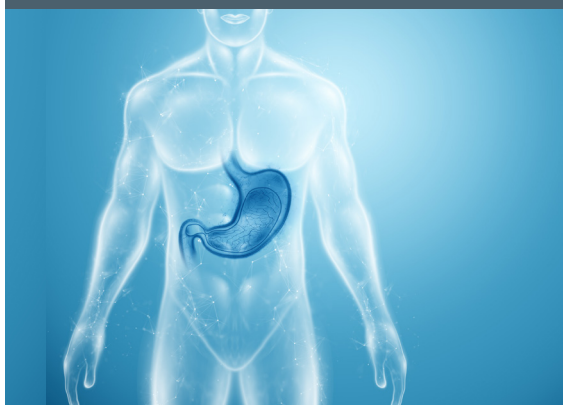


Synopsis du rapport du Centre international de Recherche sur le Cancer (CIIRC) de l'Organisation mondiale de la Santé : stratégies de dépistage et de traitement de *Helicobacter pylori* en population générale pour la prévention du cancer gastrique

Focus sur la région Europe de l'OMS



Ce synopsis a été intégralement élaboré par Juvisé, indépendamment des auteurs de la publication¹.

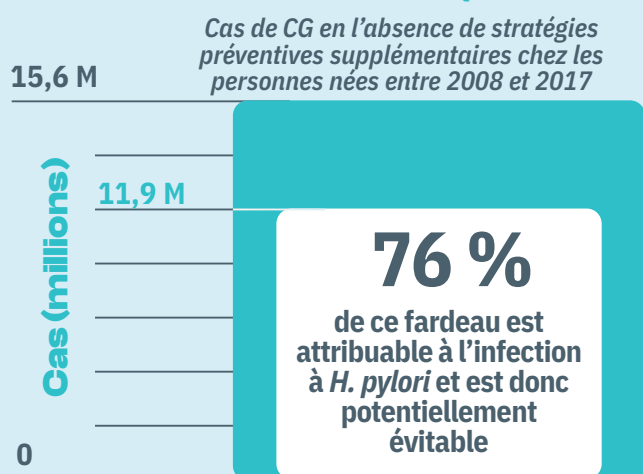
POURQUOI C'EST IMPORTANT

Rationnel du dépistage et du traitement de *H. pylori* dans la prévention du cancer gastrique

1.1 Fardeau du cancer gastrique en Europe

L'infection chronique à *H. pylori*, classée par le CIRC comme **cancérogène du groupe 1**, constitue le principal facteur de risque du cancer gastrique (CG). **87 %*** des cancers gastriques non-cardia (CGNC), qui représentent le sous-type prédominant dans l'ensemble des régions de l'Union européenne, sont attribuables à *H. pylori*. Compte tenu de la sensibilité de ces estimations aux résultats faussement négatifs, la fraction attribuable pourrait être sous-estimée et, avec une mesure optimale de l'exposition, pourrait approcher 100 %.

FARDEAU ESTIMÉ DU CANCER GASTRIQUE SELON LE CIRC



CANCER GASTRIQUE



5^e cancer le plus fréquemment diagnostiqué



5^e principale cause de décès par cancer dans le monde



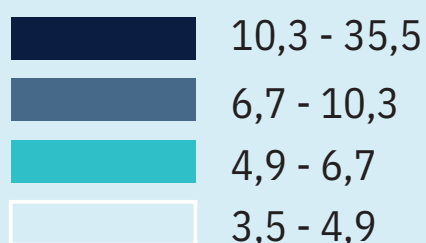
2^e incidence la plus élevée parmi les régions de l'OMS : Europe

Le CIRC a estimé que le fardeau des cancers attribuables à *H. pylori* est supérieur à celui de toute autre infection carcinogène, y compris le papillomavirus humain (HPV), le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C combinés.

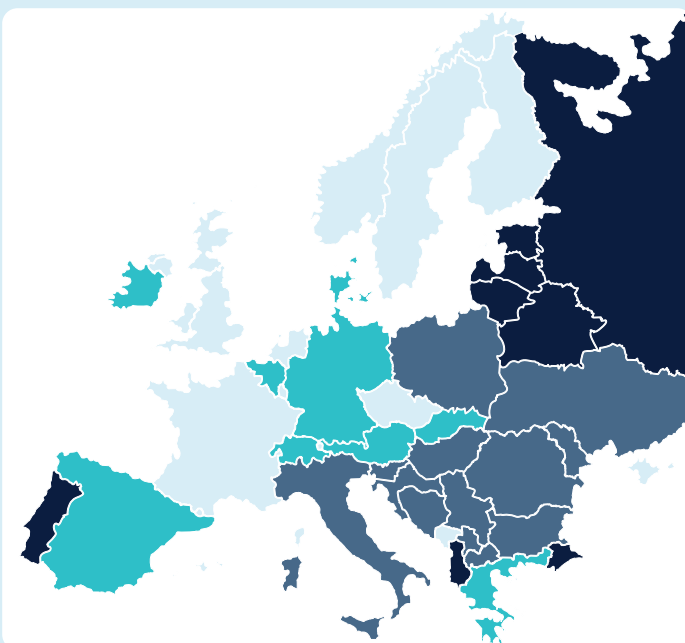
Parmi les régions de l'OMS, l'Europe présente la **deuxième incidence la plus élevée**, avec un taux standardisé sur l'âge (TSA) de 8,4 (161 553 nouveaux cas).

CARTE DE L'INCIDENCE DU CG EN EUROPE EN 2022 PAR PAYS

TSA (monde) pour 100 000



Le TSA permet des comparaisons équitables, ajustées sur l'âge, entre populations

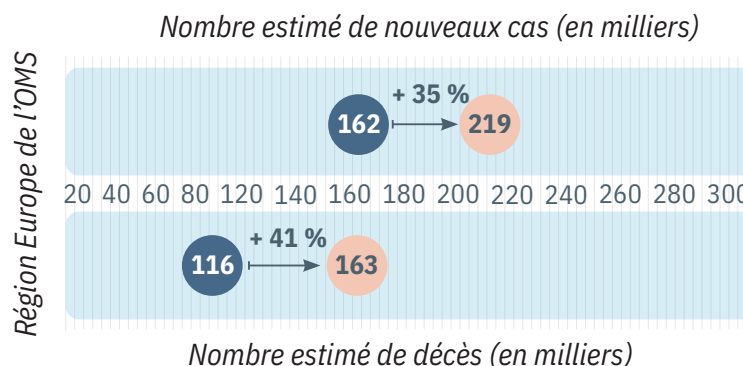


D'après la figure 1.1 du rapport du CIRC/OMS¹

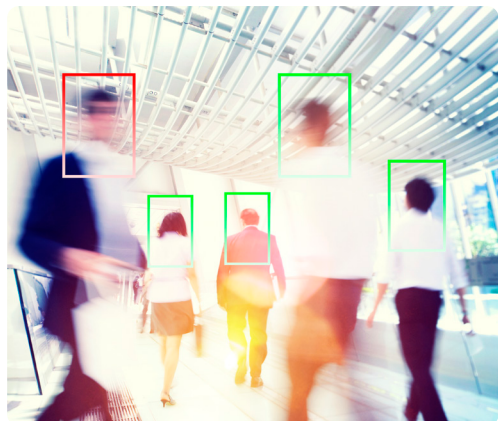
* Dans les contextes à faible risque de cancer gastrique en Australie, en Europe et aux États-Unis

Bien que les taux d'incidence du CG **diminuent globalement dans les pays**, le nombre absolu de nouveaux cas et de décès devrait augmenter en raison des évolutions démographiques des populations (c'est-à-dire la croissance démographique et l'allongement de l'espérance de vie).

RÉGION EUROPE DE L'OMS : nombre estimé de nouveaux cas et de décès par CG, de 2022 à 2050



1.2 Données probantes et recommandations cliniques pour les stratégies de dépistage et de traitement



Les **déclarations du rapport de consensus Maastricht VI/Florence**, publié en 2022, fournissent la mise à jour la plus récente et la plus complète des données probantes en faveur des stratégies de dépistage et de traitement de *H. pylori* à l'échelle de la population.

Ce rapport de consensus recommande également la mise en œuvre de cette stratégie de prévention au niveau individuel et au sein des populations spécifiques présentant un risque accru. Le rapport recommande l'adoption de **stratégies de dépistage et de traitement de *H. pylori*** en population générale, dans l'ensemble des groupes, et suggère que la **tranche d'âge 50-69 ans** puisse être ciblée **concomitamment au dépistage du cancer colorectal**, dans les pays où ces programmes existent.

