

COIN technipharm FC

UN PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION CONTINUE DESTINÉ AUX ASSISTANTS TECHNIQUES EN PHARMACIE 1 UFC GRATUITE

OBTENEZ INSTANTANÉMENT VOS RÉSULTATS SUR WWW.MONPORTAILPHARMACIE.CA

SEPTEMBRE/OCTOBRE 2007

DE LA FC SPÉCIALEMENT POUR LES ATP

Coin Technipharm FC est le seul programme national de formation continue à l'intention des assistants techniques en pharmacie canadiens. Il est accrédité de façon indépendante par le service de FC des Éditions Rogers Limitée, qui publie l'actualité pharmaceutique, la revue qui, depuis 13 ans, propose des leçons de formation continue aux pharmaciens.

Le rôle des ATP s'étend, aussi servez-vous de Coin Technipharm FC pour accroître vos connaissances. Une note de 70 % est nécessaire pour obtenir une unité de formation continue (UFC).

Coin Technipharm FC est généreusement commandité par Novopharm Ltée. Vous pouvez télécharger les anciens numéros sur les sites www.monportailpharmacie.ca ou www.novopharm.com.

OPTIONS POUR RÉPONDRE AU TEST

1. Répondez au test en ligne et obtenez instantanément vos résultats sur le site www.monportailpharmacie.ca.
2. Utilisez la carte-réponse insérée dans cette leçon de FC. Entourez les réponses sur la carte préaffranchie et pré-adressée, et postez-la – ou télécopiez-la à Mayra Ramos, au 416-764-3937.

Pour réussir ce test, une note de 70 % (ou 7 sur 10) est requise. Si vous réussissez, vous recevrez 1 UFC. Vos résultats vous seront communiqués par un courrier de *Coin Technipharm*. Veuillez allouer de 8 à 12 semaines pour la réponse.

NB : Le programme de *Coin Technipharm FC* n'est pas accrédité par le Conseil canadien de l'éducation continue en pharmacie (CCEPP).

Coordonnatrice :

Margaret Woodruff, R.Ph, B.Sc. Phm., MBA

Humber College,

Directrice de la rédaction clinique :

Lu-Ann Murdoch, B.Sc. Pharm

Auteurs :

Karen Ng, B.Sc. Pharm, ACPR

Réviseurs :

Christine McCracken

Assistante technique en pharmacie;

Neepawa District Health Centre.

Manitoba

L'actualité
pharmaceutique

pharmacy
practice

Médicaments en vente libre pour le traitement des brûlures d'estomac et du RGO

par Mary Nelson, B.Sc. Pharm, R.Ph.

Objectifs

Au terme de la présente leçon, l'assistant technique en pharmacie (ATP) devrait être en mesure :

1. d'expliquer les symptômes du reflux gastro-œsophagien (RGO) pathologique;
2. de reconnaître au moins huit facteurs de risque de RGO;
3. d'énumérer les principaux produits en vente libre servant au traitement des personnes qui éprouvent des symptômes de RGO de faible intensité;
4. de reconnaître au moins quatre signes alarmants nécessitant l'intervention d'un pharmacien ou d'un médecin.

Tour d'horizon

Environ 20 % des adultes éprouvent au moins une fois par semaine des épisodes de reflux gastro-œsophagien, plus couramment appelés « brûlures d'estomac ». Toutefois, seuls 25 % d'entre eux consultent un médecin à ce sujet¹. Pour l'équipe de la pharmacie, c'est une bonne occasion d'aider les clients à choisir les options thérapeutiques les plus appropriées, de leur donner des conseils ou de leur recommander au besoin de consulter leur médecin.

Le RGO affecte des personnes de tout âge, aussi bien les hommes que les femmes². Entre autres symptômes, le RGO occasionne une sensation de brûlure derrière le sternum, qui peut remonter dans la poitrine et dans la gorge, et parfois jusqu'au visage³. Cette sensation de brûlure peut s'accompagner de régurgitations du contenu de l'estomac dans la bouche ou d'une salivation excessive.

Fonctionnement de l'œsophage

Les aliments passent de la bouche à l'estomac grâce aux contractions musculaires de l'œsophage (tube qui raccorde la bouche à l'estomac), un mouvement que l'on appelle « péristaltisme ». Le sphincter œsophagien

inférieur, situé à la jonction de l'œsophage et de l'estomac, s'ouvre et se ferme pour réguler le passage des aliments dans l'estomac. Si ce sphincter ne fonctionne pas bien, le contenu acide de l'estomac peut refluer dans l'œsophage.

