

Geny determinują występowanie niepowściągliwych wymiotów ciężarnych

Jak wskazują wyniki nowych badań, geny mają przynajmniej częściowy wpływ na występowanie znacznie nasilonych nudności i wymiotów w czasie ciąży definiowanych jako niepowściągliwe wymioty ciężarnych.

Naukowcy z University of Southern California-Los Angeles i University of California-Los Angeles przeprowadzili badanie obejmujące 207 kobiet, które będąc w ciąży pojedynczej doświadczyły niepowściągliwych wymiotów ciężarnych, wymagały dożylnego uzupełnienia płynów i miały przynajmniej jedną siostrę, która wcześniej była w ciąży. Porównywano udzielane przez nie odpowiedzi z informacjami uzyskanymi od ich 110 znajomych, które w czasie ciąży relatywnie rzadko doświadczały nudności.

Stwierdzono, że u kobiet, których siostry doświadczyły niepowściągliwych wymiotów w czasie ciąży, ryzyko wystąpienia tego powikłania było 17 razy większe, a w około 33% przypadków niepowściągliwe wymioty ciężarnych wystąpiły też u ich matek, w porównaniu do 7,7% w grupie kontrolnej. Wyniki sugerują, że także u babć zarówno ze strony matki, jak i ojca oraz matek i córek ryzyko wystąpienia nasilonych porannych nudności i niepowściągliwych wymiotów w czasie ciąży jest większe. Naukowcy uważają, że zjawiska tego nie można wyjaśnić samym faktem przebywania przez nie w tym samym środowisku ani występowaniem czynników międzypokoleniowych.

Niepowściągliwe wymioty ciężarnych mogą prowadzić do skrajnej utraty masy ciała i powodować niedożywienie i głód zarówno u matki, jak i rozwijającego się płodu. Według naukowców świadomość możliwości

istnienia wrodzonego czynnika genetycznego może doprowadzić do odkrycia genu predysponującego do występowania tego zaburzenia i umożliwić lekarzom leczenie jego przyczyny, a nie objawów. Na razie zaleca się zwracanie uwagi na fakt występowania niepowściągliwych wymiotów w rodzinie i odpowiednie leczenie ciężarnej.

Badanie było wspierane przez Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development.

Zhang Y, Cantor RM, Macgibbon K, et al. Familial aggregation of hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol.* October 23, 2010. Wydanie online przed drukiem.

Niewielka zmiana stylu życia zmniejsza ryzyko raka jelita grubego

Jak wskazują wyniki nowego duńskiego badania, stosowanie zdrowej diety, niepalenie, umiarkowane picie alkoholu (kobiety nie więcej niż 7, mężczyźni nie więcej niż 14 drinków w tygodniu), utrzymywanie obwodu w talii poniżej 89 cm u kobiet i 102 cm u mężczyzn i wykonywanie ćwiczeń fizycznych przez minimum 30 minut dziennie mogłyby zapobiec prawie jednej czwartej (23%) wszystkich rozpoznawanych co roku przypadków raka jelita grubego.

Naukowcy obserwowali ponad 55 000 mężczyzn i kobiet w wieku 50-64 lat przez prawie 10 lat. W trakcie trwania badania u 678 uczestników rozpoznano raka jelita grubego (420 przypadków raka okrężnicy i 258 raka odbytnicy). Uczestników badania sklasyfikowano pod względem liczby punktów przyznanych za styl życia (od 0 za najmniej zdrowy do 5 za najzdrowszy w odniesieniu do zaleceń). Stwierdzono, że 8% badanych otrzymało 0-1 punkt, 26% – 2 punkty, 40% – 3 punkty, 25% – 4 punkty, a tylko 1% otrzymał maksy-

malną liczbę 5 punktów. Liczba otrzymanych punktów pozostawała w liniowej zależności z łącznym ryzykiem wystąpienia raka jelita grubego i raka okrężnicy u kobiet i mężczyzn. Otrzymanie 4 punktów za styl życia wiązało się z 30% zmniejszeniem ryzyka raka jelita grubego.

