Kurzer und später Schlaf fördern Gestationsdiabetes

Wer schlecht schläft, läuft größere Gefahr chronisch zu erkranken. Auch viele Schwangere berichten von unruhigen Nächten. Wirkt sich das auf ihr Risiko aus, eine Hypertonie oder einen Gestationsdiabetes zu entwickeln?

Wie das Schlafverhalten das Erkrankungsrisiko Schwangerer mit Blick auf Hypertonie, speziell Präeklampsie und Eklampsie, und auf Gestationsdiabetes beeinflusst, hat eine Arbeitsgruppe um Francesca Facco, Universität Pitts-

burgh, untersucht. 901 Frauen (Nulliparae) nach der 16. und vor vollendeter 22. Schwangerschaftswoche nahmen an der Studie teil. Sie sollten sieben Tage lang ein Schlaftagebuch führen und bekamen ein Handgelenksgerät, mit dem das Schlafverhalten aktigrafisch aufgezeichnet wurde. Analysiert wurden Schlafdauer, Schlafmittelpunkt (Zeitpunkt in der Mitte zwischen Einschlaf- und Aufwachzeit), Wachzeiten nach Schlafbeginn und das Ausmaß der Schlaffragmentierung.

4,2% der Schwangeren entwickelten einen Gestationsdiabetes. Als aussagekräftige Größen für das Erkrankungsrisiko erwiesen sich Schlafdauer und Schlafmittelpunkt. Ein kurzer Schlaf von durchschnittlich weniger als sieben Stunden während der Hauptruhephase des Tages – bei knapp 28% der Probandinnen – er-

höhte die Diabetesgefahr im Vergleich zu den länger schlafenden Schwangeren um den Faktor 2,2. Schwangere, deren Schlafmittelpunkt nach fünf Uhr morgens lag, was auf fast jede fünfte zutraf, hatten ein 2,6-mal so hohes Risiko wie werdende Mütter, deren Schlafmittelpunkt auf eine frühere Uhrzeit fiel. Die Assoziationen zwischen den beiden Schlafparametern und dem Risiko für Gestationsdiabetes waren signifikant. Für Störungen der Blutdruckregulation (leichte, schwere oder Hypertonie-überlagernde Präeklampsie, Eklampsie oder antepartale Gestationshypertonie) war hingegen kein statistisch relevanter Zusammenhang mit dem Schlafverhalten festzustellen. „Unsere Ergebnisse zeigen eine Beziehung zwischen kurzem Schlaf sowie spätem Schlafmittelpunkt und Gestationsdiabetes“, so die Autoren. Die Daten sprächen dafür, dass beide Merkmale unabhängig zum Erkrankungsrisiko von Nulliparae beitrügen.

Dr. Robert Bublak

Facco FL et al. Objectively measured short sleep duration and later sleep midpoint in pregnancy are associated with a higher risk of gestational diabetes. Am J Obstet Gynecol 2017, online 6. Juni; doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.066

Frühes Adenokarzinom der Zervix: Wie soll man es behandeln?

Frühinvasive Adenokarzinome der Zervix stellen die behandelnden Gynäkologen vor ein Problem: Genügt die Konisation oder sollte hysterektomiert werden? Eine US-Studie hat versucht, die Frage zu beantworten.

Die deutsche S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom“ empfiehlt für Adenokarzinome der Zervix in FIGO-Stadien IA je nach Konstellation und Familienplanung eine Konisation, radikale Trachelektomie oder Hysterektomie. Lisa Bean et al., San Diego, haben anhand des SEER-Registers des Nationalen Krebsinstituts der USA die Vorgehensweisen und entsprechenden Prognosen analysiert. Daten von 1.900 Patientinnen mit Adeno- und 6.775 mit Plattenepithelkarzinomen der Zervix im Frühstadium gingen ein. Es zeigte sich, dass nur in 20% der Fälle von mikroinvasiven Adenokarzinomen der Zervix

(FIGO IA) eine Exzision erfolgt worden war. Vier von fünf Frauen hatten sich einer einfachen oder radikalen Hysterektomie unterzogen. Beim Adenokarzinom galt offenbar besondere Vorsicht, vermutlich weil es oft nicht leicht ist, die Invasionsstiefe zu bestimmen, und weil es Skip-Läsionen gibt – im Gegensatz zu den meist kontinuierlich wachsenden Plattenepithelkarzinomen. In der Überlebensstatistik schlug sich der Histologieunterschied aber nicht nieder. Fünf Jahre nach Diagnose und Therapie lebten noch 97,3% mit Adenokarzinomen im Stadium IA1 und 98,3% bei Stadium IA2. Bei Frauen mit Plattenepithelkarzinomen in den gleichen

Stadien lagen die Überlebensraten bei 96,7 und 95,6%. Ob als Therapie die Exzision oder einfache bzw. radikale Hysterektomie gewählt worden war, zeigte sich ebenfalls nicht an den Mortalitätsraten.

Positive Beckenlymphknoten hatten 0,97% der Frauen mit mikroinvasiven Adenokarzinomen, keine hatte befallene aortale Lymphknoten. Für Frauen mit Plattenepithelkarzinomen lagen die Raten bei 0,72 und 0,10%. „Wir präsentieren diese Daten als Beleg dafür, dass eine konservativere präoperative Planung bei mikroinvasiven Karzinomen angemessen ist“, folgern Bean et al. Dies gelte nicht nur für Frauen mit einer Plattenepithelhistologie, die noch schwanger werden wollen, sondern allgemein für Frauen mit frühen zervikalen Tumoren – also auch mit Adenokarzinomen ohne Invasion des lymphovaskulären Raums.

Dr. Robert Bublak

Bean LM et al. Survival of women with microinvasive adenocarcinoma of the cervix is not improved by radical surgery. Am J Obstet Gynecol 2017, online 15. Mai; doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.021