Algerian journal of pharmacy. Vol. 01 Num. 02 (11-2019) 2602-975X

الفدرالية الجزائرية للصيدلة
FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE PHARMACIE

Disponible en ligne sur
ASJP
Algerian Scientific Journal Platform
https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/436

ARTICLE ORIGINAL

Diagnostic et traitement des ulcères gastroduodénaux associés à Helicobacter Pylori : approche des praticiens de la région de Sidi Bel-Abbès

Diagnosis and treatment of gastroduodenal ulcers associated with Helicobacter Pylori: approach of practitioners in the region of Sidi Bel Abbes

Mohammed el Amine MESSAFEUR*, Amina Koutr Nada, LARBI CHERRAKa, Mohammed Anes LAZZAZA
Département de pharmacie, faculté de médecine,
université Djillali Liabeès de Sidi Bel-Abbès, Algérie

MOTS CLÉS :
Helicobacter pylori ; Ulcère gastroduodénal;

Résumé

Introduction : L'infection par Helicobacter pylori (H.pylori) est un enjeu de santé majeur touchant plus de la moitié de la population du monde. L'objectif de ce travail était de comparer les résultats des procédures de prescription et de contrôle d'éradication d'Helicobacter pylori aux recommandations internationales.

Méthodes : Une étude descriptive et transversale a été menée auprès des médecins traitants la pathologie gastrique au niveau de la région de Sidi Bel-Abbès durant le mois de Novembre 2016. Comme outil, des questionnaires validés, anonymes ont été distribués à l'ensemble des médecins concernés par l'étude.

Résultats : L'étude a porté sur 60 médecins dont 32 généralistes, 14 gastroentérologues et 14 internistes. 80% exerçaient dans le secteur public. Les affections digestives, constituaient le motif de diagnostic le plus utilisé par les médecins (96.7%). 78.6% des gastroentérologues, 42.9% des internistes et 18.75% des généralistes recherchaient la présence de H.pylori devant des affections extra-digestives (p=0.003). La biopsie était la méthode de diagnostic de choix. Comme traitement d'éradication de première intention, la trithérapie classique à base d'Amoxicilline, de Clarithromycine et d'IPP était choisie par 40% des médecins. 80% des médecins vérifiaient l'éradication de la bactérie après traitement. 15.62% des généralistes utilisaient le test respiratoire contre 64.28% des gastroentérologues et 42.85% des internistes (p=0.008).

Conclusion : Ces résultats concordent avec ceux des deux études menées par KIM et al en 2006 auprès des médecins coréens et par Weijnen et al en 2001 auprès des médecins néerlandais soulignant le rôle majeur du médecin spécialiste dans la prise en charge des infections à H.pylori.

© 2019 Fédération Algérienne de Pharmacie. Tous droits réservés.

KEYWORDS :
Helicobacter Pylori;
Gastric and duodenal ulcer;

Abstract

Introduction : H.pylori infection is a major health issue affecting more than half the world's population. The aim of this work was to compare the results of the prescription and eradication control procedures with the international recommendations.

Methods :A descriptive and cross-sectional study was carried out with the treating physicians of gastric pathology in the region of Sidi Bel Abbes during November 2016 . As a tool, validated and anonymous questionnaires were distributed to all physicians concerned by the study.

Results : The study covered 60 doctors, including 32 general practitioners, 14 gastroenterologists and 14 internists. 80% were in the public sector. Digestive disorders were the main cause for diagnosis by doctors (96.7%). 78.6% of gastroenterologists, 42.9% of internists and 18.75% of generalists sought H.pylori in extra-digestive diseases (p=0.003). Biopsy was the most widely used diagnostic method (40%).As a first-line eradication treatment, classical tritherapy with Amoxicillin, Clarithromycin and IPP was selected by 40% of physicians. 80% of doctors tested the eradication of the bacterium after treatment. 15.62% of general practitioners used respiratory tests compared to 64.28% of gastroenterologists and 42.85% of internists (p=0.008).

Conclusion : These results are consistent with the two studies conducted by KIM et al in 2006 with Korean doctors and Weijnen et al in 2001 with Dutch doctors highlighting the major role of the specialist physician in the management of H.pylori infections.

