

Rapsodiskt om parasiter

Birgitta Evengård. **Parasiter.** 142 sidor. Stockholm: Bonnier Utbildning, 1995. Pris ca 290 kr. ISBN 91-622-1494-2.

Recensent: universitetslektor Stig Cronberg, infektionskliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

Katalogmässigt beskrivs parasiter, framför allt maskar, som diagnostiseras på ett parasitlaboratorium. Kortfattat men fängslande redogörs för deras förekomst, livscykel och patogenes. Ektoparasiter som skabb, loppor och löss diskuteras inte. Boken är lättläst men något för skissartad. Diagnostiska metoder redovisas inte i detalj, varför boken inte kan användas som »kokbok».

Den kliniska bilden tecknas torftigt. Om *Leishmania* får man veta att den hos människa ger upphov till tre typer av infektioner. »Typ 1 är begränsad till huden (kutan leishmaniasis). . . Typ 3 innebär infektion av retikuloendoteliala systemet med engagemang av många inre organ (visceral leishmaniasis, kala-azar) och har hög dödlighet.»

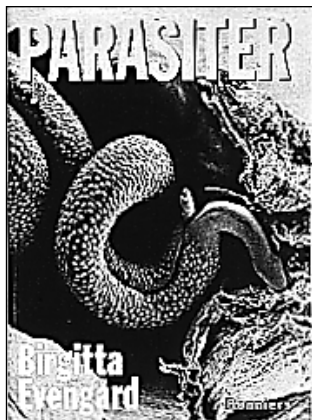
Bortsett från att retikuloendoteliala systemet är ett förlegat begrepp hade det varit på sin plats att nämna att lesionerna vid kutan leishmaniasis betecknas orientalsk och att beskriva deras utseende och förekomst på oskyddad hud. Läsaren borde för sin praktiska verksamhet upplysas om att kala-azar kännetecknas av feber och anemi.

För lite om behandling

Afrikansk och amerikansk trypanosomiasis avhandlas tillsammans trots avsevärda skillnader. Amerikansk trypanosomiasis, Chagas sjukdom, betecknas knappast som amerikansk sömnsjuka.

Det är knapert med behandlingsförslag. Om malaria får man bara veta att »det finns ett flertal preparat att välja mellan bl a beroende på var patienten varit och vilken profylax som använts. Profylax och behandling bör ges av läkare som är informerad om den aktuella policyn i landet.» För en livshotande sjukdom, där behandling måste inledas omedelbart och varje timme är viktig, borde det ha understrukits att kinin fortfarande är »golden standard»

NYA BÖCKER



för behandling av falciparum-malaria.

Många maskmedel är licenspreparat som inte står i Fass. För att skriva ut dessa räcker det inte med att bara ange dosering och behandlingstid, utan läkaren behöver även känna till preparatets egenskaper och biverkningar, men detta är uppgifter som tyvärr saknas.

Slutligen några smådetaljer: *Triatoma* är inte en skalbagge utan en skinnbagge. Vår svenska frossfeber orsakades av *Plasmodium vivax* och inte av *P malariae*.

Till glädje för maskintresserade

Boken har ett fascinerande omslag och är illustrerad med 18 teckningar och 30 färgfoton. Boken berättar om vilka parasiter som är farliga och behöver behandlas. Den ger god allmänkunskap om maskarnas livscyklar. Den som nöjer sig med detta kan väntas få glädje av boken. •

Exposé över kvinnlig hyperandrogenism

Geoffrey P Redmond, ed. **Androgenic disorders.** 343 sidor. New York: Raven Press, 1995. Pris \$ 114. ISBN 0-7817-0274-7.

Recensent: lektor Sigbritt Werner, enheten för endokrinologi och metabolism, Hud-dinge sjukhus.

Den plåstertid nu kommer som ger oss möjlighet att med hög precision substituera

mäns, och så småningom också kvinnors, brist på testosteron. Samtidigt editerar G P Redmond från Ohio en 15-kapitels bok på 343 sidor om de bedrövliga effekter en ökad cellulär effekt av androgener kan ha på kvinnors kroppar. Han har brett 13 nordamerikanska och en italiensk kollega, alla kliniker, att bidra till boken. Hirsutismens och 21-hydroxylasbristens »grande dame» Maria New och medarbetare har skrivit kapitlet om binjurebarkhyperplasi.

