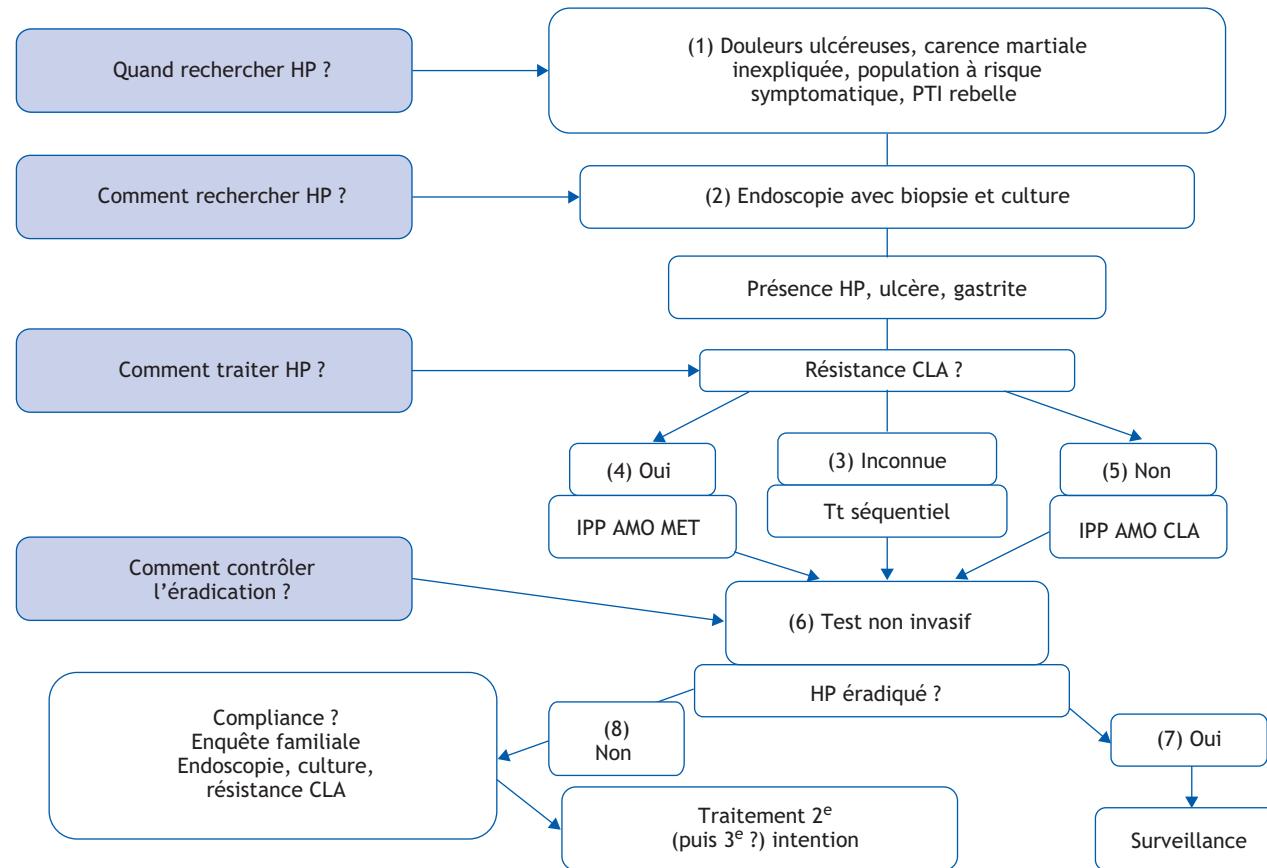


Diagnostic et prise en charge des infections à *Helicobacter pylori* chez l'enfant

N. Kalach^{1,*} et J. Raymond²

¹Clinique Pédiatrique Saint-Antoine, Hôpital St-Vincent-de-Paul, Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille, boulevard de Belfort, 59020 Lille, France

²Service de Microbiologie, Hôpital Cochin, AP-HP, 27 rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris, France



■ Abréviations

- AMO : amoxicilline
- CLA : clarithromycine
- IPP : inhibiteur de pompe à proton
- Met : métronidazole
- PTI : purpura thrombopénique idiopathique

■ Arbre décisionnel - Commentaires

(1) Épigastralgies réveillant l'enfant la nuit, avec retentissement sur la croissance, sensibilité épigastrique à la palpation. Il est recommandé de chercher *Helicobacter pylori* (*HP*) en cas de carence martiale et de purpura thrombopénique idiopathique rebelle, en cas d'antécédents familiaux au 1^{er} degré de cancer gastrique, et chez les enfants symptomatiques originaires des zones géographiques endémiques ou placés dans un centre pour enfants handicapés. Il n'est pas recommandé de rechercher *HP* devant des douleurs abdominales d'allure fonctionnelle.

