

Krebsprävention, Kolitis, Zöliakie & Co.

«Gastro-Hacks» zu aktuellen Fragestellungen

Was können Hausärzte zur Magenkrebsprävention raten? Wie soll mit einem postinfektiösen Reizdarmsyndrom umgegangen werden? Antworten darauf und Tipps zur kostengünstigen Zöliakieabklärung, zur antibiotischen Behandlung einer Reisediarrhö und zur Häufigkeit einer mikroskopischen Kolitis gaben die Gastroenterologen Prof. Dr. Stephan Vavricka, Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie AG, Zürich, und PD Dr. Pascal Frei, Gastroenterologie, Bethanien, Zürich, an einer FOMF-Veranstaltung.

Was kann vor Magenkrebs schützen?

In der gross angelegten bevölkerungsbasierten US-Studie National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) mit 26 320 Teilnehmern wurde der Einfluss einer mediterranen Diät auf die gastrointestinale Gesundheit während 13 Jahren untersucht. Die Analyse ergab, dass jene, die sich am ehesten mediterran ernährten im Vergleich zu einer wenig mediterranen Ernährung, ein um 37% signifikant tieferes Magenkrebsrisiko hatten (1).

Auch Bewegung scheint Krebserkrankungen des Verdauungstrakts vorzubeugen. Eine Studie untersuchte in diesem Zusammenhang, wie viel Sport dafür nötig ist. Dazu wurden Daten der drei grossen prospektiven US-Kohorten Health Professionals Follow-up Study, Nurses Health Study und Nurses Health Study II ausgewertet. Aufgenommen wurden nur Personen, die zu Beginn frei von Krebs und von kardiovaskulären Erkrankungen waren. Das Follow-up betrug bis zu 32 Jahre, die Teilnehmer waren zwischen 36 und 55 Jahre alt. Die Auswertung zeigte, dass stärkere körperliche Aktivität im Vergleich zu wenig Bewegung (≥ 45 vs. 3 MET/Woche) mit einem signifikant tieferen Krebs- und einem tieferen Mortalitätsrisiko (17 und 28%) verbunden war (2). Das entspricht etwa fünf Stunden pro Woche Spazieren oder zwei Stunden pro Woche Joggen.

Eine weitere Methode zur Prävention von Magenkrebs, der fünfthäufigsten Krebstodesursache weltweit, ist die Suche nach *Helicobacter (H.) pylori* und dessen Eradizierung. Dies vor allem bei Personen aus Risikogebieten wie z.B. Portugal,

Russland und Teilen Südamerikas, die über unspezifische abdominale Schmerzen klagen. Eine Metaanalyse von acht randomisierten, plazebokontrollierten Eradikationsstudien mit gesamthaft 58 628 H.-pylori-positiven, aber sonst gesunden Teilnehmern zeigte eine deutliche Reduktion der künftigen Inzidenz von Magenkrebs (3). Wenn man demnach H. pylori findet, lohne es sich, diesen zu eradizieren, so der Rat von Prof. Vavricka. Wichtig sei es aber auch, dass acht Wochen nach Ende der Eradikationstherapie kontrolliert werde, ob die Eradikation erfolgreich war.

Persistieren die dyspeptischen Beschwerden auch ohne H.-pylori-Infekt, handelt es sich um eine funktionelle Dyspepsie, deren Symptome gemäss Referenten auf pflanzliche Präparate wie Iberogast® oder Menthacarin® (Carmenthin®) gut ansprechen. Ist das nicht ausreichend der Fall, können Antidepressiva als viszerale Analgetika versucht werden.

Hepatitis C weiterhin suchen

Hepatitis C gehört zwar dank der effizient eradizierenden Therapien schon bald der Vergangenheit an. Dennoch sollen mögliche Träger weiterhin gesucht und behandelt werden. Denn eine Therapie bringt einen massiven Überlebensvorteil für die Patienten mit sich. Das zeigte eine Studie, die 50 674 Hepatitis-C-positive behandelte mit 31 749 unbehandelten Patienten verglich. In der behandelten Gruppe lag die leberbedingte Mortalität bei 8,6%, in der unbehandelten bei 35% (4).

