

## Pénurie d'antagonistes des récepteurs H<sub>2</sub> (ARH<sub>2</sub>)

Contexte .....	2
Alternatives aux ARH <sub>2</sub> .....	2
Alternatives thérapeutiques .....	2
Adultes .....	2
RGO pathologique .....	3
MUGD .....	3
Enfants .....	4
RGO pathologique .....	4
MUGD .....	4
Tableaux	
Tableau 1 : Indications approuvées par Santé Canada pour les ARH <sub>2</sub> .....	2
Tableau 2 : Doses orales d'ARH <sub>2</sub> et d'IPP pour le RGO pathologique chez l'adulte. ....	4
Tableau 3 : Doses orales d'ARH <sub>2</sub> et d'IPP pour la MUGD chez l'adulte. ....	5
Tableau 4 : Doses orales d'ARH <sub>2</sub> et d'PPI pour le RGO pathologique chez l'enfant .....	6
Tableau 5 : Doses orales d'ARH <sub>2</sub> et d'IPP pour la MUGD chez l'enfant. ....	7
Références .....	8

# Pénurie d'antagonistes des récepteurs H<sub>2</sub> (ARH<sub>2</sub>)

## CONTEXTE

Les rappels de Santé Canada<sup>1</sup> ainsi que les perturbations dans l'approvisionnement auprès des fabricants pourraient entraîner une pénurie de médicaments réducteurs d'acidité couramment utilisés appelés antagonistes des récepteurs H<sub>2</sub> de l'histamine (ARH<sub>2</sub>). Les H<sub>2</sub>RA comprennent la cimétidine, la famotidine, la nizatidine et la ranitidine.

Il y a plusieurs indications approuvées par Santé Canada pour les ARH<sub>2</sub><sup>2</sup> (voir Tableau 1); le présent document porte sur les plus courantes : reflux gastro-œsophagien (RGO) pathologique et la maladie ulcéreuse gastro-duodénale (MUGD).

TABLEAU 1 INDICATIONS APPROUVÉES PAR SANTÉ CANADA POUR LES ARH<sub>2</sub><sup>2</sup>

Santé Canada – Indications approuvées	Antagonistes des récepteurs H <sub>2</sub> (ARH <sub>2</sub> )			
	Cimétidine	Famotidine	Nizatidine	Ranitidine
Ulcère duodéal, traitement	✓	✓	✓	✓
Ulcère duodéal, prophylaxie	–	✓	✓	✓
Ulcère gastrique bénin, traitement	✓	✓	✓	✓
Ulcère gastrique, prophylaxie	–	–	–	✓
RGO pathologique, traitement	✓	✓	✓	✓
RGO pathologique, prévention des récurrences	–	✓	–	–
Hypersécrétion gastrique*, traitement	✓	✓	–	✓
Autotraitement de l'hyperacidité gastrique, traitement et prophylaxie	–	✓†	–	✓†
Syndrome de Mendelson, prophylaxie	–	–	–	✓
Hémorragies causées par les ulcères de stress ou récurrences hémorragiques, prophylaxie	–	–	–	✓

✓ = Indication approuvée par Santé Canada; RGO = reflux gastro-œsophagien  
\*Par exemple, le syndrome de Zollinger-Ellison.  
†Offert sans prescription.

## ALTERNATIVES DE LA CLASSE DES ARH<sub>2</sub>

Il y a 4 ARH<sub>2</sub> à considérer : la cimétidine, la famotidine, la nizatidine et la ranitidine.

- Du point de vue thérapeutique il y a peu de différences significatives entre les ARH<sub>2</sub>, mais il est préférable, si cela est possible, d'éviter la cimétidine chez les personnes âgées ou chez les personnes particulièrement susceptibles d'avoir des interactions médicamenteuses<sup>3</sup>.

Si les pharmacies ont le nécessaire en inventaire, les formules pour faire des préparations magistrales extemporanées de suspensions à partir de comprimés sont disponibles dans Lexicomp.

