

Helicobacter pylori Eradikation - eine Übersicht 05/2018

Autor Marc Binder

Keine Eradikation ohne gesicherte H.p.-Infektion (Ausnahme: H.p.-negatives MALT-Lymphom, Stadium 1 und 2).

Standarddiagnostik: Biopsie mit Histologie (Nachweis des Bakteriums und einer chronisch aktiven Gastritis). Ein positiver Stuhl-Antigen-Test oder Harnstoff-Atemtest alleine reicht (in der Regel) zur Sicherung einer H.p.-Infektion nicht aus.

Störfaktoren: reduzierte Keimzahl durch Achlorhydrie (keine PPI <2 Wochen) vor Diagnostik) und Antibiotikatherapie (keine Antibiotika in den 4 Wochen vor der Diagnostik).

Indikationen zur Eradikation:

- Ulcus ventriculi/ duodeni
- MALT-Lymphom des Magens, Stadium I/II (auch H.p.-negative)
- Diffus großzellige B-Zell-Lymphome des Magens, Stadium I/II
- Dyspepsie/ Reizmagen (bei ca. 10% der Patienten langfristige Symptomkontrolle, NNT: 12)
- PPI länger als 12 Monate (-> Magenschleimhautatrophie -> intestinale Metaplasie -> erhöhtes Magenkarzinomrisiko, daher Eradikation)
- Langzeit-ASS-Einnahme + Ulcusanamnese
- NSAR-Dauereinnahme
- Eisenmangelanämie ohne andere Ursache
- ITP
- Prävention des Magenkarzinoms: H.p. gilt als gesicherter Risikofaktor für das (distale) Magenkarzinom. Unklar ist an welchem Punkt der Karzinogenese, die Krebsentstehung unabhängig von H.p. voranschreitet, also eine Eradikation nicht mehr sinnvoll ist. Bei einem Hochrisikokollektiv muss eine Eradikation erfolgen:
 - Magenkarzinom in der Eigenanamnese
 - Verwandte 1. Grades von Magenkarzinompatienten
 - Z.n. Magenteilresektion
 - Pan-/ korpusdominante Gastritis
 - hochgradige Atrophie der Antrumschleimhaut, mittel- und hochgradige Atrophie der Korpuschleimhaut
 - intestinale Metaplasie
- allen asymptomatischen Patienten ohne Risikofaktoren kann aus Überlegungen der Karzinom- und Ulkusprophylaxe eine H.p.-Eradikation angeboten werden.

Wie soll eradiziert werden?

- Grundsätzliches: Rauchen reduziert den Eradikationserfolg
- Clarithromycin ist das Rückgrat der Tripeltherapie. In Deutschland liegt die Clarithromycin-Resistenz unter dem kritischen Wert von 20%. Daher ist eine klassische Tripeltherapie für 7-14 Tage die empfohlene Erstlinienbehandlung. Im Falle einer zu erwartenden primären Clarithromycin-Resistenz > 20% (Indikator: Therapie mit Makroliden in der Vorgeschichte; Herkunft aus Süd-, Osteuropa, oder anderer Migrationshintergrund) soll eine Bismutquadrupel-Therapie oder eine konkomittierende Therapie mit Amoxicillin, Clarithromycin, Metronidazol + PPI erfolgen.
- Nach einem Versagen der Erstlinientherapie stehen die Bismuthquadrupel-Therapie oder eine Gyrasehemmer-basierte Therapie mit Levofloxacin/ Moxifloxacin + Amoxicillin + PPI (über 10 Tage) zur Verfügung. Nach der zweiten frustrierten Eradikation sollte eine Resistenzbestimmung erfolgen (Biopsie nötig)
- Der Eradikationserfolg sollte kontrolliert werden (frühestens 4 Wochen nach Eradikation, gewöhnlich mittels Harnstoffatemtest oder Stuhlantigentest). Auch hier gilt: keine PPI in den 2 Wochen und keine Antibiotikatherapie in den vergangenen 4 Wochen vor der Diagnostik.

Rezidive der HP-Infektion sind extrem selten (<1%/Jahr) Dabei handelt es sich meist nicht um Reinfektionen sondern sogenannte Rekrudeszenzen (Keim war unter der Nachweisgrenze, aber noch da)

Literatur: 1) S2k-Leitlinie der DGVS 2/16 Helicobacter pylori und gastroduodenale Ulkuskrankheit
2) Novel and Effective Therapeutic Regimens for *Helicobacter pylori* in an Era of Increasing Antibiotic Resistance, Front Cell Infect Microbiol. 2017; 7: 168, weiteres beim Verfasser