

Guide de prévention clinique (édition 2016)



Programme de résidence en médecine de famille
Faculté de médecine - Université de Montréal

Le présent guide a été élaboré par des membres du comité de programme en médecine de famille de l'Université de Montréal. Il a pour but d'uniformiser les recommandations enseignées durant la résidence en médecine de famille en ce qui a trait à la prévention clinique. Il ne remplace en aucun cas le jugement clinique. Les résidents sont fortement encouragés à revoir la littérature appuyant ces recommandations et de développer un regard critique face à celle-ci.

www.medfam.umontreal.ca

Dépistage de l'usage du tabac et de la consommation problématique d'alcool et de drogues

Recommandations publiées

Société savante	Recommandation	Qualité des données probantes
US Preventive Services Task Force (2015)	Questionner l'usage d'alcool, de tabac et de drogues chez tous les adultes et offrir une intervention brève lorsqu'applicable	Grade B

Notre analyse

Nous sommes d'accord avec la recommandation du US Preventive Services Task Force qui nous enjoint à questionner l'usage d'alcool, de tabac et de drogues chez tous les adultes et à offrir une intervention brève sur la cessation ou la modération de la consommation lorsqu'applicable.

Concernant le tabagisme, il existe des preuves satisfaisantes que de questionner le statut tabagique augmente le nombre de discussions concernant l'arrêt tabagique et augmente les taux d'abandon du tabac.

Références

US Preventive Services Task Force (2015)
UpToDate (*Overview of smoking cessation*)

Dépistage de l'hypertension artérielle

Recommandations publiées en médecine adulte

Société savante	Recommandation	Qualité des données probantes
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs	Recommande la mesure de la pression artérielle au cours de chaque visite de soins primaires appropriée chez les adultes	Recommandation forte ; données probantes de qualité moyenne

Recommandations publiées en pédiatrie (3-18 ans)

Société savante	Recommandation	Qualité des données probantes
US Preventive Services Task Force	Recommande de ne pas dépister	
Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Youth committee (American Heart Association)	Recommande le dépistage	
American Society of Pediatric Nephrology (ASPN)	Recommande le dépistage	

Recommandations publiées en pédiatrie (0-3 ans)

UpToDate recommande de ne pas mesurer la tension artérielle entre 0 et 3 ans à moins qu'il y ait présence de facteurs de risque pour l'hypertension artérielle tel qu'une hospitalisation aux soins intensifs néonataux, présence d'une maladie cardiaque congénitale, présence d'infections urinaires à répétition, présence d'hématurie/protéinurie, présence d'une néphropathie ou anomalie des voies urinaires, présence de greffe d'organe ou de moelle osseuse, présence de néoplasme ou d'immunosuppression, présence de maladie rénale congénitale, présence d'un traitement pouvant avoir un impact sur la tension artérielle.

Notre analyse

Nous recommandons la mesure de la tension artérielle chez les adultes de plus de 18 ans lors des visites cliniques. Bien qu'il n'y a pas de bonnes études de bonne qualité qui évaluent la

réduction de la mortalité ou de la morbidité cardiovasculaire par l'implantation du dépistage régulier de l'hypertension artérielle dans un contexte de première ligne, il existe des données de bonne qualité qui témoignent de l'amélioration des issues cliniques par le traitement de l'hypertension artérielle.

Nous sommes d'accord avec la recommandation du US Preventive Services Task Force de ne pas dépister l'hypertension artérielle de routine chez les enfants entre 3 et 18 ans.

Références

Groupe canadien d'étude sur les soins de santé préventifs (2015)
UpToDate (*Definition and diagnosis of hypertension in children and adolescents*)

Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

Recommandations publiées

Société savante	Recommandation	Qualité des données probantes
Société canadienne de chirurgie vasculaire (2008)	<p>Dépistage à une reprise par échographie chez les hommes de 65 à 75 ans</p> <p>Dépistage à une reprise à 55 ans chez les hommes ayant une histoire familiale positive d'AAA</p> <p>Chez les femmes de plus de 65 ans avec des antécédents personnels ou familiaux de maladie cérébrovasculaire, le dépistage pourrait être considéré</p>	Recommandation modérée
US Preventive Services Task Force (2014)	<p>Dépistage à une reprise par échographie chez les hommes de 65 à 75 ans qui ont une histoire de tabagisme ; peu de bénéfices associés à la répétition de l'échographie chez les hommes qui ont eu une échographie normale ; peu de bénéfices escomptés chez les hommes de plus de 75 ans</p> <p>Dépistage sélectif chez les hommes de 65 à 75 ans qui n'ont jamais fumé selon la présence de facteurs de risque et les valeurs du patient</p> <p>Données insuffisantes pour émettre une recommandation pour le dépistage de l'AAA chez les femmes (fumeuses ou non)</p>	<p>Grade B</p> <p>Grade C</p> <p>Grade D</p>