© 2019 Fédération Algérienne de Pharmacie. All rights reserved.

* Auteur correspondant :
Adresse e-mail : aminemessafeur@gmail.com

Introduction :

En 1994, H. pylori est apparu comme le principal agent responsable des maladies gastroduodénales[1], la bactérie fut classée carcinogène type 1 par le centre international de recherche sur le cancer (CIRC)[2]. L'infection à *Helicobacter pylori (H.pylori)* concerne 50% de la population mondiale. Toutefois le taux d'infections diffèrent d'une région à une autre et dépend de l'âge et des conditions socio-économiques – –[35].Dans les pays développés, la prévalence de l'infection par cette bactérie varie entre 20 et 50 %[6]. Elle est de 26 % en Suisse, 11 % en Suède [6]. En France, l'infection à H. pylori concerne 20 à 50 % de la population'[7]. L'Algérie figurant dans la liste des pays en voie de développement préserve de ce fait son statut de pays à haute prévalence d'infection à H. pylori, estimée entre 78 et 92% '[8]. La prise en charge de l'infection à H.pylori a évolué ces dernières années. L'évolution des connaissances concernant la prise en charge thérapeutique de l'éradication de H.pylori impose une actualisation des recommandations établies du fait de la nécessaire adaptation à l'émergence de résistances; de plus en plus fréquentes aux antibiotiques de bases .Hors, les résultats ne sont malheureusement pas satisfaisants, la bactérie manifeste une résistance à l'antibiothérapie. En Algérie; la résistance est de 33% à la Clarythromycine et de 37 % au Métronidazole '[8], compromettant ainsi toute tentative d'éradication. L'objectif de cette étude était de connaitre les stratégies de prise en charge de l'infection gastrique à H.pylori adoptées par les médecins généralistes et spécialistes (gastroentérologues et internistes) exerçant dans le secteur privé ou public dans la région de Sidi Bel Abbes.

Matériel et méthodes :

Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale menée auprès des médecins pouvant traiter l'ulcère induit par Helicobacter Pylori et en activité dans la région de Sidi bel Abbes dans les deux secteurs public et privé. Durant la période allant de Novembre à Décembre 2016. Une pré-enquête réalisée au début du mois de novembre 2016 a permis de tester la faisabilité et acceptabilité du questionnaire.

Population d'étude :

Ont été inclus dans l'étude, les médecins pouvant diagnostiquer et traiter la pathologie gastrique généralistes qu'ils soient, gastroentérologues ou internistes. L'effectif obtenu est de 68 médecins et a constitué la population source de données. Ces médecins, sont inscrits sur une liste au niveau de la Direction de Sante Publique de la wilaya (DSP) dont une copie a été récupérée. A partir de cet effectif, La taille minimale de l'échantillon a été calculée à l'aide du logiciel CheckMarket® en fonction de l'hypothèse selon laquelle 50% des médecins en activité manquent de connaissances suffisantes en matière de prise en charge de l'infection par H. Pylori retrouvée dans l'étude menée par Ahmed S et al (2009)[9], avec un niveau de confiance de 95 % lié à une erreur de 5% . La taille de l'échantillon requise devrait être au minimum de 58 médecins .

Recueil de données :

L'enquête s'est déroulée sur une période de 45jours (du 7 novembre au 18 décembre 2016). L'ensemble des établissements publics de la région (les polycliniques ; le centre hospitalo-universitaire (CHU) et l'établissement public hospitalier (EPH)) et les cabinets des médecins libéraux ont été visités afin de recenser touts les médecins répondants aux critères d'éligibilité, leur présenter l'étude et avoir leur accord de participation.Les informations ont été recueillies par le biais d'un questionnaire anonyme remplis par le médecin lui-même.

Le questionnaire comportait 22 questions, organisées en trois volets : Un premier volet comprenant les informations personnelles du médecin (Genre, âge) et celles relatives à l'exercice de sa profession (spécialité ; nombre d'années d'exercice ; secteur d'exercice). Un deuxième volet était consacré aux différentes méthodes de diagnostic de l'ulcère à H.pylori et (recommandation de diagnostic, méthode de diagnostic). Le troisième volet était réservé au différents schémas thérapeutiques d'éradication de H.pylori . ces questions étaient issues des deux questionnaires développés par Kim BG, Kim JW en 2006[10]et Shahid Ahmeden 2009[9]lors de leurs études d'évaluation des pratiques professionnelles devant une infection à H.pylori

Plan d'analyse :

A la fin de la période d'inclusion et après codage des réponses ; les données ont été saisies sur le logiciel SPSS version 22. L'enregistrement des données à été validé après une double vérification afin de constituer la base de données finale.

Analyse statistique :

Les moyennes des paramètres ont été comparées à l'aide de tests paramétriques de comparaison de moyennes (test t de Student). Les comparaisons de pourcentage ont été effectuées par des tests statistiques de type Chi2, respectivement pour les données quantitatives et qualitatives. Les données sont exprimées en moyenne ± écart-type ou en pourcentage, selon le type de données. Pour tous les tests effectués le seuil de significativité a été fixé à p = 0,05.

Description des variables étudiées :

Les Recommandation de diagnostic regroupaient les motifs devant lesquelles le médecins décrète qu'il est impératif ou non d'effectuer un diagnostic de H.pylori . Dans les méthodes de diagnostic de l'ulcère à H.pylori figuraient l'ensemble de procédés de diagnostic permettant la mis en évidence de H.pylori dans l'appareil digestive du patient.

Le Traitement de première ligne représentait le schéma thérapeutique instauré d'habitude par le médecin à la détection de H.pylori . Les traitements de deuxième et de troisième ligne :représentaient les schémas thérapeutiques instaurés après échec d'éradication par un traitement préalable. La vérification de l'éradication de H.pylori après le traitement est soit négligée soit effectuée par le biais de test respiratoire, de biopsie ou de sérologie .

Résultats

L'étude a porté sur 60 médecins exerçant dans la région de sidi bel abbés dans les deux secteurs public et privé .

Caractéristiques de la population :

Sur les 60 médecins répondants, 43,3% (n=26) sont du genre masculin avec un sexe ratio de 0,76.L'âge moyen des médecins était de 37,68 ± 11 ans allant de 24 ans à 61 ans. La tranche d'âge entre 25 et 30 ans représentait 38% de l'échantillon.Les principales caractéristiques sociodémographiques des medecins sont figurées dans le Tableau 1.

Motif de diagnostic :

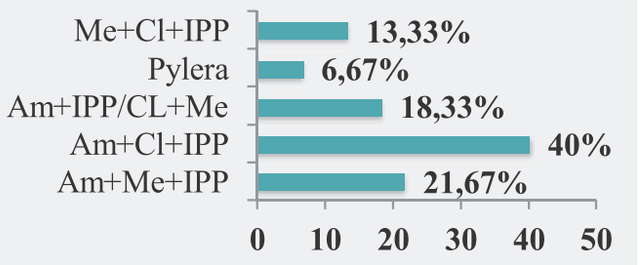
Les médecins recherchaient spécifiquement la présence de l'H.pylori devant un ulcère gastrique (83,3%), une gastrite (73,3%) et un ulcère duodénal (71,7%) , les détails des réponses sont représentées dans le Tableau 2. Plusieurs indications pouvaient être choisies à la fois.

Méthode de diagnostic :

Plus des trois quarts des médecins (80%) s'appuyaient sur la biopsie gastrique pour établir le diagnostic. Presque le tiers (28%) confirme le diagnostic en utilisant une méthode non invasive Tableau 2.

Traitement de première intention :

La trithérapie classique fait l'objet du traitement éradicateur de choix avec un pourcentage de 40% (n=24), suivie de la trithérapie à base d'Amoxicilline, de Métronidazole et d'IPP avec 21,67% (n=13). Alors que la quadrithérapie bismuthé (Pylera®) n'est citée que par 6,67% (n=4) (figure 1).

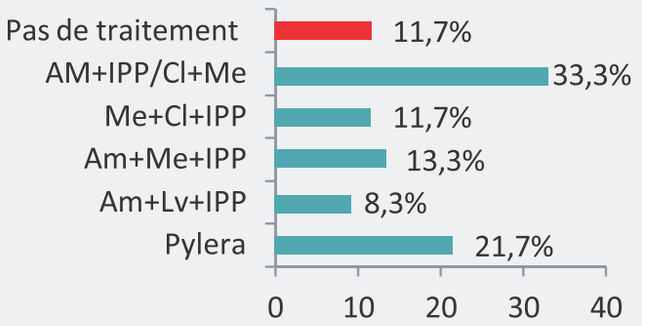


Am: Amoxicilline ; **Me:** Métronidazole
Cl: Clarithromycine; **IPP:** Innhibiteur de la pompe à protons

Figure 1 : schémas de première intention

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques des médecins

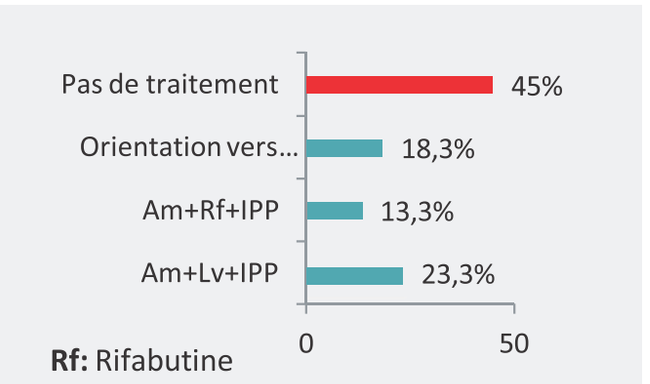
Caractéristiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sexe		
Femme	34	56,7
Homme	26	43,3
Classe d'âge (ans)		
De 25 à 30 ans	23	38,33
De 31 à 35 ans	9	15
De 36 à 40 ans	9	15
De 41 à 45 ans	3	5
De 46 à 50 ans	3	5
De 51 à 55 ans	10	16,66
Plus de 55 ans	3	5
Spécialité		
Médecin généraliste	32	53,3
Gastro-entérologue	14	23,3
Interniste	14	23,3
Années d'exercice		
Moins de 5 ans	26	43,34
De 5 à 15 ans	20	33,33
Plus de 15 ans	14	23,3
Secteur d'exercice		
Public	48	80
Privé	12	20
Source d'informations		
Revues Médicales	35	58,3
Colloques Sponsorisées	19	31,7
Conférences	35	58,3
Internet	34	56,7



Lv: Levofloxacine

Figure 2 : schémas de deuxième ligne

En cas d'échec du traitement de deuxième ligne , 23,3% (n=14) des médecins traitants avaient recours à la trithérapie à base d'Amoxicilline, de Lévofloxacine et d'IPP tandis que 18,3%(n=11) des médecins ,qui cependant étaient des généralistes préféraient orienter leurs malades vers un spécialiste(figure3).



Rf: Rifabutine

Figure 3 : schémas de troisième ligne

Durée du traitement et vérification de l'éradication :
Plusieurs médecins (71,7%) prescrivaient en première intention des schémas consensuels sans les respecter . Cependant, la durée du traitement de deuxième intention était respectée chez 61,7%.parmi l'ensemble des médecins, 48 (80%) vérifiaient l'éradication de la bactérie après le traitement de première intention (Tableau 3).

En cas d'échec du traitement de deuxième ligne , 23,3% (n=14) des médecins traitants avaient recours à la trithérapie à base d'Amoxicilline, de Lévofloxacine et d'IPP tandis que 18,3%(n=11) des médecins ,qui cependant étaient des généralistes préféraient orienter leurs malades vers un spécialiste.

Facteurs associés aux bonnes pratiques de diagnostic :

La spécialité du médecin traitant est significativement associée au lymphome du MALT comme motif de diagnostic (affection digestive), en effet 50% des gastroentérologues diagnostiquent H.pylori devant cette affection, tendis qu'aucun des généralistes et internistes ne le fait(Tableau 2). Le diagnostic de la bactérie devant les affections extra-digestives comme l'anémie par carence martiale inexpliquée et lepurpura thrombopénique idiopathique varie aussi significativement avec la spécialité. La majorité (78,6%) des gastroentérologues diagnostiquent H.pylori devant une ACMI, contre 42.9% des internistes et seulement 9.4% des généralistes ($p<10^{-3}$) (Tableau 2).Plus d'un tiers (35,7%) des gastroentérologues choisissent le PTI comme motif pour diagnostiquer H.pylori, alors que seulement 7.1% des internistes et 9.4% des généralistes le font.

Discussion

Suite à notre enquête, et à partir des données recueillies auprès des médecins généralistes et spécialistes (gastro-entérologues et internistes) exerçant dans la région de Sidi Bel Abbes, nous avons pu décrire les caractéristiques diagnostiques et les différents schémas thérapeutiques prescrits par chaque médecin participant pour traiter l'infection ulcéreuse à H.pylori.

Dans la présente étude, 30 (95,75%) médecins généralistes, 14 (100%) gastroentérologues et 14 (100%) internistes, considèrent que les affections digestives constituent un motif majeur pour diagnostiquer la présence de H.pylori, avec, comme indications majeures: l'ulcère gastrique (83,33%), la gastrite (73,33%), l'ulcère duodénale (71,66%), reflux gastro-œsophagien RGO (43, 33%) et la dyspepsie (40%) , Dans l'étude pakistanaise menée par Ahmed S, Salih M et al, en 2009 [9], 67% des médecins ont opté pour la dyspepsie comme indication de diagnostic numéro 1, suivi du RGO (64%), la gastrite (63%), l'ulcère gastrique (57%) et l'ulcère duodénal (46%). Tandis que les médecins d'une étude coréenne [10] ont cité principalement l'ulcère gastrique et duodénal avec des pourcentages respectifs de (88,9%) et (93,5%) comme principale indication de diagnostic suivis de la dyspepsie (25%). Cependant, seulement 11,7% des médecins de notre étude jugent que le lymphome du MALT est une indication pour diagnostiquer la présence de H.pylori, contre 19% des médecins pakistanais[9] et 13% des médecins coréens[10]. Toutefois, 50% des gastroentérologues diagnostiquent H.pylori devant le lymphome du MALT, tandis qu'aucun des généralistes et internistes ne le fait. De rares travaux démontrent la relation entre la spécialité et ce motif de diagnostic.

18,75% des médecins généralistes de notre étude testent la présence de H.pylori devant des affections extra-digestives à savoir : l'anémie par carence martiale inexpliquée (9,4%) et le Purpura thrombopénique idiopathique PTI (9,4%), tandis que 49% des médecins pakistanais cherchent la présence de H.pylori devant ces affections[10].

Toutefois, 71,43% des gastroentérologues et 42,86% des internistes jugent utile d'effectuer un diagnostic devant des patients présentant des affections extra-digestives (notamment l'anémie : 78,6% par les gastroentérologues et 42,9% par les internistes) avec une relation hautement significative (p=0,003).

21,66% des médecins de la présente étude cèdent à la volonté de leur patients et effectuent le diagnostic, comparativement, 19% des médecins pakistanais et 58,3% des médecins coréens réalisent un diagnostic suite à la demande de leur patient.

On note cependant que peu d'indications, comme le lymphome du MALT ou le purpura thrombopénique idiopathique étaient représentées. Ceci vient probablement du fait de leur faible incidence et du fait que certaines indications d'éradication ne sont pas unanimement admises en pratique courante.

D'autre part, La relation entre les tests non invasifs utilisés dans le diagnostic de H.pylori, la spécialité et le secteur public est significative (p=0.031). En effet, 69.2% des gastroentérologues exerçants dans le secteur public optent pour les tests non invasifs contre seulement 25% des généralistes du secteur .Ces résultats soulignent l'usage fréquent de la sérologie : une méthode facilement accessible et mieux tolérée par le patient par rapport aux autres méthodes de diagnostic qui sont plus ou moins le couteuses , indisponibles ,et non-couvertes par la sécurité sociale. à savoir : la biopsie et la PCR, ,

Le diagnostic basé uniquement sur la clinique n'a été remarqué que chez 3 (9,4%) des médecins généralistes du secteur privé ($p<10^{-3}$).

Aucune relation significative n'a été observée entre la spécialité des médecins et leur pratiques de prescription (p=0,693). Les trois groupes de médecins (généralistes MG, gastroentérologues GE et internistes MI) optent pour la trithérapie classique à base d'Amoxicilline , de Clarithromycine et d'IPP comme traitement d'éradication de première intention avec les proportions respectives 34,37% , 57,14% , 35,71%. 40% des gastro-entérologues d'une étude américaine menée par Thomas Breuer et al en 1998 [11] et 88% des médecins coréens[10], qui utilisent également la même combinaison.

La trithérapie à base d'IPP, de Clarythromycine et de Metronidazol prescrite comme traitement de première intention avec des pourcentages assez élevés (15,62% MG, 14,28% GA, 7,14% MI) est recommandée par les médecins de notre étude dans le traitement de deuxième intention avec des taux non négligeables (3,12% MG, 21,42% GE, 21,42% MI). 28% GE, 10% des MI et 6% des MG de l'étude américaine[11]utilisent la même combinaison comme traitement de première et de deuxième intention .Notons ici le pourcentage élevé des médecins spécialistes dont les prescriptions concordent parfaitement avec les recommandations récentes.

Seulement 9,39% des médecins généralistes, 7,14% de

Tableau 2 : données de diagnostic en fonction de la spécialité des medecins

					P value
Motif de diagnostic					
Dyspepsie	10 (31,3%)	7 (50%)	7 (50%)	24 (40%)	0,335
Lymphome du MALT	0 (0%)	**7 (50%)**	0 (0%)	7 (11,66%)	$<10^{-3}$
RGO	15 (46,9%)	4 (28,6%)	7 (50%)	26 (43,33%)	0,436
Gastrite	22 (68,8%)	12 (85,7%)	10 (71,4%)	44 (73,33%)	0,480
Ulcère duodénal	22 (68,8%)	9 (64,3%)	12 (85,7%)	43 (71,66%)	0,393
Ulcère gastrique	25 (78,1%)	12 (85,7)	13 (92,9)	50 (83,33%)	0,450
PTI	3 (9,4%)	**5 (35,7%)**	1 (7,1%)	9 (15%)	0,045
ACMI	3 (9,4%)	**11 (78,6%)**	6 (42,9%)	20 (33,33%)	$<10^{-3}$
ATD familiaux	12 (37,5%)	9 (64,3%)	3 (21,4%)	24 (40%)	0,063
IPP long court	5 (15,6%)	4 (28,6%)	4 (28,6%	13 (21,66%)	0,478
A la demande	8 (25%)	4 (28,6%)	1 (7,1%)	13 (21,66%)	0,310
Méthode de diagnostic					
Biopsie	25 (78,1%)	12 (85,7%)	11 (78,6%)	48 (80%)	0,829
Test rapide à l'urée	1(3,1%)	0 (0%)	2 (14,3%)	3 (5%)	0,172
Test respiratoire ambulatoire	3(9,4%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)	8 (13,33%)	0,538
Sérologie	6(18,8%)	7 (50%)	4(28,6%)	17(28,33%)	0,096
Détection Ag dans selles	3(9,4%)	0(0%)	0(0%)	3(5%)	0,251
Clinique	10(31,3%)	3 (21,4%)	0(0%)	13(21,66%)	0,061
Diagnostic au Secteur public					
Méthode Invasives	22(91,7%)	11(84,6%)	8(72,7%)	41(85,4%)	0,036
Méthode Non Invasive	6(25,0%)	**9(69,2%)**	**4(36,4%)**	19(39,6%)	0,032
Clinique seulement	0%	0%	0%	0%	/
Diagnostic au Secteur privé					
Méthode Invasives	3(37,5%)	1(100,0%)	3(100,0%)	7(58,3%)	/
Méthode Non Invasive	4(50,0%)	0(0,0%)	1(33,3%)	5(41,7%)	/
Clinique seulement	3(37,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	3(25%)	/

GE : Gastro-entérologue MALT : Tissu Lymphoïde Associé aux Muqueuses ; RGO : Reflux Gastro-œsophagien ; PTI : Purpura thrombopénique Idiopathique ; ACMI : Anémie par carence martiale inexpliquée . ATD :antécédents ; PTI : Purpura thrombopénique Idiopathique

