



Helicobacter pylori

Erstellt durch

P. Kump, C. Steininger

M. Gschwantler, C. Langner, C. Högenauer,
im Mai 2018

ArbeitsgruppenleiterIn: Patrizia Kump

Diagnostik *Helicobacter pylori*

Die folgenden Methoden zum Nachweis von *H.pylori* sind ausreichend validiert und können unter Berücksichtigung der klinischen Fragestellung zur Diagnostik einer aktuellen Infektion angewendet werden:

- Invasive Methoden: Kultur; Histologie; Urease-Schnelltest; molekulare Tests.
- Nicht invasive Methoden: Harnstoff-Atemtest, Stuhl-Antigentest mit monoklonalen Antikörpern, Stuhl-PCR.

Der IgG-Antikörpernachweis im Serum kann prinzipiell zur Infektionsdiagnostik herangezogen werden z.B. beim MALT-Lymphom, ist aber auch bei einer abgelaufenen Infektion positiv.

Die Auswahl der mikrobiologischen Tests sollte auch nach prä-analytischen Kriterien erfolgen. Transportmedium und Transportbedingungen (Temperatur, Transportzeit) beeinflussen die Sensitivität von Tests wesentlich und insbesondere jene der Kultur. PPI und H₂-Blocker 2 Wochen vor diagnostischen Tests (bis auf Serologie) absetzen
Diagnostische Tests frühestens 4 Wochen nach Ende einer antimikrobiellen Therapie durchführen

Diagnostik *Helicobacter pylori*

Für eine positive H.pylori-Diagnostik ist ein positives Ergebnis einer der folgenden Tests ausreichend:

- Histologischer Nachweis von H. pylori.
- Positiver Urease Schnelltest bei gleichzeitigem Vorliegen eines peptischen Ulcus, einer aktiven Gastritis oder eines MALT Lymphoms.
- Positive Kultur.
- Gut validierte, verlässliche nicht-invasive Tests (z.B. Atemtest, Stuhlantigentest).

Bei negativen Ergebnissen trotz klinischem Verdacht auf eine H. pylori Infektion ist ein 2. Test zum sicheren Ausschluss einer H. pylori Infektion durchzuführen.

Indikationen zur *Helicobacter pylori* Eradikation

Bei positivem H. pylori Befund sollte bei klarer Indikationsstellung wie dem gleichzeitigen Vorliegen eines peptischen Ulcus oder eines MALT Lymphoms eine Eradikation erfolgen, sofern keine Kontraindikation besteht. Bei anderen Indikationen wie z.B. Dyspepsie kann eine Eradikation erwogen werden, sofern keine Kontraindikation vorliegt.

Weitere Indikationen:

- Patienten mit einer asymptomatischer H. pylori Infektion sollte eine Eradikationsbehandlung angeboten werden.
- Eine „test and treat“ Strategie mit nicht invasiven Methoden ist bei entsprechender Klinik wie z.B. dyspeptischen Beschwerden und Fehlen von Alarmsymptomen zulässig. Bei fehlendem Ansprechen sollte jedoch in weiterer Folge eine Gastroskopie mit Biopsieentnahme durchgeführt werden.

