

Roland Gugler

Magen-Darm-Erkrankungen

Ulkus oder nicht ulzeröse Dyspepsie:

Diagnostische
Klarheit schafft erst
die Endoskopie.

Die Eradikation von *H. pylori*

heilt nicht nur das
Ulkus, sondern auch
die Ulkuserkrankung.

In diesem Kapitel wird die Therapie bei Ulkuserkrankung, nicht ulzeröser (funktioneller) Dyspepsie, Refluxkrankheit, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sowie Motilitätsstörungen des Dickdarms beschrieben.

Ulkuserkrankungen (Ulcus duodeni, Ulcus ventriculi) und nicht ulzeröse (funktionelle) Dyspepsie sind Oberbaucherkrankungen, die sich aufgrund ihrer Symptomatik häufig klinisch nicht voneinander unterscheiden lassen, sondern erst durch Endoskopie.

Ulkuserkrankung

Die wichtigsten Ursachen der peptischen Ulkuserkrankung sind die *Helicobacter-pylori*-Infektion und die Einnahme nicht steroidaler Antirheumatika (NSAR). Seltener sind idiopathische Ulzera (10–15 %), eine Rarität ist das Zollinger-Ellison-Syndrom (gastrinproduzierender Tumor). Etwa 5–10 % der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an einem Ulkus, bei *H.-pylori*-Infektion steigt der Anteil auf 10–20 %.

Diagnostik

Das Stellen der Diagnose „Ulkuserkrankung“ setzt eine Ösophagogastroduodenoskopie voraus, in deren Rahmen die Ureaseaktion am Biopsiepartikel und/oder eine Histologie zum Nachweis von *H. pylori* durchgeführt werden sollte.

Therapie

Bei Nachweis eines Ulkus in Gegenwart von *Helicobacter pylori* ist eine Eradikationstherapie durchzuführen. Sie heilt nicht nur das Geschwür, sondern auch die Ulkuserkrankung. Indikationen hierfür sind:

- › *H.-p.-positives* Ulcus duodeni;
- › *H.-p.-positives* Ulcus ventriculi;
- › *H.-p.-assoziiertes* MALT-Lymphom (Frühstadien);
- › Primärprävention von NSAR-Ulzera bei Patienten mit *H.-p.-Infektion*; (zur Sekundärprophylaxe nach NSAR-Blutung sind Protonenpumpeninhibitoren [PPIs] überlegen);
- › *H.-p.-Infektion* unter niedrig dosierter Therapie mit Acetylsalicylsäure (ASS);
- › *H.-p.-Infektion* bei Verwandten ersten Grades von Patienten mit Magenkarzinom.

Nach *H.-p.-Eradikation* liegt die Rezidivrate eines Ulkus unter 5 % (ohne Eradikation: 50–80 %), was einer dauerhaften Heilung entspricht. Die Rezidivrate einer Blutung aus *H.-p.-positiven* Ulzera von 40–50 % in zehn Jahren wird signifikant auf 1–2 % gesenkt. Eine Dauertherapie mit einem PPI geht mit einer Blutungsrezidivrate von 5,6 % einher – somit ist die *H.-p.-Eradikation* eindeutig überlegen.

Schemata für die Eradikationstherapie

Für die Eradikationstherapie sind die beiden in Tab. 2.7.1 dargestellten Schemata geeignet. Es können alle im Handel verfügbaren PPIs eingesetzt werden.

› **Beachte:** Eine konsequente Einhaltung des Therapiechemas ist entscheidend für den Therapieerfolg.

Eine mögliche primäre Resistenz gegen Metronidazol (35 %) hat Bedeutung für die Wahl des Eradikationsschemas. Die Eradikationsraten mit der italienischen Tripeltherapie lagen bei metronidazolresistenten *H.-p.-Stämmen* bei 79 %, bei metronidazolsensiblen bei 93 %. Bei positiver Anamnese für die frühere Einnahme von Metronidazol ist somit die französische Tripeltherapie zu empfehlen.

Angesichts der Resistenzlage wurde mit Erfolg die **sequenzielle Therapie** erprobt. Sie ist heute als alternative Primärtherapie anerkannt:

- › 5 Tage Doppeltherapie mit PPI + Amoxicillin, danach
- › 5 Tage Tripeltherapie mit PPI + Clarithromycin + Amoxicillin.

Tab. 2.7.1 Schemata für die Eradikationstherapie

Französische Tripeltherapie	Italienische Tripeltherapie
› PPI: zweimal Standarddosis/Tag*	› PPI: zweimal Standarddosis pro Tag*
› Amoxicillin: zweimal 1000 mg/Tag	› Metronidazol: zweimal 400 mg/Tag
› Clarithromycin: zweimal 500 mg/Tag	› Clarithromycin: zweimal 250 mg/Tag
Therapiedauer: 7 Tage Eradikationsrate: 80–90 %	Therapiedauer: 7 Tage Eradikationsrate: 80–90 %
* Standarddosen sind: Omeprazol 20 mg, Esomeprazol 20 mg, Lansoprazol 30 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg.	