Opierając się na przedstawionej zależności liniowej, naukowcy uważają, że wprowadzenie na początek tylko jednej zmiany w stylu życia przez wszystkich uczestników badania zapobiegłoby w około 13% rozwojowi raka jelita grubego. Jeśli zaś badani stosowaliby się do wszystkich 5 zaleconych zmian w stylu życia, liczba przypadków raka jelita grubego mogłaby zmniejszyć się o około 23%.

Kirkegaard H, Johnsen NF, Christensen J, et al. Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. *BMJ.* 2010;341:c5504.

Rasa może mieć wpływ na wystąpienie nawrotu raka macicy

Według naukowców z Henry Ford Hospital w Detroit u Afroamerykanek częściej dochodzi do nawrotu raka macicy niż u kobiet rasy kaukaskiej pomimo takiego samego sposobu leczenia.

Wyniki jednego z największych badań retrospektywnych tego typu, które objęło 750 kobiet z rakiem macicy w I i II stadium, wskazują, że pomimo przejścia całkowitej histerektomii lub histerektomii z następową radioterapią u Afroamerykanek istniało większe ryzyko nawrotu niż u kobiet rasy kaukaskiej. Mediana czasu do wystąpienia nawrotu w tej grupie wynosiła 1,2 roku.

Miejscem nawrotu u kobiet, które nie przeszły radioterapii, była przede wszystkim pochwa (74%). Naukowcy stwierdzili też, że czynnikami ryzyka nawrotu choroby po zakończeniu leczenia były wyższy stopień zaawanso-

wania i stadium raka oraz wiek (powyżej 65 roku życia).

Laser B, Robbins J, Haley M, et al. Long-term clinical outcomes and patterns of recurrence of 750 surgically staged patients with stages I-II endometrial carcinoma: a single institution experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010; 78 (3); suppl 1: S396–S397.

Młode kobiety o niskich dochodach osiągają zbyt duży przyrost masy ciała w czasie ciąży i nie zmniejszają jej po porodzie

Wyniki ostatniego badania wskazują, że prawie dwie trzecie (62%) młodych kobiet z mniejszości etnicznych o niskich dochodach zwiększają masę ciała w czasie ciąży powyżej maksymalnych zaleceń, a rok po porodzie ponad połowa (52%) nadal ma o 4,5 kg większą masę ciała.

W badaniu wzięło udział 427 kobiet w wieku 14–25 lat w ciąży pojedynczej, objętych prenatalną opieką medyczną w jednej z dwóch klinik stanowych. Były to głównie Afroamerykanki i Latynoski.

Według standardów wskaźnika masy ciała (BMI) około jedna czwarta tych kobiet miała przed ciążą nadwagę, a kolejna jedna czwarta była otyła. Wśród tych, które przed ciążą miały prawidłową masę ciała, rok po porodzie 4 na 10 miało nadwagę, a 1 na 20 była otyła. Ponad połowa z tych, które miały przed ciążą nadwagę, rok po porodzie była otyła.

Czynnikami przyczyniającymi się do większej utraty masy ciała po porodzie były: pochodzenie latynoskie i karmienie piersią.

Autorzy badania uważają, że otrzymane wyniki są niepokojące ze względu na młody wiek uczestniczek i duże prawdopodobieństwo posiadania przez nie w przyszłości kolejnych dzieci. Według nich wyniki te wskazują potrzebę interwencji wśród młodych kobiet z niskimi dochodami skierowanej na lepszą kontrolę masy ciała przed,

w czasie i po ciąży, w celu zapobiegania długotrwałej otyłości matek i związanych z nią chorób sercowo-naczyniowych, nadciśnienia, cukrzycy i choroby zwyrodnieniowej stawów.

Gould Rothberg BE, Magriples U, Kershaw TS, et al. Gestational weight gain and subsequent postpartum weight loss among young, low-income, ethnic minority women. *Am J Obstet Gynecol.* October 23, 2010. Wydanie online przed drukiem.

Czy ryzyko zgonu noworodka jest większe, jeśli poród przyjmuje położna?

Jak wynika z ostatniego prospektywnego badania kohortowego przeprowadzonego w Holandii, u dzieci kobiet będących w grupie małego ryzyka powikłań urodzonych pod nadzorem położnej może istnieć ponad dwa razy większe ryzyko zgonu okołoporodowego związanego z przebiegiem porodu (ryzyko względne [RR] 2,33, 1,12–4,83) i takie samo ryzyko przyjęcia na oddział intensywnej terapii noworodka jak u dzieci kobiet z grupy dużego ryzyka urodzonych pod nadzorem lekarza położnika.

Badaniem objęto ponad 37 000 porodów, z których w 60 przypadkach doszło do zgonu noworodka po urodzeniu, w 22 przypadkach zgon nastąpił podczas porodu, a w 210 przypadkach konieczne było przyjęcie noworodka na oddział intensywnej terapii. Spośród 210 noworodków przyjętych na ten oddział 17 zmarło. Ogólny wskaźnik umieralności okołoporodowej wynosił 2,62 na 1000 urodzonych dzieci i był istotnie wyższy w przypadku pierworódek niż wieloródek (RR 1,65, 95% przedział ufności [PU] 1,11–2,45).

Być może jeszcze bardziej alarmujące jest to, że u dzieci urodzonych pod opieką lekarza wezwanego w trakcie trwania porodu przez położną istniało prawie 4 razy większe ryzyko (RR 3,66, 1,58–8,46) zgonu okołoporodowego niż u noworodków, nad których porodem od początku czuwał lekarz. Ponadto ryzyko przyję-

cia tych dzieci na oddział intensywnej terapii było 2,5 razy większe (RR 2,51, 1,87–3,37).

Naukowcy zwracają uwagę, że istotnym ograniczeniem badania jest pozyskiwanie zsumowanych danych z dużego rejestru urodzeń, co uniemożliwiło ich skorygowanie pod względem czynników zakłócających i analizy skupień.

Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW, et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ.* 2010;341:c5639.

Starsi ludzie jedzący czekoladę mogą mieć zdrowsze serce

Naukowcy z Australii odkryli, że u kobiet powyżej 70 roku życia, które przyznają się do jedzenia czekolady (porcja równoważna około 1 filiżance gorącego kakao) przynajmniej raz w tygodniu istnieje o 35% mniejsze ryzyko hospitalizacji lub śmierci z powodu chorób serca w ciągu 10 lat i prawie o 60% mniejsze ryzyko hospitalizacji lub śmierci z powodu niewydolności serca.

Autorzy badania dokonali przeglądu danych zebranych od 1216 starszych kobiet, które określiły, jak często i ile jedzą czekolady. Następnie kobiety zostały obserwowane pod kątem hospitalizacji i zgonu z powodu chorób serca.

Około połowa kobiet podała, że zjada mniej niż 1 porcję czekolady na tydzień. W okresie obserwacji stwierdzono, że 90 kobiet z tej grupy zostało hospitalizowanych lub zmarło z powodu chorób serca w porównaniu z 65 z grupy, która jadła czekoladę częściej.

Podobna zależność dotyczyła niewydolności serca, gdzie w grupie kobiet rzadko jedzących czekoladę zachorowało 35 kobiet w porównaniu z 18 z grupy jedzących czekoladę co najmniej raz w tygodniu.

Chociaż naukowcy zebrali w jedną grupę kobiety jedzące czekoladę co-

dziennie i te, które jadły ją przynajmniej raz w tygodniu, analizowali też każdą z tych grup osobno i odkryli, że obie grupy radziły sobie podobnie, co sugeruje, że wystarczy spożywać 1 porcję czekolady tygodniowo.

Uważa się, że swoje korzystne działanie czekolada zawdzięcza zawartym w niej flawonoidom.

