

Editorial der aktualisierten S2k-Leitlinie *Helicobacter pylori* und gastroduodenale Ulkuskrankheit der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Juni 2022 – AWMF-Registernummer: 021 – 001

Autorinnen/Autoren

Wolfgang Fischbach¹, Christian Schulz^{2, 3}

Institute

- 1 Gastroenterologie und Innere Medizin Aschaffenburg, Deutschland
- 2 Medizinische Klinik und Poliklinik II Campus Großhadern, Universitätsklinikum München, München, Deutschland
- 3 Deutsches Zentrum für Infektionsforschung, Standort München, München, Deutschland

Bibliografie

Z Gastroenterol 2023; 61: 487–488
 DOI 10.1055/a-1975-0375
 ISSN 0044-2771
 © 2023. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Wolfgang Fischbach
 Gastroenterologie und Innere Medizin Aschaffenburg,
 Eisenstraße 32, 63739 Aschaffenburg, Deutschland
 wuk.fischbach@gmail.com

In diesem Heft der ZfG erscheint die aktualisierte S2k-Leitlinie „*H. pylori* und gastroduodenale Ulkuskrankheit“ der DGVS. Sie basiert auf 2 vorausgegangenen Versionen [2, 3], die überarbeitet und aktualisiert wurden. Unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) wurden Experten aus 9 weiteren Fachgesellschaften zusammengeführt, die die Empfehlungen erarbeiteten, formulierten und darüber abstimmten. Ziel der Leitlinie war es, den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand darzustellen und zugleich eindeutige und praxisnahe Empfehlungen auszusprechen. Die nach unserer Einschätzung wichtigsten Neuerungen und Modifikationen seien nachfolgend kurz skizziert und kommentiert.

- Die wohl wichtigste Aussage findet sich bereits in der **Präambel** der Leitlinie. Darin wird unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass die *H. pylori*-Infektion als Infektionskrankheit zu betrachten ist, und zwar unabhängig davon, ob Symptome oder Folgeerscheinungen vorliegen oder nicht. Die logische Konsequenz aus dieser Einschätzung ist, dass bei Nachweis von *H. pylori* eine Eradikationstherapie zu erfolgen hat. Dies bedeutet auch, dass einem Test auf *H. pylori* die Entscheidung für eine Behandlung vorausgegangen sein sollte. Damit wurde die Frage nach der Indikation einer *H. pylori*-Therapie [2, 3] durch die Entscheidung über die Indikation einer *H. pylori*-Diagnostik [1] ersetzt. Diese Neubewertung ist im Einklang mit internationalen Konsensusberichten [4, 5] und erfordert ein Umdenken im zeitlichen Ablauf der diagnostischen und therapeutischen Prozesse.
- Die Forderung nach 2 positiven Testverfahren für die **Diagnose** einer *H. pylori*-Infektion, wie sie in den Leitlinien 2009 und

2016 [2, 3] erhoben worden ist, ist häufig als im praktischen Alltag unrealistisch kritisiert worden. Auch in der Erstellung der aktuellen Leitlinie wurde diese Frage wieder intensiv und durchaus kontrovers diskutiert. Wir glauben nunmehr ein(e) Statement/Empfehlung formuliert zu haben, das/die die aktuelle wissenschaftliche Datenlage wie die Praxis und Akzeptanz zugleich berücksichtigt. Explizit wird darauf hingewiesen, dass bei einem Ulkus duodeni ein positiver *H. pylori*-Test für die Einleitung einer Eradikationstherapie ausreicht. Dies gilt auch für den histologischen Nachweis von *H. pylori* in Kombination mit einer chronisch aktiven Gastritis.

- Therapie der ersten Wahl bei **gastralen MALT-Lymphomen** ist die *H. pylori*-Eradikationstherapie. Diese bereits etablierte Strategie wurde durch den Zusatz ergänzt, dass diese Soll-Empfehlung unabhängig vom *H. pylori*-Status und vom Lymphomstadium gilt. Abb. 2 fasst das Management von Patienten mit gastralen MALT-Lymphomen für alle klinischen Konstellationen zusammen.
- An die Stelle einer „Kann-Empfehlung“ für eine *H. pylori*-Eradikation bei funktioneller **Dyspepsie** ist die Aufforderung zu einer *H. pylori*-Testung im Rahmen der Abklärung dyspeptischer Beschwerden getreten. 2 Aspekte werden damit verfolgt. Zum einen ist eine Differenzierung zwischen *H. pylori*-induzierter Dyspepsie und funktioneller Dyspepsie (Reizmagen) nur auf diese Weise möglich. Zum anderen wird durch eine erfolgreiche Keimeradikation in bis zu 10 % eine anhaltende Beschwerdebesserung erreicht. Der Test auf *H. pylori* kann dabei, abhängig von Alter und Risikofaktoren, invasiv im Rahmen einer Ösophago-

gastroduodenoskopie oder nichtinvasiv erfolgen. Abb. 3 zeigt den Algorithmus zu Testung, Nachsorge und Klassifikation von Dyspepsiepatienten.