Postinfektiöses Reizdarmsyndrom häufig

Etwa jeder zehnte Patient entwickelt nach einer Infektion ein Reizdarmsyndrom. Dabei kann jeder Infekt, egal ob durch Viren, Bakterien oder Parasiten, Auslöser dafür sein. Die auftretenden Reizdarmsymptome sind vergleichbar mit einem Reizhusten nach einer Bronchitis: Die Symptome können langwierig sein, es braucht Geduld, und man kann die Heilung nicht erzwingen, wie PD Dr. Pascal Frei dieses häufige Leiden beschrieb. Die Ausheilung kann 3–6 Monate andauern, manchmal auch zwölf (5). Wichtig sei es, den Patienten zu versichern, dass solche Symptome nach einem Infekt normal sein können und dass sie nichts Bedrohliches haben.

KURZ UND BÜNDIG

- Mediterrane Diät und Sport können präventiv für gastro-intestinalen Krebs sein.
- Bei postinfektiösem Reizdarmsyndrom Ruhe bewahren und bei Unsicherheit einen Calprotectin-Test durchführen.
- Bei Zöliakieverdacht erst eine Serologie vor einer Endoskopie veranlassen.
- Bei Reisediarrhö Azithromycin als Antibiotikum wählen.

Hinsichtlich Stuhl bakteriologie und Endoskopie ist laut Dr. Frei auch nach Wochen oder Monaten Zurückhaltung angebracht, denn meistens sind die Beschwerden funktioneller Natur. Bei Unsicherheit ist ein Calprotectin-Stuhltest eine gute und günstige Lösung. Die Bestimmung soll aber nicht bei akuter Krankheit durchgeführt werden, denn in dieser Phase ist Calprotectin ohnehin erhöht, so Dr. Frei. Wird der Test ein paar Wochen nach dem Infekt durchgeführt, sollten die Werte jedoch normwertig ausfallen. Die Symptomatik des Reizdarmsyndroms kann mit Probiotika, wie beispielsweise Lactobazillen (z.B. BiGaia®), unterstützt werden.

Bei starken und anhaltenden Durchfällen auch noch einen Monat nach dem Infekt sollte an eine mikroskopische Kolitis gedacht werden. Eine Koloskopie ist diesem Fall angezeigt.

Mikroskopische Kolitis

Die mikroskopische Kolitis ist eine häufige Durchfallerkrankung. Deshalb ist bei chronischen Durchfällen der Ausschluss einer mikroskopischen Kolitis ein wichtiger Teil der koloskopischen Abklärung. Die Krankheit löst wässrige, teils schwere Durchfälle aus und kann die Lebensqualität entscheidend verschlechtern. Die mikroskopische Kolitis tritt typischerweise bei Frauen über dem 50. Lebensjahr auf, aber nicht nur. Nach Diagnostikstellung sollten Nikotin und nichtsteroidale Antirheumatika gestoppt werden, zudem sollten Protonenpumpenhemmer wenn immer möglich reduziert werden, so Dr. Frei. Auch an eine gleichzeitig auftretende Zöliakie sollte gedacht und diese serologisch ausgeschlossen werden. Standardtherapie der mikroskopischen Kolitis ist Budesonid 9mg, das fast immer und sehr rasch nützt, wie der Experte erklärte. Aufgrund der Gefahr von Rückfällen braucht es oft eine Erhaltungstherapie in niedrigerer Dosis.

