

Ratgeber

Helicobacter pylori

Prof. Dr. Wolfgang Fischbach

Prof. Dr. Peter Malfertheiner



Dieser Patientenratgeber richtet sich an Interessierte und hat zum Ziel, Sie übersichtlich und verständlich über die wichtigsten Fragen zum Thema Helicobacter-pylori-Infektion zu informieren. Ein Glossar, das die wichtigsten medizinischen Begriffe erklärt, finden Sie am Ende des Ratgebers. Der Ratgeber ersetzt nicht das persönliche Gespräch mit dem Arzt¹⁾, an den Sie sich bei gesundheitlichen Fragen, Zweifeln und Sorgen wenden sollten, und dem die individuelle Diagnostik und Therapie in Absprache mit Ihnen vorbehalten ist.

Einleitung

Eine Infektion mit dem Bakterium Helicobacter pylori (H. pylori) ist häufig. Auch wenn die Infektionsraten in den letzten Jahrzehnten abgenommen haben, sind über alle Altersgruppen hinweg etwa 30% der Bevölkerung in Deutschland infiziert. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zusammen mit anderen wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine Leitlinie erstellt.

Leitlinien sollen auf der Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz den bestmöglichen Umgang mit einer Erkrankung aufzeigen. Angesichts sich wandelnder epidemiologischer Umstände, der sich ändernden Resistenzlage und der daraus resultierenden therapeutischen Implikationen sowie neuer Kenntnisse zur Indikation der Eradikation von H. pylori ist in regelmäßigen Intervallen eine Anpassung von Leitlinien erforderlich. Die deutsche Leitlinie „H. pylori und gastroduodenale Ulkuskrankheit“ wurde

1) Aus Vereinfachungsgründen wurde unabhängig vom Geschlecht nur die männliche Formulierungsform gewählt. Die Angaben beziehen sich auf Angehörige jedweden Geschlechts.

daher 2016 aktualisiert. Die darin ausgesprochenen Empfehlungen richten sich an alle Ärzte im niedergelassenen Bereich und in der Klinik.

Die Erkrankung

Helicobacter pylori ist ein Bakterium, das die Magenschleimhaut besiedelt und zur Ausbildung einer chronischen Gastritis führt. Auf diesem Boden können sich Magen- oder Duodenalulzera, das Magenkarzinom, das gastrale MALT-Lymphom oder dyspeptische Beschwerden als häufigste mit der *H.-pylori*-Infektion assoziierte Erkrankungen entwickeln. Auch seltenere Erkrankungen wie die idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP), der Morbus Ménétrier, die lymphozytäre Gastritis und manche ungeklärten Eisenmangelanämien können von *H. pylori* ausgelöst werden.

Wie häufig ist die Infektion und wer ist gefährdet?

Die Übertragung von *H. pylori* erfolgt von Mensch zu Mensch. Meist wird die Infektion schon in der Kindheit erworben. Die Verbesserung des Lebensstandards und der Hygiene in den letzten Jahrzehnten haben dazu geführt, dass die Häufigkeit der *H.-pylori*-Infektion in den westlichen Ländern kontinuierlich abnimmt. Etwa 3–7% der deutschen Kinder im Alter bis zu sieben Jahren sind infiziert. Bei den Erwachsenen zeigt die *H.-pylori*-Infektion eine altersabhängige Zunahme. So steigt die Infektionsrate unter 30% bei den unter 30-Jährigen auf bis zu 60% bei über 65 Jahre alten Männern. Re-Infektionen treten nach einer erfolgreichen Behandlung im Erwachsenenalter nur selten auf.

Wie wird eine H.-pylori-Infektion festgestellt (Diagnose)?

