

Bitte das Kind nicht mit dem Bade(-wasser) ausschütten!

Leserbrief zu: Streuli RA. Ferrum bonum et laudabile (lucrosumque).¹

Dem erfrischend offenen, polemischen Editorial kann ich in mancher Hinsicht beipflichten, in gewissen Punkten muss ich ihm aber auch widersprechen.

Die «Adelung» der Praxen in Zentren ist megalomanisch und lächerlich, folgt aber dem Trend und dem Beispiel von Kliniken und Spitälern, denen auch keine Abteilungen mehr gut genug sind. Auch ich begreife nicht, warum die Patientinnen und ihre Ärztinnen* (!) für eine Therapie, welche jede allgemeinmedizinische und allgemeininternistische Praxis durchzuführen fähig sein sollte, zusätzlich zahlen müssen. Dieses Vorgehen ist verwerflich.

Was macht man in den «Eisenzentren» und anderswo mit den Infusionen von grösseren Eisenmengen? Sie erhöhen das Eisen im Körper kurz- und mittelfristig über die «gesunden» Grenzen hinaus. Manche warten dann, bis die Patientinnen wieder unter Mangel leiden. Wie ich erfahren habe, infundiert man nicht selten bereits dann, wenn die Ferritinwerte sich noch über 100 mcg/L befinden. Das Eisen ist aus guten Gründen «in unserem Körper ein knappes Gut», da seine Überladung schädlich ist. Ich habe deswegen Hemmungen, wenn es nötig ist, eine «schäbige» Venofer-Ampulle ab und zu, in nach Ferritinwerten bestimmten Abständen langsam, während 5–10 Minuten, zu injizieren.

Warum tue ich es doch? Oder vom Wasser zum Kind, von der Verpackung zum Inhalt.

Es stimmt, dass Eisenmangel nicht nur eine Anämie verursacht, und auch eine Eisenmangelanämie, wenn sie nicht durch eine starke Blutung verursacht wird, tritt nicht plötzlich auf. Sowohl ihre Symptome können sich lange vor ihrem Beginn manifestieren wie auch viele andere des Eisenmangels, welche Sie aufzählten, wozu ich auch noch Fibromyalgie hinzufügen möchte. Ich hatte auch vereinzelt Patientinnen mit Wadenkrämpfen, trockenem Husten, Asthma, Juckreiz mit oder ohne Ausschläge, bei denen nach der Substitution die Beschwerden langfristig verschwanden und bei wiederholtem Mangel wieder eintraten (Die Patientinnen folgen trotz Erklärungen leider nicht immer meinen Ratschlägen und kommen ohne Beschwerden nicht zu Kontrollen). Sicher nicht alle diese Beschwerden werden nur durch Eisenmangel verursacht, aber wenn er vorhanden ist, beteiligt er sich an der Entstehung der Symptome. Wenn man den Mangel nicht behebt, können auch andere therapeutische Bemühungen nicht gut greifen.

Die bisherigen Normgrenzen des Ferritins sind statistisch festgelegt: Man nahm eine genügende Anzahl «normaler», (scheinbar) gesunder Menschen und bestimmte bei ihnen das Ferritin. Alle Werte ausserhalb der zwei Standardabweichungen sind definitionsgemäss entweder zu tief oder zu hoch. Wir betonen jedoch immer wieder, dass wir nicht Laborwerte behandeln sollen. Es ist auch klar, dass die Grenzen, bei einer Substanz mit so vielseitigen Beziehungen und Wirkung wie Eisen, individuell sind. Ich möchte in diesem Zusammenhang auf die anschauliche Analogie zwischen Harnsäurewerten und Gicht hinweisen. Oberhalb einer natürlichen Grenze (physikalische Löslichkeit in Körperflüssigkeiten) *kann* zwar die Harnsäure ausfallen. Es gibt aber sowohl Patienten mit tieferen Werten, die an Gicht leiden, wie mit wesentlich höheren, die symptomfrei bleiben (reine Hyperurikämie). Dazu befällt die Gicht nicht immer dieselben Gelenke, was wir auch noch nicht ganz gut verstehen. Aus guten Gründen erfolgt zurzeit die Korrektur der unteren *statistischen* Normgrenzen nach oben entsprechend den Symptomen nicht nur bei Ferritin, sondern, z.B. auch bei den Vitaminen B₁₂ und D. Bei Ferritin halte ich mich, gemäss Literatur und eigener Erfahrung mit vielen Patientinnen, an den optimalen Zielbereich von 50 bis 80 mcg/L.

Bei nachgewiesenem Mangel, wenn die Beschwerden nicht sehr stark sind, versuche ich zuerst oral zu substituieren. Wegen des «Eisenblocks der Darmschleimhaut» und da Eisen die Resorption anderer Metalle (Zink usw.) beeinträchtigt, verordne ich das Eisenpräparat sicher nicht dreimal pro Tag. Damit vermindere ich zumindest die Häufigkeit der intravenösen Applikation. Viele Patientinnen ertragen aber die oralen Präparate nicht, auch nicht die tiefen Dosierungen der Kindereisentropfen. Es ist kein wissenschaftliches, sondern ein *ärztliches* Vorgehen, wenn ich mit der intravenösen Therapie nicht warte, bis sie in Doppelblindstudien bestätigt wird. Übrigens, es gibt genug Literatur, welche sie stützt. Auch in den Industrienationen entsteht Eisenmangel nämlich nicht «fast immer durch offenkundigen

oder okkulten Eisenverlust», sondern der häufigste Grund ist die schlechte Resorption des Eisens (Denken wir an die vielen «Skopien», die keine Blutungsquelle zeigen). Die Eisenresorption ist ein sehr empfindlicher, komplizierter Vorgang, der eben die Überladung verhindern sollte. Nicht nur das saure Milieu des Magens ist dazu notwendig (atrophische Gastritis durch *Helicobacter*, autoimmun, Protonenpumpenhemmer!), sondern auch eine intakte Darmschleimhaut. Ausser durch Zöliakie kann sie auch durch andere Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Colon irritabile) geschädigt werden, selbst dann, wenn man noch keine Zottenatrophie findet.

Den Blutverlust sollte man, wie Sie es empfehlen, unbedingt ausschliessen, möglichst behandeln und auch später an ihn denken. Ich empfehle auch deswegen meinen Patientinnen regelmässige dauerhafte Einnahme der oralen Präparate und/oder Injektionen. Dann kontrolliere ich immer wieder (alle ein bis zwei Jahre) den Ferritinspiegel, um die Dosierung neuen Gegebenheiten anzupassen. Damit entdecke ich einen neuen Grund für den Eisenverlust, noch bevor seine klinischen Symptome eintreten.

Ja, Eisen (ist) gut und löblich («*Ferrum bonum et laudabile*»), intravenös verabreichen sollen wir es nur wenn nötig und so wenig wie möglich, (und zwar) in den *Arztpraxen*, ohne zusätzliche Kosten, langfristig und mit regelmässigen Kontrollen.

* Einfachheitshalber benütze ich nur das weibliche Geschlecht, da es sich noch dazu mehrheitlich um Patientinnen handelt.

Korrespondenz:
Dr. med. Peter Marko
Heinestrasse 26
CH-9008 St. Gallen
peter.j.marko@hin.ch

Peter Marko

¹ Swiss Med Forum. 2008;8(32):563.