Certaines pharmacies préparatrices pourraient être en mesure de se procurer de la famotidine et de la cimétidine en poudre.

- Même si les poudres sont disponibles, les pharmacies peuvent avoir à commander, il faut donc s'attendre à des retards.
- La disponibilité des poudres d'ARH<sub>2</sub> peut varier d'une pharmacie à l'autre.

## ALTERNATIVES THÉRAPEUTIQUES

Profiter de l'occasion pour réévaluer le besoin de soulager l'hyperacidité, particulièrement dans le cadre du traitement du RGO pathologique.

Adultes

- Pour de plus amples renseignements, consulter le contenu suivant sur RxTx ([www.myRxTx.ca](http://www.myRxTx.ca); abonnement requis, compris avec l'adhésion à l'association de votre province ou territoire) et dans le *Compendium of Therapeutic Choices (CTC)* et le *Compendium of Therapeutics for Minor Ailments (CTMA)* :
  - o Reflux gastro-œsophagien pathologique (CTC)
  - o Dyspepsie et maladie ulcéreuse gastro-duodénale (CTC)
  - o Dyspepsie et reflux gastro-œsophagien (CTMA)

## RGO<sup>4,5</sup>

- Profiter de l'occasion pour déterminer si la poursuite du traitement est nécessaire.
- Envisager un traitement régressif (antiacides, alginates) ou progressif (inhibiteurs de la pompe à protons [IPP]) chez les patients prenant des ARH<sub>2</sub>, selon la fréquence et la sévérité des symptômes ainsi que la réponse aux traitements tentés antérieurement.
- Se référer aux lignes directrices sur les affections bénignes de medSask sur le [RGO](#).
- Recommander au patient d'apporter des changements à ses habitudes de vie (p. ex., changements des habitudes alimentaires, perte de poids, arrêt du tabagisme/de la consommation d'alcool, élévation de la tête du lit) — dans tous les cas.
- Alginate, antiacide ou ARH<sub>2</sub> sans ordonnance — symptômes bénins ou peu fréquents.
- IPP sans ordonnance — symptômes bénins et fréquents ou modérés.
- ARH<sub>2</sub> sur ordonnance — symptômes occasionnels atténués mais non résolus par la prise PRN d'un traitement sans ordonnance.
- IPP sur ordonnance — symptômes fréquents et/ou modérés.
- Voir le Tableau 2 pour les posologies.

## MUGD<sup>6</sup>

- MUGD due à une infection par *Helicobacter pylori* :
  - o Les IPP devraient être utilisés pour supprimer l'hyperacidité dans le schéma thérapeutique visant à éradiquer l'infection par *H. pylori*; voir RxTx pour les schémas thérapeutiques précis.
- Prophylaxie de la MUGD durant un traitement par AAS/AINS :
  - o Voir RxTx pour savoir quels patients devraient recevoir une prophylaxie.
  - o Les IPP et le misoprostol (200 mcg PO 4 fois/jour) sont plus efficaces que les ARH<sub>2</sub>.
- Traitement de la MUGD :
  - o Si possible, arrêter l'AAS et/ou l'AINS.
    - Si l'AAS à faible dose est administré en prophylaxie cardiovasculaire, il ne devrait pas être interrompu. Voir le chapitre *Prévention primaire des maladies vasculaires* dans RxTx et dans le *Compendium of Therapeutic Choices (CTC)* pour déterminer quel est l'usage approprié de l'AAS dans la prévention des maladies cardiovasculaires (p. ex., son usage en prévention primaire pourrait s'avérer inapproprié).
  - o Les IPP sont plus efficaces que les ARH<sub>2</sub> ou le misoprostol; traiter pendant 8 semaines.
  - o Si l'AINS ne peut être interrompu, envisager de le substituer par un inhibiteur de la COX-2 en cas d'ulcère à saignements; poursuivre l'administration de l'IPP après le traitement en prophylaxie.
- Voir le Tableau 3 pour les posologies.

## PÉDIATRIE

### RGO

- S'assurer de la nécessité de la pharmacothérapie; cela est particulièrement important chez le nourrisson<sup>7</sup>.