Indikationen zur *Helicobacter pylori* Eradikation

- **Gesicherte Indikationen**

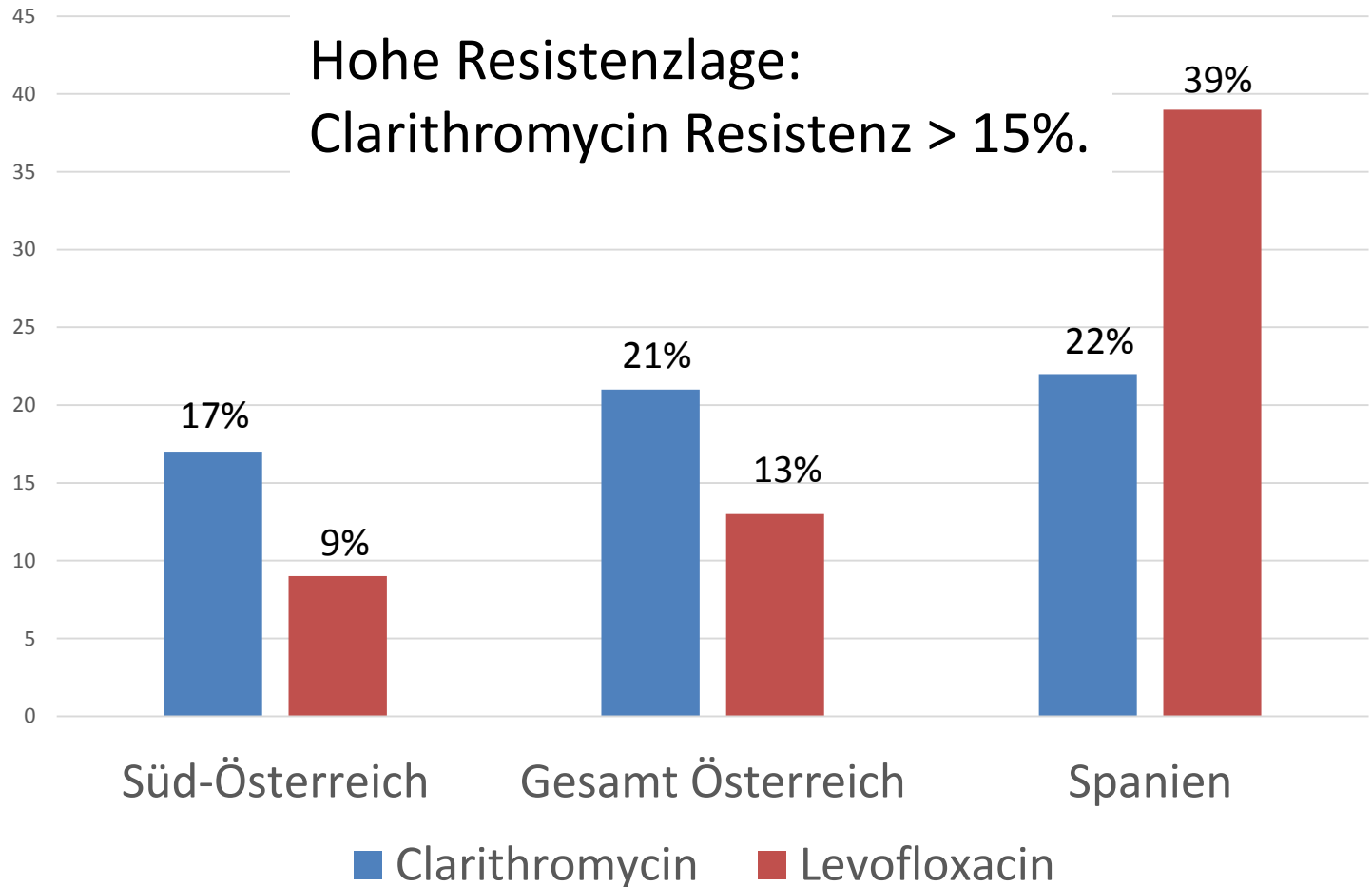
- Peptisches Ulcus (ventriculi oder duodeni)
- Anamnestisch gesichertes peptisches Ulcus (nicht zuvor behandelt)
- MALT Lymphom des Magens
- Resektion eines Magenkarzinoms mit Restmagen
- Atrophe Gastritis — Corpus predominante Gastritis
- Erstgradig Verwandte von Patienten mit Magenkarzinom

- **Optionale Indikationen**

- Dyspepsie ohne peptischem Ulcus
- Therapie mit NSAR oder ASS
- PPI-Langzeittherapie
- Therapie mit Antikoagulantien
- Idiopathische thrombozytopenische Purpura
- Lymphozytäre Gastritis
- Morbus Menetrier
- Eisenmangelanämie unklarer Genese
- Populationen mit hohem Risiko für Magenkarzinom

Antibiotika Resistenzen in Österreich

Primärresistenzen in Vergleich



Bilgilier C et al, Clin Microbiol Infect 2017

Zollner-Schwetz I. et al, Int J Med Microbiol. 2016;306(4)206-211

Macias-Garcia F. et al, Helicobacter 2017; e12440

Eradikation von *Helicobacter pylori* in Österreich bei hoher Resistenzlage - Erstlinientherapien

Therapieschema	Dauer (Tage)	Eradikationsraten	Kommentar
Kombinierte 4-fach Therapie (konkomittierende Therapie)			
PPI 2x1 + Clarithromycin 2x500 mg + Amoxicillin 2x1g + Metronidazol 2x500 mg	10-14	80-90%	Erstlinientherapie ohne Bismut
Quadrupel Therapie (Bismut-Therapie)			
PPI 2x1, *Doxycyclin 1x200 mg oder 2x100 mg, Metronidazol 3x500 mg, **Bismut-Salz 2-4xtgl.)	10-14	80-95%	Erstlinientherapie bei Penicillinallergie
PPI 2x1 + Kombination von 140 mg Bismut-Kalium Salz, Tetrazyklin 125mg 4x1 + Metronidazol 125mg 4x1 (Pylera®)	10	90-95%	Erstlinientherapie bei Penicillinallergie. In Österreich zugelassen aber derzeit nicht erstattet.

