

# **Helicobacter Pylori: Indikation für die Eradikationstherapie: Was ist gesichert?**

**Von Prof. Dr. Peter Layer**

Mit der Entdeckung des *Helicobacter pylori* gilt die Ursache des klassischen peptischen (nicht medikamentös induzierten) Ulcus des Magens und Duodenums als aufgeklärt. Das derzeit akzeptierte pathogenetische Modell geht von der Vorstellung aus, daß die Infektion mit *H.pylori* die Voraussetzung für die typische B-Gastritis darstellt und daß sich das Ulcus wiederum als peptische Komplikation der bakteriellen Schleimhautentzündung bildet. Unklar ist derzeit noch, warum sich Ulcera nur bei einer Minderheit der Infizierten entwickeln; es wird vermutet, daß verschiedene Subspezies des *H.pylori* mit unterschiedlicher Virulenz existieren. Die Infektion mit *H.pylori* gilt heute nicht nur als wichtigste Ursache von Ulcera, sondern spielt offenbar auch bei der Entstehung des Magenkarzinoms sowie des MALT-Lymphoms des Magens eine pathogenetische Rolle, wobei die relative Bedeutung der Infektion im Vergleich zu anderen prokanzerogenen Faktoren noch als ungesichert gilt.

Die Diagnostik der Infektion erfolgt in der Regel invasiv, d.h. über Magenschleimhautbiopsien einschließlich *Helicobacter*-Schnelltest. Bei den nichtinvasiven Methoden konnten sich die serologischen Nachweisverfahren nicht etablieren; seit neuestem steht aber mit dem sehr sensitiven und hochspezifischen <sup>13</sup>C-Atemtest eine exzellente nichtinvasive Alternative zur Verfügung. Der <sup>13</sup>C-Atemtest ist insbesondere bei Erfolgskontrollen einer Eradikationsbehandlung indiziert, wenn kein anderer Grund für eine endoskopische Kontrolle besteht.

Die Therapie des peptischen Ulcus beinhaltet heute obligat die Eradikation einer zugrunde liegenden *Helicobacter*infektion als wesentlichen Bestandteil. Durch die modernen Therapieschemata wird in aller Regel gleichzeitig auch das Ulcus definitiv abgeheilt und die sonst häufigen Rezidive weitgehend verhindert. Indikationen und Techniken der Eradikation wurden in den letzten Jahren weitgehend standardisiert, entsprechende Leitlinienempfehlungen der Fachgesellschaften liegen vor. Angewandt wird das Prinzip der modifizierten Tripletherapie, d.h. der Kombination eines Säuresekreteionshemmers (in der Regel ein Protonenpumpenblocker) mit zwei Antibiotika (Clarithromycin und Metronidazol oder Amoxicillin). Hierunter heilen mehr als 95% der Läsionen innerhalb weniger Wochen ab; die Eradikationsraten liegen bei > 80-90%. Bei den Indikationen ist an erster Stelle die peptische Ulkuskrankheit zu nennen: hier führt die erfolgreiche Behandlung der Infektion in der Regel zur definitiven Heilung nicht nur des aktuellen Ulkus, sondern auch der Grundkrankheit. Die Indikation gilt auch bei Erst-Ulcera sowie blutenden Ulcera. Die typischen Rezidive werden damit weitgehend verhindert, ihre Wahrscheinlichkeit sinkt von 50-70% auf <10%. Weitere gesicherte, wenn auch

seltene Indikationen sind die Riesenfaltengastritis, die lymphocytäre Gastritis sowie die Autoimmungastritis im präatrophischen Stadium. Als gesichert gilt die Behandlung auch beim niedrigmalignen MALT-Lymphom des Magens, beim dem bereits alleine diese Therapie zur kompletten Remission führen kann. Die Behandlung dieser Patienten sollte aber unbedingt in spezialisierten Zentren sowie im Rahmen von Studien erfolgen. Demgegenüber ist die Datenlage bei der HP-positiven funktionellen ("nicht-ulzerösen") Dyspepsie auch nach mehrere doppelblind-kontrollierten Studien kontrovers. Während multizentrische Untersuchungen zweier Arbeitsgruppen keine Belege für eine Wirksamkeit einer Behandlung der HP-Infektion auf Beschwerden und Befindlichkeit der Patienten nachweisen konnten, fand sich in zwei aktuelleren großangelegten Studien ein signifikanter Effekt. Insgesamt sprechen die verfügbaren Daten für das Ansprechen der Symptome nach Eradikation bei einer Untergruppe der Patienten mit funktioneller Dyspepsie, die wahrscheinlich aber allenfalls 10% des Gesamtkollektivs ausmachen dürfte.

Korrespondenz:

Prof. Dr. Peter Layer, Israelitisches Krankenhaus in Hamburg, Orchideenstieg 14  
D-22297 Hamburg, Tel.: +49-40-51125-211, Fax: +49-40-51125-227  
email: Layer@ik-h.de