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Après traitement de première ligne		
Biopsie	19	31,7
Test respiratoire	20	33,3
Sérologie	9	15
Pas de vérification	12	20
Après traitement de deuxième ligne		
Biopsie	24	40
Test respiratoire	16	26,7
Sérologie	7	11,7
Pas de vérification	13	21,7
Après traitement de troisième ligne		
Biopsie	16	26,7
Test respiratoire	5	8,3
Sérologie	2	3,3
Pas de vérification	37	61,7

Tableau 3 : vérification de l'éradication après traitement

l'ensemble des gastroentérologues de notre étude, prescrivent la quadrithérapie bismuthée comme traitement de première intention, tendis que 18,75% des médecins généralistes, 35,71% des internistes et 14,28% des gastroentérologues l'instaurent comme traitement de deuxième ligne. 13% des médecins de soins primaires d'une étude néerlandaise **[12]** et 25% de ceux de l'étude coréenne[10] utilisent également la quadrithérapie bismuthée comme traitement d'éradication assurant ainsi des taux d'éradication élevés.

Environ 47% des médecins pakistanais et 25,9 % des médecins coréens pensent qu'il est utile de répéter l'endoscopie avec une biopsie pour vérifier l'éradication après le traitement de première ligne contre 46,87% de nos médecins généralistes, 21,42% des gastroentérologues et seulement 7,14% des internistes (p=0.008). En revanche, 15,62% des MG de notre étude, 14,28% des gastroentérologues et 14,28% des internistes, ont utilisé la sérologie comme test de suivi devant les 6.5% des médecins coréens.

Conformément aux recommandations, seulement 15,62% des MG de notre étude ont utilisent le test respiratoire pour le suivi contre 64,28% des gastroentérologues et 42,85% des internistes (p=0.008). La divergence des résultats obtenus peut s'expliquer essentiellement par les modalités de prescription et les explications données aux médecins traitants et aux patients. Il semble également que les explications données aux médecins traitants pour faire réaliser le test respiratoire à leurs patients soient insuffisantes (en termes de délai par rapport au traitement éradicateur et sur la nécessité d'établir une double ordonnance, et donc, plus de charge financière). Les contraintes de la prescription sont probablement un obstacle à cette prescription. Enfin, des difficultés d'approvisionnement récentes d'un des tests ont peut être contribué à limiter l'observance de celui-ci. La biopsie étant un geste douloureux, peut occasionner une gène pour certains patients, ce qui peut expliquer le faible pourcentage de sa prescription pour vérifier l'éradication après la deuxième ligne du traitement.

Comme nous l'avons vu précédemment, cet écart s'explique dans notre étude essentiellement par défaut de contrôle d'éradication. La situation actuelle dans le traitement de l'infection à H.pylori montre que nous sommes soumis à deux écueils principaux que sont les résistances aux antibiotiques et l'observance du traitement éradicateur. Le contrôle de l'éradication devrait donc être considéré au même titre que le traitement comme un élément fondamental de la prise en charge de l'éradication de H.pylori.

La présente étude n'a pas été dépourvue de limites méthodologiques ; principalement la taille de l'échantillon : Nous n'avons pu saisir que 60 questionnaires bien remplis. Un nouveau recrutement afin de rendre l'échantillon plus représentatif nous a été difficile vu la non disponibilité de certains médecins et le facteur temps qui n'était guère suffisant (45 jours) . Néanmoins ,cette étude reste la seule étude en Algérie évaluant les pratiques des médecins face à une infection gastrique à H.pylori.