Certaines cellules spécialisées qui tapissent l'estomac le protègent contre les acides qu'il sécrète. Cependant, l'œsophage est dépourvu de ces cellules protectrices. En cas de reflux, le contenu gastrique acide qui remonte dans l'œsophage peut causer de la douleur, une inflammation (œsophagite) et parfois d'autres lésions. L'importance de l'inflammation dépend de l'acidité du contenu gastrique, du volume du liquide régurgité et de la capacité de la personne atteinte d'évacuer ce liquide.

Symptômes

Les brûlures d'estomac surviennent généralement de 30 à 60 minutes après les repas et leur intensité peut augmenter si on s'allonge, si on porte des vêtements serrés ou si on se penche vers l'avant¹. Il n'existe aucune corrélation entre la gravité des symptômes et l'importance des lésions tissulaires, et certaines personnes qui souffrent d'une œsophagite grave n'éprouvent que de légers symptômes.



Un service éducatif aux assistants techniques en pharmacie du Canada qui vous est offert par Novopharm

www.novopharm.com


novopharm
UNE FORCE À NULLE AUTRE PAREILLE™

Les clients peuvent se plaindre de régurgitations, soit de reflux spontanés de liquide aigre ou amer dans la bouche. Un tiers des personnes atteintes peuvent souffrir de dysphagie (difficulté à avaler) attribuable à une œsophagite, présenter un péristaltisme œsophagien anormal ou développer une sténose (rétrécissement) d'une portion de l'œsophage¹.

De nombreuses personnes ont des symptômes qui peuvent être causés par un RGO ou y être associés, mais qui sont considérés comme des symptômes atypiques; ces symptômes sont notamment l'asthme, la toux chronique, la laryngite chronique, les maux de gorge et la douleur thoracique non cardiaque¹.

Facteurs de risque

Principaux facteurs qui augmentent le risque de RGO² :

- Les aliments qui font diminuer la pression du sphincter œsophagien inférieur (aliments très gras, oignons jaunes, chocolat, pastilles de menthe).
- La grossesse (les progestatifs font diminuer la pression du sphincter œsophagien inférieur).
- Les aliments qui irritent l'œsophage (agrumes, produits à base de tomates, aliments épicés, café).
- Le tabac et l'alcool.
- Une hernie hiatale par glissement : jonction de l'œsophage et de l'estomac ou portion de l'estomac en saillie (normalement, tous deux sont situés sous le diaphragme).
- Un retard de la vidange gastrique (le contenu de l'estomac ne passe pas dans le petit intestin à la vitesse normale).
- Des éructations chroniques; l'aérophagie.
- Les médicaments qui font diminuer la pression du sphincter œsophagien inférieur (p. ex., anticholinergiques [atropine, benzatropine, ipratropium, etc.]; antidépresseurs tricycliques [amitriptyline, clomipramine, doxépine, etc.]; inhibiteurs calciques [amlodipine, diltiazem, vérapamil, etc.]; alphabloquants [doxazosine, tamsulosine, térazosine, etc.]; bêtabloquants [aténolol, bisoprolol, métoprolol, etc.]).
- Les médicaments qui peuvent irriter l'œsophage (p. ex., acide ascorbique, bisphosphonates [alendronate, risédronate, etc.]; doxycycline; chlorure de potassium; quinidine).
- Un traumatisme thoracique (p. ex., fracture des côtes).
- L'obésité (indice de masse corporelle [IMC] > 30).

Traitement non médicamenteux

Le RGO est une maladie qui dure toute la vie et qui nécessite des modifications du mode de vie et parfois une intervention médicale¹. Il faut recommander aux personnes atteintes de ne pas s'allonger moins de trois heures après

avoir mangé, ce qui correspond à la période où le reflux est plus important^{1,4}. L'élévation de la tête du lit sur des blocs de 15 cm ou l'utilisation d'un plan incliné en mousse sous la tête du matelas peut favoriser la vidange de l'œsophage, particulièrement chez les personnes qui éprouvent des symptômes nocturnes. Il faut également conseiller d'éviter les aliments et les facteurs touchant le mode de vie mentionnés précédemment qui aggravent les symptômes du RGO. Les personnes atteintes doivent aussi éviter de manger des aliments qui leur causent personnellement des problèmes. De même, réduire les portions d'aliments, éviter de prendre des collations trois heures avant d'aller au lit, éviter de se pencher après avoir mangé, éviter de porter des vêtements serrés et perdre du poids si l'IMC est supérieur de 20 % à la valeur idéale sont des mesures qui peuvent s'avérer utiles.

