SFHGL
Société Française
d'Hépato-Gastroentérologie Libérale

Prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori* et place de *Saccharomyces boulardii* en adjuvant



FICHE DE RECOMMANDATION MÉDICALE

Prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori* et place de *Saccharomyces boulardii* en adjuvant

L'infection à *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) est une infection bactérienne chronique fréquente. Elle est associée à plusieurs pathologies digestives, notamment :

- gastrite chronique ;
- ulcère gastrique ou duodénal ;
- lymphome gastrique du MALT ;
- adénocarcinome gastrique.

Le consensus Maastricht VI/Florence 2022 considère la gastrite à *H. pylori* comme une maladie infectieuse. Cette évolution conduit à recommander une prise en charge active de l'infection lorsqu'elle est diagnostiquée, en tenant compte du contexte clinique, du risque individuel et des modalités diagnostiques disponibles.

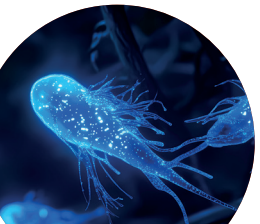
Les recommandations françaises du Groupe d'Études Français des Helicobacter (GEFH) 2026 rappellent que la résistance aux antibiotiques est la première cause d'échec des traitements d'éradication. La mauvaise observance constitue une autre cause importante d'échec, notamment en raison des effets indésirables liés aux associations antibiotiques.

En France, les recommandations GEFH 2026 rapportent les taux de résistance primaire suivants :

- clarithromycine : environ 21 % ;
- métronidazole : environ 46 % ;
- lévofloxacine : environ 18 %.

Ces données justifient de privilégier, chaque fois que possible, un traitement guidé par l'étude de la sensibilité de la bactérie aux antibiotiques, en particulier par PCR sur biopsies gastriques pour détecter les mutations associées à la résistance à la clarithromycine.

Les traitements d'éradication peuvent être associés à des effets indésirables digestifs, notamment diarrhée, nausées, ballonnements, constipation, douleurs abdominales ou troubles du goût. Dans ce contexte, plusieurs méta-analyses ont évalué l'intérêt de *Saccharomyces boulardii* comme adjuvant au traitement d'éradication.



DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Recommandations internationales et françaises

Consensus Maastricht VI/Florence 2022

Le consensus Maastricht VI/Florence 2022 retient notamment les points suivants :

- *H. pylori* est un pathogène gastrique et la gastrite à *H. pylori* est une maladie infectieuse ;
- une stratégie « test and treat » est appropriée chez les patients dyspeptiques jeunes, sans signe d'alarme et sans facteur de risque particulier ;
- chez les patients dyspeptiques de plus de 50 ans environ, une endoscopie digestive haute est recommandée ;
- lorsqu'une endoscopie est indiquée, elle doit comporter des biopsies permettant le diagnostic étiologique et l'évaluation de la gastrite ;
- le test respiratoire à l'urée marquée reste un test important pour le diagnostic et le contrôle post-traitement ;
- le test antigénique fécal monoclonal, s'il est validé, peut être utilisé avant et après traitement ;
- les méthodes moléculaires permettent de détecter des mutations associées aux résistances, notamment à la clarithromycine ;
- la recherche de sensibilité à la clarithromycine, lorsqu'elle est disponible, est recommandée avant de prescrire un traitement contenant de la clarithromycine ;
- en l'absence de test de sensibilité, dans les zones de résistance élevée ou inconnue à la clarithromycine, la quadrithérapie bismuthée est recommandée en première ligne ;
- le contrôle d'éradication doit être réalisé après une fenêtre sans antibiotiques ni bismuth et après arrêt des IPP.

Recommandations françaises GEFH 2026

Les recommandations françaises GEFH 2026 insistent sur :

- la place prioritaire du traitement guidé ;
- l'utilisation de la PCR pour détecter *H. pylori* et les mutations responsables de la résistance à la clarithromycine ;
- l'intérêt de la PCR comme alternative à la culture, plus difficile à réaliser ;
- la nécessité de respecter l'arrêt des IPP et des antibiotiques avant les prélèvements ou les tests de contrôle ;
- l'importance de l'observance thérapeutique ;
- la possibilité de discuter les situations complexes, notamment en cas de multirésistance, en RCP spécialisée du GEFH.