Anmerkung: PPI, Standard Dosis Protonenpumpenhemmer;

*Tetrazyklin in Studien evaluiert, aber in Österreich kaum mehr verfügbar; Doxycyclin als besser verträgliche Alternative empfohlen – hinsichtlich Effektivität keine direkten Vergleiche verfügbar

**in Österreich nur über internationale Apotheke verfügbar.: Bismutsubcitrat 120mg 2x2 oder Bismutsubsalicylat 262 mg 4x1 bzw. 4x2 (z.B. Pepto Bismol®, UK)

Eradikation von *Helicobacter pylori* in Österreich bei hoher Resistenzlage - Erstlinientherapien

Therapieschema	Dauer (Tage)	Eradikationsraten	Kommentar
Kombinierte 4-fach Therapie (konkomittierende Therapie) mit Levofloxacin			
PPI 2x1 + Levofloxacin 500mg 1-0-1 + Amoxicillin 1000mg 1-0-1 + Metronidazol 500mg 2x1	10	90-95%	Zweitlinientherapie

Anmerkung: PPI, Standard Dosis Protonenpumpenhemmer;

Eradikation *Helicobacter pylori* – 3-fach Therapie: Nur nach Resistenzbestimmung

Therapieschema	Dauer (Tage)	Eradikationsraten	Kommentar
PPI 2x1, Clarithromycin 2x500 mg, Amoxicillin 2x1 g	7-14	70-85%	Therapiealternative in Regionen mit niedriger Clarithromycin-Resistenz
PPI 2x1, Clarithromycin 2x500 mg, Metronidazol 2x500 mg	7-14	70-85%	Therapiealternative in Regionen mit niedriger Clarithromycin-Resistenz bei Penicillin-Allergie
PPI 2x1, Amoxicillin 2x1g + Metronidazol 2x500mg	10-14	64 -90%	Therapiealternative bei fehlender Metronidazol-Resistenz
PPI 2x1, Amoxicillin 2x1g, Levofloxacin 2x500 mg	7-10	87%	Therapiealternative bei fehlender Chinolonresistenzen
PPI 2x1, Amoxicillin 2x1g, Rifabutin 2x150mg	10	?	
PPI 2x1, Doxycyclin 1x200mg oder 2x100mg + Metronidazol 2x500mg+	7	?	Therapiealternative: wenig Studiendaten

Anmerkung: PPI, Standard Dosis Protonenpumpenhemmer;

Helicobacter pylori – Bismuth-Quadruple vs Triple Therapie

	Quadrupel Therapie		Triple Therapie	
Alle Patienten (n=444)	PP: 93% ITT: 80%		PP:70% ITT:55%	
Metronidazol Resistenz	Ja: 91%	Nein: 95%	Ja: 68%	Nein: 71%
Clarithromycin Resistenz	Ja: 91%	Nein: 95%	Ja: 8%	Nein: 85%
Metro+Clarithromycin Resistenz	Ja: 92%	Nein: 94%	Ja: 20%	Nein: 74%

Helicobacter pylori – Kontrolle des Therapieerfolges

- Eine Überprüfung des Therapieerfolges soll erfolgen.
- Zwischen Ende der Antibiotikatherapie und Überprüfung des Eradikationserfolges sollen mindestens 4 Wochen liegen.
- Zwischen Ende der PPI Therapie und zuverlässiger Überprüfung des Eradikationserfolges sollen mindestens 2 Wochen liegen.
- Bei Patienten mit MALT Lymphom, Ulcus duodeni mit Komplikationen und Ulkus ventrikuli soll eine Kontrollendoskopie durchgeführt werden.
- Ist eine Kontrollendoskopie nicht erforderlich, soll die Eradikationskontrolle durch einen ¹³C-Harnstoff-Atemtest oder einem monoklonalen Stuhl-Antigentest erfolgen.