

Nouvelles recommandations sur la prise en charge des patients infectés par *Helicobacter pylori*.

Docteur Olivier COATMEUR
Hôpital privé la Châtaigneraie - BEAUMONT

Introduction

- * *Helicobacter pylori* découverte en 1982
- * Prix Nobel de physiologie et de médecine en 2005
- * Bactérie à Gram négatif de forme hélicoïdale, flagellée
- * Colonisation exclusive de la muqueuse gastrique
- * Capable de survivre dans des conditions d'extrême acidité de l'estomac

Epidémiologie

- * Infection bactérienne chronique la plus répandue dans le monde
- * **Prévalence variable selon les conditions de vie et d'hygiène**
- * Peut atteindre 90 % des jeunes adultes dans les pays en voie de développement
- * En France 5 à 10 % des enfants et 20 à 50 % de la population adulte (prévalence accrue dans les milieux défavorisés)
- * **Transmission oro-orale et féco-orale**

Hélicobacter pylori

- * Principale cause des ulcères +++ : 90 % UD et 70% UG
- * Entraîne une gastrite chronique qui ne guérit jamais seule
- * 80 % gastrite asymptomatique
- * 20 % évolution vers:
 - ulcères
 - adénocarcinome gastrique
 - dyspepsie
 - lymphome du MALT gastrique

Gastrite à Hp et maladies extradiigestives

- * Mécanismes supposés : inflammation chronique, atrophie fundique (achlorydrie) , réaction à distance de processus dysimmunitaires (mimétisme moléculaire)
- * Maladies en cours d'évaluation avec infection à Hp:
 - purpura thrombopénique immunologique
 - athérothrombose coronarienne et cérébrale
 - urticaire chronique
 - maladie de Parkinson

Niveau de preuve: moyen

Recommandations de recherche et d'éradication d'*Helicobacter pylori*

Niveau de preuve élevé

- * Ulcère gastro-duodéal
- * Lymphome du MALT gastrique (bas et haut grade)
- * Prise AINS ou Aspirine avec ATCD UGD
- * Prévention primaire des UGD avant de débiter des AINS
- * Dyspepsie
- * Traitement au long cours par IPP

Recommandations de recherche et d'éradication d'*Helicobacter pylori*

Niveau de preuve moyen

- * ATCD familial de cancer gastrique au 1^{er} degré
- * Syndrome de LYNCH
- * ATCD de résection localisée d'un cancer gastrique
- * Lésions gastriques pré-néoplasiques (atrophie/métaplasie)
- * Anémie ferriprive sans cause retrouvée
- * Carence en vitamine B12
- * Purpura thrombopénique
- * Chirurgie bariatrique

Méthodes diagnostiques

- FOGD avec biopsies gastriques:
 - Test à l'uréase
 - Examen anapath
 - Culture et PCR
- Sérologie
- Test respiratoire à l'urée ^{13}C
- Détection antigénique dans les selles

Diagnostic avant traitement

* **Si gastroscopie nécessaire** (patient symptomatique, prise prolongée AINS/Aspirine, ATCD familial de cancer gastrique)

>> examen anatomopathologique ++ / culture optionnelle

* **Si gastroscopie non nécessaire**

>> test respiratoire ++

>> sérologie +/- détection Ag dans les selles +

Diagnostic après traitement

- * Examen anatomopathologique
- * Culture: en cas d'échec d'éradication
- * Test respiratoire (**méthode de choix**)
- * Détection antigénique dans les selles

STOP IPP 15 jours avant et ATB 4 semaines avant pour le test Hélikit ...

Choix du traitement

Trithérapie standard

*IPP / Amoxicilline/Clarithromycine

Pendant 7 j: efficacité $\leq 70\%$

Pendant 14 j: gain de 10 %

>> efficacité fonction de la résistance aux macrolides: en France 20 à 30 % ++

*IPP/Amoxicilline/Métronidazole

NE PLUS UTILISER

Choix du traitement

Quadrithérapie séquentielle

*Amoxicilline (1g*2) 5j PUIS Clarithromycine (500 mg*2)
+ Métronidazole (500 mg*2) 5j en association avec un IPP

Efficacité globale 84 %

- > trithérapie standard de 7 j
- > trithérapie de 10 j

Si résistance à la Clarithromycine: éradication de 72,8 %

NE PLUS UTILISER

Choix du traitement

Quadrithérapie concomitante

IPP/ Amoxicilline/Clarithromycine/Métronidazole
pendant 10 à 14 j

Efficacité éradication selon les méta-analyses 80 à 95 %

Avantage de 14 j par rapport à 10 j et du doublement de la dose des IPP

TRAITEMENT DE REFERENCE

Choix du traitement

Quadrithérapie avec le Bismuth

Sous citrate de Bismuth potassique: 140 mg/Métronidazole
125 mg /Chlorydrate de tétracycline: 125 mg
Oméprazole 20 mg

Posologie: 3 gélules 4 fois/j pendant 10 j (**PYLERA**) avec
Oméprazole 20 mg 2/j

Taux éradication > à 90 % - EI plus fréquents

TRAITEMENT DE REFERENCE

PYLERA

Conseils pratiques

- * Respectez les prises APRES les repas dans un grand verre d'eau
- * Si oubli de une à trois prises, continuez le traitement normalement
- * Evitez l'alcool, le tabac et les produits laitiers (surtout autour des prises)
- * Ne pas ouvrir les gélules
- * Evitez une exposition prolongée au soleil

PYLERA

Effets indésirables

- * Goût métallique dans la bouche
- * Décoloration possible de la langue
- * Selles et urines un peu plus fonçées
- * Nausées, vomissements, ballonnements ou diarrhée
- * Maux de tête, vertiges, somnolence

TRAITEMENT DE 3 EME LIGNE

Après échec de 2 traitements successifs ... nécessité d'une détection de la résistance aux antibiotiques : ***biopsies avec mise en culture***

Selon antibiogramme:

IPP – Levofloxacin – Amoxicilline 10 j

IPP – Rifabutine – Amoxicilline 10 j

Place des bithérapies à fortes doses d'Amoxicilline et d'IPP : en cours d'évaluation

CONCLUSION

- * L'infection gastrite à Hp reste fréquente en France notamment dans les populations immigrées
- * L'évolution de la gastrite est fonction de l'hôte, de la bactérie et de l'environnement
- * Il est important de bien faire le dépistage chez les personnes à risques et d'adapter le traitement aux recommandations Françaises actuelles
- * Il faut bien s'assurer de la bonne efficacité du traitement éradicateur et savoir gérer les échecs thérapeutiques

Merci de votre attention

IPP-Amoxicilline-Clarithromycine-Métronidazole 14 j



Oméprazole- Bismuth- Tétracycline-Métronidazole 10 j



ANTIBIOGRAMME



Quinolone R

IPP – Rifabutine- Amoxicilline
10 j

Quinolone S

IPP-Lévofloxacine –Amoxicilline
10 j