

## Das Eisenmangelsyndrom: ein Streit, der nicht sein muss

Leserbrief zu: Streuli R. Ferrum bonum et laudabile (lucrosumque)<sup>1</sup>

Kurze Zeit nach Abdruck des Editorials von Kollege Streuli wurde mein Praxisbeobachtungsbericht zum Thema Levonorgestrel-abgebendes intrauterines System (LNG-IUS) und Ferritinwerte bei fertilen Frauen publiziert [1]. In der Gegenüberstellung sollte zumindest der letzte Abschnitt des obgenannten Editorials neu formuliert werden. Ich zitiere aus [1]:

«Der untere Serum-Normwert für Ferritin wird von den Laboratorien häufig mit 15 (fertile Frauen), resp. 50 ng/ml (postmenopausale Frauen und Männer) angegeben – warum dieser Unterschied?»

Hypermenorrhoe (in der engl. Lit. Synonym zu *Menorrhagie*) ist meist definiert als monatlicher Blutverlust (MBL) >50 ml – doch wer misst exakt die Menge des Menstruationsbluts? Die Diagnose basiert auf subjektiven Angaben und einem tiefen Ferritin oder einer Anämie. Gynäkologisch abzuklären ist bei fertilen Frauen nur die sekundäre Hypermenorrhoe.

Vergessen ging in der Meinungsäusserung des Editorials die häufige Ursache leerer Eisenspeicher bei fertilen Frauen, bedingt durch den sich kumulierenden Blutverlust von Menstruation *und* Blutspende. Erst wenn die Blutspende anamnestisch ausgeschlossen ist, dann ist der erste Schritt der Therapie – falls möglich – die Elimination der Ursache des Eisenmangels, also die Reduktion des MBL z.B. mit der Mirena®, bei welcher die Diagnose «idiopathische Hypermenorrhoe» als Limitatio in der Spezialitätenliste aufgeführt ist. Die persistierenden 9% Frauen mit Ferritinwerten <50 trotz Langzeit-IUS veranschaulichen, dass ein Auffüllen der Eisenspeicher mit z.B. einmalig Ferinject® gar keine schlechte Idee ist. Und wenn im Verlauf diese therapierten und Fe-substituierten Frauen erneut tiefe Ferritinwerte aufweisen, sind weitere Abklärungen zum Ausschluss beispielsweise einer Sprue indiziert.

Gerne möchte ich erwähnen, dass ich kein Eisenzentrum betreibe, aber die Pionier- und Grundlagenforschung meines Koautors Beat Schaub sehr schätze.

Haben Sie aus Ihren eigenen Forschungen eventuell Ergebnisse zur Erklärung der interindividuellen Varianz der intestinalen Eisenresorption? Gibt es Hinweise für diesbezügliche Polymorphismen (SNIPS: Punktmutationen)?

Klinisch sollte die Bevölkerungsgruppe, bei der normale Ferritinwerte >50 zu erwarten sind, ergänzt werden: Nicht nur postmenopausale Frauen und Männer jeden Alters gehören dazu, sondern auch zusätzlich fertile Frauen mit einem LNG-IUS >3 Jahre (die Mirena® gibt es in der Schweiz seit 13 Jahren). Wenn in dieser Gruppe ein Serumferritin <50 ng/ml bestimmt wird, muss differentialdiagnostisch primär das Blutspenden ausgeschlossen werden, bevor internistische Abklärungen folgen. Mit meinem Beitrag möchte ich ein Miteinander (von der Praxis bis zur Uniklinik) anregen und ein Konkurrenzdenken vergessen lassen.

*Daniel Brügger*

<sup>1</sup> Schweiz Med Forum. 2008;8(32):563.

Korrespondenz:  
Dr. med. Daniel Brügger  
Facharzt  
Gynäkologie und Geburtshilfe  
Bahnweg 55  
CH-3177 Laupen  
[daniel.bruegger@bluewin.ch](mailto:daniel.bruegger@bluewin.ch)

### Literatur

1 Brügger D, Schaub BS. Langzeitkontrazeption mit Levonorgestrel-abgebenden IUS. Gynäkologie. 2008;4:20–3.  
[www.tellmed.ch](http://www.tellmed.ch)