

# Die Rolle des Magens bei Eisenmangel

## Verringerte Eisenabsorption bei einigen Magenerkrankungen

Die in westlichen Nationen vorherrschende Ernährungsweise liefert nur 5–10% des Nahrungs Eisens in Form von zweiwertigem Eisen ( $\text{Fe}^{2+}$ ), das leicht im Dünndarm absorbiert wird [1]. Dieses Häm-Eisen stammt aus tierischen Produkten [1].

Demgegenüber macht dreiwertiges Nicht-Häm-Eisen ( $\text{Fe}^{3+}$ ) pflanzlicher Herkunft etwa 80% des alimentären Eisens aus [1]. Diese Variante ist allerdings unlöslich, fällt bei einem pH-Wert  $> 3$  aus und kann nicht direkt absorbiert werden [2]. V. a. die im Magensaft enthaltene Ascorbinsäure ermöglicht die Reduktion von dreiwertigem zu zweiwertigem Eisen und die Polymerisation und

Präzipitation der dreiwertigen Eisenkationen [2]. Beide Vorgänge erfordern das saure Milieu des Magens [1, 2].

Diese Gegebenheiten liefern eine Erklärung dafür, dass einige Magenerkrankungen mit einer verringerten Eisenabsorption einhergehen, die zu Eisenmangel führen kann [1]. Hierfür sprechen z. B. Studienergebnisse, wonach Patientinnen und Patienten mit einer durch *Helicobacter pylori* verursachten, chronischen Gastritis (als einzigem gastrointestinalem Befund) und Eisenmangelanämie einen signifikant höheren intragastrischen pH-Wert aufwiesen als *H.-pylori*-positive Studienteilnehmer ohne Anämie (medianer pH-Wert: 5,7 vs. 2,0;  $p = 0,0026$ ) [3].



Eine Infektion mit *H. pylori* gilt als wichtigster ätiologischer Faktor für eine chronische Gastritis. Epidemiologische Studien weisen auf eine Assoziation zwischen einer *H.-pylori*-Infektion und niedrigen Ferritinwerten hin [1]. Zudem können infolge bariatrischer Eingriffe die Salzsäuresekretion im Magen und die Absorptionsfläche für Eisen im Dünndarm reduziert sein, wodurch die Eisenverwertung vermindert wird [4, 5]. Die Inzidenz eines Eisenmangels liegt z. B. bei Patienten mit Roux-en-Y-Magenbypass bei 20–39% [6]. *red*

**Quellen:** [1] Carabotti M et al. *Nutrients*. 2021;13:208; [2] Annibale B et al. *Dig Liver Dis*. 2003;35:288–95; [3] Capurso G et al. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001;15:1753–61; [4] Ji Y et al. *Biomolecules*. 2021;11:1582; [5] Steenackers N et al. *Proc Nutr Soc*. 2018;77:445–55; [6] S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“, 2018

# Cannabinoide bei Fibromyalgie

## Einsatz als Behandlungsalternative möglich

Cannabinoide werden beim Fibromyalgiesyndrom bisher nur zurückhaltend verordnet. Eine mögliche Ursache hierfür könnte die Negativ-Empfehlung in der S3-Leitlinie sein. Diese basiert auf zwei randomisierten klinischen Studien aus dem Jahr 2016, in denen sich eine Nicht-Überlegenheit von Cannabinoiden gegenüber Amitriptylin bzw. Placebo gezeigt hatte [1]. Etwas positiver positioniert sich die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin in ihrer Praxisleitlinie. Sie empfiehlt einen Behandlungsversuch mit Cannabinoiden als alternative Option, wenn andere Therapiestrategien nicht ausreichend wirksam waren. Auch als Zusatztherapie können Cannabinoide erwogen werden, v. a. bei schweren Schlafstörungen.

In beiden Leitlinien wurden 2017 publiziert, sodass aktuelle Untersuchungen keine Berücksichtigung finden konnten. Neuere Daten liefert eine prospektive Beobachtungsstudie aus Israel mit 367 Patientinnen und Patienten mit einem Fibromyalgiesyndrom. 81% von ihnen sprachen auf die Therapie an. Die mediane Schmerzintensität sank von 9 auf 5 Punkte (auf einer Skala von 0–10). Die Autoren schlussfolgerten, dass medizinisches Cannabis eine sichere und wirksame Alternative zur Behandlung von Fibromyalgiesymptomen wie Schmerz ist [2].

Dr. Claudia Bruhn

**Quellen:** [1] Wallitt B et al. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;7:CD011694; [2] Sagy I et al. *J Clin Med*. 2019;8:807; Workshop „Medizinisches Cannabis in der ärztlichen Praxis“, Ärztefortbildung Ebersbach, 25./26. November 2022 (Veranstalter: Demecan)

## Kurz notiert

### Phytopharmakon lindert Angst und verbessert Schlaf

Das Lavendelöl Silexan® (enthalten in Lasea®) wirkt anxiolytisch und bessert bei Patientinnen und Patienten mit subsyndromaler Angststörung den Schlaf, ohne zu sedieren. Das zeigte eine randomisierte Studie mit 211 Betroffenen [1]. Eine retrospektive Untersuchung ergab nun, dass die Verordnung von Silexan® mit einer um 44% geringeren Wahrscheinlichkeit eines erneuten Arztbesuchs wegen einer Schlafstörung im Vergleich zur Verordnung von Z-Substanzen assoziiert ist. Die Wiederbesuchsrate innerhalb eines Jahres lagen bei rund 16% vs. 29%. In die Studie waren 95.320 Erwachsene mit Schlafstörungen eingeschlossen, 5.204 von ihnen wurden mit dem Phytopharmakon behandelt [2].

Dr. Michael Hubert

**Quelle:** [1] Kasper S et al. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010;25:277–87; [2] Krüger T et al. *Healthcare (Basel)*. 2022;11:77; Pressegespräch „Der Tag bestimmt die Nacht. Wenn uns Sorgen um den Schlaf bringen“, Stimpfach-Rechenberg, 8. Februar 2023 (Veranstalter: Dr. Willmar Schwabe)