

À bas les mythes

Une série d'analyses présentant les résultats de la recherche
qui alimentent le débat sur les services de santé au Canada

La fin d'un mythe – juin 2006

Révisé et mis à jour en août 2006

Mythe : Le dépistage précoce est salubre à tous

traitement de suivi et veiller à ce qu'elles se conforment aux recommandations médicales. Finalement, ils devraient limiter les examens aux cas qui peuvent évoluer en maladies graves ou qui peuvent engendrer des difficultés fonctionnelles, *et seulement si un examen précis et des traitements efficaces sont disponibles*^v.

Bien sûr, aucun examen n'est précis à 100 p. 100. Si l'incidence d'une maladie est très rare dans la population soumise au dépistage, le taux de faux positifs sera élevé. Même dans le cas de maladies plus courantes, la prévalence peut être assez basse pour que le nombre de faux positifs soit élevé. Ces faux résultats engendrent stress et angoisse chez des patients qui ne sont pas véritablement malades^{vi, vii}. Également, les examens menant à des résultats faux négatifs posent aussi problème, puisqu'ils peuvent conduire à une trop grande confiance et à un faux sentiment de sécurité – par exemple, une simple analyse d'urine au moyen d'une bandelette réactive pourrait manquer de dépister le diabète chez quatre patients sur cinq porteurs de cette maladie^{vi}.

Le « biais lié au temps de devancement » représente un autre problème concernant les examens de dépistage – ces derniers pourraient révéler une maladie avant que le patient n'en ressente les symptômes, sans toutefois augmenter sa longévité. Le dépistage précoce peut artificiellement gonfler la durée de survie en avançant la date du diagnostic, ce qui peut conduire à croire à l'utilité de l'examen, même si la mortalité demeure, en réalité, inchangée^{viii, ix}.

Exemple A : Le test de l'APS

Le dépistage précoce constitue souvent une stratégie importante de la lutte contre le cancer, notamment les cancers agressifs qui doivent être diagnostiqués au premier stade afin d'augmenter les chances de survie du patient. Toutefois, l'un des examens les plus répandus et les plus problématiques est utilisé pour le dépistage du cancer de la prostate, une forme de cancer qui évolue lentement.

Le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) ne détecte pas le cancer en soi – seule une biopsie peut le faire – mais indique plutôt le taux d'une protéine synthétisée par la glande prostatique et liée au cancer.

Parfois, les patients planifient une visite médicale annuelle, même s'ils ne souffrent d'aucun symptôme, en raison de la possibilité que les cliniciens puissent diagnostiquer quelque chose, grâce à leurs connaissances et aux techniques spécialisées qui permettent le « dépistage précoce » des maladies. Croyant que c'est une bonne pratique, les médecins et certains organismes encouragent souvent le recours à ce type de dépistage chez les personnes en bonne santé.

Malheureusement, de nombreux examens couramment utilisés ne sont pas très précis ou dévoilent des états de santé pour lesquels il n'existe pas de traitement efficace. Pire encore, ils peuvent laisser les patients dans un état plus pénible que celui précédant l'examen.

Aucune réponse claire

Les lignes directrices fondées sur les données probantes recommandent aux médecins de remplacer les examens annuels, dont l'utilité n'a d'ailleurs pas été prouvée, par des examens tenant compte du profil de santé du patient et de recourir au dépistage « opportuniste » – en prenant le temps de discuter de prévention et de dépistage avec le patient quand il se présente pour un problème de santé^{i-iv}.

Selon certains chercheurs, les médecins devraient également restreindre les examens aux personnes qui peuvent en tirer le plus d'avantages, leur fournir un

www.fcrss.ca

1565, av. Carling
Bureau 700
Ottawa, Ontario
K1Z 8R1
T : 613-728-2238
F : 613-728-3527



L'examen conduit au traitement de nombreux cas de cancer qui, s'ils avaient été ignorés, n'auraient jamais été fatals de toute façon.

Les partisans du test de dépistage de l'APS prétendent que depuis son utilisation, le nombre de décès causés par le cancer de la prostate a chuté, bien que les taux de mortalité aient commencé à diminuer bien avant que ce test ait pu avoir un quelconque effet^{x-xii}. D'ailleurs, il n'est pas recommandé pour un dépistage généralisé chez des hommes qui ne présentent aucun symptôme, surtout à cause de son taux de faux positif élevé. Les patients qui obtiennent un faux résultat positif peuvent souffrir d'anxiété et devoir subir des traitements de suivi pénibles et inutiles qui peuvent avoir de sérieux effets secondaires, tels que l'impuissance et l'incontinence^{x, xi, xiii, xiv}.

Les recherches menées jusqu'à présent révèlent que les patients qui souffrent d'un cancer de la prostate et qui subissent le test n'ont pas de meilleures chances de survie que les patients qui n'y sont pas soumis. Une étude effectuée sur plus de 71 000 hommes, révèle que le taux de mortalité est le même chez les patients qui ont subi le test et ceux qui ne l'ont pas subi^{xv}. Une étude canadienne a également révélé que seuls 16 % des hommes qui sont atteints du cancer de la prostate et qui sont soumis au test verront leur longévité augmentée. Les autres mourront d'une autre cause avant que le cancer ne devienne mortel^{xvi}.

Exemple B : diagnostic prénatal d'anomalies congénitales

Les stratégies de détection précoce ne servent pas toutes à la prévention. En effet, dans certains cas, elles permettent plutôt d'obtenir plus d'information sur un état pathologique existant. Cependant, ces renseignements peuvent placer certains patients devant une série de décisions embarrassantes ou difficiles à prendre.

La pratique qui consiste à examiner le fœtus au début de la grossesse afin de prévenir les anomalies congénitales et d'autres problèmes est un exemple de telles stratégies. Plusieurs formes d'investigation non invasive permettent de procéder à cet examen, notamment la combinaison de l'analyse sanguine et de l'échographie.

Dans les cas d'anomalies congénitales comme le syndrome de Down, les professionnels de la santé offrent souvent aux femmes qu'ils considèrent âgées pour porter un enfant (généralement au-delà de 35 ans) de subir des examens invasifs, tels que la biopsie de villosités choriales au cours du premier trimestre et l'amniocentèse pendant le second^{xvii}.

On ne met pas en doute la précision de ces tests de diagnostic. Cependant, ils peuvent placer la future mère devant un certain nombre de décisions difficiles à prendre, par exemple, mettre fin ou non à sa grossesse. Même s'il est possible que de nombreuses mères apprécient recevoir cette information, cette dernière est susceptible de provoquer un surcroît d'anxiété chez d'autres, et même de leur faire regretter d'avoir accepté de se soumettre au test^{xviii}.

Conclusion

Avant de généraliser le recours à un examen, les patients et les praticiens devraient déterminer son utilité, sa précision et voir si les résultats qu'il donne leur permettront de réagir en conséquence.

Références

- i. Prochazka AV et al. 2005. "Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination." *Archives of Internal Medicine*; 165(12): 1347-1352.
- ii. Oboler SK et al. 2002. "Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing." *Annals of Internal Medicine*; 136(9): 652-659.
- iii. Laine C. 2002. "The annual physical examination: needless ritual or necessary routine?" *Annals of Internal Medicine*; 136(9): 701-703.
- iv. Gordon PR and J Senf. 1999. "Is the annual complete physical examination necessary?" *Archives of Internal Medicine*; 159(9): 909-910.
- v. Cadman D et al. 1984. "Assessing the effectiveness of community screening programs." *Journal of the American Medical Association*; 251(12): 1580-1585.
- vi. Greenhalgh T. 1997. "How to read a paper: papers that report diagnostic or screening tests." *British Medical Journal*; 315(7107): 540-543.
- vii. Streiner DL. 2003. "Diagnosing tests: using and misusing diagnostic and screening tests." *Journal of Personality Assessment*; 81(3): 209-219.
- viii. Kramer BS. 2004. "The science of early detection." *Urologic Oncology*; 22(4): 344-347.
- ix. B.C. Cancer Agency. 2005. "Screening for cancer." www.bccancer.bc.ca/HPI/CancerManagementGuidelines/ScreeningforCancer.htm#7
- x. Gibbons L and C Waters. 2003. "Prostate cancer — testing, incidence, surgery and mortality." *Health Reports*; 14(3): 9-20.
- xi. Coldman AJ et al. 2003. "Trends in prostate cancer incidence and mortality: an analysis of mortality change by screening intensity." *Canadian Medical Association Journal*; 168(1): 31-35.
- xii. Perron L et al. 2002. "PSA screening and prostate cancer mortality." *Canadian Medical Association Journal*; 166(5): 586-591.
- xiii. U.S. Preventive Services Task Force. 2002. "Screening for prostate cancer: recommendation and rationale." *Annals of Internal Medicine*; 137(11): 915-916.
- xiv. U.S. Preventive Services Task Force. 2002. "Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force." *Annals of Internal Medicine*; 137(11): 917-929.
- xv. Concato J et al. 2006. "The effectiveness of screening for prostate cancer: a nested case-control study." *Archives of Internal Medicine*. 166(1): 38-43.
- xvi. McGregor M et al. 1998. "Screening for prostate cancer: estimating the magnitude of overdiagnosis." *Canadian Medical Association Journal*; 159(11): 1368-1372.
- xvii. Alfirevic Z et al. 2003. "Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis." *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; 3(CD003252).
- xviii. Green JM et al. 2004. "Psychosocial aspects of genetic screening of pregnant women and newborns: a systematic review." *Health Technology Assessment*; 8(33): 1-109.