



HAL
open science

Épidémiologie et suivi des patients infectés par *Helicobacter pylori* au Centre Hospitalier de Cayenne

Amandine Allard

► **To cite this version:**

Amandine Allard. Épidémiologie et suivi des patients infectés par *Helicobacter pylori* au Centre Hospitalier de Cayenne. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-05430742>

HAL Id: dumas-05430742

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05430742v1>

Submitted on 23 Dec 2025

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.



HAL Authorization

UNIVERSITE DES ANTILLES
2025

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2025ANTI011250

**Épidémiologie et suivi des patients infectés par
Helicobacter Pylori au Centre Hospitalier de Cayenne**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 11/04/2025

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

ALLARD Amandine

Examineurs de la thèse :

Mr DJOSSOU Félix, Professeur des Universités–Praticien Hospitalier (président)

Mr NACHER Mathieu, Professeur des Universités–Praticien Hospitalier (juge)

Mr LOUVEL Dominique, Praticien Hospitalier (juge)

Mr DRAK Kinan, Praticien Hospitalier (juge)

Mr ROHRBACHER Christian, Médecin Libéral (juge)

Mme ABOIKONI Alolia, Praticien Hospitalier (directrice de thèse)

Le Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY

Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Suzy DUFLO

Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Antoine ADENIS	Epidémiologie, économie de la santé et prévention CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Daniel AJZENBERG	Parasitologie - Mycologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 96 65
Véronique BACCINI r	Hématologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Pascal BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 95
Sébastien BREUREC	Bactériologie & Vénérologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 12 80
Laurent BRUREAU	Urologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 96 89 10 10

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Nadège CORDEL	Dermatologie & Vénérologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Pierre COUPPIE	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
CHERET Antoine	Thérapeutique-Médecine de la douleur CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Bertrand De TOFFOL	Neurologie CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Magalie DEMAR - PIERRE	Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Christophe DELIGNY	Médecine Interne CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 55
Félix DJOSSOU	Maladies infectieuses et tropicales CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
Maylis DOUINE	Epidémiologie, Economie de la Santé CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 00
Moustapha DRAMÉ	Épidémiologie, Économie de la Santé CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Suzy DUFLO	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 93 46 16
Narcisse ELENGA	Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
Loïc EPELBOIN	Maladies infectieuses CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
Karim FARD	Médecine Nucléaire CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 67

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO	Cardiologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 72
Christina IOSIF	Radiologie et imagerie médicale CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Hatem KALLEL	Médecine intensive-réanimation CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 13
Olivier LESENS	Maladies infectieuses, Maladies tropicales CH de Cayenne Tel : 05 94 39 50 84
Mehdi MEJDOUBI	Radiologie et imagerie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Harold MERLE	Ophthalmologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Mathieu NACHER	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Rémi NEVIERE	Physiologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Olivier PARANT	Gynécologie-Obstétrique CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Stéphanie PUGET	Neurochirurgie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Chantal RAHERISON-SEMJEN	Pneumologie, Addictologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Dabor RESIERE	Thérapeutique-médecine de la douleur CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Pierre-Marie ROGER	Maladies infectieuses, Maladies tropicales CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
François ROQUES	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE	Chirurgie Digestive CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
Nadia SABBAH	Endocrinologie, diabète - nutrition CH de Cayenne Tel : 05 94 39 50 50
Maturin TABUE TEGUO	Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillessement CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 66
Magaly ZAPPA	Radiologie et imagerie médicale CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 50

Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers	
Stéphane AMADEO	Psychiatrie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Aude CHAROLLAIS	Pédiatrie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL	Épidémiologie, économie de la santé et prévention CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Papa Ngalgou GUEYE	Médecine d'Urgence CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Laurent LARIFLA	Cardiologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 20/14 28

Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers

Hossein MEHDAOUI	Médecine intensive-réanimation CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Patrick PORTECOP	Médecine d'urgence CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Marc PUJO	Médecine d'Urgence CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 50

Professeurs des Universités

Guillaume COUDEVYLLE	
----------------------	--

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Cindy BERAL	Ophtalmologie CHU de Guadeloupe Tél. : 0590 89 10 10
Romain BLAIZOT	Dermatologie-Vénérologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 50
Maïder FIRPION-COPPRY	Hygiène hospitalière CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Moana GELU-SIMEON	Gastroentérologie hépatologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Najeh HCINI	Gynécologie-Obstétrique CH de CAYENNE Tel : 05 94 34 89 34
Clarisse JOACHIM-CONTARET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Marie-Laure LALANNE-MISTRICH	Nutrition CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 00
Amélie ROLLE	Anesthésie Réanimation CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Emmanuelle SYLVESTRE	Biostatistique, Informatique médicale et Technologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Fritz-Line VELAYOUDOM	Endocrinologie, diabète - nutrition CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 03

Maître de Conférences

Yoann GARNIER	Biologie Moléculaire et Cellulaire INSERM
---------------	--

Maître de Conférences des Universités Associé - Praticiens Hospitaliers

Fabienne LOUIS-SIDNEY	Rhumatologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 51
Frédéric MARTINO	Médecine Intensive-Réanimation CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 11 32

Professeur des Universités de Médecine Générale

Jeannie HELENE-PELAGE	Médecine Générale CHU de Guadeloupe / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40
-----------------------	--

Professeur Associé de Médecine Générale

Franciane GANE-TROPLENT	Médecine générale Cabinet libéral Tel : 05 90 20 39 37
-------------------------	--

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Philippe CARRERE	Médecine générale Cabinet libéral
Kève-Yann LARA	Médecine générale Cabinet libéral

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale

KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé	Médecine générale Cabinet libéral
Franck MASSE	Médecine générale Cabinet libéral

Professeur émérite

Eustase JANKY	Gynécologie-Obstétrique
---------------	-------------------------

Chefs de clinique

ABEL Aurore	Médecine Interne CHU de Martinique Tel : 0596 55 20 00
BAALA Mélina	Médecine Générale Cabinet libéral
BADE Ophélie	Neurologie CH de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
CHANAU Florent	Psychiatrie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00

CHINGAN Alexandre	Ophthalmologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
DEQUITD Tanguy	Infectiologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
DONAT Sunniva	Médecine Interne CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
EDWARDS Joy	Endocrinologie-Diabétologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
ECKOUT Marie	Médecine Générale Cabinet libéral
GROTTA Geoffrey	Dermatologie CH de Cayenne Tel : 05 94 39 50 50
GUION-FIRMIN Julia	Cardiologie CH de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
LAMBERT Yann	Santé publique CH de Cayenne Tel : 05 94 39 50 50
LECARDONNEL Camille	Réanimation CHU de Guadeloupe Tel : 05 96 55 20 00
MATE Kinga	Urologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
MELLAN-WAKE Eva	Anesthésie-Réanimation CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
MOLLARD Philippe	Urologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
MONTAGNAC Clémentine	Neurologie CH de Cayenne Tel : 05 94 39 50 50
OUASSOU Amaël	Réanimation CHU de Guadeloupe Tel : 05 96 55 20 00

PLACIDE Axiane	Médecine Générale CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
PLAVONIL Sarah	Médecine interne CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
RIAUD Charline	Anesthésie-Réanimation CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
ROMAMA Julie	Gériatrie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
SCUSSEL Renaud	Maladies Infectieuses CHU de Guyane Tel : 05 94 39 50 50
SIMONET Rémi	Médecine Générale CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10

REMERCIEMENTS :

À Monsieur le Professeur Félix DJOSSOU,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse, j'ai été très heureuse de croiser un visage familier à mes débuts à l'hôpital.

À Monsieur le Professeur NACHER Mathieu,

Je vous remercie pour votre aide précieuse et votre pédagogie lors des séminaires de statistiques et d'écriture qui m'ont beaucoup apporté tout au long de ce travail.

À Monsieur le Docteur Dominique LOUVEL,

Merci de m'avoir accueillie dans votre service et de m'avoir permis de gagner en confiance et en autonomie.

À Monsieur le Docteur Kinan DRAK,

Je n'oublierai jamais mon passage en anatomopathologie alors que je n'étais qu'une externe. Merci pour ton soutien et tes conseils.

À Monsieur le Docteur Christian ROHRBACHER,

Votre regard de médecin généraliste est précieux pour évaluer ce travail. Merci pour votre présence.

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Afolia ABOIKONI,

Ma directrice de thèse, une femme qui m'impressionne. Une médecin passionnée et une chercheuse engagée, tu m'as appris que rien n'est insurmontable, ni la charge de travail, ni les délais. Merci pour ton implication sans faille et pour avoir été une source d'inspiration.

LISTES DES ABREVIATIONS :

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

MALT : Mucosa-Associated Lymphoid Tissue (Tissu lymphoïde associé aux muqueuses)

ATCD : Antécédents

HAS : Haute Autorité de Santé

FOGD : Fibroscopie Oesogastro-Duodénale

SAU : Service d'Accueil des Urgences

AME : Aide Médicale d'État

CMU : Couverture Maladie Universelle

OLGA : Operative Link for Gastritis Assessment (Classification pour l'évaluation de l'atrophie gastrique)

OLGIM : Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessment (Classification pour l'évaluation de la métaplasie gastrique)

CNRCH : Centre National de Référence des Campylobacters et Helicobacters

CDPS : Centre Délocalisé de Prévention et de Soins

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES :

Tableau 1 - Caractéristiques des patients.....	28
Tableau 2 - Indication de la FOGD selon le sexe	30
Tableau 3 - Lésions précancéreuses.....	32
Tableau 4 - Facteurs associés aux lésions précancéreuses.....	32
Tableau 5 - Suivi des patients	34
Tableau 6 - Suivi des patients par le médecin généraliste	35
Tableau 7 - Facteurs associés au suivi des patients selon le médecin adresseur	35
Tableau 8 - Facteurs associés à la connaissance du diagnostic	35
Figure 1 - Cascade des anomalies histologique et risques de cancérisation	20
Figure 2 - Infection à H. Pylori et maladies en cours d'évaluation	21
Figure 3 - Comparaison des différents tests diagnostic H. pylori.....	23
Figure 4 - Diagramme de Flux.....	27
Figure 5 - Distribution des patients selon leur pays d'origine.....	29
Figure 6 - Indication de la FOGD	30
Figure 7 - Répartition des lésions endoscopiques.....	31
Figure 8 - Cascade du suivi des patients	33

Table des matières

I. INTRODUCTION	16
II. GENERALITES	17
A. CARACTERISTIQUES BIOLOGIQUES ET PHYSIOPATHOLOGIQUES	17
B. ÉPIDEMIOLOGIE	18
1. <i>Mode de transmission</i>	18
2. <i>Prévalence de la maladie</i>	18
C. COMPLICATIONS DE L'INFECTION A <i>H. PYLORI</i>	19
1. <i>Complications digestives</i>	19
2. <i>Complications extra digestives</i>	20
D. DEPISTAGE	21
E. TRAITEMENT	23
III. MATÉRIEL ET METHODES	24
A. TYPE D'ETUDE	24
B. POPULATION ETUDIEE ET MODALITE DE RECRUTEMENT	24
C. RECUEIL DE DONNEES	24
1. <i>Démographie et clinique</i>	24
2. <i>Aspects endoscopiques</i>	24
3. <i>Aspects histologiques</i>	25
4. <i>Suivi des patients</i>	25
D. MOYENS DE RECUEIL DE DONNEE	26
E. METHODES STATISTIQUES	26
F. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	26
IV. RESULTATS	27
A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	27
B. INDICATIONS DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE (FOGD)	29
C. RESULTATS ENDOSCOPIQUES ET HISTOLOGIQUES	31
1. <i>Lésions endoscopiques</i>	31
2. <i>Lésions histologiques</i>	32
D. FACTEURS ASSOCIES AUX LESIONS PRECANCEREUSES	32
E. SUIVI DES PATIENTS APRES LA FOGD	33
F. SUIVI DES PATIENTS PAR LE MEDECIN GENERALISTE	34
G. FACTEURS ASSOCIES AU SUIVI DES PATIENTS	35
V. DISCUSSION	36
A. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	36

B.	PARCOURS DE SOINS.....	38
C.	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE.....	40
D.	PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS.....	41
VI.	CONCLUSION.....	42
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	43
VIII.	ANNEXES.....	48

I. INTRODUCTION

Helicobacter pylori (*H. pylori*) est l'une des infections bactériennes les plus répandues dans le monde. Il est responsable de plusieurs pathologies digestives bénignes (telles que le syndrome dyspeptique et l'ulcère gastro duodéal), voire malignes (adénocarcinome gastrique)(1). Il est également responsable de manifestations extra digestives telles que l'anémie ferriprive ou la carence en vitamine B12 (2).

La prévalence de l'infection varie selon les régions mondiales avec une prédominance dans les pays en voie de développement (3–5).

Une problématique croissante liée à cette infection est son antibiorésistance, à l'origine d'un échec d'éradication par le traitement probabiliste associant l'Amoxicilline, la Clarithromycine et un inhibiteur de la pompe à proton (IPP). Ainsi, les sociétés savantes recommandent (6), en l'absence d'étude de la sensibilité aux antibiotiques, un traitement probabiliste par une quadrithérapie. Il associe soit un IPP et trois antibiotiques : l'Amoxicilline, la Clarithromycine, et le Métronidazole ; soit une quadrithérapie bismuthée (Pylera). Un contrôle de l'éradication par un test respiratoire à l'urée est primordial pour vérifier le succès ou l'échec du traitement (7).

Le médecin généraliste joue donc un rôle clé dans la prise en charge. Premier maillon du système de soins, il permet d'orienter les patients ayant des symptômes ou des antécédents familiaux de cancer gastrique vers le spécialiste. Il intervient également dans la prescription du traitement et du contrôle respiratoire de l'éradication. Une collaboration étroite avec le gastroentérologue est donc fondamentale.

La Guyane Française est un Département d'Outre-Mer situé en Amérique du Sud. De par sa diversité socioculturelle, ses problématiques migratoires et sa diversité en termes de

maladies tropicales, elle se distingue de la France hexagonale. La moitié de la population est en situation de pauvreté (8), l'eau courante et l'électricité ne sont pas toujours disponibles pour une partie de la population. Il existe une forte immigration avec un tiers de la population (et la moitié des adultes) étant d'origine étrangère (9). Il s'agit essentiellement d'une immigration régionale, les personnes venant de pays plus pauvres (Suriname, Brésil, Haïti...) et à la recherche de meilleures conditions de vie dans cette région française. Ces conditions sont propices à la transmission d'*H. pylori*. Par ailleurs, l'incidence du cancer gastrique y est une des plus élevées de France et supérieure à la moyenne nationale (4,3%) (10,11). Cette sur incidence pourrait s'expliquer notamment par l'infection à *H. pylori*. En effet, de façon empirique, il est constaté une fréquence élevée de l'infection, notamment en endoscopie digestive. Le suivi des patients après le diagnostic de l'infection est un enjeu crucial en Guyane, où les ressources médicales sont limitées, ce qui rend parfois difficile la prise en charge continue des patients. Malgré ce constat alarmant sur l'incidence élevée du cancer gastrique, des conditions régionales propices à l'infection par *H. pylori*, aucune étude n'a jamais été publiée sur l'infection à *Helicobacter pylori* en Guyane.

Cette étude a donc pour objectif de décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients infectés par *H. pylori* au Centre Hospitalier de Cayenne (principale structure de soins du territoire). Elle vise également à évaluer le suivi des patients après le diagnostic.

II. GENERALITES

A. Caractéristiques biologiques et physiopathologique

Helicobacter pylori est une bactérie caractérisée en 1982 par Robin Warren et Barry Marshall. Il s'agit d'un bacille à gram négatif, spiralée, doté d'un ensemble d'enzyme et de mécanisme contribuant à sa virulence.

Il colonise la muqueuse gastrique à l'aide de ses flagelles, qui lui permettent de se déplacer, et de ses facteurs d'adhérence, facilitant son attache.

Son activité uréasique lui permet de s'adapter au milieu acide de l'estomac. L'uréase est une enzyme qui transforme l'urée en ammoniacque et en dioxyde de carbone, entraînant une augmentation du pH gastrique, ce qui protège la bactérie de l'acidité (12).

Le gène *cagA* et la cytotoxine *vacA* jouent un rôle essentiel dans la pathogenèse (13). *CagA*, injecté dans les cellules épithéliales, perturbe les voies de signalisation cellulaires et favorise

l'inflammation. VacA provoque une apoptose des cellules gastriques, altère les fonctions immunitaires et modifie la perméabilité membranaire. Ces mécanismes déclenchent une cascade inflammatoire. Cette inflammation aiguë évolue progressivement vers une gastrite chronique pouvant conduire à des complications, comme l'atrophie gastrique, la métaplasie intestinale et les stades pré-cancéreux.

B. Épidémiologie

1. Mode de transmission

La transmission se fait principalement dans l'enfance, favorisée par de mauvaises conditions sociales, économiques et une promiscuité (3,14). Le seul réservoir connu est l'estomac humain. Les voies de transmission exactes ne sont pas entièrement élucidées. Cependant, plusieurs modes de transmission sont suspectés (15) :

- Transmission oro-orale par la salive, les vomissements, les régurgitations.
- Transmission féco-orale : lors d'une diarrhée, le transit accéléré favorise l'élimination d'*H.pylori* sous forme viable. Sa détection dans les selles humaines, suggère que la consommation d'eau ou d'aliments contaminés peut être une source d'infection (16).
- Transmission intrafamiliale : le contact étroit et l'exposition à une source commune d'infection favorisent l'infection.

Ces modes de transmission sont en accord avec l'épidémiologie de la maladie.

2. Prévalence de la maladie

L'infection a lieu principalement dans l'enfance. En effet, la prévalence est faible chez les moins de 6 ans et augmente avec l'âge (3). En France, la prévalence globale est estimée à 20-30 % chez l'adulte. Elle est très faible chez l'enfant (<10 %) mais atteint 50 % après 60 ans (17).

La moitié de la population mondiale est infectée par la bactérie avec des variations géographiques marquées. En Amérique du Sud, la prévalence est de 69% comparable à celle de l'Afrique, alors qu'elle est de 34 à 37% en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord (4). C'est une infection qui touche préférentiellement les pays en voie de développement (3). En effet, un niveau socio-économique bas est un facteur de risque de l'infection (3).

En plus de cet environnement, certaines études suggèrent également une association entre

Helicobacter pylori et le tabac, ainsi que l'obésité (18,19).

C. Complications de l'infection à *H. pylori*

L'infection par l'*Helicobacter pylori* est lente, chronique et évolutive. En fonction de sa virulence, des facteurs environnementaux et de la réponse immunitaire de l'hôte, elle peut entraîner différentes complications.

1. Complications digestives

a) *Ulcères gastro-duodénaux*

Au niveau de la muqueuse gastrique, la bactérie a deux localisations principales : l'antra et le fundus. En fonction de sa localisation et de son effet sur les sécrétions acides, l'évolution de l'infection est différente (20) :

- Gastrite antrale : la diminution de la somatostatine et l'augmentation excessive de la gastrine entraînent une hypersécrétion d'acide et augmente le risque d'ulcères duodénaux.
- Gastrite fundique : l'atteinte du corps de l'estomac provoque une hypochlorhydrie, due à la destruction des cellules pariétales, ce qui réduit l'acidité gastrique et favorise, à long terme, la métaplasie intestinale et le cancer gastrique.

Selon l'institut pasteur (21), environ 10% des personnes infectées par *H.pylori* développeront un ulcère et 1% un cancer digestif. L'infection par *H.pylori* est détecté dans 70% des ulcères gastriques et 95% des ulcères duodénaux.

L'ulcère gastro-duodéal est responsable de 30 à 50% des hémorragies digestives hautes à l'origine d'une morbi mortalité (22).

b) *L'adénocarcinome gastrique*

L'adénocarcinome gastrique est une redoutable complication de l'infection à *H. pylori*. Dans le monde, il s'agit, en termes d'incidence et de mortalité, du 5^{ème} cancer (23). *H. pylori* est retrouvé dans 8 cas sur 10 dans les cancers gastriques (1).

En France, c'est un cancer moins fréquent, il représente le 15^{ème} cancer incident en 2023 (24). Le pronostic est sombre avec une survie à 5 ans de 30 % (25).

Cette complication survient des années après l'infection, débutant par la gastrite chronique, puis atrophique, évoluant vers une métaplasie intestinale et une dysplasie (Figure 1). Au regard du

pronostic sombre, il est important de mettre en place un suivi endoscopique dès l'apparition de lésions précancéreuses.

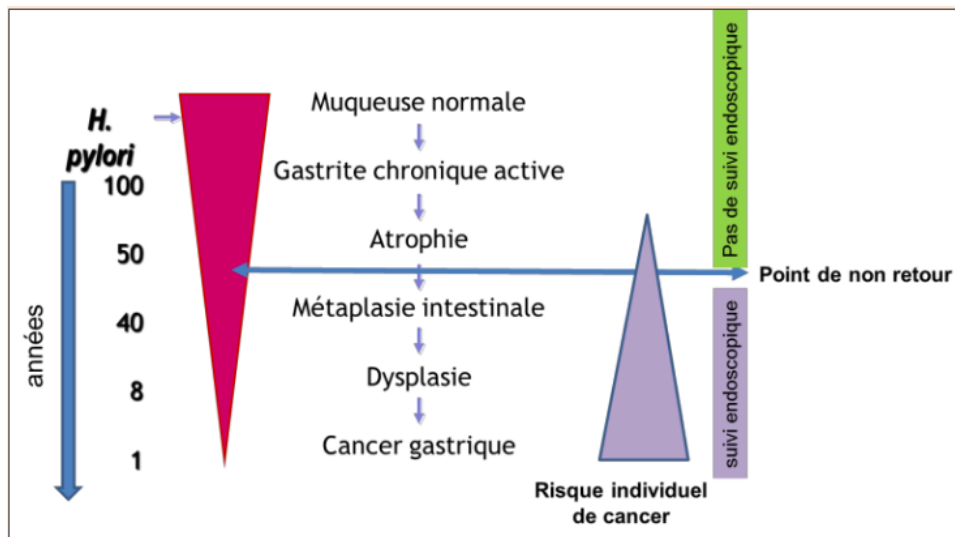


Figure 1 - Cascade des anomalies histologique et risques de cancérisation (17)

c) Le lymphome de MALT

Le lymphome de MALT, lymphome du tissu lymphoïde associé aux muqueuses, est rare. Il représente 5% des lymphomes non hodgkiniens. Il est directement lié à *H. pylori*, et son éradication permet une guérison dans 75-80% des cas (7).

2. Complications extra digestives

De nombreuses études suggèrent qu'*H. Pylori* est associé à des maladies extra-digestives, souvent dues à l'inflammation chronique, l'atrophie gastrique ou l'induction d'une réaction auto-immune. Le rôle est bien défini en ce qui concerne la carence en vitamine B12, liée à la gastrite atrophique fundique (26) et l'anémie ferriprive (27) liée à une malabsorption du fer. Des études suggèrent également un rôle dans le purpura thrombopénique idiopathique, les maladies cardiovasculaires ou encore les maladies métaboliques (2).

Maladies favorisées par <i>H. pylori</i>	Niveau de preuve	Mécanismes supposés
Athérombose : - Syndromes coronariens aigus - AVC ischémiques	Moyen Moyen	Inflammation ? Inflammation ?
Insulino-résistance, diabète type 2, syndrome métabolique, stéatohépatite	Faible	Inflammation ? Voies métaboliques ?
Maladies neurodégénératives : - Démences (Alzheimer) - Maladie de Parkinson (absorption L-dopa)	Faible Moyen	Inflammation ? Hypochlorhydrie
Bronchite chronique (BPCO)	Faible	?
Dermatoses : - Urticaire chronique - Rosacée - Vitiligo	Moyen Faible Faible	Inflammation/Immunité ? ?
Adénome et adénocarcinome coliques	Faible	?
Maladies auto-immunes	Faible	?
Maladies prévenues par <i>H. pylori</i>	Niveau de preuve	Mécanismes supposés
Asthme, maladies allergiques	Faible	Inflammation/immunité
MICI (Crohn)	Faible	Inflammation/immunité

Figure 2 - Infection à *H. Pylori* et maladies en cours d'évaluation, (MICI = Maladie inflammatoire chronique de l'intestin, AVC= accident vasculaire cérébrale) (Source FMCgastro.org)

D. Dépistage

Selon les recommandations française (28) la recherche d'*H. pylori* en France est indiquée pour :

- La prévention du cancer gastrique :

- ATCD personnel de cancer gastrique
- ATCD familial de cancer gastrique au 1^{er} degré
- Syndrome Lynch
- Lésions pré néoplasiques gastriques (atrophie sévère et/ou métaplasie intestinale, dysplasie)
- Avant toute chirurgie bariatrique (bypass gastrique)
- Lymphome gastrique du MALT

- Ulcère ou risque d'ulcère :

- Ulcère gastrique ou duodéal ou ATCD d'ulcère
- Dyspepsie chronique
- Avant de débiter un traitement prolongé par les Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

- Autres :

- Traitement au long cours par IPP
- Anémie ferriprive ou carence en vitamine B12, sans cause retrouvée
- Purpura Thrombopénique Immunologique de l'adulte
- Souhait du patient.

Plusieurs techniques permettent de détecter l'infection à *H. pylori* (17,29). Elles sont résumées dans la figure 3.

- *Le test respiratoire à l'urée marqué au carbone 13* : c'est le test de référence pour confirmer l'éradication. La spécificité et la sensibilité sont supérieures à 95%. Il faut néanmoins le réaliser à distance de la prise d'antibiotique et d'IPP afin de ne pas fausser les résultats. Ce test est pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre du dépistage et du contrôle de l'éradication.

- *La sérologie* : elle permet la détection des IgG spécifiques d'*H.pylori*. Ce test a une sensibilité et une spécificité supérieure à 95%, il renseigne sur le contact avec la bactérie mais ne permet pas de différencier une infection active d'une infection ancienne. Ce test est pris en charge par l'assurance maladie.

- *Le test antigénique fécal* : c'est une alternative non invasive avec une sensibilité et spécificité autour des 90%. Ce test n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.

Techniques d'analyse sur les biopsies gastriques :

- *Examen anatomopathologique avec immunohistochimie* : cet examen permet de détecter la bactérie mais également d'évaluer l'état de la muqueuse gastrique et de classer ses atteintes. La sensibilité et la spécificité sont supérieures à 90%.

- *La PCR *H. pylori* sur biopsie gastrique* : très sensible, elle permet d'identifier l'ADN de la bactérie et permet de rechercher les résistances aux antibiotiques. En France, seule la PCR renseignant sur la sensibilité à la Clarithromycine est disponible. La sensibilité et la spécificité sont proche de 100%. Cette technique a été mise en place au CHU de Guyane (site de Cayenne) depuis juin 2023. Ce test est pris en charge par l'assurance maladie en première intention sur les biopsies gastriques.

- *La culture d'*H. pylori** : elle permet d'obtenir un antibiogramme pour adapter le traitement. Les conditions pré analytiques sont strictes avec un fort risque de faux négatif en cas de non-respect. En revanche si l'environnement est favorable, la sensibilité est de 80%. Cette technique n'est pas réalisée dans tous les centres en France ; elle n'est pas réalisée en Guyane française.

Ce test est pris en charge par l'assurance maladie en cas d'échec d'éradication avec un premier traitement.

	TEST	Recherche directe d' <i>H. pylori</i>	Résultat interprétable si IPP < 2 semaines ou ATB < 4 semaines	Étude sensibilité aux ATB	Diagnostic initial	Contrôle Éradication
INVASIF	Histologie	Oui	Non	Non	++++	+ / ++
	Culture			Amoxicilline Clarithromycine Lévofloxacine Tétracycline Rifampicine	++++	+ / ++
	PCR			Clarithromycine	++++	+ / ++
NON INVASIF	Test Respiratoire	Non	Oui	Non	++++	++++
	Recherche <i>H. pylori</i> dans les selles				++++	++++
	Sérologie <i>H. pylori</i>				+ / ++	Non

Figure 3 - Comparaison des différents tests diagnostic *H. pylori* (source CNRCH)

E. Traitement

Selon les recommandations de Maastricht (7), du fait de la forte résistance à la Clarithromycine (>15% en Europe), le traitement repose soit sur un traitement empirique avec une quadrithérapie bismuthée pendant 10 jours (Bismuth + Tétracycline + Métronidazole + IPP) ou un traitement concomitant de 14 jours (Amoxicilline 1gr matin et soir, Métronidazole 500mg matin et soir, Clarithromycine 500mg matin et soir et IPP matin et soir) ; soit un traitement orienté par l'antibiogramme ou la PCR *H. pylori*.

En France hexagonale, la résistance à la Clarithromycine est d'environ 20 % (30). En Guyane, aucune donnée n'est disponible sur cette résistance à la Clarithromycine.

En cas d'échec ou de résistance à la Clarithromycine, on peut avoir recours aux Quinolones.

Les IPP à privilégier et retenus pour le traitement d'éradication sont l'Ésoméprazole 40mg et le Rabéprazole 20mg.

III. MATÉRIEL ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, rétrospective, réalisée au centre hospitalier (CH) de Cayenne, au sein du service d'Hépto-gastroentérologie.

B. Population étudiée et modalité de recrutement

L'étude comprend tous les patients adultes (≥ 18 ans) ayant réalisé une endoscopie digestive haute (FOGD) au CH de Cayenne entre le 1er janvier 2023 et le 31 décembre 2023, avec réalisation de biopsies gastriques pour analyse anatomo-pathologique ; l'indication d'une FOGD se basant sur les recommandations de bonne pratique de l'HAS (31). Cette population sert de base pour calculer la prévalence de l'infection à *H.pylori*. Et parmi ce groupe, seuls les patients présentant une infection à *H. pylori*, diagnostiquée sur l'histologie et sélectionnés grâce au logiciel du service d'Anatomie et Cytologie pathologiques, ont été inclus dans l'analyse descriptive des cas d'infection à *H. pylori*. Les patients ne répondant pas aux critères d'éligibilités, ainsi que les patients décédés, et ceux avec un dossier inexploitable ont été exclus.

C. Recueil de données

1. Démographie et clinique

Nous avons analysé les caractéristiques démographiques et sociales : le sexe, l'âge, le lieu de naissance, la date d'arrivée sur le territoire, le lieu de résidence et la couverture sociale.

Les données cliniques, se résument aux antécédents des patients (antécédents de tabagisme, d'obésité et d'infection à *H. Pylori*) ainsi qu'aux signes cliniques ayant justifié la réalisation d'une FOGD.

2. Aspects endoscopiques

Nous avons également recueilli les données endoscopiques sur l'aspect des muqueuses digestives regroupé en « muqueuse normale », « muqueuse érythémateuse », « muqueuse micronodulaire », « muqueuse ulcérée », « muqueuse érosive », « muqueuse polypoïde », « muqueuse suspecte de cancer », « muqueuse atrophique », « muqueuse métaplasique » et « muqueuse congestive »).

3. Aspects histologiques

Les biopsies gastriques reçues, étaient fixées dans le formol et incluses en cassettes dès leur arrivée dans le Service d'Anatomie et Cytologie Pathologique. Après une étape automatisée d'imprégnation en paraffine, les blocs faisaient l'objet de coupes de 4 à 5 micromètres d'épaisseur sur un microtome, puis les coupes étaient placées sur lame en verre et colorées par la coloration standard, Hématoxyline - Éosine - Safran (HES). Une technique d'immunohistochimie était réalisée systématiquement sur toutes les biopsies gastriques avec l'anticorps anti- *Helicobacter pylori* (clone : ULC3R) et l'automate Bond Max Leica®. Les lames étaient ensuite examinées au microscope et interprétées selon les recommandations de la classification de Sydney révisée.

Le compte rendu d'Anatomie Pathologique comportait les cinq items histologiques :

- L'importance de l'infiltrat inflammatoire au sein du chorion (légère, modérée, sévère) et sa localisation (superficiel, interstitiel),
- La présence de polynucléaires neutrophiles (traduisant l'activité de la gastrite : légère, modérée, sévère),
- L'existence ou non d'une atrophie muqueuse,
- La présence ou non de foyers de métaplasie intestinale,
- La présence d'*Helicobacter pylori* sur la surface de la muqueuse gastrique (score semi-quantitatif : quelques *H.pylori*+, un nombre modéré d'*H.pylori*++, nombreux *H.pylori*+++).

Les données histologiques collectées étaient les suivantes : la gastrite et les lésions pré-cancéreuses à savoir l'atrophie sévère, la métaplasie intestinale et la dysplasie. Nous avons distingué l'antrum et le fundus, les deux localisations préférentielles de la bactérie.

4. Suivi des patients

Face à cette problématique d'*H. pylori* en Guyane, le service d'Hépatogastroentérologie a mis en place des consultations de suivi *H. pylori* depuis 2022 pour améliorer la stratégie d'éradication complète, définie par la prescription d'un traitement, d'un test respiratoire de contrôle d'éradication et de la prise de connaissance du résultat de ce test. Les patients étaient revus en consultation dès lors que l'infection était retrouvée sur les biopsies ou alors ils étaient appelés pour les informer de ce diagnostic et pour se renseigner sur une éventuelle prise en

charge par le médecin traitant. Néanmoins, l'effectif médical faible n'a pas toujours permis une exhaustivité.

Pour le suivi des patients, il était important de tracer le parcours du patient de son adressage en consultation jusqu'au succès de l'éradication. Les informations recherchées étaient donc 1) l'adressage en consultation et par quel médecin (médecin généraliste, le Service d'Accueil des Urgences (SAU), médecin d'autres spécialités), 2) la connaissance du diagnostic par le patient, 3) la prescription d'un traitement ainsi que d'un test d'éradication et par quel médecin, 4) puis le résultat du test. Enfin nous avons relevé par quel biais (dossier médical, appel téléphonique) ces données de suivi, ont été collectées. Tous les patients pour lesquels aucune information sur le suivi n'était disponible dans le dossier médical dans un délai ≥ 4 mois ont été contactés par téléphone ou e-mail dans le cadre de la continuité des soins. Une consultation a été proposée à ceux qui n'avaient reçu aucun traitement.

D. Moyens de recueil de donnée

Toutes les informations ont été recueillies sur la plateforme Kobotoolbox puis exportées sous format XLSForme. Ce format comprenait les identifiants patients de l'étude sans données nominatives. Le tableau de correspondance est un fichier EXCEL protégé par mot de passe enregistré dans un autre dossier afin de respecter la confidentialité des données.

Les logiciels sources pour accéder au dossier des patients étaient : Cora document, Hextant, SRI laboratoire.

E. Méthodes statistiques

Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide de moyenne et d'écart-types en cas de distribution normale, et avec des médianes et d'interquartiles en cas de distribution non-normale. Les variables qualitatives, quant à elles, ont été présentées sous forme de nombre et de pourcentages. Le test de chi-2 a été utilisé comme test de comparaison. Nous avons effectué des analyses de régression logistiques pour la recherche de facteurs associés.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata 14.0 (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LLC).

F. Aspects éthiques et règlementaires

La typologie de cette étude correspond à une Recherche n'Impliquant pas la Personne Humaine (RnIPH). L'ensemble des données a été recueilli à partir des dossiers médicaux des

patients du service d'hépatogastroentérologie. Ces données ont été pseudonymisées et traitées par des personnels soignants du service d'hépatogastroentérologie (investigateur principal ou toute personne placée sous sa responsabilité). L'étude correspond donc à une recherche interne, conformément à la définition de la CNIL. Aussi, une information collective des participants a été effectuée par voie d'affichage dans le service d'hépatogastroentérologie, dans le livret d'accueil et sur le site de l'hôpital (information générale sur la recherche clinique). L'éventuelle opposition des patients à participer à l'étude a été prise en compte le cas échéant. L'étude a été enregistrée au registre des traitements informatiques de l'hôpital auprès du délégué à la protection des données du Centre Hospitalier de Cayenne.

IV. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

Au cours de l'année 2023, 1664 biopsies ont été réalisées, dont 570 étaient positives à *H. Pylori*, soit une prévalence de 34,25%.

En tout, 545 patients ont été inclus pour l'analyse descriptive (Figure 4)

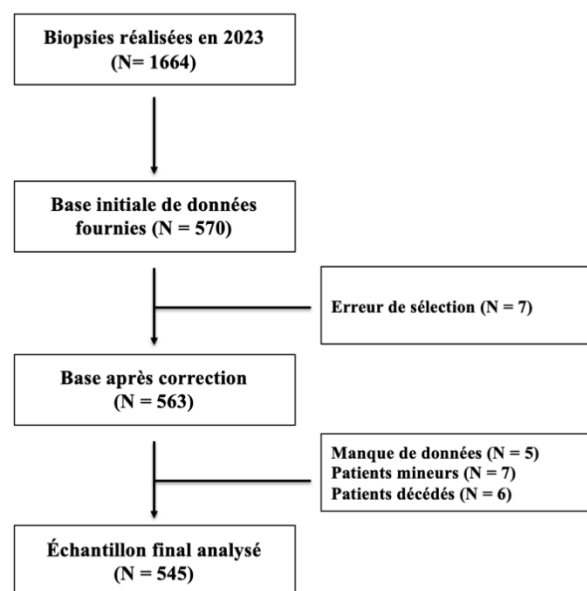


Figure 4 - Diagramme de Flux

Les caractéristiques de la population sont représentées dans le tableau n°1.

La population était composée de 57% de femmes et 43% d'hommes.

L'âge moyen était de 49,5 ans ($\pm 15,26$ ans). On notait 24,9% de patients tabagiques, 31.1% en situation d'obésité avec un IMC moyen de 35,9 kg/m², et 19,2% avec un antécédent d'infection à *H. pylori*.

Tableau 1 - Caractéristiques des patients

Variabes	N (total =545)	Pourcentage (%)
Sexe (N=545)		
- Hommes	236	43
- Femmes	309	57
Âge (années)		
- Moyenne (écart-type)	49,5 ($\pm 15,26$)	
Tranche d'âge		
18-30 ans	61	11
31-50 ans	229	42
> 50ans	255	47
Origine géographique (N=545)		
France	204	37,43
Étranger	339	62,2
NR	2	0,37
Ancienneté en Guyane (année) (N=218)		
Moyenne (écart-type)	17, 8 ($\pm 14,9$)	
Résidence (N=545)		
Ile de Cayenne (Cayenne, Matoury, Rémire Montjoly, Macouria, Montsinéry)	451	83
Territoires des Savanes (Kourou, Sinnamary, Iracoubo)	22	4
Haut-Maroni (Maripasoula, Grand-Santi, Papaïchton, Talhuen)	25	5
Bas-Maroni (Saint-Laurent, Mana)	10	2
Littoral Est (St Georges, Roura, Cacao, Régina)	25	5
Haut-Oyapock (Camopi, Trois-Sauts)	5	1
Hors Guyane (Suriname, Brésil, France Hexagonale)	7	1
Condition sociaux économiques (N=545)		
Absence de couverture sociale	18	3,3
AME	100	18,3
CMU	90	16,5
Régime générale hors CMU	337	61,8
Antécédents médicaux		
Tabagisme (N=329)	82	24,9
Obésité (N=370)	115	31,08
IMC :Moyenne (écart-type)	35,9 ($\pm 6,69$)	
Infection à <i>H. pylori</i> (N=459)	88	19,17

La population étudiée était majoritairement d'origine étrangère (62.2%). Les Guyanais représentaient 29%, les Haïtiens 26%, suivi des Brésiliens 18% . Pour les patients nés hors de la Guyane, l'ancienneté sur le territoire était en moyenne de 17 ans ($\pm 14,9$ ans).

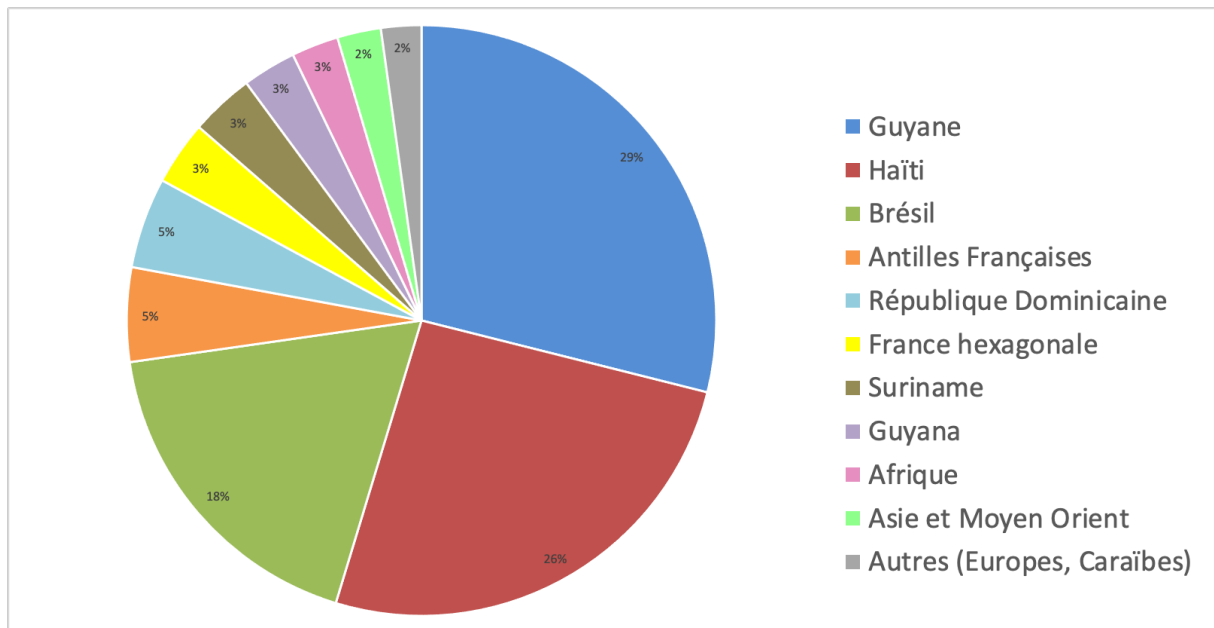


Figure 5 - Distribution des patients selon leur pays d'origine

La grande majorité des patients vivaient sur l'île de Cayenne (82,8%), suivi du Haut-Maroni (4,6%) et du Littoral Est (4,6%). Concernant la prise en charge sociale, 61,8% des patients étaient affiliés au régime général hors CMU, 16,5% bénéficiaient de la CMU, 18,3% de l'AME, et 3,3% n'avait aucune couverture sociale.

B. Indications de l'endoscopie digestive haute (FOGD)

Les principales indications de l'endoscopie digestive haute étaient les douleurs épigastriques (53%), le reflux gastro-œsophagien (20%) et les douleurs abdominales (19%). Ces symptômes étaient significativement plus fréquents chez les femmes ($p=0.02$, 0.01 et 0.04 respectivement) tandis que l'hémorragie digestive haute et la recherche de foyer infectieux, étaient plus répandues chez les hommes ($p=0.002$ et 0.01 respectivement) (Figure 6 et tableau n°2).

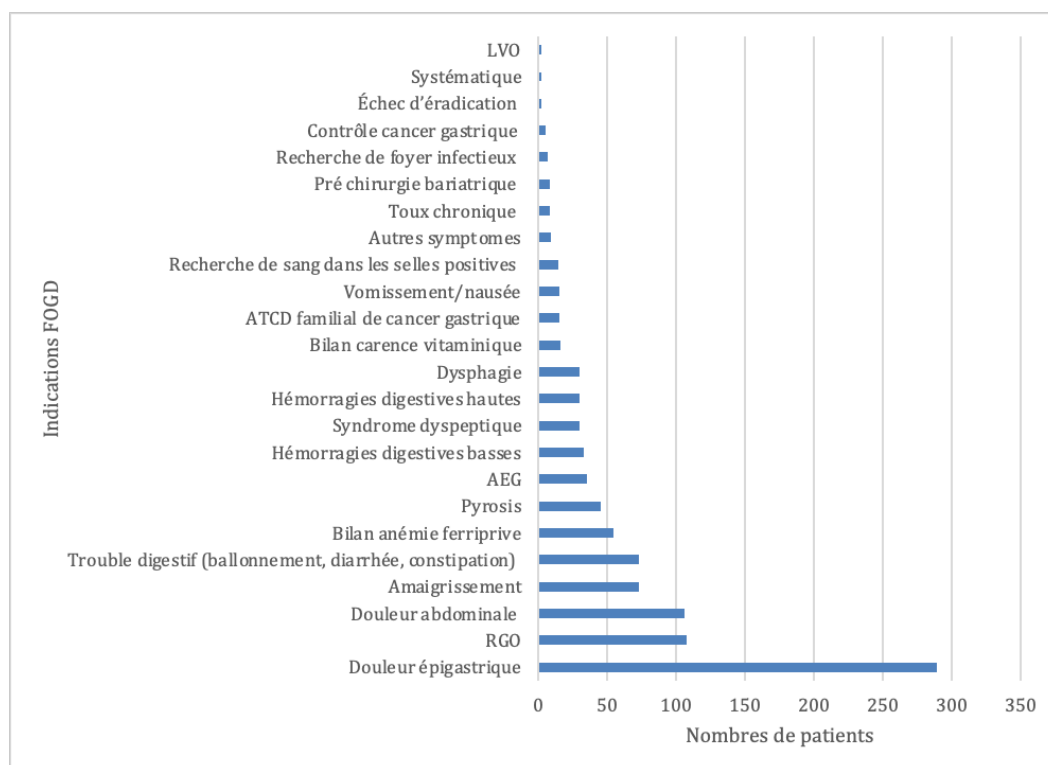


Figure 6 - Indication de la FOGD

Tableau 2 - Indication de la FOGD selon le sexe

Variabes	Femmes (n = 309)	Hommes (n = 236)	p-value (Chi-2)
Douleur abdominale	70 (22.7%)	36 (15.3%)	0.04
Douleur épigastrique	178 (57.6%)	111 (47.0%)	0.02
Syndrome dyspeptique	19 (6.1%)	11 (4.7%)	0.57
RGO	73 (23.6%)	34 (14.4%)	0.01
Pyrosis	32 (10.4%)	13 (5.5%)	0.06
Toux chronique	2 (0.6%)	6 (2.5%)	0.14
Amaigrissement	39 (12.6%)	34 (14.4%)	0.63
Bilan pré chirurgie bariatrique	6 (1.9%)	2 (0.8%)	0.49
ATCD familial de cancer gastrique	10 (3.2%)	5 (2.1%)	0.59
Bilan d'anémie ferriprive	33 (10.7%)	21 (8.9%)	0.59
Bilan de carence vitaminique	7 (2.3%)	8 (3.4%)	0.59
Recherche de foyer infectieux	0 (0.0%)	7 (3.0%)	0.01
Hémorragie digestive haute	9 (2.9%)	21 (8.9%)	0.002
Hémorragie digestive basse	13 (4.2%)	20 (8.5%)	0.06

Recherche de sang dans les selles positive	11 (3.6%)	3 (1.3%)	0.16
AEG	19 (6.1%)	16 (6.8%)	0.90
Trouble digestif (ballonnement, diarrhée, constipation)	80 (25.9%)	47 (19.9%)	0.13
Dysphagie	13 (4.2%)	17 (7.2%)	0.18
Vomissement/nausée	14 (4.5%)	1 (0.4%)	0.01

C. Résultats endoscopiques et histologiques

1. Lésions endoscopiques

L'endoscopie était normale dans 21,65% des cas. L'atteinte la plus fréquente était une muqueuse érythémateuse, retrouvée au niveau de l'antre dans 51% des cas et du fundus dans 45% des cas.

Dans l'antre gastrique, les muqueuses étaient également nodulaires (13%), ulcérées (11%) et suspecte de cancer chez 10 patients (2%). Les muqueuses fundiques étaient d'allures atrophiques dans 15% des cas.

Les constatations endoscopiques sont représentées sur la figure 7.

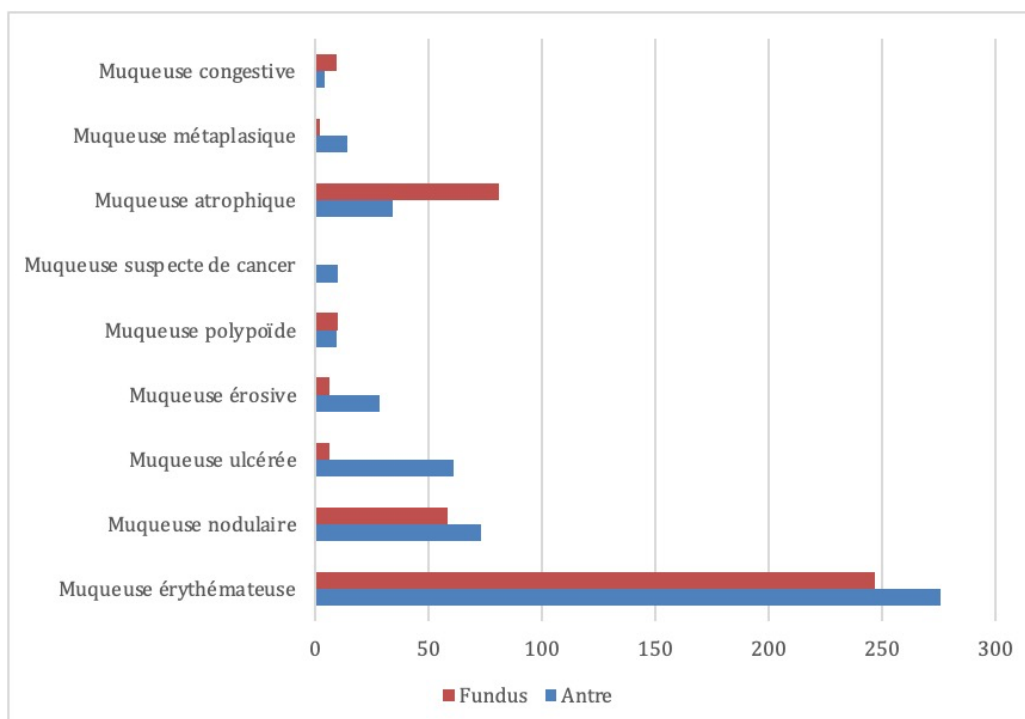


Figure 7 - Répartition des lésions endoscopiques

2. Lésions histologiques

Helicobacter pylori était retrouvé dans la majorité des cas, simultanément dans le fundus et dans l'antre (91,54%). Une gastrite chronique était retrouvée dans 93% des cas, au niveau de l'antre et du fundus. Les lésions pré-cancéreuses (tableau n°3), comprenant l'atrophie modérée à sévère, les métaplasies et la dysplasie, représentaient 20%, principalement sous forme de métaplasie focale. Les dysplasies étaient majoritairement de bas grade. Enfin, neuf cas de cancers ont été confirmés (1.65%).

Tableau 3 - Lésions précancéreuses

Variables	Antre N=545 (%)	Fundus N=545 (%)
Lésions précancéreuses antre + fundus 109 (20%)		
Atrophie	29 (5,32)	16 (2,93)
- simple	9 (1,65)	4 (0,73)
- modérée	16 (2,94)	12 (2,20)
- sévère	4 (0,73)	1 (0,18)
Métaplasie	95 (17,43)	21 (3,85)
- focale	84 (15,4)	20 (3,66)
- étendue	11 (2,01)	1 (0,18)
Dysplasie	14 (3)	3 (0,55)
- Bas grade	11 (2,01)	3 (0,55)
- Haut grade	3 (0,55)	0 (0)

D. Facteurs associés aux lésions précancéreuses

Les facteurs associés aux lésions pré-cancéreuses sont présentés dans le tableau n°4. En analyse multivariée, les patients sans couverture sociale avaient 3 fois plus de risques de présenter une lésion précancéreuse (OR 3,35 ; IC 95% [1.17 – 9.53], p=0,023) sur les biopsies gastriques. L'âge élevé, la consommation de tabac étaient également des facteurs associés significativement aux lésions pré-cancéreuses.

Tableau 4 - Facteurs associés aux lésions précancéreuses

Variables	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	OR (IC 95%)	p-value	OR (IC 95%)	p-value
Absence de couverture sociale	3.28 (1.24 – 8,64)	0.016	3.35 (1.17 – 9.53)	0.023
AME	0.6 (0.32 – 1.16)	0.730	0.88 (0.44 – 1.75)	0.730
CMU	1.32 (0.76 – 2.30)	0.312	1.55 (0.85 – 2.80)	0.144
Régime général hors CMU(Réf.)	1.00 (Réf.)	-	1.00 (Réf.)	
Sexe	1.30 (0.85 – 1.99)	0.211	0.99 (0.62 – 1.59)	0.998
Âge	1.04 (1.03 – 1.06)	0.000	1.04 (1.02 – 1.06)	0.000

Tabac	2.57 (1.42 – 4.62)	0.002	1.91 (1.02 – 3.60)	0.043
Obésité	0.46 (0.24 – 0,88)	0.020	0.53 (0.26 – 1.05)	0.072
ATCD d' <i>H. pylori</i>	0.48 (0.23 – 0.97)	0.042	0.52 (0.25 – 1.10)	0.088

E. Suivi des patients après la FOGD

Sur les 545 patients ayant réalisé une endoscopie, 500 (92.5%) ont été préalablement adressés en consultation. Dans 57,3% des cas ils étaient adressés par le médecin généraliste, dans 19 % des cas par les médecins du service des urgences et 22.8 % par un autre médecin spécialiste.

En tout, 284 patients ont été informés du diagnostic (52.1%). Parmi eux, 267 (94%) ont reçu une prescription de traitement. Près du tiers des patients (28.8%, N=157) n'était pas au courant de leur diagnostic.

Le traitement a été prescrit principalement par un spécialiste du service d'Hépatogastroentérologie (77%), suivi des médecins généralistes (13%) et d'autres spécialistes (9%). Cinq pour cent des patients au courant du diagnostic n'ont pas reçu de prescription de traitement.

Concernant le test d'éradication, 89% des patients traités ont reçu une prescription, et 87% de ces tests ont été prescrits par un spécialiste du service d'Hépatogastroentérologie. L'information sur le résultat du test respiratoire de contrôle était disponible pour 94 patients (39.4%) et l'éradication de *H. pylori* a été confirmée chez 81 patients, soit un taux de succès de 86%.

En tout sur les 545 patients, l'information sur une stratégie d'éradication complète à la clôture du recueil était disponible pour seulement 17,2% (94/545). A cette même date, 19% des patients avaient été perdu de vue, et restaient injoignables.

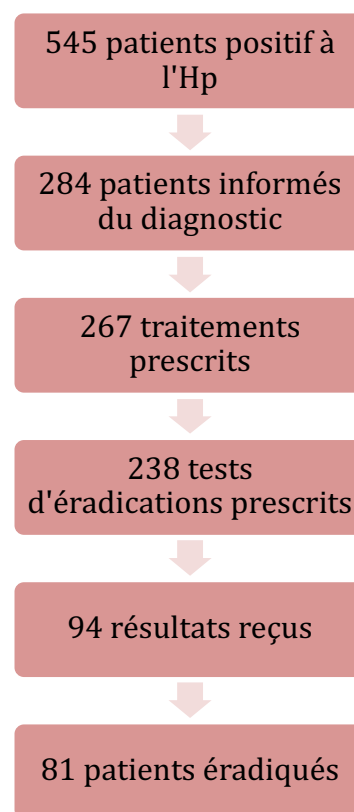


Figure 8 - Cascade du suivi des patients

Tableau 5 - Suivi des patients

Variables	N	Pourcentage (%)
Patients adressés en consultation par :	500	92,48 (500/545)
- SAU	96	19,05
- Médecin généraliste	289	57,34
- Autres spécialistes	115	22,82
Patients informés du diagnostic : (N=545)	284	52,11
Patients non informés	157	28,81
Non renseigné	104	19,08
Prescription d'un traitement par :	267	94 (267/284)
- Spécialiste du service	206	77,15
- Médecin généraliste	35	13,11
- Autre	26	9,74
Pas de traitement prescrit	15	5,28
Non renseigné	2	0,7
Prescription d'un test d'éradication par :	238	89,1 (238/267)
- Spécialiste du service	208	87,39
- Médecin généraliste	18	7,56
- Autre	12	5,04
Pas de prescription	21	7,87
Non renseigné	8	3
Résultat du test :	94	39,4 (94/238)
Succès d'éradication	81	86,1
Échec d'éradication	11	0,11
Test ininterprétable	2	0,02
Test non réalisé à la date de clôture	11	4,62
Traitement non pris par le patient	4	1,68
Non renseigné	129	54,20
Obtention du suivi (N=545)		
- Patients contactés	220	40,37
- Dossier patient uniquement	221	40,55
- Patients injoignables	104	19,08

F. Suivi des patients par le médecin généraliste

Le tableau n°6 se focalise sur le suivi par le médecin généraliste. Parmi les 289 patients adressés par le médecin généraliste, seulement 28 (9.7%) étaient traités par lui. Le traitement était surtout prescrit par un médecin d'une autre spécialité.

Tableau 6 - Suivi des patients par le médecin généraliste

Parcours du patient	N	% cumulé des patients adressés (N= 289 patients)
Patients adressés	289	100%
Prescription d'un traitement	28	9.7%
Prescription d'un test d'éradication	14	4.8%
Succès d'éradication	9	3.1%

G. Facteurs associés au suivi des patients

En analyse bivariée, le médecin adresseur influençait sur l'information du diagnostic. En effet les patients adressés par un spécialiste autre que le médecin généraliste et l'urgentiste étaient significativement plus au courant de leur diagnostic. Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concernait la prescription du traitement, du contrôle de l'éradication et l'information sur le résultat du test selon le médecin adresseur.

Tableau 7 - Facteurs associés au suivi des patients selon le médecin adresseur

Variables	SAU N=96 (%)	Médecin généraliste N=289 (%)	Autres spécialistes N=115 (%)	p-value (Chi-2)
Information du patient	38 (39,6)	152 (52,6)	69 (60)	0,017
Prescription d'un traitement	35 (36,5)	145 (50,2)	65 (56,5)	0,43
Prescription d'un test d'éradication	33 (34,4)	132 (45,7)	51 (44,3)	0,544
Succès du traitement	10 (10,4)	54 (18,7)	23 (20)	0,357

En analyse multivariée, les facteurs associés positivement à la connaissance du diagnostic étaient l'adressage par un spécialiste autre que les urgentistes par rapport à un adressage par le médecin généraliste, le sexe masculin, et une adresse de résidence sur l'île de Cayenne par rapport à une résidence en dehors de l'île de Cayenne.

Tableau 8 - Facteurs associés à la connaissance du diagnostic

Variables	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	OR [IC 95%]	p-value	OR [IC 95%]	p-value
Qui adresse (Réf: Médecin généraliste)				
Urgentiste	1.21 [0.67 - 2.18]	0.518	1.07 [0.54 - 2.12]	0.837
Autres spécialistes	2.20 [1.27 - 3.81]	0.005	1.84 [1.01 - 3.38]	0.046
Étranger	0.92 [0.61 - 1.38]	0.702	1.00 [0.59 - 1.68]	0.990
Couverture sociale (Réf: Régime général)				

Sans prise en charge	4.61 (0.57 – 36.95)	0.150	2.04 [0.22 – 25.77]	0.468
AME	0.76 (0.44 – 1.29)	0.311	0.73 [0.36- 1.47]	0.384
CMU	0.71 (0.41 – 1.22)	0.225	0.62 [0.32 – 1.19]	0.157
Sexe homme (Ref : féminin)	1.42 (0.95 – 2.11)	0.083	1.65 [1.02 – 2.66]	0.037
Âge	0.99 (0.98 – 1.01)	0.828	0.99 [0.97 – 1.01]	0.499
Lésion précancéreuse	0.78 (0.48 – 1.26)	0.315	0.77 [0.42 - 1.38]	0.383
ATCD d' <i>H.pylori</i>	1.61 (0.92 – 1.83)	0.091	1.32 [0.71 – 2.48]	0.373
Patient vivant sur l'île de Cayenne	1.93 (1.13 – 3.31)	0.016	2.06 (1.04 – 4.11)	0.038

V. DISCUSSION

Cette étude révèle une prévalence de l'infection à *H. pylori* de 34,3 % en endoscopie digestive haute par l'analyse anatomopathologique des biopsies gastriques. Dans notre population, deux tiers étaient nés à l'étranger. Les indications principales de la FOGD étaient la douleur épigastrique (53%), le reflux gastro-œsophagien (20%) et la douleur abdominale (19%). La prévalence des lésions précancéreuses était de 20% et les facteurs associés étaient l'âge, le tabagisme et l'absence de couverture sociale. Concernant le suivi, seulement 52 % des patients étaient au courant du diagnostic et 17.2% ont bénéficié d'une stratégie d'éradication complète.

A. Comparaison avec la littérature

La prévalence de l'infection à *H. pylori* dans notre étude est plus élevée que ce qui est retrouvé en endoscopie en France hexagonale (20%)(17,32). Dans une revue récente (5) sur la période 1980 à 2022, la prévalence d'*H. pylori* en Amérique était estimée à 42.5% (38.4-46.6) ; au Brésil elle était de 39.6% (33.8-45.6), en Haïti de 44.8 % (33.2-57.0) et en République Dominicaine de 58.8% (53.2-64.1). Cependant dans ces études, le diagnostic n'était pas uniquement basé sur l'endoscopie comme dans notre étude mais aussi sur la sérologie ou les tests respiratoires à l'uréase. Nous avons dans cette étude utilisé la technique de l'histologie. C'est une méthode moins sensible et spécifique que la *PCR H. pylori* (33) et la prévalence peut ainsi être sous-estimée.

Bien que la méthodologie ne permette pas la recherche de facteurs associés à l'infection, on relève que 62,2 % de la population est d'origine étrangère, principalement haïtienne et brésilienne. Les études montrent un gradient de prévalence selon l'origine géographique, avec des taux plus élevés en Afrique (70 %), suivis de l'Amérique du Sud et des Caraïbes (69,4 %)

(34). Ainsi, la forte proportion de patients d'origine étrangère en Guyane (un tiers des Guyanais- et la moitié des adultes-est d'origine étrangère) (9) pourrait contribuer à maintenir une prévalence plus élevée que celle observée en France hexagonale.

Ces variations sont influencées par les conditions socio-économiques, l'accès aux soins et les conditions de vie. En effet plusieurs études révèlent qu'un niveau socio-économique bas est associé à une infection par la bactérie (3,4). La Guyane est donc une région propice à l'infection par sa grande précarité.

Concernant l'âge des patients, la moyenne était de 49,5 ans, ce qui est cohérent avec les données françaises, où la prévalence augmente avec l'âge. En France, la prévalence de l'infection est de 30 à 50 % chez les adultes de plus de 50 ans (17). Cela s'explique par une exposition prolongée, dû à l'acquisition précoce de l'infection, et à sa persistance tout au long de la vie sans traitement.

Dans notre étude, la prévalence des lésions pré cancéreuse était de 20%, ce qui est élevée. Néanmoins, ce chiffre est à prendre avec précaution. En effet, l'atrophie et la métaplasie sont certes des lésions précancéreuses mais le risque de cancer gastrique en cas de gastrite à *H. pylori* repose sur la sévérité et la topographie des lésions de gastrite chronique atrophique et de métaplasie intestinale, évaluées par la classification OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment) pour l'atrophie et OLGIM (Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessment) pour la métaplasie intestinale. Ce sont les patient classés OLGA III/IV et OLGIM III/IV qui nécessiteront une surveillance endoscopique puisque le risque relatif de cancer est respectivement de 27,7 et 3,9 (35) (par rapport aux patients stade I/II). Dans le laboratoire d'anatomie pathologique et cytologie de notre centre, ces classifications n'étaient pas réalisées. Nous avons donc considéré comme lésion précancéreuse toute atrophie modérée et sévère, toute métaplasie et toute dysplasie, ce qui peut favoriser une surestimation de taux de lésions précancéreuses significatives. Les facteurs de risque associés aux lésions précancéreuses incluent l'âge avancé, l'absence de couverture sociale, le tabac et l'obésité. Ces résultats sont cohérents, le tabagisme et l'obésité sont bien identifiés comme facteurs de risque majeurs de cancer. Ils engendrent une inflammation chronique favorisant l'évolution des lésions précancéreuses(36,37).

En Guyane, selon une publication du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), 52 % des patients consultant en CDPS (Centre Délocalisé de Prévention et de Soins) n'ont pas de couverture sociale(38). Notre étude a mis en évidence qu'un patient infecté par *H. pylori* sans couverture sociale présente trois fois plus de risque d'avoir une lésion précancéreuse à l'endoscopie. Cependant, cette différence disparaît dès lors que le patient bénéficie d'un

minimum de protection sociale, via l'Aide Médicale d'État (AME) ou la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Ce constat souligne l'importance d'un accès universel aux soins et de la prise en charge les populations précaires.

L'infection à *H. pylori* est un facteur de risque majeur du cancer gastrique, la bactérie est retrouvée dans 8 cas sur 10 des adénocarcinomes gastriques (1). De façon inattendue, en 2023, sur les 27 cas de cancer gastriques recensés au Centre Hospitalier de Cayenne, *H. pylori* était retrouvé dans 48 % des cas seulement. Ceci suppose l'existence d'autres facteurs contribuant à la carcinogenèse dans ce territoire.

B. Parcours de soins

L'analyse du suivi des patients a révélé des déficits dans la prise en charge. En 2023 selon l'INSEE, la Guyane comptait 123 généralistes pour 100 000 habitants (39) et 6 hépato-gastro-entérologues. Le Centre Hospitalier de Cayenne réalise en moyenne 3500 endoscopies digestives par an, contre 176 au Centre Hospitalier de l'Ouest guyanais et 95 au Centre Hospitalier de Kourou en 2023. L'hôpital de Cayenne constitue donc le centre de référence pour l'adressage des patients nécessitant une endoscopie. Cependant, après la réalisation de l'examen, seuls 52% étaient au courant du diagnostic de l'infection. Au final, l'information sur la stratégie d'éradication complète à savoir la prescription d'un traitement d'éradication, d'un test respiratoire de contrôle et la vérification des résultats de ce test n'était disponible que pour 17,2 % des patients. Près d'un tiers des patients (28,8%) déclarait ne pas être au courant de ce diagnostic. Ceci souligne de façon alarmant le manque de suivi. Néanmoins avec la mise en place de consultations « suivi *H. pylori* » depuis 2022, il y a des améliorations. En effet, parmi les 284 patients informés de leur diagnostic, 77% ont bénéficié de la prescription d'un traitement et d'un test de contrôle de l'éradication par un spécialiste du service d'Hépatogastroentérologie.

Parmi les 238 patients ayant reçu une prescription d'un test respiratoire, le résultat était disponible seulement chez 94 patients soit environ 40%. Ce faible taux pourrait s'expliquer par 2 facteurs. Premièrement, par l'oubli de la réalisation de ce test par le patient et deuxièmement par le défaut de renseignement des résultats du test dans le dossier médical par le médecin recevant le résultat, dès lors que ce dernier est négatif.

Dans notre étude nous avons démontré que la connaissance du diagnostic ne dépendait pas de l'origine étrangère, ni de la couverture sociale ; il n'existait donc pas de barrière socio-économique, ni linguistique à la diffusion de l'information.

En revanche plusieurs facteurs peuvent limiter la suite de la prise en charge :

- La complexité du traitement, avec l'ingestion de plusieurs comprimés, plusieurs fois par jour durant une longue période (10 ou 14 jours).
- Le niveau d'alphabétisation : En Guyane, 41 % de la population présente des difficultés à l'écrit (40), ce qui limite la compréhension des prescriptions médicales et des consignes de suivi (prendre le traitement pendant la durée donnée puis attendre 4 semaines avant la réalisation du test, à jeun ; au préalable récupérer le kit à la pharmacie...) (ordonnances type, voir annexe 2).
- La barrière de la langue : 29 % des Guyanais s'informent dans une autre langue que le français (62 % des Guyanais nés au Brésil et 35 % des Guyanais nés à Haïti) (41).

Par ailleurs, les hommes étaient significativement plus informés de leur diagnostic que les femmes. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les hommes consultent à un stade plus tardif. Or la présence d'un ulcère gastrique, première cause d'hémorragie digestive, nécessite un contrôle endoscopique à 2 mois, augmentant ainsi la probabilité que ces patients soient revus après leur première endoscopie.

Concernant le parcours des patients adressés par un médecin généraliste, celui-ci s'arrête souvent à l'orientation vers le spécialiste. Très peu de patients sont traités par leur médecin généraliste, et encore moins reçoivent un test d'éradication. Ce constat pourrait en partie être lié à la mise en place de consultation *H. pylori* dans le service d'Hépatogastroentérologie. Il souligne la nécessité d'une meilleure intégration des médecins généralistes dans le parcours de soins de ces patients.

Plusieurs travaux ont démontré l'intérêt d'une fiche protocolisée pour améliorer la prise en charge des patients atteints d'*H. pylori*. Une thèse réalisée en 2011(42), suivie d'une autre en 2015 (43) à Annecy, ont montré que l'ajout d'une fiche de recommandations thérapeutiques au compte rendu de gastroscopie facilitait la prise en charge des patients. De même, une thèse menée en 2017 en Guadeloupe a confirmé la nécessité d'une telle fiche (44).

Afin d'améliorer l'adhésion au traitement et le suivi post-thérapeutique, la HAS met à disposition des protocoles pour les médecins généralistes, ainsi que des fiches d'informations pour les patients (45).

Cependant, en pratique, si le médecin traitant n'est pas informé du diagnostic, la fiche perd de son utilité. Dans le cadre de cette étude et du recueil du suivi, des patients ont rapporté que leurs médecins n'avaient jamais reçu le compte-rendu anatomopathologique. L'analyse des résultats anatomopathologiques a révélé que les médecins généralistes ne sont pas systématiquement en copie du compte rendu, car seul le prescripteur initial a légalement accès aux résultats.

Nos résultats mettent en évidence que les patients adressés par un médecin spécialiste autre que les urgentistes, par rapport à ceux adressés par le médecin généraliste sont significativement plus informés de leur diagnostic. Ceci s'explique très probablement par la disponibilité du résultat anatomo-pathologique sur le logiciel du laboratoire pour tous les médecins de l'hôpital. En effet, après les médecins généralistes, les médecins du CH de Cayenne étaient les 2^{ème} adresseurs. Ce constat souligne encore une fois la nécessité de l'accès aux résultats anatomopathologiques par le médecin adresseur.

C. Limites de l'étude et forces

Notre étude n'a pris en compte que les patients infectés par *H. pylori* et ne permet donc pas la recherche de facteurs associés à l'infection.

De plus le caractère rétrospectif, en est une limite avec notamment les biais de mémorisation (un patient peut avoir oublié s'il a bien reçu un traitement ou réalisé le test de contrôle). De même, le caractère rétrospectif est à l'origine de données manquantes : en effet, nous n'avons pas pu récupérer l'ensemble des données de suivis. A la clôture du recueil, 104 patients restaient injoignables, et il est impossible de déterminer s'ils ont bénéficié d'une prise en charge, cela représente 19% des patients inclus dans l'étude. Parmi les patients suivis, 54 % n'ont pas donné de retour après la prescription d'un test contrôle d'éradication. Cela souligne une perte importante de suivi.

Par ailleurs, en Guyane, la classification histologique repose encore sur le système de Sydney, contrairement à d'autres régions qui utilisent les classifications OLGA pour l'atrophie et OLGIM pour la métaplasie intestinale. De plus des divergences entre médecins anatomopathologistes ont été constatés. Cependant, dans le cadre de cette étude, une harmonisation des comptes rendus a été effectuée afin de garantir une évaluation homogène des lésions.

Malgré tout, cette étude a plusieurs forces. Il s'agit de la première en Guyane sur l'infection à *Helicobacter pylori*, ce qui en fait une base de référence pour les recherches futures, dans ce

département accumulant les facteurs de risque de la maladie. Par ailleurs, le grand nombre de patients inclus est une force. Nous avons analysé les dossiers de 545 patients, ce qui représente une grande population. La prise en compte du devenir du patient après le diagnostic histologique est une des principales forces. En effet, ce suivi permet de comprendre les failles du système et aidera à mettre en place une stratégie de prise en charge coordonnée Médecine générale-Hépatogastroentérologie. Enfin, dans le cadre du suivi, un rappel téléphonique était effectué par le gastro-entérologue mais en 2023, un retard important a été observé dans ce système. Cette étude a permis de compléter 63 dossiers et d'informer 157 patients sur leur diagnostic, les réintégrant dans le parcours de soins.

D. Perceptives et recommandations

Il serait pertinent de :

- Renforcer la coordination entre médecins généralistes et spécialistes, avec une fiche de recommandations thérapeutiques ou un carnet de suivi remis au patient.
- Désigner une personne référente au sein du service d'Hépatogastroentérologie qui serait chargée d'assurer les rappels systématiques, de colliger dans le dossier médical les différents temps de la stratégie d'éradication complète et de faire le lien entre les patients et les professionnels de santé.
- Il faudrait également interroger les médecins généralistes sur leurs pratiques et connaître leur point de vue sur le suivi des patients infectés. Cela permettrait d'améliorer la prise en charge globale du patient.
- Enfin, une étude multicentrique prospective dans les 3 principaux sites du CHU de Guyane permettrait d'avoir des données plus complètes sur cette infection (recherche des facteurs associés, socio-démographiques et cliniques), évaluation comparative de la prévalence par la technique de la PCR *H. pylori* et l'histologie, évaluation de la sensibilité à la Clarithromycine par la technique de la PCR et suivi du patient (après la mise en place d'une coordination médecine générale-hépatogastroentérologie).

VI. Conclusion

L'infection à *Helicobacter pylori* est un problème de santé publique. Cette première étude sur une grande population, menée en Guyane a montré une prévalence de 34,25%.

L'absence de couverture sociale est significativement associée à la détection de lésions précancéreuses, et souligne l'importance d'un meilleur accès aux soins.

Le suivi des patients reste très insuffisant avec seulement 17 % pour lesquels l'information sur la stratégie d'éradication est complète et 19% de patients injoignables après le diagnostic. Ce manque de suivi pourrait avoir des graves conséquences, le cancer gastrique, chez les patients présentant des lésions précancéreuses.

Une meilleure coordination entre médecins généralistes et spécialistes est nécessaire pour optimiser la prise en charge.

Cette étude constitue une première base épidémiologique sur *H. pylori* en Guyane.

Des recherches complémentaires seront essentielles pour améliorer le parcours de soins des patients. Une étude multicentrique, prospective sur les 3 sites (Cayenne, Kourou et Saint Laurent du Maroni) du CHU de Guyane sera débutée en 2025 à ce sujet.

VII. Bibliographie :

1. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis - The Lancet Global Health [Internet]. [cité 6 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2819%2930488-7/fulltext>
2. He J, Liu Y, Ouyang Q, Li R, Li J, Chen W, et al. Helicobacter pylori and unignorable extragastric diseases: Mechanism and implications. Front Microbiol [Internet]. 4 août 2022 [cité 10 sept 2024];13. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/microbiology/articles/10.3389/fmicb.2022.972777/full>
3. Yuan C, Adeloye D, Luk TT, Huang L, He Y, Xu Y, et al. The global prevalence of and factors associated with Helicobacter pylori infection in children: a systematic review and meta-analysis. Lancet Child Adolesc Health. mars 2022;6(3):185-94.
4. Hooi JKY, Lai WY, Ng WK, Suen MMY, Underwood FE, Tanyingoh D, et al. Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. Gastroenterology. 1 août 2017;153(2):420-9.
5. Li Y, Choi H, Leung K, Jiang F, Graham DY, Leung WK. Global prevalence of Helicobacter pylori infection between 1980 and 2022: a systematic review and meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. juin 2023;8(6):553-64.
6. Lamarque D, Burucoa C, Courillon-Mallet A, de Korwin JD, Delchier JC, Me F. Recommendations for treatment of Helicobacter pylori infection in adults. 2019;24.
7. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 8 août 2022;gutjnl-2022-327745.
8. 29 % des Guyanais en situation de grande pauvreté en 2018 - Insee Analyses Guyane - 59 [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6468775#titre-bloc-2>
9. Synthèse démographique de la Guyane - Une démographie toujours dynamique - Insee Flash Guyane - 57 [Internet]. [cité 4 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2559184#titre-bloc-10>
10. Imounga LM, Plenet J, Belliardo S, Chine EC, Louvel D, Cenciu B, et al. Gastric Cancer Incidence and Mortality in French Guiana: South American or French? J Gastrointest Cancer.

mars 2022;53(1):204-10.

11. Desroziers LI, Belliardo S, Deloumeaux J, Plenet J, Bhakkan-Mambir B, Péruvien J, et al. Burden of gastric and digestive cancers in the French Caribbean: perspectives from population-based cancer registries of Martinique, Guadeloupe and French Guiana (2007–2014). *BMJ Open*. 1 févr 2022;12(2):e047167.
12. Bury-Moné S, Skouloubris S, Labigne A, De Reuse H. [UreI: a *Helicobacter pylori* protein essential for resistance to acidity and for the early steps of murine gastric mucosa infection]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2001;25(6-7):659-63.
13. Muzaheed. *Helicobacter pylori* Oncogenicity: Mechanism, Prevention, and Risk Factors. *Sci World J*. 2020;2020(1):3018326.
14. Thorat JV, Tambolkar S, Chitale MM, Biradar V, Jadhav RS. Association of *Helicobacter pylori* in Children With Self-Hand Hygiene, Maternal Hand Hygiene, Cooking, and Feeding Practices. *Cureus*. mars 2024;16(3):e56554.
15. Stefano K, Marco M, Federica G, Laura B, Barbara B, Gioacchino L, et al. *Helicobacter pylori*, transmission routes and recurrence of infection: state of the art. *Acta Bio Medica Atenei Parm*. 2018;89(Suppl 8):72-6.
16. Quaglia NC, Dambrosio A. *Helicobacter pylori*: A foodborne pathogen? *World J Gastroenterol*. 8 août 2018;24(31):3472.
17. Heluwaert F. *Helicobacter Pylori* : diagnostic, indications et modalités d'éradication.
18. Ogihara A, Kikuchi S, Hasegawa A, Kurosawa M, Miki K, Kaneko E, et al. Relationship between *Helicobacter pylori* infection and smoking and drinking habits. *J Gastroenterol Hepatol*. mars 2000;15(3):271-6.
19. Baradaran A, Dehghanbanadaki H, Naderpour S, Pirkashani LM, Rajabi A, Rashti R, et al. The association between *Helicobacter pylori* and obesity: a systematic review and meta-analysis of case–control studies. *Clin Diabetes Endocrinol*. 10 juill 2021;7:15.
20. Masson E. EM-Consulte. [cité 14 févr 2025]. Quelles sont les modifications gastriques induites par l'infection aiguë et chronique par *Helicobacter pylori*? Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/99470/quelles-sont-les-modifications-gastriques-induites>
21. Institut Pasteur [Internet]. 2015 [cité 4 mars 2025]. Cancers et ulcères gastriques.

Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/cancers-ulceres-gastriques>

22. Lau JYW, Barkun A, Fan D ming, Kuipers EJ, Yang Y sheng, Chan FKL. Challenges in the management of acute peptic ulcer bleeding. *Lancet Lond Engl.* 8 juin 2013;381(9882):2033-43.
23. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-63.
24. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 6 mars 2025]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html
25. SPF. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 - Synthèse des résultats : tumeurs solides et hémopathies malignes [Internet]. [cité 4 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-synthese-des-resultats-tumeurs-solides-et-hemopathies-malignes>
26. FMC-HGE [Internet]. [cité 4 mars 2025]. Gastrite atrophique et vitamine B12. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/gastrite-atrophique-et-vitamine-b12/
27. Restless legs syndrome in patients infected with *Helicobacter pylori*: Neurological Research: Vol 40, No 7 [Internet]. [cité 4 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01616412.2018.1454704>
28. Lamarque D, Courillon-Mallet A, de Korwin JD, Delchier C. Re' vision des recommandations franc,aises sur la prise en charge de l'infection par *Helicobacter pylori*. 2012;19.
29. Diagnostic-and-treatment-aspects-of-Helicobacter-pylori-infection-Journal-de-Biologie-Medicale.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.cnrch.fr/wp-content/uploads/2023/11/Diagnostic-and-treatment-aspects-of-Helicobacter-pylori-infection-Journal-de-Biologie-Medicale.pdf>
30. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/15/2021_15_2.html
31. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Indications à visée diagnostique

de l'endoscopie digestive haute en pathologie œso-gastro-duodénale de l'adulte, à l'exclusion de l'échoendoscopie et l'entéroscopie. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272101/fr/indications-a-visee-diagnostique-de-l-endoscopie-digestive-haute-en-pathologie-oeso-gastro-duodenale-de-l-adulte-a-l-exclusion-de-l-echoendoscopie-et-l-enteroscopie

32. abstracts. Diagnostic et Traitement de l'infection à Helicobacter Pylori au Centre hospitalier d'Annecy Genevois. Apport de la PCR et de la culture pour le diagnostic. Premiers résultats des traitements orientés. [Internet]. Abstracts des congrès de l'ANGH. 2018 [cité 4 mars 2025]. Disponible sur: <https://angh.net/abstracts/diagnostic-et-traitement-de-linfection-a-helicobacter-pylori-au-centre-hospitalier-dannecy-genevois-apport-de-la-pcr-et-de-la-culture-pour-le-diagnostic-premiers-resultats-des-traitemen/>

33. Bazin T, Nchare Mfondi A, Julie C, Émile JF, Raymond J, Lamarque D. Contribution of genetic amplification by PCR for the diagnosis of Helicobacter pylori infection in patients receiving proton pump inhibitors. *United Eur Gastroenterol J*. oct 2018;6(8):1267-73.

34. Alexander SM, Retnakumar RJ, Chouhan D, Devi TNB, Dharmaseelan S, Devadas K, et al. Helicobacter pylori in Human Stomach: The Inconsistencies in Clinical Outcomes and the Probable Causes. *Front Microbiol* [Internet]. 17 août 2021 [cité 5 mars 2025];12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/microbiology/articles/10.3389/fmicb.2021.713955/full>

35. Yue H, Shan L, Bin L. The significance of OLGA and OLGIM staging systems in the risk assessment of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc*. juill 2018;21(4):579-87.

36. Iyengar NM, Gucalp A, Dannenberg AJ, Hudis CA. Obesity and Cancer Mechanisms: Tumor Microenvironment and Inflammation. *J Clin Oncol*. 10 déc 2016;34(35):4270-6.

37. Takahashi H, Ogata H, Nishigaki R, Broide DH, Karin M. Tobacco smoke promotes lung tumorigenesis by triggering IKKbeta- and JNK1-dependent inflammation. *Cancer Cell*. 19 janv 2010;17(1):89-97.

38. Brousse P, Mosnier É, Guarmit B, Nacher M, Ville M. Prise en charge des populations vivant en forêt et le long des fleuves en Guyane. *Actualité et dossier en santé publique*. 2015;(91):40-42.

39. Densité des médecins généralistes - Pour 100.000 habitants - Guyane | Insee [Internet].

[cité 5 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010761071>

40. En Guyane quatre adultes sur dix sont en difficulté face à l'écrit - Insee Analyses Guyane - 73 [Internet]. [cité 5 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8275440>

41. La diversité linguistique marque chaque pan de la culture en Guyane - Insee Analyses Guyane - 54 [Internet]. [cité 5 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5543889>

42. 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 comptes-rendus de gastroscopie au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy. 15 sept 2011;123.

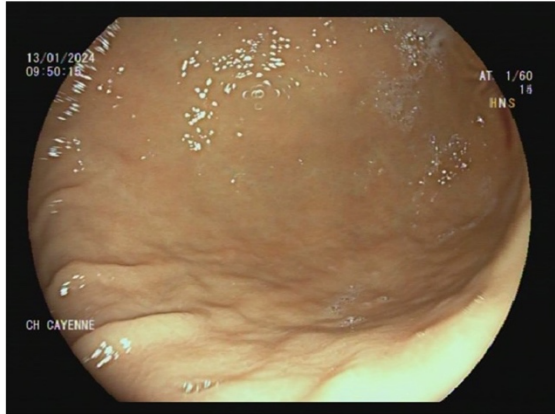
43. Moëgne-Loccoz A. Protocole de prise en charge conjointe généraliste / spécialiste de l'infection à *Helicobacter pylori* à l'aide d'une fiche de recommandations: ressenti du médecin généraliste.

44. Cornilliet CLM. Pratiques des médecins généralistes en Guadeloupe dans la prise en charge des patients infectés par *Helicobacter pylori*. 9 mars 2017;78.

45. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 mars 2025]. Infection par *Helicobacter pylori* : deux documents d'information à destination des patients. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2912913/fr/infection-par-helicobacter-pylori-deux-documents-d-information-a-destination-des-patients

VIII. Annexes

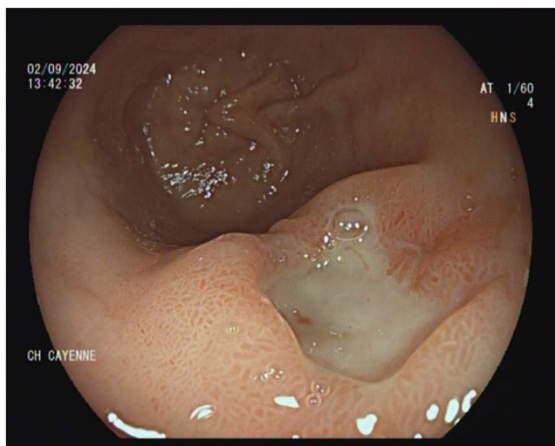
Annexe 1 - Photo d'endoscopie de FOGD des différentes catégories de muqueuses



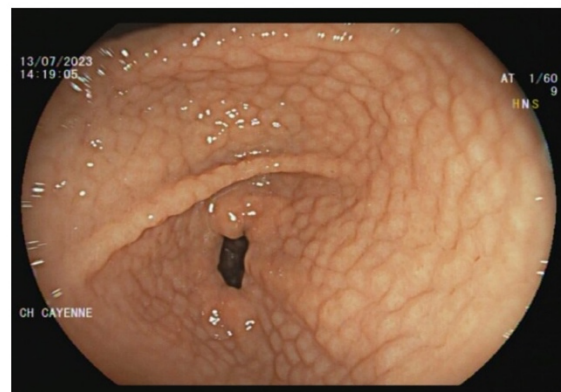
Muqueuse normale



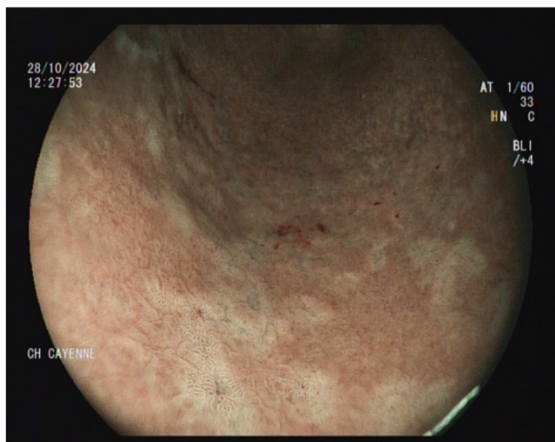
Gastrite érythémateuse



Gastrite ulcérée



Gastrite micronodulaire



Métaplasie intestinale



Gastrite atrophique



Centre Hospitalier de Cayenne « Andrée ROSEMON »
Rue des Flamboyants - B. P. 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX
Standard : 0594.39.50.50

Pôle médecine interne et maladies infectieuses et tropicales

SERVICE DE MÉDECINE B

Hépatologie-Gastro-entérologie – Pneumologie
Allergologie – Médecine générale

Cayenne le, 06/03/2025

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Médecins

Dr Dominique LOUVEL
Praticien Hospitalier
Hépatologie-Gastro-entérologie
Responsable de service
Poste 51 30

Dr Alolia ABOIKONI
Praticien Hospitalier
Hépatologie-Gastro-entérologie
Dect 40 48

Dr Marthe ALOGO A NWATSO
Praticien Contractuel
Hépatologie-Gastro-entérologie
DECT 42 60

Dr Paul NGOCK DIME
Praticien Contractuel
Hépatologie-Gastro-entérologie

Dr Geneviève GUILLOT
Praticien attaché Pneumologie
Poste 52 77

Dr Houari AISSAOUI
Praticien Hospitalier
Pneumologie
Poste 54 96 - Dect 44 09

Dr Dana GAUDARD
Praticien Contractuel
Médecine interne
Poste 54 96

Dr Hedja MAHJOUR
Praticien Contractuel
Médecine Générale
Poste 54 23

Dr Florence ATODJINO
Médecine Générale
Poste 58 31

Dr Mathilde PIRCHER
Praticien Hospitalier
Médecine générale

Dr Sophie ALVISET
Praticien Contractuel
Médecine interne

Dr Béatrice VIRIOT
Praticien Hospitalier

Dr J-Lionel JOACHIM
Praticien contractuel
Gériatrie

Internes / FFI
Ines FOUKING
DES Hépatologie-Gastro-entérologie

Cadre de santé
Madame Paula SANSSOUICI-GALLIOT
Cadre de santé
Poste 50 20 ou Dect 42 10

Bureau infirmier
☎ 0594 39 52 80

Assistante sociale
Madame Sandrine ASSELINE
0594 39.53.58

Secrétariats médicaux
Secrétariat RDV Consultations :
☎ 0594 39 48 32 ou poste 47/71
Secrétariat RDV Endoscopies :
☎ 0594 39 53 56 ou 0594 39 48 91
Télécopie : 0594 39 53 67

Secrétariat Hospitalisations :
☎ 0594 39 50 97
Télécopie : 0594 39 53 51

Vous avez passé une gastroscopie et les biopsies ont retrouvé une bactérie dans l'estomac : **Helicobacter Pylori**. C'est une infection que l'on attrape le plus souvent dans l'enfance. Ce n'est pas une maladie grave mais cela nécessite un traitement.

Vous trouverez ci-joints :

Pour la pharmacie :

- 1 ordonnance pour le traitement médicamenteux
- 1 ordonnance pour 1 test Helikit (test respiratoire, à réaliser dans un laboratoire 4 semaines après la fin du traitement pour vérifier l'éradication de la bactérie)

Pour le laboratoire :

- 1 ordonnance pour la réalisation du test respiratoire (apporter au laboratoire le test Helikit)

Merci de revoir votre médecin traitant avec le résultat de ce test respiratoire.

Dr

N° RPPS :



Centre Hospitalier de Cayenne « André ROSEMON »
Rue des Flamboyants - B. P. 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX
Standard : 0594.39.50.50

Médecins

Dr Dominique LOUVEL
Praticien Hospitalier
Hépatogastro-entérologie
Responsable de service
Poste 51 30

Dr Aloïa ABOIKONI
Praticien Hospitalier
Hépatogastro-entérologie
Dect 40 48

Dr Marthe ALOGO A NWATSOK
Praticien Contractuel
Hépatogastro-entérologie
DECT 42 60

Dr Paul NGOCK DIME
Praticien Contractuel
Hépatogastro-entérologie

Dr Geneviève GUILLOT
Praticien attaché Pneumologie
Poste 52 77

Dr Houari AISSAOUI
Praticien Hospitalier
Pneumologie
Poste 54 96 - Dect 44 09

Dr Dana GAUDARD
Praticien Contractuel
Médecine interne
Poste 54 96

Dr Hedïa MAHIOUB
Praticien Contractuel
Médecine Générale
Poste 54 23

Dr Florence ATODJINOÛ
Médecine Générale
Poste 58 31

Dr Mathilde PIRCHER
Praticien Hospitalier
Médecine générale

Dr Sophie ALVISET
Praticien Contractuel
Médecine interne

Dr Béatrice VIRIOGHE
Praticien Hospitalier

Dr J-Lionel JOACHIM
Praticien contractuel
Gériatrie

Internes / PFI

Ines FOUOKING
DES Hépatogastro-entérologie

Cadre de santé

Madame Paula SANSSOUCI-GALLIOT
Cadre de santé
Poste 50 20 ou Dect 42 10

Bureau infirmier

☎ 0594 39 52 80

Assistante sociale

Madame Sandrine ASSELINE
0594 39.53.58

Secrétariats médicaux

Secrétariat RDV Consultations :

☎ 0594 39 48 32 ou poste 47/71

Secrétariat RDV Endoscopies :

☎ 0594 39 53 56 ou 0594 39 48 91

Télécopie : 0594 39 53 67

Secrétariat Hospitalisations :

☎ 0594 39 50 97

Télécopie : 0594 39 53 51

Pôle médecine interne et maladies infectieuses et tropicales

SERVICE DE MÉDECINE B

Hépatologie-Gastro-entérologie – Pneumologie

Allergologie – Médecine générale

Cayenne le, 06/03/2025

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

ORDONNANCE PHARMACIE

AMOXICILLINE 1g

-Prendre 1 comprimé le matin

-Prendre 1 comprimé le soir

CLARITHOMYCINE 500mg

-Prendre 1 comprimé le matin

-Prendre 1 comprimé le soir

**OMEPRAZOLE 20 mg/ ESOMEPRAZOLE 20 mg/
LANSOPRAZOLE 30 mg/ PANTOPRAZOLE 40 mg/
RABEPRAZOLE 20 mg**

-Prendre 1 comprimé le matin

-Prendre 1 comprimé le soir

Durée du traitement : 14 jours

Dr

N° RPPS :



Centre Hospitalier de Cayenne « Andrée ROSEMON »
Rue des Flamboyants - B. P. 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX
Standard : 0594.39.50.50

Médecins

Dr Dominique LOUVEL
Praticien Hospitalier
Hépatogastro-entérologie
Responsable de service
Poste 51 30

Dr Aloïa ABOIKONI
Praticien Hospitalier
Hépatogastro-entérologie
Dect 40 48

Dr Marthe ALOGO A NWATSOK
Praticien Contractuel
Hépatogastro-entérologie
DECT 42 60

Dr Paul NGOCK DIME
Praticien Contractuel
Hépatogastro-entérologie

Dr Geneviève GUILLOT
Praticien attaché Pneumologie
Poste 52 77

Dr Houari AISSAOUI
Praticien Hospitalier
Pneumologie
Poste 54 96 - Dect 44 09

Dr Dana GAUDARD
Praticien Contractuel
Médecine interne
Poste 54 96

Dr Hedja MAHOUB
Praticien Contractuel
Médecine Générale
Poste 54 23

Dr Florence ATODJINOU
Médecine Générale
Poste 58 31

Dr Mathilde PIRCHER
Praticien Hospitalier
Médecine générale

Dr Sophie ALVISET
Praticien Contractuel
Médecine interne

Dr Béatrice VIRJOGHE
Praticien Hospitalier

Dr J-Lionel JOACHIM
Praticien contractuel
Gériatrie

Internes / FFI
Ines FOUKING
DES Hépatogastro-entérologie

Cadre de santé
Madame Paula SANSSOUCI-GALLIOT
Cadre de santé
Poste 50 20 ou Dect 42 10

Bureau infirmier
☎ 0594 39 52 80

Assistante sociale
Madame Sandrine ASSELINE
0594 39.53.58

Secrétariats médicaux
Secrétariat RDV Consultations :
☎ 0594 39 48 32 ou poste 47/71
Secrétariat RDV Endoscopies :
☎ 0594 39 53 56 ou 0594 39 48 91
Télécopie : 0594 39 53 67

Secrétariat Hospitalisations :
☎ 0594 39 50 97
Télécopie : 0594 39 53 51

Pôle médecine interne et maladies infectieuses et tropicales

SERVICE DE MÉDECINE B

Hépatologie-Gastro-entérologie – Pneumologie
Allergologie – Médecine générale

Cayenne le, 06/03/2025

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

ORDONNANCE PHARMACIE

AMOXICILLINE 1g

-Prendre 1 comprimé le matin

-Prendre 1 comprimé le soir

CLARITHOMYCINE 500mg

-Prendre 1 comprimé le matin

-Prendre 1 comprimé le soir

METRONIDAZOLE 500mg

-Prendre 1 comprimé le matin

-Prendre 1 comprimé le soir

**OMEPRAZOLE 20 mg/ ESOMEPRAZOLE 20 mg/
LANSOPRAZOLE 30 mg/ PANTOPRAZOLE 40 mg/
RABEPRAZOLE 20 mg**

-Prendre 1 comprimé le matin

-Prendre 1 comprimé le soir

Durée du traitement : 14 jours

Dr

N° RPPS :



Centre Hospitalier de Cayenne « André ROSEMON »
Rue des Flamboyants - B. P. 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX
Standard : 0594.39.50.50

Médecins

Dr Dominique LOUVEL
Praticien Hospitalier
Hépatogastro-entérologie
Responsable de service
Poste 51 30

Dr Aloïa ABOIKONI
Praticien Hospitalier
Hépatogastro-entérologie
Dect 40 48

Dr Marthe ALOGO A NWATSOK
Praticien Contractuel
Hépatogastro-entérologie
DECT 42 60

Dr Paul NGOCK DIME
Praticien Contractuel
Hépatogastro-entérologie

Dr Geneviève GUILLOT
Praticien attaché Pneumologie
Poste 52 77

Dr Houari AISSAOUI
Praticien Hospitalier
Pneumologie
Poste 54 96 - Dect 44 09

Dr Dana GAUDARD
Praticien Contractuel
Médecine interne
Poste 54 96

Dr Hedïa MAHIOUB
Praticien Contractuel
Médecine Générale
Poste 54 23

Dr Florence ATODJINOU
Médecine Générale
Poste 58 31

Dr Mathilde PIRCHER
Praticien Hospitalier
Médecine générale

Dr Sophie ALVISET
Praticien Contractuel
Médecine interne

Dr Béatrice VIRIOGHE
Praticien Hospitalier

Dr J-Lionel JOACHIM
Praticien contractuel
Gériatrie

Internes / PFI
Ines FOUOKING
DES Hépatogastro-entérologie

Cadre de santé
Madame Paula SANSSOUCI-GALLIOT
Cadre de santé
Poste 50 20 ou Dect 42 10

Bureau infirmier
☎ 0594 39 52 80

Assistante sociale
Madame Sandrine ASSELINE
0594 39.53.58

Secrétariats médicaux
Secrétariat RDV Consultations :
☎ 0594 39 48 32 ou poste 47/71
Secrétariat RDV Endoscopies :
☎ 0594 39 53 56 ou 0594 39 48 91
Télécopie : 0594 39 53 67

Secrétariat Hospitalisations :
☎ 0594 39 50 97
Télécopie : 0594 39 53 51

Pôle médecine interne et maladies infectieuses et tropicales

SERVICE DE MÉDECINE B

Hépatologie-Gastro-entérologie – Pneumologie
Allergologie – Médecine générale

Cayenne le, 06/03/2025

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

ORDONNANCE PHARMACIE

PYLERA

- Prendre 3 comprimés avec un grand verre d'eau après le petit déjeuner
- Prendre 3 comprimés avec un grand verre d'eau après le déjeuner
- Prendre 3 comprimés avec un grand verre d'eau après le petit dîner
- Prendre 3 comprimés avec un grand verre d'eau juste avant le coucher

**OMEPRAZOLE 20 mg/ ESOMEPRAZOLE 20 mg/
LANSOPRAZOLE 30 mg/ PANTOPRAZOLE 40 mg/
RABEPRAZOLE 20 mg**

- Prendre 1 comprimé le matin
- Prendre 1 comprimé le soir

Durée du traitement : 10 jours

Dr
N° RPPS :



Centre Hospitalier de Cayenne « Andrée ROSEMON »
Rue des Flamboyants - B. P. 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX
Standard : 0594.39.50.50

Pôle médecine interne et maladies infectieuses et tropicales

SERVICE DE MÉDECINE B

Hépatologie-Gastro-entérologie – Pneumologie
Allergologie – Médecine générale

Cayenne le, 06/03/2025

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

ORDONNANCE PHARMACIE

HELIKIT : 1 test à récupérer en pharmacie de ville
(test respiratoire)

Dr

N° RPPS :

Médecins

Dr Dominique LOUVEL
Praticien Hospitalier
Hépatologie-Gastro-entérologie
Responsable de service
Poste 51 30

Dr Alolia ABOIKONI
Praticien Hospitalier
Hépatologie-Gastro-entérologie
Dect 40 48

Dr Marthe ALOGO A NWATSOX
Praticien Contractuel
Hépatologie-Gastro-entérologie
DECT 42 60

Dr Paul NGOCK DIME
Praticien Contractuel
Hépatologie-Gastro-entérologie

Dr Geneviève GUILLOT
Praticien attaché Pneumologie
Poste 52 77

Dr Houari AISSAOUI
Praticien Hospitalier
Pneumologie
Poste 54 96 - Dect 44 09

Dr Dana GAUDARD
Praticien Contractuel
Médecine interne
Poste 54 96

Dr Hedja MAHJOUR
Praticien Contractuel
Médecine Générale
Poste 54 23

Dr Florence ATODJINO
Médecine Générale
Poste 58 31

Dr Mathilde PIRCHER
Praticien Hospitalier
Médecine générale

Dr Sophie ALVISET
Praticien Contractuel
Médecine interne

Dr Béatrice VIRIOT
Praticien Hospitalier

Dr J-Lionel JOACHIM
Praticien contractuel
Gériatrie

Internes / EFi

Ines FOUKING
DES Hépatologie-Gastro-entérologie

Cadre de santé

Madame Paula SANSSOUICI-GALLIOT
Cadre de santé
Poste 50 20 ou Dect 42 10

Bureau infirmier

☎ 0594 39 52 80

Assistante sociale

Madame Sandrine ASSELINE
0594 39.53.58

Secrétariats médicaux

Secrétariat RDV Consultations :

☎ 0594 39 48 32 ou poste 47/71

Secrétariat RDV Endoscopies :

☎ 0594 39 53 56 ou 0594 39 48 91

Télécopie : 0594 39 53 67

Secrétariat Hospitalisations :

☎ 0594 39 50 97

Télécopie : 0594 39 53 51



Centre Hospitalier de Cayenne « Andrée ROSEMON »
Rue des Flamboyants - B. P. 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX
Standard : 0594.39.50.50

Pôle médecine interne et maladies infectieuses et tropicales

SERVICE DE MÉDECINE B

Hépatologie-Gastro-entérologie – Pneumologie
Allergologie – Médecine générale

Cayenne le, 06/03/2025

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

ORDONNANCE LABORATOIRE

Faire dans un laboratoire, **à jeun, un test respiratoire** à l'urée marquée pour contrôler l'éradication d'*Helicobacter Pylori*, 4 semaines après la fin du traitement

Dr

N° RPPS :

Médecins

Dr Dominique LOUVEL
Praticien Hospitalier
Hépatologie-Gastro-entérologie
Responsable de service
Poste 51 30

Dr Aloïa ABOIKONI
Praticien Hospitalier
Hépatologie-Gastro-entérologie
Dect 40 48

Dr Marthe ALOGO A NWATSOK
Praticien Contractuel
Hépatologie-Gastro-entérologie
DECT 42 60

Dr Paul NGOCK DIME
Praticien Contractuel
Hépatologie-Gastro-entérologie

Dr Geneviève GUILLOT
Praticien attaché Pneumologie
Poste 52 77

Dr Houari AISSAOUI
Praticien Hospitalier
Pneumologie
Poste 54 96 - Dect 44 09

Dr Dana GAUDARD
Praticien Contractuel
Médecine interne
Poste 54 96

Dr Hedia MAHJOUR
Praticien Contractuel
Médecine Générale
Poste 54 23

Dr Florence ATODJINOU
Médecine Générale
Poste 58 31

Dr Mathilde PIRCHER
Praticien Hospitalier
Médecine générale

Dr Sophie ALVISET
Praticien Contractuel
Médecine interne

Dr Béatrice VIRJOGHE
Praticien Hospitalier

Dr J-Lionel JOACHIM
Praticien contractuel
Gériatrie

Internes / FFI

Ines FOUOKING
DES Hépatologie-Gastro-entérologie

Cadre de santé

Madame Paula SANSSOUICI-GALLIOT
Cadre de santé
Poste 50 20 ou Dect 42 10

Bureau infirmier

☎ 0594 39 52 80

Assistante sociale

Madame Sandrine ASSELINE
0594 39 53 58

Secrétariats médicaux

Secrétariat RDV Consultations :
☎ 0594 39 48 32 ou poste 47/71

Secrétariat RDV Endoscopies :
☎ 0594 39 53 56 ou 0594 39 48 91
Télécopie : 0594 39 53 67

Secrétariat Hospitalisations :
☎ 0594 39 50 97
Télécopie : 0594 39 53 51

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SUMMARY :

Introduction: *Helicobacter pylori* is one of the most common bacterial infections worldwide, responsible for gastric diseases, including cancer. This study aimed to describe the epidemiological characteristics of *H. pylori* infection and evaluate the follow-up of infected patients in French Guiana.

Methods: A descriptive, retrospective epidemiological study was conducted at the Cayenne Hospital Center. The study included 1664 patients who underwent upper gastrointestinal endoscopy between January and December 2023, and analyzed 545 patients diagnosed with *H. pylori* infection. Demographic, clinical, endoscopic, histological, and follow-up data were collected.

Results: In 2023, the prevalence of *H. pylori* infection in digestive endoscopy was 34.25% using histological techniques. Among the infected patients, 62.2% were of foreign origin, and the majority lived on the island of Cayenne. The most common indications for endoscopy were abdominal pain, gastroesophageal reflux, and dyspepsia. Patients without social security coverage were three times more likely to have a precancerous lesion at endoscopy. Follow-up management was inadequate, with only half of the patients aware of their diagnosis and only 17% fully informed about the eradication strategy.

Conclusion : This study revealed a high prevalence and underscores the need for improved coordination between general practitioners and specialists.

NOM ET PRENOM : ALLARD Amandine

SUJET DE LA THSE :

Épidémiologie et suivi des patients infectés par *Helicobacter pylori* au Centre Hospitalier de Cayenne

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine générale

ANNEE : 2025

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2025ANTI01250

MOTS CLEFS : *Helicobacter pylori*, Épidémiologie, Guyane française, Continuité des soins

Introduction : *Helicobacter pylori* est l'une des infections bactériennes les plus courantes dans le monde, responsable de pathologies gastriques, dont le cancer. En Guyane, l'étude vise à décrire les caractéristiques épidémiologiques et à évaluer le suivi des patients infectés.

Méthode : Étude épidémiologique descriptive et rétrospective, menée au Centre hospitalier de Cayenne. L'étude a utilisé un échantillon de 1664 patients ayant subi une endoscopie digestive haute entre janvier et décembre 2023, et inclus dans son analyse 545 patients diagnostiqués positifs. Les données démographiques, cliniques, endoscopique et histologique ainsi que le suivi ont été collectées.

Résultats : En 2023, la prévalence de l'infection en endoscopie digestive est de 34,25% par la technique de l'histologie. La population de patients infectées est composée de 62,2% des patients d'origine étrangère et la majorité vivaient sur l'île de Cayenne. Les indications les plus courantes pour l'endoscopie étaient les douleurs abdominales, le reflux gastro-œsophagien et les douleurs abdominales. Les patients sans couverture sociale avaient trois fois plus de risques d'avoir une lésion précancéreuse à l'endoscopie. Le suivi faisait défaut dans la prise en charge, avec seulement la moitié des patients au courant de leur diagnostic et 17% seulement pour lesquels l'information sur la stratégie d'éradication était complète.

Conclusion : Cette étude a révélé une prévalence élevée et met en évidence la nécessité d'une meilleure coordination entre les généralistes et les spécialistes.

JURY :

Président : Mr DJOSSOU Félix, Professeur des Universités–Praticien Hospitalier

Juges : Mr NACHER Mathieu, Professeur des Universités–Praticien Hospitalier

Juges : Mr LOUVEL Dominique, Praticien Hospitalier

Juges : Mr DRAK Kinan, Praticien Hospitalier

Juges : Mr ROHRBACHER Christian, Médecin Libéral

Directrice : Mme ABOIKONI Alolia, Praticien Hospitalier

ADRESSE DU CANDIDAT :