

# SEMINAR

## Folge der Resistenzentwicklung

# Neue Empfehlungen in der H.-pylori-Leitlinie

S. Wagner

Die Therapie der H.-pylori-Infektion ist wegen zunehmender Antibiotikaresistenzen schwieriger geworden. Auch in der Indikationsstellung haben sich Änderungen ergeben. Nun ist die deutsche Leitlinie geändert worden. Wir stellen die wichtigsten Neuerungen vor.

— H. pylori ist die Ursache der chronischen Typ-B-Gastritis, welche bei etwa 20% der Infizierten zu Folgeerkrankungen wie peptischen Ulzera, Magenkarzinomen, MALT-Lymphomen und Reizmagens führt [1]. In Deutschland sind aktuell etwa ein Drittel der Bevölkerung mit H. pylori infiziert [2].

### Wer soll behandelt werden?

Generell gilt, dass nur dann eine Untersuchung auf H. pylori vorgenommen werden soll, wenn sich eine Konsequenz

aus dem Testergebnis ergibt (Tab. 1). Eine absolute Indikation für eine Therapie besteht bei einem H.-pylori-positiven Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni sowie beim seltenen MALT-Lymphom. Auch bei Patienten, die unter NSAR oder niedrig dosiertem ASS bluten oder die eine Ulkusanamnese aufweisen, soll H. pylori eradiziert werden. Neu in der Leitlinie ist die Empfehlung, jede asymptomatische Gastritis zu behandeln. Weitere Indikationen sind die idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP),



Prof. Dr. med. Siegfried Wagner  
Medizinische Klinik II,  
Donausar Klinikum  
Deggendorf

MMW-Fortbildungsinitiative:  
Gastroenterologie für den Hausarzt  
Regelmäßiger Sonderteil der  
MMW-Fortschritte der Medizin.



### Herausgeber:

Gesellschaft für Gastroenterologie  
in Bayern e. V.; Tassilostr. 2, D-85540 Haar  
Tel.: 089/3265-3672  
E-Mail: info@gfgb.org  
Internet: www.gfgb.org

### Redaktion:

Prof. Dr. med. W. Scheppach, Würzburg  
Prof. Dr. med. R. M. Strauch, München  
Prof. Dr. med. D. Strobel, Erlangen  
Prof. Dr. med. H. S. Fießl, München

Magenkrebsprophylaxe bei Risikopersonen, Eisenmangelanämie nach vollständiger endoskopischer Abklärung und die seltenen Krankheiten Morbus Ménétrier und lymphozytäre Gastritis.

### Welche Faktoren beeinflussen den Therapieerfolg?

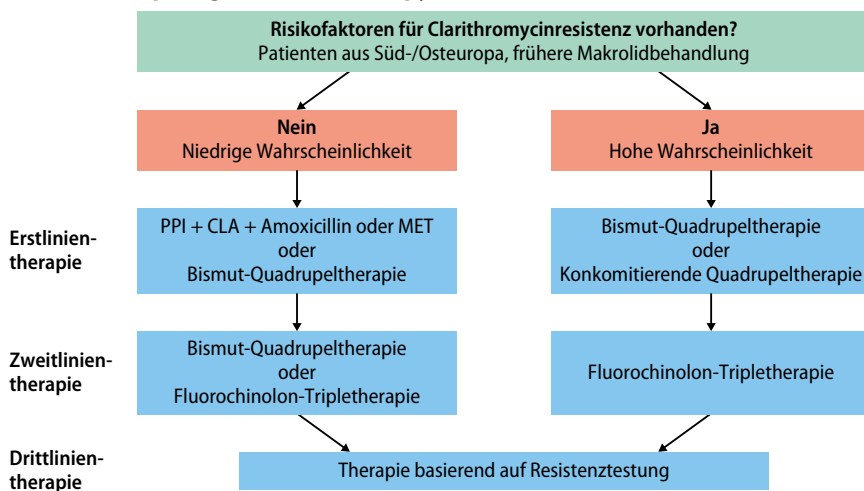
Bis vor Kurzem war die Clarithromycinbasierte Tripeltherapie weltweit Standard. Aufgrund der zunehmenden Resistenz verliert sie aber immer mehr an

