

Périscope

ACCORD ou ADVANCE? – deux énormes études sur le contrôle intensif de la glycémie chez quelque 10 000 et 11 000 patients resp. ayant un diabète de type 2. Leurs résultats ont été différents: les taux d'HbA_{1c} <6% ont augmenté de manière surprenante la mortalité de patients à haut risque (ACCORD), ou ont diminué ce risque sans différence significative entre les deux groupes. ADVANCE a donc été pour une baisse de la glycémie à des valeurs pratiquement normales, alors qu'ACCORD met en garde contre une baisse trop drastique de l'HbA_{1c}. Dans deux éditoriaux, deux auteurs présentent les très nombreuses différences entre ces deux études, qui pourraient expliquer la différence de leurs résultats sans «mettre le doigt sur l'une ou l'autre différence». Ces deux études recommandent un taux d'HbA_{1c} de 7% – et par ailleurs d'autres études sont attendues. – *N Engl J Med.* 2008;358:2545–59 / 2560–72. Editorials 2630–3 / 2633–5.

Soins par delà les frontières (européennes): début juillet, la Commission européenne a émis une directive selon laquelle les patients de l'UE pouvaient recevoir des soins dans tous les pays, à charge de leur pays d'origine. Chacun des pays et le Parlement européen doivent donner leur accord avant que cette idée fasse loi, ce qui pourrait prendre un certain temps. Cela fonctionne déjà en cas de maladie à l'étranger. Mais qu'en est-il de ceux qui se rendent à l'étranger spécialement pour un traitement? Leur faut-il un consentement? Où seuls les coûts qu'il générerait dans leur pays sont-ils pris en charge? Qui paie les incidents du traitement? Qu'en est-il des opérations esthétiques, des traitements de la stérilité, des soins dentaires, des listes d'attente en Angleterre? Que se passe-t-il avec les hôpitaux frontaliers? Pourront-ils encore exister? Etc. Les peurs et craintes sont probablement infondées – mais il reste encore beaucoup de choses à régler! – *Lancet.* 2008;372:87.

Sans étude, de plus en plus de patients ayant un carcinome prostatique (PCA) sont d'abord traités par **suppression androgénique** (SAG, orchidectomie ou antagonistes de la LH-releasing hormone). 19 271 patients après traitement conservateur ont été incorporés dans une étude et analysés pendant 10 ans sur les décès par leur PCA (1 560) et leur mortalité globale (11 045). La SAG a donné une survie à 10 ans de 80,1% contre 82,6% et aucune augmentation de la survie globale (30,2% contre 30,3%), HR (hazard ratio) 1,00. Seul un sous-groupe de patients ayant un carcinome prostatique peu différencié a bénéficié d'une augmentation de la survie avec leur PCA après SAG (59,8% contre 54,3%, HR 0,84), mais pas de la survie globale (17,3% contre 15,3%, HR 0,92). La SAG a des effets indésirables et des coûts, mais n'améliore pas la survie de patients PCA T1-T2. – *JAMA.* 2008;300:173–81.

Les Pays-Bas ont revu leur **assurance maladie** de manière à ce que les «assurances privées servent à tout le monde». La règle de base est que chaque personne doit conclure une assurance, quels que soient son âge et son état de santé. Le choix de l'assureur est libre. L'assurance doit accepter tout le monde, l'Etat compense les mauvais risques (personnes âgées, malades chro-

niques, etc.). Les pauvres ou personnes à bas revenus reçoivent des bonifications. La compensation des risques provient à 6,5% des employeurs ou à 4,4% des indépendants – jusqu'à 30 000 euros par an. Ces expériences datent de 2 ans maintenant, et elles sont bonnes aux yeux des assurés et de l'Etat, si bonnes que plusieurs pays s'y intéressent – et aussi John McCain et Barak Obama. Is the future Dutch? C'est encore un «work in progress»! – *Lancet.* 2008;372:103–4.

Transplantation – tout est un peu compliqué! Gratwohl et al., sur la base de plus de 195 000 receveurs de reins de cadavres, montrent que les reins de donneuses ont une moins bonne chance de survie, quel que soit le sexe du receveur. La même étude montre à l'inverse que les receveuses ont moins d'insuffisance rénale à la fin de la première et de la dixième année. A court et à long terme, les reins de donneurs ont moins bien survécu chez les receveuses que dans d'autres combinaisons. Curieux, mais le chromosome Y comporte les 20 gènes contrôlant la différenciation masculine, la détermination testiculaire et la spermatogénèse. Les «antigènes du complexe mineur d'histocompatibilité» sont exprimés dans plusieurs tissus. Comme antigène d'histocompatibilité mineur le H-Y a une influence sur la survie des reins transplantés. – *Lancet.* 2008;372:49–53 / 10–1.

Qu'en pensez-vous? Une femme de 65 ans hypertendue, fumeuse, se présente en disant qu'elle a totalement perdu le champ de vision inférieur de son œil gauche depuis environ une heure. Le jour précédent, elle aurait fait deux épisodes d'amaurose de brève durée, réversibles. C'est urgent. L'ophtalmoscopie montre un plaque blanche au départ de l'artère rétinienne supérieure, de même que des taches blanches superficielles au niveau de la rétine supérieure ... De quoi s'agit-il? Et que faire? (Pour la solution voir ci-dessous)

La plaque centrale est une occlusion de l'artère rétinienne supérieure, les taches blanches une ischémie rétinienne **occlusion artérielle hémirétinienne**. Par angiographie à la fluoresceine, l'ophtalmologue montre une baisse de la perfusion de la moitié supérieure de la rétine, correspondant à la perte du champ visuel inférieur. Un massage du globe oculaire et la paracentèse d'une petite quantité de liquide de la chambre antérieure ont fait récupérer la vision. Mais tout cela est urgent: cette patiente doit être entre les mains de l'ophtalmologue dans l'heure ou les deux heures qui suivent. Le diagnostic peut se poser au lit du patient avec un ophtalmoscope. Ne pas oublier: la recherche d'étiologies thrombotiques ou emboliques. *N Engl J Med.* 2008;358:2716.