

# Erhöhtes KHK-Risiko bei subklinischer Hypothyreose

Mortalität insgesamt aber nicht erhöht

Welche Risiken mit einer subklinischen Hypothyreose verbunden sind, ist genauso umstritten wie die Frage, ob Screening und Behandlung sinnvoll sind oder nicht. Eine neue, an der SGIM-Jahresversammlung in Basel vorgestellte Studie spricht für ein erhöhtes KHK-Risiko bei erhöhtem TSH.

## RENATE BONIFER

Zum kardiovaskulären Risiko bei subklinischer Hypothyreose (erhöhtes TSH bei normalem T4) gibt es widersprüchliche Resultate in verschiedenen grossen Kohortenstudien. Auch Metaanalysen brachten bis anhin keine Klarheit, weil in den zugrunde liegenden Studien unterschiedliche TSH-Grenzwerte, unterschiedliche Korrekturfaktoren und unterschiedliche KHK-Definitionen verwendet wurden, sagte Dr. Nicolas Rodondi, Privatdozent an der Policlinique Médicale Universitaire Lausanne.

Um der Sache auf den Grund zu gehen, nahmen sich Rodondi und ein internationales Forscherteam aus der Schweiz, den Niederlanden, USA, Grossbritannien, Norwegen, Australien, Italien und Japan darum nicht die Studienresultate, sondern die individuellen TSH-Daten von 41 685 Teilnehmern aus 9 prospektiven Kohortenstudien zu KHK- und Mortalitätsrisiko vor und werteten sie neu aus. Die TSH-Werte dieser Personen waren jeweils zu Beginn der Studien einmal gemessen worden. TSH-Grenzwerte wurden wie folgt definiert: Ein TSH von 0,5 bis 4,49 mU/l galt als euthyreot, TSH-Werte zwischen 4,5 und 19,9 mU/l bei normalem freien T4 als subklinische Hypothyreose. Als KHK-Ereignisse wur-

den Herzinfarkte, KHK-Todesfälle und Spitaleinweisungen wegen akuter Angina pectoris oder koronarer Revaskularisierung gezählt. Unter den 41 685 Patienten fanden sich 2621 (6,3%) mit einer subklinischen Hypothyreose. Das Follow-up dauerte zwischen 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> und 20 Jahren.

In Relation zum TSH-Spiegel fanden sich höhere Risiken für KHK-Ereignisse und KHK-Mortalität bei höheren TSH-Werten, aber kein allgemein höheres Mortalitätsrisiko (siehe *Tabelle*). Betrachtete man nur diejenigen mit einem TSH von 10 bis 19,9 mU/l, die in der Folge keine schilddrüsenfunktionssteigernden Medikamente erhalten hatten, war das Risiko für KHK-Ereignisse und KHK-Mortalität gut doppelt so hoch (HR 2,26 bzw. 2,02) wie bei euthyreoten Personen. Der Zusammenhang zwischen erhöhtem TSH

78. SGIM-Jahrestagung  
Basel, 19. bis 31. Mai 2010

und dem Risiko von KHK-Ereignissen oder -Todesfällen schien unabhängig vom Alter zu sein, ebenso schienen das Geschlecht und vorbestehende KHK keine Rolle zu spielen.

Nicolas Rodondi verschwieg nicht, dass die Analyse der individuellen Patientendaten aus den 9 prospektiven Studien auch Schwächen aufweist. So war nur eine einzige TSH-Messung, jeweils zu Studienbeginn, verfügbar, und der Beginn einer schilddrüsenfunktionssteigernden Medikation, wie sie bei bis zu 12,6 Prozent der Personen erfolgte, verfälschte möglicherweise den wahren (eventuell also höheren) Einfluss einer subklinischen Hypothyreose auf das KHK- und Mortalitätsrisiko. Die Analyse der Daten von über 40 000 Patienten könne jedoch helfen, einen sinnvollen, einheitlichen Grenzwert für die Definition einer behandlungsbedürftigen subklinischen Hypothyreose zu finden, sagte Rodondi. Seiner Einschätzung nach liege diese Grenze bei einem TSH von 10 mU/l, sagte er uns in einem Gespräch nach seinem Vortrag an der SGIM-Jahresversammlung. Weil man aber keine wirklich harten Daten habe, brauche es eben letztlich doch eine randomisierte, kontrollierte Studie. Man sei bereits daran, diese zu planen und diskutiert offenbar zurzeit heftig darüber, wie tief man den TSH-Grenzwert bei den Einschlusskriterien für diese Studie ansetzen sollte.

Renate Bonifer

**Tabelle: KHK- und Mortalitätsrisiko nach TSH-Wert (Hazard Ratio)**

TSH	KHK-Ereignisse (p < 0,004)	KHK-Mortalität (p < 0,007)	Gesamtmortalität (nicht signifikant)
4,5–6,9 mU/l	1,07	1,11	1,08
7,0–9,9 mU/l	1,12	1,4	1,04
10–19,9 mU/l	2,0	1,64	1,13

Quelle: FM38: Rodondi, N: Should we screen for subclinical hypothyroidism? SGIM-Kongress, Basel, 20. Mai 2010