

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, Lieber Herr Kollege,

in den 1980ern mussten Warren und Marshall einer zweifelnden wissenschaftlichen Gemeinde noch im Selbstversuch beweisen, dass peptische Geschwüre einen bakteriellen Ursprung haben – es verging dann jedoch nochmals ein halbes Jahrhundert bis die Helicobacter pylori-Gastritis schließlich in diesen Tagen als Infektionskrankheit anerkannt worden ist – rückblickend stritt man um die Frage, ob es sich beim Nachweis von H.p. immer um eine infektiologische Erkrankung oder aber nicht auch manches Mal lediglich um eine Besiedlung mit u. U. auch segensreichen Begleiterscheinungen handeln könne. Dies ist nun mit der Einordnung als Infektionserkrankung entschieden – was einerseits Klarheit schafft, andererseits aber auch neue Fragen aufwirft: s. u.

Herzliche Grüße aus der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
Ihr Bodo Klump

HELICOBACTER PYLORI? – WEN WIE TESTEN ...

Wenn eine H.p.-Gastritis eine stets zu behandelnde Infektion darstellt, ergibt sich – so lange ein Bevölkerungsscreening nicht empfohlen wird – neu die Frage, wer warum mit welchem Verfahren auf H.p. getestet werden soll!

WER WIRD GETESTET?

- » Dyspepsie (ohne Alarmsymptome! – falls kein Erfolg: erweiterte/invasive Diagnostik!)
- » PPI-Dauertherapie (H.p.-Gastritis unter PPI besitzt ein erhöhtes Krebs-Risiko)
- » ASS- oder NSAR-Dauertherapie bei erhöhtem Ulcus- bzw. Ulcus-Komplikations-Risiko:

> 60 J., Antikoagulanzen, Ulcus-Anamnese, Rauchen, Steroide, schwere Begleiterkrankungen

Daneben gibt es seltenere, mit H.p. assoziierte Erkrankungen wie Idiopathische thrombopenische Purpura ITP, Sjögren-Syndrom, IgA-Vaskulitis, die eine Testung nach sich ziehen sollten.

Ulcus, lymphozytäre Gastritis, Lymphome (v. a. Maltom) und Eisenmangelanämie werden eh i. R. einer Gastroskopie diagnostiziert bzw. abgeklärt, die eine H.p.-Diagnostik standardmäßig einschließt.

WIE TESTEN?

- » Stuhl- H.p.-Antigen
- » 13C-Harnstoff-Atemtest
- » H.p.-Urease-Test in einer Magenschleimhaut-Biopsie
- » mikroskopischer H.p.-Nachweis in einer Magenschleimhaut-Biopsie



Alle Tests sind in der Sensitivität vergleichbar und unterscheiden sich lediglich in Praktikabilität und Invasivität.

HELICOBACTER PYLORI! – WIE BEHANDELN ...

ERSTLINIE

Das Bismuth-basierte Vierfach-Schema über 10 Tage ist aufgrund bestehender Antibiotikaresistenzen (v. a. Clarithromycin/Metronidazol) Standard der Erstlinie. Es werden hiermit Eradikationsraten von über 80 % erreicht.

ZWEITLINIE

Die Leitlinie empfiehlt hier bereits Kultur und Resistenztestung von H.p. aus einer Biopsie und dieses Vorgehen ist wohl auch kosteneffizient – dennoch wird es in der Praxis Situationen geben, in denen man aus irgendwelchen Gründen ohne (neuerliche) Gastroskopie eine empirische Zweitlinie über 14 Tage durchführen möchte:

- | | | | |
|----------------------------|-----------|---------------------------|-----------------------------|
| » Italienisch: | PPI 1-0-1 | Metronidazol 500 mg 1-0-1 | Clarithromycin 500 mg 1-0-1 |
| » Französisch: | PPI 1-0-1 | Amoxicillin 1000 mg 1-0-1 | Clarithromycin 500 mg 1-0-1 |
| » Fluorochinolon-haltig: | PPI 1-0-1 | Amoxicillin 1000 mg 1-0-1 | Levofloxacin 500 mg 1-0-1 |
| » "Hochdosis"-Amoxicillin: | PPI 1-0-1 | Amoxicillin 1000 mg 1-1-1 | |

VORSICHT: Erfolgstest (s.o.) frühestens 4 Wo. nach Ende der Antibiose, möglichst 2 Wo. nach Ende einer PPI-Therapie!



Prof. Dr. med. Bodo Klump
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Pneumologie, Palliativ- und Tumormedizin

TELEFON 0711 / 4488-12400

FAX 0711 / 4488-11409

E-MAIL b.klump@medius-kliniken.de

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT
AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN
Hedelfinger Straße 166
73760 Ostfildern



Zertifiziertes
Onkologisches Zentrum

