

# Prise en charge thérapeutique de l'infection à *H. pylori* chez l'adulte



## Recommandations de recherche et d'éradication de *H. pylori*

- Ulcère gastro-duodénal
- Lymphome de MALT
- ATCD d'ulcère et prise d'AINS ou d'aspirine à faible dose
- Traitement par AINS prolongé sans ATCD d'ulcère
- Dyspepsie (après exploration endoscopique)
- Traitement au long cours par IPP
- ATCD personnel ou familial (1<sup>er</sup> degré) de cancer gastrique
- Syndrome HNPCC
- Avant by pass gastrique
- Lésions pré-néoplasiques gastriques : atrophie +/- métaplasie étendue
- Carence en fer sans cause retrouvée, en vit B12, Purpura thrombopénique idiopathique
- Souhait du patient

## TRAITEMENT SEQUENTIEL : 10 jours

Les 5 premiers jours :

- IPP matin et soir
- Amoxicilline 1gr matin et soir

Les 5 jours suivants :

- IPP matin et soir
- Métronidazole 500 mg matin et soir
- Clarithromycine 500 mg matin et soir

Posologie d'IPP à prendre matin et soir:

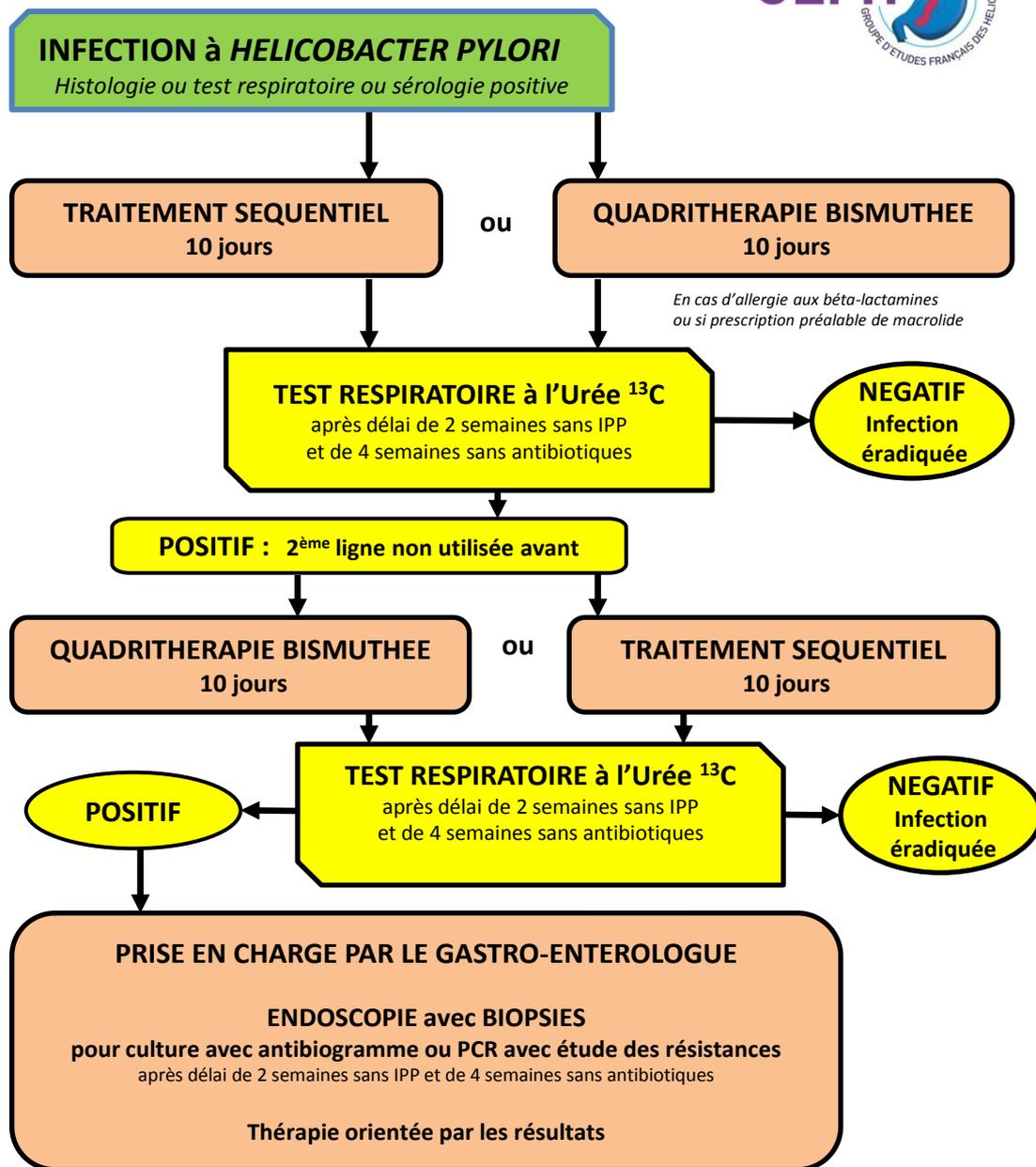
- Oméprazole, Esoméprazole, Rabéprazole : 20 mg 2 fois/j
- Lansoprazole : 30 mg 2 fois/j
- Pantoprazole : 40 mg 2 fois/j

## QUADRITHÉRAPIE BISMUTHÉE : 10 jours

3 gélules 4 fois/jour (après le petit-déjeuner, déjeuner, dîner et au coucher) et Oméprazole 20 mg matin et soir

Chaque gélule de Pylera® contient :

- 140 mg de sous citrate de bismuth
- 125 mg de métronidazole
- 125 mg de tétracycline



Chère consœur, cher confrère,

Cette fiche a été réalisée afin de vous faciliter la prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori*.

