

*Eisencarboxymaltose (Ferinject®)*

# Eisenmangel aus der Sicht des Kardiologen und des Gastroenterologen

**FREIES THEMA** Sowohl bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen als auch mit chronischer Herzinsuffizienz kann eine Anämie mit intravenöser Eisentherapie rasch und sicher beseitigt werden.

Redaktion: Dr. Claudia Uhlir

**E**isenmangel ist sowohl bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) als auch bei chronischer Herzinsuffizienz (HI) die häufigste Anämieursache. Wie der Kardiologie PD Dr. Matthias Frick, Medizinische Universität Innsbruck, und der Gastroenterologie Univ.-Prof. Dr. Christoph Gasche, Medizinische Universität Wien, Loha for Life, Kompetenzzentrum Eisenmangel, im Rahmen eines Symposiums bei der 43. ÖGIM-Jahrestagung übereinstimmend festhielten, kann die Anämie mit intravenöser Eisentherapie rasch und sicher beseitigt werden.

## Limitationen der oralen Eisentherapie

Ein Eisenmangel gilt bei einer Transferrin-Sättigung < 16 % bzw. Ferritin < 15 µg/l als gesichert. „Bei Ferritin < 30 µg/l liegt die Treffsicherheit bei ungefähr 90 %“, sagte Gasche: „Es ist sicher kein Fehler, Patienten mit einer Transferrin-Sättigung < 30 % zu behandeln.“ Die orale Eisentherapie ist Therapie der Wahl für jene 10 % stark menstruierenden Frauen mit Eisenmangelanämie und für jene 3 0% der Frauen mit Eisenmangel ohne Anämie. Zu beachten sei, so Gasche, dass sich die in Österreich verfügbaren Eisenpräparate in Dosierung und Galenik unterscheiden. Gasche warnte vor Retard-Präparaten, da diese das Eisen erst im Dünndarm freisetzen und die Resorption im Duodenum weitgehend unmöglich machen. Mögliche Folgen sind ein ausgeprägter Wirk-

verlust und erhebliche gastrointestinale Nebenwirkungen. Im Tiermodell löste eine Störung der Darmflora durch orales Eisen sogar CED aus.<sup>1</sup> „Eine orale Eisentherapie sollte nicht langfristig gegeben werden, weil dies das Kolorektalkarzinomrisiko und die Adenom-Recurrence-Rate erhöhen könnte“, betonte Gasche.

## Intravenöse Eisentherapie bei CED und chronischer HI

Gemäß internationalem Konsensus zur Diagnose und Therapie der Anämie bei CED ist die intravenöse Eisengabe bei CED die bevorzugte Applikationsform.<sup>2</sup> Aufgrund der hohen Stabilität können mit Eisen-Carboxymaltose (Ferinject®) 1.000 mg mit einer einzigen Infusion substituiert werden. Eisen-Carboxymaltose ist bei Patienten mit HI nachweislich wirksam und sicher.<sup>3</sup> Eine von Frick präsentierte Metaanalyse zeigt, dass die intravenöse Eisensubstitution die NYHA-Klasse verbessert und die 6-Minuten-Gehstrecke verlängert.<sup>4</sup>

**Einfaches Dosierungsschema:** Die Dosierung von Ferinject® nach einem einfachen Schema (Tab.) bringt einen besseren Erfolg als die Eisensubstitution mit Venofer® nach der Ganzoni-Formel (FERGlicor-Studie<sup>5</sup>). Eisenmangelanämie hat allerdings eine hohe Relapstendenz (50 % nach 10 Monaten).<sup>6</sup> Die FERGlicor-Studie zeigt, dass bei Patienten mit Ferritin < 100 ng/l die prophylaktische Gabe von

Ferinject® 500 mg im Abstand von 2 Monaten das Neuaufreten einer Anämie hinauszögern kann.<sup>7</sup>

**Keine OP-Freigabe bei Anämie:** Wie Gasche betonte, sollte bei Anämie mit interner Freigabe für elektive Operationen, die mit grossem Blutverlust vergesellschaftet sind, abgewartet werden, bis die Anämie korrigiert ist, da diese die perioperative Mortalität erhöht.<sup>8</sup> Transfusionen haben einen ungünstigen Einfluss auf das Überleben.

**Fatigue:** Bei menstruierenden Frauen mit Fatigue ohne Anämie, aber mit Eisenmangel (Hämoglobin ≥ 11,5 g/dl; Serum-Ferritin < 50 ng/ml und Transferrin-Sättigung < 20 % oder Serum-Ferritin < 15 ng/ml) verbesserte eine Eisensubstitution mit Ferinject® die Symptomatik (PREFER-Studie<sup>9</sup>). Die Number Needed to Treat lag bei lediglich 6. Auch bei Frauen mit Hb im Normbereich kam es unter Ferinject® zu einem Anstieg der Retikulozyten, was, so Gasche, die Frage aufwerfe, ob die untere Grenze des Hb-Normalwerts bei der Frau wirklich so niedrig ist wie derzeit definiert. Gasches Credo: „Sobald ich einen Eisenmangel feststelle, behandle ich ihn. Danach gehe ich der Ursache auf den Grund.“ ■

„Eisenmangel: eine unterschätzte Diagnose mit weitreichenden Implikationen!“, Symposium von Vifor, im Rahmen der 43. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM) 2012, 21. 9. 2012, Graz

1 Werner T. et al., Gut 2011; 60(3):325-33  
 2 Gasche C. et al., Inflamm Bowel Dis 2007; 13:1545-1553  
 3 Anker S.D. et al., N Engl J Med 2009; 361 (25):2436-48  
 4 Avni T. et al., Eur J Heart Fail 2012; 14 (4):423-9  
 5 Evstatiev R. et al., Gastroenterology 2011; 141 (3):846-853.e1-2  
 6 Kullnig S. et al., Am J Gastroenterol 2009; 104 (6):1460-7  
 7 Evstatiev R. et al., UEGW 2011, OP440  
 8 Beattie W.S. et al., Anesthesiology 2009; 110 (3):574-81  
 9 Favrat B. et al., RCOG 2012

**Tab.: Dosierungsschema für Ferinject® bei Eisenmangelanämie\***

	BW < 70 kg	BW > 70 kg
Hb 12(13)–10 g/dl	1.000 mg	1.500 mg
Hb 7–10 g/dl	1.500 mg	2.000 mg

\* bei Eisenmangel ohne Anämie ist die Ferinject®-Dosis individuell zu berechnen.  
 Maximale Gabe pro Sitzung: 1.000 mg bzw. 20 mg/kg Körpergewicht.  
 www.lohaforlife.at

Entgeltliche Einschaltung