…, dass der Wunsch nach einem regelmässigen Mittagsschlaf nichts Gutes verheisst?

Das dringende Bedürfnis nach einem regelmässigen Mittagsschlaf, könnte ein tragischer, lebensbedrohender Vorbote sein. Wer dieses Bedürfnis verspürt sollte sich die Frage stellen, ob sie/er sich wirklich nur hinlegen will, oder sich hinlegen muss. Studienergebnisse einer britischen Forschungsgruppe zeigen einen Zusammenhang zwischen dem Mittagsschlaf und der noch verbleibenden Lebenszeit auf. Daraus kann interpretiert werden, dass der nahende Tod müde macht.

Forscher der Universität in Cambridge untersuchten 16'300 Frauen und Männer aus England in einer grossen prospektiven Kohortenstudie (EPIC). Die Befragung erfolgte 1999/2000 und beinhaltete die Auskunft über die Gewohnheiten eines regelmässigen Nickerchens tagsüber. Die Zeitdauer (länger oder kürzer als eine Stunde) wurde ebenfalls erfragt. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 62 Jahren und damit war ein grosser Anteil der Probandinnen und Probanden bereits im Rentenalter – mit genügend Zeit, sich eine Siesta gönnen zu können.

37 % der männlichen und 24 % der weiblichen Studienteilnehmer dokumentierten, dass sie sich tagsüber regelmässig zum Schlafen hinlegen. 90 % der Mittagsschläfer verbrachten jedoch weniger als eine Stunde im Bett. Die Auswertungen erfassten die Sterberaten der Tagesschläfer im Vergleich zu den reinen Nachtschläfern über 13 Jahre. Die Todesrate während der Beobachtungszeit betrug 20 % aller Studienteilnehmer. Erstaunlicherweise lag die Sterberate der Teilnehmer mit weniger als einer Stunde Dauer des Mittagsschlafs um 22 % höher im Vergleich zu den reinen Nachtschläfern. Bei den Tages-Langschläfern (mehr als eine Stunde Tagesschlaf) musste sogar eine um 54 % höhere Sterberate verzeichnet werden. Somit scheint die Sterberate um die Hälfte erhöht zu sein! Ein grosser Anteil des Unterschieds konnte jedoch mit einem insgesamt schlechteren Allgemeinzustand (höherer Anteil Adipositas, körperliche Inaktivität, doppelte Anzahl Raucherinnen und Raucher, doppelte Häufigkeit an nachgewiesenen koronaren Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, Asthma oder COPD) erklärt werden. Nach Korrektur dieser Einflussfaktoren zeigt sich ein weniger drastisches, aber immer noch deutliches Ergebnis. Die Sterberate der Kurz-Mittagsschläfer ist noch um 14 % erhöht, diejenige der Tages-Langschläfer um 32 %.

Betrachtet man die Todesursachen, dann zeigt sich eine deutlich erhöhte Sterberate für respiratorische Erkrankungen. Wird diese isoliert betrachtet, muss für ein regelmässiges Nickerchen tagsüber von weniger als einer Stunde eine Erhöhung von 40 % und bei längerer Schlafdauer von knapp 160 % in Kauf genommen werden (Am. J. Epidemiol. (2014; 179:1115–24).

Kommentar
Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass in unserer Gesellschaft eher multimorbide, ältere Menschen im Tagesverlauf so müde werden, dass sie sich hinlegen müssen. Sie scheinen an chronischen Erkrankungen, die die Lebenszeit verkürzen, zu leiden. Hintergrund einer solchen Tagesmüdigkeit kann eine bisher nicht erkannte COPD oder eine Schlafapnoe sein. Bei der Schlafapnoe ist ein direkter Zusammenhang zwischen dem unterbrochenen Nachtschlaf, der Tagesmüdigkeit und der Sterberate bekannt. Interessanterweise konnte gezeigt werden, dass die Sterberate der unter 65-jährigen und noch berufstätigen Tagesschläfer viel stärker erhöht ist im Vergleich zu den pensionierten Mittagsschläfern. Dies lässt sich erklären: Tagesmüdigkeit in jungen Jahren ist mit einem ernsthaften Gesundheitsproblem assoziiert – Rentner dürfen sich ein Nickerchen genehmigen, wenn sie sonst grad nichts Wichtiges zu tun haben, ohne dass der Tod gleich mit am Bettrand sitzt.
In südeuropäischen Ländern wäre diese Studie wahrscheinlich zu einem anderen Ergebnis gekommen. Viva la siesta. Es gibt tatsächlich

