






Periskop

Warum das? Vor 30 Jahren bestand eine klare Dichotomie zwischen Mann und Frau in den Gesundheitsberufen. Was hat sich seither geändert? Volkszählungsdaten aus 1971 und 2001 für die Altersgruppe 19–44 Jahre ergaben in Neuseeland folgendes: 10 ehemals männerdominierte (90%) Berufe reduzierten sich 2001 um 11% für Chirurgen, um 45% für Gynäkologen und 62% für Optometristen. Im Gegensatz dazu blieben ehemals frauendominierte Berufe auch 2001 «female dominated». «Equal opportunities» gilt nur für Frauen im Sinne eines Einbruchs in die ehemals von Männern dominierten Bastionen. Das Umgekehrte findet nicht statt. – *Grant V, et al. Sex ratios in healthcare occupations. Population based study. BMJ 2004;328:141–2.* 

Die meisten Patienten mit **metastasierendem Prostatakarzinom** erhalten eine Therapie, die die androgenassoziierte Krebszellproliferation blockiert – und irgendwann werden sie resistent gegen diese Therapie. Warum das? Die einzige Veränderung, die mit dieser Resistenz eintritt, ist die zwei- bis fünffache Vermehrung des Androgenrezeptors mRNA. Als Folge davon werden die Krebszellen supersensitiv auf Androgene – statt unabhängig davon. Antiandrogene können sogar die Androgenfunktion begünstigen statt bremsen. Bereits sind Studien im Gang, die den Androgenrezeptor bleibend vermindern und damit die sekundäre Resistenz umgehen sollten. Wer gewinnt das Rennen? – *Isaacs JT, Isaacs WB. Androgen receptor outwits prostate cancer drugs. Nature Medicine 2004;10:26–7 (Chen CD. Nature Medicine 2004;10:33–9).* 

SARS. Wenige Monate nach dem Ausbruch 2003 haben Forscher in China, in Kanada und in den USA verschiedene Ansätze für eine Vakzine weit vorangetrieben: China aus inaktiviertem SARS-Virus, Kanada eine akzelerierte *Vaccine Initiative* und die US-Forscher eine SARS-Vakzine, die protektive Antikörper im Tierversuch auslöst. Die Vakzinen werden indessen kaum schon in diesem Winter verfügbar sein, um so weniger, als die Herstellung der Vakzinen erhebliche Gefahren birgt (biohazard level 3). Und die Langzeit-Effekte der Vakzinen sind noch nicht getestet! – *Lo P. SARS vaccine in the fast track. Nature Medicine 2004;10:9.* 

14824 Männer und Frauen im Alter von 42–82 Jahren wurden in eine Studie aufgenommen, die das **Frakturrisiko** durch quantitativen **Ultraschall des Kalkaneus** (BUA, broadband ultrasound attenuation) abschätzte. In einem Follow-up von im Mittel 1,9 Jahren traten 121 Frakturen auf, davon 31 Schenkelhalsfrakturen. Patienten der untersten 10% BUA zeigten ein relatives Risiko von 4,44 im Vergleich mit jenen der obersten 30% der Verteilung. Der Abfall der BUA um 1 SD (20 db/MHz) führte zu einem relativen Frakturrisiko von 1,95 – unabhängig von Alter, Sex, Gewicht, Grösse, Rauchen und früherer Frakturanamnese. Zwei Fragen bleiben offen: Massenscreening? Intervention? 1 Stunde marschieren pro Woche? Vitamin D? (Von Biphosphonaten ist nicht die Rede.) Für 2050 werden im UK bis zu 130000 Schenkelhalsfrakturen erwartet! – *Kay-Tee Khaw, et al. Prediction of total and hip fracture risk in men and women by quantitative ultrasound of the calcaneus. Lancet 2004;363:197–202.* 

Das *Institute of Medicine* der USA hat beschlossen, dass die Wirksamkeit der Behandlung älterer Männer mit tiefnormalen Testosteronwerten (300–400 ng/dl oder 10,4–13,9 nmol/l) nicht genügend gesichert ist, um auf Langzeitstudien einer **Testosteron-Verabreichung** einzutreten: 1) Testosteron sollte nur bedacht werden, wenn bei einem älteren Mann um 65 Jahre das Gesamttestosteron eindeutig vermindert ist (<200 ng/dl oder <6,9 nmol/l). Trifft dies zu, stellt sich die Frage nach einem sekundären Hypogonadismus. 2) Patienten, die mit Testosteron therapiert werden, sind sorgfältig zu kontrollieren. Ziel der Therapie sind vorderhand Werte von 300–450 ng/dl resp. 10,4–15,6 nmol/l. 3) Die Patienten sind auf Exazerbation testosteronabhängiger Erkrankungen (z.B. Prostatakarzinom, Hepatotoxizität etc.) zu kontrollieren. ... Wenn's denn schon sein muss! – *Snyder PJ. Hypogonadism in elderly men – what to do, until evidence comes. N Engl J Med 2004;363:440–2 (und 482–92).* 

