



**HAL**  
open science

# Protocole de prise en charge conjointe généraliste / spécialiste de l'infection à *Helicobacter pylori* à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste

Alix Moënné-Loccoz

## ► To cite this version:

Alix Moënné-Loccoz. Protocole de prise en charge conjointe généraliste / spécialiste de l'infection à *Helicobacter pylori* à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01133571

**HAL Id: dumas-01133571**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01133571>**

Submitted on 19 Mar 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2015

N°

**Protocole de prise en charge  
conjointe généraliste/spécialiste  
de l'infection à *Helicobacter pylori*  
à l'aide d'une fiche de recommandations**

---

**Ressenti du médecin généraliste**

THÈSE

PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Mme MOËNNE-LOCCOZ Alix

Née le 03/11/1987 à Sens

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE\*

Le : 16/03/2015

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : M BONAZ Bruno, Professeur universitaire

Membres : Mme ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine, Professeur universitaire

M EPAULARD Olivier, Professeur universitaire

M HELUWAERT Frédéric, Praticien hospitalier et Directeur de cette thèse

*\*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

# Sommaire

Résumés	En français	4
	En anglais	6
Liste des enseignants		7
Remerciements		11
Conflits d'intérêt		13
Mots clefs		13
Introduction		14
	1. Hp : physiopathologie et épidémiologie	16
	2. Recommandations concernant la prise en charge d'Hp	17
	3. La fiche de recommandations du GEFH	21
	4. Questions et objectifs de l'étude	24
Méthode		25
Résultats		28
	1. Population	29
	2. Diffusion de la fiche	31
	3. Forme de la fiche	33
	4. Utilisation de la fiche	35
	1. Mode de consultation de la fiche	35
	2. Utilisation chez les médecins connaissant la fiche	37
	3. Utilisation chez les médecins qui ne connaissaient pas la fiche	39
	4. Compréhension générale de la fiche et facilité d'application du partage de responsabilité	41
	5. Ressenti	45

Discussion	52
1. Population	53
2. Diffusion de la fiche	54
3. Forme et contenu de la fiche	54
4. Utilisation de la fiche	56
1. Diffusion informatique	56
2. Fréquence d'utilisation	57
5. Questions sur le fond de la fiche	59
1. Durée des IPP	59
2. Stratégie du « test and treat »	59
3. Modalité pratique du test à l'urée marquée	61
4. Quand faut-il dépister et à quelle fréquence ? Quelle surveillance après une éradication d'Hp ?	63
6. Ressenti	63
1. Niveau de preuve	64
2. Implication du patient	67
3. Intérêt général à la prescription d'antibiotiques	67
7. Situation actuelle à Annecy	68
8. Intérêt du dépistage chez les sujets asymptomatiques	68
1. En France	68
2. Dans le monde	69
9. La quadrithérapie bismuthée	71
Conclusion	73
Bibliographie	76
Annexes	80
Annexe A : questionnaire	81
Annexe B : fiche de recommandations	90
Annexe C : autorisation de la CNIL	93
Serment d'Hippocrate	94

## **Résumé**

**INTRODUCTION** La prise en charge (PEC) de l'infection à *H Pylori* (Hp) est assurée conjointement par le gastro-entérologue (GE) et le médecin généraliste (MG). Pour améliorer cette collaboration, le GEFH a élaboré une fiche de recommandations disponible sur le site [helicobacter.fr](http://helicobacter.fr). Le but de cette étude est d'évaluer le ressenti du MG sur ce mode de collaboration.

**MATERIEL ET METHODE** Une enquête a été envoyée par mail à 875 MG des Savoie de juillet à novembre 2014, taux de réponses de 18% (n=111), 90 % des sondés confrontés à l'éradication d'Hp. 57 MG ne connaissaient pas la fiche (pop 1) et 54 la connaissaient (pop 2).

**RESULTATS** La fiche a une présentation claire (87% des sondés), simple à comprendre (95%), donne le sentiment de travailler selon les données de la science (89%). Les MG la conservent en version papier ou informatique. La pop 1 pense s'y référer dans 98% des cas, la pop 2 dans 76% des cas, surtout pour les schémas de traitement. Le patient semble plus impliqué et plus observant en revoyant son MG (69%). 92% des MG pensent que le patient n'est pas mécontent de le revoir. Le MG n'a pas le sentiment que le GE lui donne du travail en plus ou qu'il se décharge de ses responsabilités, surtout dans la pop 2 (87% vs 70% et 96% vs 81%,  $p < 0.05$ ), ni que le GE le considère comme incompetent (95%). Cette collaboration GE/MG est facile à appliquer (95%). 90% souhaitent travailler selon ce protocole avec le sentiment d'être utile pour le patient (88%) en étant au centre de sa PEC (95%).

**CONCLUSION** Apres avoir montré une amélioration de la PEC globale de l'infection Hp, l'utilisation de la fiche du GEFH apparait comme un outil simple et optimal pour la collaboration GE/MG.

## **Abstract**

**BACKGROUND** *H pylori* infections are managed by gastro-enterologists (GE) and general practitioners (GP) together. To improve this collaboration, GEFH developed a recommendation leaflet on the helicobacter.fr. website.

**OBJECTIVE** The aim of this study is to report the feeling of GPs about this procedure.

**MATERIALS AND METHODS** A questionnaire was mailed to 875 GP of Savoies countries between July and November 2014. The reply rate was 18% (n=111) and 90 % of respondents had already managed Hp infection. 57 GPs did not know about the leaflet (pop 1) while 54 did (pop 2).

**RESULTS** The leaflet was considered clear (87% of respondents), easy to understand (95%), and gave the feeling they were working from evidence-based medicine (89%). GPs kept a paper version or a computer file. 98% of pop1 and 76% of pop 2 GPs thought they would refer to the document, especially for treatment protocols. Patients who went back to their GPs seemed to be more involved and more compliant (69%). 92% of GP's believed that patients were not unhappy about seeing the GP again. GPs did not have the feeling that GEs were giving them additional work or that GE was delegating responsibility especially in pop 2 (87% vs 70% et 96% vs 81%, for pop 2 and pop 1 respectively,  $p < 0.05$ ), or that GEs consider GPs incompetent (95%). This collaboration GE/GP was easy to apply (95%), and 90% of GPs wished to continue working this way as they felt it was useful for the patient (88%) and that they were at the center of the management strategy (95%).

**CONCLUSION** The GEFH leaflet is a simple and very good tool for GE/GP collaboration and improves the management of Hp infection.



Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET**

**Année 2014-2015**

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie

Moëne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé

Moëne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé

Moëne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

MCU-PH	<b>PELLETIER Laurent</b>	<b>Biologie cellulaire</b>
PU-PH	<b>PELLOUX Hervé</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
PU-PH	<b>PEPIN Jean-Louis</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>PERENNOU Dominique</b>	<b>Médecine physique et de réadaptation</b>
PU-PH	<b>PERNOD Gilles</b>	<b>Médecine vasculaire</b>
PU-PH	<b>PIOLAT Christian</b>	<b>Chirurgie infantile</b>
PU-PH	<b>PISON Christophe</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>PLANTAZ Dominique</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>POLACK Benoit</b>	<b>Hématologie</b>
PU-PH	<b>POLOSAN Mircea</b>	<b>Psychiatrie d'adultes</b>
PU-PH	<b>PONS Jean-Claude</b>	<b>Gynécologie obstétrique</b>
PU-PH	<b>RAMBEAUD Jacques</b>	<b>Urologie</b>
MCU-PH	<b>RAY Pierre</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>REYT Émile</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
MCU-PH	<b>RIALLE Vincent</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
PU-PH	<b>RIGHINI Christian</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>ROMANET J. Paul</b>	<b>Ophthalmologie</b>
MCU-PH	<b>ROUSTIT Matthieu</b>	<b>Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie</b>
MCU-PH	<b>ROUX-BUISSON Nathalie</b>	<b>Biochimie, toxicologie et pharmacologie</b>
PU-PH	<b>SARAGAGLIA Dominique</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
MCU-PH	<b>SATRE Véronique</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>SAUDOU Frédéric</b>	<b>Biologie Cellulaire</b>
PU-PH	<b>SCHMERBER Sébastien</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>SCHWEBEL-CANALI Carole</b>	<b>Réanimation médicale</b>
PU-PH	<b>SCOLAN Virginie</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
MCU-PH	<b>SEIGNEURIN Arnaud</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>STAHL Jean-Paul</b>	<b>Maladies infectieuses, maladies tropicales</b>
PU-PH	<b>STANKE Françoise</b>	<b>Pharmacologie fondamentale</b>
MCU-PH	<b>STASIA Marie-José</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>TAMISIER Renaud</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>TONETTI Jérôme</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
PU-PH	<b>TOUSSAINT Bertrand</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>VANZETTO Gérald</b>	<b>Cardiologie</b>
PU-PH	<b>VUILLEZ Jean-Philippe</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
PU-PH	<b>WEIL Georges</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>ZAOUI Philippe</b>	<b>Néphrologie</b>
PU-PH	<b>ZARSKI Jean-Pierre</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

## Remerciements :

Merci au Pr BONAZ, professeur universitaire et praticien hospitalier au CHU de Grenoble, de me faire l'honneur d'être le directeur de mon jury de thèse et ainsi participer à la continuité du travail du Dr HELUWAERT et du Dr CROZE.

Merci au Pr ARVIEUX, professeur universitaire et praticien hospitalier au CHU de Grenoble, qui a accepté d'évaluer et de commenter mon travail sans hésitation.

Merci au Pr EPAULARD, professeur universitaire et praticien hospitalier au CHU de Grenoble, pour la qualité de son enseignement et sa sympathie.

Merci au Dr F HELUWAERT, mon directeur de thèse, passionné par les Helicobacter et les tuyaux, qui m'a aiguillée dans mon travail.

Merci au Dr J JUND qui manie les statistiques plus vite que son ombre.

Merci au Pr P BASTEBALE pour son aide et la qualité des cours d'anglais médical à Dijon.

Merci à tous les médecins généralistes de Savoie et Haute-Savoie qui ont participé à cette enquête.

Merci au Dr P LEMETTRE, à Mme L LIS et au conseil de l'ordre des médecins de Savoie qui m'ont permis de la diffuser.

Merci à mes sœurs, Natacha, Aude et Isis, ainsi qu'à Elise pour leurs relectures attentives et répétées de mes travaux.

Merci à tous ceux qui m'ont donné leur avis sur mon questionnaire, à ceux qui m'ont aidée à accéder aux textes intégraux pour ma bibliographie, à celles qui m'ont donné des conseils sur la recherche quantitative (ou qui en ont eu au moins l'intention). Leur amitié m'est précieuse.

Merci au service du Dr POFELSKI et à toute son équipe de passionnés pour m'avoir fait découvrir la gastro-entérologie et pour leur soutien.

Merci au service du Dr MONTEIRO et à sa joyeuse équipe de rhumatologie pour m'avoir permis de finaliser sereinement ma thèse.

Merci à mes grand parents Geo, François et tout particulièrement Thérèse GAVEAU, maître de conférences des hôpitaux de Paris et grand-mère émérite, ainsi qu'à mes parents Jean-Pierre et Dominique pour m'avoir encouragée et soutenue dans mes études de médecine. Je suis fière d'accéder moi aussi au titre de nouveau Dr MOËNNE-LOCCOZ.

Merci à mes maîtres en médecine générale qui m'ont donné envie d'exercer ce passionnant métier et surtout aux docteurs PIEJAK, FREY, GAUVIN, HUBAIL et MARTIN.

Merci à Gabriel d'avoir participé à sa façon, et à sa petite sœur qui est déjà bien présente.

Merci à leur papa d'avoir été là et de m'avoir soutenue durant ces études longues et ardues.

Rien de tout cela ne serait possible sans lui.

Conflits d'intérêts : Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

J'ai sollicité SANOFI pour diffuser mon enquête mais n'ai reçu aucune contrepartie, ni financière, ni en nature.

Mots clefs :

- *Helicobacter pylori*
- Médecin généraliste
- Coordination de soins

# -Introduction-

« Docteur, on m'a dit que j'avais un hélicoptère dans l'estomac. Qu'est-ce que ça veut dire ? »

## 1) Helicobacter pylori : physiopathologie et épidémiologie

*Helicobacter pylori* (Hp) est une bactérie qui colonise la couche de mucus recouvrant l'épithélium gastrique provoquant une gastrite chronique. Il entraîne parfois des ulcères gastroduodénaux, une gastrite atrophique, de la métaplasie intestinale, voire un adénocarcinome gastrique ou un lymphome de type MALT (Mucosa-associated lymphoid tissue). Cette bactérie est ubiquitaire et est reconnue comme le premier facteur de risque de cancer gastrique (1).

Dans les pays à forte prévalence de cancer gastrique et d'infection à Hp comme en Asie, l'éradication de cette bactérie fait l'objet d'un véritable enjeu de santé publique.

L'incidence de l'infection par Hp baisse régulièrement dans les pays développés, avec une prévalence réduite chez les sujets jeunes (inférieure à 20 %) mais encore élevée dans les populations âgées (supérieure à 50%) (2). Avec environ 5 600 nouveaux cas en 2012 en France et une mortalité de 80 % à 10 ans(3), le cancer gastrique reste fréquent et grave.

En France, l'incidence des ulcères gastroduodénaux est de 90 000 par an (0.2% de la population adulte) avec une mortalité non négligeable (10% des ulcères compliqués) (4).

Quand Hp est présent (70% des ulcères gastriques et 90% des ulcères duodénaux), son éradication réduit à moins de 5% le taux de récurrence à 1 an versus 50 à 80% en l'absence d'éradication (4).

## 2) Recommandations concernant la prise en charge d'Hp

La prise en charge de cette infection est standardisée et fait l'objet de réactualisations régulières depuis 1996 en raison de l'évolution des résistances aux antibiotiques, via la conférence de Maastricht/Florence qui concerne l'Europe. La dernière mise à jour date de 2010 (6). L'adaptation à la France de ces recommandations (7) est résumée dans les tableaux 1 et 2 et l'encadré 1.

Les indications de recherche et d'éradication d'Hp s'élargissent. Les méthodes diagnostiques évoluent. L'efficacité du traitement « historique », recommandé depuis 1999, la trithérapie amoxicilline + clarythromycine + inhibiteur de la pompe à protons, est actuellement inférieure à 70% (7). Ceci amène à de nouvelles stratégies thérapeutiques.

Tableau 1. Méthodes diagnostiques de l'infection par *H. pylori*.

Tests à partir des prélèvements gastriques		Tests non invasifs				
Test rapide à l'uréase	Anatomo-pathologie	Culture	Amplification génique	Sérologie	Test respiratoire	Recherche antigènes dans les selles
Performances pour le diagnostic préthérapeutique	– Excellente si 5 biopsies réalisées	– Excellente spécificité – Sensibilité dépend des conditions d'acheminement des prélèvements et de l'expérience du laboratoire	– Excellente	– Excellente pour certains kits ELISA. Mauvaise pour tous les tests rapides	– Excellente	– Excellente pour les kits ELISA
Performances pour le contrôle de l'éradication	– Bonne	– Bonne	– Données insuffisantes	– Inadaptée dans cette indication	– Excellente	– Excellente
Principales caractéristiques	– Diagnostic rapide – Non utilisable pour le contrôle de l'éradication – Non remboursé	– Résultat dépendant de la densité bactérienne et de l'expérience du pathologiste – Important pour détecter les lésions de la muqueuse gastrique	– Méthode de référence pour identifier <i>H. pylori</i> et identifier les résistances aux antibiotiques – Recommandée chaque fois que possible et particulièrement après échec d'un traitement d'éradication	– Permet la détection des principales mutations impliquées dans la résistance aux macrolides (clarithromycine) et aux fluoroquinolones (lévofloxacine) – Non remboursé	– Recommandée pour le diagnostic initial quand les autres tests sont mis en défaut: ulcère hémorragique, atrophie, lymphome du MAL T, prise récente d'antibiotiques ou d'IPP – Non influencée par la charge bactérienne	– Recommandée pour le diagnostic et le contrôle de l'éradication, si le test respiratoire n'est pas réalisable

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

**Tableau 2. Recommandations de recherche et d'éradication de *H. pylori*.**

<b>Indication</b>	<b>Niveau de recommandation</b>
Ulcère gastroduodénal, évolutif ou non, incluant les ulcères compliqués	Élevé
Lymphome du MALT	Élevé
Prise d'AINS ou d'aspirine faible dose chez des patients ayant eu un ulcère compliqué ou non.	Élevé
Traitement au long cours par aspirine chez des patients ayant eu un ulcère gastroduodénal hémorragique	Élevé
Prévention des ulcères avant de débiter un traitement par AINS, particulièrement en cas de traitement prolongé, chez des patients sans antécédent d'ulcère et non précédemment traités par AINS	Élevé
Patients ayant une endoscopie pour dyspepsie	Élevé
Traitement au long cours (au moins 6 mois) par antisécrétoires gastriques (IPP)	Élevé
Antécédents familiaux de cancer gastrique au premier degré	Moyen
Mutations des gènes de réparation de l'ADN (syndrome de Lynch)	Moyen
Lésions pré-néoplasiques de la muqueuse gastrique : atrophie avec ou sans métaplasie intestinale	Moyen
Antécédents de résection localisée d'un cancer gastrique	Moyen
Anémie par carence en fer sans cause retrouvée	Moyen
Carence en vitamine B12	Moyen
Purpura thrombopénique chronique idiopathique	Moyen
Prévention du cancer gastrique chez les patients devant avoir un by-pass gastrique pour traitement d'une obésité morbide	Faible
Enfants avec des douleurs épigastriques sans étiologie évidente	Faible

## ***Encadré 1 : recommandations de traitement de l'infection à Hp***

### **Propositions thérapeutiques de traitement de l'infection à *H. pylori* chez l'adulte**

#### **Traitement probabiliste de première ligne :**

Thérapie séquentielle de 10 jours :

– Les 5 premiers jours association amoxicilline (1 g × 2) et un IPP double prise suivie les 5 jours suivants, de l'association d'IPP, de clarithromycine (500 mg × 2) et de métronidazole (500 mg × 2).

En alternative en cas d'allergie aux bêta-lactamines ou chez les patients ayant reçu précédemment des macrolides quelle qu'en soit l'indication.

– Quadrithérapie de 10 jours à base de bismuth : sous citrate de bismuth (140 mg × 4 par jour), métronidazole (125 mg × 4 par jour), tétracycline (125 mg × 4 par jour) et oméprazole (20 mg × 2 par jour).

#### **Traitement après un échec d'éradication :**

##### **Chez les patients n'ayant pas précédemment reçu de clarithromycine :**

Thérapie séquentielle de 10 jours :

– Les 5 premiers jours association amoxicilline (1 g × 2) et un IPP double prise suivie les 5 jours suivants, de l'association d'IPP, de clarithromycine (500 mg × 2) et de métronidazole (500 mg × 2).

##### **Chez les patients ayant reçu de la clarithromycine :**

Quadrithérapie de 10 jours à base de bismuth :

– Sous citrate de bismuth (140 mg × 4 par jour), métronidazole (125 mg × 4 par jour), tétracycline (125 mg × 4 par jour) et oméprazole (20 mg × 2 par jour)

##### **Soit prescription après isolement de la souche selon les données de l'antibiogramme :**

– Trithérapie à base de lévofloxacine (levofloxacine (500 mg × 2), amoxicilline (1 g × 2) et un IPP double prise) ou de rifabutine (rifabutine (150 mg × 2), amoxicilline (1 g × 2) et un IPP double prise)

### 3) Mise en application des recommandations en médecine générale et fiche protocolisée du GEFH (cf. annexe B, page 90)

La mise en application en pratique courante de ces recommandations a été évaluée dans 2 thèses d'exercice de médecine générale :

- La thèse du Dr J-C MARTIN (8) a montré, dans une étude prospective comparative dans 2 centres hospitaliers de l'est de la France, 28% seulement d'éradication d'Hp lorsqu'elle est confiée au médecin généraliste.
- La thèse du Dr P CROZE (9) a mis en évidence, dans une étude rétrospective évaluant la prise en charge non protocolisée par le gastro-entérologue ou le généraliste, que si 81,6% des patients positifs pour Hp sont traités par leur médecin généraliste, seuls 71% sont correctement traités et 12,9% sont bien contrôlés.

L'hypothèse de départ du Dr P CROZE était que le médecin généraliste est l'acteur le plus adéquat pour envisager une éradication d'Hp. Les recommandations établies par les sociétés savantes permettent d'envisager une prise en charge standardisée et optimale sans avoir recours au spécialiste, au moins pour les deux premières lignes de traitement. Il a donc élaboré, avec le Dr F HELUWAERT gastro-entérologue à l'hôpital d'Annecy, une fiche de recommandations jointe à chaque compte rendu d'endoscopie.

Ceci permet une prise en charge selon le schéma suivant :

- Le gastro-entérologue fait le test initial de recherche d'infection à Hp. Il demande au patient de consulter son médecin traitant après 15 jours pour récupérer les résultats.
- Le gastro-entérologue adresse systématiquement la fiche de recommandations au médecin généraliste avec le compte-rendu de la gastroscopie.
- Le patient consulte son médecin généraliste qui a reçu les résultats anatomopathologique et/ou de la sérologie Hp.
- Si le test est positif pour Hp, le médecin généraliste entreprend un traitement, s'il y a lieu, et en explique l'intérêt au patient ainsi que les effets indésirables attendus.
- Il entreprend également le contrôle d'éradication.
- Le gastro-entérologue interprète aussi les résultats initiaux et intervient dans certaines situations particulières (biopsies non contributives, lésions métaplasiques...)
- Le médecin généraliste reçoit les résultats du contrôle d'éradication et, en cas d'échec, peut proposer un traitement de seconde ligne.

Il a été observé une bien meilleure prise en charge globale après mise en place de la diffusion de la fiche de recommandations (46,3% vs 12,9%,  $p=0.002$ ). L'apport le plus important de la fiche a été sur le contrôle systématique de l'éradication après première ligne de traitement : 63% vs 18,2% ( $p=0.005$ ).

A l'issue de cette étude, cette fiche a été actualisée et adoptée par le GEFH (Groupe d'étude français des Helicobacters). Elle est désormais proposée sous le logo du GEFH comme « Fiche de recommandations thérapeutiques mise à la disposition des gastro-entérologues et des généralistes pour la prise en charge de l'infection à Hp » sur le site helicobacter.fr. Depuis sa mise en ligne en juin 2013, plus de 25000 téléchargements ont été effectués.

Son utilisation a été préconisée lors des sessions de formation médicale continue aux Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et Oncologie Digestive 2014(10).

#### 4) Questions et objectifs de l'étude

Un retour de la part des médecins généralistes n'a jamais été réalisé.

Comment le médecin généraliste perçoit-il cette collaboration ?

L'objectif principal de cette étude est de montrer que ce partage de responsabilités est perçu comme réalisable et acceptable par le médecin généraliste.

L'objectif secondaire est d'évaluer la diffusion de la fiche de recommandations du GEFH.

## -Méthode-

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

Une enquête informatisée (cf. annexe A, page 87) et publique a été diffusée du 07 juillet au 30 novembre 2014 auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du bassin annécien. La diffusion a été assurée par les mailing lists de la maison médicale de garde du centre hospitalier d'Annecy, du groupe de pairs du Dr P LEMETTRE, de FormaJmed SANOFI et celle du conseil de l'ordre des médecins de Savoie.

Le questionnaire était composé de 5 parties distinctes :

- questions introductives générales
- forme de la fiche
- utilisation de la fiche
- ressenti global de la protocolisation de la prise en charge
- données socio démographiques.

Il s'agissait de questions fermées.

A la fin des parties « forme », « utilisation » et « ressenti », des plages de commentaires libres ont été mises à la disposition du répondant.

Les données étaient anonymes, une autorisation de la CNIL (Commission nationale informatique et liberté) a été accordée le 05/08/2014 (cf. annexe C, page 93).

Dans l'analyse statistique, deux groupes ont été distingués :

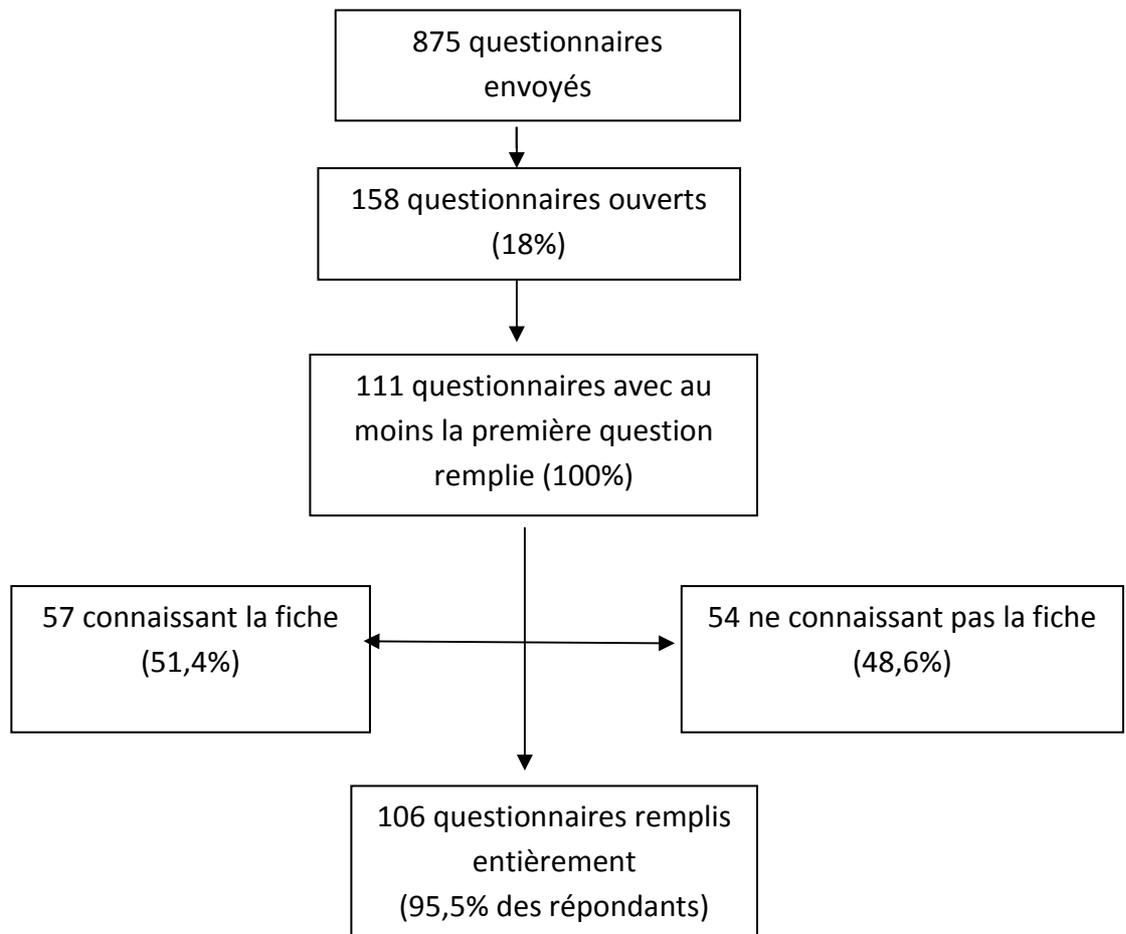
- les sondés qui connaissaient la fiche et avaient déjà l'expérience de l'éradication d'Hp,
- les sondés qui découvraient la fiche ou n'avaient pas l'expérience de l'éradication d'Hp.

Le test exact de Fisher bilatéral a été utilisé pour la comparaison avec une significativité retenue à  $p < 0.05$ .

## -Résultats-

## 1) Population :

**Graphique 1 : nombre et caractéristiques principales des sondés**



Sur 875 personnes requises par mail, 158 personnes ont ouvert le lien du questionnaire.

111 personnes ont répondu au moins à la première question et 106 sont allées au bout du questionnaire.

Il y a eu 44 hommes (39,6%) et 67 femmes (60,4%).

La moyenne d'âge des sondés est de 35 ans, minimum 25 ans et maximum 65 ans.

60,4% des répondants étaient des médecins installés, les autres étaient remplaçants ou internes.

83,3% des répondants travaillaient en Haute-Savoie tout ou en partie.

Parmi les installés, 43.8% travaillaient à moins de 15 km du centre hospitalier d'Annecy.

90,1 % des sondés avait déjà été confrontés à l'éradication d'Hp au cours de leur carrière.

## 2) Diffusion de la fiche :

Environ la moitié des sondés avaient déjà rencontré la fiche de recommandations dans leur vie (51,4%). Seuls 8 parmi eux (14,8%) savaient qu'on pouvait la trouver sur le site [helicobacter.fr](http://helicobacter.fr).

Parmi ceux qui avaient déjà été confrontés à l'éradication d'Hp au cours de leur carrière, 46% n'avaient jamais vu la fiche de recommandations.

***Tableau 3 : mode d'exercice en fonction de la connaissance préalable de la fiche***

	Remplaçants et internes	Installés et autres	Total
Connaissance de la fiche	20 47,6%	37 57,8%	57 53,8%
Non connaissance de la fiche	22 52,4%	27 42,2%	49 46,2%
Total	42	64	106

Les médecins installés près du centre hospitalier d'Annecy étaient plus nombreux à connaître la fiche (73,6%) que ceux à plus de 40 km (34,6%), avec une différence statistiquement significative ( $p < 0.05$ ).

**Tableau 4 : connaissance de la fiche en fonction de la distance du lieu d'exercice par rapport au centre hospitalier d'Annecy**

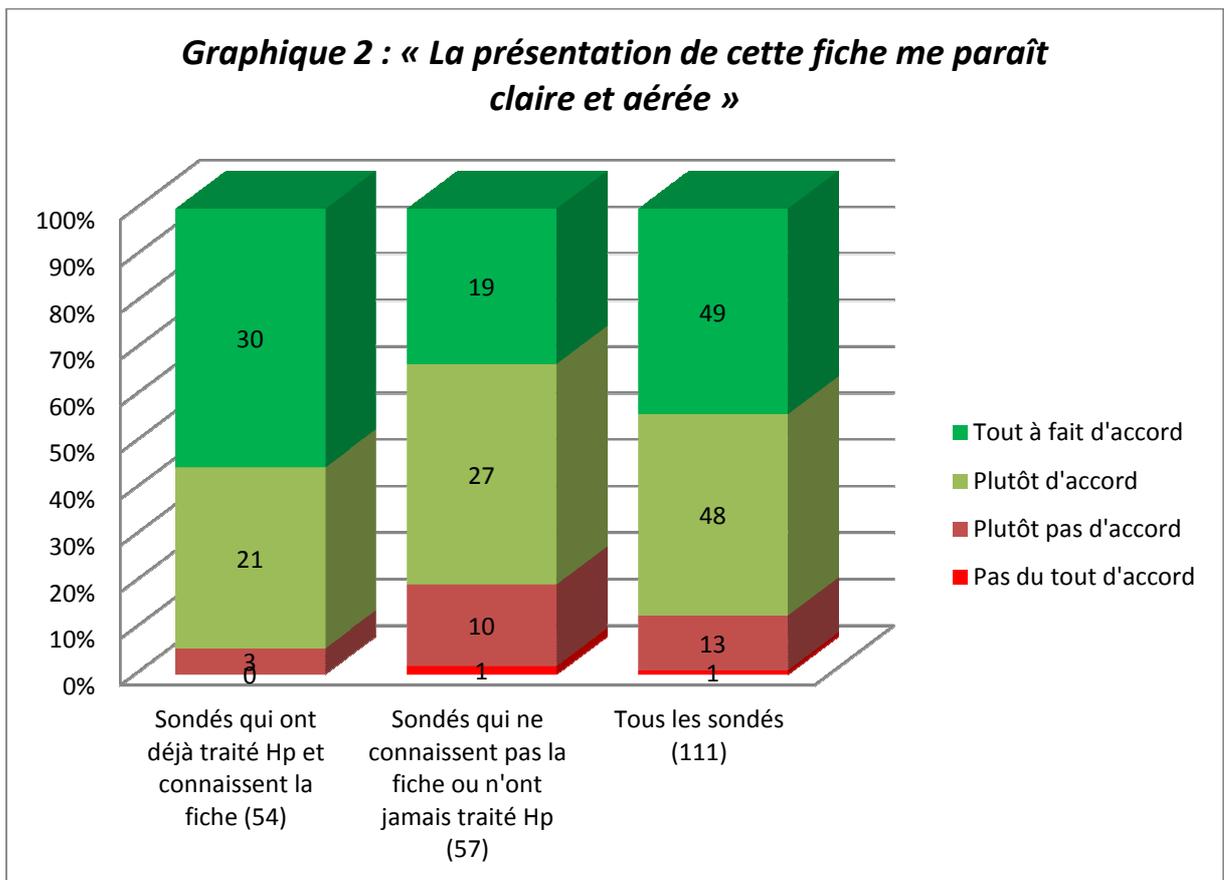
<b>Médecins installés</b>	Distance par rapport au centre hospitalier d'Annecy			
	<15km	15-40km	>40km	Total
Connaissance de la fiche	23 82,1%	5 50%	9 34,6%	37 57,8%
Non connaissance de la fiche	5 17,9%	5 50%	17 65,4%	27 42,2%
Total	28	10	26	64

### 3) Forme de la fiche :

87,4% des sondés ont été favorables à l'affirmation suivante « la présentation de cette fiche me paraît claire et aérée ».

Dans le groupe qui connaissait la fiche et avait déjà traité Hp, 94,4% la trouvaient claire.

Dans le groupe qui avait déjà traité Hp mais ne connaissait pas la fiche ou n'avait jamais traité Hp, 80,7% la trouvaient claire. Cette différence est significative ( $p < 0.05$ ).



A la vue de la page contenant l'arbre décisionnel, les sondés, pris dans leur ensemble, déclaraient regarder l'arbre décisionnel en premier (72,1%), sans qu'il y ait de différence significative entre les deux groupes.

A la vue de la page contenant le mot d'introduction, il n'y avait pas de partie lue en premier qui ressortait de façon significative, ni pour les sondés pris dans leur ensemble, ni pour chacun des deux groupes.

A l'analyse des réponses libres concernant la forme de la fiche, quatre répondants ont exprimé leur avis positif (fiche « claire » « informative » « complète » « je ne regarde que ça »). Deux ont réclamé plus d'informations sur les recommandations de recherche et sur les indications de sérologie.

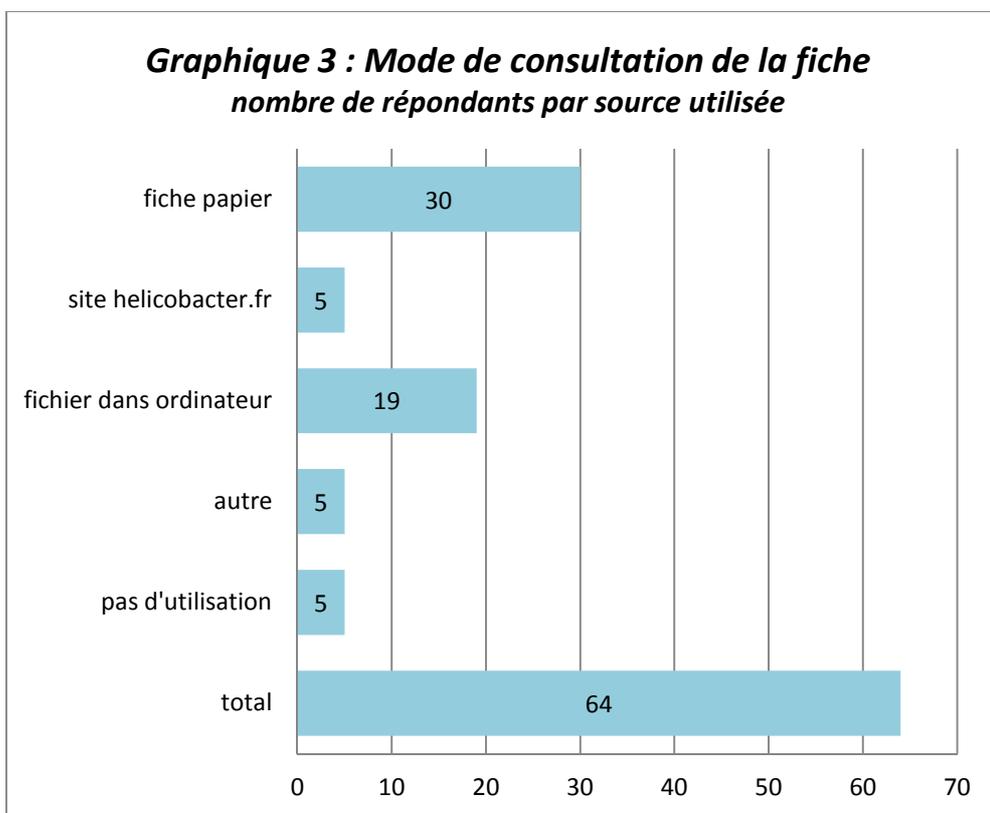
Six l'ont trouvée « trop chargée », avec « trop de lecture » « trop de texte », parties introductive ou recommandations de recherche à supprimer, « on est noyé dans les informations ». La forme « manque d'uniformité et de hiérarchisation » de « flash et codes couleurs » pour deux répondants. La deuxième page est « trop austère » pour un autre.

Un a exprimé son intérêt pour la quadrithérapie bismuthée qu'il ne connaissait pas.

#### 4) Utilisation de la fiche :

##### 4-1) Mode de consultation de la fiche

Les sondés qui connaissent la fiche et avait déjà traité Hp utilisaient surtout la version papier conservée dans leurs dossiers (30/64 soit 46,9%) ou une forme informatisée enregistrée dans leur ordinateur (19/64 soit 29,7%).



Dans « autre » on retrouve :

- deux répondants qui disent la connaître « par cœur »
- deux par internet : site de Formation Médicale Continue de gastro-entérologie, [www.antibioblic.com](http://www.antibioblic.com) et moteur de recherche qui amène au site [www.helicobacter.fr](http://www.helicobacter.fr)
- deux pense-bêtes dans un carnet.

Un médecin remplaçant a signalé dans les réponses libres qu'il utiliserait plutôt la fiche imprimée dans ses affaires ou qu'il irait la chercher sur internet.

#### 4-2) Utilisation chez les médecins connaissant la fiche

Chez ceux qui connaissent la fiche et avaient déjà éradiqué Hp, 75,9% s'y reportaient au moins une fois sur deux.

La majorité déclarait utiliser au moins une fois sur deux l'arbre décisionnel (74,1%) ainsi que la partie « traitement séquentiel et quadrithérapie bismuthée » (77,8%).

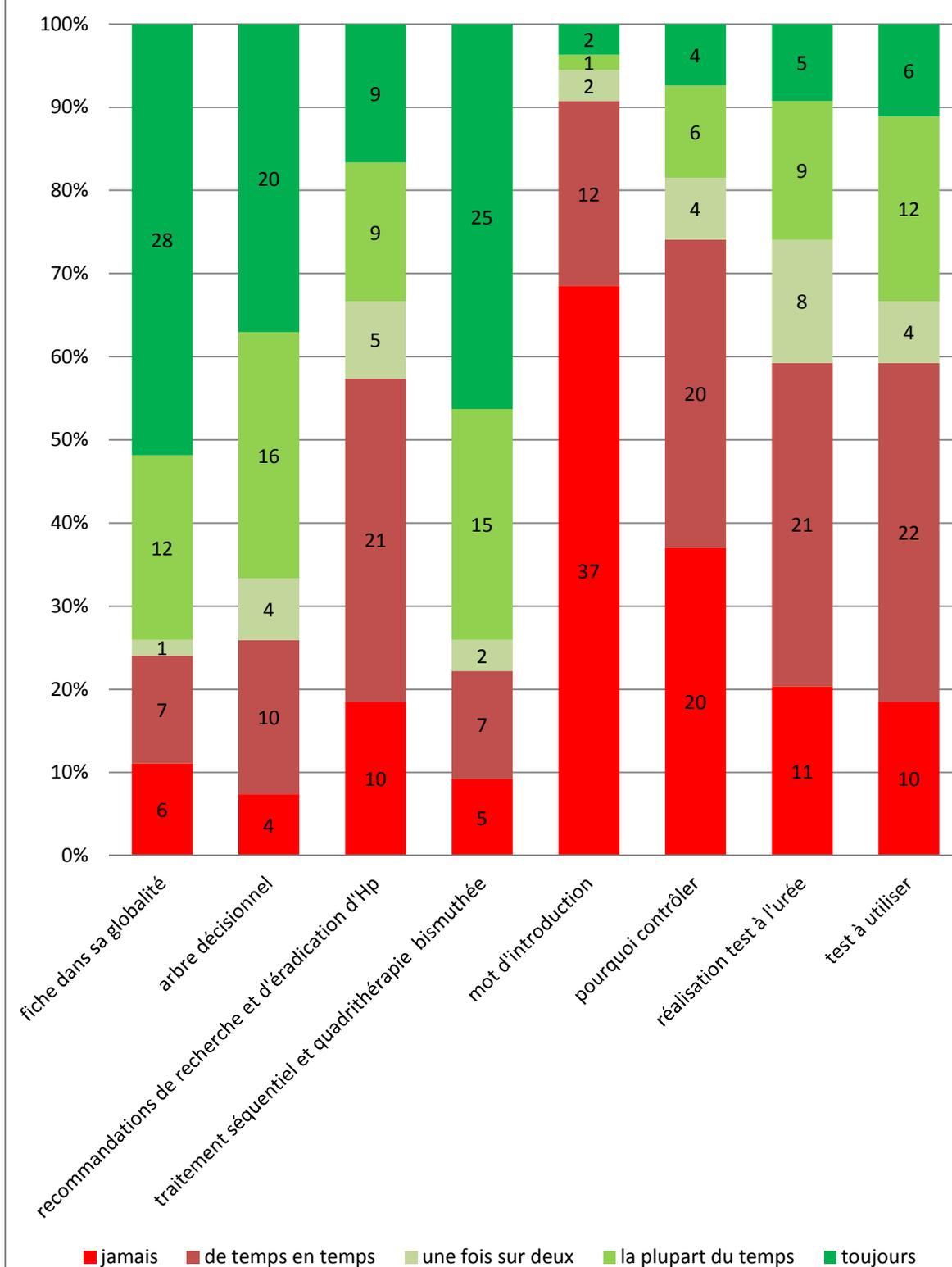
90,7% ne lisent jamais ou quasiment jamais le mot d'introduction, même tendance pour la partie « pourquoi contrôler » (74,1%).

**Tableau 5 : Fréquence d'utilisation des items de la fiche chez les médecins qui la connaissent**

	fiche dans sa globalité	arbre décisionnel	recommandations de recherche et d'éradication d'Hp	traitement séquentiel et quadrithérapie bismuthée	mot d'introduction	pourquoi contrôler	réalisation test à l'urée	test à utiliser
de temps en temps et moins	13	14	31	12	49	40	32	32
	24,1%	25,9%	57,4%	22,2%	90,7%	74,1%	59,3%	59,3%
au moins une fois sur deux	41	40	23	42	5	14	22	22
	75,9%	74,1%	42,6%	77,8%	9,3%	25,9%	40,7%	40,7%

Moëne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

**Graphique 4 :**  
**Fréquence d'utilisation chez ceux qui connaissent la fiche**



Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

#### 4-3) Utilisation chez les médecins qui ne connaissaient pas la fiche

Dans le groupe de ceux qui ne connaissent pas la fiche et qui ont déjà été confrontés à l'éradication : 87,7% pensent désormais s'y référer au moins une fois sur deux.

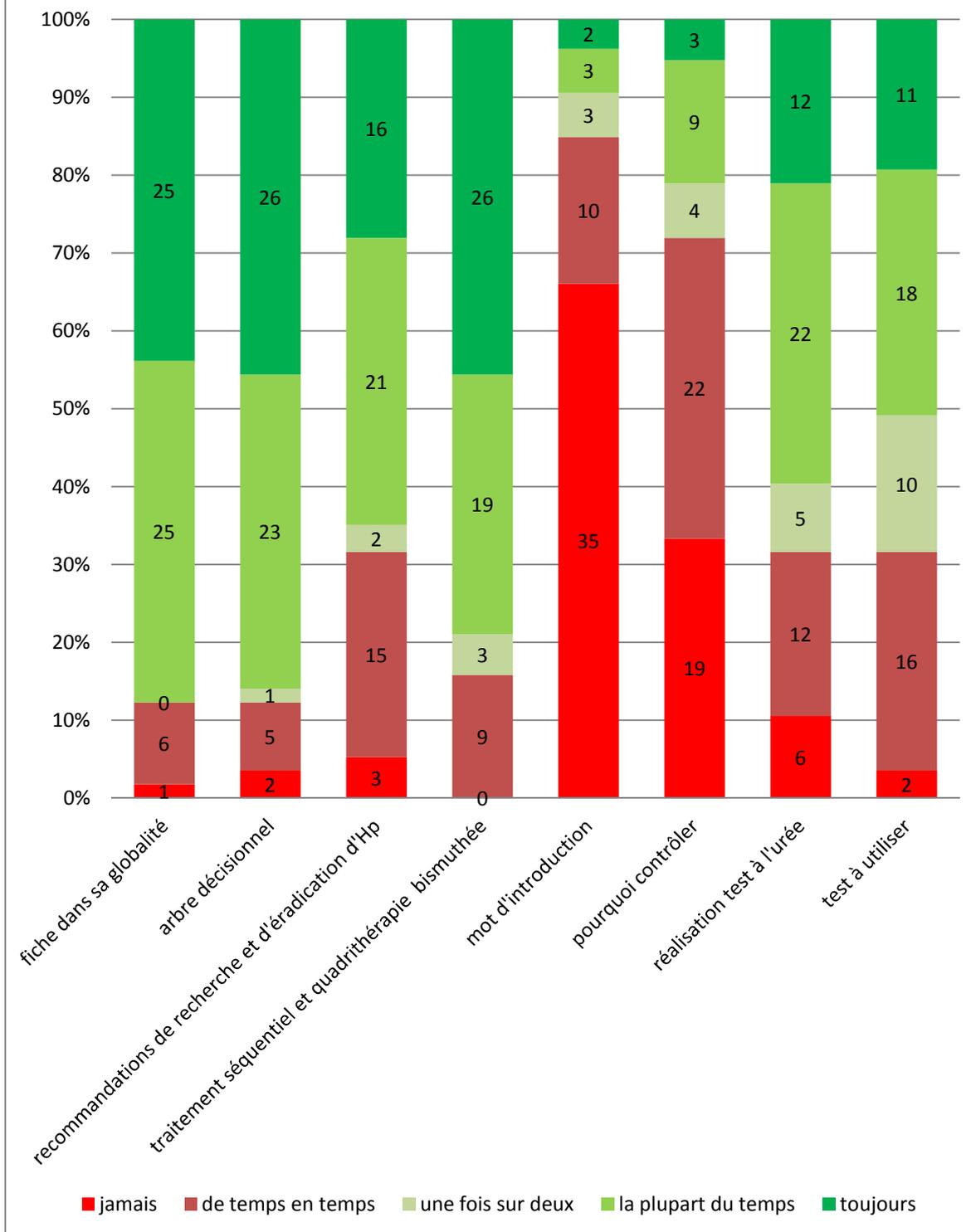
Les sondés déclarent qu'ils se référeront surtout à l'arbre décisionnel (87,7%) et à la partie « traitement séquentiel et quadrithérapie bismuthée » (84,2%). Ils n'ont pas l'intention de regarder plus que de temps en temps le mot d'introduction (84,9%) et « pourquoi contrôler » (71,9%).

**Tableau 6 : Fréquence d'utilisation des items de la fiche chez les médecins qui ne la connaissaient pas**

	fiche dans sa globalité	arbre décisionnel	recommandations de recherche et d'éradication d'Hp	traitement séquentiel et quadrithérapie bismuthée	mot d'introduction	pourquoi contrôler	réalisation test à l'urée	test à utiliser
de temps en temps et moins	7	7	18	9	45	41	18	18
	12,3%	12,3%	31,6%	15,8%	84,9%	71,9%	31,6%	31,6%
au moins une fois sur deux	50	50	39	48	8	16	39	39
	87,7%	87,7%	68,4%	84,2%	15,1%	28,1%	68,4%	68,4%

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

**Graphique 5 :**  
**fréquence d'utilisation chez ceux qui ne connaissent pas la fiche**



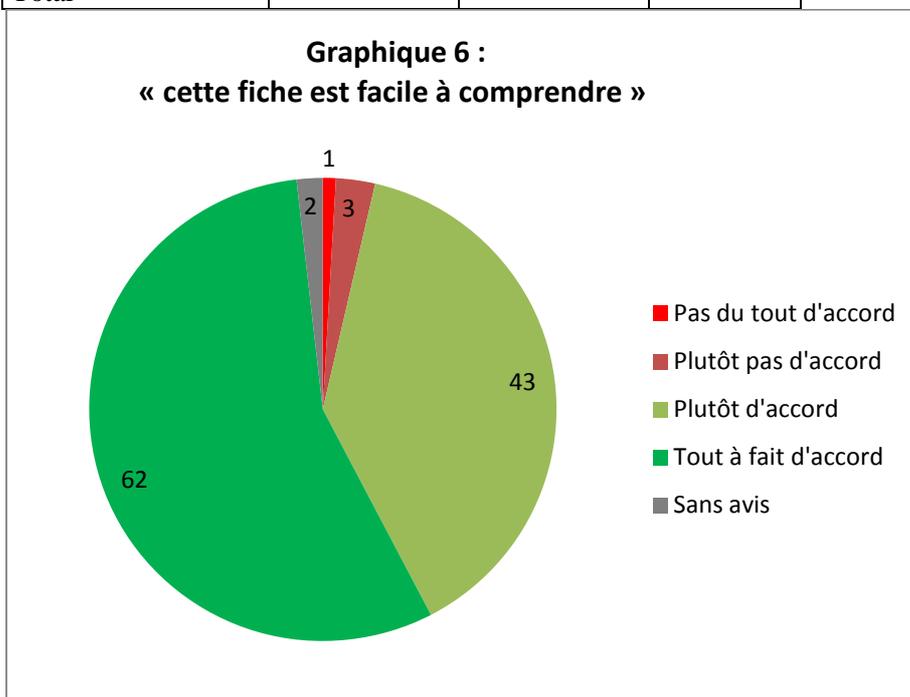
Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

#### 4-4) Compréhension générale de la fiche et facilité d'application du partage de responsabilités

La fiche de recommandations est jugée plutôt simple à comprendre pour la grande majorité des sondés (94,6% tout à fait d'accord et plutôt d'accord). Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

**Tableau 7** *Que pensez-vous de l'affirmation « cette fiche est simple à comprendre » ?*

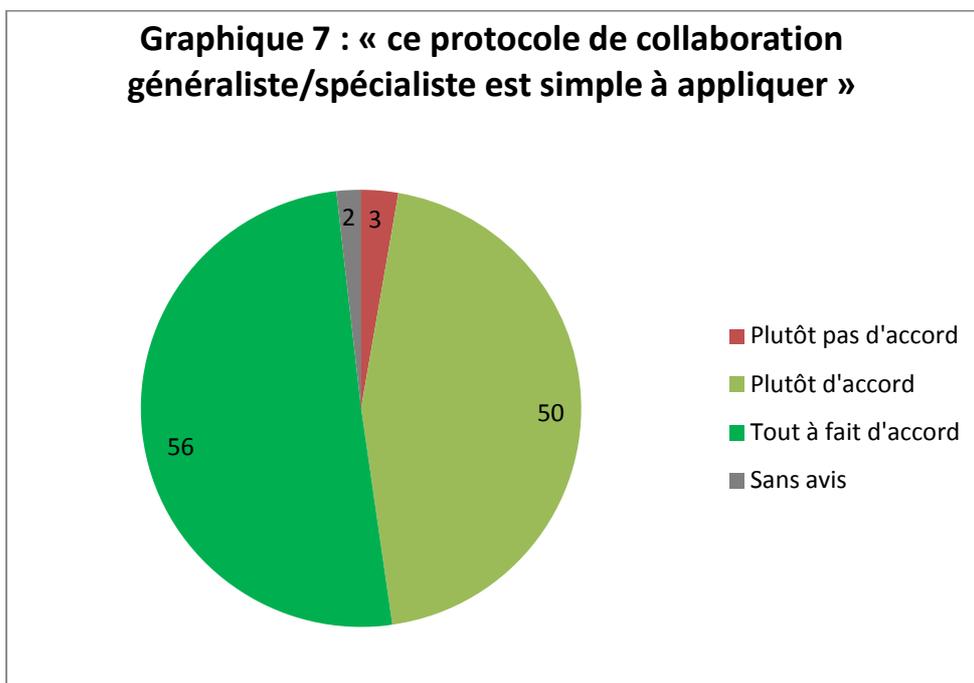
	Déjà traité Hp et connaissance de la fiche	Non connaissance de la fiche ou jamais traité Hp	Total
Pas du tout d'accord	0 0,0%	1 1,8%	1 0,9%
Plutôt pas d'accord	2 3,7%	1 1,8%	3 2,7%
Plutôt d'accord	17 31,5%	26 45,6%	43 38,7%
Tout à fait d'accord	34 62,5%	28 49,1%	62 55,8%
Sans avis	1 1,9%	1 1,8%	2 1,8%
Total	54	57	111



Ce partage de compétences gastro-entérologue/médecin généraliste est jugé simple à appliquer par 95,5% de l'ensemble des sondés, sans différence significative entre les deux groupes.

**Tableau 8** *Que pensez-vous de l'affirmation « ce protocole est simple à appliquer » ?*

	Déjà traité Hp et connaissance de la fiche	Non connaissance de la fiche ou jamais traité Hp	Total
Pas du tout d'accord	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Plutôt pas d'accord	0 0%	3 5,3%	3 2,7%
Plutôt d'accord	19 35,2%	31 54,4%	50 45,0%
Tout à fait d'accord	34 63,0%	22 38,6%	56 50,5%
Sans avis	1 1,9%	1 1,8%	2 1,8%
Total	54	57	111



A l'analyse des réponses libres concernant l'utilisation de la fiche, quatre répondants ont exprimé leur avis positif, parlant de « très bon outil » « utile et pratique », « simplifie le travail du médecin généraliste », « systématise les pratiques ».

Un médecin suggère que « chaque médecin devrait le recevoir personnellement en petit format ».

Un médecin explique qu'il a découvert cette fiche de recommandations en formation médicale continue, un autre lors d'une recherche sur internet.

Un pense surtout l'utiliser pour vérifier les posologies des médicaments.

Plusieurs questions sur le fond se posent :

- la fréquence du dépistage,
- « quand adresser le patient au gastro-entérologue ? » dans le cadre du dépistage, « indication de gastroscopie en fonction des symptômes ? »,
- l'intérêt de cibler les populations à risque : « j'ai une grosse clientèle turque, ils sont porteurs à 85% »,
- l'intérêt d'une sérologie sans gastroscopie,
- l'intérêt du dépistage de l'entourage familial d'un patient infecté par Hp,
- l'intérêt du « test respiratoire en première intention dans le diagnostic »,

- la durée des inhibiteurs de la pompe à protons : « on suppose que le traitement ne dure que 10 jours »,
- deuxième ligne de traitement en cas d'allergie aux bêta-lactamines qui n'est pas clairement expliquée : « même si on se doute que dans ce cas : prise en charge par le gastro-entérologue ».

Un répondant se demande si les gastro-entérologues sont tous d'accord sur ces recommandations car il voit des pratiques différentes.

Un répondant soulève le problème du test à l'urée marquée qui ne serait pas disponible partout d'après lui « notamment en prison où la prévalence d'Hp est très élevée ».

Un sondé trouve la fiche « un peu culpabilisante, sans doute parce que l'Hp est sous diagnostiqué ».

## 5) Ressenti :

Concernant le ressenti des sondés pris dans leur ensemble, ont été rejetées majoritairement (plutôt pas d'accord et pas du tout d'accord) les affirmations suivantes :

- charge de travail supplémentaire (78,4%),
- délégation injustifiée de tâche (88,3%),
- mauvaise considération de sa compétence par le gastro-entérologue (94,6%).

Ces tendances sont plus marquées chez les médecins généralistes qui connaissent la fiche que chez ceux qui la découvrent.

- 87% vs 70,2% ( $p < 0.05$ ) ne jugent pas que le gastro-entérologue donne du travail supplémentaire,
- 96,3% vs 80,7% ( $p < 0.05$ ) ne trouvent pas que cette délégation de compétence est injustifiée ce qui est statistiquement significatif,
- 94,4% vs 94,7% (non significatif) ne se sentent pas considérés comme incompetents par le spécialiste.

Les sondés dans leur ensemble n'ont pas l'impression que le patient est ou serait mécontent de devoir revoir son médecin traitant : 91,9% plutôt et pas du tout d'accord avec cette affirmation.

Ont été accueillies favorablement (d'accord et tout à fait d'accord) les notions :

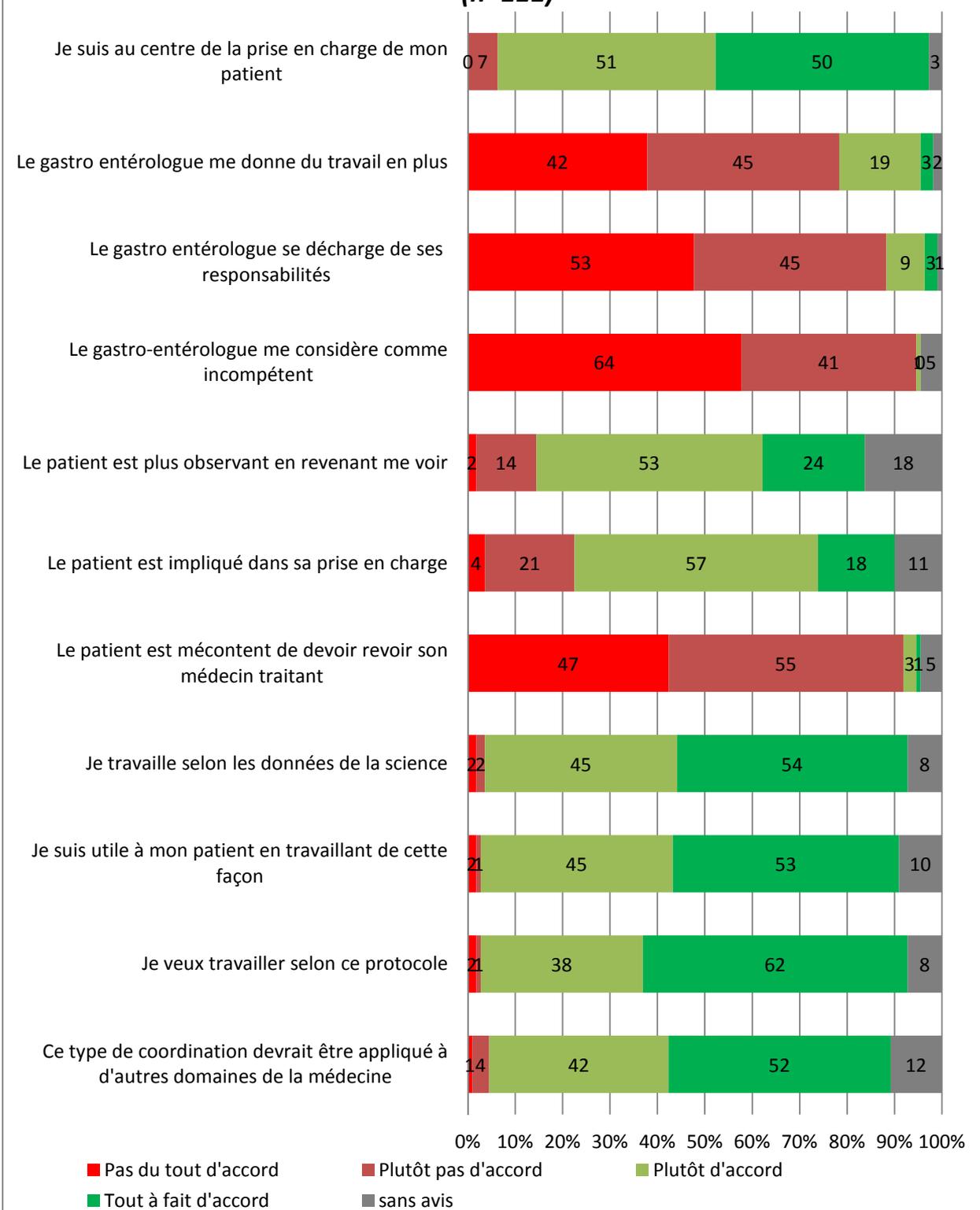
- d'evidence-based medicine (89,2%),
- d'utilité pour le patient (88,3%),
- de remise au centre du généraliste dans la prise en charge du patient (91%).

En ce qui concerne l'implication du patient dans sa prise en charge et sa meilleure observance, les avis sont moins marqués, avec avis favorable à seulement 67,6% et 69,4%.

90,1% des sondés dans leur ensemble sont favorables à travailler avec ce protocole pour la prise en charge d'Hp.

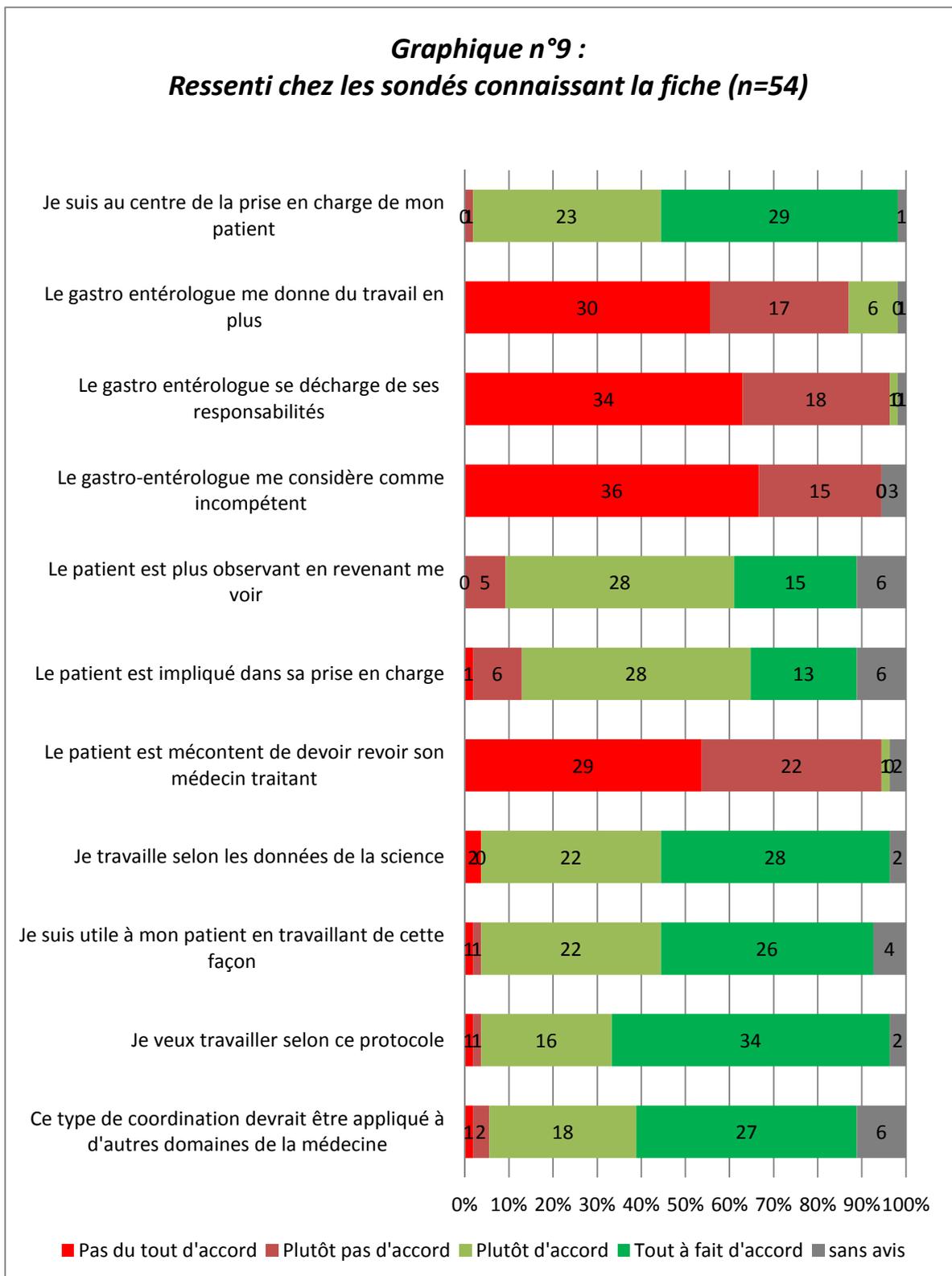
84,7% pensent que ce type de protocolisation pourrait être appliqué à d'autres domaines médicaux.

**Graphique n°8 : Ressenti chez l'ensemble des sondés  
(n=111)**



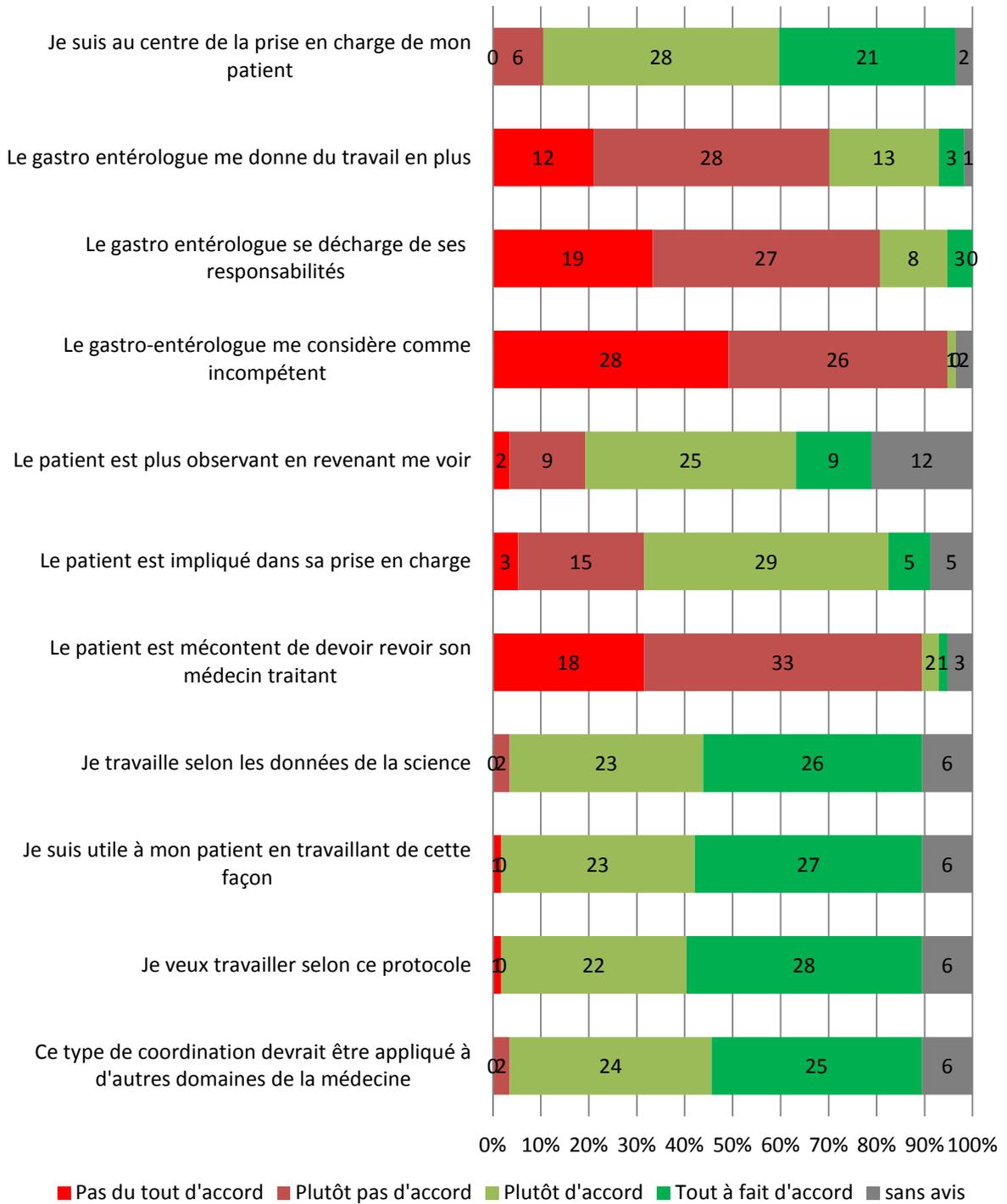
Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

Les graphiques 9 et 10 précisent le ressenti en fonction de la connaissance ou non de la fiche.



Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

**Graphique n°10 : Ressenti chez les sondés ne connaissant pas la fiche ou n'ayant jamais traité Hp (n=57)**



A l'analyse des réponses libres en ce qui concerne le ressenti, quatre commentaires sont positifs : « bonne réalisation de la relation patient médecin traitant », « modèle » de collaboration généraliste/spécialiste à suivre, protocole tout à fait adapté car « modification des recommandations fréquentes et séquence de traitement à respecter », simplification du travail.

Deux répondants se sentent rassurés d'une actualisation de leurs pratiques, un autre souligne qu'il s'agit pour lui d' « un accord d'expert et pas d'evidence based medicine ».

Une remarque est franchement négative « les médecins généralistes lisent aussi les recommandations, il n'est pas toujours nécessaire de les bombarder de protocoles ».

Un exprime que « tout ne peut pas être protocolisé, et heureusement ».

Un sondé se pose la question de la sécurité de l'emploi de la quadrithérapie bismuthée.

Deux répondants expliquent leur inexpérience de l'infection à Hp.

Un montre son implication dans la prise en charge de l'infection à Hp par l'histoire d'un de ses patients décédé d'un cancer de l'estomac.

Un suggère une protocolisation d'un autre type où le patient repart avec son ordonnance d'antibiotiques après une gastroscopie et où le gastro-entérologue le rappelle pour prendre ou non son traitement.

Un n'a pas compris le protocole : « ces fiches n'ont pas à être envoyées à chaque malade mais diffusées aux médecins généralistes », il suggère de regrouper toutes les recommandations des spécialistes pour le médecin généraliste sur un site dédié et actualisé régulièrement.

Deux répondants expriment les difficultés à obtenir un rendez-vous chez un gastro-entérologue (attente téléphonique et délais de consultation).

# -Discussion-

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

## 1) Population :

La population interrogée dans cette étude est beaucoup plus jeune (38 ans en moyenne) que celle ciblée, c'est-à-dire l'ensemble des médecins généralistes de Savoie et Haute-Savoie.

Cela est dû au mode de diffusion, touchant plus facilement une population jeune, qui est familiarisée avec internet, inscrite sur les mailing lists de formation médicale continue et qui se sent impliquée dans le travail des internes. Ces jeunes médecins généralistes ont intégré dans leur formation initiale le fait que leurs connaissances doivent être sans cesse actualisées. Ils acceptent volontiers ce genre de démarche de protocolisation de soins qui permet plus facilement d'être au courant des dernières recommandations.

En gardant à l'idée que c'est cette génération qui est en train de remplacer celle formée dans les années 70, leurs avis restent intéressants pour construire la médecine de demain.

Le faible taux de participation au questionnaire en ligne (18%) est classique pour ce genre de diffusion.

Il faut noter les variations d'effectifs dans les tableaux de données statistiques, dues aux réponses incomplètes. En effet plusieurs sondés ont notamment arrêté de répondre à la page des données sociodémographiques, malgré le rappel de l'anonymisation des données.

## 2) Diffusion de la fiche de recommandations :

La diffusion très médiocre de cette fiche (seulement la moitié des sondés la connaissent), malgré quatre ans d'utilisation dans le bassin annécien, ne peut être en partie expliquée par la prévalence en baisse de l'infection à Hp dans la population générale. En effet la fiche est envoyée indépendamment des résultats.

Dans le bassin annécien, les médecins généralistes adressent également leurs patients dans le secteur privé pour une gastroscopie. Or les cliniques ne diffusent pas, à ce jour, cette fiche de recommandations, bien que n'y figure plus le nom de l'hôpital. Une coopération entre les gastro-entérologues libéraux et ceux de l'hôpital serait souhaitable, dans l'intérêt de l'amélioration des pratiques.

## 3) Forme et contenu de la fiche :

Les sondés étaient globalement satisfaits de la forme de la fiche (97,2% la trouve claire). Il a été très difficile d'analyser méthodiquement l'ordre de consultation de chaque partie étant donné la construction des questions. De plus, cette question fastidieuse à compléter a pu être remplie sans prendre le temps de la réflexion, ou avoir subi l'effet Hawthorne, c'est-à-dire que les réponses ont pu être influencées par l'idée d'être observé.

Il est difficile au vu des réponses libres de conclure s'il faut synthétiser ou développer certains points abordés par la fiche. Il semble qu'un échange avec un gastro-entérologue afin d'obtenir des explications supplémentaires serait un plus, au cours d'une séance de Formation Médicale Continue par exemple. La fiche pourrait être modifiée en partant de situations cliniques (instauration d'un anti-inflammatoire, antécédent familial de cancer gastrique...) et en définissant le test le plus approprié.

Il serait intéressant de préciser les effets indésirables attendus et/ou fréquents des traitements pour améliorer l'observance des patients :

- pour l'amoxicilline : dyspepsie, diarrhée, céphalées,
- pour la clarithromycine : dyspepsie, diarrhées, interactions médicamenteuses nombreuses,
- pour le métronidazole : goût métallique dans la bouche, dyspepsie, effet antabuse,
- pour la tétracycline : dyspepsie, photosensibilité,
- pour les sels de bismuth : aspect foncé de la langue et des selles, nausées, dyspepsie. (10)

Une harmonisation des encadrés et couleurs pourraient également être envisagée.

#### 4) Utilisation de la fiche :

##### 4-1) Diffusion informatique

Très peu des sondés savaient qu'on pouvait retrouver cette fiche sur la première page du site [helicobacter.fr](http://helicobacter.fr) (14% de ceux qui connaissaient la fiche). La forme papier reste celle majoritairement consultée mais sera certainement supplantée par celle informatisée avec l'arrivée des jeunes médecins. Ils la retrouveront directement sur le site internet dont le nom est facile à mémoriser et est inscrit en bas de la fiche. Cette fiche a été téléchargée 17 471 fois du 1<sup>er</sup> août 2013 au 1<sup>er</sup> août 2014.

Les remarques sur un site pluridisciplinaire de référence d'accès rapide et facile sont intéressantes. En effet le domaine de compétence du médecin généraliste est très large et il est en difficulté quant à l'actualisation de ses connaissances. Le site [www.antibiocliv.com](http://www.antibiocliv.com) est un outil très utilisé pour le choix d'une antibiothérapie en premier recours. Le site <http://drefc.sfm.org> recense les recommandations par spécialité. Le traitement de l'infection à Hp y est traitée, il pourrait être proposé aux auteurs un lien vers la fiche de recommandations du GEFH.

Sa facilité d'emploi ressentie doit encourager à la proposer dans le maximum de sites de références de spécialistes également. Elle est déjà présente sur le site <http://www.fmcgastro.org> (formation médicale continue de la Société Nationale Française de Gastro Entérologie), mais pourrait aussi l'être sur ceux du CREGG (Club de réflexion des cabinets et groupes d'hépto-gastroentérologie) ou de l'ANGH (Association nationale des hépto-gastro-entérologues des hôpitaux généraux).

#### 4-2) Fréquence d'utilisation

Les réponses aux questions de fréquence d'utilisation sont probablement influencées par un biais de mémorisation, l'effet Hawthorne et la longueur des questions elles-mêmes. Cependant ces réponses suggèrent une utilisation importante : près des trois-quarts de ceux qui connaissent la fiche s'y reportent toujours ou la plupart du temps. Ceux qui ne la connaissaient pas sont 9 sur 10 à penser s'y référer au moins une fois sur deux.

On voit d'ailleurs que c'est la partie schéma de traitement qui reste toujours la plus regardée que le médecin ait déjà utilisé ou non la fiche. Le peu d'expérience d'éradication par les médecins généralistes, qui est exprimé dans plusieurs commentaires, justifie en soit la diffusion d'une fiche de recommandations à jour. Il permet d'éviter des échecs de traitement ou des traitements inadaptés qui pourraient entraîner des résistances supplémentaires de Hp.

Certaines parties sont moins regardées qu'il n'est prévu de s'y référer dans le groupe qui connaissait la fiche que dans le groupe de ceux qui ne la connaissaient pas. Il s'agit de :

- « Quel test utiliser et quand ? » (40.7% vs 68.4%)
- « Pourquoi contrôler systématiquement un traitement d'éradication » (25.9% vs 28.1%)
- « Recommandations de recherche et d'éradication d'Hp » (42.6% vs 68.4%)
- Modalités pratiques du test à l'urée marquée (40.7% vs 68.4%)

On peut alors supposer que ces notions sont acquises chez les sondés qui avaient déjà eu à éradiquer Hp à l'aide de la fiche. On peut aussi supposer qu'au cours d'une consultation, le médecin pressé par le temps ne se reporte devant son patient qu'aux modalités pratiques de prescription.

## 5) Questions des sondés sur le fond, non résolues par la fiche :

Certaines questions des sondés ne sont pas éclaircies par la fiche.

### 5-1) Durée des IPP

D'après Maastricht(6) , il n'est pas recommandé de poursuivre les IPP après le traitement d'éradication en cas d'ulcère duodéal non compliqué (niveau de preuve 1a, grade de recommandation A). En cas d'ulcère gastrique même non compliqué ou en cas d'ulcère duodéal compliqué, il est recommandé de les poursuivre plusieurs semaines (niveau de preuve 1b, grade de recommandation A). La durée de poursuite des IPP préconisée est de 3 à 7 semaines pour la Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE) (11).

### 5-2) Stratégie du « test and treat »

Un test non invasif en première intention est approprié pour les dyspepsies dans une population où la prévalence de Hp est élevée (>20%). Cette attitude n'est pas retenue en France devant une prévalence plus faible de l'infection et un recours aisé à l'endoscopie (7). En présence de signe d'alarme (perte de poids, dysphagie, ulcère-gastro duodéal hémorragique, masse abdominale, carence en fer, âge supérieur à 45-50 ans), une endoscopie est de toute façon nécessaire.

La recherche et l'éradication de Hp sont recommandées en cas de prise d'AINS ou d'aspirine à faible dose chez des patients ayant un antécédent d'ulcère compliqué ou non. En cas d'antécédent familial de cancer gastrique au premier degré, le dépistage de l'infection à Hp par test respiratoire paraît suffisant chez les sujets jeunes pour prévenir les lésions précancéreuses (7). Au-delà de 40 ans une gastroscopie doit être réalisée pour faire des prélèvements.

La place de l'endoscopie dans le suivi concerne les cas de lésions pré-néoplasiques : atrophie sévère fundique, métaplasie intestinale et dysplasie (niveau de preuve 2c, grade de recommandation A).

### 5-3) Modalités pratiques du test à l'urée marqué

Le test à l'urée marquée est un test qui consiste à faire boire une solution contenant de l'urée marquée avec un isotope non radioactif. Le patient doit être à jeun, avoir stoppé tout antibiotique depuis 4 semaines et tout antisécrétoire depuis 2 semaines. On laisse la solution au contact de l'estomac 30 min puis on recueille l'air expiré dans un tube à essai à l'aide d'une paille pour mesurer la quantité d'urée marquée. Ce test n'est pas douloureux et n'a pas de contre-indication (notamment pour la femme enceinte ou l'enfant). Il peut être réalisé par n'importe quel laboratoire de prélèvement et le préleveur n'a pas besoin d'une formation particulière. Le kit est disponible en pharmacie et contient un mode d'emploi.

***Image 1 : exemple du test Helikit® test respiratoire à l'urée marquée destiné à dépister les infections dues à Hp.(12)***



Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

*Image 2 : réalisation d'un test respiratoire à l'urée marquée destiné à dépister les infections dues à Hp, exemple du test Helikit®.(12)*

## Survol de l'administration du test

Guide étape par étape de l'utilisation de la trousse Helikit<sup>MC</sup> :

1. Le patient exhale une expiration normale dans l'éprouvette de référence dûment étiquetée.



2. La solution au 13C est alors consommée.

3. Après 30 minutes, le patient exhale une seconde expiration dans la deuxième éprouvette.



4. Le contenu des deux éprouvettes est ensuite analysé par spectrométrie de masse.



#### 5-4) Quand faut-il dépister et à quelle fréquence ? Quelle surveillance après une éradication d'Hp ?

L'infection à Hp est généralement acquise dans l'enfance (5). L'infestation ou la réinfection à l'âge adulte, en particulier dans les pays développés où la prévalence de l'infection est faible, est exceptionnelle. Il n'y a donc pas lieu de tester plusieurs fois un adulte. Une éradication chez un adulte doit être considérée comme définitive (13).

Après une éradication, une muqueuse gastrique au stade inflammatoire guérit complètement. En revanche, l'atrophie surtout sévère, la métaplasie intestinale ou la dysplasie persistent. Une surveillance endoscopique avec biopsie doit alors être proposée par le gastro-entérologue.

#### 6) Ressenti des médecins :

La formulation des questions de ressenti essaie, tant que possible, d'éviter d'influencer les réponses.

Certaines répondent très concrètement aux questions que se pose le gastro-entérologue utilisateur de la fiche : le médecin généraliste a-t-il l'impression de recevoir du travail en plus ou que ses compétences sont mises en doute ? Les résultats sont rassurants sur ces questions précises.

## 6-1) Niveau de preuve des recommandations

Les médecins généralistes font confiance à la fiche pour donner une marche à suivre juste, puisque 89,2% sont favorables à l'affirmation « je travaille selon les données de la science ». Un sondé signale que la fiche relève plutôt d' « accord d'experts » que d' « evidence based medicine ». Les recommandations de Maastricht IV (6) relèvent pour la plupart de niveaux de preuve importants.

**Tableau 9 : recommandations selon la conférence de Maastricht IV**

Grade of recommendation*	Evidence level	Type of studies
A	1	1a Systematic review of randomised controlled trial (RCT) of good methodological quality and with homogeneity
		1b Individual RCT with narrow CI
		1c Individual RCT with risk of bias
B	2	2a Systematic review of cohort studies (with homogeneity)
		2b Individual cohort study (including low quality RCT, eg <80% follow-up)
		2c Non-controlled cohort studies/ecological studies
	3	3a Systematic review of case-control studies (with homogeneity)
		3b Individual case-control study
C	4	Case series/poor quality cohort or case-control studies
D	5	Expert opinion without explicit critical appraisal or based on physiology, bench research or 'first principles'

\*The highest grade of recommendation does not always correspond to the highest evidence level.

Concernant le diagnostic de l'infection par Hp	Niveau de preuve	Grade de recommandation
« Une sérologie [...] doit être pratiquée si le patient a consommé récemment des antibiotiques ou des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) »	1b	B
« Chez les patients traités IPP, ils doivent être stoppés si possible 2 semaines avant de réaliser une recherche par culture, histologie, test à l'uréase [i.e. endoscopie dans les 3 cas], test à l'urée marqué [...] »	2b	B
« si ce n'est pas possible, une [...] sérologie peut être réalisée »	2b	B

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

Concernant les indications de recherche de l'infection à Hp	Niveau de preuve	Grade de recommandation
« L'infection à Hp est le plus important facteur de risque dans le cancer gastrique. Son éradication est la stratégie de réduction de l'incidence du cancer gastrique la plus prometteuse »	1a	A
« Il y a des preuves importantes que l'éradication d'Hp réduit le risque de cancer gastrique »	1c	A
« Le risque de cancer gastrique peut être réduit plus efficacement par le traitement avant le développement de lésions pré néoplasiques »	1a	A
« Il existe de très nombreuses preuves qu'après éradication d'Hp, les fonctions du corps gastrique s'améliorent. Par contre, l'association avec une régression de la gastrite atrophique reste équivoque »	2a	B
« Il n'y a pas de preuve que l'éradication d'Hp puisse entraîner une régression des lésions métaplasiques intestinales »	2a	B
« L'éradication d'Hp est la première ligne de traitement des lymphomes du MALT de bas grade »	1a	A
« L'infection par Hp est associée à un risque plus important d'ulcères gastro-duodénaux compliqués et non compliqués chez les utilisateurs d'Anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et de petites doses d'aspirine »	2a	B
« L'éradication d'Hp réduit le risque d'ulcère gastro-duodénaux compliqués et non compliqués chez les utilisateurs AINS et de petites doses d'aspirine »	1b	A
« Eradiquer Hp est bénéfique avant de commencer un traitement par AINS. Cela doit être systématique chez les patients avec un antécédent d'ulcère peptique »	1b	A
« De plus, l'éradication seule ne réduit pas le risque d'ulcères gastro-duodénaux chez les patients qui utilisent déjà des AINS au long cours. Cela nécessite un traitement par IPP en plus »	1b	A
« Une recherche d'Hp devrait être réalisée chez les consommateurs d'aspirine qui ont un antécédent d'ulcère gastro-duodéal. L'incidence au long terme d'ulcère gastro-duodéal hémorragique est bas chez ces patients après éradication d'Hp même en l'absence d'IPP »	2b	B
« L'éradication d'Hp soulage sur le long terme un patient sur 12 souffrant de dyspepsie ce qui est plus efficace que n'importe quel traitement »	1a	A
« L'éradication d'HP chez les patients recevant des IPP au long cours guérit la gastrite et empêche la progression de la gastrite atrophique. Il n'y a par ailleurs pas de preuve que cela réduise le risque de cancer gastrique »	1b	A
« Il y a un lien évident entre Hp et l'étiologie de [plusieurs maladies extra-digestives] sans autre explication. En conséquence, Hp doit être recherché et éradiqué en ce qui concerne	1a	A
✓ l'anémie par carence en fer	1b	A
✓ le purpura thrombopénique idiopathique	3b	B
✓ le déficit en vitamine B12 »		

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

Concernant le traitement	Niveau de preuve	Grade de recommandation
« L'abandon de la triple thérapie classique dans les pays avec résistance élevée d'Hp à clarithromycine relève d'un accord d'expert. Le niveau de résistance limite a été fixé à 15-20% »	5	D
« Dans les régions de forte résistance à la clarythromycine, une quadrithérapie contenant des sels de bismuth est recommandée en première ligne de traitement. Si non disponible, un traitement séquentiel ou une quadrithérapie sans sels de bismuth peut être utilisée »	1a	A
« Chez les patients allergiques à la pénicilline, [...] dans les régions de forte résistance à la clarythromycine, une quadrithérapie contenant des sels de bismuth doit être utilisée »	2c	B

Concernant le suivi après traitement	Niveau de preuve	Grade de recommandation
« Le test respiratoire à l'urée marquée [...] est recommandé comme test non invasif pour déterminer le succès du traitement d'éradication. Il n'y a pas de place pour la sérologie » (1a, A)	1a	A
« Le délai pour tester le succès de l'éradication après traitement est de 4 semaines minimum après la fin du traitement »	2b	B

## 6-2) Implication du patient

En ce qui concerne l'implication du patient dans sa prise en charge et de meilleure observance, les avis sont moins marqués avec seulement un peu plus de deux tiers d'opinion favorable. Il n'existe, en effet, qu'une seule étude unicentrique à faible effectif qui montre une amélioration de la prise en charge du patient (9). Les raisons évoquées aux résultats de la thèse du Dr P CROZE sont :

- Moins de patients perdus de vue après gastroscopie,
- Meilleure observance du patient au traitement et au contrôle d'éradication,
- Meilleure connaissance des médecins généralistes des enjeux, du traitement et des moyens de contrôler l'éradication de l'infection à Hp.

Il serait intéressant de réitérer cette étude dans d'autres centres et, si possible, avec critères de jugement plus solides (diminution des récurrences ou des complications chez les patients infectés par Hp).

## 6-3) Question supplémentaire : l'intérêt général sur l'intérêt personnel à la prescription d'antibiotiques

Les sondés auraient pu être interrogés quant à l'impression d'ajouter une pression antibiotique à la population générale de façon excessive. En effet, la multitude des situations cliniques impliquant l'éradication d'Hp (AINS ou IPP au long cours, dyspepsies, anémies...) pourrait conduire à de nombreuses prescriptions, parfois stoppées précocement ou prises de façon inadaptée. Le packaging des médicaments en France favorise les stocks personnels de « reste » d'antibiotiques consommés en auto médication.

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

## 7) Situation actuelle à Annecy

L'infection à Hp est loin d'être anecdotique puisque dans le cadre d'une étude en cours franco-portugaise(14), on recense au centre hospitalier d'Annecy 46 cas histologiques en 2 mois sur 155 gastroscopies (prévalence 23%). Ont été initiés par le gastro-entérologue 10 traitements et 36 ont été délégués au médecin généraliste.

## 8) Intérêt du dépistage d'Hp chez les patients asymptomatiques :

### 8-1) En France

Un rapport de la HAS de avril 2010 (2) se prononce en défaveur du dépistage et du traitement de l'infection à Hp en population générale. Les études médico-économiques évaluées dans ce rapport n'ont pas été réalisées dans le contexte français, et plusieurs éléments limitent leur transposabilité car :

- il s'agit d'études pour la plupart dans des populations où la prévalence d'Hp et de cancer gastrique est élevée ; par ailleurs le rapport coût-efficacité augmentait rapidement avec une diminution de ces prévalences ;
- les coûts considérés varient entre les études et notamment la plupart ne prennent pas en compte la réalisation d'un contrôle d'éradication d'Hp et d'un éventuel traitement de seconde ligne ;
- l'impact d'une augmentation de la résistance bactérienne liée à une administration large d'antibiotiques n'a pas été considéré.

Les inconvénients prévisibles sont : des effets indésirables fréquents liés au traitement et l'évolution des résistances bactériennes.

Une prévention primaire n'est pas envisageable car les modes de transmission de l'infection à Hp sont mal connus et les recontaminations sont fréquentes dans la population à forte prévalence jusqu'à l'adolescence (13). La vaccination est encore à l'étude mais la population cible d'une telle vaccination n'est pas définie.

Les populations asymptomatiques présentant un risque accru de cancer ou d'ulcère gastrique retenues par ce rapport sont :

- les personnes présentant des antécédents familiaux de cancer gastrique au 1<sup>er</sup> degré cours (population déjà ciblés dans les recommandations)
- les personnes prenant des AINS au long cours (population déjà ciblés dans les recommandations)
- les patients fumeurs.

Il n'a pas été question des migrants originaires de pays à risque élevé de cancer gastrique.

## 8-2) Ailleurs dans le monde

Dans les pays de la région Asie-Pacifique, un dépistage d'Hp en population asymptomatique est recommandé dans les populations présentant une incidence élevée de cancers gastriques (niveau de preuve 1, grade A) par la conférence de consensus Asia-Pacific de 2008 (15). La recherche et le traitement d'Hp ne doit pas faire stopper les

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

programmes de prévention du cancer gastrique déjà existants (niveau de preuve IV, grade de recommandation C). Il s'agit :

- au Japon, d'une endoscopie ou d'un transit barité oeso-gastro-duodéal après 40 ans,
- en Corée, d'une endoscopie ,
- sur les Iles Matsu à Taiwan, d'un pepsinogène sanguin suivi d'une endoscopie si le taux est bas.

Cette recherche devrait être réalisée 10 à 20 ans avant l'âge moyen du cancer gastrique de la population concernée et pas chez l'enfant qui peut se réinfecter (niveau de preuve IV, grade de recommandation C). La sérologie est recommandée comme test de recherche (niveau de preuve 2b, grade de recommandation B). Il n'est pas nécessaire de répéter le test (niveau de preuve 3, grade de recommandation B). Il n'est pas nécessaire de contrôler l'éradication (niveau de preuve 4, grade de recommandation C).

Au Canada, le dépistage est notamment recommandé par un rapport de 2004 chez les autochtones et personnes originaires de pays à risque élevé de cancer gastrique (Asie, certains pays d'Europe et d'Amérique du Sud) (16).

Au Royaume-Uni, le national screening committee ne recommande pas le dépistage du cancer gastrique chez les personnes asymptomatiques dans son rapport de 2009 (17).

Les recommandations de Maastricht (6) préconisent une stratégie de détection et traitement de l'infection dans les communautés à forte prévalence de cancer gastro-duodéal (niveau de preuve 2c, grade de recommandation A).

## 9) Quadrithérapie bismuthée :

Un sondé émet des réserves quant à l'utilisation des sels de bismuth. Le bismuth, utilisé largement depuis le 19<sup>ème</sup> siècle dans l'ulcère gastro-duodéal et dans diverses indications digestives (diarrhée, constipations, colites) a été retiré du marché dans les années 70 à cause de ses effets indésirables rares mais graves. Le bismuth était utilisé par voie orale à raison de 5g à plus de 30g par jour, en traitement continu sur de longues périodes. Des encéphalopathies ont été décrites, le plus souvent réversibles avec troubles de la marche, de l'écriture et de la parole, puis troubles de la conscience et myoclonies. En France, 645 cas ont été décrits dont 72 ont entraîné la mort. Les mécanismes en cause ne sont pas élucidés. Ces effets ne sont pas doses dépendantes et ont été décrits avec des doses de moins de 5g/j (18).

En juin 2013, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) autorise à nouveau une association contenant des sels de bismuth : le pylera® (140mg de sous citrate de bismuth potassique+125mg de métronidazole+125mg de tétracycline) dans l'indication « en association à l'oméprazole, dans l'éradication de Hp et la prévention des récives d'ulcères gastro-duodéaux chez le patient ayant un ulcère actif ou un antécédent d'ulcère associé à Hp. La commission de transparence de la Haute autorité de santé a considéré que « pylera® apporte une amélioration du service médical rendu mineur (niveau de preuve IV) dans la prise en charge de l'éradication d'Hp » (19).

La revue Prescrire en février 2013 estime que la quadrithérapie bismuthée est probablement souvent plus active en Europe que la trithérapie de référence de l'époque (oméprazole + amoxicilline + clarithromycine) mais que l'incertitude sur les effets indésirables neurotoxiques incite à l'éviter(18).

Cette conclusion ne prend pas en compte l'évolution des recommandations de traitement qui mettent en première intention la quadrithérapie bismuthée au même rang que le traitement séquentiel. De plus la dose journalière est bien inférieure à celles utilisées auparavant (1g680 versus 5 à 30g) et la durée de traitement est courte : 10 jours. En raison des doutes sur l'observance du traitement (effets indésirables digestifs fréquents) et des possibles effets neurologiques, l'HAS maintient une veille documentaire dans le cadre d'un plan de gestion du risque mené par l'ANSM(19).

## -Conclusion-

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

**THÈSE SOUTENUE PAR : Mme Alix Moëgne-Loccoz**

**TITRE :** Protocole de prise en charge conjointe généraliste/spécialiste de l'infection à *Helicobacter pylori* à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste

**CONCLUSION :**

La fiche de recommandations du GEFH, qui coordonne le travail du gastro-entérologue et du médecin traitant, a prouvé qu'elle apportait une amélioration des pratiques pour la prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori*. Cette nouvelle étude montre qu'elle est acceptée de façon positive par les médecins généralistes.

Les résultats mettent en évidence une utilisation importante de la fiche chez les sondés qui l'avaient déjà vue (75,8%). Parmi ceux qui la découvrent, 87,7% pensent désormais s'y référer régulièrement.

Elle est considérée comme claire (87%) et simple à comprendre (95%). Elle donne le sentiment de travailler selon les données de la science (89%).

Le médecin généraliste n'a pas l'impression d'être dévalorisé par le gastro-entérologue qui lui confie la suite de la prise en charge mais au contraire d'être bénéfique à son patient (88%) et d'être au centre de sa prise en charge (95%). Il trouve ce protocole de collaboration facile à appliquer (95%).

90,1% des sondés sont favorables à travailler avec ce protocole, 84,7% seraient favorables à une procédure de ce type dans d'autres domaines médicaux.

Il s'agit donc d'un outil simple, utile et efficace pour améliorer la prise en charge de l'infection à Hp. Cette fiche de recommandations a sa place dans une diffusion au niveau national via les sites de référence des médecins généralistes comme celle des spécialistes gastro-entérologues ou infectiologues.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le 12/2/2015

LE DOYEN

J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR B. BONAZ



## -Bibliographie-

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

1. Brenner H, Rothenbacher D, Arndt V. Epidemiology of Stomach Cancer. In: Verma M, éditeur. Cancer Epidemiology . Humana Press; 2009. p. 467-77.
2. Jeanblanc G, Pham-Orsetti H. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection à *helicobacter pylori*, Pertinence et populations concernées; 2010 avr.
3. Vongmany M, coordinateur. Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'Institut National du Cancer : Boulogne-Billancourt; 2014 janv.
4. Abrégé d'Hépatogastro-entérologie (page consultée le 3 sept 2014). SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [en ligne]. <http://www.snfge.org/content/abrege-dhepato-gastro-enterologie>
5. DE KORWIN J-D. Épidémiologie de l'infection à *Helicobacter pylori* et du cancer gastrique : infection à *H. pylori* et cancers gastriques. Rev Prat. 2014;64(2):189-93.
6. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon ATR, Bazzoli F, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Gut. 5 janv 2012;61(5):646-64.
7. Lamarque D, Burucoa C, Courillon-Mallet A, De Korwin JD, Delchier JC, Fauchère JL, Nicolas Kalach, Labigne A, Lehours P, Mégraud F, Raymond J. Révision des

Moëne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

recommandations françaises sur la prise en charge de l'infection par *Helicobacter pylori*.

8. Martin J-C, Bredin C, De Korwin J-D. Le contrôle de l'éradication de *Helicobacter Pylori*. Etude prospective comparative dans deux centres hospitaliers de l'Est de la France [Thèse de Doctorat d'université, Médecine]. Nancy: Université Henri Poincaré Faculté de Médecine; 2009.
9. Croze P. Amélioration de la prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori* en médecine générale : impact de l'instauration d'une fiche protocolisée jointe aux compte-rendus de gastroscopie au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy [Thèse de Doctorat d'université, Médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine; 15 sept 2011.
10. Courillon-Mallet A, Lamarque D. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie Conseil de pratique Infection à *Helicobacter pylori* de l'adulte; 2012.
11. Isodiagnostika, une division de Paladin Labs Inc. (page consultée le 11/12/14). Helikit test respiratoire à l'urée. <http://www.helikit.com/fr/test-respiratoire-a-uree>.
12. Fock KM, Talley N, Moayyedi P, Hunt R, Azuma T, Sugano K, et al. Asia-Pacific consensus guidelines on gastric cancer prevention. *J Gastroenterol Hepatol*. mars 2008;23(3):351-65.
13. Courillon-Mallet A. Quelle surveillance après éradication d'*Helicobacter pylori* ? *Rev Prat*. 2014; 64(2):211-3.

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

14. Courillon-Mallet A, Heluwaert F, Bour B, Nahon S, Lesgourgues B. Pylori hebdo. 2015.
15. Fock KM, Talley N, Moayyedi P, Hunt R, Azuma T, Sugano K, et al. Asia-Pacific consensus guidelines on gastric cancer prevention. J Gastroenterol Hepatol. mars 2008;23(3):351-65.
16. Hunt R, Fallone C, Veldhuyzan van Zanten S, Sherman P, Smaill F, Flook N, et al. Canadian Helicobacter Study Group Consensus Conference: Update on the management of Helicobacter pylori - an evidence-based evaluation of six topics relevant to clinical outcomes in patients evaluated for H pylori infection. Can J Gastroenterol J Can Gastroenterol. sept 2004;18(9):547-54.
17. Hiller S, Fielder H. Screening services. Public health wales. Screening for stomach cancer : a report for the national screening committee; 2009.
18. Rédaction, Prescrire. Bismuth+métronidazole+tétracycline, pourquoi s'aventurer avec du bismuth. Rev Prescrire. févr 2013;33(352):92-7.
19. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence - PYLERA; 3 oct 2012.

## -Annexes-

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

## Introduction

**[A] Avez-vous déjà été amené à organiser une éradication d'*H. pylori* ?**

- Oui  
 Non

**[B] Avez-vous déjà vu la fiche de prise en charge thérapeutique de l'infection à *H. pylori* chez l'adulte suivante :(clic droit "ouvrir dans un nouvel onglet")**

**<http://www.helicobacter.fr/images/fiche%20seq-pylera%20v4.pdf> ?**

- Oui  
 Non

**[C] Saviez-vous que vous pouviez trouver cette fiche de recommandations sur la page d'accueil du site : <http://www.helicobacter.fr/> ?**

**Cette question s'affiche seulement si à la réponse B : Oui**

- Oui  
 Non

## Forme de la fiche

**[D]Concernant l'affirmation suivante, quelle est votre opinion : "La présentation de cette fiche me paraît claire et aérée"**

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord
- sans avis

**[E]A la vue de la page 1 de la fiche, dans quel ordre regardez-vous spontanément chaque partie?**

### *en premier*

- Arbre décisionnel
- "Recommandations de recherche d'éradication d'*Helicobacter pylori*"
- "Traitement séquentiel et traitement bismuthée"

### *en deuxième*

- Arbre décisionnel
- "Recommandations de recherche d'éradication d'*Helicobacter pylori*"
- "Traitement séquentiel et traitement bismuthée"

### *en dernier*

- Arbre décisionnel
- "Recommandations de recherche d'éradication d'*Helicobacter pylori*"
- "Traitement séquentiel et traitement bismuthée"

**[F]A la vue de la page 2 de la fiche, dans quel ordre regardez-vous spontanément chaque partie ?**

### *en premier*

- mot d'introduction ("chère consœur, cher confrère...)
- "pourquoi contrôler systématiquement l'éradication "
- "comment réaliser un test respiratoire à l'urée marquée"
- "quel test utiliser et quand ?"

### *en deuxième*

- mot d'introduction ("chère consœur, cher confrère...)
- "pourquoi contrôler systématiquement l'éradication "
- "comment réaliser un test respiratoire à l'urée marquée"

"quel test utiliser et quand ?"

***en troisième***

- mot d'introduction ("chère consœur, cher confrère...)
- "pourquoi contrôler systématiquement l'éradication"
- "comment réaliser un test respiratoire à l'urée marquée"
- "quel test utiliser et quand ?"

***en dernier***

- mot d'introduction ("chère consœur, cher confrère...)
- "comment réaliser un test respiratoire à l'urée marquée"
- "pourquoi contrôler systématiquement l'éradication "
- "quels test utiliser et quand ?"

**[G]Si vous avez des remarques concernant la forme de la fiche, vous pouvez les noter ici :**

--

## Utilisation de la fiche

**[H] Quand vous avez besoin de vous référer à cette fiche de recommandations, où la cherchez-vous ?** plusieurs réponses possibles

Cette question s'affiche seulement si à la réponse A : Oui ; ET si à la réponse B : Oui

- Fiche papier
- Site helicobacter.fr
- Fichier numérisé dans mon ordinateur
- Je ne l'utilise jamais
- Autre:

**[I] Quand vous décidez de prendre en charge une infection à *Helicobacter pylori* vous vous référez à cette fiche de recommandations :**

Cette question s'affiche dans cette formulation seulement si à la réponse A : Oui ; ET si à la réponse B : Oui

**[Ibis] Maintenant que vous avez vu cette fiche, lorsque vous devrez organiser une éradication d'*H. pylori*, pensez-vous que vous vous référerez à cette fiche de recommandations ?**

Cette question s'affiche dans cette formulation seulement si à la réponse A : Oui ; ET si à la réponse B : Non

**[Iter ]Si vous êtes un jour amené à organiser une éradication d'*H. pylori*, pensez-vous que vous vous référeriez à cette fiche de recommandations ? \***  
 Cette question s'affiche dans cette formulation seulement si à la réponse A : Non

- jamais
- de temps en temps
- une fois sur deux
- la plupart du temps
- systématiquement

**[J]Quand vous êtes confronté à la prise en charge d'une infection à *Helicobacter pylori*, à quelle fréquence vous référez vous aux différentes parties de la fiche ?**

Cette question s'affiche dans cette formulation seulement si à la réponse A : Oui ; ET si à la réponse B : Oui

**[Jbis]Maintenant que vous avez vu cette fiche, lorsque vous devrez organiser une éradication d'*H. pylori*, à quelle fréquence pensez-vous que vous vous référeriez à chacune des parties de la fiche ?**

Cette question s'affiche dans cette formulation seulement si à la réponse A : Oui ; ET si à la réponse B : Oui

**[Jter]Si vous êtes un jour amené à organiser une éradication d'*H. pylori*, à quelle fréquence pensez vous que vous vous référeriez à chaque partie de cette fiche de recommandations ?**

Cette question s'affiche dans cette formulation seulement si à la réponse A : Non

	jamais	de temps en temps	une fois sur deux	la plupart du temps	toujours
arbre décisionnel	<input type="radio"/>				
"recommandations de recherche de d'éradication d' <i>helicobacter pylori</i> "	<input type="radio"/>				
"traitement séquentiel et traitement bismuthée"	<input type="radio"/>				
mot d'introduction ("chère consœur, cher confrère...)	<input type="radio"/>				

	jamais	de temps en temps	une fois sur deux	la plupart du temps	toujours
"comment réaliser un test respiratoire à l'urée marquée"	<input type="radio"/>				
"quel test utiliser et quand ?"	<input type="radio"/>				

**[K]Concernant les affirmations suivantes, quel est votre avis :**

	pas du tout d'accord	plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord	pas d'avis
Cette fiche protocolisée est simple à comprendre.	<input type="radio"/>				
Ce protocole de collaboration généraliste/spécialiste est simple à appliquer.	<input type="radio"/>				

**[L]Si vous avez des remarques concernant l'utilisation de la fiche, vous pouvez les noter ici :**

## Ressenti

[M] Avec cette collaboration généraliste/spécialiste, j'adresse mon patient au gastro-entérologue pour une gastroscopie. Il fait une recherche d'*H. pylori* puis m'envoie la fiche de recommandations. J'organise alors, si besoin :

- une prise en charge médicamenteuse
- un contrôle d'éradication

Dans le cadre de cette protocolisation, quelle est votre opinion vis à vis des affirmations suivantes :

	<b>pas du tout d'accord</b>	<b>plutôt pas d'accord</b>	<b>plutôt d'accord</b>	<b>tout à fait d'accord</b>	<b>sans avis</b>
<b>Je suis au centre de la prise en charge de mon patient</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Le gastro-entérologue me donne du travail en plus</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Le gastro-entérologue se décharge de ses responsabilités alors qu'il devrait gérer son patient de A à Z</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Le gastro-entérologue me considère comme incompetent, c'est pourquoi il doit me dicter la conduite à tenir</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Le patient est mécontent de devoir revoir son médecin traitant</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Le patient est impliqué dans sa prise en charge</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Le patient est plus observant en revenant me voir**

	<b>pas du tout d'accord</b>	<b>plutôt pas d'accord</b>	<b>plutôt d'accord</b>	<b>tout à fait d'accord</b>	<b>sans avis</b>
<b>Je suis utile à mon patient en travaillant de cette façon</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Je veux travailler selon ce protocole</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ce type de coordination généraliste/spécialiste devrait être appliqué à d'autres domaines (hypertension, diabète...)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[N]Si vous avez des remarques concernant votre ressenti, vous pouvez les noter ici :**

## Données socio-démographiques

**[O] Quel est votre âge ?**

**[P] Quel est votre sexe ?**

- Féminin
- Masculin

**[Q] Etes-vous :**

- remplaçant thésé
- remplaçant non thésé
- interne qui n'a jamais fait de remplacement
- installé
- Autre

**[R] Vous travaillez en zone**

**Cette question s'affiche dans cette formulation seulement si à la réponse Q : installé**

- rural
- semi-rural
- urbain

**[S] A quelle distance de l'hôpital d'Annecy travaillez-vous ?**

**Cette question s'affiche dans cette formulation seulement si à la réponse Q : installé**

- 15km et moins
- 15 à 40km
- plus de 40km

**[T] Dans quel(s) département(s) exercez-vous?**

**Cette question s'affiche dans cette formulation seulement si à la réponse**

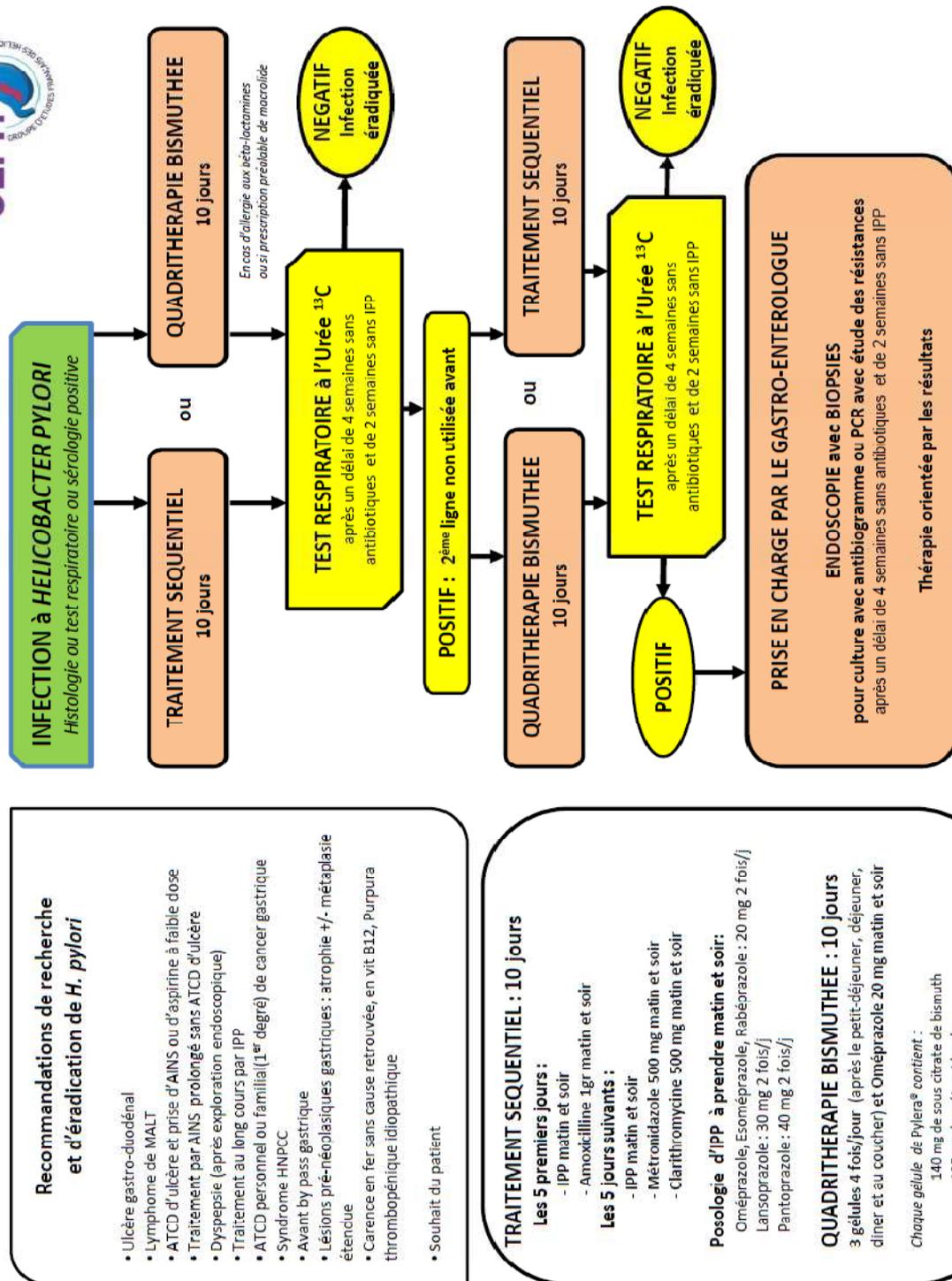
**Q : remplaçant thésé OU remplaçant non thésé OU interne qui n'a jamais fait de remplacement OU autre**

- Haute-Savoie (74)
- Savoie (73)
- Autre:

## Annexe B : fiche de recommandations

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

## Prise en charge thérapeutique de l'infection à *H. pylori* chez l'adulte



Chère consœur, cher confrère,

Cette fiche a été réalisée afin de vous faciliter la prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori*. Elle tient compte des nouvelles recommandations de recherche et d'indication de traitement, des nouvelles stratégies thérapeutiques (2 lignes de traitements disponibles : traitement séquentiel ou quadrithérapie bismuthée). Elle précise les tests diagnostiques et les modalités de contrôle d'éradication. Elle se veut être un lien entre votre pratique et celle de votre gastro-entérologue. En espérant qu'elle réponde à vos attentes.

L'équipe du GEFH.

#### Pourquoi contrôler systématiquement un traitement d'éradication ?

Quel que soit le traitement utilisé pour éradiquer *H. pylori*, aucun n'est efficace à 100%. Les taux d'éradication avec un traitement séquentiel ou une quadrithérapie bismuthée en 1<sup>ère</sup> ligne sont de 90%. C'est pour cette raison que le contrôle d'éradication est impératif dans les suites d'un traitement, en respectant un délai sans antibiotiques de 4 semaines et sans IPP de 2 semaines pour éviter les faux négatifs.

#### Comment réaliser un test respiratoire à l'urée marquée au <sup>13</sup>C

- Deux ordonnances remises au patient :
  1. Pour la pharmacie : Test respiratoire à l'urée marquée <sup>13</sup>C
  2. Pour le laboratoire : Recueil et analyse de l'air expiré.
- Au moment du prélèvement le patient doit :
  1. Être à jeun
  2. Avoir arrêté son traitement antibiotique depuis au moins 4 semaines
  3. Avoir arrêté son traitement par IPP depuis au moins 2 semaines
  4. Deux recueils de l'air expiré au laboratoire avec 30 minutes d'intervalle
- Prise en charge du test par la sécurité sociale à 65%

#### Quels tests utiliser et quand ?

##### Test respiratoire à l'urée <sup>13</sup>C (sensibilité 95% et spécificité 98%) :

- pour le diagnostic de l'infection et surtout pour le contrôle l'éradication ++,
- après avoir observé un délai de 4 semaines sans antibiotiques et 2 semaines sans IPP.

##### Sérologie *Helicobacter pylori* :

- signe un « contact » avec *H. pylori*, sans préjuger de la persistance de l'infection.
- très utile pour diagnostiquer une infection en cas de prise d'IPP ou d'antibiotique récente, mais jamais pour le contrôle d'éradication, les anticorps persistant plusieurs mois ou années après éradication bactérienne.

##### Biopsies gastriques (2 antrales – 1 de l'angulus – 2 fundiques)

- pour le diagnostic initial de l'infection et des lésions associées (atrophie-métaplasie-dysplasie -cancer)
- pour la mise en culture avec antibiogramme ou PCR pour rechercher les résistances à la clarithromycine et aux quinolones, mais toujours après avoir observé un délai de 4 semaines sans antibiotiques et de 2 semaines sans IPP.

## Fiche à l'attention des gastro-entérologues

Chère consœur, cher confrère,

Avant de diffuser la fiche de prise en charge ci-jointe, nous vous proposons de vous assurer des points suivants :

- **Pour le laboratoire d'anatomo-pathologie** : s'assurer que le résultat des biopsies est transmis au médecin traitant.
- **Pour le patient** : lui demander de reprendre contact avec son médecin traitant dans 15 jours . Au mieux, lui remettre le CR de l'endoscopie en temps réel en notant en conclusion « consultation du patient avec son médecin traitant dans 15 jours pour prise en charge d'une éventuelle infection à *H. pylori* selon les recommandations jointes »
- **Pour le médecin traitant** :
  - lui expliquer la démarche (courrier explicatif) : collaboration de prise en charge,
  - lui adresser la fiche de prise en charge avec chaque CR d'endoscopie haute, du moins au début, car la plupart la garde a portée de main par la suite,
  - lui préciser qu'en cas de nouveau contrôle, il est souhaitable d'adresser le patient dans des conditions optimales de réalisation d'un antibiogramme : pas de prise d'antibiotique depuis 4 semaines et pas d'IPP depuis 2 semaines.

### Pour le gastro-entérologue :

- il est nécessaire que vous assuriez une recherche de *Helicobacter pylori* initiale optimale.

**GASTROSCOPE INITIALE** : Réaliser 5 biopsies : pot n°1 : 2 biopsies antrales + 1 biopsies de l'angulus  
pot n° 2 : 2 biopsies fundiques

En cas de biopsies non réalisées : - Trouble de l'hémostase - mauvaise tolérance : privilégier le test Respiratoire à l'Urée 13C\*  
- Prise récente d'antibiotiques, patient sous IPP : privilégier la sérologie

**Dans ces 2 cas, remettre les ordonnances au patient avec résultats à transmettre au médecin traitant**

Une fois les résultats d'anatomopathologie reçus : en cas d'atrophie sans HP : recherche par sérologie souhaitable

## Annexe C : autorisation CNIL

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.

RÉCÉPISSÉ

Madame MOENNE-LOCCOZ Alix  
UNIVERSITE JOSEPH FOURNIER  
621 AVENUE CENTRALE  
3804 SAINT-MARTIN-D'HERES

DECLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1786351 v 0

du 05-08-2014

ALERE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par le biais d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE JOSEPH FOURNIER

Service :

Adresse : 621 AVENUE CENTRALE

Code postal : 3804

Ville : SAINT-MARTIN-D'HERES

N° SIREN ou SIRET :

000000000 00000

Code NAF ou APE :

85422

Tél : 04 76 51 46 00

Fax :

Traitement déclaré

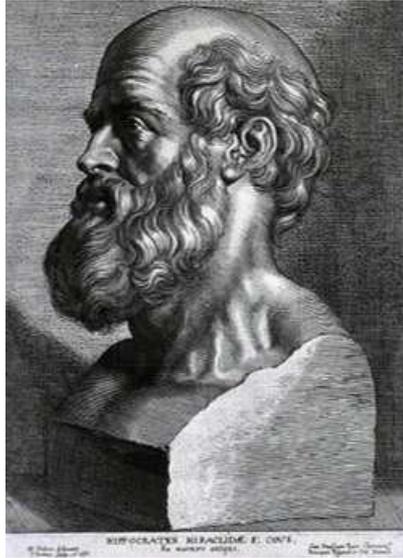
Finalité : EVALUER UNE PROCEDURE DE COORDINATION DES SOINS

Fait à Paris, le 5 août 2014  
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

# SERMENT D'HIPPOCRATE



*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

Moëgne-Loccoz A. Prise en charge conjointe généraliste/gastro-entérologue de l'infection à Hp à l'aide d'une fiche de recommandations : ressenti du médecin généraliste. [Thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine ; 16 mars 2015.