

Mots clés :

Dyspepsie
Endoscopie
digestive
Helicobacter
pylori
[Dyspepsia;
Endoscopy,
Digestive
System;
Helicobacter
pylori]

Dyspepsie : faut-il d'abord rechercher *Helicobacter Pylori* ?

L'éradication d'*Helicobacter Pylori* (HP) semblait en 2000 plutôt bénéfique pour la maladie ulcéreuse, plus discutable en cas de dyspepsie fonctionnelle (*Bibliomed* 198, 199). Les différents *guidelines* proposaient alors, hors signes d'alarme, 4 stratégies, 2 ne tenant pas compte d'HP (traitement empirique, puis endoscopie si échec vs endoscopie systématique), 2 le prenant en compte (test non invasif d'HP avec traitement d'éradication si +, traitement empirique si -, vs endoscopie si +). Aucune donnée comparative ne permettait de favoriser l'une de ces stratégies, mais l'éradication systématique d'HP améliorerait de 10 à 20% les chances de guérison d'un éventuel ulcère. Qu'en est-il en 2014 ?

Dyspepsie et soins primaires : tester d'abord ?

HP est responsable d'environ 5% des cas de dyspepsie en population générale. Deux grands essais randomisés britanniques ont donc testé l'efficacité d'un dépistage généralisé (suivi d'un traitement d'éradication vs placebo si HP+) avec un suivi de 7 à 10 ans. Les résultats ne sont pas suffisamment probants pour poursuivre¹. La question est un peu différente chez des patients souffrant de dyspepsie, mais il n'est toujours pas démontré qu'une approche test/éradication d'abord donne de meilleurs résultats coûts-efficacité qu'une approche empirique en première intention de suppression acide^{1,2}. L'essai randomisé britannique *MRC-CUBE* (699 patients de soins primaires) a montré qu'un traitement par IPP de 4 semaines en 1^{ère} intention avait des résultats et un coût similaires à celui d'une prise en charge tester-traiter HP à 1 an³. Ce constat « populationnel » ne préjuge évidemment pas de l'efficacité de l'éradication d'HP chez un patient infecté donné.

Comment rechercher HP ?

L'analyse de la littérature du *NICE* a comparé les différents tests : respiratoire (à l'urée marquée au C₁₃), sur selles (antigéniques) et sérologiques (trop variables et sujets à caution, ils ne peuvent être recommandés en routine). Les données disponibles ne permettent pas de privilégier l'un des 2 premiers, pour lesquels il est recommandé d'arrêter toute prise d'IPP au moins 2 semaines avant le test (selon les données d'une petite étude contrôlée)^{2,4}. Tester ainsi puis traiter HP+ permet de réduire considérablement le nombre d'endoscopies, avec des résultats sur les symptômes presque similaires à 1 an : RR endoscooper-traiter vs tester-traiter = 0,99 ; 0,92-0,99 (méta-analyse 1924 patients)ⁱⁿ².

Que conclure pour notre pratique ?

La recherche d'*Helicobacter Pylori* n'est pas recommandée systématiquement en soins primaires. Le choix d'un traitement empirique anti-acide de la dyspepsie – sauf symptômes d'alarme – a des résultats analogues à 1 an à celui du tester-traiter, constat « populationnel » qui ne préjuge pas des cas particuliers. Il semble aujourd'hui y avoir avantage à traiter en cas de test positif à HP (test respiratoire à l'urée ou test antigénique sur selles), modestement s'il s'agit de dyspepsie sans lésion organique, mais beaucoup plus s'il y a ulcère peptique.

Le traitement d'éradication est aujourd'hui plus compliqué qu'il y a une dizaine d'années, du fait de l'apparition de résistances à la clarithromycine (et aux floxacines). Les trithérapies classiques ne sont pas toujours suffisantes. L'éradication nécessite parfois des quadrithérapies orientées par antibiogramme ou autres traitements séquentiels, du domaine de la spécialité.

Comment l'éradiquer ?

Le triple traitement d'1 semaine recommandé initialement (IPP/amoxicilline/clarithromycine) a perdu de son efficacité, n'assurant l'éradication que dans moins de 70% des cas. La résistance à la clarithromycine (moins de 10% en 1998) a doublé en Europe en 10 ans. Le métronidazole (parfois la tétracycline, des floxacines) s'y est ajouté, puis le bismuth, avec des résultats allant jusqu'à 80 à 85%. L'efficacité du traitement augmente d'environ 6 à 10% en doublant la dose d'IPP (2 prises par jour) ou en prolongeant le traitement jusqu'à 2 semaines (niveau de preuves élevé)⁴. L'un des 2 tests recommandés réalisé au moins 4 semaines après la fin du traitement permet d'en vérifier l'efficacité⁴.

Pour quels résultats ?

Ils semblent un peu moins bons dans la dyspepsie non ulcéreuse que dans l'ulcère, mais le traitement d'éradication reste modestement plus efficace que le placebo en cas d'HP+ : NNT 14, RRR 10% selon une revue *Cochrane* (21 essais, 3566 patients)^{in1,2}.

En cas de gastrite prédominante de l'antrum, forme la plus habituelle chez les patients atteints de dyspepsie non ulcéreuse, un essai randomisé a montré 12 mois après éradication d'HP une amélioration considérable des brûlures gastriques et des régurgitationsⁱⁿ². Enfin, une méta-analyse *Cochrane* de 52 essaisⁱⁿ¹ a montré que l'éradication et le traitement de l'ulcère font mieux que le traitement seul si l'ulcère est duodénal (RR 0,66), mais pas gastrique. Cependant, l'éradication prévient les rechutes d'ulcère : NNT 2 (26 essais) en cas d'ulcère duodénal, 3 (9 essais) en cas d'ulcère gastrique, un seul essai ne montrant pas d'avantage significatif à l'éradication.

Références

- 1- Ford AC et al. *Dyspepsia*. *BMJ*. 2013;347:f5059.
- 2- NICE. *Review of Clinical Guideline (CG17) Dyspepsia: Management of dyspepsia in adults in primary care*. May 2011.
- 3- Delaney BC et al. *Helicobacter pylori test and treat versus proton pump inhibitor in initial management of dyspepsia in primary care (MRC-CUBE trial)*. *BMJ*. 2008;336:651-4.
- 4- Malfertheiner P et al. *Management of Helicobacter pylori infection. The Maasricht IV/ Florence Consensus Report*. *Gut*. 2012;61:646-64.