

Faut-il rechercher l'Helicobacter Pylori en dehors de l'ulcère?

L'infection gastrique par *helicobacter pylori* (HP) mise en évidence seulement en 1982 est très fréquente. Sa prévalence est de 80% dans les pays en développement. Elle diminue en fonction de l'amélioration des conditions socio-économiques. En France, elle est de 70% chez les personnes âgées, et de 25% dans la population adulte. Parmi ceux-ci, 6 à 20% seront concernés par la maladie ulcéreuse gastroduodénale, où la place de l'éradication d'HP est maintenant bien établie et codifiée.¹ La forte prévalence de cette infection pose la question de son rôle possible dans d'autres maladies gastriques. Faut-il tenir compte de l'infection par HP: au cours des traitements par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), dans le cadre du reflux gastro-oesophagien et dans la prise en charge d'un patient dyspeptique? La révision 1999 de la conférence française de consensus *Helicobacter Pylori* apporte des données pour la réponse.^{2,3}

HP et lésions gastro-duodénales induites par les AINS (y compris l'aspirine).

Les AINS sont responsables de la plupart des ulcères HP négatifs. A l'inverse, un rôle de l'infection à HP dans la survenue des symptômes digestifs et des lésions gastro-duodénales liées à la prise d'AINS semble pouvoir être écartée: les études de cohorte de malades sous AINS n'ont pas mis en évidence de différence dans la prévalence et la sévérité des lésions endoscopiques en fonction de l'infection à HP; la consommation d'AINS ne semble pas modifier la prévalence de l'infection par HP.

Les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour justifier la recherche systématique et l'éradication de HP chez les malades devant prendre des AINS.

Chez un malade présentant un ulcère sous AINS, la mise en évidence d'une infection à HP rend licite son éradication. Mais l'éradication ne permet pas de réduire le risque de récurrence liée à la poursuite ou la reprise des AINS.

HP et reflux gastro-oesophagien (RGO).

Alors que la prévalence de l'ulcère gastroduodéal et de l'infection à HP vont en diminuant, celle du RGO va en croissant depuis 50 ans. Mais les études épidémiologiques ne montrent pas d'association entre infection à HP et RGO compliqué ou non d'oesophagite. Il se dégage cependant une tendance suggérant un rôle protecteur de l'infection à HP vis-à-vis du RGO.

Les conséquences bénéfiques ou délétères d'une éradication de HP sur l'évolution d'un RGO existant ne sont pas clairement établies.

Les traitements prolongés par IPP que peut nécessiter le RGO favorisent-ils l'évolution de la gastrite à HP vers une

atrophie et/ou une métaplasie gastrique, et par là vers le développement d'un cancer gastrique? Les données sont actuellement trop controversées pour le dire.

Dans l'état actuel des connaissances, il ne semble donc pas justifié de prendre en compte l'infection à HP dans la prise en charge d'un patient souffrant de RGO.

HP et dyspepsie fonctionnelle (DF).

La DF représente un cadre nosologique imprécis. On retient actuellement trois types: le type ulcéreux (douleur prédominante), le type dysmobilité (prédominance d'inconfort et de gêne) et la DF non spécifique. Le type reflux n'est plus classé dans les DF.

La prévalence de l'infection à HP dans la DF semble supérieure à celle observée chez les sujets asymptomatiques. HP semble plutôt associé au type ulcéreux.

HP est responsable de 90% des gastrites chroniques, mais il n'existe pas de corrélation entre les lésions de gastrite et les symptômes de dyspepsie, et la gastrite chronique à HP est le plus souvent asymptomatique.

Une méta-analyse de 12 essais contrôlés montre un léger bénéfice de l'éradication, autour de 9% (un malade amélioré pour 12 éradiqués). Un biais possible est l'inclusion de patients ulcéreux. Le bénéfice semble "coût-efficace". L'amélioration reste modeste.⁴

Au total, les données actuelles sur l'efficacité de l'éradication de HP sur les symptômes de DF sont limitées. Il n'apparaît pas nécessaire de rechercher systématiquement une infection à HP en cas de muqueuse gastrique normale à l'endoscopie chez un sujet dyspeptique. Des études devront chercher si des sous-groupes de patients dyspeptiques peuvent tirer bénéfice d'une éradication.^{2,3}

Ces données apportent des éléments pour réserver l'éradication d'HP à la maladie ulcéreuse. **HP n'apparaît pas ou plus comme une bactérie à éradiquer dans toutes les occasions où le diagnostic d'infection est réalisé.**⁵ En particulier il n'est pas retenu de l'envisager en prévention de l'adénocarcinome gastrique, ou des complications digestives des AINS. Son bénéfice est plus qu'incertain pour les DF. Reste à définir une stratégie de prise en charge des DF. Nous le proposons dans un autre Bibliomed

1- Mégraud F, Broutet N. Epidémiologie, acquisition et transmission d'*Helicobacter Pylori*. Rev Prat. 2000;(5)13:1414-1417

2 - Conclusions et recommandations révisées du groupe de travail. Conférence de consensus *helicobacter pylori*. Révision 1999. Gastroenterol Clin Biol. 1999;23:C95-C104

3 - De Korwin JD. Gastrite, dyspepsie et *helicobacter pylori*. Rev Prat. 2000;(5)13:1431-36

4 - Veldhuyzen van Zanten SJO. Treating non-ulcer dyspepsia and *H pylori*. BMJ 2000;321:648-9

5 - Bigard MA. Infection à *helicobacter pylori*. Avant propos. Rev Prat. 2000;(5)13:1404-8

Mots-clé: dyspepsie, *helicobacter pylori*, RGO, AINS

Numéro 198 du 19 octobre 2000

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>