

säurehemmenden Medikament. Eine Eradikation gelingt beim ersten Versuch (je nach Medikamentenkombination) nur in etwa 80-90% der Fälle. Dies u.a. wegen der zunehmenden **Resistenz** des Bakteriums gegen Antibiotika. Man muss daher nach einer Behandlung den Erfolg der Eradikation durch einen Test kontrollieren (meist C13-Atemtest oder Stuhl-Antigentest) und ggf. erneut behandeln.

Wann sollte auf Helicobacter getestet werden?

In Deutschland leben vermutlich 20-30 Millionen Menschen mit dem Helicobacter – und die meisten haben dabei keinerlei Symptome. Eine flächendeckende Testung der Bevölkerung auf Helicobacter ist einerseits nicht notwendig bzw. die Eliminierung des Helicobacters auch gar nicht möglich. Andererseits gibt es bestimmte Situationen, in denen eine Testung auf Helicobacter dringend angezeigt ist („**absolute Indikation**“) und der Erregernachweis eine Eradikation nach sich ziehen sollte, unter anderem:

- Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür
- Magenkrebs oder – lymphom
- Verwandtschaft ersten Grades mit einem Patienten mit Magenkarzinom
- sog. „atrophische Gastritis“

Daneben gibt es sog. „**relative Indikationen**“, bei denen im Einzelfall entschieden werden muss. Dazu gehören

- langfristige Einnahme eines Säurehemmers, z.B. bei der Refluxerkrankung
- langfristige Einnahme eines Schmerzmittels, oder

- eines „Blutverdünners“
- der sog. Reizmagen.

„**Absolute Kontraindikationen**“, also Faktoren, die eine Behandlung des Helicobacters verbieten, bestehen nicht.

Mehr Informationen:

- Homepage des Robert Koch Instituts (www.rki.de)
- Wikipedia



Version 5

PD Dr. med. Tilman Bauer
Dr. med. Gabriele Dörflinger
Praxis für Gastroenterologie und
Kinder-Gastroenterologie

Günterstalstr. 17
79102 Freiburg
Telefon 0761 - 70 38 80 90
Fax 0761 - 70 38 80 99
mail info@gastrofreiburg.de
web www.gastrofreiburg.de

Helicobacter pylori



PD Dr. med. Tilman Bauer
Dr. med. Gabriele Dörflinger
Gemeinschaftspraxis für Gastroenterologie
und
Kinder-Gastroenterologie

Was ist der Helicobacter?

Die Helicobacter pylori-Infektion ist die häufigste Infektionskrankheit der Menschheit überhaupt – etwa die **Hälfte aller Menschen** sind mit Helicobacter besiedelt. In Europa nimmt die Infektionshäufigkeit vor allem bei jüngeren Menschen ab.

Helicobacter lebt mit dem Menschen seit der Entstehung des Homo sapiens, man hat ihn schon in Mumien nachweisen können. Der Keim wurde jedoch erst 1983 von zwei Forschern in Australien beschrieben und im Selbstversuch als Verursacher einer Magenschleimhautentzündung nachgewiesen. Dadurch veränderte sich fundamental die Betrachtung des Magengeschwürs. Wurde es bisher als eine säure- und möglicherweise psychisch bedingte Erkrankung angesehen, war es nun eine Infektionskrankheit. Im Jahre 2005 wurden die Entdecker des Helicobacter mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet.

Der Helicobacter pylori lebt innerhalb der Schleimschicht des Magens und produziert dort Ammoniak, welches Säure neutralisiert. Es ist eines der wenigen Bakterien, welche in dem lebensfeindlichen Milieu der menschlichen Magensäure überleben können.

Woher kriegt man ihn?

Helicobacter pylori wird vermutlich von Mund zu Mund und durch Stuhlgang übertragen. Als häufigste Infektionsquelle gilt der Eltern-Kind-Kontakt, sodass die meisten Helicobacter pylori-Infektionen **bereits im Kindesalter** entstehen. Spätere Übertra-

gungen sind selten, das Risiko für Menschen in der Umgebung eines Keimträgers ist gering. Aufgrund seiner Überlebensmechanismen kann der Körper eine Infektion nicht eliminieren, sodass eine meist lebenslange Infektion entsteht.

Was macht der Helicobacter?

Helicobacter pylori kann durch Bildung von Ammoniak im sauren Magenmilieu überleben, in die Schleimschicht eindringen und an den Zellen der Magenschleimhaut anhaften – und zwar dauerhaft. Er verursacht dort eine lang anhaltende Entzündung, welche jedoch bei den meisten Menschen unbemerkt abläuft. Nur etwa jeder zehnte Mensch mit einer Infektion entwickelt jemals Beschwerden. Warum bei einem Menschen Komplikationen auftreten, beim anderen jedoch nicht, ist noch unklar. Zu den möglichen Folgen einer Entzündung zählen **Geschwüre („Ulcus“) von Magen und Zwölfgerdarm** sowie selten der **Magenkrebs** oder ein **Magenlymphom** . Es gibt bisher keine eindeutigen Belege für eine Beteiligung von Helicobacter bei Erkrankungen außerhalb des Magen-/Darmtraktes wie z.B. Allergien oder Hautausschlägen.

Wie kann man den Helicobacter feststellen?

Zum einen gibt es so genannte „nicht-invasive“ Tests, unter ihnen der **Harnstoff- Atemtest** . Man nimmt hierbei ein Getränk zu sich, das Harnstoff mit einem speziellen Kohlenstoffatom (C13) enthält. Liegt eine Infektion mit Helicobacter pylori vor, spaltet das Bakterium den Harnstoff und setzt dabei C13 frei, welches in der Atemluft messbar ist. Dieser Test wird allerdings von der gesetzlichen Kran-

kenversicherung nur unter bestimmten Umständen finanziert.

Daneben gibt es den **Stuhl-Antigentest** sowie den **Antikörpertest im Blut** . Antikörper bleiben jedoch lange Zeit nach einer erfolgreichen Behandlung der Infektion erhalten und sind somit als Verlaufskontrolle nur bedingt aussagekräftig. Daneben gibt es „invasive Tests“, die auf dem direkten Nachweis des Helicobacter in der Magenschleimhaut beruhen. Dazu ist jedoch eine **Magenspiegelung** erforderlich. Der Erreger kann in einer dabei entnommenen Gewebeprobe entweder durch **Mikroskopie** , durch **Anzuchtung** , oder durch einen **biochemischen Schnelltest** nachgewiesen werden. Der Vorteil der Anzuchtung liegt in der Möglichkeit, die Empfindlichkeit des Keimes auf verschiedene Antibiotika auszutesten.

Wie behandelt man den Helicobacter?

Folgen der Infektion wie z.B. ein Magengeschwür sind durch säurehemmende Medikamente meist gut in den Griff zu kriegen. Die Infektion jedoch bleibt bestehen und kann nach Beendigung der Säurehemmung erneut Probleme verursachen. Eine definitive Heilung einer Geschwürskrankheit gelingt nur durch eine **Eradikation** , einer Entfernung der bakteriellen Besiedlung. Dem körpereigenen Abwehrsystem alleine gelingt dies wegen der geschützten Lage des Bakteriums im Magenschleim praktisch nicht. Eine Behandlung erfordert daher eine mehrtägige Einnahme von mindestens zwei verschiedenen Antibiotika zusammen mit einem