

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 12 mars 2013

Hôpital cantonal de Genève

Helicobacter pylori: quand faut il le rechercher et chez qui l'éradiquer?

Pr J.L. Frossard

L'Helicobacter pylori (HP) rappelle un peu la pieuvre du capitaine Nemo



mais de plus il sécrète de l'uréase qui lui permet de transformer l'urée en ammoniac et de résister à des pH monstrueusement acides aux alentours de 1, comme dans l'estomac....

C'est à Warren et Marshall que nous devons la publication originale dans le Lancet en 1983 du lien entre les ulcères digestifs et l'HP.

Marshall a même joint le geste à la parole en ingurgitant volontairement des HP et en ayant des érosions gastriques qu'il traita avant que ça ne devienne plus grave...Le postulat de Koch était rempli...

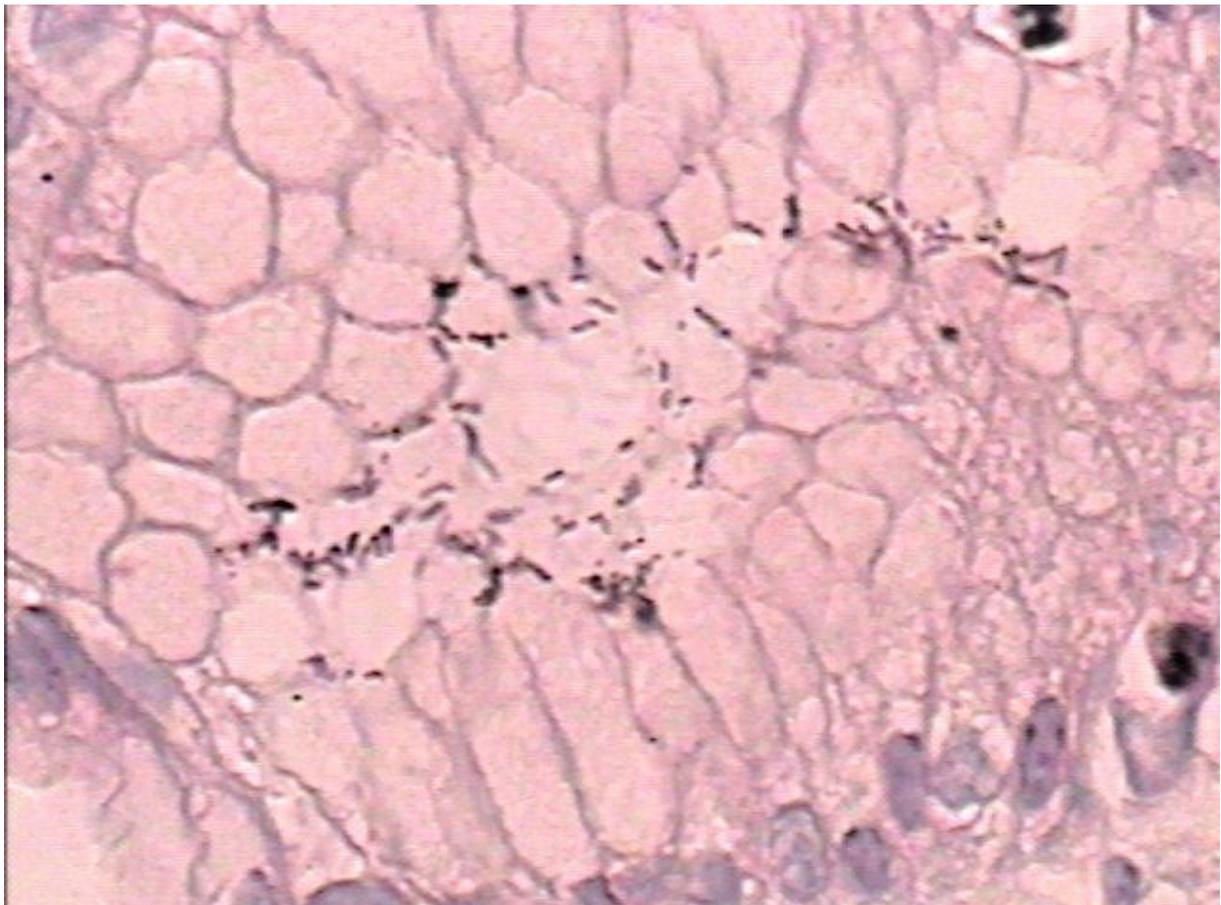
1. Le micro-organisme doit être présent en abondance dans tous les organismes souffrant de la maladie, mais absent des organismes sains.
2. Le micro-organisme doit pouvoir être isolé de l'organisme malade et cultivé in vitro.
3. Le micro-organisme cultivé doit entraîner l'apparition de la maladie lorsque introduit dans un organisme sain.
4. Le micro-organisme doit être à nouveau isolé du nouvel organisme hôte rendu malade puis identifié comme étant identique à l'agent infectieux original.

Cela a pris quand même 10 ans au NIH (National Institute of Health) de recommander l'éradication d'HP en 1994...



(Warren c'est le barbu...ils ont eu le prix Nobel en 2005)

Pour identifier l'HP sur une biopsie il faut une coloration argentique...



Certaines souches ont la capacité de sécréter une toxine vacuolisante qui entraîne la mort de la cellules gastrique.

