

Comment traiter et contrôler ?

Si le patient a bénéficié d'une endoscopie avec étude de la sensibilité bactérienne aux antibiotiques (culture ou PCR), il faut privilégier un traitement orienté (deux antibiotiques + IPP) proposé par le gastro-entérologue. En l'absence de renseignement sur la sensibilité bactérienne, suivre alors les propositions suivantes :

QUADRITHERAPIE BISMUTHEE : 10 jours

Pylera* : 3 gélules 4 fois/j
(après le repas du matin, du midi, du soir 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 et 125 mg de tétracycline

Prendre le Pylera* après le repas, avec un grand verre d'eau (au coucher)

Prévenir patient des effets secondaires : selles noires- diarrhées, dysgueusie (goût métallique), langue noire et effet antabuse (lié au métronidazole), .. Eviter consommation d'alcool et exposition solaire
Contre indiqué chez les femmes enceintes, les enfants <12 ans, les insuffisants hépatiques ou rénaux

TRAITEMENT CONCOMITTANT : 14 jours

Amoxicilline 1gr : matin et soir
Métronidazole 500 mg : matin et soir
Clarithromycine 500 mg : matin et soir
IPP* : matin et soir

Deux IPP ont été retenus :
Esoméprazole 40 mg matin et soir ou Rabéprazole : 20 mg matin et soir

Prévenir le patient des effets secondaires: troubles digestifs, réactions cutanées, effet antabuse (lié au métronidazole), .. Eviter consommation d'alcool ++

TEST RESPIRATOIRE à l'Urée ¹³C

toujours après un délai minimum de :
4 semaines sans antibiotique
2 semaines sans IPP
A jeun le jour du test

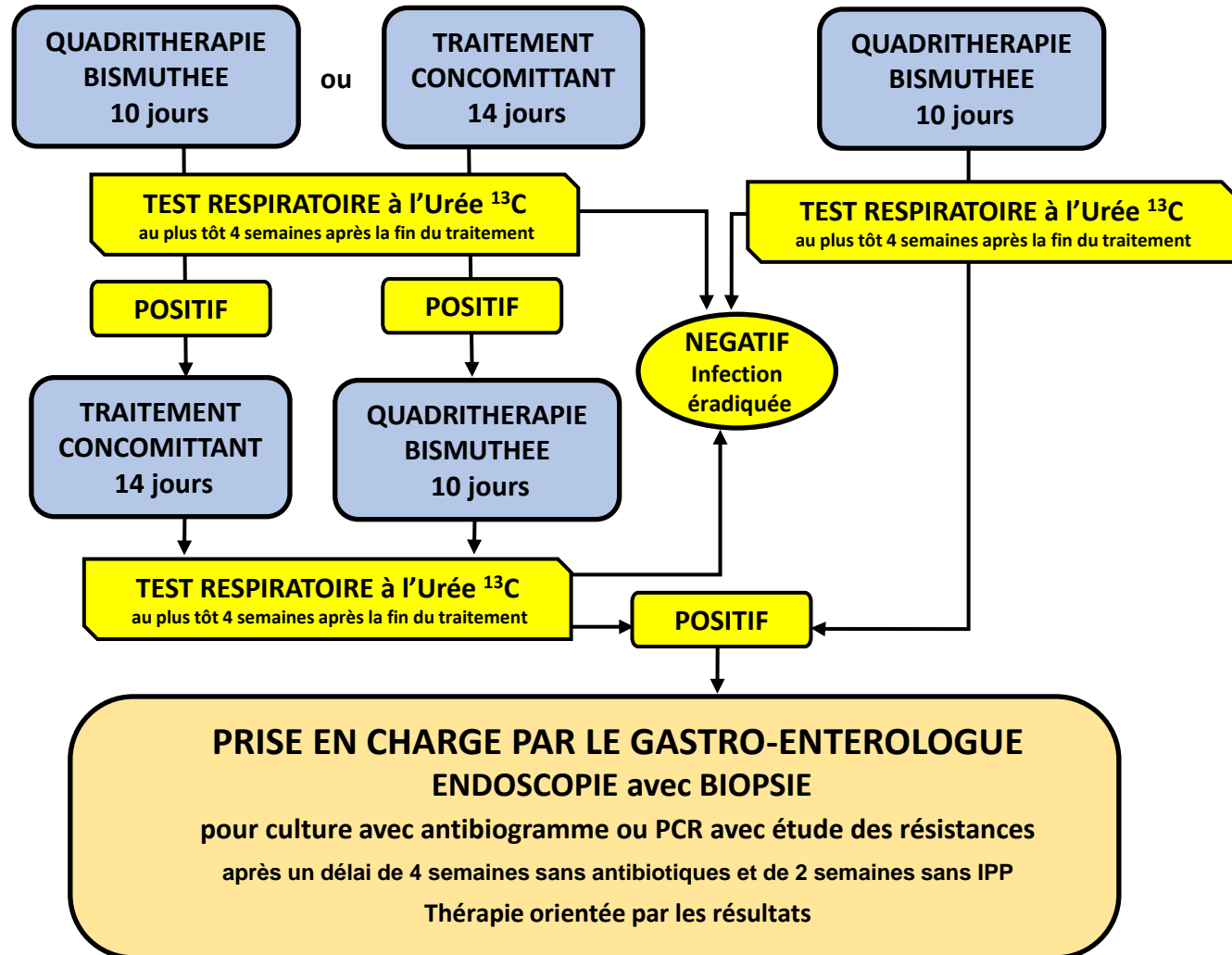
Deux ordonnances sont remises au patient :

1) Pour la pharmacie : Test respiratoire à l'urée marquée ¹³C

2) Pour le laboratoire : Test respiratoire à l'urée marquée ¹³C

Recueil et analyse de l'air expiré.

