

Jahrgang 37

Nummer 5/2015

Helicobacter pylori: Diagnose & Therapie (J. Ruppelt Marusic, P. Ritzmann) 17

Bei nachgewiesenem Magen-Duodenalulkus ist der Nutzen einer Helicobacter-Eradikation gut etabliert. In Europa wird in der Regel eine siebentägige Tripel-Therapie mit Protonenpumpenhemmer, Amoxicillin und Clarithromycin empfohlen. Fehlt ein Ulkusanzeichen, so ist – z.B. bei Dyspepsie – der Nutzen nicht gleich überzeugend dokumentiert. Im letzteren Fall ist zu bedenken, dass ein nutzloser Einsatz von Antibiotika zur Entwicklung von Resistenzen beiträgt.

Update

Helicobacter pylori: Diagnose & Therapie

J. Ruppelt Marusic, P. Ritzmann

Helicobacter pylori, ein gram-negatives Bakterium, verursacht eine chronische Entzündung der Magenschleimhaut. Es wurde 1983 zum ersten Mal von Warren und Marshall isoliert, wofür die beiden 2005 den Nobelpreis erhielten. Die Prävalenz der Infektion steigt mit dem Alter und ist höher bei niedrigerem sozio-ökonomischem Status während der Kindheit. Weltweit sind mindestens 50% der Menschen mit H. pylori infiziert, wobei geographisch grosse Unterschiede bestehen.¹ In der Schweiz existieren nur spärliche Daten, die Prävalenz bei Erwachsenen wird auf etwa 12% geschätzt.² Die Prävalenz ist in den Industrieländern in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen und scheint auch weltweit abzunehmen. Andererseits nehmen die Resistenzen von H. pylori auf gängige Antibiotika überall zu und auch hier sind grosse regionale Unterschiede zu beobachten.

Eine Infektion mit H. pylori ist ein Kofaktor für die Entwicklung von Duodenal- und Magen-Ulzera (bei 1% bis 10% der Infizierten), Magenkrebs (bei 0,1 bis 3%) und MALT-Lymphomen des Magens («mucosa associated lymphoid tissue»-Lymphome = B-Zell-Lymphome des Magens; bei weniger als 0,1%).¹

Diagnostik

Ein grosser Teil der Helicobacter-Infektionen verläuft asymptomatisch. Ein Screening von asymptomatischen Personen macht in Europa angesichts der niedrigen Prävalenz keinen Sinn. Die Diagnose einer Infektion mit H. pylori wird in der Regel im Rahmen der Abklärungen von Oberbauchbeschwerden gestellt. Von einer Dyspepsie wird gesprochen, wenn

Oberbauchschmerzen, Brennen, Übelkeit und Erbrechen über eine längere Zeit anhalten oder rezidivieren.

Eine endoskopische Untersuchung des oberen Magen-Darm-Traktes wird empfohlen, wenn die Beschwerden von Alarmsymptomen begleitet werden. Dazu zählen Gewichtsverlust, Schluckbeschwerden, schnelles Sättigungsgefühl, anhaltendes Erbrechen, eine gastro-intestinale Blutung oder eine Eisenmangelanämie. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit eines Malignoms, weshalb bei einer Dyspepsie bei Menschen über 55 Jahren (nach einzelnen Guidelines bereits ab 45 oder 50 Jahren) eine Endoskopie empfohlen wird. Als weitere Indikation für eine endoskopische Abklärung wird das Auftreten einer Dyspepsie im Zusammenhang mit der Einnahme von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) angegeben.^{2,4}

Im Rahmen einer Endoskopie des oberen Magen-Darm-Traktes kann eine Infektion mit H. pylori biotisch nachgewiesen werden. Gebräuchlich sind einerseits Urease-basierte Schnelltests (z.B. CLO-Test mit einer Sensitivität von über 90% und einer Spezifität über 95%) oder der histologische Nachweis. Eine Kultivierung von H. pylori ist möglich, besitzt aber eine geringe Sensitivität und kommt vor allem dann zur Anwendung, wenn H. pylori auf Antibiotikaresistenzen untersucht werden soll.^{2,4,5}

Eine Übersicht über die nicht-invasiven Nachweismethoden gibt Tabelle 1. Für den nicht-invasiven Nachweis einer aktiven Infektion eignen sich der *C13-Atemlufttest* oder der *Antigen-Stuhl-Test*. Antigentests im Stuhl sind heute bezüglich Sensitivität und Spezifität mit einem Atemtest vergleichbar (je 95%).²⁻⁵

Bei allen diesen Nachweismethoden sind häufiger falsch-negative Resultate zu erwarten, wenn ein Ulkus blutet oder die Untersuchten mit säurehemmenden Medikamenten oder Antibiotika behandelt wurden. Protonenpumpenhemmer (PPI) sollten deshalb wenn möglich zwei Wochen, Antibiotika vier Wochen vor der Untersuchung abgesetzt werden. Dies ist allerdings häufig nicht praktikabel. Da der *serologische Nachweis* von IgG-Antikörpern gegen H. pylori nicht beeinträchtigt wird, kann in diesen Fällen ein serologischer Nachweis zum Einsatz kommen. Er bringt allerdings mehr falsch-positive Resultate.⁵