Talspråkets flyt

Androgeners välkända biefekter på kvinnan, utglesning av mens, infertilitet, akne, hirsutism, alopeci beskrivs, men också androgeners association till det metabola syndromet, android fetma, acanthosis nigricans, dyslipidemi, insulinresistens, diabetes, kardiovaskulär sjukdom och Cushings syndrom. Flest sidor får det ännu gäckande polycystiska ovariesyndromet, vars alla oklarheter och förklaringsmodeller beskrivs föredömligt tydligt.

Som man så ofta finner när man läser medicin skriven av nordamerikaner har texten talspråkets både ordrikedom och flyt. Boken är lättläst. Den har fina tabeller och figurer över androgenernas biosyntes, cellulära effekter, nedbrytningsvägar, produktionshastigheter, fördelningar av fri och bunden steroid, hirsutismens kliniska gradering med flera.

Tankeläsningar

En myckenhet tankeläsningar har åstadkommit genom att kalla testosteron för manligt och östrogen för kvinnligt hormon. Båda behövs för optimal fysiologi hos båda könen. Receptorn för testosteronet programmeras av en gen på X-kromosomen. Män lever med 10–30 gånger högre koncentrationer i serum av testosteron än kvinnor, 10–30 nmol/l, för att nå sin optimala kroppsliga och psykiska uppbyggnad.

Därmed närs hypotesen att manskroppen utanför testikeln är ett testosteronkänslighets-system, måhända såsom ett skydd mot de mycket höga testosteronkoncentrationer som spermiogenesen inne i testikeln kräver och vilka skulle kunna »läcka ut» och harma kroppen perifert; ett speciellt

androgenbindarprotein inne i testikeln medverkar till att binda upp de höga koncentrationerna där.

De snabbt ökande kunskaperna om de primära och sekundära steroidhormonresistenserna lär oss hur ofta numeriska hormonnivåer i blod är ett spel för gallerierna. Redan för många år sedan visade Töres Theorell och medarbetare vid Karolinska institutet att friska unga läkare har signifikant lägre testosteronnivåer men signifikant högre procentuell ilska under arbetsdagen än friska åldersmatchade bagagelastare ute på Arlanda. Att kvinnan i och utanför sina ovarier verkligen är känslig för testosteron är mycket uppenbart. Med undantag för de sällsynta testosteronproducerande tumörerna i ovarier eller binjuror utspelar sig all den sorg kvinnor känner över sina förmanligande besvär, främst hirsutism och akne, inom kvinnliga normalintervallet för testosteron, 0,5–3 nmol/l, och nanomolaren däröver.

Obesvarade frågor

Nå, berättar författarna för oss hur de nu i slutet av 1990-talet utreder kvinnor med misstänkt hyperandrogenism? När beror höga androgener i serum på ett fel primärt i steroidsyntes och frisättning av steroiden, när är dessa koncentrationer endast sekundärfenomen till andra rubbningar? Vilka är förstahandsproven i öppen vård? Är det testosteron med eller utan SHBG (könsormonbindande globulin), dehydroepiandrosteron/dehydroepiandrosteronsulfat med eller utan SHBG? Hur påverkas dessa nivåer av patientens ålder, kroppsmasseindex och midja/stuss-kvot? Tar de 17-hydroxyprogesteron i serum, basalt eller också efter ACTH(adrenokortikotrop hormon)-stimulering, eller kanske det gamla pregnantriol i urinen, så att man utöver 21-hydroxylasbrist också fångar den ännu ovanligare 3- β -hydroxysteroid dehydrogenasbristen? Hur screenar de i öppen vård för den näst vanligaste binjuresytseffekten 11- β -hydroxylasbrist, som, när den diagnostiseras hos vuxna kvinnor är kliniskt och laboratoriemässigt subtil? På vilket stadium i utredningen anser de sig ha negerat sjukdom eller bejakat normalvariant? Vid hyperandrogen normalvariant, prövar de binjrehämning eller äggstockshämning i första hand eller båda hämningarna på en gång? Vid normalvariant,