

# Traitement de l'infection par *Helicobacter Pylori* en 2014



Quoi de neuf en hépato-gastroentérologie?

9 octobre 2014

Le Havre



## Pourquoi traiter ?

- ▶ Pour empêcher la récurrence de la maladie ulcéreuse.
- ▶ Pour réduire le risque de complications gastroduodénales des AINS et sans doute de l'aspirine à faible dose.
- ▶ Pour prévenir la survenue d'un adénocarcinome gastrique en cas d'ATCD au 1er degré.
- ▶ Pour prévenir le lymphome du MALT.

# Qui dépister ?

- ▶ Prévention du cancer gastrique : populations à risque
  - Personne apparentée au 1<sup>er</sup> degré à un patient ayant eu un cancer de l'estomac
  - Patients ayant eu une gastrectomie partielle pour cancer (ou un traitement par endoscopie de lésions cancéreuses gastriques)
  - Patient avec une lésion prénéoplasique gastrique (atrophie sévère et/ou métaplasie intestinale, dysplasie, maladie de Biermer, maladie de Ménétrier)
  - Patient traité par IPP depuis plus d'un an
  - Personne ayant un syndrome de prédisposition aux cancers digestifs (HNPCC/Lynch)



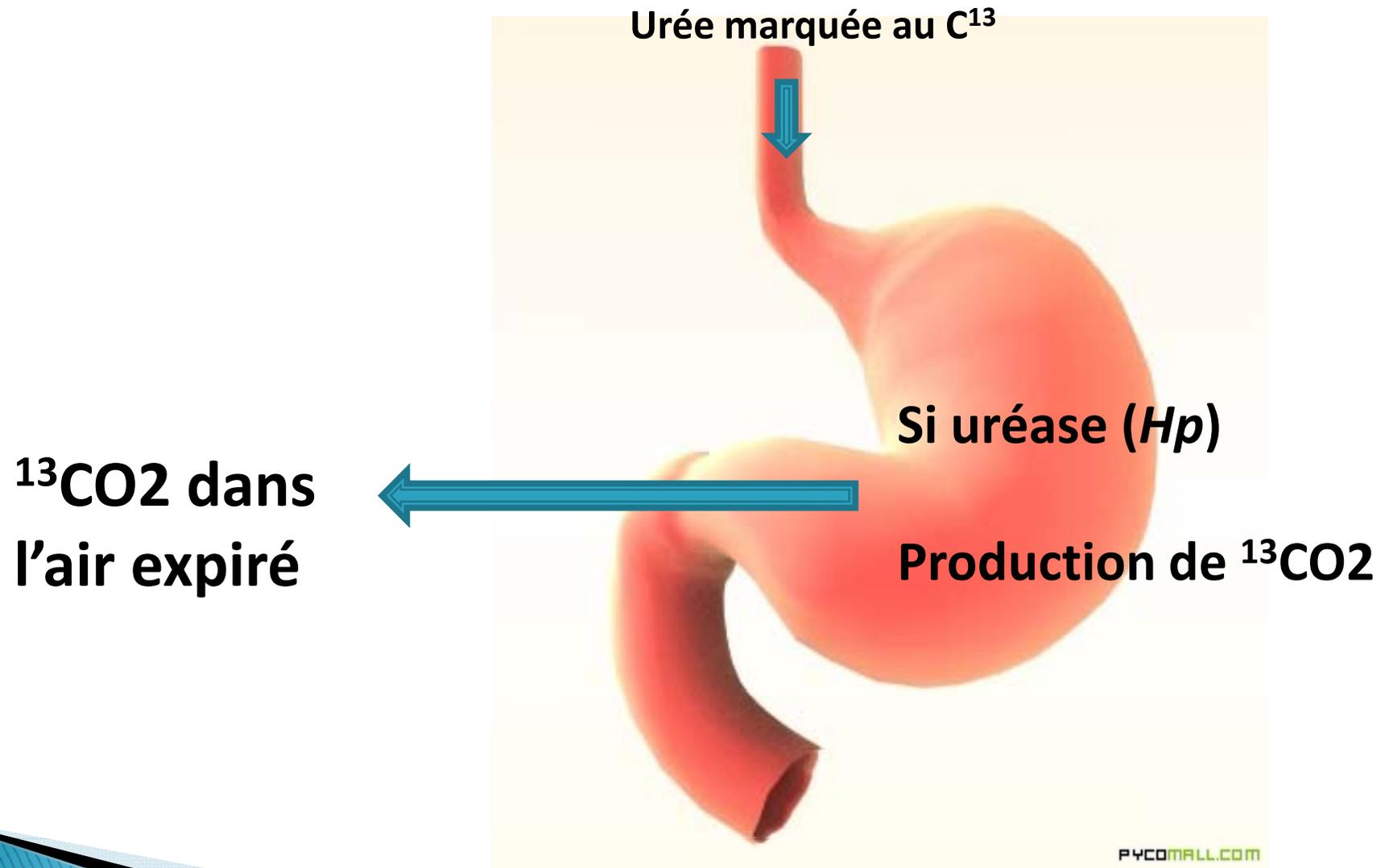
# Qui dépister ?