### NOURRISSONS (JUSQU'À 1 AN)

Rappeler aux parents/soignants que<sup>7,8</sup> :

- Le reflux et la régurgitation sont courants chez le nourrisson (40-70%).
- L'usage d'agents réducteurs d'acidité gastrique et/ou d'agents modificateurs de la motilité ne diminuent pas les pleurs ni les régurgitations.
- Les symptômes s'estompent généralement sans intervention.

Mesures non pharmacologiques pour le reflux/la régurgitation chez le nourrisson<sup>8,9,10</sup> :

- Éviter d'exposer le nourrisson à la fumée secondaire.
- Envisager de le nourrir en petites quantités afin d'éviter la suralimentation.
- Envisager d'épaissir le lait ou la nourriture pendant 2 semaines.
  - o Le lait et/ou la nourriture peut être épaissi avec des céréales (si des céréales de riz sont utilisées, s'assurer qu'elles ne contiennent que peu ou pas d'arsenic; il est préférable d'utiliser d'autres céréales comme l'avoine, le blé ou l'orge).
    - Prendre note que le fardeau que représente l'expression du lait afin de pouvoir l'épaissir pourrait inciter la mère à exclure cette mesure.
  - o L'épaississement du lait ou de la nourriture pourrait réduire les vomissements et la régurgitation.
- Envisager d'éliminer les protéines de lait de vache/soya de l'alimentation pendant 2 semaines.
  - o Chez l'enfant allaité, la mère élimine de son alimentation toutes les protéines provenant du lait de vache, le bœuf ainsi que les principales sources de soya.

Pharmacothérapie du RGO pathologique chez le nourrisson<sup>8,9,10</sup> :

- Envisager une pharmacothérapie en cas de régurgitations fréquentes accompagnées de détresse du nourrisson, d'une alimentation déficiente et/ou d'un gain pondéral insuffisant persistant malgré l'instauration de mesures non pharmacologiques.
- Certains considèrent les IPP comme un traitement de première intention pour le RGO pathologique chez le nourrisson. Voir le Tableau 4 pour les posologies.
- **Les IPP ne se sont pas révélés efficaces pour réduire les symptômes d'irritabilité ou de régurgitation chez le nourrisson<sup>11</sup>.**
  - o Commencer avec un essai de 2 semaines :
    - Si les symptômes ne s'améliorent pas, cesser l'administration et réévaluer.
    - Si les symptômes s'améliorent significativement, envisager de poursuivre le traitement pendant 3-6 mois, puis réévaluer.
- Les ARH<sub>2</sub> sont généralement envisagés lorsque les IPP ne peuvent être utilisés.
- Les ARH<sub>2</sub> et les IPP pourraient accroître le risque d'infections respiratoires et gastro-intestinales.
- Les antiacides doivent être évités chez le nourrisson en raison de préoccupations concernant la toxicité de l'aluminium et du syndrome de Burnett (produits contenant du calcium).
- Les agents modificateurs de la motilité (p. ex., dompéridone, métoclopramide) ne sont pas recommandés pour le RGO pathologique chez le nourrisson en raison des effets indésirables dystoniques (métoclopramide) et cardiovasculaires (dompéridone) potentiellement graves.

### ENFANTS PLUS VIEUX ET ADOLESCENTS

- Voir la section concernant l'adulte, ci-dessus.
- Les pharmaciens ne peuvent rien prescrire pour le RGO pathologique chez le patient de <18 ans.
- Voir le Tableau 4 pour les posologies.

### MUGD<sup>12</sup>

- MUGD liée à l'infection à *H. pylori* :
  - o Principale cause de la MUGD chez l'enfant.
  - o Les IPP devraient être utilisés pour supprimer l'hyperacidité dans le schéma thérapeutique visant à éradiquer l'infection par *H. pylori*
- MUGD non liée à *H. pylori* :
  - o ARH<sub>2</sub> et IPP.
    - On estime que les IPP pourraient être plus efficaces et avoir un délai de guérison moins long<sup>12</sup> bien que ces conclusions semblent être extrapolées à partir des données sur l'adulte; les données chez l'enfant sont très limitées.
    - Voir le Tableau 5 pour les posologies.