<p>American College of Cardiology (ACC) et American Heart Association (AHA) en collaboration avec la Société américaine de chirurgie vasculaire et la Société américaine de médecine vasculaire (2005)</p>	<p>Dépistage à une reprise par examen physique et échographie abdominale chez les hommes de 60 ans et plus qui ont une histoire familiale d'AAA</p> <p>Dépistage à une reprise par examen physique et échographie abdominale pour les hommes entre 65 et 75 ans qui ont une histoire de tabagisme</p>	
<p>Société américaine de chirurgie vasculaire (2009)</p>	<p>Dépistage à une reprise pour tous les hommes à partir de 65 ans (et à 55 ans s'il y a une histoire familiale)</p> <p>Dépistage pour les femmes à partir de 65 ans qui ont une histoire familiale ou qui ont fumé dans leur vie</p>	

Notre analyse

La rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale demeure une cause de mortalité évitable au Canada, dont les principaux facteurs de risque sont le tabagisme et l'hypertension artérielle. Nous sommes d'accord avec les recommandations actuelles qui suggèrent que le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale devrait être fait à une reprise entre 65 et 75 ans chez les hommes avec une histoire de tabagisme. La modalité à privilégier est l'échographie abdominale.

À noter qu'un rapport d'une échographie abdominale ou une tomodensitométrie abdominale faite dans un autre contexte convient tout à fait (vérifier si le rapport fait mention d'une aorte abdominale anévrismale ou non).

Références

Société canadienne de chirurgie vasculaire (2008)
 US Preventive Service Task Force (2014)
 UpToDate (*Screening for abdominal aortic aneurysm*)

Dépistage du cancer colorectal

Recommandations publiées

Société savante	Recommandation	Force des données probantes
US Preventive Services Task Force (2014)	Pour les personnes à risque moyen, entre 50 et 75 ans, dépister selon l'une des modalités suivantes <ul style="list-style-type: none">• RSOSi annuellement• Sigmoidoscopie aux 5 ans, combiné à une RSOSi aux 3 ans• Coloscopie optique aux 10 ans	Grade A
Algorithme québécois de dépistage du cancer colorectal	Pour les personnes à risque moyen, entre 50 et 75 ans, dépister par RSOSi aux 2 ans ; l'examen de choix en cas RSOSi positive est la colposcopie optique Pour les personnes à risque plus élevé, veuillez vous référer aux algorithmes proposés par le MSSS	

DÉFINITION DE PERSONNE À RISQUE MOYEN DE CANCER COLORECTAL

Personne sans histoire personnelle de cancer colorectal, polypes adénomateux, maladies inflammatoires de l'intestin et sans histoire familiale confirmée de cancer colorectal, polypes adénomateux ou syndrome génétique (par exemple, syndrome de Lynch)

DÉFINITION DE PERSONNE À RISQUE PLUS ÉLEVÉ DE CANCER COLORECTAL

Personne ayant des antécédents familiaux de cancer coloractal ou de polypes adénomateux

Références

US Preventive Service Task Force (2014)

Algorithme québécois de prise en charge du cancer colorectal (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec) disponible à l'URL http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pgdccbcr/documents/Algorithmes%20de%20prise%20en%20charge%20et%20de%20surveillance_2012-02-22.pdf

Présentation de Dre Karine Gaul (*Le dépistage du cancer colorectal*)

