

münchener ärztliche anzeigen

65. Jahrgang

Nummer 1

München, 1. Januar 1977

Herausgegeben vom Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München, Körperschaft des öffentlichen Rechts

Welche Speisesalze sind auf Grund ihres Jodgehaltes zur Kropf-Prophylaxe geeignet?

In der Bevölkerung, wie auch vielfach in der Kollegenschaft, bestehen häufig Unklarheiten darüber, welche Speisesalze jodiert und als solche zur Kropf-Vorbeugung geeignet sind. Im Sinne der Verordnung über diätetische Lebensmittel (Diätverordnung) vom 20. Juni 1963 (BGBl. I S. 415; Vierte Änderungsverordnung vom 14. 4. 1975, BGBl. I S. 938) werden gemäß § 10 folgende jodierte Speisesalze mit einem Jodgehalt zwischen 3 und 5 mg pro Kilogramm in der Bundesrepublik verkauft:

Gelbes Bayerisches Vollsalz (nur in Bayern)

Bad Reichenhaller Jodsalz (nur in Drogerien und Apotheken der Bundesrepublik Deutschland)

Düra Vollsalz (nur in Baden-Württemberg)

Lüneburger Vollsalz

Anlaß zu Verwechslungen geben vor allem sog. Meersalze. Ohne daß irgend etwas Negatives über die Qualität dieser Salze als Speisesalze gesagt werden soll oder kann, besteht aller Anlaß darauf hinzuweisen, daß diese Meersalze auf Grund des in ihnen gemessenen Jodgehaltes nicht zur Kropf-Prophylaxe geeignet sind:

Südsalz (Dr. Ritter u. Co., Köln):	0,59 mg Jod/kg;
Biomaris (Biomaris-Gesellschaft, Bremen):	0,26 mg Jod/kg;
Vollmeersalz (Neuform, Hage):	0,24 mg Jod/kg;
Schneekoppe-Meersalz (Schneekoppe-Reform GmbH):	0,46 mg Jod/kg und
Sel (Salz-Kompanie, Bremen):	0,31 mg Jod/kg.

Im Mittel enthalten diese Meersalze knapp 10 Prozent des nach der Diätverordnung zur Kropf-Prophylaxe zulässigen Jodgehaltes (Habermann et al., Nutr. Metabol. 20 Suppl. 2 [1977]).

Warum sollen wir unserer Bevölkerung nachdrücklich empfehlen, jodiertes Speisesalz freiwillig zu benutzen?

1. Jüngste epidemiologische Untersuchungen von Horster et al. (Dtsch. med. Wschr. 100 ([1975] 8) haben gezeigt, daß in der Bundesrepublik Deutschland im Mittel 15 Prozent der Bevölke-

rung eine Schilddrüsenvergrößerung haben. Die Struma-Häufigkeit nahm bei 5,4 Millionen Gemusterten von Bayern (32 %) und Baden-Württemberg (21 %) über Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland (19 %) und Nordrhein-Westfalen (15 %), nach Niedersachsen, Bremen (8 %) und Schleswig-Holstein, Hamburg (4 %) hin ab.

2. Untersuchungen an 13- bis 15jährigen Schulkindern bestätigten diese enorme Kropfhäufigkeit in der ganzen Bundesrepublik Deutschland. Sie zeigten ferner, daß die tägliche Urinjodausscheidung zwischen 15 und 42 Mikrogramm liegt, was einen eindeutigen Jodmangel beweist (Habermann et al., Dtsch. med. Wschr. 100 [1975] 1937).

3. In der Bundesrepublik Deutschland wurde für Erwachsene aus normalen Radiojodspeicherungswerten eine tägliche alimentäre Jodaufnahme von nur 30 bis 70 Mikrogramm berechnet (Habermann et al., Dtsch. med. Wschr. 100 [1975] 1937). Dieser Wert liegt weit unter dem von der WHO empfohlenen Optimum der Jodzufuhr von 150 bis 200 Mikrogramm pro Tag.

4. Die Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie hat auf Grund dieser jüngsten Ergebnisse empfohlen, dem erfolgreichen Beispiel der Schweiz zu folgen und in der Bundesrepublik Deutschland eine allgemeine Jodsalz-Prophylaxe einzuführen, und zwar mit einem Salz, welches pro Kilogramm im Mittel 10 Milligramm Jod enthält (Dtsch. med. Wschr. 100 [1975] 1350). Diese Vorstellungen wurden in den Ernährungsbericht 1976 (Seite 141) übernommen.*) Bis diese Empfehlung Wirklichkeit wird, sollte die Kollegenschaft alles daran setzen, den freiwilligen Gebrauch der bislang erhältlichen jodierten Speisesalze (s. o.) zu steigern.

5. Abgesehen von der verbreiteten Unwissenheit über den Jodmangel als die wichtigste Ursache der in der Bundesrepublik Deutschland endemischen Struma stand und steht der besseren Verbreitung der jodierten Speisesalze vor allem die Furcht vor dem sog. „Jod-Basedow“ im Wege. Bedauerlicherweise werden ja bei z. B. Röntgenkontrastmittel-Untersuchungen, d. h. bei grammweiser Jodzufuhr, immer wieder schwere Hyperthyreosen beobachtet.

Die Frage, ob die Hyperthyreose durch eine Jodsalz-Prophylaxe häufiger wird, kann aber nur differenziert beantwortet werden. Betrachten wir zunächst die Schilddrüsen-Überfunktion vom Typ des Morbus Basedow, bei dem bekanntlich die ganze Schilddrüse mehr oder weniger gleichmäßig betroffen ist. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß man durch Jodmangel einen

*) Zur Zeit laufen Bemühungen, die Diätverordnung dahingehend zu ändern, daß der Jodgehalt des jodierten Speisesalzes auf 10 Milligramm pro Kilogramm angehoben wird. Ferner soll die Aufschrift „Nur bei ärztlich festgestelltem Jodmangel“ fortfallen, da dies in der Praxis nicht feststellbar ist. Schließlich sind Maßnahmen zur Stabilisierung des Jodgehaltes in den jodierten Speisesalzen in Erprobung.

Basedow nicht verhindern kann. Der Morbus Basedow tritt vielmehr in Jodmangelgebieten in Form der sog. T₃-Hyperthyreose auf. Diese ist klinisch keineswegs gutartiger, sie hat lediglich den Nachteil, daß sie durch die Laboratoriumsdiagnostik schwieriger zu beweisen ist. Für Basedow-Kranke kann man praktisch von einem Vorteil durch die Jod-Prophylaxe sprechen, derart, daß ihre Krankheit einfacher zu diagnostizieren wäre. Überdies konnte für die Hyperthyreose vom Typ des Morbus Basedow kürzlich direkt gezeigt werden, daß diese Form bei Jod-Prophylaxe nicht häufiger wird (Adams et al., J. clin. Endocr. 41 [1975] 221).

Die zweite Form der Schilddrüsen-Überfunktion stellt das sog. autonome Adenom dar. Hierbei liegt im Falle eines dekompensierten autonomen Adenoms ebenfalls eine sicher behandlungsbedürftige Schilddrüsen-Überfunktion vor, die bei Jodsalz-Prophylaxe lediglich etwas eher und einfacher diagnostiziert würde. – Für Patienten mit kompensierten autonomen Adenomen der Schilddrüse bzw. mit den Vorstadien derselben, muß man dagegen diskutieren, ob durch eine Jodsalz-Prophylaxe, d. h. durch die zusätzliche tägliche Zufuhr von bis zu 100 µg Jod, eine Hyperthyreose manifest werden kann. Zu diesem Thema gibt es eine sehr interessante Beobachtungsserie (u. a. Stewart und Vidor, Brit. med. J. [1976] 1, 372). In Tasmanien wurde eine Jod-Prophylaxe mit jodiertem Brot eingeführt. Im Zusammenhang mit dieser Maßnahme kam es vorübergehend zu einer Zunahme der Hyperthyreose-Rate in der Bevölkerung von etwa 0,3 auf maximal 1,3 pro mille. Diese Häufigkeitszunahme betraf ausschließlich Patienten, die älter als 40 Jahre waren, mithin die Altersgruppe, in der das autonome Adenom häufiger wird. Für diese Gruppe muß man also annehmen, daß vorher noch kompensierte und nicht unbedingt behandlungsbedürftige autonome Adenome in eine Hyperthyreose überführt wurden. Zugleich zeigten diese Untersuchungen aber, daß die Hyperthyreose-Frequenz auch in dieser Altersgruppe nach zwei bis drei Jahren in etwa wieder auf diejenige Frequenz zurück sank (ca. 0,5 pro mille), die man vor der Einführung der Jod-Prophylaxe beobachtete.

Da das autonome Adenom der Schilddrüse in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle eine direkte Folgekrankheit der blanden endemischen Jodmangel-Struma ist, zu deuten etwa im Sinne einer fehlgeleiteten Anpassungshyperplasie, wird man das Problem der autonomen Adenome niemals in den Griff bekommen, wenn man sich nicht einmal dazu entschließt, durch eine geeignete Jod-Prophylaxe die Häufigkeit der blanden Struma, d. h. also der Vorkrankheit, zu senken.

Aus diesen Gründen empfehlen wir Ihnen, unsere Bemühungen um die freiwillige Benützung der jodierten Speisesalze zu unterstützen.

Prof. Dr. med. Peter C. Scriba
Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München
Ziemssenstraße 1, 8000 München 2