

Jodmangel hos gravide i Danmark trods mere end 15 års jodberigelse

LEDER

Laszlo Hegedüs

Ugeskr Læger
2016;178:V68698

Trods stort fokus herpå menes globalt ca. to milliarder mennesker stadig at lide af jodmangel [1]. Dette kan bl.a. medføre nedsat IQ, struma og nedsat stofskifte. Forudgået af velgennemførte undersøgelser, hvor man har afdækket let (Østdanmark) til moderat (Vestdanmark) jodmangel i Danmark, blev der i 2000 indført en jodberigelse af salt, fulgt af en løbende og stadig igangværende monitorering af den danske befolknings skjoldbruskkirtelrelaterede helsetilstand [2]. Selv om der er opnået stigende jodudskillelse, hvilket er et udtryk for øget jodindtagelse, ligger niveauet stadig under det anbefalede, som er en medianværdi på 100-199 mikrogram/liter for skolebørn og ikkegravide voksne [1, 2]. Dette gælder dog ikke for gravide, hvor urinjodkoncentrationen ifølge WHO ikke bør være under 150 (medianværdi: 150-499) mikrogram/liter [1].

Graviditet kræver en helt speciel opmærksomhed, da jodbehovet stiger i graviditeten pga. øget maternelt og føtal behov. Den anbefalede indtagelse hos ikkegravide er 150 mikrogram dagligt og tilrådes øget til 250 mikrogram dagligt ved graviditet. Ud over risikoen for føtal hypothyreose er det påvist, at let til moderat jodmangel i graviditeten er associeret med kognitive forstyrrelser hos afkommet. Det skal dog pointeres, at interventionelle studier stadig mangler at overbevise om, at jodtilskud forbedrer graviditetsudkommet i områder med let til moderat jodmangel [3].

Med ovennævnte baggrund er det indlysende at undersøge jodstatus p.t. hos gravide i Danmark. I en undersøgelse fra Østdanmark med en selekteret gruppe gravide, der var tilknyttet Hvidovre Hospital, har Kirkegaard-Klitbo *et al* [4] bekræftet nylige fund fra Vestdanmark (Aalborg). Den mediane urinjodkoncentration i Østdanmark var på 114 mikrogram/liter (25- og 75-percentiler: 67 og 175), og selv hos dem, som tog jodtilskud, opnåede majoriteten ikke den anbefalede urinjodkoncentration på ≥ 150 mikrogram/liter (medianværdi: 118; 25- og 75-percentiler: 79 og 196). I Vestdanmark var værdierne endnu lavere med en median urinjodkoncentration hos dem, som tog jodtilskud, på 109 mikrogram/liter (25- og 75-percentiler: 66 og 191). I begge regioner var værdierne selvsagt lavere hos dem, som ikke tog jodtilskud. De facto var værdierne hos de fleste gravide lavere end de anbefalede værdier hos ikkegravide [4].

Majoriteten af de gravide (> 80%) i begge regioner tog jodtilskud [4]. Forfatterne fandt, at kortere

maternel uddannelse, prækonceptionel overvægt og udenlandsk herkomst prædikerede manglende brug af jodtilskud. Pga. insufficient urinjodkoncentration selv hos dem, som tog jodtilskud, anbefalede forfatterne, at jodtilsætningen til salt øges. Inden dette uden videre implementeres, og uden at anfægte:

1) at urinjodkoncentrationerne giver et sandt billede af døgnurinudskillelsen af jod, og 2) at undersøgelsen er repræsentativ for andre gravide end de undersøgte, skal nogle forhold belyses bedre.

Langt de fleste gravide tog jodtilskud. Hvis jodtilsætningen til salt øges, vil det betyde, at en gruppe, flest ikkegravide, vil opnå urinjodkoncentrationer, der er højere end det anbefalede. Vi kender ikke de sundhedsøkonomiske konsekvenser af et sådant *trade-off* i forhold til effekt og mulige bivirkninger, som ville kræve vedvarende monitorering af den danske befolkning. Det bør også tages med i betragtningerne, at undersøgelser af jodtilskud (i form af thyroideahormontilskud) til gravide kvinder, der har urinjodkoncentrationer på 54-95 mikrogram/liter, ikke har vist nogen signifikant positiv effekt for den kognitive funktion hos afkommet i treårsalderen [3].

Selv om dette ikke er undersøgt i den pågældende population [4], tyder en række andre undersøgelser på, at jodmangel kun er en af mange mangler hos den beskrevne risikogruppe [5]. Således er der hos denne gruppe med stor sandsynlighed også jern-, folinsyre- og D-vitaminmangel, for blot at nævne nogle [5]. Inden ændring i en national strategi kunne den samlede medicinske risiko for moderen og barnet vurderes hos denne risikogruppe. De nævnte mangler kan samlet meget vel overskygge effekten af jodmangel, og problemet løses i givet fald ikke ved at tilsætte mere jod til salt. Disse forhold kan kun påvirkes, om overhovedet, ved en samlet indsats for den pågældende risikogruppe.

LITTERATUR

- Zimmermann MB, Gizak M, Abbott K *et al*. Iodine deficiency in pregnant women in Europe. *Lancet Diabet Endocrinol* 2015;3:672-4.
- Rasmussen LB, Carlé A, Jørgensen T *et al*. Iodine intake before and after mandatory iodization in Denmark: results from the Danish investigation of iodine intake and thyroid diseases (DanThyr) study. *Br J Nutr* 2008; 100:166-73.
- Taylor PN, Okosieme OE, Dayan JM *et al*. Therapy of endocrine disease: impact of iodine supplementation in mild-to-moderate iodine deficiency: systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol* 2013;170: R1-R15.
- Kirkegaard-Klitbo DM, Perslev K, Linding-Andersen S *et al*. Iodine deficiency in pregnancy is prevalent in vulnerable groups in Denmark. *Dan Med J* 2016;63(5):A5223.
- Milman N, Paszkowski T, Cetin I *et al*. Supplementation during pregnancy: beliefs and science. *Gynecol Endocrinol* 2016;32:509-16.

KORRESPONDANCE:

Laszlo Hegedüs,
Endokrinologisk
Afdeling M,
Odense Universitets-
hospital. E-mail:
laszlo.hegedus@rsyd.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterens ICMJE-
formular er tilgængelig
sammen med lederen på
Ugeskriftet.dk