

endokrinologie

INFORMATIONEN

Mitteilungen
der
Deutschen Gesellschaft
für
Endokrinologie

Schriftleitung:
E. Nieschlag, Münster

R 1336

4

1. Jahrgang · August 1977

KARL DEMETER · VERLAG · GRÄFELING VOR MÜNCHEN



endokrinologie

INFORMATIONEN

Mitteilungen
der
Deutschen Gesellschaft
für
Endokrinologie

Schriftleitung:
E. Nieschlag, Münster

INHALT

4/1977

Hat die Steroidchemie noch Zukunft? (F. Neumann)	111
Jod-Prophylaxe (P. C. Scriba)	116
Tagungsberichte	
Sektion Schilddrüse der DGE (D. Reinwein)	121
2. Französisch-Deutsche Fachkonferenz Neuroendokrinologie (W. Wuttke)	122
Blick über die Grenzen	
Endokrinologie der Reproduktion in Südamerika (C. Tafurt)	123
Entwurf für den Spezialarztstitel für Pädiatrie – speziell Endokrinologie – in der Schweiz (M. Zachmann)	124
Preise der DGE	128
Briefe an die Schriftleitung	
Endokrinologie als Teilgebiet der Pädiatrie	131
Aufsplitterung der Gesellschaft	131
European PTH Study Group	132
Unvollständige RIA-Automaten	134
Personalia	136
Neue Bücher	136
Tagungsvorschau	137
Die letzte Seite	140



Jod-Prophylaxe

KONSEQUENZEN AUS DER ARBEIT DER SEKTION SCHILDDRÜSE

**Prof. Dr. P. C. Scriba, Medizinische Klinik Innenstadt der Universität,
Ziemssenstr. 1, 8000 München**

WELCHE SPEISESALZE SIND AUFGRUND IHRES JODGEHALTS
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:

Bayerisches Vollsatz (gelbe Packung, nur in Bayern),
Bad Reichenhaller Jodsatz (nur in Drogerien und Apotheken der Bundesrepublik Deutschland),
Düra-Vollsatz (nur in Baden-Württemberg),
Lüneburger Vollsatz.

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 aufgrund des in ihnen gemessenen Jodgehalts nicht zur Kropf-Prophylaxe geeignet sind:

Südsatz (Dr. Ritter & Co., Köln):	0,59 mg Jod/kg,
Biomaris (Biomaris-Gesellschaft, Bremen):	0,26 mg Jod/kg,
Vollmeersalz (Neuform, Hagen):	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 % des nach der Diätverordnung zur Kropf-Prophylaxe zulässigen Jodgehalts¹.

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

1. Jüngste epidemiologische Untersuchungen von Horster et al.² haben gezeigt, daß in der Bundesrepublik im Mittel 15 % der Bevölkerung 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. Sie zeigten ferner, daß die tägliche Urinjodausscheidung zwischen 15 und 42 µg liegt, was einen eindeutigen Jodmangel beweist³.

3. In der Bundesrepublik Deutschland wurde für Erwachsene aus normalen Radiojodspeicherungswerten eine tägliche alimentäre Jodaufnahme von nur 30 bis 70 µg berechnet³. Dieser Wert liegt weit unter dem von der WHO empfohlenen Optimum der Jodzufuhr von 150 bis 200 µg pro Tag.

4. Die Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie hat aufgrund dieser jüngsten Ergebnisse empfohlen, dem erfolgreichen Beispiel der Schweiz zu folgen und in der Bundesrepublik eine allgemeine Jodsalz-Prophylaxe einzuführen, und zwar mit einem Salz, welches pro Kilogramm im Mittel 10 mg Jod enthält⁴. Diese Vorstellungen wurden in den Ernährungsbericht 1976 (Seite 141) übernommen. Zur Zeit laufen Bemühungen, die Diätverordnung dahingehend zu ändern, daß der Jodgehalt des jodierten Speisesalzes auf 10 mg 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 Jodgehalts in den jodierten Speisesalzen in Erprobung, etwa durch Zusatz von Natriumthiosulfat oder durch Jodierung des Speisesalzes mit Kaliumjodat (Jodat wird seit über 20 Jahren in den USA dem Brot zugesetzt).

Bis die Empfehlung der Sektion Schilddrüse Wirklichkeit wird, sollte die Kollegenschaft alles daransetzen, den freiwilligen Gebrauch der bislang erhältlichen jodierten Speisesalze (s. o.) zu steigern.

5. Abgesehen von der verbreiteten Unwissenheit über den Jodmangel als wichtigste Ursache der in der Bundesrepublik 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 Hyperthyrosen beobachtet.

Die Frage, ob die Hyperthyreose durch eine Jodsalz-Prophylaxe häufiger wird, kann aber nur *differenziert* beantwortet werden. Betrachten wir zunächst die Schilddrüsenüberfunktion 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 Basedow nicht verhindern kann. Der Morbus Basedow tritt vielmehr in Jodmangelgebieten vermehrt 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-Prophylaxen nicht häufiger wird⁵.

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 Beobachtungsreihe⁶. 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 ‰. 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 zurücksank (ca. 0,5 ‰), 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. In Neuseeland hat die Einführung einer Jod-Prophylaxe inzwischen praktisch zum Verschwinden der autonomen Adenome geführt¹.

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

- 1 Habermann, J., K. Horn, P. C. Scriba: Alimentary iodine deficiency in the Federal Republic of Germany: Current inefficiency of goitre prophylaxis. *Nutr. Metabol.* 20, Suppl. 2 (1977), 50.
- 2 Horster, F. A., G. Klusmann und W. Wildmeister: Der Kropf, eine endemische Krankheit in der Bundesrepublik? *Dtsch. Med. Wschr.* 100 (1975), 8.
- 3 Habermann, J., H. G. Heinze, K. Horn, R. Kantlehner, I. Marschner, J. Neumann und P. C. Scriba: Alimentärer Jodmangel in der Bundesrepublik Deutschland. *Dtsch. Med. Wschr.* 100 (1975), 1937–1945.
- 4 Scriba, P. C., J. Kracht, E. Klein: Endemische Struma-Jodsalzprophylaxe (Verhandlungsbericht). *Dtsch. Med. Wschr.* 100 (1975), 1350.
- 5 Adams, D. D., T. H. Kennedy, J. C. Stewart, R. D. Utiger und G. I. Vidor: Hyperthyroidism in Tasmania following iodide supplementation: Measurements of thyroid-stimulating autoantibodies and thyrotropin. *J. Clin. Endocr.* 41 (1975), 221.
- 6 Stewart, J. C., G. I. Vidor: Thyrotoxicosis induced by iodine contamination of food – a common unrecognised condition? *Brit. Med. J.* 1 (1976), 372.