Dépistage du cancer de la prostate

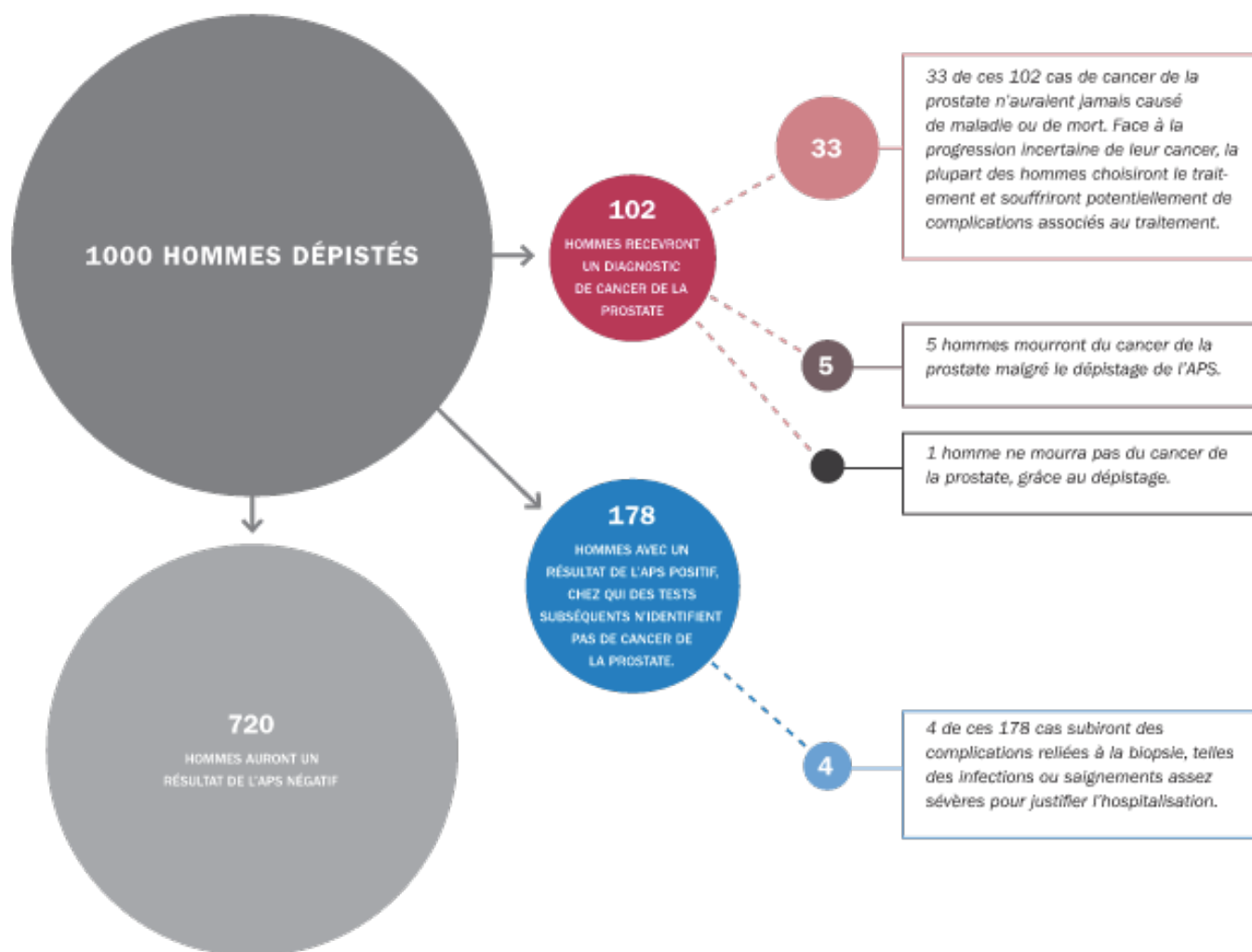
Recommandations publiées

Société savante	Recommandation	Qualité des données probantes
Collège des médecins du Québec	Une discussions concernant les risques et les bénéfices escomptés et recommandée entre 55 et 70 ans	
Canadian Task Force on Preventative Health Care	Pour les hommes âgés de moins de 55 ans, recommandation de ne pas dépister le cancer de la prostate avec le test de l'antigène prostatique spécifique	Recommandation forte; données de faible qualité
	Pour les hommes âgés de 55-69 ans, recommandation de ne pas dépister le cancer de la prostate avec le test de l'antigène prostatique spécifique	Recommandation faible; données de qualité moyenne
	Pour les hommes de 70 ans et plus, recommandation de ne pas dépister le cancer de la prostate avec le test de l'antigène prostatique spécifique	Recommandation forte; données de faible qualité
American Urological Association	Ne recommande plus le dépistage populationnel du cancer de la prostate en dessous de 55 ans	
	Entre 55 et 69 ans, cet organisme recommande de discuter des risques et des bénéfices escomptés avec le patient ; si le dépistage est souhaité, il est recommandé de procéder avec un toucher rectal et un dosage de l'APS annuellement	
	Ce groupe d'experts suggère de ne pas dépister si la survie est estimée à moins de 10 ans	
US Preventive Services Task Force	Dépistage par APS non recommandé	Grade D

Notre analyse

Le dépistage du cancer de la prostate ne semble pas diminuer la mortalité totale et les données sont contradictoires concernant la mortalité spécifique par cancer de la prostate ; ces conclusions sont basées sur 2 revues systématiques de la littérature incluant 7 avec des limitations méthodologiques.

Nous sommes d'accord avec les recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs dans leur recommandation de ne pas dépister de routine les hommes entre 55 et 69 ans.

