

Dépistage par mammographie. On a pu démontrer dans des études randomisées cliniques, que le dépistage par mammographie est efficace dans la diminution de la mortalité du cancer du sein. Une étude suédoise a analysé la valeur du dépistage par mammographie sur 6807 femmes âgées de 20–69 ans. Les patientes ont été convoquées pour la mammographie à des intervalles réguliers. Dans le groupe des femmes âgées de 40–69 ans, qui ont profité du dépistage tous les deux ans, la mortalité a baissé de 63% entre 1988–96 par rapport à la période, où on ne disposait pas encore de dépistage par mammographie, et de 48% par rapport aux patientes, qui ne suivaient pas le programme de dépistage durant cette période. Dans ce dernier groupe la mortalité du cancer du sein restait inchangée entre 1968–96. Une étude bien planifiée durant plusieurs années avec des résultats impressionnants! – *Tabar L, et al. Beyond randomized controlled trials: organized mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. Cancer 2001;91:1724–31.*

Les épisodes d'hypoglycémie chez les diabétiques de type 1 et 2. Les patients, ainsi que leurs proches craignent les épisodes d'hypoglycémie. Cependant, l'objectif d'un traitement anti-diabétique consiste à obtenir un taux de glycémie aussi normal que possible. Le risque relatif de subir une hypoglycémie est plus important pour les diabétiques du type 1 que pour ceux du type 2. Pourquoi? Une comparaison de 7 diabétiques de type 2 non dépendant d'insulinothérapie avec une glycémie bien équilibrée avec 7 sujets témoin sains a montré, que le seuil de glycémie chez ces diabétiques est changé de manière, à ce que les symptômes d'hypoglycémie et les réactions hormonales contrerégulatrices (catécholamines, glucagon, hormone de croissance et cortisol) apparaissent déjà lors des taux de glycémie relativement normaux. Ces réactions protègent les patients d'un côté des épisodes d'hypoglycémie sévère, de l'autre côté elles sont responsables du fait, que l'objectif d'une normoglycémie est plus difficile à atteindre. – *Spyer G, et al. Hypoglycemic counter-regulation at normal blood glucose concentrations in patients with well controlled type-2-diabetes. Lancet 2000;356:1970–4.*

Tempête dans un verre d'eau? – En 1995 le «UK Committee on Safety of Medicines» a indiqué que les **contraceptifs oraux combinés**, contenant du gestodène ou du désogestrel (contraceptifs de la «troisième génération») avaient un

risque de thrombo-embolie deux fois plus élevé par rapport aux produits plus anciens. Depuis, leur prescription a baissé de 53% (janvier 1993–octobre 1995) à 14% (novembre 1995–décembre 1998). Si ces contraceptifs de la troisième génération prescrits si souvent avant octobre 1995 avaient effectivement été à l'origine de ce risque élevé, l'incidence des accidents thrombo-emboliques suite à ces contraceptifs concernés aurait dû diminuer après le mois d'octobre 95 parallèlement à son quota du marché. Elle n'a cependant pas changé du tout! Fausse alerte? – *Farmer RDT, et al. Effect of 1995 pill scare on rates of venous thromboembolism among women taking combined oral contraceptives: Analysis of general practice research database. BMJ 2000;321:477–9.*

Ou s'agit-il quand même de plus que d'une tempête dans un verre d'eau? Une étude récente durant 7 ans sur des femmes âgées de 15–39 ans a confirmé, que le risque de thrombo-embolie est environ le double sous traitement avec les «pilules» de la troisième génération par rapport aux contraceptifs peroraux contenant le lévonorgestrel. – *Jick H, et al. BMJ 2000; 321:1190–5.*

Le traitement chirurgical du **reflux**, «remplace-t-il» effectivement «la thérapie pharmacologique à long terme»? Et «le risque de développer un cancer est-il vraiment éliminé ainsi», etc.? – Dans une étude sur des malades souffrant de reflux, on a suivi 91 patients traités avec des médicaments, et 38 patients ayant subi une intervention chirurgicale anti-reflux, durant 10,6, respectivement 9,1 ans en moyenne. 92% des patients traités pharmacologiquement et 62% des patients traités chirurgicalement prenaient des médicaments anti-reflux à long terme, et après une interruption de thérapie d'une semaine les symptômes atteignaient un score de 96,7, respectivement 82. Il n'y avait cependant pas de différence entre les deux groupes du point de vue des séquelles (œsophagite, strictures nécessitant des interventions, interventions chirurgicales anti-reflux ultérieures, syndrome de Barrett, cancer de l'œsophage) et pour des raisons inconnues l'espérance de vie des patients traités chirurgicalement était moins élevée par rapport au groupe traité par des médicaments. – *Spechler SJ, et al. Long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease. JAMA 2001;28:2331–8.*