

---

**QUE FAIRE EN CAS D'ECHEC DU TRAITEMENT DE  
PREMIERE LIGNE DE *HELICOBATER PYLORI* ?**

---

*Jean-Charles DELCHIER*  
*Hôpital Henri Mondor, Créteil*

Les échecs d'éradication de *H. pylori* avec le traitement de première ligne (IPP, amoxicilline, clarithromycine) concernent un quart des patients en France<sup>1</sup>.

Une étude récente du groupe d'étude français des *Helicobacter* a montré qu'une trithérapie probabiliste oméprazole, amoxicilline, métronidazole de 14 jours permettait une éradication de 63% des infections ayant résisté à une première ligne de traitement par oméprazole, amoxicilline, clarithromycine<sup>2</sup>. Ainsi au total environ 10% des infections ne sont pas éradiquées après 2 lignes de traitement. Ce pourcentage s'accroît régulièrement avec l'augmentation de la fréquence des résistances bactériennes. L'étude des souches prélevées après échec d'un traitement de première ligne montre une résistance à la clarithromycine chez 22 (67 %), au métronidazole chez 17 (51,5%), aux deux antibiotiques chez 12 (36 %) <sup>3</sup>. La corésistance n'est donc pas rare et dans cette situation il y a un réel besoin de traitements « de secours » excluant la clarithromycine et le métronidazole.

Dans les pays où le bismuth peut être employé sans risque majeur de toxicité, la quadrithérapie bismuth+IPP+tétracycline+métronidazole est largement employée avec de bons résultats malgré une tolérance moyenne<sup>4</sup>. Ce type d'association n'est pas possible en France.

Des travaux récents réalisés à l'étranger suggèrent une bonne efficacité des trithérapies comportant de la lévofloxacine<sup>5-7</sup> ou de la rifabutine<sup>4</sup>. La lévofloxacine est une nouvelle fluoroquinolone dont l'activité in vitro sur *H. pylori* est bonne. La rifabutine est un antibiotique dérivé de la rifampicine qui se montre plus actif que cette dernière sur *H. pylori*. Ces trithérapies devront être testées en France dans des essais contrôlés. Elles constituent une possibilité dès maintenant notamment pour les malades qui ont une souche double-résistante à la clarithromycine et au métronidazole.

1. Delchier JC. [How to eradicate *Helicobacter pylori*?]. *Gastroenterol Clin Biol* 1999;23(10 Pt 2):C20-33.

2. Lamouliatte H, Megraud F, Delchier JC, Bretagne JF, Courillon-Mallet A, De Korwin JD, et al. Second-line treatment for failure to eradicate *Helicobacter pylori*:

a randomized trial comparing four treatment strategies. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18(8):791-7.

3. Tankovic J, Lamarque D, Lascols C, Soussy CJ, Delchier JC. Impact of *Helicobacter pylori* resistance to clarithromycin on the efficacy of the omeprazole-amoxicillin-clarithromycin therapy. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15(5):707-13.

4. Perri F, Qasim A, Marras L, O'Morain C. Treatment of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter* 2003;8 Suppl 1:53-60.

5. Nista EC, Candelli M, Cremonini F, Cazzato IA, Di Caro S, Gabrielli M, et al. Levofloxacin-based triple therapy vs. quadruple therapy in second-line *Helicobacter pylori* treatment: a randomized trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18(6):627-33.

6. Di Caro S, Assunta Zocco M, Cremonini F, Candelli M, Nista EC, Bartolozzi F, et al. Levofloxacin based regimens for the eradication of *Helicobacter pylori*. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14(12):1309-12.

7. Wong WM, Gu Q, Lam SK, Fung FM, Lai KC, Hu WH, et al. Randomized controlled study of rabeprazole, levofloxacin and rifabutin triple therapy vs. quadruple therapy as second-line treatment for *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17(4):553-60.