**TABLEAU 2 : DOSES ORALES D'ARH<sub>2</sub> ET D'IPP POUR LE RGO PATHOLOGIQUE CHEZ L'ADULTE<sup>3,13</sup>**

Agent	Dose*		Notes
	Traitement	Entretien	
<b>ARH<sub>2</sub></b>			
Cimétidine	800 mg BID <i>ou</i> 300-400 mg QID et au coucher		8-12 sem
Famotidine	20 mg BID 40 mg BID en présence d'érosions œsophagiennes	20 mg BID	
Nizatidine	150 mg BID		
Ranitidine	Œsophagite par reflux 300 mg au coucher <i>ou</i> 150 mg BID	150 mg BID	<b>Traitement</b> : jusqu'à 8 sem
<b>IPP</b>			
Dexlansoprazole	60 mg/jour	30 mg/jour	<b>Traitement</b> : 4-8 sem
Esoméprazole	40 mg/jour	20 mg/jour	<b>Traitement</b> : 4-8 sem
Lansoprazole	30 mg/jour	15 mg/jour	<b>Traitement</b> : 4-8 sem
Oméprazole	20 mg/jour	10 mg/jour	<b>Traitement</b> : 2-8 sem
Pantoprazole	40 mg/jour	20 mg/jour	<b>Traitement</b> : 2-8 sem
Rabéprazole	20 mg/jour	10 mg/jour	<b>Traitement</b> : 4-8 sem

\*Lorsqu'il n'est pas spécifié s'il s'agit de la dose de traitement ou d'entretien, les colonnes sont fusionnées.  
ARH<sub>2</sub> = antagonistes des récepteurs H<sub>2</sub> de l'histamine; IPP = inhibiteurs de la pompe à protons; sem = semaines

TABLEAU 3 : DOSES ORALES D'ARH<sub>2</sub> ET D'IPP POUR LA MUGD CHEZ L'ADULTE<sup>3,13</sup>

Agent	Dose		Notes
	Ulcère duodénal	Ulcère gastrique	
<b>ARH<sub>2</sub></b>			
Cimétidine	<b>Traitement :</b> 800 mg au coucher <i>ou</i> 300 mg QID <i>ou</i> 400-600 mg BID <i>ou</i> 200 mg TID et 400 mg au coucher <b>Entretien :</b> 300 mg BID <i>ou</i> 400 mg au coucher	<b>Bégin, traitement :</b> 800 mg au coucher <i>ou</i> 300 mg BID <i>ou</i> 600 mg BID	<b>Traitement :</b> Duodénal : 6-8 sem <b>Bégin :</b> 4-8 sem <b>Entretien :</b> 4-6 mois <b>Maximum :</b> 2 400 mg/jour
Famotidine	<b>Traitement :</b> 40 mg au coucher <b>Entretien :</b> 20 mg au coucher	<b>Traitement :</b> 40 mg au coucher <b>Entretien :</b> 20 mg au coucher	<b>Traitement :</b> 4-8 sem <b>Entretien :</b> 6-12 mois
Nizatidine	<b>Traitement :</b> 300 mg au coucher <i>ou</i> 150 mg BID <b>Entretien :</b> 150 mg au coucher	<b>Traitement :</b> 150 mg au coucher	<b>Traitement :</b> 4-8 sem <b>Entretien :</b> 6-12 mois
Ranitidine	<b>Traitement :</b> 300 mg au coucher <i>ou</i> 150 mg BID <b>Entretien :</b> 150 mg au coucher	<b>Traitement :</b> 300 mg au coucher <i>ou</i> 150 mg BID <b>Entretien :</b> 150 mg au coucher	<b>Traitement :</b> 4-12 sem
<b>IPP</b>			
Dexlansoprazole	S/O	S/O	
Esomeprazole	S/O	<b>AINS :</b> 20 mg/jour	4-8 sem
Lansoprazole	15 mg/jour <b>AINS :</b> 30 mg/jour	15 mg/jour <b>AINS :</b> 30 mg/jour	<b>UD :</b> 4 sem <b>UG :</b> 4-8 sem <b>AINS :</b> ≤8 sem
Oméprazole	20 mg/jour	20 mg/jour	<b>UD :</b> 4 sem <b>UG :</b> 4-8 sem <b>AINS :</b> 4-8 sem
Pantoprazole	40 mg/jour	40 mg/jour	<b>UD :</b> 4 sem <b>UG :</b> 4-8 sem
Rabéprazole	20 mg/jour	20 mg/jour	<b>UD :</b> 4 sem <b>UG :</b> 6 sem
AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens; ARH <sub>2</sub> = antagonistes des récepteurs H <sub>2</sub> de l'histamine; IPP = inhibiteurs de la pompe à protons; sem = semaines; S/O = sans objet; UD = ulcère duodénal; UG = ulcère gastrique			