auch ähnliche Studien aus südlichen Ländern mit dem Nachweis, dass der Mittagsschlaf der Gesundheit zu Gute kommt! Absolut entscheidend scheint doch zu sein, ob der Mittagsschlaf gewollt und gewünscht ist, oder ob er genommen werden muss.
n.h.

…, dass Singles betreffend Krebs-Früherkennung benachteiligt sein können?

Diese Aussage konnte für Single-Männer für das Melanom-Risiko in einer Studie nachgewiesen werden. Melanome bei Menschen die in einer Partnerschaft leben werden deutlich früher entdeckt als bei Singles – dies scheint jedoch vor allem für Männer zu gelten. Frauen beobachten eigene Hautveränderungen besser und reagieren früher als Männer. Ärzte der Karolinska Universität in Stockholm haben diesen Zusammenhang für das Melanom inklusive die Korrelation des Zeitpunkts der Diagnose und des krebsspezifischen Überlebens untersucht.

In der Studie wurden prospektiv Daten des schwedischen Melanom- sowie Krebs- und Sterberegisters zwischen 1990 und 2007 untersucht. Siebenundneunzig Prozent aller diagnostizierten Hautmelanome konnten in die Untersuchung eingeschlossen werden. Somit konnten Daten von mehr als 27 000 Patientinnen und Patienten in die Studie einbezogen werden. Von den eingeschlossenen Personen waren mehr als 9 000 Männer die mit einer Partnerin zusammenleben und knapp 4 000 waren alleinstehend. Von den registrierten Frauen lebten mehr als 7 500 in einer Partnerschaft und mehr als 6 000 waren Singles.

Die Analyse konnte nachweisen, dass für alleinstehende Männer die Wahrscheinlichkeit, dass ein Melanom erst im Stadium II (anstatt im Stadium I) entdeckt wird, um 42 % höher ist, als bei Männern, die mit einer Partnerin zusammenleben. Die Odds-Ratio lag bei 1.42. Für diese Berechnungen wurden sowohl das Alter der Studienteilnehmer, der Zeitpunkt der Diagnose, die Tumorlokalisation, der Bildungsgrad und das Wohnumfeld berücksichtigt. Für die Single-Frauen war dieses Risiko mit einer Odds-Ratio von 1.15 weniger stark erhöht. Die späte Diagnose bei Single-Männern wirkte sich ebenfalls auf die krebsspezifische Sterberate aus. Unter Berücksichtigung der Faktoren Alter und Bildungsgrad lag die Hazard Ratio bei 1.48 und entsprach somit einer Erhöhung des Sterberisikos um knapp 50 % in einem Zeitraum von fast 20 Jahren. Nach zusätzlicher Berücksichtigung weiterer Parameter in der Regressionsanalyse inklusive des Tumorstadiums, der Tumordicke und des Ausmasses der Tumorzellinvasion konnte gezeigt werden, dass das krebsbedingte Sterberisiko für alleinstehende Männer signifikant erhöht bleibt mit einer Hazard Ratio von 1.31. Für Single-Frauen liess sich in dieser Analyse kein erhöhtes Sterberisiko nachweisen. (Ericsson H. et al., J. Clin. Oncol. 2013: epub).

Kommentar
Die Erklärungen dieser Untersuchungsergebnisse liegen auf der Hand. Frauen beobachten ihre Hautveränderungen besser und Männer, die in einer Partnerschaft mit einer Frau leben, haben eine grössere Chance, dass die Partnerin eine neu aufgetretene Hautveränderung entdeckt und den Partner auffordert, diese dem Hautarzt zu zeigen. Eine ähnliche Untersuchung für gynäkologische und/oder senologische Malignome ist nicht bekannt. Aufgrund dieser Ergebnisse könnte über eine spezifische verbesserte Früherkennung oder verbesserte Präventionsprogramme nachgedacht werden. *n.h.*

…, dass Beckenbodentherapie auch bei Senkungen höheren Grades effektiv ist?

