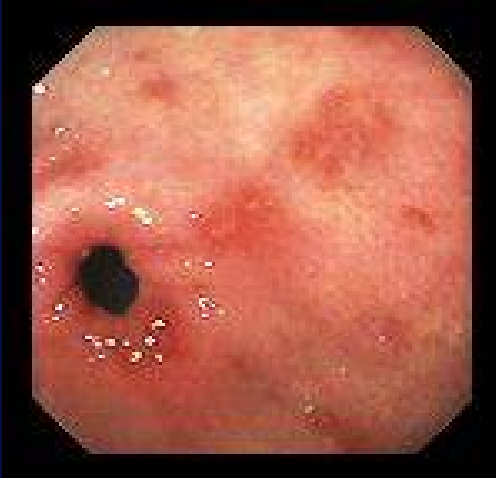


lésions aiguës

- érythème muqueux
- hémorragies sous muqueuse,
- érosions superficielles

survenant 1 à 2 semaines après le début du traitement,

représentent 60 à 100 % des lésions gastroduodénales liées aux AINS.

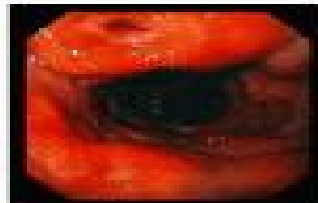
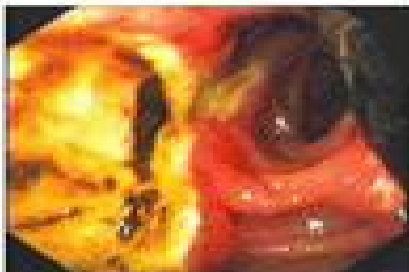


lésions chroniques

supérieures à 1 mois, dans 5 à 30 % des cas :

- érosions antrales
- ulcères ou des érosions duodénales et des ulcères duodénaux.

Ulcère duodénal : aspects endoscopiques



prévention des ulcères liés aux AINS

oméprazole / ranitidine
541 patients (1)



cicatrisation plus élevés
oméprazole 20 mg 79%
ranitidine :300 mg: 63%

oméprazole 20 ou 40 mg/j
/ misoprostol 400
732 patients (2)



cicatrisation proches
à 8 semaines

pantoprazole 20 ou 40 mg/j
/ oméprazole 20 mg/j
200 patients.(3)



rémission à 6 mois
90, 93 et 89%

pantoprazole 20 mg s'est révélé
non-inférieur au pantoprazole
40 mg pour prévenir les lésions

• Yeomans ND, A comparison of omeprazole with ranitidine (ASTRONAUT) Study Group. N Engl J Med 1998; 338: 719-726.


(2) Hawkey CJ, Omeprazole compared with misoprostol (OMNIUM) Study Group. N Engl J Med 1998; 338: 727-734.

(3) Regula. Prevention of NSAID-associated gastrointestinal lesions: a comparison study pantoprazole versus omeprazole. Am J Gastroenterol 2006; 101: 1747-1755.

ROLE DE L'ERADICATION D'HELICOBACTER PYLORI DANS LA PREVENTION DES LESIONS INDUITES PAR LES AINS

La méta-analyse de Huang publiée en 2002 avait montré que chez les consommateurs d'AINS,

- l'infection par *H. pylori* augmentait le risque de survenue et de récurrence d'ulcère duodénal et ne modifiait pas le risque d'ulcère gastrique.
- l'éradication de *Hp* permet de réduire le risque d'ulcère sous AINS de plus de 50%

- 
- Parmi les sujets traités ou à traiter par AINS, il est recommandé de rechercher une infection par *H. pylori* seulement chez ceux ayant présenté un ulcère gastroduodénal ou une complication ulcéreuse.

En cas de recherche positive, l'éradication est souhaitable, mais elle ne dispense pas d'un traitement par IPP lorsque le traitement par AINS doit être poursuivi.