TABLEAU 4 : DOSES ORALES D'ARH<sub>2</sub> ET D'IPP POUR LE RGO PATHOLOGIQUE CHEZ L'ENFANT<sup>3,13</sup>

Agent	Âge	Dose*		Notes
		Traitement	Entretien	
<b>ARH<sub>2</sub></b>				
Cimétidine <sup>a</sup>	Nourrisson-16 ans	20-40 mg/kg/jour		3-4 doses fractionnées; max 400 mg/dose
Famotidine <sup>a,b</sup>	<3 mois	0,5 mg/kg/dose 1 fois/jour; si l'effet ne convient pas après 2 sem, ↑ à 1 mg/kg/dose		Jusqu'à 8 sem
	≥3 mois-16 ans	0,5 mg/kg/dose BID <i>ou</i> ≥40 kg : 20 mg BID		Jusqu'à 8-12 sem; max 40 mg/dose
Nizatidine	Nourrisson à <12 ans	5-10 mg/kg/jour		Dose fractionnée BID; max 300 mg/jour
	≥12 ans	150 mg BID		Max 300 mg/jour
Ranitidine	Nourrisson à ≤16 ans	5-10 mg/kg/jour	5-10 mg/kg/jour	Dose fractionnée BID; max 150 mg/dose
<b>IPP</b>				
Dexlansoprazole	≥12 ans	60 mg/jour	30 mg/jour	<b>Traitement :</b> jusqu'à 8 sem <b>Entretien:</b> 16 sem
Esomeprazole	Nourrisson-1 an	3-5 kg : 2,5 mg/jour >5-7,5 kg : 5 mg/jour >7,5 kg : 10 mg/jour		Jusqu'à 6 sem
	1-11 ans	<20 kg : 10 mg/jour ≥20 kg : 10-20 mg/jour		x 8 sem
	≥12 ans	20-40 mg/jour		x 4-8 sem
Lansoprazolea	1-11 ans	<30 kg : 15 mg/jour ≥30 kg : 30 mg/jour		Jusqu'à 12 sem
	≥12 ans	30 mg/jour		Jusqu'à 8 sem
Oméprazole <sup>a,b</sup> En fonction du poids : 0,7-4 mg/kg/jour; 1 mg/kg/jour est plus commun; max 40 mg/jour	Nourrisson	3 à <5 kg : 2,5 mg/jour 5 à <10 kg : 5 mg/jour 10 à <20 kg : 10 mg/jour		Jusqu'à 6 sem
	1-16 ans	3 à <5 kg : 2,5 mg/jour 5 à <10 kg : 5 mg/jour 10 à <20 kg : 10 mg/jour ≥20 kg : 20 mg/jour	5 à <10 kg : 5 mg/jour 10 à <20 kg : 10 mg/jour ≥20 kg : 20 mg/jour	<b>Traitement :</b> jusqu'à 4-8 sem <b>Entretien :</b> prolonger de 4 sem au besoin
Pantoprazolea	≥5 ans	≥15 à <40 kg : 20 mg/jour ≥40 kg : 40 mg/jour		Jusqu'à 8 sem
Rabéprazole	Nourrisson-11 ans	<15 kg : 5 mg/jour, ↑ à 10 mg si la réponse ne convient pas ≥15 kg : 10 mg/jour		x 4-8 sem Si l'enfant répond au traitement, tenter de le sevrer; s'il ne répond pas, réévaluer le diagnostic
<p>* Lorsqu'il n'est pas spécifié s'il s'agit de la dose de traitement ou d'entretien, les colonnes sont fusionnées.  a Les formules pour faire des préparations magistrales extemporanées à partir de comprimés sont disponibles dans Lexicomp.  b Les formules pour faire des préparations magistrales extemporanées à partir de comprimés sont disponibles sur le site SickKids au <a href="http://www.sickkids.ca/pharmacy/compounding-service">www.sickkids.ca/pharmacy/compounding-service</a>.  ARH<sub>2</sub> = antagonistes des récepteurs H<sub>2</sub> de l'histamine; IPP = inhibiteurs de la pompe à protons; sem = semaines</p>				