Zöliakie ausschliessen

Nicht immer muss eine Zöliakiesuche aufwendig und teuer sein. Eine günstige Methode ist die Serologie, wie Dr. Frei erklärte. Voraussetzung für die Zuverlässigkeit der serologischen Zöliakiediagnostik ist eine regelmässige und ausreichende Zufuhr von Gluten bei normaler Ernährung oder nach Glutenbelastung bei glutenarmer oder -freier Diät (6). In den ersten Wochen nach Diätbeginn ist eine Serologie jedoch noch möglich, denn die Normalisierung von IgA dauert länger, wie der Referent anfügte. Gesucht werden erhöhte Anti-Transglutaminase-IgA. Bei IgA-Mangel können auch die Anti-Transglutaminase-IgG oder Anti-Gliadin-IgG-Antikörper bestimmt werden. Die Zöliakieserologie ist ein wichtiger Bestandteil der Abklärung von reizdarmtypischen Beschwerden. Sind die Werte normal, kann eine Zöliakie mit grosser Sicherheit ausgeschlossen werden. Umgekehrt liefern erhöhte Werte einen Hinweis für eine Zöliakie (7), die mit einer Gastroskopie mit Dünndarmbiopsie bestätigt werden kann. Eine HLA-Genotypisierung kann sinnvoll sein, wenn eine Endoskopie abgelehnt wird oder schon länger eine Diät begonnen wurde und keine Re-Exposition gewünscht wird. Wenn HLA-DQ2 und -DQ8 nicht nachweisbar sind, schliesst

dies eine Zöliakieentwicklung aus. Die Diagnose wird letztlich histologisch gestellt.

Antibiotische Behandlung der Reisediarrhö

Wenn die bewährten Strategien «boil it, cook it, peel it or forget it» sowie «Hände waschen» versagt haben und eine antibiotische Therapie einer Diarrhö auf Reisen notwendig wird, eignet sich dafür laut Dr. Frei Azithromycin (Einmaldosis 1 g oder 500 mg 1–3 Tage), da *Campylobacter* sehr häufig Ursache einer Diarrhö ist. Bei milden Verläufen ist Loperamid ausreichend. Basistherapie ist die orale Rehydratation bei allen Formen der Diarrhö.

In der Schweiz hat *Campylobacter* als Ursache einer schweren Diarrhö mittlerweile die Salmonellen abgelöst. Letztere sind immer seltener der Grund für schwere Durchfälle (8). □

Valérie Herzog

Quelle: «Top Secrets in Gastroenterology», FOMF Webup, 16.12.2025

Referenzen:

1. Wang W et al.: Association between Healthy Eating Index-2020, alternative Mediterranean Diet scores, and gastrointestinal cancer risk in NHANES 2005-2018. *Sci Rep.* 2025;15(1):3983. Published 2025 Feb 1. doi:10.1038/s41598-025-88317-5
2. Zhang Y et al.: Consistent Adherence to Physical Activity Guidelines and Digestive System Cancer Risk and Mortality. *JAMA Oncol.* Published online October 30, 2025. doi:10.1001/jamaoncol.2025.4185
3. Ford AC et al.: Eradication Therapy to Prevent Gastric Cancer in Helicobacter pylori-Positive Individuals: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Observational Studies. *Gastroenterology.* 2025;169(2):261-276. doi:10.1053/j.gastro.2024.12.033
4. Butt AA et al.: Treatment of HCV reduces viral hepatitis-associated liver-related mortality in patients: An ERCHIVES study. *J Hepatol.* 2020;73(2):277-284. doi:10.1016/j.jhep.2020.02.022
5. Zanini B et al.: Incidence of post-infectious irritable bowel syndrome and functional intestinal disorders following a water-borne viral gastroenteritis outbreak. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(6):891-899. doi:10.1038/ajg.2012.102
6. Felber J et al.: Aktualisierte S2k-Leitlinie Zöliakie. *Z Gastroenterol.* 2022;60:790-856.
7. Hopper AD et al.: Pre-endoscopy serological testing for coeliac disease: evaluation of a clinical decision tool. *BMJ.* 2007;334(7596):729. doi:10.1136/bmj.39133.668681.BE
8. Schmutz C et al.: Inverse trends of *Campylobacter* and *Salmonella* in Swiss surveillance data, 1988-2013. *Euro Surveill.* 2016;21(6):10.2807/1560-7917.ES.2016.21.6.30130. doi:10.2807/1560-7917.ES.2016.21.6.30130