Für die Diagnostik stehen invasive und nichtinvasive Methoden mit vergleichbarer Sensitivität und Spezifität zur Verfügung (Tabelle 1). Alle invasiven Nachweisverfahren setzen die Durchführung einer Endoskopie voraus. Atem- und Stuhltest sind derzeit in Deutschland nicht für die Diagnostik, sondern nur zur Erfolgskontrolle der Eradikationsbehandlung zugelassen. Mit Ausnahme des Ulcus duodeni werden zum sicheren Nachweis einer H.-pylori-Infektion zwei positive Testergebnisse gefordert. Allerdings wird die Histologie mit Nachweis von H. pylori und einer chronisch aktiven Gastritis als ausreichend betrachtet. Gleiches gilt für die positive Kultur, die jedoch vergleichsweise aufwendig und teuer ist und meist nur bei einer Resistenztestung zum Einsatz kommt. Der Antikörpernachweis im Serum ist für die klinische Diagnostik nur bedingt geeignet.

Tabelle 1: Testverfahren zum Nachweis von H. pylori

Methode	Testverfahren	Besonderheiten
Invasiv	Kultur	Endoskopie erforderlich
	Histologie	Endoskopie erforderlich
	Urease-Schnelltest	Endoskopie erforderlich
	PCR	Endoskopie erforderlich
Nichtinvasiv	Harnstoff-Atemtest	Bei Erwachsenen nur zur Kontrolle des Eradikationserfolgs zugelassen
	Stuhl-Antigentest mittels monoklonaler Antikörper	Bei Erwachsenen nur zur Kontrolle des Eradikationserfolgs zugelassen
	IgG-Antikörpernachweis im Serum	Für die klinische Diagnostik nur bedingt geeignet

Störfaktoren können in Einzelfällen sowohl falsch positive als auch falsch negative Testergebnisse bedingen. So kann eine bakterielle Überwucherung des Magens zu falsch positiven Befunden bei Urease-Tests führen. Falsch negative Tests findet man sowohl bei der Einnahme von Protonenpumpeninhibitoren (PPI) und Antibiotika als auch bei einer oberen gastrointestinalen Blutung und nach einer Magenoperation (Zustand nach einer Magenteilresektion).

Wann sollte auf eine H.-pylori-Infektion untersucht werden?

Eine Untersuchung auf H. pylori sollte nur dann vorgenommen werden, wenn ein positives Testergebnis eine Eradikationstherapie erforderlich macht. Dies ist vorab abzuklären und setzt beim untersuchenden Arzt Kenntnisse von den Indikationen zur H.-pylori-Eradikation voraus. Einen Überblick über die Indikationen für eine Eradikation gibt Abb. 1. Die Empfehlungen folgen dabei der Leitlinienterminologie und unterscheiden zwischen „Soll-“ (starke Empfehlung), „Sollte-“ (Empfehlung) und „Kann-Empfehlung“ (Empfehlung offen). Zudem ist explizit aufgeführt, wann eine Eradikation nicht erfolgen sollte.

Bei Patienten mit Oberbauchbeschwerden kann nach endoskopischer Diagnostik und dem Nachweis von H. pylori eine Keimeradikation erfolgen. Immerhin werden etwa 10% der Betroffenen durch eine erfolgreiche H.-pylori-Eradikation langfristig beschwerdefrei. Eine „Test-and-treat“-Strategie wird für Deutschland vor dem Hintergrund der relativ geringen Infektionsrate und anderer Besonderheiten als nicht allgemein empfehlenswert eingeschätzt.

	Starke Empfehlung soll	Empfehlung sollte	Empfehlung offen kann	Keine Empfehlung Nein
Peptisches Ulkus	X			
MALT-Lymphom des Magens	X			
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom des Magens			X	
Funktionelle Dyspepsie (Reizmagen)			X	
Test-and-treat				X
Idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP)	X			
Morbus Ménétrier		X		
Lymphozytäre Gastritis		X		
Ungeklärte (nach adäquater Abklärung) Eisenmangelanämie			X	
Vor ASS-Dauermedikation (bei Ulkusanamnese)	X			
Obere gastrointestinale Blutung unter ASS	X			
Vor NSAR-Dauermedikation (bei Ulkusanamnese)	X			
Obere gastrointestinale Blutung unter NSAR	X (plus PPI bei NSAR)			
Magenkarzinomprophylaxe (bei Risikopersonen)		X		
Asymptomatische Gastritis		X		