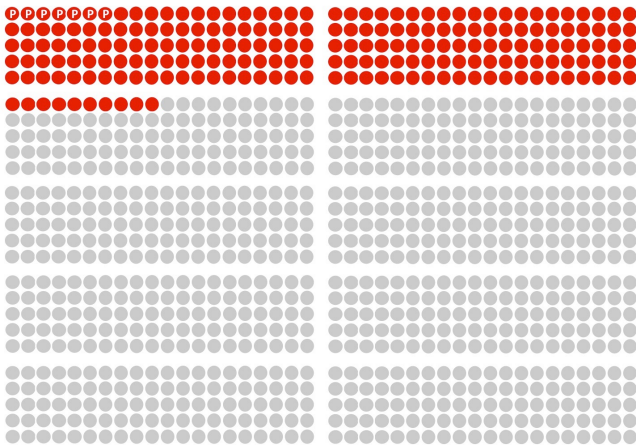


Prostate Cancer Early Detection

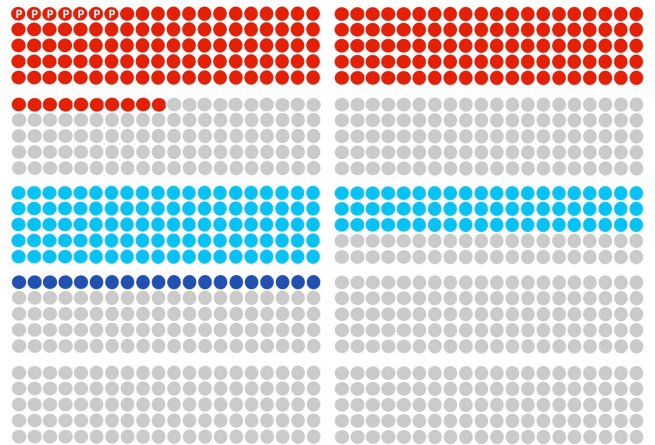
by PSA testing and palpation of the prostate gland

Numbers are for men aged 50 years and older, not participating vs. participating in early detection for 11 years

1000 men without early detection:



1000 men with early detection:



Men who died from prostate cancer:	7	7
Men who died from any cause:	210	210
Men who learned after a biopsy that their diagnosis was a false-positive:	–	160
Men who were diagnosed and treated for prostate cancer unnecessarily:	–	20
Remaining men:	783	603

Source:
Ilic et al. (2013) *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art. No.:CD004720.

Références

US Preventive Service Task Force (2014)

Collège des médecins du Québec

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (schéma tiré de leur site web)

Harding Center for Risk Literacy

Dépistage du cancer du col utérin

Recommandations publiées

	Méthode de dépistage	Début du dépistage	Intervalle de dépistage	Dépistage du VPH	Arrêt du dépistage
INSPQ (2011)	Cytologie conventionnelle	21 ans	Tous les 2 à 3 ans	Ne fait pas partie du dépistage de routine	65 ans si ★ 2 cytologies N durant les 10 dernières années
ACS/ASCCP / ASCP (2012)	ou Cytologie en milieu liquide		Tous les 3 ans	Tous les 5 ans avec la cytologie si > 30 ans	65 ans si ★ 3 cytologies consécutives N ★ 2 co-tests N dans les 10 ans dont 1 dans les dernières 5 années ★ Absence de CIN supérieur ou égal à 2 au cours des 20 dernières années

Notre analyse

L'incidence du cancer du col utérin augmente à partir de l'âge de 21 ans. Nous sommes donc d'accord avec les recommandations de l'INSPQ et de l'ACS qui suggèrent, pour la plupart des femmes, de débuter le dépistage du cancer du col utérin par cytologie cervicale et ce, indépendamment de la coïtarche.

Le dépistage par cytologie cervicale devrait être cessé pour les femmes ayant eu une hystérectomie totale pour des raisons non néoplasiques

Références

Tableau tiré d'une présentation de Dre D. Rousseau (*Le pap test, 'pap' si compliqué que ça*) Choisir avec soins Canada

Dépistage du cancer du sein

Recommandations publiées (début mammographie)

Société savante	Recommandation
Cochrane	Suggère de discuter des risques et des bénéfices avec les patientes, mais mettent en évidence que les bénéfices escomptés sont modestes et que les risques ne sont pas négligeables
Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	Mammographie aux 2 ans entre 50 et 69 ans
American Cancer Society, American College of Radiology, American Medical Association, National Cancer Institute, American College of Obstetricians and Gynecologists, et National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	Suggèrent de débuter le dépistage par mammographie à 40 ans
United States Preventive Services Task Force, American College of Physicians, American Academy of Family Physicians, et Canadian Task Force on the Periodic Health Examination	Suggèrent de débuter le dépistage par mammographie à 50 ans

Recommandations publiées (arrêt mammographie)

Société savante	Recommandation
USPSTF / Canadian Task Force of Preventive Health Care	Suggèrent de cesser dépistage à 74 ans
Autres groupes	Suggèrent soit une discussion éclairée avec la patiente ou de poursuivre tant que l'espérance de vie dépasse 5-7 ans

Recommandations publiées (examen des seins)

Société savante	Recommandation
Cochrane	Suggère de ne pas procéder à l'examen clinique des seins à des fins de dépistage
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs	Recommande de ne pas procéder à l'examen clinique des seins
American Cancer Society et American College of Obstetricians and Gynecologists	Recommandent un examen aux 1-3 ans entre 20 et 39 ans, puis annuel par la suite

Recommandations publiées (auto-examen)

Société savante	Recommandation
Cochrane	Suggère de ne pas procéder à l'auto-examen des seins
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs	Recommande de ne pas enseigner l'auto-examen
D'autres autorités américaines (nombreux groupes)	Suggèrent le 'breast watchfulness' qui peut inclure l'auto-examen des seins

Notre analyse

La mammographie de dépistage ne diminue pas la mortalité chez les femmes entre 45-69 ans et augmente le surdiagnostic de façon considérable.

