

infomed-screen

Zusammenfassungen und Kommentare zu wichtigen Studien

Industriell verarbeitete Nahrungsmittel vermeiden!

Narula N, Wong ECL, Dehghan M, et al.: Association of ultra-processed food intake with risk of inflammatory bowel disease: prospective cohort study. *BMJ* 2021, 374: n1554

Zusammengefasst von: Markus Gnädinger

Kommentiert von: Paolo M. Suter

Zusammenfassung:

In die „Prospective Urban Rural Epidemiology“-Studie (PURE) wurden zwischen 2003 und 2016 Personen von 35 bis 70 Jahren aufgenommen, die den „Food Frequency Questionnaire“ ausgefüllt hatten. Die Studie fand in 21 Ländern statt. Erfragt wurde insbesondere der Konsum von hochverarbeiteten Nahrungsmitteln, d.h. verpackten Nahrungsmitteln (z.B. verarbeitetes Fleisch, Frühstücksflocken, Fertignahrung) oder von Getränken mit Zusatzstoffen, Soft- oder Fruchtdrinks, Süssigkeiten oder Glacé. Der Studienendpunkt der hier vorgestellten, auf Informationen aus der PURE-Studie basierenden Kohortenstudie war die erstmalige Nennung von Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn im Verlaufsfragebogen. Als Co-Variablen berücksichtigt wurden Alter, Geschlecht, geographische Region, Ausbildung, Alkoholkonsum, Rauchen, körperliche Aktivität, Energiezufuhr, Body-Mass-Index, Bauch- zu-Hüft-Umfang und städtische bzw. ländliche Wohnsituation. Von 153.220 Personen, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, konnten 75 % in die Auswertung eingeschlossen werden. Das Alter war 50±10 Jahre (Mittelwert, SD), 59 % waren Frauen. Während des Verlaufs von median 9,7 Jahren erkrankten 467 (0,4 %) an einer entzündlichen Darmerkrankung („inflammatory bowel disease“, IBD). In der univariaten Analyse fand sich ein positiver Zusammenhang von IBD

mit den geographischen Regionen Nordamerika und Europa, höherer Schulbildung, Alkoholkonsum, Übergewicht sowie städtischer Wohnsituation und ein Trend zu reduziertem Auftreten bei Rauchern. Davon blieben in der multivariaten Analyse die folgenden Faktoren signifikant: Wohnort in Nordamerika/Europa („Hazard Ratio“ HR 5,6) und höhere Schulbildung (HR 1,6). Der Konsum hochverarbeiteter Nahrungsmittel war dosisabhängig mit IBD korreliert. Der Zusammenhang war bei separater Analyse sowohl bei M. Crohn wie auch Colitis ulcerosa vorhanden, bei letzterer im korrigierten Modell nicht mehr signifikant. Diverse Sensitivitätsanalysen änderten an den gefundenen Zusammenhängen nichts. Separate Analysen zeigten einen Zusammenhang von IBD mit verarbeitetem Fleisch, gebratenen Nahrungsmitteln, Softdrinks und salzigen Snacks; der Salzkonsum selber war hingegen nicht mit IBD assoziiert. Dass „Junk-Food“ ungesund ist, ist Allgemeinwissen, besonders wenn er mit anderen ungesunden Lebensgewohnheiten verbunden ist. Er macht dick und begünstigt einen Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen. Dass er auch noch zu vermehrtem Auftreten entzündlicher Darmerkrankungen beitragen könnte, ist neu, auch wenn dies eigentlich mit den Auswirkungen der Nahrungsmittelwahl auf das Mikrobiom nicht ganz unerwartet ist. Erstaunlich ist der Zusammen-

hang von IBD mit gebratenen Nahrungsmitteln: Die Liebhaber von T-Bone Steaks und French Fries im argentinischen Restaurant könnten sich somit einem erhöhten Risiko aussetzen, auch wenn man die dortige Nahrung nicht als Junk-Food bezeichnen würde. Insgesamt ist das Auftreten von IBD mit 4 Promille in zehn Jahren allerdings nicht wirklich alarmierend, auch wenn diese Krankheiten für die Betroffenen eine bedeutende Einschränkung der Lebensqualität darstellen. Somit: Essen wir doch, was uns schmeckt, solange die Nahrung ökologisch und fair produziert worden ist!

Kommentar:

Adipositas, Übergewicht, Arteriosklerose, Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Schlaganfälle, Krebs, Diabetes, Demenz oder auch IBD – dies sind nur ein paar der Krankheitsbilder, die mit hochverarbeiteten („ultra-processed“) Nahrungsmitteln (UPF) pathophysiologisch in Zusammenhang gebracht werden. Auch wenn es sich in vielen Studien nur um Assoziationen handelt, deutet vieles auf Kausalität hin, und diese konnte für bestimmte Erkrankungen in einigen kontrollierten Interventionsstudien oder auch prospektiven epidemiologischen Studien nachgewiesen werden. In UPF werden (meist) minderwertige Nahrungskomponenten in supraphysiologischen Mengen in eine ansehnliche, schmackhafte und mund-

gerechte Form gebracht. Ein „gesundheitlicher Touch“ wird durch Zugabe z.B. von Mikronährstoffen oder durch mittlerweile alltägliche „Greening-Strategien“ vorgetäuscht. Eine Vielzahl an Zusatzstoffen garantiert repetitiven Überkonsum, der zudem durch die ubiquitäre Verfügbarkeit und den relativ günstigen Preis gefördert wird. Den günstigen Preis „kompensiert“ die Konsumentin oder der Konsument zeitverschieben mit Krankheit. Die Forschung zeigt, dass dieser raffinierte Mix den Überkonsum fördert, gewisse Neurophysiologen spre-

chen sogar von der Induktion einer Abhängigkeit infolge „Überrumpelung“ von peripheren und zentralen Regulationsmechanismen. Ein Entkommen ist aus neurophysiologischer Sicht kaum möglich. Die Empfehlung für die Praxis ist einfach: Vermeiden von verpackten Nahrungsmitteln, insbesondere solchen mit langem Verfallsdatum. Schade, dass die Gesundheitspolitik die pathophysiologische Bedeutung dieser modernen Nahrungsmittel (es sind ja keine Lebensmittel) immer noch ignoriert. Jährlich werden in den USA über 20.000

(Zwanzigtausend!) neue konsumierbare Produkte auf den Markt geworfen; zum Glück verschwindet, was nicht gekauft wird (leider ist das, was auf dem Markt bleibt, meist auch nicht gesundheitsfördernd). Der aktuelle Tsunami an hochverarbeiteten Nahrungsmitteln führt zu einer Fortsetzung und Exazerbation des ansteigenden Trends an chronischen Erkrankungen. Wie lange wollen wir dies noch weiterführen? Gibt es noch nicht genug Erkrankte? Sind die Gesundheitskosten nicht schon genügend hoch?

Opioide oder nicht-steroidale Antirheumatika?

Herzig SJ, Anderson TS, Jung Y, et al. Relative risks of adverse events among older adults receiving opioids versus NSAIDs after hospital discharge: A nationwide cohort study. *PLoS Med* 2021; 18: e1003804

Zusammengefasst und kommentiert von: Stefan Weiler

Zusammenfassung:

Ob nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) oder Opioide (mit oder ohne NSAR) bei Personen über 65 Jahren mit mehr unerwünschten Wirkungen innerhalb von 30 Tagen nach Spitalentlassung assoziiert sind, wurde in einer Kohortenstudie [1] in den USA bei 13.385 Personen in der Opioid-Gruppe und 4677 Personen in der NSAR-Gruppe (mittleres Alter 74 Jahre, 57 % weiblich) untersucht. Primäre Endpunkte waren Tod, Rehospitalisationen, Notfallvorstellungen sowie bekannte Nebenwirkungen der Substanzgruppen (Stürze/Frakturen, Delirium, Nausea/Erbrechen und Darmmotilitätsstörungen bzw. akutes Nierenversagen und Gastritis). Die Gruppen wurden mittels „Propensity Matching“* für über 100 mögliche Confounder-Variablen angepasst. Im Vergleich mit der Gruppe, die nur NSAR erhielt, fand sich für die Opioid-Gruppe eine erhöhte Mortalität (1,8 % gegenüber 1,1 %, „Number Needed to Harm“ NNH 125), ein erhöhtes Risiko einer erneuten Vorstellung im Spital (NNH 59) sowie mehr Nebenwirkungen (NNH 26). Spezifisch war unter Opioden das Risiko für Stürze und

Frakturen, Übelkeit und Erbrechen sowie Darmmotilitätsstörungen erhöht. In einer Netzwerk-Meta-Analyse [2] wurde bei Personen mit Arthrose die Wirksamkeit und Sicherheit verschiedener Pharmakotherapie-Optionen untersucht. Aus 181 Publikationen mit 192 Studien wurden 102.829 Teilnehmende berücksichtigt, die mit 68 NSAR, 19 Opioden sowie 3 Paracetamol-Formulierungen behandelt worden waren. Die Mehrheit der Teilnehmenden (64 %) war 60 bis 65 Jahre alt. Bei oralen Medikamenten zeigten Diclofenac (Voltaren® u.a., 150 mg/Tag) und Etoricoxib (Arcoxia®, 60 und 90 mg/Tag) eine hohe Wahrscheinlichkeit (>99 %) für Behandlungseffekte, waren aber mit einem erhöhten Risiko für Nebenwirkungen verbunden. Die lokale Verabreichung von Diclofenac in einer Dosis von 70–81 mg/Tag war ebenfalls mit einem guten Behandlungserfolg assoziiert (>92 %). Bei den Opioden war der Behandlungseffekt weniger ausgeprägt. Ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Wirkungen wurde bei 90 % der Opioide, 30 % der oralen NSAR-Formulierungen und bei Paracetamol in einer Dosierung von 3900–4000

mg/Tag gefunden. Bei lokal applizierten NSAR lag das Risiko bei Null. Schwere Nebenwirkungen wurden nur bei Oxycodon (Oxycontin® u.a.) in einer Dosis von mindestens 48 mg/Tag gefunden (Odds Ratio OR 2,4, 95 %-Vertrauensintervall 1,09–5,60). Unter Oxymorphon 80 mg/Tag (in der Schweiz nicht erhältlich) war das Risiko für Nebenwirkungen und einen dadurch bedingten Studienabbruch am höchsten (OR 19,34).

Kommentar:

Für nicht-steroidale Entzündungshemmer wurden in der Beobachtungsstudie bei Personen über 65 Jahren weniger Risiken und unerwünschte Wirkungen gefunden als für Opioide. Gastritis, Ulzerationen, Perforationen und Nierenfunktionsstörungen sind gefürchtete NSAR-Nebenwirkungen speziell bei älteren Personen. In verschiedenen Leitlinien für geriatrische Populationen wird empfohlen, den chronischen Einsatz von NSAR wegen des erhöhten gastrointestinalen Blutungsrisikos und peptischen Ulzerationen zu vermeiden [3] – speziell bei Personen über 75 Jahren, in Kombination mit systemischen Kortikosteroiden,