

Periskop

Schon wieder **Homozystein!** Zwei Studien belegen eine Assoziation zwischen hohem Homozysteinspiegel und **osteoporotischen Frakturen**: die eine an 2406 Personen >55 Jahre, die andere an 825 Männern und 1174 Frauen, 59- bis 91jährig. Das Risiko stieg je nach Homozysteinspiegel von der niedrigsten Quartile von 1,96, für die 2. Quartile auf 3,24, für die dritte auf 4,43 und für die höchste Quartile auf 8,14 Femurfrakturen pro 1000 Personenjahre. Die entsprechenden Zahlen für Frauen lauten: 9,42; 7,01; 9,58 und 16,57. Erhöhte Homozysteinwerte sind assoziiert mit erhöhtem Frakturrisiko – aber wie? Ist Homozystein Schuldiger oder «innocent bystander»? Abhängig vom Ernährungszustand? Von der Folsäure? Oder reflektiert es nur den Östrogenmangel? Vorläufig bleibt's bei einem von vielen Risikofaktoren! – *Van Meurs JBJ, McLean EE, et al. Homocystein levels and the risk of osteoporotic fractures / Homocystein as a predictive factor for hip fracture in older persons. N Engl J Med 2004;350:2033-41/2042-9.*

Zur Nachahmung empfohlen?? **Simvastatin** 10 mg ist seit Juli 2004 im UK frei «über den Ladentisch» verkäuflich – auf Empfehlung des «Committee for Safety of Medicines». Noch fehlen Studien, die die Compliance im Langzeitgebrauch untersuchen; werden die, die sich an Simvastatin vergreifen, auch etwas tun, ihren «lifestyle» zu ändern? Aufhören zu rauchen? Oder ersetzen sie alles mit Pillen? Wird der Apotheker Zeit finden, das Risiko abzuschätzen, ehe er's ihnen verkauft? Aus all diesen Gründen sind entsprechende Gesuche in den USA abgelehnt worden. Überdies: 71 Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren müssten 3 bis 5 Jahre behandelt werden, um einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu verhindern! Nicht zur Nachahmung empfohlen! – *OTC statins: a bad decision for public health. Lancet 2004;363:1659.*


Screening auf Suizid-Risiko in der Primärversorgung? Suizid ist in den USA für 1,3% der Todesfälle verantwortlich – mehr als HIV und AIDS! Und 500000 Individuen benötigen jährlich Notfallbehandlung nach Suizidversuchen. Die «Preventive Task Force» der USA (USPSTF) hat die Literatur durchforscht – und keine einschlägigen Arbeiten gefunden. Sie fand keine Evidenz, dass Screening auf Suizid das Risiko für Suizidversuche reduziert; keinerlei Evidenz,


dass Screening-Werkzeuge Leute mit hohem Risiko identifizieren; keinerlei Evidenz, dass entsprechende Behandlung Leute mit hohem Risiko von Suizid oder Suizidversuchen abhält. Das ist wenig. Dem Arzt bleibt nur, seine mitmenschlichen Qualitäten einzusetzen und danach zu handeln – und auf Evidenz und Finnland zu warten! – *USPSTF. Screening for suicid risk: recommendation and rationale. Ann Intern Med 2004;140:820-1/822-35/853-6.*

Chronische, thromboembolische pulmonale Hypertonie (CTPH) gilt als seltene Langzeitkomplikation nach Lungenembolien. Stimmt das? 223 Patienten mit einer erstmaligen Lungenembolie ohne Grundkrankheit wurden in eine Studie aufgenommen. Die kumulative Inzidenz einer CTPH betrug 1% nach 6 Monaten; 1% nach 1 Jahr; 3,8% nach 2 Jahren. Danach traten bei Patienten, die länger beobachtet wurden, keine CTPH mehr auf. Risikofaktoren sind: vorangehende Lungenembolie mit einer OR von 1,90; jüngerer Alter mit einer OR 1,79 pro Dekade; grössere Perfusionsdefekte (OR 2,22 pro Dezile Perfusionsausfall) und idiopathische LE bei der ersten Präsentation (OR 5,70). CTPH ist mit rund 4% um einiges häufiger, als die 0,1% der Literatur glauben macht! – *Pengo V, et al. Incidence of chronic thromboembolic pulmonary hypertension after pulmonary embolism. N Engl J Med 2004;350:2257-64.*


«Normales» **Prostata-spezifisches Antigen** (PSA). Was heisst «normal»? Der Konsens sagt bis 4,0 ng/ml. Weiter: 2,5 ng/ml haben denselben Voraussagewert wie 4,0 ng/ml. Also: Norm bis 4,0 ng/ml. Von rund 18000 Männern einer Studie erhielten 9459 Plazebobehandlung, jährliche PSA-Bestimmung und rektale Palpation. 2950 hatten zu keiner Zeit ein PSA >4,0 ng/ml oder eine abnorme Rektalpalpation, hatten eine abschliessende PSA-Bestimmung und eine Prostatabiopsie. 449 von 2950 (15,2%) hatten ein Prostatakarzinom. Die Prävalenz eines Prostatakarzinoms war bei einem PSA >0,5 ng/ml 6,6%; bei 0,6–1,0 ng/ml 10,1%; bei 1,1–2,0 ng/ml 17,0%; bei 2,1–3,0 ng/ml 23,9% und bei 3,1–4,0 ng/ml bei 26,9% → das Prostatakarzinom ist bei Männern mit einem PSA <4,0 ng/ml keineswegs selten, auch wenn das einem «Normwert» entspricht! – *Thompson IM, et al. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate specific antigen level <4.0 ng/ml. N Engl J Med 2004;350:2239-46.*