Conclusion :L'attribution du Prix Nobel de Médecine 2005 à Barry J. Marshall et J. Robin Warren [13]montre à quel point la prise en charge de l'infection par H.pylori peut être un enjeu de santé majeur . La pratique des médecins généralistes de notre étude s'écartait plus ou moins des recommandations, contrairement à celle des médecins spécialiste (qui épousait parfaitement les dernières recommandations), donnant ainsi des résultats peu prometteurs. Ceci justifie que l'infection à Helicobacter pylori est une pathologie qui doit être prise en charge par le spécialiste de la matière. Les conférences de consensus qui se sont succédées illustrent bien le dynamisme qui anime les experts dans la prise en charge de l'infection: la communication auprès des praticiens doit probablement insister sur la nécessité du contrôle. Sans doute l'avenir nous réserve-t-il des techniques de détection plus précoces, facilement accessibles aux patients et assuré par la sécurité sociale, pourquoi pas par tests antigéniques fécaux permettant une meilleure observance. La vaccination nous permettra-t-elle un jour d'envisager la fin du traitement éradicateur ? Espérons au moins que l'amélioration des standards de vie, surtout dans les pays en voie de développement, permettra une diminution globale des pathologies liées à H.pylori.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

éférences :

1.Cayla R. Comment éradiquer H. pylori? Conférence de consensus: texte du groupe de travail bibliographique. Gastroenterol Clin Biol, 199, 20, S119-S130.

2.Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon, 7-14 June 1994, IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum, vol. 61, p. 1-241, 1994.

3.Charlotte petitgars; Nathalie Caroff; 2015; : implications

pathologiques et actualisations thérapeutiques face aux résistances aux antibiotiques; Thése pour diplôme détat de docteur en pharmacie;

4.Medouakh Lynda, 2011; Mise en évidence de Helicobacter pylori à partir des biopsies gastriques et son antagonisme avec les lactobacilles; thése de doctorat es sciences en biologie specialité microbiologie;1-73

5.S.H.Razafimahefa ; T.H.Rabenjanahary; O.M.Razanaparany; R.Rakotozafindrabe; R.A.Rakotoarivelo; R.M.Ramanampamonjy; (2012); Les maladies digestives dans un service de médecine à Madagascar: étude rétrospective ; ;,Volume 6,,pp 116127

6.World Gastroenterology Organization. Helicobacter pylori dans les pays en voie de développement. WGO Practice Guidelines. 2010.
www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/fr/pdf/guidelines/helicobacter_pylori_deve
loping_countries_fr.pdf

7.HAS 2010. Dépistage de linfection à Helicobacter pylori. Pertinence et populations concernées. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201008/argumentaire__depistage_de_linfection_a_helicobacter_pylori.pf

8.Abdelmalek Balamane; Mohamed Amine Boudjella, , Nassima Bounab, Schahrazed Hakem,. Malika Baghdadi. Mhamed Nakmouche, Hamza Bouasria, Zine Charaf Amir;. Salaheddine Hadj-Mati , A Bousseloub,. Fazia Djennane, Mounira Korichi, Mostefa Moubri, Karim Layaida, Noureddine Taouchichet, Saadi Berkane, (2015);Recommandations de bonne pratique clinique; Réunion multidisciplinaire sur Hp En Algérie

9.Ahmed S, Salih M, Jafri W, Ali Shah H, Hamid S. Helicobacter pylori infection: approach of primary care physicians in a developing country. BMC Gastroenterol. 2009;9:23. Published 2009 Apr 9. doi:10.1186/1471-230X-9-23

10.Kim BG, Kim JW, Jeong JB, Jung YJ, Lee KL, Park YS, Hwang JH, Kim JU, Kim NY, Lee DH, Jung HC, Song IS. Discrepancies between primary physician practice and treatment guidelines for Helicobacter pylori infection in Korea. World J Gastroenterol 2006; 12(1): 66-69

11.T. Breuer, K. J. Goodman, H. M. Malaty, T. Sudhop, et D. Y. Graham, «How Do Clinicians Practicing in the U.S. Manage Helicobacter pylori-Related Gastrointestinal Diseases? A Comparison of Primary Care and Specialist Physicians», Am J Gastroenterology, vol. 93, no 4, p. 553-561, avr. 1998

.12Weijnen CF, de Wit NJ, Numans ME, Quartero AO, Verheij TJ.; (2001) .Dyspepsia management in primary care in The Netherlands: to what extent is Helicobacter pylori diagnosis and treatment incorporated? Results from a survey among general practitioners in The Netherlands. Digestion. 64(1):405.

13. Mégraud F.(2005) The Helicobacter pylori saga ending with the Nobel Prize. In: ESCMID mars 2005.p15