

nidazol 125 mg plus PPI; je 1-1-1-1), die bismutfreie Quadrupeltherapie (Clarithromycin 500 mg, Amoxicillin 1.000 mg, Metronidazol 400–500 mg plus PPI nach verschiedenen Schemata), die Amoxicillin-PPI-Zweifachtherapie, die Levofloxacin-haltige Therapie (Levofloxacin 500 mg, Amoxicillin 1.000 mg plus PPI, jeweils 1-0-1) und die Vonoprazan-haltige Therapie (Vonoprazan 20 mg, Amoxicillin 750 mg und Clarithromycin 400 mg). Die erwachsenen Teilnehmer musste die Therapien mindestens über sieben Tage eingenommen haben.

Die Netzwerkanalyse der Daten ergab für zwei Regime eine Wirksamkeit > 90 % in Bezug auf eine erfolgreiche Eradikation, nämlich für die Vonoprazan-Tripeltherapie und die bismutfreie Quadrupeltherapie in einer reversen Hybridform. Beide Therapien werden allerdings so nicht in Europa und den USA eingesetzt. Japan war 2015 das erste Land, in dem der hocheffektive Säureblocker Vonoprazan zugelassen wurde. Er hemmt kompetitiv und reversibel die H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase an den Parietalzellen.

Die Levofloxacin-haltige Therapie zeigte in der westlichen Welt einen guten Therapieerfolg bei 88,5%.

Insgesamt schnitt die Standard-Tripeltherapie am schlechtesten ab, mit einer erfolgreichen Eradikation in nur 72,4% der Fälle.

### MMW-Kommentar

In der AWMF-Leitlinie von 2016 wird als Erstlinientherapie gegen *H. pylori* eine Standard-Tripeltherapie empfohlen, alternativ eine bismuthaltige Vierfachtherapie. Andere Erstlinienregime werden nicht angegeben. Das macht es leichter für uns, aber nicht unbedingt erfolgreich. Eine Schwierigkeit ist die seit 2010 dokumentierte zunehmende Resistenzentwicklung gegenüber Antibiotika wie Clarithromycin, Metronidazol und Levofloxacin.

Womöglich gleicht die hohe Effektivität des Säureblockers Vonoprazan den negativen Effekt der Resistenzentwicklung aus. Es wäre gut, wenn diese neuen Erkenntnisse in die aktuell in Überarbeitung befindliche *H.-pylori*-Leitlinie einfließen. Einstweilen – vor der Zulassung von Vonoprazan – legen die Daten nahe, dass in den westlichen Ländern eine Levofloxacin-haltige Eradikation zu empfehlen wäre, gefolgt von der sequenziellen Quadrupeltherapie. ■

**Quelle:** Rokkas T, Gisbert JP, Malfertheiner P et al. Comparative effectiveness of multiple different first-line treatment regimens for *Helicobacter pylori* infection: a network meta-analysis. *Gastroenterology*. 2021;161:495–507.e4

## Gefärbte Fingernägel: Woher rührt die subunguale Blutung?

Eine Frau in ihren Sechzigern suchte wegen einer seit vier Monaten bestehenden Verfärbung der Fingernägel (Chromonychie) ärztlichen Rat. Alle Fingernägel waren am Bett durch ein diffuses Erythem mit purpurnem Farbton und

eine Lockerung der Nägel (Onycholyse) gekennzeichnet. Die Fußnägel waren dagegen nicht betroffen. Es handelte sich offensichtlich um eine subunguale Blutung. Die Handflächen und auch die Fußsohlen zeigten eine diffuse Schuppenbil-

dung. Außer einer leichten Alopezie war die Haut unauffällig.

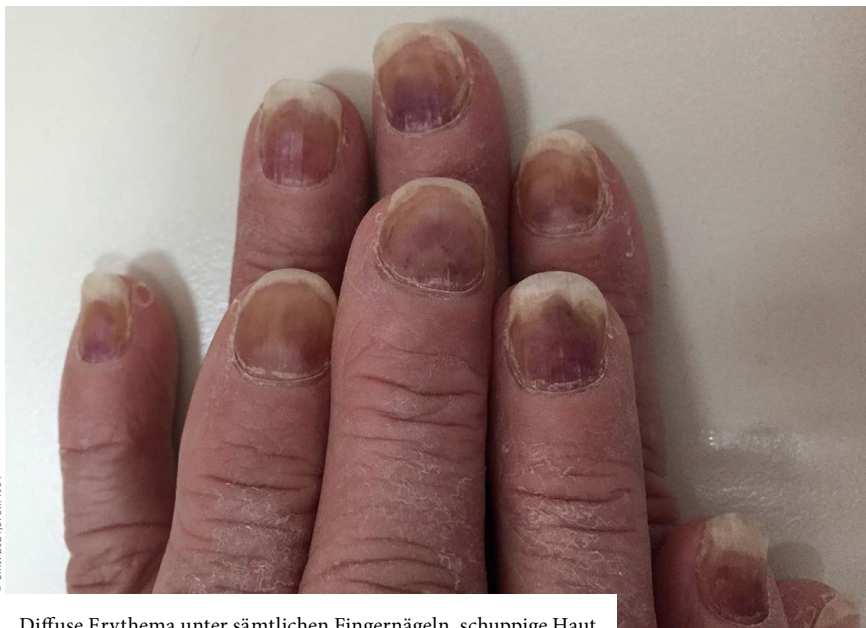
Ursache war die Gabe von Docetaxel, einem Zytostatikum zur Behandlung von malignen Tumoren der Lunge, des Magens, der Prostata und Ovarien, das die Patientin sechs Wochen zuvor wegen eines fortgeschrittenen Mammakarzinoms erhalten hatte. Die Laboruntersuchung ergab Thrombozytenzahl und Gerinnungswerte im Normalbereich.

Die Patientin klagte über Probleme beim Knöpfen der Kleidung wegen der defekten Fingernägel; außerdem litt sie unter dem unschönen optischen Eindruck. Die Ärzte rieten ihr allerdings davon ab, das Taxan abzusetzen, da sich die Nagelveränderungen nach dem regulären Therapieende in der Regel zurückbilden. Eine komplette Normalisierung ist allerdings ungewöhnlich.

Die Patientin durchlief die Chemotherapie nach Plan, ohne einen Fingernagel zu verlieren. Nach Therapie erholten sich die Nägel graduell.

H. Holzgreve ■

**Quelle:** Gregoriou S, Platsidaki E, Sidiropoulou P, Rigopoulos D. Nails with bloodstained discoloration. *BMJ*. 2021;375:n1951



Diffuse Erythema unter sämtlichen Fingernägeln, schuppige Haut.