Nous recommandons de discuter des risques et des bénéfices escomptés avec les patientes éligibles au dépistage par mammographie. Les médecins devraient remettre un complément d'information neutre tel que celui proposé par Cochrane (disponible à l'adresse <http://nordic.cochrane.org/>)

Des outils visuels comme celui retrouvé à l'adresse <http://www.cancer.gov/bcrisktool/> peuvent être utilisés pour modéliser le risque de cancer du sein chez les patientes lors de ces discussions.

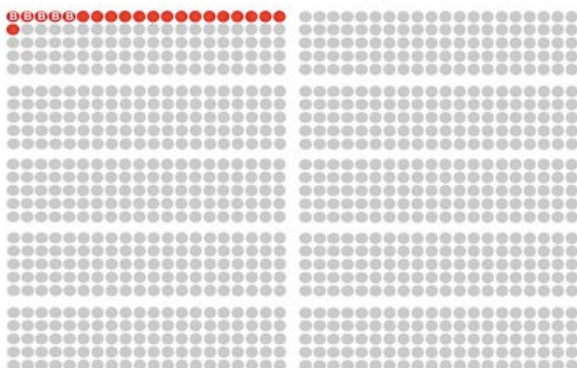
Par ailleurs, l'examen des seins dans un contexte de dépistage n'est pas recommandé. Concernant l'auto-examen des seins, la littérature disponible ne suggère pas diminution de la morbidité/mortalité.

Breast Cancer Early Detection

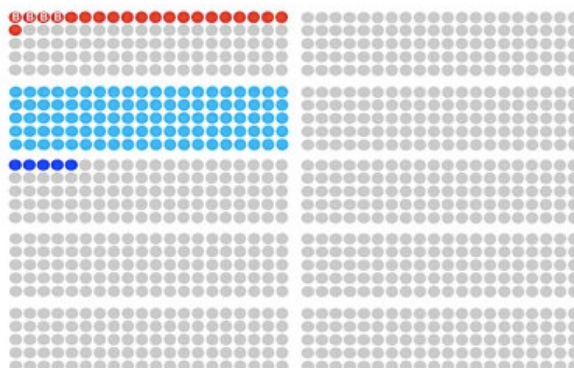
by mammography screening

Numbers for women aged 50 years or older who participated in screening for 10 years or more

1000 women without screening:



1000 women with screening:



● Women who died from breast cancer:	5	4
● Women who died from all types of cancer:	21	21
● Women who learned after a biopsy that their diagnosis was a false-positive:	–	100
● Women who were diagnosed and treated for breast cancer unnecessarily:	–	5
● Remaining women:	979	874

Source:

Gøtzsche, PC, Jørgensen, KJ (2013). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6): CD001877
Numbers in the facts box are rounded. Where no data for women above 50 years of age are available, numbers refer to women above 40 years of age.
www.harding-center.mpg.de

Références

Harding Center for Risk Literacy
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
UpToDate (*Screening for breast cancer*)

Gøtzsche PC, Jørgensen K. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5

Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD003373. DOI: 10.1002/14651858.CD003373

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN PAR LA MAMMOGRAPHIE



Quels sont les bienfaits et les dommages de la participation à un programme de dépistage pour le cancer du sein?

Combien de femmes tireront profit du dépistage et pour combien sera-t-il préjudiciable?

Quelles sont les preuves scientifiques de ce dépistage?

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur le dépistage du cancer du sein

Publié par le Nordic Cochrane Centre 2012

Table des matières

Résumé	3
Qu'est-ce que le dépistage?	4
Bienfaits	4
Dommages	5
Documentation pour les faits et les données chiffrées	7
Bienfaits	7
Dommages	10
Pourquoi avons-nous écrit cette brochure?	11
Références	14

Écrit par:

Peter C. Gøtzsche, professor, chief physician, DrMedSci, director, The Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark.

Ole J. Hartling, chief physician, DrMedSci, former chairman, The Ethical Council, Denmark.

Margrethe Nielsen, midwife, MSc, lecturer, Metropolitan University College, Copenhagen, Denmark.

John Brodersen, associate professor, general practitioner, PhD, University of Copenhagen, Denmark.

Traduction:

Thierry Gourgues, médecin généraliste, membre d'une association française pour une formation et une information médicales indépendantes de tout autre intérêt que celui des personnes (www.formindep.org).

Cette brochure est disponible sur www.cochrane.dk et www.screening.dk.

