

HELICOBACTER PYLORI

06/2020

Selon l'article « L'infection à Helicobacter Pylori chez l'enfant » de N. Kalach, P. Bontems et J. Raymond

1. QUAND Y PENSER ?

- La plupart des enfants infectés sont asymptomatiques. La recherche de l'Helicobacter Pylori ne fait pas partie d'un bilan de « douleurs abdominales chroniques » si celles-ci ne sont pas typiques.
- Symptômes typiques : épigastralgies post-prandiales ou réveillant la nuit, soulagées par les ingesta, vomissements, halitose
- Atypique : entéropathie exsudative, anémie ferriprive réfractaire (après exclusion d'autres causes), purpura thrombocytopénique immun chronique (seule indication où les tests non invasifs peuvent précéder l'endoscopie).

2. COMMENT DIAGNOSTIQUER ?

- Consultation en gastro-entérologie pédiatrique** pour évaluer la nécessité d'une endoscopie, d'expliquer les avantages et inconvénients de la prise en charge
 - Expliquer l'endoscopie (anesthésie générale, biopsies etc)
 - Indication de traitement : en cas de culture positive. Prévenir des effets secondaires du traitement (diarrhées, crampes abdominales, modification du microbiote) et évaluer la possible compliance au traitement. La réinfection est également possible.
- Endoscopie digestive haute avec 6 biopsies** (4 anapath, 2 pour la culture) : permet d'avoir l'antibiogramme. Penser à stopper les IPP au moins 2 semaines avant et tout antibiotique 4 semaines auparavant. Aspect endoscopique de gastrite nodulaire
- Ne pas traiter « à l'aveugle » sur un test respiratoire ou un antigène fécal

3. COMMENT TRAITER ?

Traitement antibiotique de 14 jours **basé sur l'antibiogramme**, IPP à continuer de 2 à 4 semaines plus tard.

Tableau II. Recommandations de la première ligne thérapeutique de l'infection à *H. pylori* chez l'enfant.

Sensibilité antimicrobienne de <i>H. pylori</i>	Traitements proposés
<i>Connue</i>	
Sensible à la CLA et au MET	IPP-AMO-CLA 14 jours avec une dose standard (<i>Tableau III</i>) ou séquentiel 10 jours
Résistant à la CLA, sensible au MET	IPP-AMO-MET 14 jours ou traitement incluant du Bismuth ^a
Résistant au MET, sensible à la CLA	IPP-AMO-CLA 14 jours ou traitement incluant du Bismuth ^b
Résistant à la CLA et au MET	Forte dose IPP-AMO-MET 14 jours (<i>Tableau III</i>) ou traitement incluant du Bismuth ^b
<i>Inconnue</i>	
	Forte dose IPP-AMO-MET 14 jours (<i>Tableau III</i>) ou traitement incluant du Bismuth ^b

CLA : Clarithromycine ; MET : Métronidazole ; AMO : Amoxicilline ; IPP : inhibiteur de la pompe à proton.

^aEn cas d'allergie à la Pénicilline, si la souche est sensible à la clarithromycine et au métronidazole, une triple thérapie en remplaçant l'amoxicilline par le métronidazole sera utilisée.

^bOu un traitement concomitant (IPP-AMO-Metro-CLA) de 14 jours.

Tableau III. Les doses standard de différents régimes thérapeutiques et les fortes doses d'Amoxicilline.

Médicaments	Poids corporel	Dose du matin	Dose du soir
IPP ^a	15 à 24 kg	20 mg	20 mg
	25 à 34 kg	30 mg	30 mg
	> 35 kg	40 mg	40 mg
Amoxicilline ^c	15 à 24 kg	500 mg	500 mg
	25 à 34 kg	750 mg	750 mg
	> 35 kg	1000 mg	1000 mg
Clarithromycine	15 à 24 kg	250 mg	250 mg
	25 à 34 kg	500 mg	250 mg
	> 35 kg	500 mg	500 mg
Métronidazole	15 à 24 kg	250 mg	250 mg
	25 à 34 kg	500 mg	250 mg
	> 35 kg	500 mg	500 mg ^b
Sels de Bismuth ^d	< 10 ans	262 4 fois/jour	
	> 10 ans	524 4 fois/jour	

IPP : inhibiteur de la pompe à proton.

^aLes doses de différents IPP ne sont pas équivalentes, ces doses correspondent à l'Oméprazole et l'Esoméprazole.

^bEn cas d'utilisation d'une suspension orale de Métronidazole, la dose pourrait être divisée en deux fois toutes les 12 heures.

^cLes fortes doses d'Amoxicilline : de 15 à 24 kg : 750 mg matin et soir ; de 25 à 34 kg : 100 mg matin et soir et ; > 35 kg : 1500 mg matin et soir.

^dLes sels de Bismuth utilisés au Canada et aux États-Unis sont Bismuth du Sub-salicylate.

4. CONTRÔLER L'ERADICATION

- Pour tous
- Quand ? 4 à 6 semaines après l'arrêt du traitement antibiotique et au moins 2 semaines après l'arrêt des IPP.
- Comment ? Ag dans les selles ou test respiratoire à l'urée marqué au Carbone 13.

Tableau IV. Traitements de recours recommandés en cas d'échec du traitement d'éradication initiale.

Sensibilité initiale aux antibiotiques (Antibiogramme)	Traitement précédent	Traitement de recours
1 Clarithromycine et Métronidazole sensible	Triple thérapie associant Amoxicilline et Clarithromycine Triple thérapie associant Amoxicilline et Métronidazole	Triple thérapie associant Amoxicilline et Métronidazole Triple thérapie associant Amoxicilline et Clarithromycine
2 Clarithromycine et Métronidazole sensible	Traitement séquentiel	Deuxième endoscopie et traitement adapté pour 14 jours ou traiter comme une double résistance (<i>Tableau II</i>) ^a
3 Clarithromycine résistant	Triple thérapie incluant Métronidazole	Traiter comme une double résistance (<i>Tableau II</i>) ^a
4 Métronidazole résistant	Triple thérapie incluant Clarithromycine	Deuxième endoscopie et traitement adapté pour 14 jours ou traiter comme une double résistance (<i>Tableau II</i>) ^a
5 Antibiogramme initial inconnu	Triple thérapie ou traitement Séquentiel	Deuxième endoscopie pour obtenir un antibiogramme secondaire et traitement adapté pour 14 jours ou traiter comme une double résistance (<i>Tableau II</i>) ^a

^aChez les adolescents la Lévofoxacine et la Tétracycline pourraient être utilisées.