

Avertissement; Notes prises au vol. Erreurs possibles. Prudence.

Mardi 17 avril 2012

Hôpital cantonal de Genève

[Tous concernés par le dépistage du cancer...mais comment?](#)

Dr P. Chappuis

La plupart d'entre nous ne se représentent pas très bien l'impact du dépistage.

Prenons l'exemple du cancer du sein, peu de femmes savent que pour 1000 femmes dépistées probablement 1 seule bénéficiera d'une mortalité retardée...

C'est un peu pour remettre l'église (la mortalité) au milieu du village (le dépistage) que ce colloque a lieu...

L'homme a 40% de probabilité d'avoir un cancer avant 75 ans et la femme 30% (sans parler des lésions cutanées).

Pour l'homme c'est 1) prostate, 2) poumons 3) cancer colorectal (CCR)

Pour la femme c'est 1) sein 2) poumons 3) CCR

Ce serait bien de pouvoir dépister les cancers avant leur apparition clinique, mais ce n'est pas aussi simple que l'on pourrait le croire.

Le dépistage n'est utile que s'il s'agit d'un cancer fréquent, comportant une morbi/mortalité importante, pouvant être découvert à un stade précoce et dont le traitement, à ce stade là, serait plus efficace qu'ultérieurement, apportant donc une baisse de la mortalité.

Le test de dépistage doit avoir une bonne sensibilité/ spécificité, un faible coût, et être facile à faire par le médecin ou le laboratoire et pas trop désagréable à subir par le patient.

Il existe au moins 3 biais pouvant donner l'impression que le dépistage est utile alors qu'il ne l'est pas:

- 1) le 1^{er} c'est le temps d'avance sur le diagnostic; ce qui veut dire que la tumeur est diagnostiquée plus tôt, mais qu'en réalité on meurt au même moment (que si on n'avait pas fait de dépistage) donc qu'il y a un prolongement apparent de la survie qui est une illusion. (en anglais on dit «lead time bias»). En d'autres termes, cela voudrait dire que traiter le cancer à un stade précoce ou à un stade tardif ne change rien...
- 2) le 2^e est dû à la lenteur d'évolution de certaines tumeurs, ou encore à l'hétérogénéité du comportement de certaines tumeurs; en d'autres mots si l'on met en place un système de dépistage régulier on risque de détecter plus

souvent des tumeurs indolentes (en anglais length time bias) de croissance lente, et de meilleur pronostic, donnant l'illusion que le pronostic des cancers dépistés est meilleur que ceux diagnostiqués plus tardivement..

- 3) le 3^e est le surdiagnostic, c'est à dire que l'on va détecter des tumeurs infracliniques qui ne se seraient jamais révélées du vivant du patient (overdiagnosis en anglais), c'est à dire que l'on ferait mieux de ne pas toucher des tumeurs qui de toutes façons n'empièteront pas sur la durée de la vie.

Donc, ce n'est pas si simple de faire un dépistage améliorant le pronostic des patients, facile à effectuer, réassurant le patient, faisant baisser les coûts de la médecine et surtout entraînant une baisse de la mortalité.

La plupart des tests sont inconfortables, ils entraînent des résultats faussement positifs qui vont avoir une répercussion psychique non négligeable et entraîner la mise en place de mesures complémentaires (biopsies, chirurgie etc...) souvent inutiles.

Il faut distinguer le dépistage de masse, de celui d'une population à risque, ou de la rencontre individuelle du médecin avec son patient qui comporte là aussi d'autres règles parfois implicites....

Rappelons une fois pour toutes que les divers marqueurs CEA, CA 125, CA 15-3 (j'en passe et des meilleurs) sont inutilisables pour un dépistage de masse, car ils présentent beaucoup trop de faux négatifs et trop de faux positifs.

Et rappelons qu'en Suisse il n'existe aucun programme de dépistage structuré à l'échelon national.

