

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

First to know

Stute P

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2016; 10 (1)

(Ausgabe für Österreich), 20-21

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2016; 10 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 20-21

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Puchersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at



First to know

P. Stute

■ Besteht ein Zusammenhang zwischen Osteoporose und erhöhtem kardiovaskulärem Erkrankungsrisiko?

Värri M, Tuomainen TP, Honkanen R, et al. Carotid intima-media thickness and calcification in relation to bone mineral density in postmenopausal women – the OSTPRE-BBA study. *Maturitas* 2014; 78: 304–9.

Hintergrund

Viele ältere Frauen sind von Osteoporose und kardiovaskulären Erkrankungen betroffen. Es stellt sich die Frage nach einem metabolischen Zusammenhang.

Zusammenfassung

Die OSTPRE-BBA- („Kuopio Osteoporosis Risk Factor and Prevention-Bone Brain Atherosclerosis“-) Studie ist eine Querschnittsuntersuchung der finnischen prospektiven OSTPRE-Kohortenstudie an 290 Frauen im mittleren Alter von 73,6 Jahren, bei denen die A.-carotis-Intima-Media-Dicke (CIMT; Maximum und Mittel), der Koronarkalk (CAC; ja/nein) und die Knochendichte (BMD; T-Score) gemessen wurden. 54 % der Frauen hatten (früher oder jetzt) während ca. 4,5 Jahren eine Hormontherapie (HT) angewandt. 35 % waren adipös (BMI > 30). Die mittlere alimentäre Kalziumzufuhr betrug 762 mg/Tag.

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen T-Score des Schenkelhalses und mittlerer CIMT, wohl aber mit der maximalen CIMT (nach Adjustierung für Alter, BMI, HT, Blutdruck, Nikotin und Sport). Bei Frauen mit Osteoporose (T-Score < -2,5; n = 20) betrug die maximale CIMT $2,51 \pm 0,88$ mm. Bei Frauen mit normaler Knochendichte (T-Score > -1; n = 122) betrug die maximale CIMT dagegen nur $1,93 \pm 0,64$ mm (p = 0,001). Die maximale CIMT war bei HT-Anwenderinnen signifikant niedriger als bei Nichtanwenderinnen. Die Wahrscheinlichkeit für CAC war in der Osteoporose-Subgruppe 4x höher als in der knochengesunden Subgruppe (OR = 4,2; p = 0,038). Die alimentäre Kalziumzufuhr war bei Frauen ohne CAC signifikant höher als bei Frauen mit CAC (p = 0,004). HT und Sport (1 Stunde/Woche) hatten keinen Einfluss auf das Vorhandensein von Koronarkalk.

Kommentar

Die Ergebnisse bestätigen frühere Studien, die eine ungünstige Assoziation zwischen (niedriger) Knochendichte und (erhöhter) CIMT gezeigt haben [1–3]. Der genaue Pathomechanismus ist jedoch unklar. Der günstige Einfluss einer HT auf die CIMT bestätigt die Ergebnisse der ELITE-Studie, die eine geringere CIMT-Progression bei HT-Start innerhalb von 6 Jahren nach der Menopause zeigen konnte (Jahrestagung IMS 2014). Allerdings wird in der OSTPRE-BBA nicht nach HT-Startalter differenziert. Limitationen von OSTPRE-BBA sind, dass aufgrund der Selektionskriterien nur 2 % der ursprünglichen

OSTPRE-Kohorte eingeschlossen werden konnten, jedoch Frauen mit chronischen Erkrankungen oder bestimmten Medikationen (z. B. Statine, Bisphosphonate) nicht ausgeschlossen wurden. Aus klinischer Sicht lässt sich jedoch festhalten, dass Frauen mit Osteoporose nicht nur vor Frakturen geschützt werden müssen, sondern möglicherweise auch einem höheren kardiovaskulären Risiko ausgesetzt sind, das sich leicht mittels Risikokalkulatoren wie PROCAM (<http://www.assmann-stiftung.de/procam-studie/procam-tests/>) erfassen lässt.

Literatur:

1. Fodor D, Bondor C, Albu A, et al. Relation between intima-media thickness and bone mineral density in postmenopausal women: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J* 2011; 129: 139–45.
2. Hmamouchi I, Allali F, Khazzani H, et al. Low bone mineral density is related to atherosclerosis in postmenopausal Moroccan women. *BMC Public Health* 2009; 9: 388.
3. Tamaki J, Iki M, Hirano Y, et al. Low bone mass is associated with carotid atherosclerosis in postmenopausal women: the Japanese Population-based Osteoporosis (JPOS) Cohort Study. *Osteoporos Int* 2009; 20: 53–60.

■ Tod durch Absetzen einer HRT?

Mikkola TS, Tuomikoski P, Lyytinen H, et al. Increased cardiovascular mortality risk in women discontinuing postmenopausal hormone therapy. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100: 4588–94.

Der Autor hat die Daten persönlich am 14.11.2015 bei der DMG-Jahrestagung in Frankfurt (www.menopause-gesellschaft.de) präsentiert.

Hintergrund

Gemäß den internationalen Empfehlungen zur Hormonersatztherapie (HRT) soll deren Anwendungsdauer so kurz wie möglich sein [1]. Doch was passiert nach dem HRT-Stopp?

Zusammenfassung

In einer finnischen Registerstudie wurden 332.202 Frauen ≥ 40 Jahre, die im Zeitraum 1994–2009 eine HRT nach einer mittleren Anwendungsdauer von $6,2 \pm 6,0$ Jahren beendeten, während eines mittleren Follow-ups von $5,5 \pm 3,8$ Jahren weiterverfolgt. In diesem Zeitraum verstarben 5129 Frauen an den Folgen eines kardialen Ereignisses bzw. eines Apoplex.

Innerhalb des ersten Jahres nach HRT-Stopp waren – unabhängig von der HRT-Anwendungsdauer (\leq oder > 5 Jahre) – die Gesamtmortalität (SMR* 2,28, 95%-CI 2,23–2,34), das Risiko für einen kardialen Tod (SMR 1,26, 95%-CI 1,16–1,37) oder Tod nach Apoplex (SMR 1,63, 95%-CI 1,47–1,79) signifikant erhöht (p < 0,05). Unter Berücksichtigung des Alters bei HRT-Start traf diese Risikoerhöhung v. a. für die Frauen, die < 60 Jahre mit einer HRT begonnen hatten, zu, aber nicht für die Frauen, die > 60 Jahre bei HRT-Start waren.

Mehr als ein Jahr nach HRT-Stopp waren allerdings – für alle Frauen zusammen betrachtet – die Risiken für einen kardialen

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus dem „Newsletter“ der Deutschen Menopause Gesellschaft e.V.

*SMR = „standardized mortality ratio“ = Anzahl der beobachteten Todesfälle im Verhältnis zur erwarteten Mortalität infolge eines kardialen Ereignisses oder Apoplex

Tod oder Tod nach Apoplex signifikant erniedrigt. In der Subgruppe der Frauen, die < 60 Jahre (sog. günstiges Zeitfenster) mit einer > 5-jährigen HRT begonnen hatten, war jedoch auch noch mehr als ein Jahr nach HRT-Stopp ein signifikant erhöhtes Risiko für einen Tod nach einem Herzereignis (SMR 1,27, 95%-CI 1,14–1,41) bzw. Apoplex (SMR 1,67, 95%-CI 1,47–1,89) nachweisbar.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die gängige Empfehlung/Praxis, eine HRT nach 1 Jahr abzusetzen, um deren Indikation zu überprüfen, angesichts der erhöhten kardiovaskulären Mortalität innerhalb des ersten Jahres nach HRT-Stopp fragwürdig ist.

Kommentar

Die vorliegende finnische Registerstudie fokussiert mit der bisher größten Fallzahl auf das „Schicksal“ der HRT-Stopperinnen. Sie lässt grundsätzlich zwei Interpretationen zu:

(1) Der Risikoanstieg im ersten Jahr nach Absetzen einer HRT ist Ausdruck der Normalisierung eines durch die HRT verminderten Risikos. Der Effekt ist auch noch in den Folgejahren zu erkennen, wenn die HRT frühperimenopausal begonnen wurde, was das Konzept eines „günstigen Fensters“ unterstützt [2–5]. Für die Praxis hieße das, dass die HRT früh begonnen und von einer jährlichen Überprüfung der HRT-Indikation möglichst abgesehen werden sollte. Offen bleibt allerdings die Frage, wie lange die Einnahme ausgedehnt werden soll.

(2) Aus der Studie können keine praktischen Rückschlüsse gezogen werden, da mögliche andere – evtl. vaskuläre – Gründe für das Absetzen der HRT (z. B. KHK) und somit ein „Unhealthy-user“-Bias nicht miteinbezogen wurden. Diese Frage wäre nur durch eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) zu beantworten. Möglicherweise kann die nachträgliche Auswertung einer der bekannten RCTs genutzt werden, um die Zweifel, die die vorliegende Studie evtl. streut, zu korrigieren.

Literatur:

1. de Villiers TJ, Pines A, Panay N, et al. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 2013; 16: 316–37.
2. Salpeter SR, Walsh JM, Greyber E, et al. Brief report: Coronary heart disease events associated with hormone therapy in younger and older women. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 363–6.
3. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007; 297: 1465–77.
4. Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL, et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ* 2012; 345: e6409.
5. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA* 2007; 310: 1353–68.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Petra Stute
Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern
CH-3010 Bern, Effingerstrasse 102
E-Mail: petra.stute@insel.ch

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)