- ▶ Dyspepsie
- ▶ Anémie par carence en fer ou carence en vitamine B12 sans cause retrouvée
- ▶ Purpura thrombopénique immunologique
- ▶ Avant chirurgie bariatrique

# Méthodes diagnostiques

- ▶ Tests non invasifs.
  - la sérologie
  - le test respiratoire à l'urée marquée au C<sup>13</sup>

# Test respiratoire à l'urée marquée



# Méthodes diagnostiques

- ▶ Tests non invasifs.
    - la sérologie
    - le test respiratoire à l'urée marquée au C<sup>13</sup>
  - ▶ Les tests réalisés à partir de prélèvements endoscopiques.
    - 2 biopsies fundiques.
    - 2 biopsies antrales et 1 biopsie angulus.
  - ▶ Arrêt des IPP 15 jours avant la recherche par culture d'HP, l'analyse histologique, le test rapide à l'urée, le test respiratoire à l'urée ou la recherche dans les selles.
- 

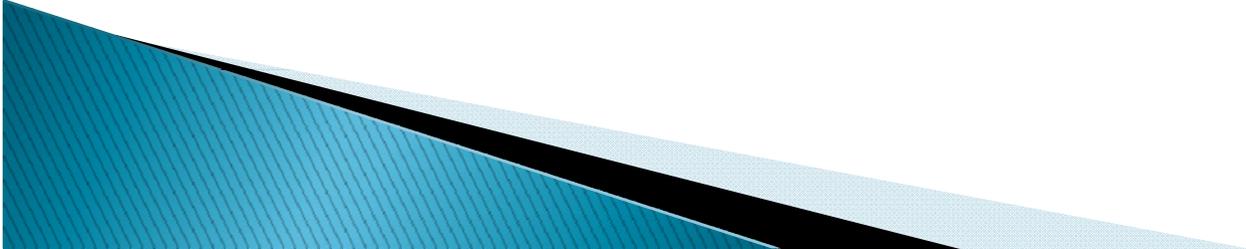
# Traitement

- ▶ Facteurs prédictifs d'échec au traitement :
  - Résistance des souches aux antibiotiques.
  - Faible observance.

Graham DY. Gastroenterology 1998 ; 115 : 1272-7

- ▶ Taux de résistance en France :
  - Amoxicilline : 0%
  - Clarithromycine : 20%
  - Metronidazole : 40 à 60%
  - Fluoroquinolones : 15 à 17%
  - Rifabutine : < 1%

Megraud F. Surveillance de la resistance de Helicobacter pylori aux antibiotiques. 2011



# Traitement et recherche de l'éradication

- ▶ Taux d'éradication des trithérapies probabilistes : 70%
  - ▶ La trithérapie de 7 jours à base de clarithromycine ne doit plus être prescrite en traitement probabiliste de première ligne en France.
  - ▶ Trois solutions pour obtenir plus de 85% d'éradication :
    - Traitement séquentiel.
    - Quadrithérapie bismuthée.
    - Trithérapie guidée par test moléculaire des résistances.
  - ▶ Le contrôle de l'éradication doit être systématique après au moins 4 semaines d'arrêt de l'antibiothérapie et 15 jours d'arrêt des IPP.
- 

# Thérapie séquentielle

- ▶ Méta-analyse reprenant 10 essais contrôlés chez 3006 patients : taux d'éradication significativement plus élevé (91,0%) que la trithérapie à base de clarithromycine ou de métronidazole (75,7%).

Vaira D, Zullo A, Vakil N, et al. Ann Intern Med 2007 ; 146 : 556-63

## Ordonnance type

Prendre pendant 5 jours

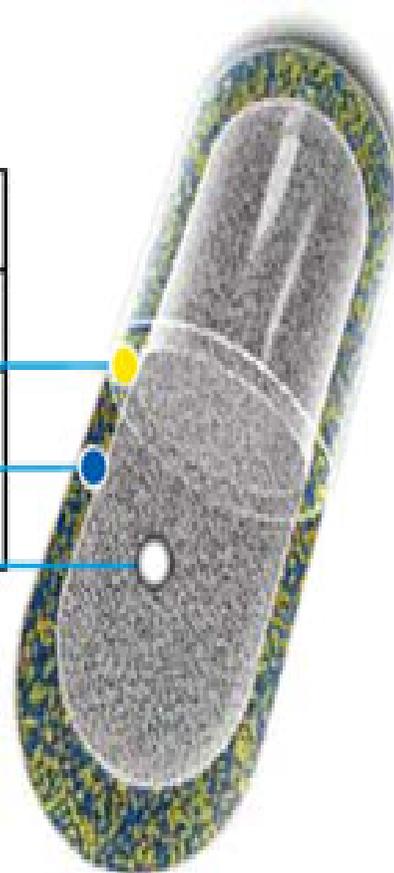
- 1- IPP simple dose matin et soir
- 2- Amoxicilline 1g matin et soir

Prendre pendant les 5 jours suivants

- 1- IPP simple dose matin et soir
- 2- Clarithromycine 500 mg matin et soir
- 3- Métronidazole 500 mg matin et soir

# Une nouvelle solution : Pyléra®

PYLERA® component
140mg bismuth subcitrate potassium
125mg metronidazole
125mg tetracycline



# Quadrithérapie à base de bismuth : PYLERA

- ▶ Etude randomisée multicentrique européenne :

Eradication	Pyléra	OAC
ITT	70 %	55 %
PP	93 %	80 %

Malfertheiner P, Bazzoli F, Delchier JC, et al. Lancet 2011 ; 377 : 905-13

- ▶ Commission de la transparence :

« En association à l'oméprazole, PYLERA est indiquée dans l'éradication de *Helicobacter Pylori* et la prévention des récurrences d'ulcères gastro(duodénaux chez les patients ayant un ulcère actif ou un antécédent d'ulcère associé à *Helicobacter Pylori*. »