En ce qui concerne le cancer du sein:

Il faut s'attendre à environ 400 nouveaux cas par an à Genève et à 70 décès. Le dépistage par mammographie entraînerait une diminution du risque de mortalité de 15-25%.

A Genève, on recommande une mammographie de 50-69 ans tous les 2 ans.

Dans d'autres pays, le schéma est légèrement différent.

On estime que pour 1000 femmes participant au dépistage il y aura 25 % faux positif, il y aura 37 biopsies inutiles, et un décès sera évité.

D'autres chiffres disent presque la même chose, soit que pour prévenir un décès, il faudra dépister 721 femmes, qu'il y aura 204 faux positifs à la mammographie et 26 biopsies inutiles.

Le problème du surdiagnostic est estimé à 1/6-1/8 cancer détecté...

On nous recommande l'article de Bulliard et Levi paru cette année dans le forum médical suisse (http://www.medicalforum.ch/docs/SMF/2012/09/fr/fms_01030.pdf)

résumant bien l'efficacité du dépistage d'une part, son risque d'autre part, et la baisse progressive de cette efficacité suite à l'amélioration des traitements...

En ce qui concerne le cancer colorectal (CCR):

3e cause de décès par cancer; 230-240 cas/an à Genève avec 80 décès par an.

Dépistages possibles: soit par la recherche de sang occulte dans les selles (baisse de mortalité 15-33%), rectosigmoïdoscopie (baisse de mortalité 43%), colonoscopie (baisse mortalité de 50-70%).

Pour être efficace, c'est à dire prévenir un décès, il faut dépister 340 personnes pendant 13 ans par la recherche de sang occulte (NNS=340), ou effectuer 490 rectosigmoïdoscopies (NNS=490) ou effectuer 170 colonoscopies (NNS=170).

Les 3 mesures sont «cost effective».

A discuter ensuite les intervalles...probablement que l'hémocult doit être répété chaque année, que la rectosigmoïdoscopie doit être répétée tous les 5 ans et la colonoscopie tous les 10 ans.

L'intérêt de la colono- et de la sigmoïdo-scopie c'est que non seulement c'est du dépistage mais que c'est de la prévention car les polypes adénomateux sont éliminés au cours de l'examen.

En ce qui concerne le cancer de la prostate:

300 nouveaux cas à Genève chaque année chez des hommes de plus ou moins 72 ans, qui vont en mourir vers 79 ans .

Mais à 60 ans 30-40% des autopsies montrent la présence d'un cancer de la prostate, et plus de 70% des autopsies après 70 ans..

Malgré tout un homme a plus ou moins 3% de risque de mourir d'un cancer de la prostate.

Ne pas oublier de signaler l'importante morbidité des traitements (incontinence, troubles érectiles, que ce soit la radiothérapie ou la chirurgie).

En ce qui concerne le dépistage par le dosage systématique du PSA...aucun impact sur la mortalité aux USA...en Europe apparemment un peu mieux avec une baisse de la mortalité de 20%.

On dit qu'il faut dépister 1000 hommes et en traiter 37 pour avoir une vie sauvée.

Aux USA, les recommandations sont de cesser d'utiliser le dosage du PSA a des fins de dépistage. Les sociétés d'urologie sont plus nuancées, et recommandent d'en parler avec le patient...

Disons que en ce qui concerne les dépistages du cancer du sein, du col de l'utérus, du cancer colorectal, tout le monde est à peu près d'accord que c'est bien.....

On insistera bien sûr sur l'hygiène de vie...pas de tabac...de l'exercice...pas trop de nourriture et équilibrée...

Sûrement qu'à l'avenir il y aura de nouvelles analyses moléculaires à disposition, sans doute qu'il y aura de meilleures façons de définir les groupes à risques, que les facteurs génétiques seront (bien ou mal) à disposition de tout un chacun (the 1000 \$ genome project)...



Clair, calme, pondéréil s'adapte à son auditoire....très bien

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan

ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch