

Leserbrief

Kochsalzkonsum in der Schwangerschaft

Leserbrief zu Beer M. Die Salzstrategie des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen. Schweiz Med Forum. 2014;14(4):48.

Mit Interesse habe ich die Ausführungen von Herrn Beer zur Salzstrategie des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen gelesen. Diese Strategie ist sicherlich in weiten Teilen gut belegt und unterstützungswürdig.

Dabei gerät die Gesundheitspolitik jedoch in ein Spannungsfeld zwischen wünschenswerter Simplifizierung, um weite Bevölkerungskreise zu erreichen, und einer Übersimplifizierung, die Personen verunsichert, die unseres besonderen Schutzes bedürfen. Dazu gehören unter anderem Schwangere. Hier ist einerseits gut belegt, dass eine Kochsalzreduktion nicht zu einer Senkung des Risikos einer schwangerschaftsinduzierten Hypertonie bzw. Präeklampsie beiträgt und sogar die Situation der Schwangeren beeinträchtigen kann [1]. Andererseits zeigen ältere Untersuchungen, die nicht ganz optimal nach heutigen Kriterien prospektiv randomisiert wurden, ein verbessertes Schwangerschaftsergebnis für Mutter und Kind in Bezug auf Präeklampsierate und kindliche Mortalität, wenn die Kochsalzzufuhr gesteigert wurde [2]. Eigene Untersuchungen, die dieses Thema wieder aufgreifen, lassen einen blutdrucksenkenden Effekt in Abhängigkeit von der Kochsalzzufuhr erkennen, wobei noch nicht alle molekularen Mechanismen abschliessend offengelegt sind [3]. Wir haben jedoch Hinweise, dass Aldosteronmangel eher zu einer hypertensiven Schwangerschaft führt und dass wir einen günstigen Einfluss auf eine solche Situation mit einer Kochsalzsupplementation auszuüben scheinen [4–6].

Aus den vorliegenden Daten kann derzeit also nicht geschlossen werden, dass die Kochsalzzufuhr in der Schwangerschaft gesenkt werden sollte. Wie viel Kochsalz in der Schwangerschaft wirklich optimal ist, muss derzeit noch offengelassen werden, sollte jedoch der persönlichen Präferenz der Schwangeren überlassen bleiben. Schwangere Frauen nehmen spontan höhere Kochsalzmengen zu sich [3], und es gibt derzeit also keinen Grund, sie daran zu hindern. Diese Einschätzung kommt entsprechend bereits in klinischen Empfehlungen, zum Beispiel NICE, zur Anwendung [7].

Eine wichtige Aufgabe einer jeden global angelegten Kampagne sollte es sein, einfühlsam auch auf relevante Subkollektive einzugehen. Da es sich um eine Verhaltensanpassung handelt, die ohne grössere pharmakologische Intervention möglich ist, sind dringend weitere Untersuchungen erforderlich, die charakterisieren, wie viel

Salz zu welchem Schwangerschaftszeitpunkt in welcher Risikosituation (frühere Präeklampsie, chronische arterielle Hypertonie, chronische Nierenerkrankung) sinnvoll ist. Da Studien zur Änderung der Salzzufuhr in der Schwangerschaft kein Interesse der pharmazeutischen Industrie erzielen werden, ist eine anderweitige Förderung unter anderem durch den Schweizerischen Nationalfonds und das Bundesamt für Gesundheit in dieser wichtigen Frage essentiell.

Markus Mohaupt

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Markus G. Mohaupt
Nephrologie, Hypertonie und Klinische Pharmakologie
Universität Bern
CH-3010 Bern
[markus.mohaupt\[at\]insel.ch](mailto:markus.mohaupt[at]insel.ch)

Literatur

- 1 Duley L, Henderson-Smart D, Meher S. Altered dietary salt for preventing pre-eclampsia, and its complications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;CD005548.
- 2 Robinson M. Salt in pregnancy. *Lancet*. 1958;1:178–81.
- 3 Gennari-Moser C, Escher G, Kramer S, Dick B, Eisele N, Baumann M, et al. Normotensive blood pressure in pregnancy: the role of salt and aldosterone. *Hypertension*. 2014;63:362–8.
- 4 Todkar A, Di Chiara M, Loffing-Cueni D, Bettoni C, Mohaupt M, Loffing J, et al. Aldosterone deficiency adversely affects pregnancy outcome in mice. *Pflugers Arch*. 2012;464:331–43.
- 5 Farese S, Shojaati K, Kadereit B, Frey FJ, Mohaupt M. Blood pressure reduction in pregnancy by sodium chloride. *Nephrol Dial Transplant*. 2006;21:1984–7.
- 6 Shojaati K, Causevic M, Kadereit B, Dick B, Imobersteg J, Schneider H, et al. Evidence for compromised aldosterone synthase enzyme activity in preeclampsia. *Kidney Int*. 2004;66:2322–8.
- 7 NICE guideline committee. Hypertension in pregnancy. NICE clinical guideline. 107:2010.