

Barrett – Helicobacter – PPI

Neues und Obsoletes aus der Gastroenterologie

In der Gastroenterologie hat es in den letzten Jahren eine Vielzahl neuer Entwicklungen gegeben, die auch Eingang in die aktuellen Empfehlungen gefunden haben. Umgekehrt gilt manche Strategie heute als überholt.

— „Die Epidemiologie der gastroösophagealen Refluxkrankheit zeigt: PPI haben bei der Prophylaxe des Barrett-Syndroms versagt“, stellte Prof. Jochen Labenz, Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie am Jung-Stilling-Krankenhaus in Siegen, fest. Trotz eines massiv zunehmenden Einsatzes von Protonenpumpenhemmern (PPI) in den letzten Jahren nehme die Inzidenz des Barrett-Ösophagus und des Barrett-Karzinoms zu. Die Prognose dieses Karzinoms ist mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von ca. 25% weiterhin sehr schlecht. Bis zum Jahr 2030 wird einer von 100 Männern ein Barrett-Karzinom entwickeln, so die Prognose.

Prävention des Barrett-Karzinoms für Risikopatienten

Bisher gibt es keine offizielle Leitlinien-Empfehlungen für die Prävention des Barrett-Karzinoms. In der AspECT-Studie konnte erstmals gezeigt werden, dass bei Patienten mit einem Barrett-Ösophagus durch die Kombination von hochdosierten PPI (2 x 40 mg Esomeprazol) plus 300 mg ASS das Karzinom effektiv verhindert werden kann.

„Eine solche Prophylaxe erfordert immer eine Risikostratifizierung“, betonte Labenz. Als Risikofaktoren für das Barrett-Karzinom haben sich männliches Geschlecht, Rauchen, Länge des Barrett von > 1 cm und eine bestätigte Low-Grade-Dysplasie erwiesen. „Mit diesen Faktoren lässt sich mittels Score eine Hochrisikogruppe identifizieren, bei denen eine solche intensive Chemoprävention sinnvoll ist.“

PPI sind sicher, werden aber zu häufig verordnet

Beobachtungsstudien haben vermeintliche Nebenwirkungen von PPI, wie Osteoporose, Demenz oder Nierenschädigung identifiziert. „Doch ein kausaler Zusammenhang ist nicht belegt“, so Labenz. Allerdings fehle auch die Evidenz, solche Nebenwirkungen mit letzter Sicherheit auszuschließen. Doch falls vorhanden, sei das Risiko sehr gering.

Es steht allerdings außer Zweifel, dass PPI oft inadäquat verordnet werden. Oftmals besteht entweder keine Indikation oder die Dosis ist zu hoch. „Deshalb sollte man sich vor Therapiebeginn immer die Fragen stellen: Liegt eine Indikation vor und welche Dosis ist adäquat?“, betonte Labenz.

Topische Steroide bei der eosinophilen Ösophagitis

Das Krankheitsbild der eosinophilen Ösophagitis wurde lange verkannt, als Refluxkrankheit fehlgedeutet und mit einem PPI fehltherapiert. Die Diagnosestellung ist nicht einfach. Typische Beschwerden sind Dysphagie und Bolusimpaktion. Endoskopisch sind die Befunde diskret, typisch sind angedeutete Ringfalten. Die Diagnose kann nur bioptisch gesichert werden. Nicht sinnvoll ist eine Stufentherapie beginnend mit einem PPI. Als Erstlinientherapie empfiehlt sich stattdessen ein topisches Steroid, z. B. die Budesonid-Schmelztablette.

Dr. Peter Stiefelhagen

▪ Symposium „Gastroenterologie 2019 – Neues und Obsoletes“ im Rahmen des DGIM 2019 in Wiesbaden

H. pylori: Wer soll eradiziert werden?

In den Empfehlungen der Houston Consensus Conference 2018 wird gefordert, jeden Patienten mit einer nachgewiesenen Helicobacter-pylori-Infektion zu therapieren. Empfohlen wird die Testung und Eradikation bei

- Ulkuskranken
- MALT-Lymphom-Patienten
- nicht geklärter Dyspepsie
- idiopathischer Thrombozythämie
- NSAR-Therapie > 1 Monat
- Magenkarzinom und Ulkus in der Familienanamnese
- Personen, die mit einem H.-pylori-Infizierten in einem Haushalt leben
- Erstgeneration-Immigranten aus Hochprävalenzländern.

„Standard ist heute eine Vierfachtherapie, und eine Therapiekontrolle ist obligat“, so Labenz. Eine einwöchige französische oder italienische Triple-Therapie sei obsolet. Erste Daten sprechen dafür, dass die H.-p.-Eradikation zur Prävention des Magenkarzinoms auch in Europa wirksam sei.



© katedemian / stock.adobe.com