Abb. 1 Empfehlungen zur H.-pylori-Eradikation bei verschiedenen Erkrankungen (nach S2k-Leitlinie 2016)

Neu ist in der aktualisierten Leitlinie auch die Soll-Empfehlung für eine Untersuchung auf H. pylori und nachfolgende Eradikation bei Patienten, für die eine Dauermedikation mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) oder ASS ansteht, sofern sie eine Ulkusanamnese aufweisen. Kommt es unter einer laufenden NSAR- oder ASS-Medikation zu einer gastroduodenalen Blutung, sollte ebenfalls auf H. pylori untersucht und gegebenenfalls eine entsprechende Behandlung eingeleitet werden. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass das Risiko für eine Ulkusblutung bei der Einnahme der genannten Substanzen und einer gleichzeitig vorliegenden H.-pylori-Infektion deutlich erhöht ist.

Wie wird eine Infektion H.-pylori-Infektion behandelt?

Große Aufmerksamkeit hat eine Ende 2015 publizierte Netzwerk-Metaanalyse zur Wirksamkeit der verschiedenen Eradikationsprotokolle gefunden.

Danach weist die bislang übliche siebentägige Tripeltherapie mit einem Protonenpumpeninhibitor (PPI), dem Makrolid Clarithromycin und Amoxicillin (französische Tripeltherapie) oder Metronidazol statt Amoxicillin (italienische Tripeltherapie) nur eine Erfolgsrate von 73% auf. Sie liegt damit unter der in der aktuellen Leitlinie geforderten Rate von 80%. Die Therapieentscheidung hat zukünftig Risikofaktoren für eine primäre Clarithromycinresistenz zu berücksichtigen. Diese Risikofaktoren sind

- eine Herkunft aus Süd- oder Osteuropa und
- eine frühere Makrolidbehandlung.

Abhängig von der Wahrscheinlichkeit einer Clarithromycinresistenz erfolgt die Wahl der Therapie entsprechend Abb. 2. Geeignete Therapieprotokolle sind in Tabelle 2 dargestellt.

Eine Ausnahme stellt die Behandlung von Kindern und Jugendlichen dar. Bei ihnen werden bereits vor der Erstlinientherapie Kulturen angelegt und eine Empfindlichkeitstestung veranlasst.

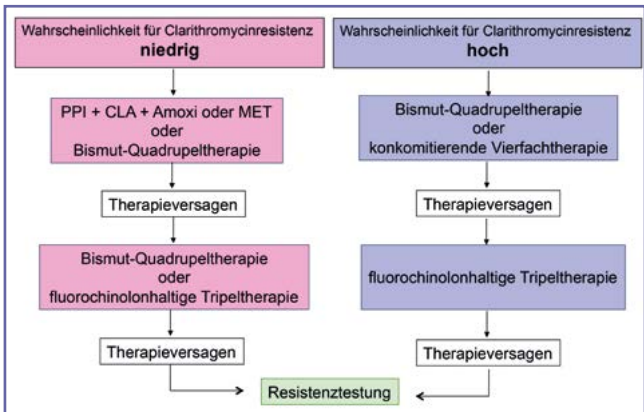


Abb. 2 Therapiealgorithmus zur H.-pylori-Eradikation (PPI = Protonenpumpeninhibitoren; CLA = Clarithromycin; Amoxi = Amoxicillin; MET = Metronidazol)