Les recommandations françaises indiquent qu'un traitement guidé pourrait permettre de traiter une grande partie des patients par trithérapie adaptée IPP-amoxicilline-clarithromycine lorsque la souche est sensible à la clarithromycine, et de réserver la quadrithérapie bismuthée aux patients présentant une résistance documentée à la clarithromycine.

Diagnostic de l'infection à *H. pylori*

Tests non invasifs

Le test respiratoire à l'urée marquée est recommandé pour le diagnostic non invasif et pour le contrôle de l'éradication.

La recherche d'antigènes de *H. pylori* dans les selles peut être utilisée pour le diagnostic ou le contrôle d'éradication, notamment lorsque le test respiratoire n'est pas disponible ou difficilement réalisable. Les tests monoclonaux sont à privilégier lorsqu'ils sont disponibles.

La sérologie n'est pas recommandée pour le dépistage de l'infection à *H. pylori* et ne doit pas être utilisée pour contrôler l'éradication, car elle ne permet pas de distinguer une infection active d'une infection ancienne.

Avant un test diagnostique ou un contrôle d'éradication, il convient de respecter :

- un arrêt des IPP depuis au moins 14 jours ;
- un arrêt des antibiotiques et/ou du bismuth depuis au moins 4 semaines.

Endoscopie et biopsies

Lorsque l'endoscopie est indiquée, elle doit permettre :

- la recherche de *H. pylori* ;
- l'évaluation histologique de la gastrite ;
- la recherche de lésions pré-néoplasiques ou néoplasiques ;
- la réalisation de PCR et/ou culture afin de guider le traitement.

Les recommandations françaises précisent l'importance du nombre et de la qualité des biopsies : 5 biopsies sont recommandées, avec 2 biopsies dans l'antre, 1 biopsie de l'angulus (pot 1) et 2 biopsies dans le fundus/corps gastrique (pot 2).

Deux biopsies supplémentaires sont recommandées pour l'analyse bactériologique (PCR ± culture et antibiogramme) : une biopsie antrale (à environ 3 cm du pylore) et une biopsie fundique (tiers supérieur du fundus), placées en milieu de transport Portagerm Pylori. Ces biopsies doivent être prélevées en premier, avant les biopsies histologiques, afin d'éviter toute contamination par le fixateur.



Traitement d'éradication de *H. pylori*

Traitement guidé

Lorsque la sensibilité aux antibiotiques est connue, le traitement doit être adapté au profil de résistance.

Si la souche est sensible à la clarithromycine, une trithérapie guidée associant IPP, amoxicilline et clarithromycine peut être proposée.

Les recommandations françaises soulignent l'importance de tenir compte des données pharmacocinétiques/pharmacodynamiques, notamment pour l'amoxicilline, pour laquelle une administration en trois prises par jour est indiquée dans l'article du GEFH.

Traitement empirique

En l'absence de test de sensibilité, et dans les zones où la résistance à la clarithromycine est élevée ou inconnue, le consensus Maastricht VI recommande une quadrithérapie bismuthée en première ligne.

Après échec thérapeutique

Après échec d'un traitement, la stratégie doit tenir compte :

- des antibiotiques déjà utilisés ;
- de l'observance ;
- des résistances locales ou documentées ;
- de la possibilité de réaliser une PCR et/ou une culture.

Les recommandations françaises mentionnent la possibilité de discussion en RCP spécialisée en cas de multirésistance ou de situation complexe.

Contrôle d'éradication

Le contrôle d'éradication doit être réalisé après tout traitement.

Il repose préférentiellement sur :

- le test respiratoire à l'urée marquée ;
- ou la recherche d'antigènes fécaux si le test respiratoire n'est pas disponible ou réalisable.

Il doit être effectué après arrêt des antibiotiques et/ou du bismuth depuis au moins 4 semaines, et après arrêt des IPP depuis au moins 14 jours.

Données concernant *Saccharomyces boulardii*

Six méta-analyses ont évalué *Saccharomyces boulardii* comme adjuvant aux traitements d'éradication de *H. pylori*. Elles ne le positionnent pas comme un traitement substitutif aux antibiotiques.