Eine kürzlich im Lancet veröffentlichte Studie hat multizentrisch 447 Patientinnen mit Senkungen 1., 2. Und 3. Grades in eine physiotherapeutisch angeleitete Beckenbodentherapiegruppe oder in eine Kontrollgruppe, die nur eine Lifestyle Bro-

schüre mit Anweisungen für Senkungspatientinnen ohne Beckenbodentherapie erhielt, randomisiert (POPPY Trial).

Die Studienzentren waren in England, Australien und Neuseeland lokalisiert. Die Nachverfolgungszeit war 12 Monate und der primäre Endpunkt waren die subjektiven Senkungssymptome der Patientinnen, die mittels validiertem Fragebogen erfasst wurden.

Elektrostimulation und Biofeedback wurde in dieser Studie nicht angewendet.

Die meisten der eingeschlossenen Patientinnen hatten Senkungen des Stadiums 2 oder 3.

52 % der Patientinnen in der Interventionsgruppe und 17 % in der Gruppe ohne Physiotherapie fanden eine Verbesserung der Symptome nach 6 Monaten und 57 % gegenüber 45 % nach 12 Monaten ($p = 0.0125$). Eine Verschlimmerung der Beschwerden fand bei 9 % der Interventionsgruppe gegenüber 18 % der Kontrollgruppe statt.

Nebenwirkungen waren minim (vaginale Irritation 6×, Unterbauchschmerzen 1×, Skiunfall 1×) und traten bei acht Patientinnen auf.

Die Studie schlussfolgert, dass physiotherapeutisch angeleitete Einzeltherapie bei Patientinnen mit Senkungen nach 12 Monaten effektiv und sicher ist. (Hagen S.; Lancet 2014; 383:796–806).

Kommentar
Eine sicher sehr sorgfältige, interessante und neue Studie, die uns motivieren sollte, Patientinnen präoperativ einen Versuch mit Physiotherapie anzubieten. Gut beschrieben sind die Interventionen, die Anzahl der empfohlenen Kontraktionen und deren Länge und der Inhalt des Life-Style Blattes, das an die Kontrollgruppe abgegeben wurde.
Ungeklärt bleibt, wie lange der Effekt der Physiotherapie anhält; aus anderen Studien wissen wir, dass die Langzeitcompliance nach Physiotherapie schlecht ist und damit auch der Effekt der Muskelhypertrophie abnimmt, sprich, das ursprüngliche Problem wiederkommt. Negativ ausgedrückt könnte es bedeuten, dass die Beckenbodentherapie nur den Entscheid zur Operation verzögert und damit eigentlich die Therapie verteuert. Langzeitdaten, auf die wir sehr gespannt sind, fehlen hier noch. Die Physiotherapie kann die Muskulatur auftrainieren, nicht aber Faszienabrisse rückgängig machen.
Trotzdem bietet diese sorgfältige Studie eine gute Grundlage für eine Physiotherapieempfehlung bei Patientinnen mit Senkungsbeschwerden, wofür wir bisher keine gute wissenschaftliche Grundlage hatten.

a.k.

…, dass die Geburtseinleitung zwischen der vollendeten 38. und 40. Woche bei Frauen mit mildem Gestationsdiabetes (GDM) die Sectiorate nicht erhöht?