Lewis JR, Prince RL, Zhu K, et al. Habitual chocolate intake and vascular disease: a prospective study of clinical outcomes in older women. *Arch Intern Med.* 2010;170(21):1857–1858.

Liczba kilogramów może nie być tak ważna jak sprawność ogólna

Według ostatniego badania z Teksasu kobiety z wysokim poziomem wydolności fizycznej, niezależnie od masy ciała, cechuje mniejsza umieralność ogólna niż ważące mniej kobiety z gorszą kondycją.

Naukowcy obserwowali w sumie 11 335 kobiet, u których w latach 1970–2005 przeprowadzono podstawowe badania przedmiotowe obejmujące pomiary wskaźnika masy ciała (BMI), obwodu brzucha, wskaźnika talia-wzrost i talia-biodra, procentowej zawartości tłuszczu w organizmie oraz test wysiłkowy na bieżni. Kobiety podzielono pod względem kondycji na grupy o niskiej (najniższa 20%), umiarkowanej (średnia 40%) i wysokiej (najwyższa 40%) wydolności fizycznej oraz według standardowych klinicznych punktów odciążenia dla otyłości.

Stwierdzono, że u kobiet z umiarkowaną i wysoką wydolnością fizyczną istnieje mniejsze ryzyko zgonu niż u kobiet z niską wydolnością (iloraz zagrożeń [HR] odpowiednio 0,60 i 0,54). Chociaż współczynnik zgonów dla otyłych kobiet był nieco wyższy niż dla kobiet o prawidłowej masie ciała (statystycznie istotnie w odniesieniu do BMI, procentowej zawartości tłuszczu w organizmie oraz wskaźnika talia-wzrost), to u kobiet z wyższą wydolnością fizyczną i jednocześnie

większą procentową zawartością tłuszczu w organizmie, większym obwodem w talii i wyższym wskaźnikiem talia-wzrost ryzyko zgonu było podobne do ryzyka u kobiet z dobrą kondycją i prawidłową masą ciała.

Naukowcy uznali, że stosowanie samych kryteriów otyłości do przewidywania umieralności ogólnej może być mylące i należy także uwzględniać wydolność fizyczną kobiet.

Farrell SW, Fitzgerald SJ, McAuley PA, et al. Cardiorespiratory fitness, adiposity, and all-cause mortality in women. *Med Sci Sports Exerc.* 2010; 42 (11): 2006–2012.

Wiarygodność domowych testów płodności została podważona

Wyniki małego badania przeprowadzonego przez University of North Carolina w Chapel Hill School of Medicine sugerują, że lekarze powinni informować pacjentki w wieku reprodukcyjnym o braku wiarygodności testów płodności stosowanych w domu do oceny dni płodnych. Naukowcy stwierdzili, że wyniki takich testów, reagujących na stężenie hormonu FSH (folikulotropina), często mylnie wskazują dni płodne jako niepłodne.

Badanie objęło 100 kobiet w wieku powyżej 30 roku życia, które próbowały zajść w ciążę. Analizując stężenia hormonu FSH, które wg testów uznane były za nieprawidłowe, naukowcy stwierdzili, że wyniki testów nie zawsze pozostawały w korelacji ze zmniejszonym prawdopodobieństwem zajścia w ciążę.

Odkryli także, że lepszym wyznacznikiem płodności niż hormon FSH jest hormon AMH (antimüllerian hormone). Niestety, obecnie jedynym sposobem określenia stężenia tego hormonu jest badanie krwi.

Podsumowując, autorzy badania stwierdzili, że chociaż popularne domowe testy płodności nie są zupełnie bezwartościowe, być może trzeba będzie ponownie ocenić punkty odciążenia

kwalifikujące kobietę jako niepłodną lub wynaleźć nowy rodzaj testu.

Study raises concerns about ability of tests to predict fertility [news release]. Chapel Hill, North Carolina. University of North Carolina School of Medicine Office of Public Affairs and Marketing; October 26, 2010. <http://www.med.unc.edu/www/news/2010/october/study-raisesconcern-about-ability-of-tests-to-predict-fertility/>.