Szajewska et al. 2010

Cette méta-analyse a inclus 5 essais randomisés, représentant 1307 participants. L'ajout de *S. boulardii* à une trithérapie standard a été associé à :

- une augmentation significative du taux d'éradication ;
- une réduction des effets indésirables globaux ;
- une réduction significative de la diarrhée liée au traitement.

Szajewska et al. 2015

Cette actualisation a inclus 11 essais randomisés, représentant 2200 participants. Les résultats rapportés sont :

- taux d'éradication : 80 % avec *S. boulardii* versus 71 % dans le groupe contrôle ;
- RR d'éradication : 1,11 ; IC95 % : 1,06–1,17 ;
- réduction des effets indésirables globaux ;
- réduction de la diarrhée et des nausées.

Les auteurs évaluent la qualité des preuves comme modérée pour l'éradication et les effets indésirables globaux, et élevée pour la diarrhée.

Zhou et al. 2019

Cette méta-analyse avec analyse séquentielle des essais a inclus 18 essais randomisés, représentant 3592 patients. L'ajout de *S. boulardii* au traitement standard a été associé à :

- une augmentation du taux d'éradication ;
- une réduction des effets indésirables globaux ;
- une réduction de la diarrhée et de la constipation ;
- une diminution des arrêts de traitement liés aux effets indésirables.

Li et Xie 2025

Cette méta-analyse a inclus 19 études, représentant 5036 patients adultes et enfants. Elle rapporte :

- une augmentation du taux d'éradication ;
- une réduction des effets indésirables globaux ;
- une réduction de la diarrhée, des ballonnements/distension abdominale, de la constipation et des nausées ;
- pas de réduction significative des douleurs abdominales, des vomissements ou des troubles du goût.

Jiang et al. 2025

Cette méta-analyse est centrée sur l'ajout de *S. boulardii* à la quadrithérapie bismuthée. Elle a inclus 10 essais randomisés. Les auteurs rapportent :

- une augmentation du taux d'éradication ;
- une réduction des effets indésirables globaux ;
- une réduction de la diarrhée, de la constipation, de la distension abdominale, des nausées et des rashs.

Les auteurs proposent, sur la base de leur analyse, l'ajout de *S. boulardii* 500 mg/jour, débuté et arrêté en même temps que la quadrithérapie bismuthée, pendant plus de 10 jours.

Ma et al. 2025

Cette méta-analyse a inclus 11 essais randomisés chez des adultes traités par quadrithérapie bismuthée, représentant 2295 patients. Elle rapporte :

- un taux d'éradication plus élevé avec *S. boulardii* en adjuvant ;
- une réduction des effets indésirables liés au traitement ;
- une réduction significative de la diarrhée et des rashs.

MÉCANISMES D'ACTION PROPOSÉS

Les mécanismes expliquant les effets bénéfiques observés avec *Saccharomyces boulardii* au cours du traitement d'éradication de *H. pylori* ne sont pas complètement établis.

Les articles fournis soutiennent principalement un bénéfice clinique sur la tolérance du traitement et des effets bénéfiques bien que modestes sur le taux d'éradication :

- augmentation modeste mais significative du taux d'éradication ;
- réduction des effets indésirables digestifs liés à l'antibiothérapie ;
- amélioration de la tolérance globale ;
- diminution des interruptions prématurées de traitement ;
- amélioration possible de l'observance.

Les effets sur la tolérance et l'observance pourraient contribuer indirectement à cette amélioration du taux d'éradication.



Des mécanismes biologiques sont évoqués dans certains articles, mais restent moins directement démontrés cliniquement :

- modulation du microbiote ;
- effet immunomodulateur ;
- inhibition potentielle de la colonisation ou de l'adhésion de *H. pylori* ;
- effet protecteur sur la barrière muqueuse.

Ces hypothèses doivent être présentées avec prudence. Leur impact clinique exact n'est pas établi de façon certaine par les articles analysés.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Diagnostic

Rechercher *H. pylori* selon le contexte clinique, notamment en cas de dyspepsie, ulcère gastro-duodénal, lymphome du MALT, lésions pré-néoplasiques gastriques, antécédent familial de cancer gastrique, anémie ferriprive inexpliquée, purpura thrombopénique immunologique ou déficit en vitamine B12 inexpliqué.

