Wann, wie und bei wem?

H. pylori leitliniengerecht eradizieren

Seit der letzten Aktualisierung der Leitlinie zum Thema „*Helicobacter pylori*“ hat sich die wissenschaftliche Basis in einigen Punkten verändert. Sowohl im Hinblick auf die Diagnostik als auch die Therapie gibt es jetzt neue, praxisrelevante Empfehlungen.

— „Das Grundprinzip beim *Helicobacter* ist und bleibt: Ein Test sollte nur dann erfolgen, wenn ein positiver Keimnachweis auch zu therapeutischen Konsequenzen führt“, erklärte Prof. Wolfgang Fischbach, Aschaffenburg.

Zwei Tests notwendig

Für eine zuverlässige Diagnostik werden zwei positive Testergebnisse gefordert, z. B. Urease-Schnelltest und Histologie. Nur bei einem Ulcus duodeni und wenn bei einer chronisch aktiven Gastritis der Keim histologisch nachgewiesen ist, muss kein zusätzlicher Keimnachweis

Sollen, sollte oder kann?

Eindeutige „Soll“-Indikationen für eine Eradikation sind das Ulcus ventriculi und duodeni, das MALT-Lymphom, eine obere gastrointestinale Blutung unter ASS/NSAR und die Immuthrombozytopenie. Auch vor einer ASS/NSAR-Therapie bei Ulkusanamnese soll eine Eradikation erfolgen. Zur Magenkarzinomprophylaxe bei bestimmten Risikogruppen, bei einer asymptomatischen Gastritis und bei der Riesenfaltengastritis (Morbus Menetrier) „sollte“ und bei einer funktionellen Dyspepsie oder einer Eisenmangelanämie „kann“ man eradizieren. Bei Patienten mit einer Dyspepsie führt die Eradikation aber nur in max. 10% zu einer anhaltenden Verbesserung der Symptome. Hier sollten Patientenwunsch, Leidensdruck und mögliche bzw. fehlende Alternativen gegenüber den Nebenwirkungen der Eradikation abgewogen werden, so Fischbach.

Die Indikation „Magenkarzinomprophylaxe bei Risikopatienten“ wurde in der neuen Leitlinie von „kann“ auf „sollte“ heraufgestuft. Risikopatienten sind solche mit einer korpusdominanten oder Pangastritis, erstgradige Verwandte von Magenkarzinompatienten, Patienten mit einer Magenneoplasie in der Anamnese und solche mit einer PPI-Langzeittherapie > 1 Jahr. Patienten mit ausgehent multifokaler Atrophie „können“ im Hinblick auf die Verhinderung eines Magenkarzinoms eradiziert werden.

Clarithromycinresistenz: Ein zunehmendes Problem

Ein zunehmendes Problem bei der Eradikationstherapie ist die Clarithromycinresistenz. Risikofaktoren sind eine frühere Makrolidtherapie und/oder ein

Wer braucht PPI?

Nicht jedes Ulcus ist mit einer H.-p.-Infektion assoziiert. Nicht selten sind NSAR oder ASS die alleinige Ursache. „Bei einer Dauertherapie mit einer solchen Substanz soll immer dann ein PPI dazugegeben werden, wenn mindestens ein Risikofaktor vorliegt“, so Fischbach. Risikofaktoren für eine Ulkusblutung sind eine Ulkusanamnese, ein Alter > 65 Jahre, eine schwere Allgemeinerkrankung und/oder eine Komedikation mit Steroiden, gerinnungsaktiven Substanzen oder SSRI. Bei einer Monotherapie mit ASS, NOAK oder Vitamin K-Antagonisten „kann“, bei einer solchen Monotherapie bei Patienten mit einer Ulkusblutung „sollte“ und bei der Kombination von zwei gerinnungsaktiven Substanzen „soll“ zusätzlich ein PPI verabreicht werden.

ost- oder südeuropäisches Herkunftsland. Nach einer aktuellen Erhebung behandeln jedoch weiterhin 75% der Hausärzte primär mit dem French-Triple (Clarithromycin, Amoxicillin, PPI) und 25% mit dem Italian-Triple (Clarithromycin, Metronidazol, PPI). Nach der neuen Leitlinie sollte man allerdings an das Resistenzrisiko denken und bei Vorliegen entsprechender Risikofaktoren primär eine Bismuth-Quadrupel- oder eine konkomittierende Vierfachtherapie durchführen. Empfohlen werden jetzt eine Therapiedauer von zwei Wochen und eine Überprüfung des Therapieerfolgs. Eine routinemäßige Suche nach einer Reinfektion ist jedoch nicht sinnvoll.

Dr. Peter Stiefelhagen

• Quelle: 71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), 22.9.2016 in Hamburg

angestrebt werden. Nicht angewendet werden sollen die serologische Bestimmung von IgG-Antikörpern, der Antikörpernachweis in Speichel oder Urin und der Schnelltest zum Antikörpernachweis in Vollblut oder Stuhl. „Eine nicht-invasive Testung mit nachfolgender Eradikation kann für Deutschland angesichts der niedrigen Prävalenz der Infektion und der hohen und kostengünstigen Verfügbarkeit der Endoskopie nicht allgemein empfohlen werden“, so Fischbach.