Tab. 1 **Empfehlungsgrade für die Indikationen einer H.-pylori-Eradikation**

<b>Soll</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>peptisches Ulkus</li> <li>MALT-Lymphom</li> <li>vor ASS/NSAR bei Ulkusanamnese</li> <li>Blutung unter ASS/NSAR</li> <li>idiopathische thrombozytopenische Purpura</li> </ul>
<b>Sollte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Magenkarzinomprophylaxe</li> <li>Morbus Ménétrier</li> <li>lymphozytäre Gastritis</li> <li>asymptomatische Gastritis</li> </ul>
<b>Kann</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>funktionelle Dyspepsie</li> <li>unerklärte Eisenmangelanämie</li> <li>diffus großzelliges B-Zell-Lymphom</li> </ul>

Mod. n. [1]

Abb. 1 **Therapiealgorithmus zur H.-pylori-Eradikation**



Mod. n. [1]

Wirksamkeit. In Deutschland beträgt die primäre Resistenzrate 10%, allerdings bestehen große individuelle und regionale Unterschiede. Deshalb ist vor der Therapieeinleitung eine individuelle Risikoabschätzung notwendig.

Beeinflusst wird der Therapieerfolg außerdem von der Therapiedauer (zweiwöchige Regimes erhöhen die Eradikationsraten um ca. 10% gegenüber einwöchigen), den Begleiterkrankungen (bei Diabetes niedrigere Eradikationsraten), dem Ausmaß der Säurehemmung und dem Raucherstatus.

**Therapeutisches Vorgehen**

Bei nachgewiesener H.-pylori-Infektion soll zunächst geprüft werden, ob Risikofaktoren für eine primäre Clarithromycinresistenz bestehen (Abb. 1). Solche sind eine Herkunft aus Süd- oder Osteuropa und eine frühere Behandlung mit Makrolidantibiotika. Ist dies nicht der Fall, kann wie bisher die Clarithromycin-basierte Standard-Tripeltherapie eingesetzt werden, entweder mit Amoxicillin oder mit Metronidazol. In der neuen Leitlinie wird eine Therapiedauer von zwei Wochen empfohlen [2].

Alternativ kann auch die seit 2013 in Deutschland verfügbare Bismut-basierte

Quadrupeltherapie gewählt werden, welche in der europäischen Zulassungsstudie der Clarithromycin-basierten Tripeltherapie überlegen war. Falls Risikofaktoren bestehen, soll die Bismut-Quadrupeltherapie primär eingesetzt werden. Auch eine konkomitierende Quadrupeltherapie mit PPI, Clarithromycin, Amoxicillin und Metronidazol wäre in dieser Situation möglich.

Wenn die Erstlinientherapie versagt und aus klinischen Gründen keine Verlaufsgastroskopie indiziert ist, kann eine kalkulierte Zweitlinientherapie gestartet werden. Falls eine Gastroskopie durchgeführt wird, sollte zur weiteren Therapiesteuerung eine genotypische Resistenzbestimmung oder ein kulturelles Antibiotogramm erfolgen. Nach erfolgloser Clarithromycin-basierter Tripeltherapie sind als Zweitlinientherapie eine Bismut-Quadrupel- oder eine Fluorochinolon-Tripeltherapie möglich. Bei erfolgloser Bismut-Quadrupel-Ersttherapie steht die Fluorochinolon-Tripeltherapie als Zweitlinien-Therapie zur Verfügung (Tab. 2).