Chez un patient jeune dyspeptique sans signe d'alarme ni facteur de risque particulier, une stratégie non invasive de type « test and treat » peut être utilisée.

Une endoscopie digestive haute est indiquée notamment chez les patients plus âgés, en présence de signes d'alarme, de facteurs de risque de cancer gastrique, de lésions gastriques connues ou après échec thérapeutique.

Prélèvements et tests

Utiliser préférentiellement :

- le test respiratoire à l'urée marquée pour le diagnostic non invasif et le contrôle d'éradication ;
- la recherche d'antigènes fécaux monoclonaux lorsque le test respiratoire n'est pas disponible ou difficilement réalisable ;
- l'endoscopie avec biopsies lorsqu'elle est indiquée.

Respecter les conditions de réalisation :

- arrêt des IPP au moins 14 jours avant le test ou les prélèvements ;
- arrêt des antibiotiques et/ou du bismuth au moins 4 semaines avant le test ou les prélèvements.

Ne pas utiliser la sérologie pour contrôler l'éradication ni pour le dépistage.

PCR et traitement guidé

Lorsqu'une endoscopie est réalisée, prélever en premier 2 biopsies pour la bactériologie (antre ×1, fundus ×1, en milieu Portagerm Pylori) afin de réaliser une PCR *H. pylori* avec recherche des mutations associées à la résistance à la clarithromycine, ± culture et antibiogramme, puis les 5 biopsies histologiques.

Privilégier un traitement guidé par la sensibilité bactérienne chaque fois que possible.

Choix du traitement d'éradication

Si la souche est sensible à la clarithromycine, une trithérapie guidée IPP + amoxicilline (50 mg/kg/j en 3 à 4 prises, sans dépasser 2 g par prise) + clarithromycine peut être proposée.

En cas de résistance documentée à la clarithromycine, une quadrithérapie bismuthée est recommandée.

En l'absence de test de sensibilité, dans les zones où la résistance à la clarithromycine est élevée ou inconnue, la quadrithérapie bismuthée est le traitement empirique recommandé par Maastricht VI. Selon le GEFH 2026, ce traitement empirique doit être réservé à l'impossibilité absolue du traitement guidé.

Contrôle d'éradication

Contrôler systématiquement l'éradication après traitement.

Le contrôle doit être réalisé :

- au moins 4 semaines après la fin des antibiotiques et/ou du bismuth ;
- après arrêt des IPP depuis au moins 14 jours.

Les tests recommandés sont :

- test respiratoire à l'urée marquée ;
- ou antigène fécal monoclonal si le test respiratoire n'est pas disponible ou réalisable.

Place de *Saccharomyces boulardii*

S. boulardii peut être envisagé comme adjuvant au traitement d'éradication de *H. pylori*, principalement pour améliorer la tolérance digestive et réduire certains effets indésirables, en particulier la diarrhée liée aux antibiotiques ; une amélioration modeste du taux d'éradication est également rapportée.



Son utilisation peut être particulièrement discutée :

- chez les patients à risque de mauvaise tolérance digestive ;
- chez les patients ayant déjà présenté des effets indésirables sous antibiothérapie ;
- lorsque l'observance thérapeutique risque d'être compromise ;
- lors d'une quadrithérapie bismuthée ou d'une classique trithérapie, en tenant compte des données récentes disponibles.

Les schémas étudiés sont hétérogènes. Les méta-analyses rapportent le plus souvent des doses comprises entre 500 mg/jour et 1000 mg/jour, administrées pendant la durée du traitement d'éradication, parfois poursuivies au-delà selon les études.

La proposition la plus spécifique issue des articles fournis est celle de Jiang et al. 2025 : *S. boulardii* 500 mg/jour, débuté et arrêté en même temps que la quadrithérapie bismuthée, pendant plus de 10 jours.

En France, *S. boulardii* CNCM I-745 est commercialisé sous le nom Ultra-Levure® (gélules 50 mg et 200 mg, sachet 100 mg). Son AMM porte sur le traitement symptomatique d'appoint de la diarrhée (200 mg/j) : l'utilisation au cours de l'éradication de *H. pylori* est hors AMM. La RecoPratique SFHGL propose 200 mg matin et soir (400 mg/j).

Contre-indications et précautions d'emploi de *Saccharomyces boulardii*

S. boulardii est globalement bien toléré dans les essais analysés.

S. boulardii est contre-indiqué (RCP) chez :

- les patients porteurs d'un cathéter veineux central ;
- les patients en état critique (dont réanimation) ;
- les patients immunodéprimés,

en raison du risque de fongémie. Les gélules ne doivent pas être ouvertes dans la chambre d'un patient.

SYNTHÈSE

L'infection à *H. pylori* doit être prise en charge selon une stratégie diagnostique et thérapeutique rigoureuse, tenant compte du risque de résistance antibiotique. Les recommandations françaises 2026 et le consensus Maastricht VI soutiennent le recours au traitement guidé, notamment par PCR permettant de détecter la résistance à la clarithromycine, lorsque cela est possible.

En l'absence de test de sensibilité, la quadrithérapie bismuthée est recommandée dans les zones de résistance élevée ou inconnue à la clarithromycine.

Le contrôle d'éradication est indispensable après traitement.

S. boulardii peut être proposé comme adjuvant au traitement d'éradication. Les méta-analyses fournies montrent une amélioration modérée mais significative des taux d'éradication et une réduction des effets indésirables digestifs, en particulier la diarrhée. Son rôle doit rester adjuvant : il ne remplace pas le traitement antibiotique recommandé.

NIVEAU DE PREUVE PROPOSÉ

Thème	Niveau de preuve proposé	Commentaire
Diagnostic et traitement de *H. pylori*	Élevé	Données issues du consensus Maastricht VI et des recommandations françaises GEFH 2026
PCR / traitement guidé	Élevé à modéré	Recommandé par Maastricht VI et GEFH ; mise en œuvre dépendante de la disponibilité du test
Quadrithérapie bismuthée si résistance élevée ou inconnue à la clarithromycine	Élevé	Recommandation Maastricht VI
Contrôle systématique d'éradication	Élevé	Recommandation concordante des documents analysés
S. boulardii en adjuvant	Modéré	Effet concordant dans plusieurs méta-analyses ; hétérogénéité des schémas et qualité méthodologique variable selon les études

RÉFÉRENCES ANALYSÉES

1.Burucoa C, Moussata D, Lehours P, et al. *Management of Helicobacter pylori infections in 2026 – New recommendations of the French Helicobacter Study Group for gastroenterologists. Hépato-Gastro et Oncologie Digestive. 2026*.

2.Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. *Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 2022*.

3.Szajewska H, Horvath A, Piwowarczyk A. *Meta-analysis: the effects of Saccharomyces boulardii supplementation on Helicobacter pylori eradication rates and side effects during treatment*. Aliment Pharmacol Ther. 2010.

4.Szajewska H, Horvath A, Kołodziej M. *Systematic review with meta-analysis: Saccharomyces boulardii supplementation and eradication of Helicobacter pylori infection*. Aliment Pharmacol Ther. 2015.

5.Zhou BG, Chen LX, Li B, Wan LY, Ai YW. S*accharomyces boulardii as an adjuvant therapy for Helicobacter pylori eradication: a systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis*. Helicobacter. 2019.

6.Li M, Xie Y. *Efficacy and safety of Saccharomyces boulardii as an adjuvant therapy for the eradication of Helicobacter pylori: a meta-analysis*. Front Cell Infect Microbiol. 2025.

7.Jiang YZ, Ma K, Cui C, Li ZY, Wang XY. *Effect of Saccharomyces boulardii supplementation to bismuth quadruple therapy on Helicobacter pylori eradication*. BMC Gastroenterology. 2025.

8.Ma F, Huang H, Tian K, Wang W. *Efficacy and Safety of Saccharomyces Boulardii with Standard Quadruple Therapy for Eradication of Helicobacter Pylori in Adults: Meta-Analysis*. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2025.