TABLEAU 5 : DOSES ORALES D'ARH<sub>2</sub> ET D'IPP POUR LA MUGD CHEZ L'ENFANT<sup>3,13</sup>

Agent	Âge	Dose*		Notes
		Ulcère duodénal	Ulcère gastrique	
<b>ARH<sub>2</sub></b>				
Cimétidine <sup>a</sup>	3 à <5 ans	15-20 mg/kg/jour		
	5 à <16 ans	<b>Traitement :</b> 20-40 mg/kg/jour <b>Entretien :</b> 5-8 mg/kg/dose au coucher		<b>Traitement :</b> 4-8 sem
	≥16 ans	300 mg QID ou 800 mg au coucher ou 400 mg BID		Jusqu'à 8 sem pour les deux
Famotidine <sup>a,b</sup>	1-16 ans	0,5 mg/kg/jour au coucher ou en doses fractionnées BID		Max 40 mg/jour
Nizatidine	S/O			
Ranitidine	Nourrisson-16 ans	<b>Traitement :</b> 4-8 mg/kg/jour en doses fractionnées BID <b>Entretien :</b> 2-4 mg/kg/jour	<b>Traitement :</b> 4-8 mg/kg/jour en doses fractionnées BID <b>Entretien :</b> 2-4 mg/kg/jour	<b>Traitement :</b> Max 300 mg/jour <b>Entretien :</b> Max 150 mg/jour
<b>IPP</b>				
Comme la MUGD est peu courante chez l'enfant, les doses d'IPP chez l'enfant pour cette indication ne sont pas aisément accessibles et sont généralement incluses dans les schémas thérapeutiques visant à éradiquer l'infection par <i>H. pylori</i> (principale cause de la MUGD chez l'enfant). Posologie dans les schémas thérapeutiques visant à éradiquer l'infection par <i>H. pylori</i> :				
	<b>Poids</b>	<b>Dose</b>		
Esomeprazole, oméprazole <sup>a,b,14</sup>	15-24 kg :	20 mg BID		
	25-34 kg :	30 mg BID		
	>35 kg :	40 mg BID		
Oméprazole <sup>a,b</sup> lansoprazole <sup>a,12</sup>	1-2 mg/kg/jour			
Il y a très peu de renseignements concernant la posologie pour la <b>MUGD non liée à <i>H. Pylori</i></b> , mais il convient d'extrapoler les doses pour le traitement du RGO pathologique.				
*Lorsque la localisation de l'ulcère n'est pas spécifiée, les colonnes sont fusionnées. a Les formules pour faire des préparations magistrales extemporanées à partir de comprimés sont disponibles dans Lexicomp. b Les formules pour faire des préparations magistrales extemporanées à partir de comprimés sont disponibles sur le site SickKids au <a href="http://www.sickkids.ca/pharmacy/compounding-service">www.sickkids.ca/pharmacy/compounding-service</a> . ARH <sub>2</sub> = antagonistes des récepteurs H <sub>2</sub> de l'histamine; IPP= inhibiteurs de la pompe à protons; MUGD = maladie ulcéreuse gastro-duodénale; sem = semaines; S/O = sans objet;				