Janvier, 2012 (2ème édition; 1ère édition publiée en Janvier 2008)

Résumé

Lorsque nous avons publié cette brochure en 2008, le résumé était le suivant:

Il peut être raisonnable de participer au dépistage du cancer du sein par mammographie, mais il peut être tout aussi raisonnable de ne pas s'y soumettre, parce que ce dépistage présente à la fois des bienfaits et des dommages.

Si 2000 femmes sont examinées régulièrement pendant 10 ans, une seule d'entre elles bénéficiera réellement du dépistage par le fait qu'elle évitera ainsi la mort par cancer du sein.

Dans le même temps, 10 femmes en bonne santé deviendront, à cause de ce dépistage, des patientes cancéreuses et seront traitées inutilement. Ces femmes perdront une partie ou la totalité de leur sein et elles recevront souvent une radiothérapie et parfois une chimiothérapie.

En outre, environ 200 femmes en bonne santé seront victimes d'une fausse alerte. Le stress psychologique de l'attente du résultat pour savoir si elles ont vraiment un cancer et celui de la suite des soins, peut être sévère.

Ces chiffres proviennent d'essais randomisés de dépistage par mammographie. Cependant, depuis que ces essais ont été effectués, le traitement du cancer du sein s'est considérablement amélioré. Les études les plus récentes suggèrent que le dépistage par mammographie peut ne plus être efficace pour réduire le risque de mourir du cancer du sein.

Le dépistage produit des patientes atteintes d'un cancer du sein à partir de femmes en bonne santé qui n'auraient jamais développé de symptômes de cancer du sein. Le traitement de ces femmes en bonne santé augmente leur risque de mourir, par exemple d'une maladie cardiaque et de cancer.

Il ne semble donc plus aussi raisonnable de participer au dépistage du cancer du sein. En fait, en évitant de participer au dépistage, une femme va diminuer son risque de recevoir un diagnostic de cancer du sein. Cependant, malgré cela, certaines femmes peuvent encore souhaiter participer au dépistage.

Qu'est-ce que le dépistage?

Dépister, c'est examiner un groupe de personnes afin de détecter une maladie ou de trouver celles à risque accru de développer une maladie.

Dans plusieurs pays, on offre aux femmes de 50 à 69 ans un examen radiographique des seins - mammographie - tous les 2 ou 3 ans. Le but de cet examen de dépistage est de trouver les femmes qui ont un cancer du sein pour leur offrir un traitement à un stade précoce.

Le dépistage par mammographie présente à la fois des bienfaits et des dommages. Le but de cette brochure est d'aider chaque femme à peser le pour et le contre à la lumière de ses propres valeurs et préférences, afin qu'elle puisse prendre une décision personnelle si elle souhaite participer.

Si rien d'anormal n'est trouvé au dépistage, cela permet à une femme de se sentir rassurée sur sa bonne santé. Pourtant, la plupart des femmes se sentent en bonne santé avant d'être invitée au dépistage. En outre, l'invitation elle-même au dépistage peut causer une insécurité. Donc, le dépistage crée autant de sécurité que d'insécurité.

Bienfaits

Réduction du risque de mourir d'un cancer du sein - Le dépistage régulier par mammographie ne peut pas prévenir le cancer du sein, mais il peut réduire peut-être le risque de mourir d'un cancer du sein. Une analyse systématique des études randomisées sur le dépistage par mammographie a révélé que:

Si 2000 femmes sont examinées régulièrement pendant 10 ans, une seule d'entre elles bénéficiera réellement du dépistage par le fait qu'on lui évitera la mort par cancer du sein, parce que le dépistage a détecté plus précocement le cancer.

Depuis que ces essais ont été entrepris, le traitement du cancer du sein s'est considérablement amélioré. Les femmes d'aujourd'hui demandent aussi un avis médical beaucoup plus tôt qu'avant, si elles ont noté quelque chose d'inhabituel dans leurs seins. En outre, diagnostic et traitement ont été centralisés dans de nombreux pays et sont maintenant fournis par des équipes d'experts du cancer du sein.

En raison de ces améliorations, le dépistage est moins efficace aujourd'hui et les dernières études suggèrent que le dépistage par mammographie n'est pas plus efficace pour réduire le risque de mourir d'un cancer du sein (voir la documentation pour les faits et les chiffres ci-dessous).

Le dépistage ne réduit pas le risque global de décès, ou le risque global de décès par cancer (y compris le cancer du sein).

Dommmages

Surdiagnostic et surtraitement - Certaines des cancers et certaines des modifications cellulaires précoces (carcinome in situ), qui sont découvertes au cours de ce dépistage, grandissent si lentement qu'elles ne se seraient jamais développées en véritable cancer. Beaucoup de ces «pseudo-cancers" détectés grâce au dépistage auraient même disparu spontanément, s'ils avaient été laissés tranquilles, sans traitement.

