

**Brevets ADN!** Plus de 3 millions de brevets sont annoncés ou déposés: les découvertes scientifiques actuelles sont associées à la cupidité et à des monopoles. Dans une publication, le *Nuffield Council for Bioethics* exige des standards plus stricts pour l'admission des brevets en fonction de l'utilisation proposée de l'ADN: suppression des droits exclusifs aux séquences d'ADN pour des tests diagnostiques ou des expérimentations scientifiques; stricte réserve en cas de brevets destinés à la thérapie génique. Les brevets sur les méthodes de transmission de gènes et les produits géniques seraient acceptés (protéines thérapeutiques). Des 4 critères exigés pour l'admission d'un brevet sur l'ADN (nouveau, non évidence, utilité, et invention), le dernier s'avère plutôt problématique à l'époque d'analyses par ordinateur, et la spéculation remplace trop souvent l'utilité. Ne serait-ce qu'une utopie? – *Anonymous. DNA patents: putting an end to "business as usual". Lancet 2002;360:349.*

Des illusions? Le **diabète de type 2 (D2)** est devenu épidémique, et l'obésité y est fortement et causalement associée: lors d'un BMI de 29–31 kg/m<sup>2</sup> le risque est augmenté d'un facteur de 28, par rapport à un BMI <22. La prévalence de la maladie (des patients connus, ainsi que de nouveaux cas) se situe à 20% parmi les européens à Manchester. Dans une étude prospective sur environ 85 000 femmes, âgées de plus de 16 ans, le contrôle des facteurs à risque influençables, comme l'apport calorique, l'activité physique, le poids, et le tabagisme, apportait une diminution du risque de 91%, respectivement 88% en présence de facteurs héréditaires! Dans deux autres études sur des personnes obèses, la réduction du poids (3–4 kg!), ainsi qu'une activité physique accrue entraînait une diminution du risque de 58%! ... presque trop beau pour être vrai! La conduite à suivre devrait être claire pour les personnes âgées, les jeunes, les obèses, ainsi que celles ne souffrant pas (encore) d'obésité! – *Pinkney J. Prevention and cure of type 2 diabetes. BMJ 2002;325:232–3.*

A propos BMI (*body mass index*): **Excédent de poids et insuffisance cardiaque.** Une élévation du BMI de 1 kg/m<sup>2</sup> augmentera le risque de subir une insuffisance cardiaque de 5% chez les hommes, et de 7% chez les femmes. L'obésité (BMI >30) est associée à l'accroissement du double du risque de subir une insuffisance car-

diaque – soit par le lien avec des facteurs à risque établis (diabète, hyperlipidémie, hypertension), soit par un effet négatif direct sur le myocarde. – *Eat now, pay later! Kenchaiah S, et al. Obesity and the risk of heart failure. N Engl J Med 2002;347:305–13.*

Honni soit qui mal y pense? **Conflits d'intérêt:** Les études sponsorées par l'industrie pharmaceutique sur l'efficacité des antipsychotiques chez les patients schizophréniques ont une probabilité plus élevée de démontrer des effets bénéfiques que les études conduites de façon indépendante. Une analyse actuelle sur 159 études randomisées cliniques, comprenant 12 spécialités différentes, a révélé que la conclusion des auteurs était significativement plus souvent en faveur du médicament testé au cas où l'étude était entièrement financée par des institutions orientées par le profit. En ce qui concerne les intérêts personnels, académiques, ou politiques, un tel biais n'existait pas. Les mécanismes statistiques et psychologiques possibles n'ont pas été identifiés. Ils sont probablement plutôt complexes. – *Kjaergard LL, als-Nielsen B. Association between competing interests and authors' conclusions. BMJ 2002;325:249–52.*

**Cancer du sein:** Mastectomie radicale (RM, Halsted) ou chirurgie moins extensive (TM) avec ou sans radiothérapie? 1079 femmes, dont les ganglions lymphatiques axillaires n'étaient cliniquement pas atteints, subissaient une RM ou une TM sans curage axillaire (aA) suivie de radiothérapie, soit immédiatement, soit seulement au moment où les ganglions axillaires se montraient atteints. 586 femmes avec des ganglions lymphatiques axillaires cliniquement atteints étaient traitées, soit par RM, soit par TM, suivie par radiothérapie immédiate, mais sans aA. C'est un peu compliqué, mais le résultat est d'autant plus net: 25 ans plus tard, on ne constatait aucun avantage en faveur de la RM par rapport à l'intervention moins extensive, et il n'y avait aucune différence entre l'espérance de vie des patientes ayant subi un curage axillaire de ganglions lymphatiques occultes, et celles n'ayant eu qu'une radiothérapie. S'agirait-il vraiment du mot de la fin? – *Fisher B, et al. Twenty-five year follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy, and total mastectomy followed by irradiation. N Engl J Med 2002;347:567–75.*