DONNÉES ISSUES D'ECR* : bénéfices de l'éradication de *H. pylori*

Réduction de l'**incidence** du CG

Individus sains positifs pour *H. pylori*
(8 ECR, 58 628 participants)

Réduction relative du risque

36 % ‡

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Événements de CG : 0,87 % (traités) contre 1,2 % (témoins)
- NNT[¶] 228 (IC à 95 % : 158-514)

La durée de suivi était de 4 à 26,5 ans

Réduction de la **mortalité** liée au CG

Individus sains positifs pour *H. pylori*
(5 ECR, 56 606 participants)

Réduction relative du risque

22 % ‡

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Décès : 0,43 % (traités) contre 0,56 % (témoins)
- NNT[¶] 812 (IC à 95 % : 470-8 935)

Réduction des **récidives** de CG

Après résection muqueuse endoscopique (RME) chez des patients ayant eu un adénocarcinome gastrique précoce.

Réduction relative du risque

48 % §

PRINCIPAUX RÉSULTATS

- Récidive : 5,9 % (traités) contre 11,4 % (témoins)
- NNT[¶] 18 (IC à 95 % : 14-30)

[¶] Nombre nécessaire à traiter

Les données issues d'essais contrôlés randomisés (ECR) fournissent des preuves de qualité modérée, à long terme, que l'éradication de *H. pylori* chez des individus infectés asymptomatiques permet à la fois de prévenir le CG et de réduire la mortalité liée au CG.

Il est également important de noter qu'il n'existe pas de « point de non-retour » quant à l'efficacité de l'éradication, dès lors qu'un cancer gastrique ne s'est pas encore développé.

[Pour en savoir plus sur les recommandations françaises, consultez les recommandations HAS en vigueur](#)

De plus, l'éradication pourrait apporter des bénéfices supplémentaires, notamment une réduction de la dyspepsie fonctionnelle (RR 0,82 ; IC à 95 % [0,74–0,92] ; d'après 2 ECR ayant évalué la dyspepsie comme critère de jugement après 2 ans de suivi), une diminution des consultations liées à la dyspepsie, une réduction du nombre d'ulcères gastroduodénaux, ainsi que des économies potentielles à long terme.

Dans l'ensemble, les programmes de dépistage et de traitement de *H. pylori* en population générale semblent sûrs et bénéfiques. En plus de la prévention du CG, ils pourraient apporter des bénéfices à la fois cliniques et économiques.

* Essais contrôlés randomisés

‡ Rapport de risque (HR) = 0,64 ; † HR = 0,78 ; § HR = 0,52

1.3 Recherche européenne et état de préparation des populations

L'Europe fait figure de pionnière dans l'évaluation des stratégies de dépistage et de traitement de *H. pylori* en tant qu'outil de prévention du CG, avec plusieurs études majeures en cours.

Une enquête récente menée par la Thomas More University of Applied Sciences en Belgique indique que la majorité des citoyens seraient disposés à participer au dépistage du CG et au test de dépistage de *H. pylori* une fois le processus compris. Cependant, la connaissance des facteurs de risque, des symptômes et du dépistage du CG reste faible, et des préoccupations liées à l'inconfort des procédures ainsi qu'aux contraintes financières peuvent limiter la participation. La prise en compte de ces enjeux, par le biais de campagnes de sensibilisation du public visant à informer, rassurer et assurer une communication claire, sera essentielle. Les professionnels de santé jouent un rôle central pour encourager les patients à participer à de telles campagnes de dépistage.



Étude visant à prévenir la mortalité par cancer gastrique

- ECR multicentrique Éradication de
- *H. pylori* et dosage du pepsinogène pour réduire la mortalité par CG chez les adultes d'âge moyen (40-64 ans)

EUROHELICAN
Accelerating gastric cancer reduction in Europe through *Helicobacter pylori* eradication

Slovaquie, Lettonie et France

- Étude financée par EU4Health
- Faisabilité, acceptabilité et efficacité d'un programme de dépistage et de traitement de *H. pylori* chez les jeunes adultes (30-34 ans)
- Effets potentiels à long terme de programmes antérieurs de dépistage et de traitement de *H. pylori* dans une population d'âge moyen en Lettonie

TOWARDS GASTRIC CANCER SCREENING IMPLEMENTATION IN THE EUROPEAN UNION

À l'échelle de l'Union européenne

- Essai financé par EU4Health comparant :
- i Dépistage et traitement de *H. pylori* chez les jeunes adultes (30-34 ans)
- ii Endoscopie digestive haute chez les personnes participant au dépistage/suivi du cancer colorectal
- iii Suivi à long terme de la cohorte GISTAR avec dépistage de *H. pylori* associé au dosage du pepsinogène

European Joint Action on Cancer Screening

À l'échelle de l'Union européenne

- Évaluation du dépistage combiné des cancers gastrique et colorectal
- Proposer une stratégie de dépistage et de traitement de *H. pylori* en association avec un dépistage du cancer colorectal fondé sur le test immunologique fécal (FIT)

Royaume-Uni

- Essai randomisé portant sur 56 000 adultes (hommes âgés de 35 à 69 ans, femmes âgées de 45 à 69 ans)
- Comparer une stratégie de dépistage et de traitement de *H. pylori* à l'absence de dépistage, avec un suivi jusqu'en 2024

MISE EN ŒUVRE

Mise en œuvre de programmes efficaces de dépistage et de traitement de *H. pylori*

2.1 Choix de la stratégie de dépistage appropriée

L'infection à *H. pylori* est généralement **asymptomatique** et ne peut être détectée que par des tests de dépistage. Bien qu'elle induise de manière constante une **inflammation chronique de la muqueuse gastrique**, il est **difficile de prédire** chez quels individus l'infection évoluera vers une maladie cliniquement significative. Pour cette raison, **l'éradication est recommandée** chez tous les patients présentant une infection active diagnostiquée.

INFECTION À *H. PYLORI*:

Induit une inflammation de la muqueuse gastrique, bien que souvent asymptomatique

Difficile de prédire quels individus évolueront vers un CG

DéTECTABLE uniquement par dépistage : traiter tous les sujets positifs

Les options diagnostiques de l'infection à *H. pylori* comprennent des **méthodes non invasives** (test respiratoire à l'urée, test antigénique fécal, sérologie) et des méthodes **invasives reposant sur l'endoscopie** (test rapide à l'uréase, histologie, culture bactérienne), chacune présentant des avantages et des limites spécifiques. Les tests non invasifs sont généralement à privilégier dans le cadre des programmes de dépistage et de traitement de *H. pylori* à l'échelle de la population.

Les approches invasives peuvent être appropriées lorsqu'une endoscopie est déjà réalisée dans le cadre d'un programme de dépistage du CG. L'endoscopie est également indiquée chez les individus à risque plus élevé.

[Pour en savoir plus sur les recommandations françaises, consultez les recommandations HAS en vigueur](#)

Rapport de consensus Maastricht VI/Florence 2022

Déclarations et recommandations

L'éradication de ***H. pylori*** permet de prévenir le CG à **tout âge chez l'adulte**. L'ampleur du bénéfice diminue avec l'âge.

■ Les individus asymptomatiques **âgés de plus de 50 ans** sont considérés comme **vulnérables** et à risque accru de CG.

■ Les modalités de **dépistage du CG** (non invasives ou endoscopiques), **combinées au dépistage du cancer colorectal, constituent une opportunité**.

■ Les tests diagnostiques utilisés pour le dépistage de l'infection à *H. pylori* dans un objectif de prévention du CG

devraient, de préférence, être non invasifs.

■ Si une méthode sérologique est utilisée pour la détection de *H. pylori*, **un test complémentaire** (test respiratoire à l'urée ou test antigénique fécal) **confirmant une infection active est nécessaire** avant l'instauration du traitement.

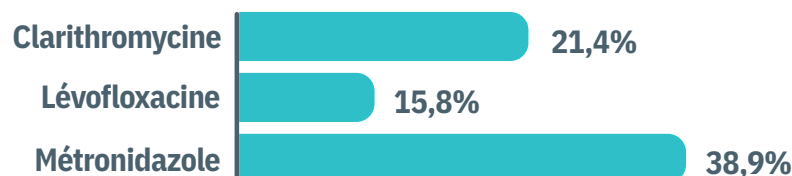
■ Les stratégies de dépistage et de traitement de *H. pylori* en population générale apportent des **bénéfices supplémentaires** en prévenant d'autres pathologies gastroduodénales.

[Pour en savoir plus sur les recommandations françaises, consultez les recommandations HAS en vigueur](#)

2.2 Compréhension de la résistance aux antibiotiques et optimisation du choix thérapeutique

La résistance aux antibiotiques constitue le **principal défi** pour la mise en place de programmes de dépistage et de traitement de *H. pylori* en Europe. La prévalence de la résistance à la clarithromycine a fortement augmenté, dépassant désormais 20 % dans la plupart des pays européens.

Résistance aux antibiotiques en Europe¹



¹ Sur la base de l'enquête européenne de 2018

Rapport de consensus Maastricht VI/Florence (2022)

Recommandations thérapeutiques

Quadrithérapie au bismuth (BQT)*

- À privilégier en cas de résistance à la clarithromycine élevée (> 15 %) ou inconnue
- Taux d'éradication confirmés ≥ 90 %
- Disponible sous forme d'association fixe « 3 en 1 »

Traitement de première intention

Quadrithérapie concomitante sans bismuth (CQT)**

- Peut être envisagée en seconde intention si la BQT n'est pas disponible localement
- Taux d'éradication confirmés ≥ 90 %
- Efficacité réduite en cas de double résistance clarithromycine-métronidazole > 15 %

Traitement alternatif

Trithérapie à la clarithromycine (CTT)***

- Uniquement si la résistance est < 15 % et si une efficacité ≥ 90 % est confirmée localement

Sous conditions

IPP à forte dose/vonoprazan-amoxicilline

- Résultats contradictoires en Europe
- Efficace en Asie

Non recommandé

Synthèse des recommandations nationales

Traitement de première intention



Recommande la BQT²



Recommande la BQT ou la CQT³



BQT, CQT ou traitement séquentiel (CTT uniquement si la résistance à la clarithromycine < 15 %)⁴



Pour en savoir plus sur les recommandations françaises, consultez les recommandations HAS en vigueur

IPP, bismuth, tetracycline, metronidazole.

IPP, clarithromycine, amoxicilline, metronidazole.

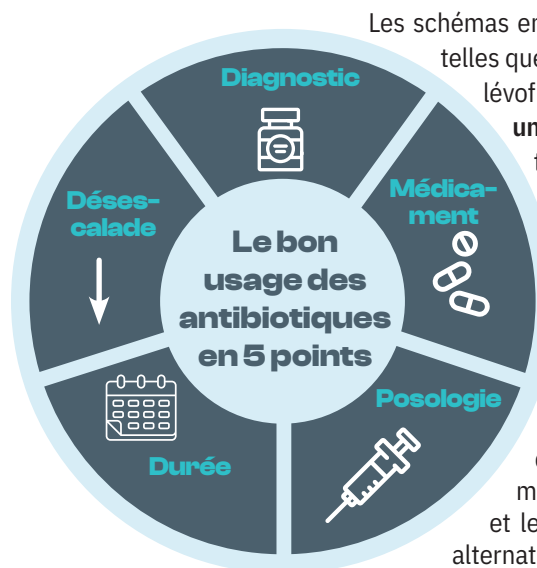
IPP, clarithromycine, amoxicilline.

L'observance et la tolérance du traitement sont des éléments déterminants dans les programmes à l'échelle de la population, au sein de populations européennes majoritairement asymptomatiques. Les effets indésirables sont fréquents ($\geq 25\%$), bien que généralement bénins. Il est essentiel de fournir des informations adaptées aux patients, ainsi que des consignes claires afin d'assurer l'observance du traitement et de prévenir les échecs thérapeutiques.

Enfin, la mise en place de réseaux européens de surveillance, tels que Hp-EuReg, a été déterminante pour le suivi des tendances de résistance aux antibiotiques et des résultats thérapeutiques. Ces registres permettent d'élaborer des recommandations fondées sur les données probantes et adaptées aux contextes régionaux, essentielles à un déploiement sûr et efficace des stratégies d'éradication de *H. pylori* à l'échelle de la population dans l'Union européenne.

2.3 Renforcement du bon usage des antibiotiques

Le bon usage des antibiotiques est au cœur du succès des programmes de dépistage et de traitement de *H. pylori* en population générale en Europe. La résistance mondiale de *H. pylori* a augmenté, sous l'effet d'une utilisation excessive des antibiotiques, avec une hausse des prescriptions de 60 % entre 2000 et 2015, puis de 16 % supplémentaires depuis.



