

TRAITEMENT ORIENTE par les données de l'antibiogramme ou de la PCR : A privilégier ++

1 ^{ère} ligne	Traitement orienté par résultats culture ou PCR Souche Clari S : Amoxicilline* 1gr x 2/j + Clarithromycine 500 mg x 2/j + IPP x 2/j pendant 14 jours Souche Clari R Quinolone S : Amoxicilline* 1gr x 2/j + Lévofoxacine 500 mg x 2/j + IPP x 2/j pendant 14 jours Souche Clari R et quinolone R (ou non testée) : Amoxicilline* 1gr x 2/j + Métronidazole 500 mg x 2/j + IPP x 2/j pendant 14 jours ou Quadrithérapie bismuthée 10 jours (++)
2 ^{ème} ligne	Quadrithérapie bismuthée 10 jours si non utilisée en ligne 1 / sinon voir 3 ^{ème} ligne
3 ^{ème} ligne	Le recours à une nouvelle endoscopie pour nouvelle culture ou PCR est souhaitable (discutable si souche initiale sensible aux quinolones et non utilisée en ligne 1) Souche Clari S : Amoxicilline* 1gr x 3/j + Clarithromycine 500 mg x 2/j + IPP x 2/j pendant 14 jours Souche Clari R et quinolone S : Amoxicilline* 1gr x 3/j + Lévofoxacine 500 mg x 2/j + IPP x 2/j pendant 14 jours Souche Clari R et quinolone R (ou non testée) : Avis Expert souhaitable : RCP GEFH

TRAITEMENT EMPIRIQUE – Sujet NON allergique à la pénicilline

1 ^{ère} ligne	Quadrithérapie bismuthée 10 jours ou Traitement concomitant : 14 jours
2 ^{ème} ligne	Combinaison non utilisée en 1 ^{ère} ligne / mais privilégier un traitement orienté (cf. 3 ^{ème} ligne)
3 ^{ème} ligne	Traitement orienté par culture ou PCR : ne tenir compte que des résistances à la clarithromycine et aux quinolones, la résistance au métronidazole ne devant pas être normalement rendue compte tenu de sa faible pertinence clinique) Souche Clari S : Amoxicilline* 1gr x 3/j + Clarithromycine 500 mg x 2/j + IPP x 2/j pendant 14 jours Souche Clari R et Quinolone S : Amoxicilline* 1gr x 3/j *+ Lévofoxacine 500 mg x 2/j + IPP x 2/j pdt 14 jours Souche Clari R et Quinolone R (ou non testée) : avis Expert souhaitable : RCP GEFH

* Sur des données pharmacologiques, la prescription d'Amoxicilline devrait être de 50 mg/kg/j en 3-4 prises/j, soit au minimum 1gr x 3/j. Cette prescription recommandée, apparait indispensable dès la 2^{ème} ligne.

TRAITEMENT EMPIRIQUE - Sujet ALLERGIQUE à la pénicilline

1 ^{ère} ligne	Quadrithérapie Bismuthée 10 jours
2 ^{ème} ligne	Privilégier un traitement orienté par un antibiogramme ou de la PCR +++ Souche Clari S Quinolone S : Clarithromycine 500 mg x 2/j + Lévofoxacine 500 mg x 2/j + IPP x 2/j pdt 14 jours Souche Clari R : avis Expert souhaitable : RCP GEFH
3 ^{ème} ligne	Traitement impérativement orienté par résultat antibiogramme ou PCR Avis Expert souhaitable : RCP GEFH

Coordonnées RCP *H. pylori* : contactGEFH@helicobacter.fr



QUADRITHERAPIE BISMUTHEE : 10 jours

3 gélules de Pylera* 4 fois/jour (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, 125 mg de tétracycline*

Prendre le Pylera après le repas, avec un grand verre d'eau (au coucher)
Prévenir le patient des effets secondaires : selles noires- diarrhées, dysgueusie (goût métallique), langue noire et effet antabuse (éviter consommation d'alcool ++)*

TRAITEMENT CONCOMITANT : 14 jours

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

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

IPP*

Esoméprazole 40 mg matin et soir ou **Rabéprazole : 20 mg** matin et soir

* seuls ces 2 IPP ont été retenus pour le traitement d'éradication

Taux de résistance d'*H. pylori* aux ATB en France (2018)

Amoxicilline : 0 %
Clarithromycine : 20,9%
Lévofoxacine 17,6%
Tétracycline : 0 %
Rifampicine 1,2%
Métronidazole : 58,6% (*faible pertinence clinique*)

