

in diesen Ländern zum Teil erschreckend hoch, die alimentäre Jodaufnahme ist insuffizient, und regional besteht sogar vereinzelt noch ein Kretinismus-Risiko (Italien, Portugal, Spanien). Jodprophylaxe-Programme sind in allen diesen Ländern dringend erforderlich.

Unzureichende Information: Albanien, Frankreich und der Westen der UdSSR.

Obendrein ergab die Überprüfung der Qualität von 104 verschiedenen Jodsalzproben aus verschiedenen Ländern durch H. Bürgi, Solothurn, daß etwa ein Drittel aller Proben erheblich weniger Jod enthielten als vom Hersteller beabsichtigt. Zum Glück stellt dies in der Bundesrepublik, wo mit Kaliumjodat jodiert wird, kein Problem dar.

Außer der wohlbekannten Jodmangelstruma sind als jodmangelbedingte Gesundheitsstörungen und Krankheiten anzusehen:

- ▶ Transitorische Neugeborenen-Hypothyreosen und -Strumen,
- ▶ erhöhte Empfindlichkeit der Neugeborenen gegenüber akuten Jodbelastungen (jodhaltige Desinfektionsmittel wie Jodpovidon),
- ▶ erhöhte Prävalenz autonomer Adenome und multifokaler/disseminierter Auto-

nomien der Schilddrüse als Ursachen einer Hyperthyreose.

- ▶ erschwerte Diagnose und bösartiger Verlauf bei Struma maligna.

Für die Diagnose und Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen werden in der Bundesrepublik nach P. Pfannenstiel, Wiesbaden, zur Zeit etwa 750 Millionen DM pro Jahr ausgegeben, ein Betrag, der vor allem durch die Jodmangelstruma verursacht wird. Und dies ist so, obwohl die Prophylaxe mit jodiertem Speisesalz einfach und billig wäre und die Jodmangelstruma die am leichtesten zu verhindernde aller Krankheiten darstellt.

Wann werden wir diesen Anachronismus beseitigen?

Literatur

Goiter and Iodine Deficiency in Europe. Report of the Subcommittee for the Study of Endemic Goiter and Iodine Deficiency of the European Thyroid Association. Subcommittee members: P. C. Scriba, Lübeck; C. Beckers, Brüssel; H. Bürgi, Solothurn; F. Escobar Del Rey, Madrid; M. Gembicki, Posen; D. A. Koutras, Athen; B. A. Lamberg, Helsinki; P. Langner, Bratislava; J. H. Lazarus, Cardiff; A. Querido, Leiden; C. Thilly, Brüssel; R. Vigneri, Catania. *The Lancet* I (1985) 1289-1293

Professor Dr. med.
Peter C. Scriba
Direktor der Klinik
für Innere Medizin
Medizinische Universität
zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
2400 Lübeck

über 40jährigen Patienten mehr Hyperthyreosen als üblich registriert. Diese Patienten hatten aber – infolge des jahrelangen Jodmangels! – ein Übermaß an sogenannten autonomem Schilddrüsengewebe, das sich als Fehlantwort an den Jodmangel entwickelt hatte. Letztlich kann also die Jodprophylaxe auch diese jodmangelbedingte Autonomie und damit die Ursache einer Hyperthyreose verhindern.

Meist wird eine Hyperthyreose – bei vorhandener Autonomie – erst durch Jodmengen von über 300 µg pro Tag provoziert. Eine tägliche zusätzliche Jodeinnahme von etwa 100 µg (= 0,1 mg) darf prinzipiell als risikolos angesehen werden. Zu betonen ist, daß jodiertes Salz in jeder Familie von jedem Familienmitglied ohne Gefahr eingenommen werden kann: Das Salz kann eine Jodmangelstruma verhüten, es kann aber nicht eine bereits manifeste Struma zur Rückbildung bringen. Jodsatz dient zur Prophylaxe, nicht zur Therapie einer Struma!

Sollte in einer Familie der Salzverbrauch sehr niedrig sein oder aus bestimmten Gründen auf die Verwendung von Speisesalz verzichtet werden, so kann die Prophylaxe auch durch die tägliche Einnahme einer Jodidtablette gewährleistet werden: Eine Tablette täglich entspricht der Einnahme von 100 µg Jod.

Schlußfolgerungen

Die Erfahrungen unserer Nachbarländer Österreich, Schweiz und Schweden erlauben die Voraussage, daß eine generelle Jodprophylaxe in der Bundesrepublik die Strumahäufigkeit unserer jungen Generation von derzeit mindestens 15 Prozent auf etwa 3 Prozent sinken lassen würde. Neben einer Abnahme der Strumahäufigkeit darf auch ein Rückgang der mit einem Jodmangelkropf verbundenen Schilddrüsenfunktionsstörungen erwartet werden.▷

Die jetzt in einem Jodmangelgebiet schwierige Differenzierung eines Schilddrüsenkarzinoms von den viel häufigeren gutartigen Adenomen wird bei einer Minderung der Kropfrate einfacher und früher möglich sein. Weiterhin kann aufgrund der Erfahrungen in anderen Ländern erwartet werden, daß die Zahl der sonographisch „echoarmen“ und zugleich szintigraphisch „kalten“ Knoten, die höchst malignomverdächtig sind, nach Ausgleich des Jodmangels rückläufig sind. Die Jodprophylaxe kann demnach indirekt die Zahl der Schilddrüsenmalignome mindern.

Die Jodprophylaxe der Jodmangelkrankheit Struma ist eine Maßnahme, die den Staat nichts kostet, aber zur Einsparung von etwa einer halben Milliarde Mark pro Jahr im Gesundheitswesen beitragen kann. Leider wird das jetzt allenthalben zur Verfügung stehende jodierte Speisesalz erst von einer Minderheit verwendet. Kürzlich wurde nachgewiesen, daß 13jährige deutsche Schulkinder ein durchschnittliches Schilddrüsenvolumen haben, das doppelt so groß ist wie bei gleichaltrigen schwedischen Kindern mit ausreichender Jodversorgung. Die Jodmangelstruma beginnt bereits während der frühkindlichen Entwicklung und wird in der Pubertät akzentuiert!

Wir fordern die deutsche Ärzteschaft auf, bei der Aufklärung unserer Bevölkerung über die Notwendigkeit und Nützlichkeit einer Jodprophylaxe mitzuwirken. Informationsmaterial und Literatur kann bei der Pressestelle des Arbeitskreises Jodmangel angefordert werden. Der Arbeitskreis wurde von Mitgliedern der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Ernährung gegründet.

Die Mitglieder des Arbeitskreises arbeiten in ihren jeweiligen Fachgebieten selbst experimentell

über einschlägige Fragestellungen. Die Literatur zu dieser Thematik wird gesichtet und ausgewertet. Konzepte für die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse werden entwickelt. Als Ergebnis all dieser Bemühungen werden Ärzteschaft und Bevölkerung darüber informiert, welche Möglichkeiten es zu einem besseren Jodversorgungs-Status und damit zu einer Prophylaxe der jodmangelbedingten Struma gibt.

Abschließend möchten wir vor der Annahme warnen, daß allein durch die Verwendung von jodiertem Speisesalz bei der gegenwärtigen Gesetzgebung in der Bundesrepublik die Jodmangelproblematik beseitigt werden könnte. Tatsächlich ist – auch bei regelmäßiger Verwendung von jodiertem Speisesalz – die Aufnahme bei einem wesentlichen Anteil der Bevölkerung nicht genügend hoch, nämlich deutlich unter 5 g, um die gewünschten Jodmengen zuzuführen. Der Anteil von Fertiglernsmitteln und Fertigmahlzeiten, bei denen jodiertes Kochsalz in der Regel nicht verwendet wird, ist dazu zu hoch. Andererseits sind jedoch diese Produkte meist ausreichend bis stark gesalzen, so daß sich ein Zusatz erübrigt. Ein ähnlicher Gesichtspunkt gilt für die Gemeinschaftsverpflegung. – Nach wie vor ist die Verwendung von jodiertem Speisesalz im Haushalt eine potente Maßnahme zur Verbesserung der Jodversorgung. Sie wird jedoch bei einem größeren Teil das Problem nicht vollständig lösen.

Literatur im Sonderdruck, zu beziehen über die Verfasser:

Professor Dr. med.
Franz-Adolf Horster
Schilddrüsenambulanz
Universitäts- und Poliklinik
Moorenstraße 5
4000 Düsseldorf

Arbeitskreis Jodmangel,
% praxis press
Alte Darmstädter Straße 89–91
6080 Groß-Gerau 2

Schilddrüsenkrankheiten: Diagnostik und Therapiekontrolle

Bericht von dem
Symposium „Schilddrüse 1985“
in Homburg/Saar

Eine kritische Bestandsaufnahme und Wertung aller heute für die Diagnostik von Schilddrüsenkrankheiten zur Verfügung stehenden Methoden und deren rationaler sowie rationeller Einsatz als Basis für die Behandlung und Verlaufskontrolle waren die Hauptthemen des Henning-Symposiums „Schilddrüse 1985“, das Mitte Oktober mit einer Rekordbeteiligung von über 700 Teilnehmern aus der Bundesrepublik und anderen europäischen Ländern zum 7. Male am Universitätsklinikum in Homburg/Saar stattfand. In 110 Vorträgen berichteten diesmal Experten aus allen bedeutenden Schilddrüsenzentren aktuelle Ergebnisse und teilten ihr Wissen sowie ihre Erfahrungen mit Ärzten aus Praxis und Klinik, die sich um die Betreuung Schilddrüsenkranker bemühen.

Bestandsaufnahme der aktuellen Diagnostik und Prophylaxe

Es ist als Anerkennung der Qualität dieser „Zwei-Jahres-Treffen der Mitglieder einer als solche nicht existierenden, vielleicht auch nicht notwendigen deutschen Schilddrüsen-gesellschaft“ (P. C. Scriba 1981) zu werten, daß die „Sektion Schilddrüse“ der „Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie“ das wissenschaftliche Programm erstmals offiziell verantwortlich mitgestaltet hat. Die von der Sektion Schilddrüse entsprechend den neueren Erkenntnissen über Nosologie und Pathogenese überarbeitete „Klassifikation der Schilddrüsenkrankheiten“ (1, 2) sowie die neuesten

„Empfehlungen zur Diagnose und Therapiekontrolle von Funktionsstörungen und Krankheiten der Schilddrüse“ (3) waren Ausgangspunkt für die Diskussion, wann welche Verfahren den größten Nutzen für das Aufdecken einer Schilddrüsenkrankheit und damit für den Patienten bringt.

Ausgehend von ausführlicher Anamnese und gezielter körperlicher Untersuchung wurden die aktuellen In-vitro- und In-vivo-Verfahren zum Ausschluß beziehungsweise zum Nachweis der vielfältigen Schilddrüsenkrankheiten erörtert.

Um den veränderten aktuellen Diagnosemöglichkeiten in der täglichen Praxis Rechnung zu tragen, wurde versucht, Antworten auf folgende Fragen zu geben (4):

- ▷ Wann welche Schilddrüsenhormonbestimmungen?
- ▷ Bedeutung des TRH-Testes und der sensitiven TSH-Bestimmung.
- ▷ Wann welche immunologischen Bestimmungen?
- ▷ Wann Sonographie, wann und in welcher Form Szintigraphie?
- ▷ Thyreoglobulin bei der Therapiekontrolle differenzierter Schilddrüsenkarzinome.
- ▷ Welche diagnostischen Verfahren sind anzuwenden vor, während und nach einer medikamentösen, operativen oder strahlentherapeutischen Therapie?

Fachübergreifende Kooperation und bessere Information nötig

Darüber hinaus wurde in zahlreichen Beiträgen auf die Beziehungen von Schilddrüsenkrankheiten zu anderen Erkrankungen, zum Beispiel auf kardiologische Aspekte, Medikamenteneinflüsse, Altersprobleme hingewiesen, um den „Schilddrüsenpezialisten“ erneut deutlich zu machen, daß Patienten auch an anderen, oft

schwerwiegenderen Erkrankungen leiden und aus diesem Grund ein Dialog zwischen verschiedenen Fachdisziplinen erforderlich ist. Ein sinnvoller Einsatz neuer Untersuchungsverfahren setzt sowohl eine fachübergreifende Kooperation als auch eine bessere Information zwischen Forschung, Entwicklung und Praxis sowie Arzt und Patient voraus.

Eine Trennung in Ärzte mit unmittelbarer Verantwortung für die Kranken und solche, die ihre Aufgabe durch eine (technische) Spezialisierung auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenkrankheiten sehen, kann negative Auswirkungen für die Patienten haben und vor allem zu einer Überdiagnostik führen, die entweder durch eine Überbewertung technischer Untersuchungsmethoden oder durch eine zu hohe Erwartungshaltung verursacht wird. Sie nützt in vielen Fällen nicht dem Patienten und liefert oft auch für die anschließende Behandlung keine weiteren Informationen.

Nicht alles, was in der Schilddrüsenforschung erarbeitet wird, muß in diagnostisches und therapeutisches Handeln umgesetzt werden.

Es wurde gefordert, veraltete Methoden dann aufzugeben, wenn sie durch bessere, vor allem aussagefähigere Verfahren ersetzt werden können. Nicht nur bei der Auswahl der Untersuchungsverfahren, sondern in gleicher Weise auch bei deren Durchführung und Interpretation ist Kompetenz erforderlich.

Mehr denn je muß der Einsatz diagnostischer Verfahren der aufgrund der Kropfendemie hohen Inzidenz von Schilddrüsenkrankheiten unter dem Aspekt der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit gesehen werden, da die Kosten für die Schilddrüsendiagnostik in der Bundesrepublik jährlich mit rund 500 Millionen DM zu Buche schlagen.

Mit jodiertem Speisesalz und Jodidtabletten gegen alimentäres Joddefizit

Vom Arbeitskreis Jodmangel der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung wurden die Möglichkeiten einer Prophylaxe von Schilddrüsenkrankheiten besonders herausgestellt. In einem Lunchtime-Symposium erhielten die Teilnehmer in einem Lunchpaket ungesalzene Speisen und dazu Proben jodierten Speisesalzes. In informativen Beiträgen über die Jodmangelsituation in der Bundesrepublik wurden Möglichkeiten einer Abhilfe an Hand von Regelungen in Österreich und in der DDR aufgezeigt.

Durch die Bemühungen aller, vor allem der Ärzte, sollte durch die Verwendung von jodiertem Speisesalz oder von Jodid-Tabletten das alimentäre Joddefizit auch in der Bundesrepublik wie in den Nachbarländern ausgeglichen werden, um die Prävalenz der endemischen (Jodmangel-)Strumen und ihrer vielfältigen Folgekrankheiten deutlich zu reduzieren und damit das diagnostische und therapeutische Handeln künftig auf die relativ wenigen Schilddrüsenkrankheiten zu beschränken, die eine andere Genese als den Jodmangel haben (siehe auch Editorial auf Seite 3352).

Literatur

- (1) Siehe auch DEUTSCHES ARZTEBLATT 66 (1985) 1614–1620. (2) Kruskemper, H. L. et al.: Intern. Welt 8 (1985) 47–49. (3) Scriba, P. C., et al.: Intern. Welt 8 (1985) 50–57 und 78–86. (4) Die Vorträge der abschließenden Fortbildungsveranstaltung erscheinen in Kürze in einem Schwerpunktheft der Zeitschrift „Therapiewoche“. (5) Der Verhandlungsbericht „Schilddrüse 1985“, herausgegeben von Pfannenstiel, P., Emrich, D., Weinheimer, B., erscheint in der Reihe der Henning Symposium-Publikationen voraussichtlich Mitte 1986 im G. Thieme Verlag, Stuttgart – New York.

Prof. Dr. med. Peter Pfannenstiel
Präsident der Tagung
„Schilddrüse 1985“
Deutsche Klinik für Diagnostik
Aukammallee 33
6200 Wiesbaden