Spätestens nach erfolgloser Zweitlinientherapie ist eine Endoskopie mit kultureller Anzüchtung und Antibiotogramm zwingend erforderlich. Die

Drittlinientherapie sollte dann Antibiotogramm-gesteuert erfolgen. Gegen Amoxicillin gibt es praktisch keine Resistenzentwicklungen, sodass es in allen Therapielinien eingesetzt werden kann.

**Nachkontrollen sind wichtig**

Der Erfolg einer H.-pylori-Therapie soll immer überprüft werden und zwar frühestens vier Wochen nach Therapieende. Auch eine Behandlung mit Protonenpumpeninhibitoren (PPI) soll mindestens zwei Wochen vor Testung abgesetzt werden. Wenn aus klinischen Gründen keine Endoskopie-Indikation besteht, können nicht-invasive Testverfahren wie der <sup>13</sup>C-Atemtest oder ein Stuhlantigentest für die Erfolgskontrolle verwendet werden.

→ Literatur: [springermedizin.de/mmw](http://springermedizin.de/mmw)

→ Title and Keywords: Update H. pylori therapy

*Helicobacter pylori / clarithromycin / antibiotic resistance / amoxicillin*

→ Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Siegfried Wagner  
Medizinische Klinik II, Donausar Klinikum  
Deggendorf, Perlasberger Str. 41, D-94469  
Deggendorf, E-Mail:  
[siegfried.wagner@donau-isar-klinikum.de](mailto:siegfried.wagner@donau-isar-klinikum.de)

Tab. 2 Therapieprotokolle zur H.-pylori-Eradikation

Name	Schema und Dosierung	Dauer
Standard-Tripeltherapie (französisch) 1. Linie	PPI Clarithromycin 500 mg Amoxicillin 1000 mg	1-0-1 1-0-1 1-0-1 (7-)14 Tage
Standard-Tripeltherapie (italienisch) 1. Linie	PPI Clarithromycin 250-500 mg Metronidazol 400-500 mg	1-0-1 1-0-1 1-0-1 (7-)14 Tage
Bismut-Quadrupeltherapie 1. oder 2. Linie	PPI eine Kapsel mit: Bismut-Kalium-Salz 140 mg Tetracyclin 125 mg Metronidazol 125 mg	1-0-1  3-3-3 10 Tage
Konkomitierende Quadrupeltherapie 1. Linie	PPI Clarithromycin 500 mg Amoxicillin 1000 mg Metronidazol 400-500 mg	1-0-1 1-0-1 1-0-1 1-0-1 7 Tage
Fluorochinolon-Tripeltherapie 2. Linie	PPI Levofloxacin 500 mg oder Moxifloxacin 400 mg Amoxicillin 1000 mg	1-0-1 1-0-0 1-0-1 10 Tage

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

Mod. n. [1]

**FAZIT FÜR DIE PRAXIS**

1. Auch eine asymptomatische H.-pylori-Infektion sollte behandelt werden.
2. Vor Therapiebeginn ist eine individuelle Abschätzung für das Vorliegen einer primären Clarithromycinresistenz notwendig.
3. Bei fehlenden Risikofaktoren für eine Clarithromycinresistenz sind eine Clarithromycin-basierte Tripeltherapie oder die Bismut-Quadrupeltherapie die Therapie der Wahl
4. Bei Hinweisen für eine Clarithromycinresistenz soll primär die Bismut-Quadrupeltherapie eingesetzt werden.
5. Der Therapieerfolg soll immer vier Wochen nach Therapieende überprüft werden.

## **Literatur**

1. Fischbach W, Malfertheiner P, Lynen Jansen P et al.; verantwortlich für die DGVS. S2k-Leitlinie *Helicobacter pylori* und gastroduodenale Ulkus Krankheit. *Z Gastroenterol.* 2016;54:327–63
2. Fischbach W, Malfertheiner P. *Helicobacter pylori*-Infektion. Indikationen zu Eradikation, Diagnostik und Therapie. *Dtsch Arztebl.* 2018;115:429–36