Antibiotique testé (culture)	Antibiotique prescrit
Amoxicilline	Amoxicilline : 1gr x 2/j ou 50 mg/kg/j en 3-4 prises/jours (indispensable dès la 2 ^{ème} ligne)
Clarithromycine	Clarithromycine : 500 mg x 2/j
Lévofoxacine	Lévofoxacine : 500 mg x 2 /j
Rifampicine	Rifabutine : 300 mg x 1/j
Cycline	Tétracycline : 375 mg/j x 4/j (Pylera*)
Métronidazole	Métronidazole : 500 mg x 2/j ou 375 mg x 4/j (Pylera*)

Indications de recherche

ULCERE ou SITUATION A RISQUE D'ULCERE

- Ulcère gastroduodéal ou antécédent d'ulcère
- Avant de débuter un traitement par AINS
- Dyspepsie non ulcéreuse

PREVENTION DU CANCER GASTRIQUE

- ATCD personnel de résection localisée d'un cancer gastrique
- ATCD familial au 1^{er} degré de cancer gastrique
- Syndrome de Lynch
- Lymphome du MALT gastrique
- Lésion muqueuse gastrique pré néoplasiques : atrophie, métaplasie, dysplasie
- Traitement au long cours par IPP (au moins 6 mois)
- Avant by pass gastrique

AUTRES

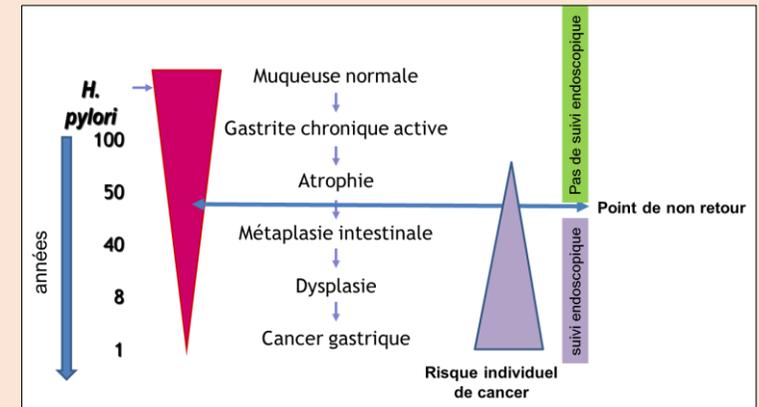
- Lors de toute endoscopie gastrique : biopsies systématiques
- Carence en fer
- Carence en vitamine B12
- Purpura thrombopénique idiopathique
- Souhait du patient

Recommandations de prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori* en 2021 pour les hépto-gastro-entérologues

La prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori* est le plus souvent conjointe avec les médecins généralistes. Le rôle du spécialiste reste essentielle, pour envisager des traitements d'éradication orientés dès la première ligne ou de recours mais aussi pour préciser les éventuelles lésions pré néoplasiques.

Cette fiche de synthèse reprend les recommandations actuelles du GEFH.

Surveillance endoscopique des lésions préneoplasiques



Des scores histologiques permettent de stratifier le risque de cancer en fonction de la sévérité de la topographie des lésions de gastrite chronique atrophique (OLGA) et de métaplasie intestinale (OLGIM). Les stades III et IV sont considérés comme des score prédictifs de la survenue de dysplasie et de cancer

Tests diagnostiques

	TEST	Recherche directe d' <i>H. pylori</i>	Résultat interprétable si IPP < 2 semaines ou ATB < 4 semaines	Etude sensibilité aux ATB	Diagnostic initial	Contrôle Eradication
INVASIF	Histologie	OUI	NON	NON	++++	+ / ++
	culture			Amoxicilline Clarithromycine Lévofloxacine Tétracycline Rifampicine	++++	+ / ++
	PCR			Clarithromycine	++++	+ / ++
NON INVASIF	Test Respiratoire	NON	OUI	NON	++++	++++
	Recherche Ag H. Pylori dans les selles			NON	++++	++++
	Sérologie <i>H. Pylori</i>			NON	OUI	+ / ++

Score d'atrophie		Corps gastrique			
		Absence d'atrophie (score 0)	Atrophie légère (score 1)	Atrophie modérée (score 2)	Atrophie sévère (score 3)
Antre gastrique Région angulaire incluse	Absence d'atrophie (score 0)	Stade 0	Stade I	Stade II	Stade II
	Atrophie légère (score 1)	Stade I	Stade I	Stade II	Stade III
	Atrophie modérée (score 2)	Stade II	Stade II	Stade III	Stade IV
	Atrophie sévère (score 3)	Stade III	Stade III	Stade IV	Stade IV

Métaplasie intestinale ou atrophie légère limitée à l'antre (stade 0-1) : pas de surveillance
 Métaplasie intestinale ou atrophie sévère du fundus / diffuse (stade > ou = 2) : surveillance à 3 ans
 Dysplasie de bas grade sans lésion visible : surveillance à 12 mois
 Dysplasie avec lésion visible : résection endoscopique