Tabelle 2: Geeignete Therapieprotokolle

Bezeichnung	Linie	Schema	Dosierung	Dauer
Standard-Tripeltherapie (italienisch)	1°-Linie	PPI*	1-0-1	7-14 Tage
		Clarithromycin	1-0-1	
		250-500 mg		
		Metronidazol	1-0-1	
		400-500 mg		
Standard-Tripeltherapie (französisch)	1°-Linie	PPI*	1-0-1	7-14 Tage
		Clarithromycin	1-0-1	
		500 mg		
		Amoxicillin	1-0-1	
		1.000 mg		
Bismuthaltige Vierfachtherapie	1°-Linie oder 2°-Linie nach Standard-TT	PPI**	1-0-1	10 Tage
		Bismut-Kalium-Salz 140 mg	} 3-3-3-3	
		Tetracyclin 125 mg		
		Metronidazol 125 mg		
Konkomitierende Vierfachtherapie	1°-Linie	PPI*	1-0-1	7 Tage
		Clarithromycin	1-0-1	
		500 mg		
		Amoxicillin	1-0-1	
		1.000 mg		
		Metronidazol	1-0-1	
		400-500 mg		
Fluorochinolon-Tripeltherapie	2°-Linie	PPI*	1-0-1	10 Tage
		Levofloxacin	2 × 1	
		250 mg/ Moxifloxacin	2 × 1	
		200 mg Amoxicillin		
		1.000 mg***		

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

** Fixe Kombination zugelassen in Kombination mit Omeprazol 20 mg

*** bei Penicillinunverträglichkeit Rifabutin 150 mg

Was kann noch zum Erfolg der Eradikationsbehandlung beitragen?

Der Eradikationserfolg hängt wesentlich von Ihrer Compliance (Therapietreue) und Ihrer Motivation ab. Ihr Arzt wird Sie über die notwendigen Maßnahmen eingehend informieren und umfassend aufklären. Scheuen Sie sich nicht, nachzufragen! Je komplexer die Therapie ist, umso klarer sind die Instruktionen zur Einnahme der Tabletten, die Sie unbedingt befolgen sollten. Die zusätzliche Einnahme von Probiotika kann die Verträglichkeit der Antibiotika verbessern und positiv zur Therapietreue beitragen.

Was folgt nach der Eradikationstherapie?

Eine Kontrolle des Eradikationserfolgs sollte erfolgen, unabhängig von der Indikation zur Behandlung. Die Kontrolle wird frühestens vier Wochen nach einer Eradikationsbehandlung oder sonstigen antibiotischen Therapie bzw. zwei Wochen nach Absetzen des PPI vorgenommen. Die Erfolgskontrolle kann mittels Atem- oder Stuhltest oder im Rahmen einer Kontrollendoskopie erfolgen, wenn Letztere aus anderen Gründen indiziert ist. Nach dokumentiertem Eradikationserfolg bedarf es keiner weiteren routinemäßigen Kontrollen, da das Risiko einer Re-Infektion bei Erwachsenen niedrig ist.

Glossar

Antibiotikum

Medikament zur Entfernung von Bakterien

ASS (Acetylsalicylsäure = Aspirin)

Medikament zur Entzündungshemmung, Schmerzbehandlung und Verhinderung der Aggregation von Blutplättchen

Duodenalulkus (auch Ulcus duodeni)

Geschwür im Zwölffingerdarm, häufig ausgelöst durch eine H.-pylori-Infektion

Duodenum

Zwölffingerdarm

Dyspepsie

Reizmagen, chronische Schmerzen im Oberbauch und Unwohlsein ohne fassbare organische Ursache

Eisenmangelanämie

Verminderung der roten Blutzellen durch Eisenmangel im Körper

Eradikation

Entfernung einer Krankheit bzw. eines Krankheitserregers

Eradikationstherapie

Behandlung zur Entfernung des H. pylori durch die kombinierte Gabe von mindestens zwei Antibiotika und einem PPI

Helicobacter pylori (H. pylori)

Stäbchenförmiges Bakterium, das bei vielen Menschen die Magenschleimhaut besiedelt

Histologie

Wissenschaft von den biologischen Geweben; ein Teilgebiet der Medizin (Anatomie und Pathologie) und der Biologie; im weiteren Sinn umfasst Histologie die mikroskopische Anatomie, ein Teilgebiet der Anatomie

Idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP)