Si l'on s'infecte avec l'HP , 9 fois sur 10 l'on ne sent rien (Marshall a eu de la chance...)...mais 1 fois sur 10 l'on a soit un ulcère, soit un MALT ((mucosa-associated lymphoid tissue) lymphome, soit un cancer...

Ensuite l'évolution se fait de la gastrite chronique active vers la gastrite chronique atrophique (50%) dont 5-8% vont passer en métaplasie intestinale (qui est un point de non-retour)...puis on passe à la dysplasie et chez 1% des dysplasies au cancer...

La prévalence de l'HP est de 95-98% dans les ulcères duodénaux, de 65-75% dans les ulcères gastriques, de 75-95% dans les gastrites, de 35-75% dans les dyspepsies non ulcéreuses, et de 50-75% dans les cancers gastriques.

Depuis juin 1994 la communauté scientifique admet sans contestation que l'HP est carcinogène.

On recommande donc de le rechercher soit par un test respiratoire à l'urée (où l'on fait avaler une pastille d'urée marquée au C¹³ non radioactif) et de doser 30 min. plus tard le C¹³ expiré (libéré grâce à l'uréase...), soit par la recherche d'Ag d'HP dans la salive ou les selles par des anticorps monoclonaux, soit d'effectuer une sérologie (qui nous indiquera un contact antérieur avec HP mais ne permettra pas de contrôler l'efficacité de l'éradication les anticorps restant positifs), soit encore de faire une oesogastroduodéno-scopie (OGD), et de faire une biopsie avec coloration argentique et/ou culture, ou recherche par PCR...

On rappellera que le gold standard reste le test respiratoire qui a une sensibilité bien supérieure à la biopsie (l'HP pouvant être absent de la région biopsiée mais présent ailleurs...).

On rappellera aussi que les IPP ont une faible action inhibitrice sur l'HP et qu'il est impératif de les arrêter 1 mois avant de chercher à l'identifier.

Chez qui chercher??

Chez les patients avec des antécédents d'ulcères gastriques et duodénaux, chez les patients avec un MALT lymphome, une gastrite atrophique, un adenoCa gastrique, des antécédents familiaux d'adénoCa gastrique, ou si le patient le désire...et lors de dyspepsies non ulcéreuses...

On profite de nous dire que pour les dyspepsies non ulcéreuses le NNT est de 12...

Il est aussi important de contrôler l'éradication 1 mois après traitement.

On parle de dyspepsie lors de réplétion postprandiale, de satiété précoce et de douleurs ou brûlures épigastriques pendant plus de 3 mois.

Chez 40% on retrouve une cause organique, ulcère, reflux, cancer...

Chez 60% on parle de dyspepsie fonctionnelle...

L'anamnèse et le status ne permettent pas de faire la différence...



Si plus de 50 ans, rectorrhagie ou maelena, perte pondérale de > 10%, vomissements persistants, anémie, masse abdominale ou adénopathies, dysphagie progressive, odynophagie, anam. famil. de Ca du tube digestif haut, Ictère....

La VPP(valeur prédictive positive) est de 10%, la VPN (valeur prédictive négative) de 97%.

S'il n'y a pas de Red Flags on a le choix entre ...

- tester et éradiquer si +
- tester et demander OGD si +
- traiter empiriquement
- donner des IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) pendant 4-6 semaines
- OGD

Le risque de cancer de l'estomac est de 1% dans la population générale. Avec l'HP le risque est multiplié de 3-6 fois...

Aussi bien chez la souris que chez l'homme, il a été montré que l'éradication diminue le risque de 30%...

Pour ce qui est de MALT lymphome c'est un lymphome non hodgkinien rare qui entre en rémission après éradication lorsqu'il se limite à la paroi de l'estomac.

Pour ce qui est de l'association HP + AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) pendant plus de 2 mois, 1/5 a un ulcère endoscopique, 1/70 a des symptômes et 1/1200 en meurt...

Donc on nous recommande aussi bien lors de prescriptions d'AINS a longue durée (> 2 mois) ou d'Aspirine cardio de tester pour HP et d'éradiquer lorsque le résultat est positif.

L'éradication permet d'éviter de prescrire des IPP conjointement aux AINS...

On devrait rechercher et éradiquer l'HP aussi lors d'anémie ferriprive que lors de PTI (purpura thrombopénique idiopathique).

Pour ce qui est des traitements:

Le classique c'est IPP + Clarithromycine + Amoxicilline 7-14 jours, mais il y a 20% de résistance à la Clarithromycine.

Il y a IPP + Amoxi+ Metroni ou IPP + Amoxi + Levofloxacin

Ensuite il y a IPP+Bismuth clacitrate+Tetracycline +Metronidazole

Et il y a les thérapies séquentielles que je n'ai pas eu le temps de noter...

Donc pour le moment retenons que:

- 10% des infections à HP sont symptomatiques
- HP est un carcinogène
- l'éradication prévient le cancer
- il y a de plus en plus de résistance aux antibiotiques
- après éradication il faudrait contrôler (breath test)
- le taux de réinfection est beaucoup plus faible qu'on le pensait...
- aussi bien la sensibilité de la recherche de l'antigène fécal que celle du breath test sont diminués par la prise d'IPP
- un test respiratoire négatif a une VPN excellente
- lorsqu'un conjoint est infecté, il n'est pas nécessaire de dépister automatiquement l'autre sauf si ce dernier le désire.

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan

ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch