

In der Schwangerschaft nimmt der Jodbedarf aufgrund einer gesteigerten Synthese der Schilddrüsenhormone Tetrajodthyronin (T4) und Trijodthyronin (T3) sowie einer erhöhten Jod-Clearance über die Nieren zu. In den ersten 12 Wochen wird vorwiegend T4 über die Plazenta aktiv zum werdenden Kind transportiert und das HCG (humanes Choriongonadotropin) der Plazenta stimuliert die Schilddrüse der Mutter. Ab der 12. Schwangerschaftswoche ist der Fetus vorwiegend auf das mütterliche Jod angewiesen, da nun die fetale Schilddrüse beginnt, selbst Schilddrüsenhormone zu produzieren. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung und der Arbeitskreis Jodmangel e.V. (AKJ) empfehlen eine tägliche Jodzufuhr von 230 µg für Schwangere und 260 µg für Stillende. Laut der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) liegt die geschätzte durchschnittliche Jodzufuhr bei Frauen bei etwa 125 µg/d. Um eine ausreichende Jodversorgung während der Schwangerschaft sowie der Stillzeit zu gewährleisten, wird vom AKJ und Fachgesellschaften, wie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, eine tägliche Jodsupplementation von 150 µg bis 200 µg empfohlen. Diese Empfehlungen gelten für alle werdenden und stillenden Mütter, um eine fetale oder neonatale

Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) bzw. eine Struma zu vermeiden. Auch bei schwangeren Patientinnen mit Hashimoto-Thyreoiditis oder Morbus Basedow in Remission ist eine Jodgabe unbedenklich. Nur bei einer akuten, ausgeprägten Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion) sollte keine Einnahme von Jodsupplementen erfolgen. Ein Jodmangel sowie Schilddrüsenfunktionsstörungen können den Schwangerschaftsverlauf und die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen. Daher sollte die Schilddrüsenfunktion zu Beginn einer jeden Schwangerschaft kontrolliert werden. Da im ersten Trimester das HCG die mütterliche Schilddrüse reguliert, sollte das Thyreoidea stimulierende Hormon (TSH) im unteren Normalbereich liegen, kann manchmal sogar erniedrigt sein. Daher sind die TSH-Referenzwerte in der Schwangerschaft niedriger als sonst (*laut American Thyroid Association und Endokrine Society*):

- 1.Trimester: 0,1 – 2,5 mU/l
- 2.Trimester: 0,2 – 3,0 mU/l
- 3.Trimester: 0,3 – 3,0 mU/l

Diagnostik, Therapie & Jodgabe bei schwangeren Schilddrüsenpatientinnen mit:

erniedrigtem TSH-Wert	erhöhtem TSH-Wert
<ul style="list-style-type: none"> • Schilddrüsenanamnese • Kontrolle: TSH, T4, T3, TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK); Palpation; Sonographie • Thyreostatische Therapie nur bei manifester Hyperthyreose mit möglichst geringer Dosis, ggf. übergangsweise Behandlung mit Betablockern • Schwangerschafts-induzierte Hyperthyreose nicht behandlungsbedürftig • Latente Hyperthyreose alle 4 Wochen kontrollieren • TRAK-Bestimmung in der 22.–28. Schwangerschaftswoche → engmaschige Untersuchung des Fetus • Kontrolle der Schilddrüsenfunktion über 3 Monate nach der Entbindung → Gefahr des Wiederkehrens des Morbus Basedow • Jodsupplementation während der gesamten Schwangerschaft und Stillzeit → Ausnahme: akute, ausgeprägte Hyperthyreose 	<ul style="list-style-type: none"> • Schilddrüsenanamnese • Kontrolle: TSH, T4, Thyreoideale-Peroxidase-Antikörper (TPO-AK), Thyreoglobulin-Antikörper (TAK oder Tg-AK); Palpation; Sonographie • bei subklinischer bzw. manifester Hypothyreose: sofortiger Therapiebeginn mit L-Thyroxin • TSH-Kontrolle alle 4–6 Wochen in der Schwangerschaft • Überprüfung der Substitutionstherapie nach der Geburt • Bei positiven TPO-Antikörpern und/oder TG-Antikörpern nach 4 Wochen TSH kontrollieren, anschließend alle 3 Monate im ersten Jahr → Risiko einer Postpartum-Thyreoiditis • Jodsupplementation während der gesamten Schwangerschaft und Stillzeit • Cave: Berücksichtigung der Jodzufuhr durch die Einnahme von Kombinationspräparaten mit L-Thyroxin und Jod!

Herausgeber und Anschrift:

Arbeitskreis Jodmangel e.V.
 1. Vorsitzender Prof. Dr. Roland Gärtner
 Organisationsstelle
 Leimenrode 29
 60322 Frankfurt am Main
 Tel.: 069 2470 6796
 E-Mail: akjodmangel.de
 www.jodmangel.de

Quellen:

- (1) Georg Thieme Verlag (2014): „Schilddrüsenfunktionsstörungen in der Schwangerschaft“
- (2) Bundesinstitut für Risikobewertung (2014): „Jod, Folat/Folsäure und Schwangerschaft“
- (3) Arbeitskreis Jodmangel e.V.: „Jodmangel in der Schwangerschaft und Stillzeit“
- (4) Arbeitskreis Jodmangel e.V. (2016): „Jodmangel und Jodversorgung in Deutschland – Aktuelles zum derzeitigen Versorgungsstand und Handlungsbedarf“
- (5) Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2011): „Erste einheitliche Handlungsempfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft“
- (6) Feldkamp J. (2016) Klug entscheiden: ...in der Endokrinologie. Dtsch Arztebl, 113(17)
- (7) Klinikum Uni München: „Endokrinologie: Schilddrüse und Schwangerschaft“
- (8) WHO (2007) „Reaching Optimal Iodine Nutrition in Pregnant and Lactating Women and Young Children“
- (9) Alexander P. et al. (2017): „2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum“, Thyroid, 27(3): 315-389