SFHGL
Société Française d'Hépato-Gastroentérologie Libérale

RecoPratique

Prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori*

Diagnostic • Traitement • Contrôle d'éradication

Adapté des recommandations GEFH 2026

1. QUI TESTER ?

Dyspepsie
- Test & Treat si jeune, sans signe d'alarme

Ulcère / MALT
- Ulcère gastrique ou duodénal, lymphome MALT

Risque gastrique
- Gastrite atrophique, ATCD familial cancer gastrique

Situations associées
- Anémie ferriprive, carence B12, PTI

2. ALGORITHME DIAGNOSTIC ET THÉRAPEUTIQUE

Suspicion / indication de recherche *H. pylori*
- Dyspepsie, ulcère, MALT, lésions prénéoplasiques, risque familial…

Endoscopie indiquée
- **Bactériologie** (en premier) : 2 biopsies (antre x1, fundus x1) pour PCR H. pylori (détection + mutations de résistance à la clarithromycine) ± culture et antibiogramme
- **Histologie** : 5 biopsies – antre x2 + angulus x1 (pot 1), fundus/corps x2 (pot 2)

Pas d'endoscopie
- Test respiratoire 13C
- ou antigène fécal monoclonal

- **PCR : souche sensible**
  IPP + amoxicilline + **clarithromycine**
- **PCR : résistante à la clarithromycine**
  Quadrithérapie bismuthée (Pylera® + IPP)

PCR indisponible
Pylera®
Traitement empirique
Réservé à l'impossibilité absolue du traitement guidé

Contrôle d'éradication systématique
- Test respiratoire en 1re intention
- ou antigène fécal monoclonal

SFHGL
Société Française d'Hépato-Gastroentérologie Libérale

RecoPratique

Prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori*
Synthèse pratique

Adapté des recommandations GEFH 2026

3. CONDITIONS DE RÉALISATION DES TESTS

Avant diagnostic ou contrôle
- Arrêt IPP ≥14 jours
- Arrêt ATB/bismuth ≥4 semaines

Contrôle
- Toujours après traitement
- ≥4 semaines après ATB/bismuth
- IPP arrêtés ≥14 jours

À ne pas faire
- Ne pas utiliser la sérologie ni pour le dépistage ni pour contrôler l'éradication
- Ne pas retraiter sans vérifier observance/résistances

4. CHOIX DU TRAITEMENT

Situation clinique	Traitement
✓ PCR : souche sensible	IPP à double dose + Amoxicilline 1 g ×3/j + Clarithromycine 500 mg ×2/j, – 14 jours
✕ PCR : souche résistante à la clarithromycine	Pylera® 3 gélules ×4/j + IPP à double dose – 10 jours
? PCR indisponible	Pylera® 3 gélules ×4/j + IPP à double dose – 10 jours
⛔ Allergie confirmée à la pénicilline	Pylera® 3 gélules ×4/j + IPP à double dose – 10 jours, quelle que soit la sensibilité à la clarithromycine
● Échec / situation complexe	• Tenir compte des ATB déjà reçus • PCR/culture si possible • RCP spécialisée GEFH si multirésistance

SFHGL
Société Française d'Hépato-Gastroentérologie Libérale

RecoPratique

Prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori*
Synthèse pratique

Adapté des recommandations GEFH 2026

5. LES 10 MESSAGES À RETENIR

Messages clés
- *H. pylori* est une maladie infectieuse gastrique à prendre en charge lorsqu'elle est diagnostiquée.
- Privilégier le traitement guidé par la sensibilité bactérienne chaque fois que possible.
- La PCR sur biopsies permet de détecter *H. pylori* et la résistance à la clarithromycine.
- Le traitement empirique (quadrithérapie bismuthée) doit être réservé à l'impossibilité absolue du traitement guidé.
- L'observance est un déterminant majeur du succès.

Points de vigilance
- Le contrôle d'éradication est indispensable après tout traitement.
- Le test respiratoire 13C est le test de contrôle de référence.
- L'antigène fécal monoclonal est une alternative utile.
- La sérologie ne doit être utilisée ni pour le dépistage ni pour contrôler l'éradication.
- Respecter impérativement les délais d'arrêt des IPP et des antibiotiques/bismuth.

Situations justifiant l'endoscopie
- Âge ou signes d'alarme
- Facteurs de risque de cancer gastrique
- Lésions gastriques connues
- Échec thérapeutique
- Besoin de biopsies/PCR/culture

Synthèse
- Diagnostiquer correctement
- Privilégier un traitement guidé par la sensibilité bactérienne
- Contrôler systématiquement
- Adapter après échec

SFHGL
Société Française d'Hépato-Gastroentérologie Libérale

RecoPratique

Saccharomyces boulardii
Quelle place dans l'éradication d'*Helicobacter pylori* ?