Préparé par : Carmen Bell BSP, medSask et Tammy Quinn BSc (Pharm), CPhA

Merci aux réviseuses : Kelly Kizlyk BSP et Kirsten Bazylak BSP

## Références :

1. Gouvernement du Canada. Rappels et avis de sécurité [internet]. [En ligne. Page consultée le 12 mai 2020.] <https://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/index-fra.php>.
2. CPS en ligne. Ottawa (ON): Association des pharmaciens du Canada; 2013. Antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (ARH2) [monographie de produit]. [En ligne.] [www.myRxTx.ca](http://www.myRxTx.ca). Abonnement requis.
3. Schuster B, Regier L, Jensen B. Acid suppression: drug comparison chart. Saskatoon, SK: Saskatoon Health Region. [En ligne. Page consultée le 26 septembre 2019.] [www.RxFiles.ca](http://www.RxFiles.ca). Abonnement requis.
4. Shaffer EA. Reflux gastro-œsophagien pathologique. Dans: Association des pharmaciens du Canada. *Compendium of Therapeutic Choices (CTC)* 2019. Ottawa: CPhA; 2018. p. 928-40.
5. medSask. Gastroesophageal reflux disease (GERD) - guidelines for prescribing H2RAs and PPIs [internet]. [En ligne. Page consultée le 26 septembre 2019.] <https://medsask.usask.ca/gastroesophageal-reflux-disease-gerd---guidelines-for-prescribing-h2ras-and-ppis.php>.
6. Targownik L. Dyspepsie et maladie ulcéreuse gastro-duodénale. Dans: Association des pharmaciens du Canada. *Compendium of Therapeutic Choices (CTC)* 2019. Ottawa: CPhA; 2018. p. 915-27.
7. Choisir avec soin, Société canadienne de pédiatrie. Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger [internet]. 2019. [En ligne. Page consultée le 26 septembre 2019.] <https://choisiravecsoin.org/pediatrie>.
8. National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Gastro-oesophageal reflux disease in children and young people: diagnosis and management [PDF file]. London: NICE. [En ligne.] [www.nice.org.uk/guidance/ng1/resources/gastrooesophageal-reflux-disease-recognition-diagnosis-and-management-in-children-and-young-people-51035086789](http://www.nice.org.uk/guidance/ng1/resources/gastrooesophageal-reflux-disease-recognition-diagnosis-and-management-in-children-and-young-people-51035086789).
9. UpToDate. Winter H. Gastroesophageal reflux in infants. [En ligne. Page consultée le 26 septembre 2019.] [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Abonnement requis.
10. DynaMed [internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - 2019. Record No. T116575, Gastroesophageal reflux disease (GERD) in infants; [updated 2018 Dec 4, cited 2019 Sept 26]. [En ligne.] [www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116575](http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116575) Abonnement et connexion requis.
11. van der Pol RJ, Smits MJ, van Wijk MP et al. Efficacy of proton-pump inhibitors in children with gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Pediatrics* 2011; 127(5):925-35.
12. Uc A, Pandrangi B. Chapter 13. Gastritis and Peptic Ulcer Disease. Dans: Bishop WP, editor. *Pediatric Practice: Gastroenterology*. New York: McGraw-Hill; 2010.
13. Lexicomp Online, Pediatric and Neonatal Lexi-Drugs Online, Hudson, Ohio: Wolters Kluwer Clinical Drug Information, Inc.; 2013. [Page consultée le 26 septembre 2019.]
14. Jones NL, Koletzko S, Goodman K et al. Joint ESPGHAN, NASPGHAN guidelines for the management of Helicobacter pylori in children and adolescents (Update 2016). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;64(6):991-1003.