(2) Le diagnostic de l'infection à *HP* est fait par endoscopie digestive haute (qui objective une gastrite et/ou un ulcère gastroduodénal), permettant de prélever des biopsies au niveau antro-fundique. Le diagnostic positif de l'infection à *HP* est évoqué sur la présence du germe sur les coupes histologiques, un test rapide à l'uréase positif, et/ou une culture bactérienne positive. Les tests de dépistages non invasifs comme la sérologie, le test respiratoire à l'urée ¹³C (UBT), la détection de l'antigène *HP* dans les selles (HpSA), le PCR sur l'exsudat gingival sont utilisés pour des études épidémiologiques et non pour le diagnostic d'une infection aiguë.

L'avantage de la culture est la réalisation d'un antibiogramme permettant la recherche de résistance à plusieurs familles d'antibiotiques. L'examen bactériologique inclut la mise en évidence de *HP* par PCR et/ou culture. La PCR s'effectue directement à partir de la biopsie. Elle permet de détecter simultanément la présence de *HP* et sa résistance à la clarithromycine en recherchant les principales mutations responsables.

(3) En l'absence de culture bactérienne, quatre associations thérapeutiques peuvent être proposées en traitement probabiliste,

en insistant sur la nécessité absolue d'une bonne observance (risque importants de résistance secondaire) (doses : tableau 1) :

- Traitement séquentiel, préféré en première intention. (IPp + amoxicilline pendant 5 j, puis IPp + clarithromycine + imidazolé pendant 5 j ;
- IPp + amoxicilline + clarithromycine ;
- IPp + amoxicilline + imidazolé ;
- Sels de bismuth + amoxicilline + imidazolé (dans les pays où les sels de bismuth sont autorisés et disponibles, ce qui n'est pas le cas de la France).

Tableau I
Doses des médicaments utilisés pour l'éradication de HP.

Amoxicilline	50-60 mg/kg en deux prises
Clarithromycine	20-30 mg/kg en deux prises
Oméprazole	2 mg/kg en deux prises à jeun
Métronidazole	20-30 mg/kg en deux prises

La durée théorique du traitement triple (hors traitement séquentiel) est de 7 jours. Cependant plusieurs auteurs préconisent une durée de 10-14 j.

Lorsque l'antibiogramme est disponible (ou les résultats de la PCR) :

- (4) si la souche est résistante à la clarithromycine, l'association IPp + amoxicilline + imidazolé sera préférée pour une durée de 10-14 jours ;
- (5) si la souche de *HP* est sensible à la clarithromycine, l'association IPp + amoxicilline + clarithromycine sera prescrite pour une durée de 7 jours.

(6) L'UBT et la détection de l'antigène *HP* dans les selles selon la méthode ELISA sont considérés comme des tests non invasifs fiables pour contrôler l'éradication de *HP*. Ces tests doivent être réalisés au moins 6-8 semaines après la fin du traitement et au moins 4 semaines après l'arrêt des IPP.

(7) Si le test respiratoire ou la détection d'antigènes dans les selles sont négatifs l'infection à *HP* est considérée comme éradiquée. La persistance d'épigastralgies malgré l'éradication bactérienne, est due à la persistance de la gastrite histologique nécessitant un traitement par un IPP pendant 4-8 semaines supplémentaires, il en est de même en cas de lésion ulcérée.

(8) En cas d'échec d'éradication, UBT et/ou le HpSA sont positifs, en particulier après un traitement incluant de la clarithromycine, la résistance de *HP* à cet antibiotique doit être recherchée :

- En effectuant une nouvelle endoscopie avec prélèvement de biopsies. Le nouveau traitement sera adapté en fonction des résultats ;
- Il faut bien évaluer la compliance thérapeutique ;
- Une enquête familiale à la recherche d'une infection à *HP* peut être utile en cas de persistance de l'infection malgré un traitement bien adapté à l'antibiogramme et une bonne compliance thérapeutique. Certaines habitudes culturelles, comme le fait de manger avec les doigts dans un plat commun sont à déconseiller.

Liens d'intérêts

N. Kalach : L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts pour cet article.

J. Raymond : L'auteur n'a pas communiqué ses conflits d'intérêts.

■ Références

- Koletzko S, Jones NL, Goodman K, et al. Evidence-based guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for Helicobacter pylori infection in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011;53:230-43.
- Bontems P, Kalach N, Oderda G, et al. Sequential therapy vs. tailored triple therapies for Helicobacter pylori infection in children: A prospective, open-label, multi-center study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011;53:646-50.
- Horvath A, Dziechciarz P, Szajewska H. Meta-analysis: sequential therapy for Helicobacter pylori eradication in children. Aliment Pharmacol Ther 2012;36:534-41.
- Pacifico L, Osborn F, Anania C, et al. Review article: bismuth-based therapy for Helicobacter pylori eradication in children. Aliment Pharmacol Ther 2012;35:1010-26.

*Auteur correspondant :
Adresse e-mail : kalach.nicolas@ghicl.net (N. Kalach)