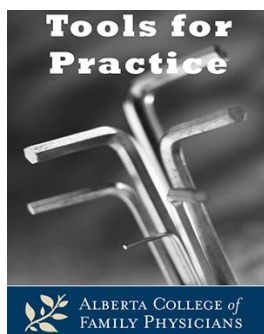


**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 3 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca)

14 novembre 2011



## La quadruple thérapie serait-elle la nouvelle triple thérapie pour l'*Helicobacter pylori*?

### Question clinique : La quadruple thérapie (QT) aboutit-elle à des taux supérieurs d'éradication de l'*Helicobacter pylori* par rapport à la triple thérapie (TT) traditionnelle?

#### Données probantes

- Un récent essai financé par l'industrie<sup>1</sup> regroupant 440 patients européens a signalé des effets bénéfiques significatifs avec la QT sur dix jours, comparativement à la TT sur sept jours, soit un taux d'éradication de 93 % par rapport à 68 %, nombre de sujets à traiter (NST)=5.
  - QT : oméprazole deux fois par jour avec subcitraate de bismuth, métronidazole et tétracycline quatre fois par jour.
  - TT : oméprazole, amoxicilline et clarithromycine deux fois par jour.
  - Préoccupations : différentes durées de traitement, subcitraate de bismuth non disponible au Canada, généralisabilité douteuse.
- Une récente revue systématique<sup>2</sup> n'a constaté aucune différence entre la QT et la TT quant aux taux d'éradication, d'observance ou d'événements indésirables.
  - Le taux d'éradication pour la QT, par exemple, était de 78 %, et de 77 % pour la TT (aucune différence statistiquement significative).

#### Contexte

- Les taux d'éradication de l'*Helicobacter pylori* pourraient être sous-optimaux (inférieurs à 80 %) à l'échelle mondiale<sup>3-5</sup> en raison de la résistance accrue aux antibiotiques.
  - La résistance varie selon la région géographique, et les profils de résistance locaux ne sont souvent pas connus<sup>6</sup>.
- Les choix initiaux de traitement de l'*Helicobacter pylori* doivent être guidés par la résistance à la clarithromycine.
  - Il faut l'éviter si le taux de résistance est égal ou supérieur à 20 %<sup>7</sup>.
- La résistance aux antibiotiques dans le traitement de l'*Helicobacter pylori* ne semble pas être un problème au Canada<sup>6</sup>, quoique les taux n'aient pas été mis à jour.
- Les recommandations canadiennes englobent la triple thérapie et la quadruple thérapie comme thérapies de première ligne pour l'éradication de l'*Helicobacter*

*pylori*, mais la TT est privilégiée en raison de l'équivalence démontrée et de la facilité du dosage<sup>8</sup>.

- Il n'existe aucune donnée comparant la QT et la TT du point de vue de l'efficacité sur le plan des coûts.
- Les autres options qui sont étudiées comprennent la thérapie séquentielle et la thérapie hybride (séquentielle et quadruple)<sup>9</sup>.
  - Ces thérapies doivent faire l'objet de plus de recherches en Amérique du Nord avant d'être appliquées en pratique<sup>10</sup>.

**Conclusion** : Le régime de traitement optimal de l'*Helicobacter pylori* demeure controversé en raison des différences relatives au nombre et au type de médicaments, au dosage et à la durée du traitement. Jusqu'à ce que les profils de résistance locaux soient établis et jugés préoccupants, il n'existe aucune preuve accablante qu'il faut changer les pratiques actuelles de prescription en soins primaires.

Auteurs : Christina Korownyk, M.D., CCMF, Michael Kolber, M.D., CCMF

1. Lancet, 2011, 377 : 905-913.
2. Am J Gastroenterol, 2010, 105 : 65-73.
3. Gut, 1997, 41 : 8-13.
4. Gut, 2010, 59 : 1143-1153.
5. Helicobacter, 2007, 12 : 275-278.
6. Can J Gastroenterol, 2000, 14(10) : 879-882.
7. Gut, 2007, 56 : 772-778.
8. Can J Gastroenterol, 2004, 18(9) : 547-554.
9. CMAJ, 2011, 183(9) : E506-E508.
10. Ann Intern Med, 2007, 146 : 556-563.

**Tools for Practice** est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.