Puisqu'il n'est pas possible de différencier les modifications cellulaires dangereuses et inoffensives d'un cancer, toutes sont traitées. Par conséquent, le dépistage se solde par le traitement de beaucoup de femmes pour une maladie tumorale qu'elles n'ont pas et qu'elles n'auront pas. Sur la base des essais randomisés, il apparaît que:

Si 2000 femmes sont examinées régulièrement pendant 10 ans, 10 femmes en bonne santé seront considérées comme des patientes cancéreuses et seront traitées inutilement. Ces femmes perdront une partie ou la totalité de leur sein et elles recevront souvent une radiothérapie et parfois une chimiothérapie. Le traitement de ces femmes en bonne santé

augmente leur risque de mourir, par exemple d'une maladie cardiaque et d'un cancer.

Malheureusement, certaines de ces modifications cellulaires précoces (carcinome in situ) sont souvent retrouvées en plusieurs endroits du sein. Le sein entier est alors enlevé une fois sur quatre dans ces situations, alors que seule une minorité de ces modifications cellulaires s'est transformée en cancer.

Plus de chirurgie lourde et plus de traitements ultérieurs - Pour les femmes diagnostiquées lors du dépistage avec un «vrai» petit cancer, l'opération et les traitements qui s'en suivent peuvent être moins graves que si ce cancer avait été découvert plus tard. Cependant, comme le dépistage mène aussi au surdiagnostic et au surtraitement de femmes en bonne santé, plus de femmes au total auront un sein opéré dans le cadre du dépistage que si ce dépistage n'avait pas été fait. De même, plus de femmes recevront inutilement de la radiothérapie.

Fausse alerte - Si la radiographie montre quelque chose qui peut être un cancer, la femme est donc rappelée pour des examens complémentaires. Dans quelques cas, il s'avère que ce que la radiographie a vu est bénin et qu'il s'agit donc d'une fausse alerte.

Si 2000 femmes sont examinées régulièrement pendant 10 ans, environ 200 femmes en bonne santé seront victimes d'une fausse alerte. Le stress psychologique de l'attente du résultat pour savoir si elles ont vraiment un cancer peut être sévère. Beaucoup de femmes éprouveront de l'anxiété, des soucis, du découragement, des troubles du sommeil, des problèmes relationnels avec leur famille, leurs amis et leurs connaissances, et des changements dans leur libido. Cela peut durer des mois et à long terme, certaines femmes se sentiront plus vulnérables devant la maladie et consulteront plus souvent un médecin.

La douleur à l'examen - Le sein est pressé entre deux plaques pendant qu'une radiographie est faite. Cela prend peu de temps mais la moitié des femmes environ trouve l'examen douloureux.

Fausse sécurité - Le dépistage par mammographie ne peut pas détecter tous les cancers. Il est important, par conséquent, qu'une femme voit un médecin si elle trouve un nodule dans son sein, même si elle a eu une mammographie récente.

Documentation pour les faits et les données chiffrées

Dans nos publications scientifiques et dans un livre (1), nous avons expliqué en détail pourquoi l'information sur les bienfaits et les dommages du dépistage du sein fournie dans les invitations au dépistage (1-3) et sur les sites web d'organismes de bienfaisance contre le cancer et d'autres groupes d'intérêts (1,4) est souvent trompeuse. Nous fournissons ci-dessous l'argumentaire de notre information pour cette brochure.

Bienfaits

Les résultats les plus fiables viennent d'études scientifiques où les femmes ont été invitées de manière aléatoire à se faire dépister par une mammographie ou à ne pas se faire dépister (on parle d'essais randomisés). Environ 600 000 femmes en bonne santé ont participé à de tels essais (5). La moitié de ces essais ont été effectués en Suède. L'analyse d'essais suédois de 1993 a montré que le dépistage organisé réduisait la mortalité par cancer du sein de 29% (6).

Bien que cela paraisse être un excellent résultat, voici ce que les 29% signifient réellement. L'analyse a montré que, après 10 ans de dépistage, cette réduction de la mortalité par cancer du sein correspondait à éviter à 1 femme sur 1000 une mort par cancer du sein.

L'avantage du dépistage organisé est ainsi très petit. La raison en est que, sur une durée de 10 ans, seulement 3 femmes sur 1000 développent un cancer du sein et en meurent. La réduction absolue de la mortalité par cancer du sein était donc seulement de 0.1% (1 sur 1000) après 10 ans dans les essais suédois. Un dépistage sur plus de 10 ans pourrait en augmenter le bénéfice, mais il en augmentera aussi les dommages.

La raison pour laquelle nous n'analysons qu'une période de 10 ans est qu'il n'y a pas de données fiables pour des périodes plus longues.

Une autre analyse d'essais suédois de 2002, a trouvé une réduction de la mortalité par cancer du sein de seulement 15% avec une méthode de calcul et de 20% avec une autre méthode (7).