Périscopes


Encore l'**homocystéine**! Deux études confirment une association entre hyperhomocystéinémie et **fractures ostéoporotiques**: la première chez 2406 personnes de >55 ans et la seconde chez 825 hommes et 1174 femmes de 59-91 ans. Le risque augmente en fonction de l'homocystéinémie pour le quartile le plus bas à 1,96, pour le 2^e quartile à 3,24, pour le 3^e à 4,43 et pour le dernier à 8,14 fractures du fémur/1000 années-personnes. Les mêmes chiffres pour les femmes sont: 9,42, 7,01, 9,58 et 16,57. L'hyperhomocystéinémie est associée à un risque accru de fractures – mais comment? L'homocystéine est-elle coupable ou simple présence innocente? Fonction de l'état de nutrition? De l'acide folique? Ou ne reflète-t-elle que le manque d'œstrogènes? Pour l'heure, elle reste l'un des nombreux facteurs de risque! – *Van Meurs JBJ, et al. Homocystein levels and the risk of osteoporotic fractures / McLean EE, et al. Homocystein as a predictive factor for hip fracture. N Engl J Med 2004;350:2033-41/2042-9.* 

Imitation recommandée? La **simvastatine** 10 mg sera en vente libre, «over the counter» (OTC), au Royaume-Uni à partir de juillet 2004. Une recommandation du Committee for Safety of Medicines. Il n'y a pas encore d'étude ayant examiné la compliance à long terme; ceux qui se ruent sur la simvastatine vont-ils changer leur style de vie? Arrêter de fumer? Ou remplacer tout cela par des pilules? Le pharmacien trouvera-t-il le temps d'estimer le risque ou ne fera-t-il que la leur vendre? Pour toutes ces raisons, les requêtes allant dans le même sens ont été déboutées aux Etats-Unis. En plus: il faudrait traiter 71 patients ayant des facteurs de risque cardiovasculaire pendant 3 à 5 ans pour prévenir un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral! Pas recommandée à imiter! – *OTC statins: a bad decision for public health. Lancet 2004;363:1695.* 

Screening du risque suicidaire en médecine de premier recours? Aux Etats-Unis, le suicide est responsable de 1,3% des décès, plus que le VIH et le SIDA! Et 500 000 individus ont chaque année besoin d'un traitement d'urgence après une tentative de suicide. La Preventive Task Force US (USPSTF) a fait une recherche dans la littérature et n'a trouvé aucun travail à ce propos. Elle n'a trouvé aucune preuve que le screening du suicide diminue le risque de tentative de suicide; absolument aucune preuve que les instruments de screening permettent d'identifier les personnes

à haut risque; absolument aucune preuve que le traitement empêche les gens à haut risque de se suicider ou de faire une tentative de suicide. C'est bien peu. Il ne reste au médecin qu'à déployer ses qualités humaines et agir en conséquence, et attendre des preuves et la Finlande! – *USPSTF. Screening for suicid risk: recommendation and rationale. Ann Intern Med 2004;140:820-1/822-35/853-6.* 

L'hypertension pulmonaire chronique, thromboembolique (CTPH) est une complication rare à long terme après embolies pulmonaires. Est-ce vrai? 223 patients ayant eu une première embolie pulmonaire sans maladie sous-jacente ont été incorporés dans une étude. L'incidence cumulée de CTPH a été de 1% à 6 mois, 1% à 1 an et 3,8% à 2 ans. Plus aucune CTPH ne s'est présentée chez les patients suivis plus longtemps. Les facteurs de risque sont: embolie pulmonaire précédente avec un odds ratio (OR) de 19,0, jeune âge avec un OR de 1,79 par décennie; importantes baisses de la perfusion (OR 2,22 par décile de baisse de perfusion) et embolie pulmonaire idiopathique lors de la première présentation (OR 5,70). Avec 4% environ, la CTPH est donc plus fréquente que le 0,1% de la littérature le fait croire! – *Pengo V, et al. Incidence of chronic thromboembolic pulmonary hypertension after pulmonary embolism. N Engl J Med 2004;350:2257-64.* 

Antigène spécifique de la prostate (PSA) «normal». Que signifie normal? Le consensus dit jusqu'à 4,0 ng/ml. Mais: 2,5 ng/ml ont la même valeur prédictive que 4,0 ng/ml. Donc: norme jusqu'à 4,0 ng/ml. Sur quelque 18 000 hommes d'une étude, 9459 ont reçu un placebo, avec dosage annuel du PSA et toucher rectal. 2950 n'ont à aucun moment eu un PSA >4,0 ng/ml ni un toucher rectal pathologique, ont eu un dosage final du PSA et une biopsie de la prostate. 449/2950 (15,2%) avaient un cancer de la prostate. La prévalence du cancer de la prostate a été de 6,6% avec un PSA >0,5 ng/ml; 10,1% avec 0,6-1,0 ng/ml; 17,0% avec 1,1-2,0 ng/ml; 23,9% avec 2,1-3,0 ng/ml et 26,9% avec 3,1-4,0 ng/ml → le cancer de la prostate n'est donc pas rare du tout chez les hommes ayant un PSA <4,0 ng/ml, même s'il s'agit d'une «valeur normale». – *Thompson IM, et al. Prevalence of prostata cancer among men with a prostata specific antigen level <4.0 ng/ml. N Engl J Med 2004;350:2239-46.* 

Traduction Dr G.-A. Berger