Patientinnen mit einem milden GDM (definiert anhand eines 3h 100g oGTT wo bei normalem Nüchternblutzucker 2 der 3 Werte erhöht waren) und Einlingsgravidität in Schädellage wurden in dieser prospektiven Studie ab 37+0 Wochen in zwei Gruppen unterteilt: eine Gruppe mit spontanem Wehenbeginn, die andere mit Geburtseinleitung. Der Geburtsmodus (vaginale Geburt vs. Sectio) wurde zwischen beiden Gruppen verglichen. Das Studienkollektiv wurde als Zweituntersuchung aus einer anderen Studie rekrutiert bzw. untersucht. Die Studie konnte zeigen, dass eine Einleitung ab ≥ 41 Wochen das Risiko einer Sectio, verglichen mit einer Einleitung ab 39+0 Wochen, um einen Faktor 3 erhöht. Desgleichen ist eine Einleitung mit 40+0 Wochen verglichen mit expektativem Management (Frauen welche einen spontanen Geburtsbeginn hatten zum gleichen Gestationsalter) mit einer signifikant höheren Sectiorate assoziiert. Dies gilt nicht für Einleitungen zwischen 37+0 und 39+0 Wochen. Das neonatale Outcome und die Prävalenz von Makrosomen (> 4 000g) oder LGA (> 90.Perzentile) waren gleich. (Sutton AL et al.; Am. J. Obstet. Gynecol. 2014: epub).

Kommentar
Die Erkenntnisse dieser amerikanischen Studie wurden schon in anderen Untersuchungen bei einem Normalkollektiv mit Übertragung nachgewiesen. Erstaunlich ist jedoch die Tatsache, dass gerade die Amerikaner in diesem sog. Risikokollektiv mit einem BMI bei Studieneinschluss von 30±5.0 kg/m^2 (!) eine Sectiorate von „nur" 13 % erreichen. Natürlich ist es für uns schwierig, diese Resultate auf unsere Realität zu übertragen, da wir keinen „milden" Gestationsdiabetes kennen bzw. nicht mit dem 100g oGTT screenen und entsprechend diese Einteilung nicht haben. Diese Studie zeigt aber, dass – obschon es sich offensichtlich um Frauen mit leichten metabolischen Störungen gehandelt hat – eine Übertragung (> 41 Wochen) sich ungünstig auf die Sectiorate auswirkt. Dies ist wichtig, da wir zunehmend Frauen mit GDM diagnostizieren und die Sectiorate im Allgemeinen schon zunimmt. Wir handhaben das ähnlich und leiten bei gut eingestelltem GDM spätestens am Termin ein, meistens ab 38 Wochen.

l.r.

…, dass NSAID's das Blutungsrisiko bei antikoagulierten Patientinnen verdoppelt?

Die in JAMA publizierten Zahlen sind beunruhigend. Sie stammen aus der EINSTEIN-DVT, und EINSTEIN PE-Studie, wo die langzeit-antikoagulierten Patienten randomisiert, mit Cumarin oder dem neuen oralen Antikoagulanz Rivaroxaban (Xarelto®) verglichen wurden. Allen Patienten wurde vom Gebrauch von NSAID's oder Aspirin abgeraten. Ein Viertel der unter NSAID's aufgetretenen schweren Blutungskomplikationen traten innert acht Tagen nach Beginn der NSAID-Einnahme auf (Tabelle 1). Die Blutungskomplikationen waren gleich häufig unter NSAID's wie auch Aspirin (Davidson, B.L. et al. JAMA Intern.Med. 2014; DOI1:10.1001/jamaintermet2014.946).

Tab. 1. Blutungsrisiko oral antikoagulierter Patientinnen mit NSAID oder Aspirin

Ereignis	Ereignis/100	Pat.-Jahr	OR (95%)
	NSAID	Keine NSAID	
Klinisch relevante Blutung	37.5	16.6	1.77 (1.46–2.56)
Schwere Blutung	6.5	2.0	237 (1.51–3.78)
	Aspirin	Kein Aspirin	
Klinisch relevante Blutung	35.6	16.6	1.77 (1.46–2.16)
Schwere Blutung	4.8	2.2	1.50 (0.86–2.62)

Kommentar
Obwohl in den Beipackzetteln vor Blutungen mit NSAID und Aspirin bei antikoagulierten Patientinnen gewarnt wird, scheinen viele Patientinnen diese Informationen nicht zu beachten. Die vorliegenden Zahlen sind klar und deutlich. Man sollte die Patientinnen informieren, dass auch ein gelegentlicher Gebrauch von NSAID's und Aspirin wegen Schmerzen, Kopfweh etc. vermieden werden sollten und ihnen eine Alternative anbieten, z.B. Acetoaminophen (Paracetamol).

m.k.h.