# Quadrithérapie à base de bismuth : PYLERA

## Ordonnance type

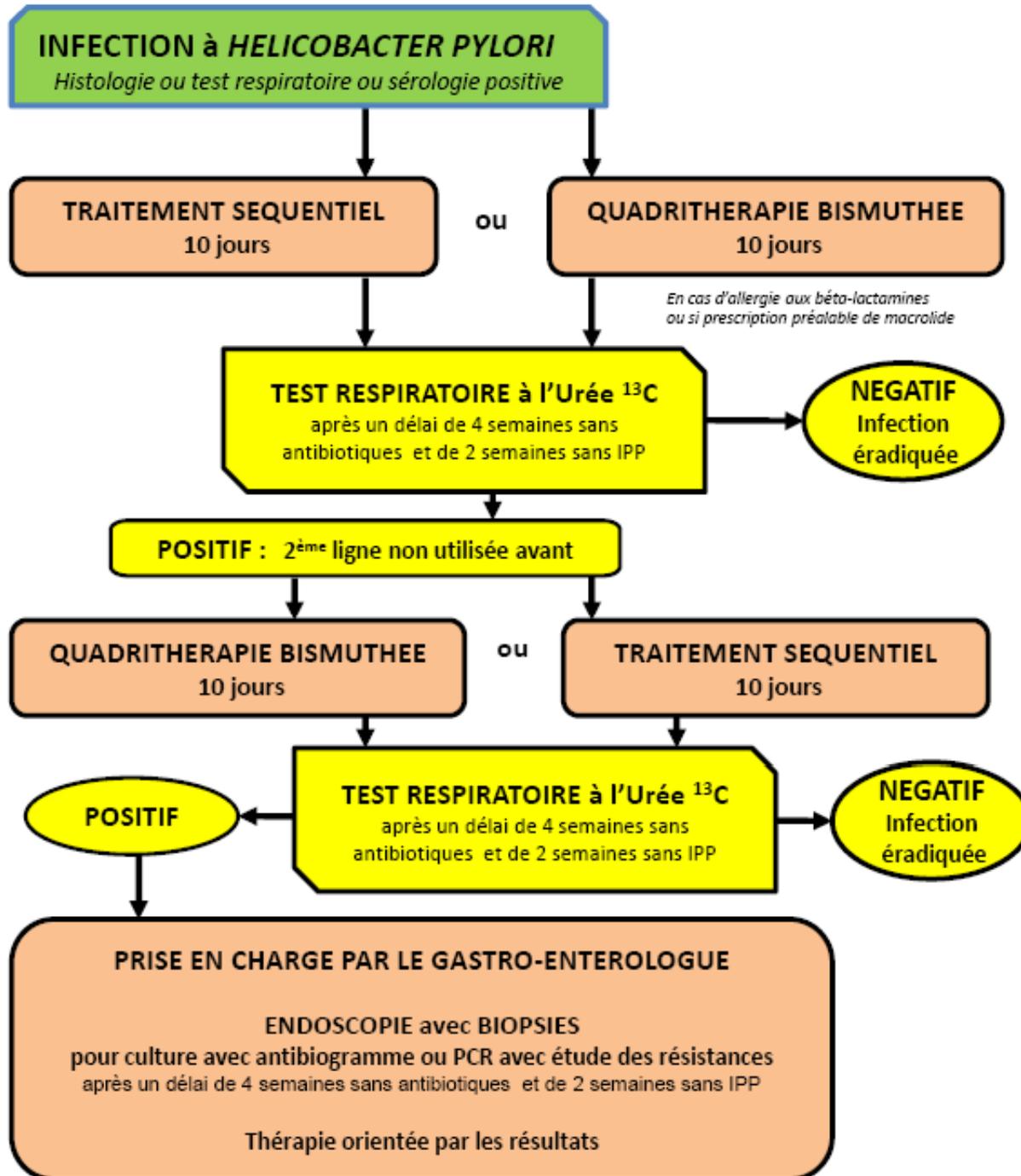
Prendre pendant 10 jours

1. Après le petit déjeuner  
3 gélules de PYLERA  
1 IPP simple dose
2. Après le déjeuner (midi)  
3 gélules de PYLERA
3. Après le dîner  
3 gélules de PYLERA  
1 IPP simple dose
4. Au coucher  
3 gélules de PYLERA

# Après un échec d'éradication

- ▶ Après deux échecs d'éradication, la pratique d'une endoscopie pour isolement et antibiogramme de la souche est indispensable. En fonction de la sensibilité de la souche, on proposera :
  - Lévofoxacine (500 mg x 2), amoxicilline (1 g x 2/j) et IPP double dose, en 2 prises, 10 j.
  - Rifabutine (150 mg x 2), amoxicilline (1 g x 2/j) et IPP double dose en 2 prises, 10 j.
  - Usage de la Rifabutine réservé à des indications formelles (ulcères, lymphome ou facteurs de risque de cancers gastriques), après deux échecs de traitement et sur le base d'un antibiogramme.

# Prise en charge thérapeutique selon GEFH



# Conclusions

- ▶ Recherche et traitement d'éradication systématique chez les malades à haut risque de cancer gastrique.
  - ▶ A ce jour, le traitement séquentiel de 10 jours constitue le traitement probabiliste de référence.
  - ▶ La quadrithérapie bismuthée pendant 10 jours constitue une alternative en cas d'allergie à la pénicilline ou de traitement antérieur par macrolides.
  - ▶ Le contrôle de l'éradication doit être systématique après au moins 4 semaines d'arrêt de l'antibiothérapie et 15 jours d'arrêt des IPP.
- 