

# FORMATION CONTINUE

Evaluation et traitement

## L'infection à *Helicobacter pylori*

Environ la moitié de la population mondiale est colonisée par *Helicobacter pylori* (HP). Ces bactéries en bâtonnet gram-négatif provoquent une infection chronique de la muqueuse gastrique. Les taux de réussite de la trithérapie primaire ont diminué de 90% à l'actuel 75%. La raison principale de ceci est une résistance acquise aux antibiotiques. Le traitement de l'échec de l'éradication nécessite, entre autres, une évaluation clinique attentive et individuelle des facteurs de risque présents et l'exécution d'un test de résistance.

### Quand faut-il penser à une infection HP?

Les symptômes cliniques tels qu'une pression abdominale supérieure, de plénitude, la douleur (à jeun), des nausées et des étourdissements ne sont pas spécifiques. Elles peuvent survenir à cause de l'infection par le HP, mais également suite à la prise de médicaments gastro-toxiques tels que l'aspirine (ASA), ou des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Une distinction clinique sûre par rapport à la gravité, n'est non plus possible entre le syndrome du côlon irritable, la gastrite érosive ou l'ulcère. L'hémorragie ulcéreuse causée par le HP ne se distingue cliniquement pas de celle causée par l'ASA/les AINS.

### Procédure suivie en cas de suspicion d'une infection HP?

La situation clinique détermine la sélection des tests nécessaires pour la clarification (1, 2).

#### Détection primaire

Si un dépistage de HP sera effectué seulement suite à des plaintes plutôt légères, un test de l'antigène dans les selles ou un test de l'haleine (équivalent) seront effectués; le patient favorise en générale le test de l'antigène dans les selles. La spécificité de ce test s'élève à >95%, la sensibilité (sans les facteurs de distorsion, voir ci-dessous) à environ 90%; un test positif est suffisant pour détecter l'infection. La sérologie n'a pas de l'importance dans ce contexte. Si une endoscopie oesophagoduodénale est cliniquement indiquée, les résultats des tests bioptiques (le test rapide à l'uréase et l'histologie, éventuellement la PCR) seront décisifs.



PD Dr Thomas Bodmer  
Liebefeld



Pr Gerhard Treiber  
Aarau

**A respecter impérativement:** Bien qu'il existe rarement de tests faussement positifs, la détection de l'HP peut entraîner des résultats faussement négatifs en cas de non-respect des facteurs perturbateurs suivants:

- ▶ La thérapie avec des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ou des antibiotiques (déjà après 3–5 jours de thérapie!) conduit à environ 80% de résultats faussement négatifs: il est donc IMPÉRATIF d'interrompre la thérapie des IPP au moins une semaine avant (de préférence deux), pour des antibiotiques au moins deux (de préférence quatre) semaines avant d'effectuer le test! Les H-2-bloquants ou le sucralfate ne perturbent souvent que peu et peuvent être utilisés comme « thérapie de pont ».
- ▶ Un nombre insuffisant de biopsies en cas de test rapide à l'uréase et de l'histologie: donc, une biopsie de l'antra gastrique et une du corpus gastrique pour le test rapide à l'uréase et une biopsie (préférentiellement 2) pour l'histologie.
- ▶ Si l'échantillon est prélevé au moment des hémorragies gastro-intestinales aiguës un deuxième contrôle dans l'intervalle est requis!
- ▶ En cas de résection partielle de l'estomac (parfois aussi en cas de perturbations de vidange gastrique) des tests bioptiques sont préférables aux tests de l'antigène dans les selles ou de l'haleine.

**TAB. 1 Les maladies associées à une infection à l'HP, regroupées par des indications thérapeutiques ou des associations causales (1)**

Fort association causale = indication impérative de traitement	Faible association causale = indication facultative de traitement	Association causale manquante = décision cas par cas, en générale pas d'indication au traitement
Ulcères – UGD (actifs ou antécédents ainsi indépendant de la localisation)	ASA/AINS co-médication	Gastrite asymptomatique, principalement de l'antré
Lymphome B de la zone gastrique marginale (lymphome du MALT)	Dyspepsie fonctionnelle – DNU (irritation gastrique)	Volonté du patient ou une sérologie positive sans symptômes cliniques
Status après résection partielle gastrique pour ulcère ou carcinome	Anémie ferriprive après exclusion des autres causes	
Parents du premier degré des patients atteints de carcinome gastrique	Purpura thrombopénique idiopathique	
La gastrite dite à risque (gastrite atrophique, la gastrite principalement de la petite tubérosité de l'estomac)	Gastrite lymphocytaire	
	Maladie de Ménétrier	

**La planification du traitement selon le diagnostic établi**

La résistance aux macrolides et aux fluoroquinolones, prouvée jusqu'à récemment par la culture microbienne, s'effectue de plus en plus souvent par l'analyse PCR (identification biomoléculaire de l'ADN). Cette analyse détecte également des bactéries déjà mortes, le résultat est disponible théoriquement 24 à 48 heures après le prélèvement de la biopsie. La cohérence avec le test de résistance phénotypique est excellente. Seul inconvénient: les analyses de résistance à d'autres antibiotiques (tels que le métronidazole) ne sont pas possibles avec le test génomique directe (3).