Les schémas empiriques devraient privilégier des options efficaces avec un faible niveau de résistance, telles que la BQT, tout en évitant les antibiotiques à forte résistance comme la clarithromycine ou la lévofloxacine, sauf en cas de recours à un test de sensibilité. **Les programmes devraient inclure une vérification de l'éradication**, afin de surveiller les taux d'éradication et d'ajuster les traitements. Il est essentiel de surveiller continuellement la résistance aux antibiotiques, reposant notamment sur l'analyse régulière des antibiogrammes.

Les antibiogrammes cumulés résument les profils locaux de sensibilité de *H. pylori* et doivent orienter les traitements empiriques, les mises à jour thérapeutiques et les stratégies de bon usage des antibiotiques. Bien que la biopsie gastrique avec culture demeure la méthode de référence, des options moins invasives, telles que la PCR sur selles et le test du fil, peuvent constituer des solutions alternatives réalisables pour une surveillance à grande échelle.

Des exemples en vie réelle (*p. ex.* îles Matsu et comté de Changhua, Taïwan) montrent que des programmes structurés, incluant un contrôle post-traitement, des protocoles de retraitement et des ajustements fondés sur les données, **peuvent atteindre des taux d'éradication > 90 %, avec une réinfection minimale et une diffusion limitée de la résistance.**

[Pour en savoir plus sur les recommandations françaises, consultez les recommandations HAS en vigueur](#)



2.4 Qualité et équité

Les programmes de dépistage et de traitement de *H. pylori* en population générale devraient respecter les mêmes principes que les programmes organisés de dépistage du cancer : qualité élevée, accès équitable et systèmes efficaces. Des systèmes d'information robustes sont indispensables pour suivre la participation, la qualité des tests, les taux de réinfection et les résultats oncologiques à long terme.

Indicateurs de qualité selon le calendrier

COURT TERME



- Couverture de l'invitation
- Participation
- Adéquation des tests

MOYEN TERME



- Couverture du dépistage
- Prévalence
- Taux de réinfection

LONG TERME



- Incidence du CG
- Mortalité liée au CG
- Inégalités socio-économiques

En Europe, il **est particulièrement important** de garantir des taux de participation élevés et un accès équitable, la prévalence de *H. pylori* et le risque de CG étant disproportionnellement plus élevés dans les groupes socio-économiques défavorisés, les populations immigrées venant de zones où la prévalence de *H. pylori* est plus élevée et certaines régions à haut risque.

L'observance peut être difficile dans des populations asymptomatiques. **L'accompagnement et le soutien sont essentiels** pour garantir la complétion du traitement d'éradication.

Assurance qualité du traitement (mini liste de contrôle)



Orientation
vers le
traitement



Prescription
conforme aux
recommandations



Suivi du succès de
l'éradication



Surveillance des
événements
indésirables

INTÉRÊT ÉCONOMIQUE

Coût-EFFICACITÉ DES stratégies de dépistage et de traitement de *H. pylori*

3.1 Coût-efficacité

Les études de modélisation décisionnelle montrent de manière constante le bon rapport coût-efficacité des stratégies de dépistage et de traitement de *H. pylori* dans la prévention du CG, y compris dans les pays à incidence relativement faible ($TSA < 10/100\ 000$ personnes-années).