Données issues de Maastricht VI/Florence 2022 et des méta-analyses S. boulardii ; contexte de prise en charge aligné avec GEFH 2026.

1. CE QUE MONTRE LA LITTÉRATURE

Éradication
- Augmentation modérée mais significative dans plusieurs méta-analyses

Tolérance
- Réduction des effets indésirables digestifs globaux

Diarrhée
- Bénéfice le plus constant réduction de la diarrhée liée aux antibiotiques

Observance
- Diminution possible des arrêts de traitement liés aux effets indésirables

2. EN PRATIQUE : QUAND LE PROPOSER ?

À envisager
- Risque de mauvaise tolérance digestive
- Antécédents d'effets indésirables sous antibiotiques

Traitements concernés
- Trithérapie ou quadrithérapie
- Données récentes surtout avec quadrithérapie bismuthée

Objectif principal
- Améliorer la tolérance
- Réduire diarrhée/nausées/ballonnements
- Favoriser l'observance

Posologie pratique
- Schémas hétérogènes : 500 à 1000 mg/j
- Proposition documentée : 500 mg/j pendant >10 jours avec quadrithérapie bismuthée

Durée
- Débuter avec l'antibiothérapie
- Le plus souvent pendant toute la durée du traitement

Statut
🟢 Peut être proposé comme adjuvant
X Ne remplace jamais l'antibiothérapie

SFHGL
Société Française d'Hépato-Gastroentérologie Libérale

RecoPratique

Saccharomyces boulardii
Quelle place dans l'éradication d'*Helicobacter pylori* ?

Données issues de Maastricht VI/Florence 2022 et des méta-analyses S. boulardii ; contexte de prise en charge aligné avec GEFH 2026.

3. CONTRE-INDICATIONS (risque de fongémie)

Immunodépression	Cathéter veineux central Ne pas ouvrir les gélules dans la chambre d'un patient.	État critique (dont réanimation)

4. PRESCRIPTION PRATIQUE

Nom commercial	Posologie	Début	Durée	Prise
Ultra-Levure® (*Saccharomyces boulardii CNCM I-745*), 200 mg, gélule	1 gélule matin et soir (400 mg/j)	J1 de l'antibiothérapie	Pendant tout le traitement	Avaler avec un verre d'eau ; ne pas mélanger à un aliment ou liquide trop chaud (> 50 °C), glacé ou alcoolisé

Utilisation hors AMM : l'AMM d'Ultra-Levure® porte sur le traitement symptomatique d'appoint de la diarrhée (posologie AMM : 200 mg/j). Les essais ont utilisé le plus souvent 500 à 1000 mg/j.

5. TABLEAU DE SYNTHÈSE DES EFFETS

Situation	Intérêt de *S. boulardii*	Niveau de preuve
Tolérance digestive globale	☆☆☆☆	Modéré-élevé
Diarrhée	☆☆☆☆☆	Élevé
Observance	☆☆☆	Modéré
Éradication	☆☆	Modéré

SFHGL
Société Française d'Hépato-Gastroentérologie Libérale

RecoPratique

Saccharomyces boulardii
Quelle place dans l'éradication d'*Helicobacter pylori* ?

Données issues de Maastricht VI/Florence 2022 et des méta-analyses S. boulardii ; contexte de prise en charge aligné avec GEFH 2026.

6. FORMULATIONS ET NIVEAU DE PREUVE



Ce qu'il faut dire au patient
- *S. boulardii* peut être proposé comme adjuvant.
- Bénéfice principal : tolérance digestive, notamment diarrhée.
- Peut favoriser l'observance et améliorer modestement l'éradication.

Niveau de preuve - éradication
- Modéré : effet significatif mais hétérogène



Ce qu'il ne faut pas dire
- Ne pas le présenter comme substitut aux antibiotiques.
- Ne pas promettre un bénéfice majeur sur l'éradication.
- Respecter les contre-indications (risque de fongémie).

Niveau de preuve - tolérance/diarrhée
- Modéré à élevé : signal le plus solide

7. TAKE-HOME MESSAGE

Le principal intérêt de *Saccharomyces boulardii* est d'améliorer la tolérance digestive et l'observance ; son effet sur l'éradication reste modeste.