Elle tient compte des nouvelles recommandations de recherche et d'indication de traitement, des nouvelles stratégies thérapeutiques (2 lignes de traitements disponibles : traitement séquentiel ou quadrithérapie bismuthée).

Elle précise les tests diagnostiques et les modalités de contrôle d'éradication.

Elle se veut être un lien entre votre pratique et celle de votre gastro-entérologue.

En espérant qu'elle réponde à vos attentes.

L'équipe du GEFH.

### Pourquoi contrôler systématiquement un traitement d'éradication ?

Quel que soit le traitement utilisé pour éradiquer *H. pylori*, aucun n'est efficace à 100 %. Les taux d'éradication avec un traitement séquentiel ou une quadrithérapie bismuthée en 1<sup>ère</sup> ligne sont de 90%. C'est pour cette raison que le contrôle d'éradication est impératif dans les suites d'un traitement, en respectant un délai sans antibiotiques de 4 semaines et sans IPP de 2 semaines pour éviter les faux négatifs.

### Comment réaliser un test respiratoire à l'urée marquée au <sup>13</sup>C

- Deux ordonnances remises au patient :
  1. Pour la pharmacie : Test respiratoire à l'urée marquée <sup>13</sup>C
  2. Pour le laboratoire : Recueil et analyse de l'air expiré.
- Au moment du prélèvement le patient doit :
  1. Être à jeun
  2. Avoir arrêté son traitement antibiotique *depuis au moins 4 semaines*
  3. Avoir arrêté son traitement par IPP *depuis au moins 2 semaines*
  4. Deux recueils de l'air expiré au laboratoire avec 30 minutes d'intervalle
- Prise en charge du test par la sécurité sociale à 65%

### Quels tests utiliser et quand ?

#### Test respiratoire à l'urée <sup>13</sup>C (sensibilité 95% et spécificité 98%) :

- pour le diagnostic de l'infection et surtout pour le contrôle l'éradication +++,
- après avoir observé un délai de 4 semaines sans antibiotiques et 2 semaines sans IPP.

#### Sérologie *Helicobacter pylori* :

- signe un « contact » avec *H. pylori*, sans préjuger de la persistance de l'infection.
- très utile pour diagnostiquer une infection en cas de prise d'IPP ou d'antibiotique récente, mais jamais pour le contrôle d'éradication, les anticorps persistant plusieurs mois ou années après éradication bactérienne.

#### Biopsies gastriques (2 antrales – 1 de l'angulus – 2 fundiques)

- pour le diagnostic initial de l'infection et des lésions associés (atrophie-métaplasie- dysplasie -cancer)
- pour la mise en culture avec antibiogramme ou PCR pour rechercher les résistances à la clarithromycine et aux quinolones, mais toujours après avoir observé un délai de 4 semaines sans antibiotiques et de 2 semaines sans IPP.

## Fiche à l'attention des gastro-entérologues

Chère consœur, cher confrère,

Avant de diffuser la fiche de prise en charge ci-jointe, nous vous proposons de vous assurer des points suivants :

- **Pour le laboratoire d'anatomo-pathologie** : s'assurer que le résultat des biopsies est transmis au médecin traitant.

- **Pour le patient** : lui demander de reprendre contact avec son médecin traitant dans 15 jours . Au mieux, lui remettre le CR de l'endoscopie en temps réel en notant en conclusion « consultation du patient avec son médecin traitant dans 15 jours pour prise en charge d'une éventuelle infection à *H. pylori* selon les recommandations jointes »

- **Pour le médecin traitant** :

- lui expliquer la démarche (courrier explicatif) : collaboration de prise en charge,
- lui adresser la fiche de prise en charge avec chaque CR d'endoscopie haute, du moins au début, car la plupart la garde a portée de main par la suite,
- lui préciser qu'en cas de nouveau contrôle, il est souhaitable d'adresser le patient dans des conditions optimales de réalisation d'un antibiogramme : pas de prise d'antibiotique depuis 4 semaines et pas d'IPP depuis 2 semaines.

- **Pour le gastro-entérologue** :

- il est nécessaire que vous assuriez une recherche de *Helicobacter pylori* initiale optimale.

GASTROSCOPIE INITIALE : Réaliser 5 biopsies : pot n°1 : 2 biopsies antrales + 1 biopsies de l'angulus  
pot n°2 : 2 biopsies fundiques

En cas de biopsies non réalisées : - Trouble de l'hémostase - mauvaise tolérance : privilégier le test Respiratoire à l'Urée 13C \*  
- Prise récente d'antibiotiques, patient sous IPP : privilégier la sérologie

***Dans ces 2 cas, remettre les ordonnances au patient avec résultat s à transmettre au médecin traitant***

Une fois les résultats d'anatomopathologie reçus : en cas d'atrophie sans HP : recherche par sérologie souhaitable