Symptômes légers et intermittents

Les antiacides (qui neutralisent l'acide gastrique⁵) permettent généralement d'obtenir un soulagement rapide des brûlures d'estomac occasionnelles, car ils agissent en peu de temps; cependant, tous les antiacides ont une durée d'action relativement courte (moins de deux heures). Les antiacides qui contiennent de l'aluminium et du calcium ont tendance à constiper, tandis que les produits à base de magnésium ont un effet laxatif. C'est pourquoi la plupart des gens préfèrent un produit mixte, qui tend à équilibrer ces deux effets indésirables. Comme le surplus de magnésium doit être éliminé par les reins, il faut recommander aux personnes qui font de l'insuffisance rénale d'utiliser avec prudence les produits contenant du magnésium. Le Gaviscon contient un alginat (qui a un effet protecteur en plus de son effet antiacide⁵); il soulage les symptômes même quand on est debout.

Les antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine entraînent une inhibition compétitive et réversible des récepteurs H₂ de l'histamine situés dans l'estomac et bloquent la sécrétion d'acide gastrique nocturne et à jeun^{5,6}. Les médicaments de cette classe qui sont en vente libre au Canada sont notamment la ranitidine (Zantac) et la famotidine (Pepcid AC), de même que leurs équivalents génériques. Comme ils ont habituellement un délai d'action de 30 minutes, on leur préfère généralement des antiacides, dont l'action est immédiate pour le soulagement des brûlures d'estomac actives. Cependant, en raison de leur durée d'action qui peut atteindre huit heures, les inhibiteurs des récepteurs H₂ sont les produits à privilégier quand on veut obtenir un soulagement prolongé des brûlures d'estomac.

Il faut dire aux clients de prendre leur inhibiteur des récepteurs H₂ avant de manger des aliments qui provoquent des brûlures d'estomac, s'ils ne peuvent pas les éviter, afin de réduire leurs symptômes. En présence de brûlures d'estomac actives, on peut prendre

un produit qui associe un antiacide et un inhibiteur des récepteurs H₂ pour obtenir des effets à la fois immédiats et durables.

Symptômes modérés

Les personnes qui éprouvent des reflux acides tous les jours ou plusieurs fois par semaine, sans toutefois présenter de complications (c.-à-d. celles qui n'ont aucun des symptômes inquiétants mentionnés plus loin) devraient être adressées à un médecin pour qu'il leur prescrive un traitement. L'objectif du traitement est d'augmenter le pH intragastrique à plus de 4 pendant les périodes où les reflux sont susceptibles de se produire⁴.

La ranitidine ou la nizatadine à 150 mg, la famotidine à 20 mg ou la cimétidine à 600 mg, deux fois par jour, ont une efficacité équivalente et procurent une amélioration de l'état chez les deux tiers des personnes présentant des symptômes modérés. Comme la cimétidine peut interagir avec de nombreux médicaments, elle est désormais beaucoup moins utilisée que les autres agents.

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) entraînent une inhibition irréversible de la pompe à protons, une enzyme située dans l'estomac, bloquant ainsi la dernière étape de la sécrétion basale (normale) et provoquée d'acide gastrique^{5,6}. Ils sont plus efficaces que les inhibiteurs des récepteurs H₂ de l'histamine et se prennent généralement une fois par jour. Cependant, comme ils coûtent beaucoup plus cher, ils ne sont pas systématiquement prescrits à toutes les personnes souffrant de RGO modéré. Chez les personnes qui ne répondent pas à un traitement de six semaines par un inhibiteur des récepteurs H₂ de l'histamine à teneur standard, on devrait essayer un IPP à raison d'une prise par jour comme l'oméprazole (Losec), le rabéprazole (Pariet) à 20 mg, le lansoprazole (Prevacid) à 30 mg, l'ésoméprazole (Nexium) ou le pantoprazole (Pantoloc) à 40 mg. L'oméprazole et le pantoprazole peuvent se prendre avec des aliments, tandis que le lansoprazole doit être pris à jeun⁶.

