

PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION A H.PYLORI (SPILF 2013)

- *Helicobacter pylori* est responsable chez l'adulte de la pathologie ulcéreuse gastro-duodénale, du lymphome gastrique MALT et du carcinome gastrique.
- L'augmentation de la résistance à la clarithromycine, plus de 20% en France, nécessite de ne plus utiliser la clarithromycine en première intention dans la trithérapie classique en absence d'antibiogramme.
- The European Helicobacter Study Group (EHSG) a publié en 2012 des recommandations de prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'infection à *H. pylori*. [Gut 2012;61:646e664. doi:10.1136](#)
 - Une analyse de la littérature a été réalisée par 44 experts européens.
 - Un premier groupe de recommandations a été présenté au groupe
- Chaque proposition a été évaluée selon le niveau de preuve et la qualité de celles-ci

Indications de la recherche et de l'éradication de *H. pylori*

Grade	Force de la Recommandation
A	Supporte fortement
B	Supporte modérément
C	Supporte de façon marginale
D	Est contre

Niveau	Qualité de preuve
1	Au moins 1 travail randomisé contrôlé
2	Autres type de travaux
3	Avis d'expert

- **En France, il n'est pas recommandé de rechercher *H. pylori***
 - Chez les patients asymptomatiques (A1)
 - Dans le RGO et les dyspepsies (A1)
- **Il est recommandé de rechercher *H. pylori* dans les situations suivantes:**
 - IPP au long cours pour RGO ou dyspepsie non ulcéreuse (A1).
 - Ulcère gastrique ou duodéal. L'éradication de *H. pylori* favorise la cicatrisation et prévient la récurrence des ulcères (A1).
 - Lymphome du MALT (A1).
 - Apparentés au premier degré de patients souffrant de cancer de l'estomac
- **Il est recommandé de rechercher *H. pylori* dans les situations suivantes**
 - Avant d'initier un traitement par **AINS** au long cours. L'éradication ne dispense pas d'un traitement par IPP en cas de facteur de risque d'ulcère associé (A1)
 - Utilisation d'**aspirine** au long cours avec antécédents d'ulcère gastro-duodéal (B2)
 - Anémie par carence en fer idiopathique (A1)
 - Carence en vitamine B12 (B3)
 - Purpura thrombopénique immunologique (A1)

Tests diagnostiques non invasifs

- **Le test respiratoire à l'urée marquée** en première intention pour (A1):
 - le diagnostic
 - le contrôle de l'efficacité 4 semaines après l'arrêt des antibiotiques **et** au moins 2 semaines après l'arrêt d'un traitement par IPP.
- **La détection immunologique des antigènes bactériens dans les selles** : performances similaires au test respiratoire à l'urée marquée mais non remboursée par l'Assurance Maladie (A1).
- **La sérologie** : indiquée si risque de faux négatifs avec les autres tests (ulcère hémorragique, atrophie glandulaire, lymphome du MALT, utilisation récente d'antibiotiques ou d'IPP) (B1). Non indiquée pour le suivi (B1).

Tests réalisés à partir de prélèvements endoscopiques

- **Le test rapide à l'uréase** : TDR en salle d'endoscopie. Non remboursé. Sensibilité 70%
- **La culture** : permet la réalisation d'un antibiogramme complet. Doit être réalisée chaque fois que possible et impérativement en cas d'échec (D5).
- **L'amplification génique (PCR) (A1)** :
 - Excellente sensibilité et spécificité.
 - Permet la détection de la résistance aux macrolides (clarithromycine) et aux fluoroquinolones (lévofloxacine).
 - Alternative à la culture avec antibiogramme.

Traitement probabiliste de première ligne

Sont recommandées pour le traitement empirique de première ligne

-quadrithérapies contenant du **bismuth** (A1) et à **privilégier en France** car la prévalence de la résistance à la clarithromycine est supérieure à 20%

Mais AMM restrictive aux patients ayant eu un ulcère GD et fréquence des effets secondaires

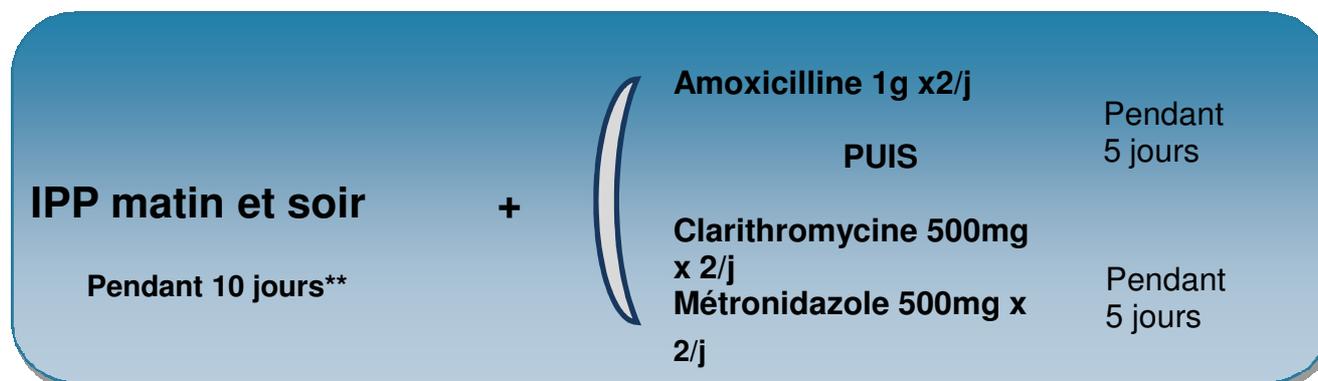
Le traitement séquentiel (quadrithérapie sans bismuth)

PYLERA® : 3 gélules X 4/ jours après les repas
Oméprazole*: 20 mg X 2 /jours

Pendant 10 jours

° Citrate de Bismuth 140 mg ; Métronidazole 125 mg ; Tétracycline 125 mg

Alternative pour raison de respect de l'AMM ou d'observance ou d'effets secondaires :
Traitement séquentiel :



** Si ulcère duodéal compliqué ou ulcère gastrique compliqué : IPP poursuivi seul à pleine dose, pendant 3 à 7 semaines après le traitement d'éradication.

Suivi du traitement

- **Test respiratoire à l'urée marquée (A1)**
 - au moins 4 semaines après l'arrêt des antibiotiques
 - au moins deux semaines après l'arrêt d'un traitement par IPP (B2).
- **Traitement de deuxième ligne après l'échec d'une quadrithérapie contenant du bismuth**
 - Trithérapie contenant: amoxicilline, lévofloxacine (250 mg x 2/j) et IPP (D5)
 - De préférence après la pratique d'un antibiogramme
- **Traitement de troisième ligne**
 - Traitement guidé par antibiogramme (A4) sur avis spécialisé
- **Concernant l'utilisation du bismuth, l'HAS stipule que la lourdeur du traitement et les effets indésirables gastro-intestinaux et neurologiques nécessitent une surveillance particulière**
- **La SPILF remarque**
 - L'absence de rationnel microbiologique pour un traitement séquentiel
 - Le manque de recul sur l'usage des traitements à base de bismuth
 - L'oméprazole est à ce jour le seul IPP évalué en association avec le Pylora