**Le contrôle de l'éradication**

C'est le domaine du test de l'antigène dans les selles (ou test de l'haleine); ici aussi les facteurs d'interférence ci-dessus doivent être respectés! S'il est cliniquement indiqué de contrôler par exemple la thérapie d'un ulcère gastrique par voie endoscopique, les tests bioptiques peuvent, bien entendu, également être appliqués. Dans ce cas par contre, tous les tests doivent montrer un résultat négatif, afin de documenter l'éradication réussie.

**Traitement de l'infection HP**

**Le traitement de première ligne ou traitement primaire**

Avec l'introduction des trithérapies d'une durée d'une semaine au début des années 1990, ceux-ci ont été déclarés comme norme pour le traitement primaire dans la plupart des pays occidentaux. La base de cette recommandation a été la prise en compte dans les soi-disant conférences de consensus de Maastricht I, II et III (1997, 2002, 2007) que les trithérapies d'une semaine des IPP, de la clarithromycine et de l'amoxicilline ou du métronidazole ont un taux de réussite de 85% à 90%. Toutefois, la collecte de données pour la conférence des directives DGVS 2008 a clarifié que, dans le contexte de l'augmentation de la résistance aux macrolides de l'HP, les taux d'éradication ont diminué. Actuellement, ces données ne s'élèvent dans plusieurs méta-analyses en moyenne qu'à 75% pour ces régimes. C'est la raison pour laquelle la tendance va clairement dans la direction de la quadruple- au lieu des triple-thérapies. De préférence la thérapie sans bismuth, dite simultanée („concomitant“) ou respectivement au temps partagé/séquentielle („séquentiel“) de 7–10 jours avec l'IPP, la clarithromycine, l'amoxicilline et le métronidazole est favorisée. En outre, des données récentes concernant l'efficacité ont montré l'interchangeabilité de la clarithromycine et de la lévofloxacine.

**Thérapie de l'échec de l'éradication**

Généralement cela dépend du régime primaire utilisé, aucune recommandation générale ne peut donc être donnée. Un traitement de 10 jours avec :

- ▶ les IPP-amoxicilline-lévofloxacine

- ▶ les IPP-amoxicilline-rifabutine, ou
- ▶ les IPP-bismuth-tétracycline métronidazole est envisageable (dans les thérapies de première ligne contenant la clarithromycine et sans tests de résistance).

La double thérapie avec les IPP-amoxicilline utilisée à hautes doses trois fois par jour pendant 2 semaines n'est guère utilisée.

Le succès du traitement de l'échec de l'éradication nécessite, entre autres, une évaluation clinique attentive des facteurs de risques présents dans un cas particulier. La raison principale de l'échec du traitement (2) est une résistance acquise aux antibiotiques, donc un test de résistance après l'échec d'un ou plusieurs traitements est indiqué (3). Sur demande, nous pouvons volontiers transmettre une expertise adaptée.

**PD Dr Thomas Bodmer**

labormedizinisches Zentrum Dr Risch  
Waldeggstrasse 37, 3097 Liebefeld  
thomas.bodmer@risch.ch

**Pr Gerhard Treiber**

Gastro Zentrum Aarau, Hirslanden-Klinik Aarau  
Schänisweg, 5001 Aarau

Cet article est une version actualisée et traduite de la revue «der informierte arzt» numéro 2/2014.

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**Références:**

1. Fischbach W et al. Z Gastroenterol 2009;47(12):1230-63
2. Treiber G. Med Welt 2010;61:204-212
3. Bodmer T, Treiber G. short-Riport 31, Sep 2013

**Message à retenir**

- ◆ La méthode de détection de l'infection à Helicobacter pylori dépend de la situation clinique
- ◆ Les causes les plus communes pour une infection à Helicobacter pylori non diagnostiquée sont les hémorragies gastro-intestinales, une thérapie avec des inhibiteurs de la pompe à protons ou des antibiotiques
- ◆ La résistance aux antimicrobiens est le facteur le plus important pour l'échec du traitement; un test de résistance après 2 ou plus d'échecs d'éradication est donc obligatoire
- ◆ Le traitement initial devrait avoir un taux de réussite d'au moins 90% afin d'éviter la formation de résistance