Les personnes qui obtiennent un soulagement de leurs symptômes grâce à un inhibiteur des récepteurs H₂ ou à un IPP devraient envisager de cesser leur traitement au bout de 8 à 12 semaines. En cas de réapparition des symptômes, de nombreuses personnes affectées réussissent à maîtriser leur RGO grâce à un traitement intermittent (court traitement de durée préétablie, généralement de deux à huit semaines) ou en prenant le médicament au besoin (prise d'un IPP lorsque les symptômes se manifestent et arrêt lorsque les symptômes ont disparu) plutôt que comme traitement d'entretien continu⁷.

Comme les inhibiteurs des récepteurs H₂ et les IPP bloquent la sécrétion d'acide gastrique stimulée par l'ingestion d'aliments, il est préférable de les prendre de 30 à 60 minutes avant les repas (généralement avant le petit-déjeuner pour une posologie à

une prise par jour et avant le petit-déjeuner et le souper pour une posologie à deux prises par jour). Les personnes qui éprouvent des symptômes nocturnes peuvent obtenir davantage de bienfaits en prenant la deuxième dose au coucher. Certains prétendent qu'une dose au coucher d'un inhibiteur des récepteurs H₂ peut faire augmenter le pH gastrique chez les personnes atteintes de RGO qui prennent également un IPP deux fois par jour, mais aucune donnée clinique ne le confirme⁷. Comme l'usage concomitant d'un antiacide peut réduire l'absorption de la cimétidine ou de la ranitidine, on recommande d'espacer la prise de ces médicaments. Toutefois, cette restriction ne s'applique pas à la famotidine et à la nizatidine ni à aucun des IPP⁶.

Symptômes graves

Chez les personnes qui ont des symptômes graves ou qui présentent une érosion ou une sténose confirmée à l'endoscopie, on recommande d'amorcer le traitement par un IPP. La prise d'un IPP une fois par jour (aux doses mentionnées précédemment) procure un soulagement des symptômes et une guérison de l'œsophage dans plus de 80 % des cas. Ce pourcentage passe à 95 % lorsque l'IPP est pris deux fois par jour¹. Par comparaison, les inhibiteurs des récepteurs H₂ de l'histamine à la dose normale procurent un soulagement dans seulement 50 % des cas et ne sont par conséquent pas recommandés chez les personnes souffrant de RGO grave ou érosif.

Il semble n'y avoir que de légères différences entre les divers IPP que l'on trouve actuellement sur le marché en ce qui a trait à l'efficacité et aux effets indésirables^{1,7}. Bien que l'oméprazole (l'isomère S de l'oméprazole) puisse être légèrement plus efficace sur le pH gastrique en réduisant l'acidité (ou en augmentant le pH gastrique), la pertinence clinique de cette observation n'a pas été établie. Par conséquent, le choix d'un IPP repose sur le coût et sur la tolérance du médicament par la personne atteinte⁷.

Le traitement initial par un IPP doit durer de 8 à 12 semaines. Les symptômes réapparaissent dans 80 % des cas moins de un an après l'arrêt d'un IPP, généralement au cours des trois premiers mois¹. On recommande donc un traitement au long cours, à la plus faible dose efficace, dans la plupart des cas, y compris ceux qui présentent une œsophagite érosive grave, un œsophage de Barrett ou une sténose peptique. Le traitement prolongé par un IPP peut entraîner une hypergastrinémie ainsi qu'un risque de malabsorption du calcium ou de carence en vitamine B₁₂.

Maladie réfractaire

On recommande aux 5 % des personnes qui ne répondent pas à une dose d'IPP deux fois par jour de se soumettre à une endoscopie. La présence d'une œsophagite érosive active indique que l'inhibition de la sécrétion acide est insuffisante. L'administration de plus fortes

doses d'un IPP (p. ex., oméprazole à 40 mg deux fois par jour) permet généralement de remédier à cette situation. Les cas véritablement réfractaires peuvent être attribuables au syndrome de Zollinger-Ellison (hypersécrétion d'acide gastrique), à une œsophagite d'origine médicamenteuse, à une résistance aux IPP (hypermétabolisme ou hypersécrétion d'acide gastrique d'origine génétique) ou à une mauvaise observance thérapeutique¹.

Complications

Jusqu'à 10 % des personnes atteintes de RGO chronique peuvent développer un œsophage de Barrett¹. Les lésions de l'épithélium pavimenteux de l'œsophage causées par les nombreux reflux répétés entraînent l'apparition de cellules intestinales spécialisées précancéreuses. La plupart des personnes qui présentent un œsophage de Barrett n'éprouvent aucun symptôme additionnel et ne sont par conséquent pas conscientes de leur état. Seules 10 % d'entre elles consultent un médecin pour des complications telles qu'une sténose, une ulcération, des saignements ou un carcinome œsophagien.