Skuteczność tamoksyfenu/radioterapii w leczeniu chorych po miejscowym usunięciu DCIS

U chorych na raka przewodowego *in situ* (ductal carcinoma *in situ*, DCIS), leczonych doszczętnym miejscowym usunięciem ogniska nowotworu, radioterapia zmniejsza o około 60–70% częstość występowania nowych zmian zarówno raka inwazyjnego, jak i DCIS, w tej samej piersi w porównaniu z chorymi, których nie napromieniano. W przeciwieństwie do wyników uzyskanych początkowo stwierdzono też, że zastosowanie tamoksyfenu zmniejsza o 30% częstość występowania nowych zmian oraz nawrotów DCIS w tej samej piersi, a także o około 55% w drugiej piersi. Spostrzeżenia te pochodzą z uaktualnionej analizy odległych wyników badania UK/ANZ (United Kingdom, Australia, and New Zealand) DCIS.

Do randomizowanego badania o modelu czynnikowym 2×2 włączano kobiety po operacji doszczętnego wycięcia DCIS. Leczono je napromienianiem, tamoksyfenem lub obiema metodami. Stosowano dawkę promieniowania wynoszącą 50 Gy podzieloną na 25 frakcji podawanych przez 5 tygodni (2 Gy/24 h w dni robocze). Tamoksyfen podawano w dawce 20 mg/24 h przez 5 lat.

W okresie od maja 1990 r. do sierpnia 1998 r. 1701 kobiet przydzielono losowo do grupy otrzymującej radioterapię i tamoksyfen, grupy wyłącznie napromienianej, grupy otrzymującej wyłącznie tamoksyfen i grupy bez leczenia adiuwantowego. Po zakończe-

niu badania dostępne były dane 1694 uczestniczek.

W trakcie obserwacji, trwającej średnio 13 lat, stwierdzono rozwój 376 raków piersi: 163 inwazyjnych (122 w tej samej piersi vs 39 w drugiej), 197 DCIS (174 w tej samej piersi vs 17 w drugiej) i 16 raków, dla których nie określono inwazyjności ani wystąpienia w tej samej lub drugiej piersi. Radioterapia zmniejszyła częstość występowania wszystkich nowych zmian w piersi (iloraz zagrożenia [hazard ratio, HR] 0,41, 95% przedział ufności [PU] 0,30-0,56, $p < 0,0001$), w tym częstość wystę-

powania ognisk raka inwazyjnego w tej samej piersi (HR 0,32, 95% PU 0,19-0,56, $p < 0,0001$) oraz DCIS w tej samej piersi (HR 0,38, 95% PU $< 0,22-0,63$, $p < 0,0001$). Nie stwierdzono wpływu napromieniania na częstość występowania ognisk nowotworowych w drugiej piersi (HR 0,84, 95% PU 0,45-1,58, $p = 0,6$).

Leczenie tamoksyfenem zmniejszyło częstość występowania wszystkich nowych zmian w piersi (HR 0,71, 95% PU 0,58-0,88, $p = 0,002$), w tym częstość nawrotów DCIS w tej samej piersi (HR 0,70, 95% PU 0,51-0,86, $p = 0,03$) i występowania ognisk no-

wotworowych w drugiej (HR 0,44, 95% PU 0,25-0,77, $p = 0,005$). Stosowanie tamoksyfenu nie wpłynęło natomiast na rozwój ognisk raka inwazyjnego w tej samej piersi (HR 0,95, 95% PU 0,66-1,38, $p = 0,8$).

Działanie radioterapii było podobne, niezależnie od leczenia tamoksyfenem, natomiast wpływ tamoksyfenu obserwowano jedynie u kobiet, których nie napromieniano.

Cuzick J, Sestak I, Pinder SE, et al. Effect of tamoxifen and radiotherapy in women with locally excised ductal carcinoma in situ: long-term results from the UK/ANZ DCIS trial. *Lancet Oncol.* 2011; 12 (1): 21-29.