

VIGNETTE CLINIQUE

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et hypomagnésémie

Validation : SFPC - Groupe VIP
Juin 2025



IPP au long cours : attention aux risques d'effets indésirables...



CAS CLINIQUE

- Patiente de 82 ans, 43kg, hospitalisée pour bilan de chute. Elle présente un diabète de type II, une hypertension artérielle et une dyslipidémie. Ses traitements sont les suivants : metformine 1000mg 3/j, sitagliptine 50mg 2/j, péridopril 5mg 1/j, amlodipine 10mg 1-0-0, bisoprolol 2,5mg 1/j, atorvastatine 10mg 1/j et pantoprazole 20mg 1/j.
- Biologie à l'entrée
 - Créatininémie : 164 µmol/L
 - Clairance corrigée CKD-EPI : 24,8mL/min
 - Hypomagnésémie à 0,51 mmol/L (normales : 0,75-1 mmol/L)
 - Hyperglycémie à jeun (1,9g/L)
 - Le reste du bilan est normal
- Antécédent de passage aux urgences 1 mois auparavant pour douleurs diffuses avec découverte fortuite d'hypomagnésémie mais fonction rénale normale
- Suspension de metformine, sitagliptine (avec relais protocole insuline) et péridopril devant l'IRA, en attente de réévaluation
- **LES BONS REFLEXES :**
 - Vérifier qu'il n'existe pas de cause organique à ce bilan biologique (dénutrition ou carence alimentaire, pas de signe ici)
 - Réaliser la conciliation médicamenteuse et un entretien pharmaceutique avec la patiente
 - Cause iatrogène retenue devant l'hypomagnésémie, suspendre l'IPP
 - Déclarer l'effet indésirable à la pharmacovigilance afin de statuer sur l'imputabilité du médicament
 - Déprescrire le médicament incriminé

INTERVENTION PHARMACEUTIQUE PROPOSITION D'OPTIMISATION

- **DETECTION DES PROBLEMES LIES AUX MEDICAMENTS :**
 - [Non conformité aux référentiels ou Contre indication] : Durée de prescription trop longue, non ré-évaluée¹
 - [Médicament non indiqué] : La patiente ne présentant pas de pathologie pouvant justifier la prescription d'IPP (pas d'ulcère en cours de traitement, pas de saignement digestif, pas de RGO, pas d'infection à *Helicobacter Pylori*), ni de traitement justifiant une protection gastrique, l'IPP n'est pas indiqué¹
 - [Monitoring à suivre] : Vérifier l'évolution du bilan biologique
- **INTERVENTION PHARMACEUTIQUE :**
 - [Arrêt] : Proposer l'arrêt de l'IPP pour lequel aucune indication ni aucune date de début de traitement ne sont retrouvées (plusieurs années selon la patiente). Diminuer la dose (ex : 1 prise sur 2) pendant 4 à 12 semaines jusqu'à arrêt, ou arrêter l'IPP et l'utiliser uniquement en si besoin (jusqu'à disparition des symptômes). Ajouter éventuellement une prise d'antiacides en si besoin^{1,6}
 - [Suivi thérapeutique] : Traiter les symptômes et apprécier la normalisation du bilan biologique suite à l'arrêt de l'IPP

POUR ALLER PLUS LOIN

- L'AMM des IPP ne recommande pas d'utilisation au long cours (la durée maximum de prescription recommandée est de 8 semaines) notamment à cause des effets indésirables pouvant survenir (liste non exhaustive) :
 - Complications rénales : néphrites interstitielles aiguës pouvant évoluer en insuffisance rénale chronique^{2,3}
 - Malabsorption des ions engendrant des carences en vitamines, sodium, fer, calcium, vitamine B12 et magnésium^{2,4}
 - Risque osseux (ostéoporose) avec de possibles fractures
 - Infections digestives (*C. difficile*)^{2,5}
 - Cancer digestif²
- La balance bénéfique/risque doit être évaluée avant chaque prescription au long cours
- Des conseils permettent d'éviter d'avoir recours aux IPP (par exemple, utilisation de pansements gastriques ou autres anti-acides, mesures hygiéno-diététiques telles qu'avancer l'heure du dîner, surélever la tête du lit, éviter les aliments acides ou le tabac)¹
- Les algorithmes de déprescription favorisent un sevrage progressif des IPP afin d'éviter un potentiel effet rebond avec gastralgie à l'arrêt⁶
- Prévoir un entretien pharmaceutique pour discuter la déprescription de l'IPP
- Interrogations quant aux autres IP à noter sur cette prescription : étiologie de l'IRA, évaluation du risque d'hypotension orthostatique avec réévaluation du traitement anti-hypertenseur, intérêt du maintien de la statine, équilibre du diabète et recherche de complications micro et macrovasculaires

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **Effets indésirables et hypomagnésémie :**
 - ¹ OMEDIT Centre Val de Loire. Kit régional - Les outils du bon usage des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) [Internet]. Disponible sur: <http://www.omedit-centre.fr/portail/accueil/568,847.html?&args=Y29tcF9pZD00NTcmYWN0aW9uPWRIldGFpbCZpZD04NzYmYmFjA%3D%3D>
 - ² FMC-HGE [Internet]. Effets secondaires des IPP au long cours. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/effets-secondaires-des-ipp-au-long-cours/>
 - ³ VIDAL [Internet]. La prise d'IPP associée à une augmentation du risque d'insuffisance rénale chronique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/19163-la-prise-d-ipp-associee-a-une-augmentation-du-risque-d-insuffisance-renale-chronique.html>
 - ⁴ Garrigues P, Su C, Navarro M, Paillous P, Janin C, Mathieu A. Hypomagnésémie induite par les inhibiteurs de la pompe à protons : un trouble métabolique à ne pas méconnaître. Rev Médecine Interne. 1 juin 2017;38:A150-1.
 - ⁵ Janoly-Dumenil et al. Vignette clinique : IPP et infection à Clostridium difficile. Le Pharmacien clinicien Vol 58 - N° 1 P. 65-66 - mars 2023.
- **Déprescription :**
 - ⁶ Deprescribing.org [Internet]. Algorithmes pour la déprescription. Disponible sur: <https://deprescribing.org/fr/ressources-pour-les-patients-et-les-prestataires-de-soins-de-sante/deprescribing-algorithms/>