Erkrankung, bei der die Blutplättchen (Thrombozyten) deutlich erniedrigt sind

Indikation

Notwendigkeit für eine medizinische Maßnahme

invasiv

Eindringend (auch belastend), z. B. invasive (eindringende) Behandlung oder Untersuchung

Leitlinie

Empfehlung zu Diagnostik und Behandlung von Krankheiten, die von einer wissenschaftliche Fachgesellschaft herausgegeben wird

Magenulkus

Magengeschwür, häufig (aber nicht immer) durch H.-pylori-Infektion ausgelöst

MALT-Lymphom (Mucosa Associated Lymphoid Tissue)

Krebs von Immunzellen (Lymphozyten) im Magen, meist durch H.-pylori-Infektion ausgelöst

Protonenpumpeninhibitor (PPI)

Medikament, das die Salzsäurebildung im Magen deutlich vermindert; wird vor allem auch in der Eradikationstherapie (siehe dort) eingesetzt

Resektion

Operative Entfernung von kranken oder defekten Organ- oder Körperteilen, z. B. Magenteilresektion

Ulkus, Ulzera

„Geschwür“; umschriebener, schlecht heilender Defekt in der Haut oder Schleimhaut

Urease-Test

Test zum Nachweis des H. pylori, der auf der Fähigkeit des Bakteriums beruht, Harnstoff in Ammoniak und Kohlendioxid zu spalten

Test-and-treat-Strategie

Nichtinvasiver Test auf H. pylori und Behandlung bei positivem Testergebnis

Ihnen hat dieser Ratgeber gefallen? Sie haben Fragen oder Anregungen? Dann schreiben Sie uns. Mit Ihrer Rückmeldung helfen Sie, diesen Patientenratgeber weiter zu verbessern. Unsere Anschrift: Gastro-Liga e.V., Redaktion „Patientenratgeber“, Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de

Autoren

Prof. Dr. Wolfgang Fischbach
Klinikum Aschaffenburg-Alzenau
Medizinische Klinik II, Gastroenterologie, Onkologie
Am Hasenkopf 1
63739 Aschaffenburg

Prof. Dr. Peter Malfertheiner
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Medizinische Fakultät
Universitätsklinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infek-
tiologie (KGHI)
Haus 26, 39, 40
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

Interessenkonflikte:

Können auf der Internetseite der DGVS (www.dgvs.de/wp-content/uploads/2016/11/LL_HP-COI-Interessenskonflikterklaerungen.pdf) eingesehen werden.

Abbildungsnachweis:

Fischbach W., Malfertheiner P., Lynen Jansen P. et al, Z. Gastroenterol 2016

Aufnahmeantrag

an Gastro-Liga e.V. , Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen



Ich möchte in die Gastro-Liga e.V. als Mitglied aufgenommen werden

Name

Vorname

Beruf

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon / Fax

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von €
(jährlicher Mindestbeitrag € 30,00)

Betrag in Worten

wird jährlich per Lastschrift erhoben.

Datum und Unterschrift

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben elektronisch gespeichert werden.



Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftenmandats für die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger/Gläubiger:

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V., Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZZ00000452908

Mandatsreferenz-Nr.: * (s.u.)

Ich/Wir ermächtige/n die Gastro-Liga e.V. Zahlungen vom u. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gastro-Liga e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

* Die Mandatsreferenz wird mir separat mitgeteilt. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis Lastschrift wird mich die Gastro-Liga e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC:

Name Kreditinstitut:

Datum und Unterschrift

Wichtige Internetadressen

www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-001.html

www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/helicobacter-pylori

Die Ratgeber-Reihe der Gastro-Liga e.V. wurde erstellt in Kooperation mit Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).





Gefördert durch die Ernst und Berta Grimmke – Stiftung



Stand: Januar 2017

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V.

Friedrich-List-Straße 13 | 35398 Gießen | Germany
Telefon: +49 641 - 9 74 81 - 0 | Telefax: +49 641 - 9 74 81 - 18
Internet: www.gastro-liga.de | E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de