TRAITEMENT Préventif

- *La meilleure prévention : éviction AINS.*
- *Si AINS nécessaires :*

- ***Patients sans facteurs de risque***

-  *Pas de traitement*

- ***Patients à risque ou à haut risque***

-  *pantoprazole 20 mg 1 cp / jour*

- ou ésoméprazol 20 mg 1 cp / jour*

- ou omeprazole 20 mg 1 gel /jour*

Les IPP seront utilisés à demi-dose (sauf oméprazole pleine dose), il n'y a pas de bénéfice clinique supplémentaire à prescrire une pleine dose

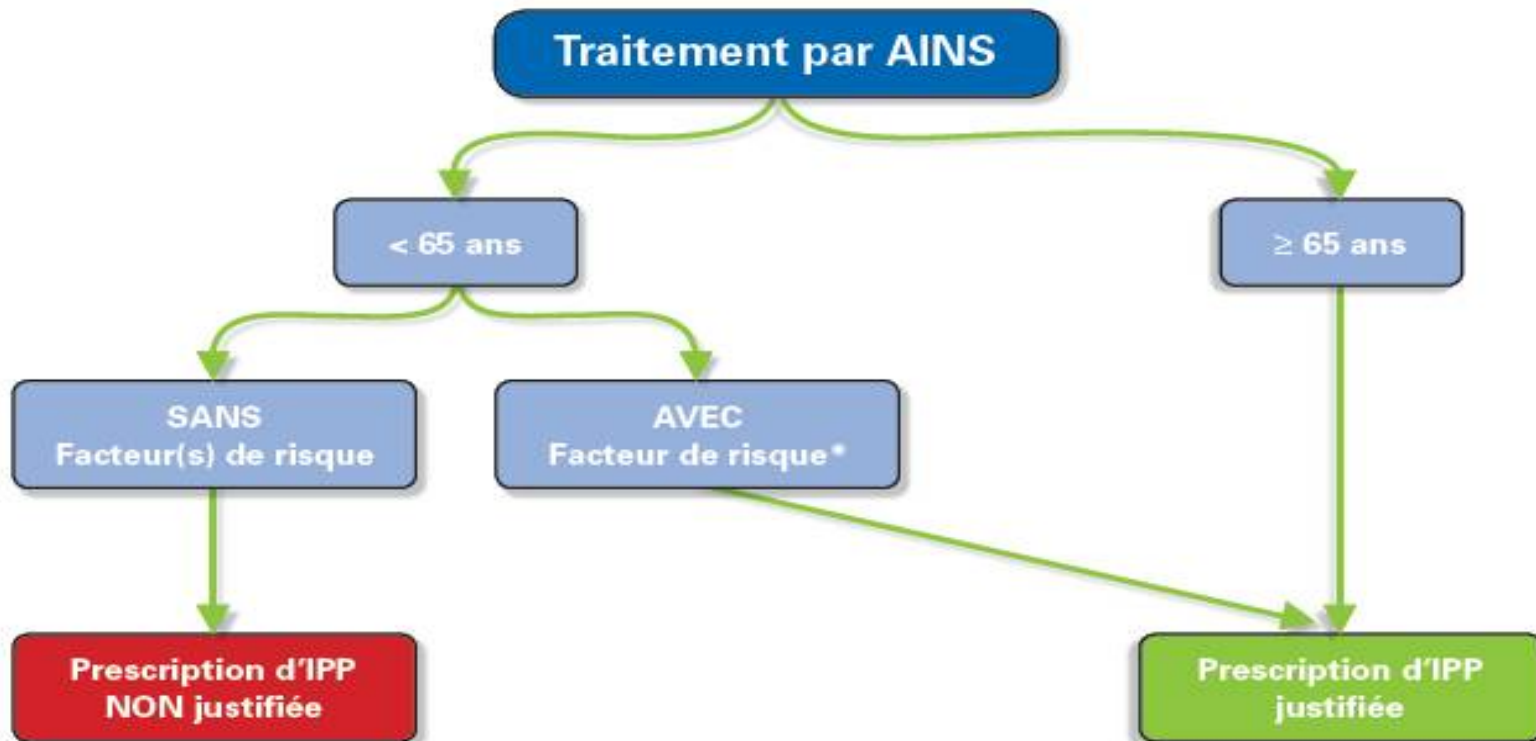
TRAITEMENT CURATIF

→ Traitement par IPP 4 semaines (ulcère duodéal)
8 semaines (ulcère gastrique).

Si la prise d'AINS est indispensable et qu'il ne s'agit pas d'un ulcère compliqué, le traitement par IPP permet de poursuivre le traitement par AINS

→ *Si Hp positive : Trithérapie*

Quand prescrire un co-traitement par inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ?



* Les facteurs de risque sont :

Les facteurs de risque :

-ATCD UGD

- complications ulcéreuses

- le recours simultané à un AINS et à un anticoagulant oral ou un corticoïde ou l'aspirine (ces associations doivent, en principe, être évitées).

MERCI DE VOTRE ATTENTION