- Vor einer Dauermedikation mit **ASS** wie auch mit nicht steroidalen Antirheumatika (**NSAR**) soll bei Patienten mit erhöhtem Risiko für eine Ulkuskrankheit oder Ulkuskomplikationen auf *H. pylori* untersucht und im positiven Fall eradiziert werden. Dies geht über die frühere Eingrenzung auf Patienten mit einer positiven Ulkusanamnese hinaus. Die Risikofaktoren sind im Kapitel 7 (7.3 bis 7.5 und Tabelle 10) dargestellt. Den Verfassern der Leitlinie war dabei bewusst, dass die Vergütung einer nichtinvasiven Diagnostik durch die Kostenträger bislang noch nicht etabliert ist. Auch vor einer Antikoagulation sollte ein solches Vorgehen gewählt werden. In Tabelle 6 sind die Empfehlungen zu Testungen auf *H. pylori* zusammengefasst.
- Deutlich differenzierter als ihre Vorgängerversionen äußert sich die aktuelle Leitlinie zum Thema **Magenkarzinomprävention**. Patienten mit erhöhtem Risiko (Tabelle 7) sollen gezielt auf *H. pylori* untersucht und bei Keimnachweis prophylaktisch eradiziert werden. Darüber hinaus wird aber auch eine *H. pylori*-Testung asymptomatischer Patienten über 50 Jahre im Rahmen einer allgemeinen Vorsorge, z. B. angelehnt an die Darmkrebsvorsorge, angeregt. Sie hat das Potenzial einer Senkung der Magenkarzinominzidenz und kann durchaus auch als kosteneffektiv betrachtet werden, wenn andere *H. pylori*-induzierte Folgen wie die Dyspepsie und die gastroduodenale Ulkuskrankheit und deren Komplikationen unter Medikation und die hohen Kosten einer multimodalen Therapie des Magenkarzinoms berücksichtigt werden.
- Die **Therapie** der *H. pylori*-Infektion ist zugleich einfacher und individueller geworden (Abb. 4). In der Erstlinientherapie wird eine Bismuth-basierte Quadrupeltherapie über mindestens 10 Tage empfohlen. Damit entfällt die Einschätzung der primären Clarithromycinresistenz und der damit verbundenen Unsicherheiten. Zugleich weicht man den auch in Deutschland steigenden Resistenzraten aus. Der empirische Einsatz einer Clarithromycin-basierten Triple-Therapie gehört damit der Vergangenheit an. Die Zweitlinientherapie erfolgt unter Berücksichtigung der Resistenztestung als Standard-Triple-Therapie oder Fluorochinolon-haltige Triple-Therapie über jeweils 14 Tage.
- Die Besonderheiten des Managements der *H. pylori*-Infektion im **Kindes- und Jugendalter** hier darzustellen, würde den Rah-

men dieses Editorial sprengen. Es sei aber darauf hingewiesen, dass ein eigenes Kapitel in der Leitlinie genau diese Aspekte adressiert.

- Kapitel 7 befasst sich mit den **nicht *H. pylori*-assoziierten gastroduodenalen Ulzera** und stellt eine Liste der seltenen Ursachen für diese (Tabelle 11) sowie der Risikofaktoren für Ulzera und deren Komplikation (Tabelle 12) voran. Davon ausgehend werden klare Empfehlungen für eine PPI-Prophylaxe bei verschiedenen Medikamenten (ASS, NSAR, DOAKs, VKA, u. a.) bei Mono- oder Kombinationstherapie ausgesprochen (Tabelle 13). Auch die Empfehlung einer PPI-Prophylaxe bei Intensivpatienten mit hohem Risiko für ein(e) Stressulkus(blutung) wurde neu in die Leitlinie aufgenommen.

Interessenkonflikt

Die Übersicht über die Interessenkonflikte der Autorinnen und Autoren sind im Anhang der Leitlinie veröffentlicht.

Literatur

- [1] Fischbach W, Bornschein J, Hoffmann JC et al. Aktualisierte S2k-Leitlinie *Helicobacter pylori* und gastroduodenale Ulkuskrankheit der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) 2022 – AWMF-Registernummer: 021 – 001.
- [2] Fischbach W, Malfertheiner P, Hoffmann JC et al. S3-Leitlinie „*Helicobacter pylori* und gastroduodenale Ulkuskrankheit“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie – AWMF-Register-Nr. 021/001. Z Gastroenterol 2009; 47: 68–102
- [3] Fischbach W, Malfertheiner P, Lynen Jansen P et al. S2k-Leitlinie *Helicobacter pylori* und gastroduodenale Ulkuskrankheit. Z Gastroenterol 2016; 54: 327–363
- [4] Sugano KJ, Tack J, Kuipers EJ et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. Gut 2015; 64 (9): 1353–1367
- [5] Malfertheiner P, Megraud F, O’Morain CAO et al. Management of *Helicobacter pylori* infection – the MaastrichtV/Florence Consensus Report. Gut 2017; 66: 6–30

Versionsnummer:

4.2

Erstveröffentlichung:

04/1996

Überarbeitung von:

05/2022

Nächste Überprüfung geplant:

04/2027

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online