

# Auch ohne Symptome behandeln!

## Tipps zur Diagnostik und Therapie bei Infektion mit *Helicobacter pylori*

**Die Diagnose einer H.-pylori-Infektion wird typischerweise beim Gastroenterologen gestellt, dagegen erfolgt die Behandlung in der Regel in der allgemeinmedizinischen Praxis. Bezüglich Indikation zur Therapie gibt es einen Paradigmenwechsel, welcher sich in der überarbeiteten deutschen Leitlinie wiederfindet. Aufgrund der Zunahme von Antibiotikaresistenzen ist die Therapie schwieriger geworden, deshalb soll hier das aktuelle therapeutische Vorgehen vorgestellt werden.**

Siegfried Wagner

*Helicobacter pylori* ist die Ursache der chronischen Typ-B-Gastritis, welche bei etwa 20 Prozent der Infizierten zu Komplikationen wie Dyspepsie, peptisches Ulkus, Magenkarzinom und MALT-Lymphom führt (MALT: mucosa-associated lymphoid tissue) (1). In der Schweiz sind schätzungsweise 12 Prozent, in Deutschland etwas mehr als ein Viertel der Bevölkerung mit *H. pylori* infiziert, wobei Unterschiede in Abhängigkeit von der regionalen und ethnischen Herkunft bestehen (2). Die Infektion mit *H. pylori* erfolgt typischerweise in der frühen Kindheit. Es zeigt sich eine kontinuierliche Abnahme der Prävalenz bei den Kindern und Jugendlichen, welche derzeit unter 10 Prozent in Deutschland liegt (3).

### Paradigmenwechsel: H. pylori ist eine Infektionskrankheit

Basierend auf dem Befund, dass die H.-pylori-Gastritis immer strukturelle und funktionelle Veränderungen verursacht, wurde bereits beim internationalen Kyoto-Konsensus-Treffen die H.-pylori-Infektion als Infektionskrankheit definiert, und zwar unabhängig vom Vorliegen von Symptomen oder Komplikationen (4). Dieser Paradigmenwechsel hat nun auch Eingang in die überarbeitete deutsche H.-pylori-Leitlinie gefunden, welche bereits konsentiert, aber noch nicht publiziert ist. Daraus folgt, dass der Nachweis einer H.-pylori-Gastritis prinzipiell eine Indikation für eine Therapie darstellt. Im klinischen Alltag ergibt sich somit die Frage, bei welchen Sym-

ptomen oder Erkrankungen gezielt nach *H. pylori* gefahndet werden soll.

### Wann nach H. pylori suchen?

Bei jeder H.-pylori-Diagnostik sollte berücksichtigt werden, dass Protonenpumpeninhibitoren (PPI) bereits 2 Wochen und jede antibiotische Therapie 4 Wochen vor der geplanten Diagnostik abgesetzt werden sollten, weil diese Medikamente zu falsch negativen Ergebnissen führen können. Im *Kasten* sind die Erkrankungen zusammengefasst, bei denen eine H.-pylori-Diagnostik erfolgen soll. In der Ätiologie des peptischen Ulkus ist *H. pylori* beim Ulcus duodeni zahlenmässig noch führend, während beim Magenulkus Medikamente, insbesondere nicht steroidale Antirheumatika (NSAR), häufiger gefunden werden. Bei Vorliegen eines H.-pylori-Ulkus führt eine Eradikation zu einem weitgehenden Rückgang der Rezidive und der Ulkuskomplikationen. Beim seltenen MALT-Lymphom kann stadienabhängig allein durch die Keimeradikation eine Remission in 75 Prozent der Fälle erreicht werden. Bei H.-pylori-positivem Reizmagen kann durch eine erfolgreiche Therapie in bis zu 10 Prozent der Fälle eine Symptombefreiung erzielt werden. Ebenso soll *H. pylori* bei Patienten, die unter NSAR oder niedrig dosierter Acetylsalicylsäure (ASS) bluten oder die eine Ulkusanamnese aufweisen, untersucht werden. Weitere Indikationen sind die Magenkrebsprophylaxe bei Risikopersonen, die Eisenmangelanämie nach vorheriger vollständiger endoskopischer Abklärung und die idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP).

## MERKSÄTZE

- ▶ Paradigmenwechsel bei der Therapie: Allein der Nachweis von *H. pylori* genügt als Therapieindikation.
- ▶ Die Bismut-Quadrupeltherapie ist neuer Erstlinienstandard.
- ▶ Nach Versagen der Erstlinientherapie sollte eine Resistenztestung erfolgen.
- ▶ 4 Wochen nach Ende der Antibiotikatherapie sollte immer eine Erfolgskontrolle durchgeführt werden.

### Was bedingt den Erfolg einer H.-pylori-Therapie?

Der wichtigste Faktor für eine erfolgreiche H.-pylori-Therapie ist die richtige Wahl von Antibiotika mit Empfindlichkeit gegenüber dem Keim. Lange Zeit war die clarithromycinbasierte Tripeltherapie der weltweite Therapiestandard. Aufgrund einer wachsenden Clarithromycinresistenz verliert diese Therapie aber zunehmend ihre Wirksamkeit. Für Deutschland beträgt die primäre Resistenz für Clarithromycin 15 Prozent, allerdings bestehen grosse individuelle und

Tabelle:

**Therapieregime für H.-pylori-Eradikation**

Name	Schema	Dosierung	Dauer
Bismut-Quadrupeltherapie	Fixkombination (Pylera®*): Bismut-Kalium-Salz 140 mg Tetracyclin 125 mg Metronidazol 125 mg PPI**	3-3-3-3  1-0-1	10 Tage
Clarithromycin-Tripeltherapie (französisch)	Clarithromycin 500 mg Amoxicillin 1000 mg PPI**	1-0-1 1-0-1 1-0-1	14 Tage
Clarithromycin-Tripeltherapie (italienisch)	Clarithromycin 500 mg Metronidazol 500 mg PPI**	1-0-1 1-0-1 1-0-1	14 Tage
Levofloxacin-Tripeltherapie	Levofloxacin 500 mg Amoxicillin 1000 mg PPI**	1-0-0 1-0-1 1-0-1	14 Tage

\* Fixkombination Pylera® zugelassen mit 20 mg Omeprazol

\*\*Esomeprazol 20 mg, Lansoprazol 30 mg, Omeprazol 20 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg

Kasten:

**Wann soll eine H.-pylori-Diagnostik durchgeführt werden?**

- ▲ peptisches Ulkus
- ▲ MALT-Lymphom
- ▲ Dyspepsie/Reizmagen
- ▲ Blutungen unter ASS/NSAR bzw. entsprechende Prophylaxe
- ▲ Magenkarzinomprophylaxe bei Risikopersonen
- ▲ Eisenmangelanämie
- ▲ idiopathische thrombozytopenische Purpura

MALT: «mucosa-associated lymphoid tissue», ASS: Acetylsalicylsäure, NSAR: nicht steroidale Antirheumatika

regime erhöhen die Eradikationsraten um ca. 10% gegenüber den 1-wöchigen), Begleiterkrankungen (bei Diabetes niedrigere Eradikationsraten), Ausmass der Säurehemmung und Verzicht auf Rauchen.

**Wie behandle ich die H.-pylori-Infektion?**

Bei nachgewiesener H.-pylori-Infektion ist die Bismut-Quadrupeltherapie der neue Standard in der Erstlinientherapie (Abbildung). Weil die Therapie schwieriger geworden ist, empfiehlt die überarbeitete deutsche Leitlinie bereits nach erfolgloser Erstlinientherapie eine Resistenztestung mit anschließender testgerechter Zweitlinientherapie. Als Optionen stehen hier eine 2-wöchige Levofloxacin-Tripeltherapie oder eine Clarithromycin-Tripeltherapie zur Verfügung. Bei erneutem Therapieversagen sollte eine Vorstellung in einer spezialisierten gastroenterologischen Praxis erfolgen. Die einzelnen Therapieregime sind in der Tabelle im Detail aufgeführt.

**Welche Nachkontrollen sind notwendig?**

Der Erfolg einer H.-pylori-Therapie soll immer überprüft werden. Diese Nachkontrolle soll frühestens 4 Wochen nach Ende der Antibiotikatherapie erfolgen. Auch eine PPI-Behandlung soll mindestens 2 Wochen vor Testung abgesetzt werden. Wenn aus klinischen Gründen keine Endoskopieindikation besteht, können nicht invasive Testverfahren wie der 13C-Atemtest oder ein Stuhlantigentest für die Erfolgskontrolle verwendet werden. ▲

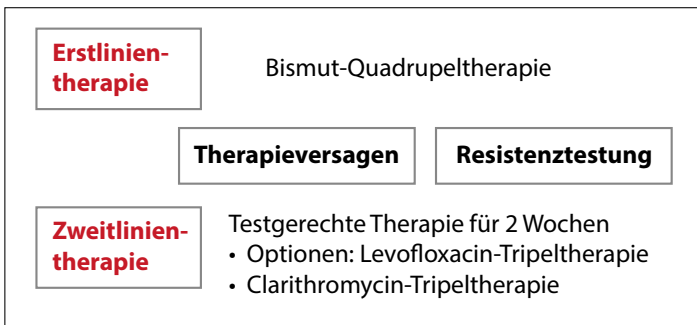


Abbildung: H.-pylori-Therapiealgorithmus 2021

regionale Unterschiede (2). Eine Makrolidvortherapie führt häufig zu einem Wirkverlust von Clarithromycin. Bisher wurde in der deutschen Leitlinie vor Therapieeinleitung eine individuelle Risikoabschätzung bezüglich einer Antibiotikaresistenz gefordert. Dieses Vorgehen hat sich im klinischen Alltag nicht bewährt und wird daher in der überarbeiteten Leitlinie nicht mehr empfohlen. Weitere Einflussfaktoren des Therapieerfolgs sind Therapiedauer (2-wöchige Therapie-

Prof. Dr. med. Siegfried Wagner  
Medizinische Klinik II  
DONAUISAR Klinikum  
D-94469 Deggendorf

Interessenkonflikte: Der Autor hat keine deklariert.

Dieser Artikel erschien zuerst in «doctors today» 2/2022. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.

## Literatur:

1. Fischbach W, Malfertheiner P: Helicobacter pylori Infektion. Dtsch Ärztebl. 2018;115(25):429-436.
2. Bluemel B et al.: Antimicrobial resistance of Helicobacter pylori in Germany, 2015 to 2018. Microbiol Infect. 2020;26(2):235-239.
3. Franck C et al.: Prevalence of Helicobacter pylori infection among blood donors in Saxony-Anhalt, Germany - a region at intermediate risk for gastric cancer. Z Gastroenterol. 2017;55(7):653-656.
4. Sugano K et al.; faculty members of Kyoto Global Consensus Conference: Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. Gut. 2015;64(9):1353-1367.