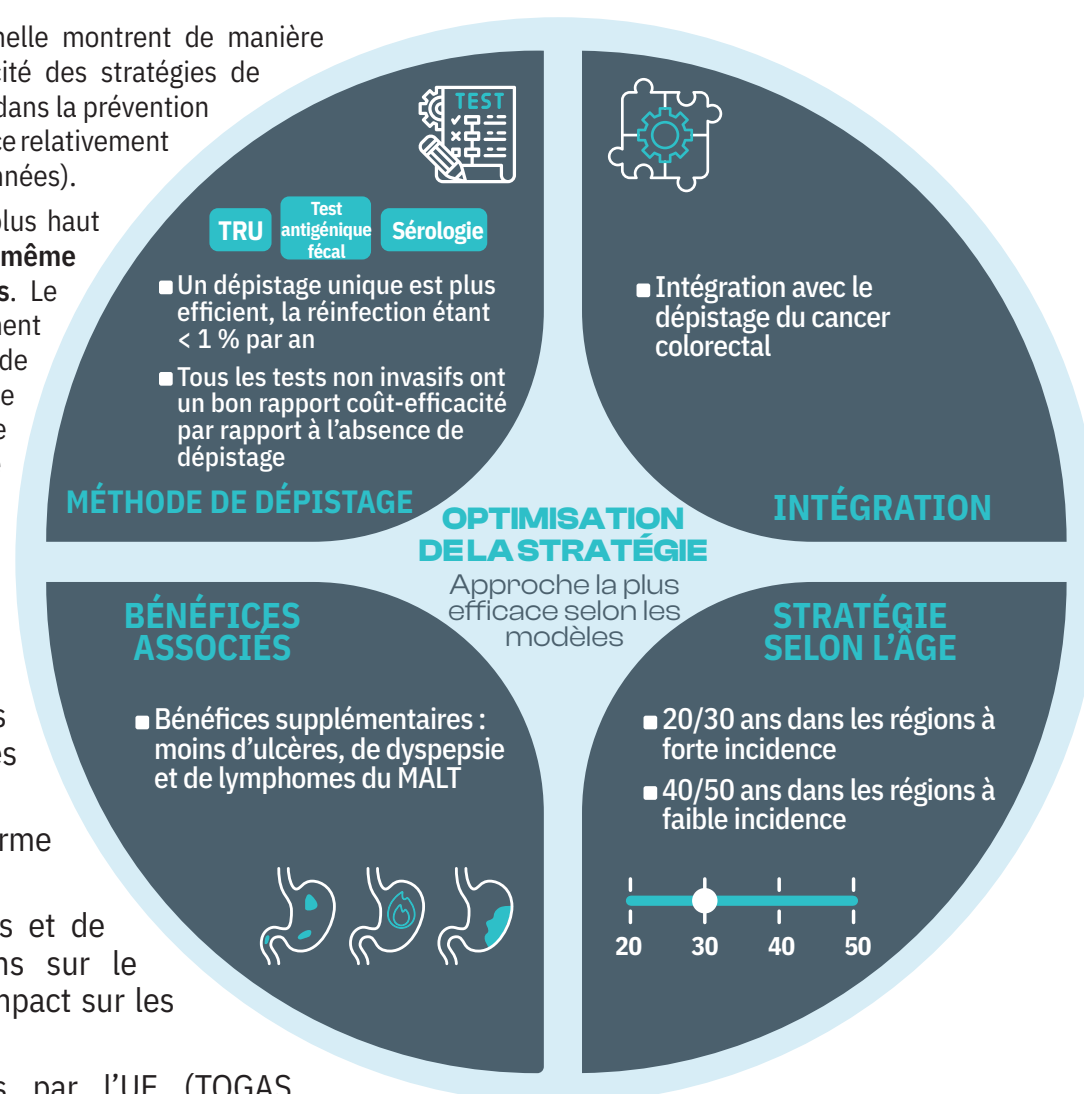
Dans les populations européennes à plus haut risque, **ces programmes pourraient même permettre de réaliser des économies**. Le rapport coût-efficacité dépend fortement de la prévalence locale, des taux de succès de l'éradication et de l'observance du traitement, soulignant l'importance de projets pilotes européens, tels que TOGAS et EUCanScreen.

LACUNES ET perspectives FUTURES

En Europe, les principales lacunes en matière de données probantes concernent :

- (i) l'impact budgétaire à long terme des programmes nationaux,
- (ii) l'effet des bénéfices associés et de la résistance aux antimicrobiens sur le rapport coût-efficacité, et (iii) l'impact sur les inégalités de santé.

Les projets en cours financés par l'UE (TOGAS, EUCanScreen) **visent à combler ces lacunes au moyen d'études pilotes associées à des modélisations décisionnelles** afin d'orienter la mise en œuvre dans des contextes européens variés.





Ce synopsis a été intégralement élaboré par Juvisé, indépendamment des auteurs de la publication¹.

¹Park JY, editor (2025). Population-based *Helicobacter pylori* screen-and-treat strategies for gastric cancer prevention: guidance on implementation (IARC Working Group Reports No. 12). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponible sur : <https://publications.iarc.who.int/648>.

²Fischbach W, et al. DGVS. 2024;62(2): 261-321; ³Gisbert JP, et al. Gastroenterol Hepatol. 2022. 45(5):392-417;

⁴ Romano M, et al. Dig Liver Dis.2022. 54(9):1153-61.