

Weniger Magenkrebs ohne *H. pylori*

Eradikationstherapie bei familiärem Risiko -- Autor: G. Klose

Haupttrisikofaktoren für ein Magenkarzinom sind die Infektion mit *Helicobacter (H.) pylori* und eine positive Familienanamnese. Liegt der zweite vor, lohnt sich die Beseitigung des ersten.

Für eine doppelblinde, randomisierte, placebokontrollierte Studie in Südkorea wurden 1.676 Menschen zwischen 40 und 65 Jahren mit einer gesicherten *H.-pylori*-Infektion und wenigstens einem Verwandten ersten Grades mit histologisch gesichertem Magenkrebs selektiert. Randomisiert erhielten sie über sieben Tage entweder Amoxicillin 1.000 mg, Clarithromycin 500 mg und Lansoprazol 30 mg jeweils 2 × täglich oder Placebo. Kontrollgastroskopien mit Probenentnahmen für Histologie und Urease-*H.-pylori*-Test erfolgten alle zwei Jahre.

Im Verlauf eines medianen Follow-up von 9,2 Jahren wurde bei 1,2% der Patienten in der Behandlungsgruppe und bei 2,7% in der Placebogruppe Magenkrebs diagnostiziert (Hazard Ratio [HR] 0,45; 95%-Konfidenzintervall 0,21–0,94). Verglich man über beide Behandlungsgruppen hinweg den *H.-py-*

lori-Status, so ergab sich eine Magenkrebsrate von 0,8% bei den erfolgreich *H.-pylori*-Eradizierten und von 2,9% bei den Teilnehmern mit persistierender Infektion (HR 0,27; 0,10 –0,70).

MMW-Kommentar

Das Krebsrisiko bei Verwandten ersten Grades von Magenkrebspatienten wird durch eine *H.-pylori*-Eradikationstherapie um mehr als die Hälfte reduziert. Gegensätzliche Ergebnisse bisheriger Studien können darauf beruhen, dass der Nachweis von längeren Beobachtungszeiten abhängt.

Die Studie hat einen hohen Stellenwert und stützt Empfehlungen der S2k-Leitlinie *H. pylori* und gastroduodenale Ulkuserkrankung [Fischbach W et al. Z Gastroenterol 2017;55:167–206]. Wegen der niedrigen Magenkrebsinzidenz in Deutschland wird ein generelles Screening ggf. mit Eradikationstherapie bei uns eher kritisch diskutiert [Fischbach W et al. Dtsch Arztebl Int. 2018;115:429–36; Malfetterheimer P. N Engl J Med 2018;378:1154–6].

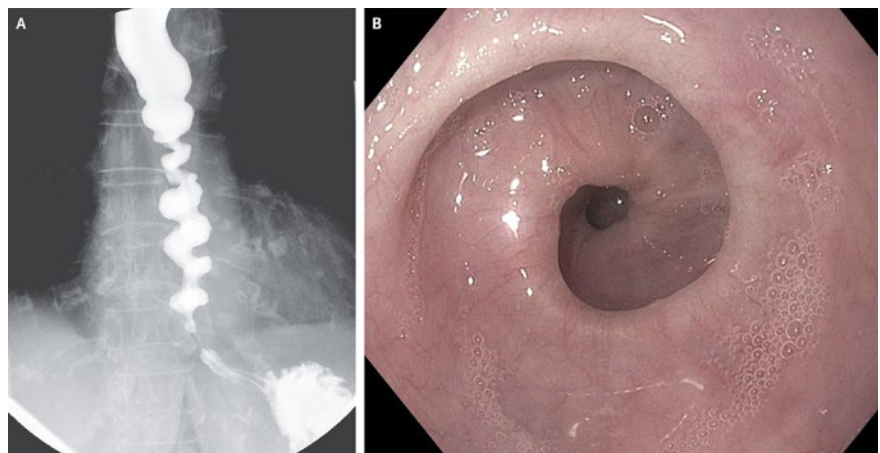
Quelle: Choi JJ, Kim CG, Lee JY et al. Family history of gastric cancer and helicobacter pylori treatment. N Engl J Med. 2020;382:427–36

Korkenzieher-Ösophagus: Die Nahrung fährt Karussell

Eine 83-jährige Frau klagte bereits seit mehreren Jahren über Schluckstörungen, Aufstoßen und Brustschmerzen beim Verzehr fester und flüssiger Speisen. Über das letzte Jahr hatten sich die Beschwerden verschlimmert, und sie hatte 9 kg an Gewicht abgenommen.

Beim Röntgenbreischluck zeigte sich ein Korkenzieher-artiger Ösophagus, und die Endoskopie ergab nicht-peristaltische Kontraktionen mit einer Engstelle am gastroösophagealen Übergang. Bei der hochauflösenden Manometrie sah man am unteren Ösophagussphinkter einen erhöhten Relaxationsdruck, keine Peristaltik, aber spastische Kontraktionen. Somit handelte es sich um eine spastische Achalasie Typ III.

Die Patientin lehnte eine endoskopische Myotomie ab und entschied sich stattdes-



Korkenzieher-Ösophagus röntgenologisch (A) und endoskopisch (B).

sen für eine Behandlung mit endoskopisch in den Ösophagussphinkter injiziertem Botulinumtoxin. Bei einer Kontrolle nach fünf Monaten berichtete die

Patientin nur noch über gelegentliche Schluckbeschwerden. *H. Holzgreve*

Quelle: Han S, Wagh MS: Corkscrew esophagus in achalasia. N Engl J Med. 2020;382:e42