Patient non allergique à la pénicilline



(1) : s'assurer de la réalité de l'allergie

Quand chercher Hp ?

ULCERE ou situation à risque d'ulcère

- . ULCERE gastroduodéal évolutif ou antécédent d'ulcère
- . Avant de débiter un traitement par AINS (prévention primaire des ulcères)
- . Dyspepsie non ulcéreuse (gastroscopie normale)

Prévention du CANCER GASTRIQUE

- . ATCD personnel de résection localisée d'un cancer gastrique
- . ATCD familial au 1^{er} degré de cancer gastrique
- . Mutation des gènes de réparation de l'ADN (Syndrome de Lynch)
- . Lymphome du MALT gastrique
- . Lésions muqueuse gastriques pré-néoplasiques (atrophie-métaplasie –dysplasie)
- . Traitement au long cours par IPP (au moins 6 mois)
- . Avant by-pass gastrique

Autres

- . Lors de toute endoscopie gastrique : biopsies systématiques
- . Carence en fer inexpliquée
- . Carence en vitamine B12
- . Purpura thrombopénique immunologique
- . Cas particulier de l'enfant devant des douleurs non expliquées : avis impératif d'un pédiatre +++
- . Souhait du patient

Comment chercher Hp ?

En médecine générale, le test respiratoire à l'urée ¹³C et la sérologie Hp sont fréquemment utilisés. Le recours à l'endoscopie est néanmoins souvent nécessaire.

Le test respiratoire à l'urée ¹³C détecte l'activité de l'uréase de Hp.

Lors d'une endoscopie, les biopsies gastriques systématiques permettent de prouver histologiquement l'infection et de mettre en culture ou de faire une PCR pour tester la sensibilité aux antibiotiques.

Ces moyens diagnostiques reposent sur la présence de la bactérie, ils doivent toujours être réalisés dans des conditions optimales : **sans ATB depuis 4 semaines et sans IPP depuis 2 semaines, sinon les résultats peuvent être faussement négatifs.**

Les biopsies gastriques (antre + fundus) sont le seul moyen d'évaluer le retentissement de l'infection sur la muqueuse gastrique et d'identifier les lésions pré-néoplasiques : atrophie sévère, métaplasie et dysplasie. Les biopsies sont recommandés pour tout sujet de plus de 45 ans porteur d'une infection à *H. pylori*.

La sérologie Hp, détecte les anticorps (Ac) spécifiques dirigés contre Hp, Ac persistants parfois toute la vie, malgré la disparition de la bactérie. Elle n'est pas influencée par la prise d'IPP ou d'ATB. Sa place est essentiellement limitée au diagnostic de l'infection chez un patient sous IPP, sous ATB. Elle est le témoin d'un contact préalable avec *H. pylori*, mais ne témoigne pas de la persistance de la bactérie.

	TEST	Recherche directe d'Hp	Résultats interprétables si IPP < 2 sem et ATB < 4 sem	DIAGNOSTIC INITIAL	CONTRÔLE D'ERADICATION
INVASIF	HISTOLOGIE	OUI	NON	OUI	oui
	Culture/PCR				
NON INVASIF	Test Respiratoire Urée 13c	OUI	NON	OUI	OUI
	Sérologie	NON	OUI	oui	NON



Recommandations de prise en charge de l'infection à Helicobacter pylori en 2016 pour les médecins généralistes

Helicobacter pylori (Hp) a révolutionné la compréhension et la prise en charge de la pathologie gastro-duodénale.

Hp est, avec les AINS, la principale cause des ulcères gastroduodénaux, de leur récurrence et de la majorité des cancers de l'estomac.

Bactérie toujours pathogène, sa recherche est justifiée dans de nombreuses situations. Les moyens diagnostics sont multiples et complémentaires.

La découverte de Hp implique un traitement qui évolue régulièrement en fonction de la prévalence des résistances bactériennes aux antibiotiques.

Si vous avez connaissance de la sensibilité bactérienne (culture ou PCR), un traitement orienté doit toujours être privilégié, sinon deux traitements probabilistes sont disponibles.

A l'issue d'un traitement, il est indispensable de s'assurer de l'éradication de la bactérie.

Cette éradication est dans notre pays, habituellement définitive, les recontaminations étant exceptionnelles.

La prise en charge de cette infection est le plus souvent conjointe entre le médecin généraliste et le gastro-entérologue et cette fiche, basée sur les nouvelles recommandations de 2016, a été conçue pour faciliter cette collaboration.

Elle est disponible en libre téléchargement sur le site helicobacter.fr

Le patient étant un acteur important dans la réussite du traitement, une fiche à son attention est également disponible sur le site.