Une sténose (rétrécissement) de l'œsophage peut survenir chez 10 % des personnes souffrant de RGO. Cette sténose apparaît graduellement (sur une période de plusieurs mois à plusieurs années) et se manifeste par une difficulté à avaler les aliments solides¹. Une dilatation périodique de la partie touchée par la sténose est parfois nécessaire malgré un traitement d'entretien par un IPP. Les malades ressentent souvent une diminution de leurs brûlures d'estomac à mesure que le rétrécissement de l'œsophage progresse, car ce rétrécissement agit comme une barrière qui empêche le liquide acide de remonter dans l'œsophage. Dans tous les cas, il est nécessaire de procéder à une endoscopie et à une biopsie pour exclure un éventuel carcinome œsophagien. Le risque de cancer augmente avec la gravité, la fréquence et la durée des symptômes de RGO⁷.

Signes alarmants

Le traitement médical initial du RGO repose habituellement sur la présence de symptômes. L'endoscopie est réservée aux personnes qui ne répondent pas au traitement empirique et à celles dont les symptômes évoquent la présence de complications.

Les symptômes témoignant de la présence de complications sont des signes alarmants qui peuvent indiquer l'existence d'une maladie plus grave. Ces symptômes sont notamment⁴ :

- une dysphagie (difficulté à avaler);
- une odynophagie (douleur sous-sternale vive lors de la déglutition);
- une douleur thoracique atypique;
- la présence de sang occulte ou manifeste dans les selles;
- une anémie ferriprive (carence en fer);
- des symptômes extra-œsophagiens (p. ex., toux chronique inexplicée, laryngite ou mal de gorge);

- une perte de poids (> 5 %);
- des vomissements persistants.

Les ATP doivent adresser au pharmacien les personnes qui se plaignent de ces symptômes. Le pharmacien saura les conseiller et leur recommander au besoin de consulter un médecin.

Rôle des ATP

Les assistants techniques en pharmacie jouent un important rôle de soutien auprès des pharmaciens dans le processus des soins aux malades. En se familiarisant avec les médicaments et en connaissant les habitudes de vie susceptibles d'accroître le risque de RGO, les ATP peuvent aider les pharmaciens à détecter les personnes qui pourraient bénéficier des produits grand public pour le traitement du RGO. En tant qu'intervenants de première ligne de l'équipe de la pharmacie, les ATP peuvent aussi identifier les clients qui se procurent régulièrement des antiacides et des inhibiteurs de récepteurs H₂ en vente libre, et leur conseiller de parler de leurs symptômes et de leur traitement avec le pharmacien, qui leur recommandera au besoin de consulter un médecin.

Résumé

Même si un grand nombre de personnes éprouvent parfois des brûlures d'estomac après un gros repas ou un repas épicé, 20 % de la population en souffre sur une base hebdomadaire. Un quart de ces personnes seulement en parleront à leur médecin et de nombreuses autres tenteront de soulager leurs symptômes en prenant des produits en vente libre. Les pharmaciens et les assistants techniques en pharmacie peuvent leur être très utiles, car ils peuvent les aider à comprendre la physiopathologie du RGO et leur expliquer les mesures thérapeutiques les plus efficaces, dont les modifications du mode de vie. Ils peuvent aussi les aider à distinguer les médicaments susceptibles d'aggraver leurs symptômes, à surveiller les effets secondaires et à choisir des produits grand public ou, lorsque la situation l'exige, leur recommander de consulter un médecin.

RÉFÉRENCES:

1. McQuaid KR. Gastroesophageal reflux disease. In: McPhee SJ, Papadakis MA, Tierney LM Jr, editors. *Current Medical Diagnosis and Treatment*, 46e édition. New York (NY): McGraw Hill Medical, 2007.
2. Gastroesophageal reflux disease. In: Dambro MR, *Griffith's 5 Minute Consult* 2005. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
3. Disorders of the esophagus. In: Berkow R, Beers MH, Fletcher AJ, editors. *The Merck Manual of Medical Information Home Edition*. Whitehouse Station NJ: Merck Research Laboratories, 1997.

4. Shaffer EA. Gastroesophageal reflux disease. In: Gray J, editor. *Therapeutic Choices*, 4^e éd. Ottawa (ON): Canadian Pharmacists Association, 2003.
5. Treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD). UBC Therapeutics Initiative. *Therapeutics Letter*, 1994, Issue 3.
6. Cadario BJ, Leatham AM, éditeurs. *Drug Information Reference*, 5^e éd. Vancouver: The BC Drug and Poison Information Centre, 2003.
7. Armstrong D, Marshall JK, Chiba N et coll. Canadian consensus conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults-update 2004. *Can J Gastroenterol*, 2005;19(10):15-35.

► QUESTIONS

1. Les brûlures d'estomac :

- a) donnent un goût salé dans la bouche.
- b) se produisent lorsque le contenu acide de l'estomac irrite la muqueuse de l'œsophage inférieur.
- c) se produisent lorsqu'on ne mastique pas suffisamment ses aliments.
- d) sont plus courantes chez les hommes que chez les femmes.
- e) sont plus courantes chez les personnes âgées.

2. Les symptômes caractéristiques des brûlures d'estomac :

- a) surviennent immédiatement après un repas épicé.
- b) peuvent être soulagés en s'allongeant.
- c) sont étroitement liés à l'importance des lésions tissulaires.
- d) se produisent de 30 à 60 minutes après un repas.
- e) se manifestent par une douleur dans la gorge.

3. Quelle est la meilleure intervention diagnostique pour déterminer l'ampleur des lésions tissulaires?

- a) La radiographie
- b) La surveillance ambulatoire de Holter
- c) L'endoscopie de l'œsophage supérieure accompagnée d'une biopsie
- d) L'analyse des selles pour déceler la présence de sang occulte
- e) Aucune des réponses précédentes

4. L'œsophage de Barrett :

- a) survient chez 20 % des personnes atteintes.
- b) cause de graves brûlures d'estomac chez la plupart des personnes atteintes.
- c) peut entraîner un cancer de l'œsophage.
- d) est la principale raison pour laquelle les personnes atteintes demandent un avis médical.
- e) n'est rien dont il faut se préoccuper.

5. Quels médicaments peuvent aggraver un RGO?

- a) L'amlodipine
- b) Le risédronate
- c) La térazosine
- d) Toutes les réponses précédentes
- e) Aucune des réponses précédentes

6. Quel conseil un pharmacien peut-il donner aux personnes qui se plaignent de brûlures d'estomac?

- a) Prendre un verre de vin rouge au souper.
- b) Soulever le pied de lit.
- c) Boire beaucoup d'eau.
- d) Sucrer des bonbons à la menthe.
- e) Cesser de fumer.

7. Quel est le meilleur conseil à donner à une personne qui éprouve des brûlures d'estomac une heure après avoir mangé de la pizza?

- a) Éviter de manger de la pizza.
- b) Prendre un Pepcid Complet.
- c) Prendre un Gaviscon.
- d) a et b
- e) a et c

8. Chez les personnes qui présentent de graves symptômes de RGO :

- a) il n'y a aucun avantage à augmenter la posologie d'IPP de une à deux prises par jour.
- b) le passage d'un inhibiteur des récepteurs H₂ à un IPP peut pratiquement doubler le soulagement des symptômes.
- c) le traitement initial devrait durer de 8 à 12 semaines.
- d) a et c
- e) b et c

9. Les personnes qui éprouvent des symptômes de RGO plusieurs fois par semaine devraient être adressées à un médecin, qui leur prescrira probablement :

- a) du Maalox après chaque repas.
- b) de la cimétidine à raison de 400 mg deux fois par jour.
- c) du Gaviscon dès l'apparition des symptômes.
- d) de la famotidine à raison de 20 mg deux fois par jour.
- e) de la ranitidine à raison de 150 mg au petit-déjeuner.

10. Les personnes qui ont de la difficulté à avaler :

- a) devraient être adressées à un médecin qui leur fera une endoscopie.
- b) ne devraient être traitées que par le Nexium.
- c) peuvent répondre à n'importe lequel des IPP que l'on trouve sur le marché.
- d) a et b
- e) a et c

Pour tout renseignement concernant la notation de la FC, veuillez communiquer avec **Mayra Ramos** au **416-764-3879** ou **mayra.ramos@rci.rogers.com**.

Toute autre demande doit être adressée à **Tanya Stuart**, au **416-764-3944** ou **tanya.stuart@pharmacygroup.rogers.com**.