

INFEKTIONSTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

MAI/JUNI 2017 - 38. JAHRGANG

Übersicht

Therapie von *Helicobacter pylori*-Infektionen

„At first, no bacteria were cultured. Finally, plates cultivated for five days over the Easter holiday showed a culture of a new type of bacteria, not previously described.“

Mit diesen Worten wird von J. R. Warren die Entdeckung von *Helicobacter pylori* beschrieben, bei der vor 35 Jahren ein Zufall mitspielte und die schließlich zu einem der größten Paradigmenwechsel in der Medizin führte.¹ Heute ist bekannt, dass *H. pylori* weit verbreitet ist. Die Prävalenz bei Kindern in Deutschland beträgt etwa 3%, bei Erwachsenen ca. 50%. Am höchsten ist sie mit rund 80% bei erwachsenen Migranten. Mit dem Nachweis, dass die neu beschriebene Bakterienspezies in der Pathogenese von gastroduodenalen Ulcera eine entscheidende Rolle spielt, wurde die Therapie dieser häufigen Erkrankung radikal verändert.

Die Antibiotikatherapie von Magendarmulcera wurde spätestens dann zum Standard als in einer Placebo-kontrollierten Studie der Nachweis gelang, dass mit einer Kombination der Antibiotika Amoxicillin (diverse Generika) und Metronidazol (diverse Generika) eine dauerhafte Heilung von Duodenalulcera möglich ist. Die zwölf tägige Verabreichung der antibakteriellen Wirkstoffe in Kombination mit dem H₂-Antihistaminikum Ranitidin (diverse Generika) führte zu einer Beseitigung bei 86% der Patienten, in der Placebogruppe ohne Antibiotika war dies nur bei 8% der Fall. Dieser Unterschied bestand auch noch bei der Kontrolluntersuchung ein Jahr nach der Therapie.² In der Folge wurden zahlreiche Leitlinien entwickelt, in denen die Therapieempfehlungen nach wie vor den gleichen Prinzipien folgen. Die Dreifachtherapie mit einem Protonenpumpenin-

Inhalt

3-2017

Übersicht

- Therapie von *Helicobacter pylori*-Infektionen Seite 21-24

Aktuelle Epidemiologie und Diagnostik in der Mikrobiologie (14)

- Blutkulturen III [freier Text](#) Seite 23

Neueinführung

- Odefsey [freier Text](#) Seite 24-26

HIV-Therapie: Verträglichkeitsprobleme

- Nephrotoxizität von Tenofovir Seite 26
- Vermehrte Thrombozytenadhärenz durch Abacavir Seite 26-27

Intensivmedizin

- Colistin-Dosierungsempfehlungen Seite 27-28
- Enterokokkensepsis – hohe Daptomycin-Dosierung Seite 28
- Vancomycin in Kombination – erhöhte Nephrotoxizität Seite 28-29

Resistenz

- Risikofaktoren für resistente *E. coli* bei Harnwegsinfektionen Seite 29
- Dauer der Kolonisation mit multiresistenten Klebsiellen Seite 29
- Protonenpumpenhemmer und resistente Enterobakterien Seite 29-30

Nebenwirkungen

- Verträglichkeit von Tedizolid Seite 30

hibitor plus Amoxicillin und Clarithromycin (diverse Generika) oder Metronidazol stellt auch heute die Therapie der ersten Wahl dar.³ Neue Leitlinien in Europa und den USA reflektieren den heutigen Stand der Erkenntnisse zur Pathogenese der *Helicobacter*-verursachten Erkrankungen, sowie deren Diagnostik und Therapie. Das hauptsächliche Problem besteht in der zunehmenden Resistenzentwicklung des Erregers gegenüber den primär angewandten Antibiotika.^{3,4}

Resistenz

Eine Resistenz von *H. pylori* gegen Amoxicillin ist sehr selten (<1%), primäre Resistenzen gegen Clarithromycin und Metronidazol sind dagegen häufig (10,9%

und 35,6%) und haben im Zeitraum 2001 bis 2012 deutlich zugenommen (s. Abbildung 1).⁵ Im europäischen Vergleich liegen die Inzidenzen zwischen ca. 6% und 37%, wobei Resistenzraten von mehr als 20% vor allem in süd- und osteuropäischen Ländern beobachtet wurden. In der Türkei liegt die Resistenzrate bei mehr als 40%. Diese regionalen Unterschiede erschweren unter anderem auch die Übertragung von Studienergebnissen aus einem Land auf ein anderes.

Aktuelle Daten wurden in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen erhoben (medianes Lebensalter 12 Jahre). Es zeigten sich ähnliche Ergebnisse wie bei den Erwachsenen. Demnach stieg die Rate der Metronidazol-Resistenz von