Périscopes

Pourquoi cela? Il y a 30 ans, régnait une dichotomie franche entre l'homme et la femme dans les professions de la santé. Qu'est-ce qui a changé depuis? La comparaison des données des recensements populaires de 1971 et 2001 pour les classes d'âge 19 à 44 ans en Nouvelle-Zélande a donné ce qui suit: 10 professions dominées au départ par les hommes (90%) ont diminué en 2001 de 11% pour les chirurgiens, 45% pour les gynécologues et 62% pour les optométristes. Les professions dominées au départ par les femmes le sont par contre restées. L'égalité des chances ne vaut pour les femmes que dans le sens d'une prise d'assaut des bastions jusqu'ici dominés par les hommes. L'inverse ne se produit pas. – *Grant V, et al. Sex ratios in healthcare occupations. Population based study. BMJ 2004;328:141-2.*



Les patients ayant un **carcinome prostatique avec métastases** reçoivent pour la plupart un traitement bloquant la prolifération des cellules cancéreuses sous l'effet des androgènes, et deviennent tôt ou tard résistants à ce traitement. Pourquoi? La seule modification se produisant avec cette résistance est la multiplication par deux à cinq du récepteur ARNm des androgènes. En conséquence, les cellules cancéreuses deviennent hypersensibles aux androgènes dont elles ne sont plus indépendantes. Les antiandrogènes peuvent même stimuler la fonction des androgènes au lieu de la freiner. Des études sont déjà en cours dans le but de diminuer en permanence le récepteur des androgènes et contourner ainsi la résistance secondaire. Qui gagnera? – *Isaacs JT, Isaacs WB. Androgen receptor outwits prostate cancer drugs. Nature Medicine 2004;10:26-7 (Chen CD. Nature Medicine 2004;10:33-9).*



SARS. Quelques mois après l'épidémie de 2003, des chercheurs de Chine, du Canada et des Etats-Unis ont fait progresser différentes options en vue d'un vaccin. En Chine, se prépare un vaccin à partir de SARS inactivé et au Canada une *Initiative Vaccine* accélérée. Aux Etats-Unis, les chercheurs étudient en expérimentation animale un vaccin SARS déclenchant la production d'anticorps protecteurs. Ces vaccins ne seront cependant pas disponibles cet hiver déjà, et ceci d'autant plus que la production de ces vaccins cache de grands dangers (biohazard level 3). De plus, les effets à long terme de ces vaccins n'ont pas encore été testés! – *Lo P. SARS vaccine in the fast track. Nature Medicine 2004;10:9.*



14824 hommes et femmes âgés de 42 à 82 ans ont été incorporés dans une étude qui s'est intéressée au **risque de fracture par échographie quantitative du calcaneum** (BUA, broadband ultrasound attenuation). Après un suivi de 1,9 ans en moyenne, ont été décomptées 121 fractures dont 31 du col du fémur. Selon la répartition statistique, les patients de la tranche 10% du BUA le plus faible ont eu un risque relatif de 4,44 comparativement à ceux de la tranche supérieure de 30%. La baisse du BUA de 1 DS (20 db/MHz) a entraîné un risque relatif de fracture de 1,95, indépendamment de l'âge, du sexe, du poids, de la taille, de la fumée et de l'anamnèse d'anciennes fractures. Deux questions restent ouvertes: dépistage de masse? intervention? une heure de marche par semaine? vitamine D? (pas question de bisphosphonates). Jusqu'à 130000 fractures du col du fémur sont attendues au Royaume-Uni pour 2050! – *Lancet 2004;363:197-202.*



L'Institute of Medicine des Etats-Unis a décidé que l'efficacité du traitement d'hommes âgés ayant des concentrations de testostérone basses-normales (300-400 ng/dl ou 10,4-13,9 nmol/l) n'est pas suffisamment garantie pour aborder le **traitement de testostérone** dans des études à long terme: 1) La testostérone ne doit être envisagée que si la testostérone totale est très nettement abaissée chez un homme de 65 ans (<200 ng/dl ou <6,9 nmol/l). Auquel cas il faut se poser la question d'un hypogonadisme secondaire. 2) Les patients traités par testostérone doivent être contrôlés de près. Le but du traitement est d'atteindre des valeurs de 300-450 ng/dl, ou 10,4-15,6 nmol/l. 3) Les patients doivent être contrôlés quant à l'exacerbation de pathologies dépendant de la testostérone (par ex. cas de la prostate, hépatotoxicité, etc.). S'il doit en être ainsi! – *Snyder PJ. Hypogonadism in elderly men - what to do, until evidence comes. NEJM 2004;363:440-2/482-92.*