Les deux analyses de ces essais suédois sont biaisées par le fait que les chercheurs n'ont pas retenu que certains des essais avaient été mieux faits - et étaient donc plus fiables - que d'autres (5).

L'évaluation la plus minutieuse de tous les essais randomisés qui existent est une analyse de la Cochrane (5). Ici, la réduction de mortalité était de 10% dans les essais les plus fiables et de 25% dans les moins fiables. Puisque des essais non fiables surestiment habituellement les effets, la réduction a été évaluée à 15% (5).

Une autre évaluation minutieuse de ces essais par des chercheurs indépendants a été effectuée pour le compte de l' U.S. Preventive Services Task Force. Les chercheurs ont trouvé une réduction de 16% (8).

De là, ces deux analyses systématiques ont trouvé un effet sur la mortalité des cancers du sein de seulement la moitié du résultat de la première analyse suédoise de 1993. Cela signifie que le dépistage régulier de 2000 femmes pendant 10 ans est nécessaire pour sauver une seule d'entre elles de mort par cancer du sein. La réduction absolue de la mortalité par cancer du sein est par conséquent seulement de 0.05%.

Le dépistage ne réduit pas le risque global de décès ni le risque global de décès par cancer (y compris le cancer du sein) (5). Il semble donc que les femmes qui vont se faire dépister ne vivent pas plus longtemps que les femmes qui ne vont pas se faire dépister.

Depuis que des essais randomisés ont été effectués, il y a eu des avancées importantes en matière de diagnostic et de traitement. Cela signifie que l'efficacité du dépistage est plus petite aujourd'hui. En fait, des études rigoureuses plus récentes suggèrent que le dépistage n'est plus aussi efficace (1,9).

Au Danemark, par exemple, le dépistage a été introduit dans deux régions seulement, correspondant à un cinquième de la population.

Pendant 17 ans, les femmes vivant dans le reste du pays n'étaient pas invitées à se faire dépister, et très peu de ces femmes avaient passé une mammographie de dépistage. La baisse annuelle du taux de mortalité par cancer du sein dans le groupe d'âge qui pouvait bénéficier du dépistage était de 1% dans les régions de dépistage et de 2% dans les régions sans dépistage. Chez les femmes qui étaient trop jeunes pour bénéficier d'un dépistage, la baisse a été plus grande, 5% et 6%, respectivement (10). Cela signifie que ces baisses de la mortalité par cancer du sein n'ont pas été causées par le dépistage, mais par un meilleur traitement.

Les femmes de moins de 50 ans sont rarement invitées à se faire dépister en Europe. Pourtant il y avait une baisse de 37% de la mortalité par cancer du sein entre 1989 et 2005 pour ces femmes, alors qu'elle n'était que de 21% chez les femmes de 50-69 ans (11). Les baisses ont débuté avant le dépistage organisé dans de nombreux pays.

Une analyse comparative de trois paires de pays européens voisins qui avaient introduit le dépistage 10-15 ans avant, n'a montré aucune relation entre le démarrage du dépistage et la réduction de la mortalité par cancer du sein (12). La réduction de la mortalité par cancer du sein était à peu près la même dans ces six pays européens comme aux Etats-Unis (13).

Une étude australienne a trouvé que la plus grande partie, si ce n'est toute, de la réduction de la mortalité par cancer du sein pourrait être attribuée au traitement donné (hormonal et chimiothérapique) (14).

Les données sur le stade et la taille des tumeurs fournissent une explication pour ces résultats négatifs (1). Si le dépistage ne permet pas de réduire la survenue de cancers avancés, alors il ne peut pas fonctionner. Une revue systématique des études de sept pays ont montré que le taux de cancers du sein avancés (définis comme les tumeurs malignes de plus de 20 millimètres) n'a pas été touché par le dépistage (15).

Dommmages

Les essais randomisés ont montrés que le dépistage augmentait de 30% le nombre de femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein et qui ont été traitées par rapport aux femmes du groupe qui n'a pas été dépisté (5). Ce niveau élevé de surdiagnostic a également été constaté dans de grandes études de population des pays européens, des Etats-Unis, du Canada et d' Australie. Une revue systématique des pays dotés de programmes de dépistage organisé trouve 52% de surdiagnostic (16). Au Danemark, qui possède un groupe témoin de population non dépistée, le taux de surdiagnostic était de 33% (17).

De l'analyse de Cochrane (5) il peut être calculé ce qu'un surdiagnostic de 30% signifie pour les femmes. Dans les essais du Canada et Malmö, le sein entier ou une partie du sein a été enlevé chez 1424 femmes dans le groupe dépisté et chez 1083 femmes dans le groupe témoin non dépisté. Puisque le groupe témoin comptait 66 154 femmes, le surdiagnostic calculé $(1424-1083) / 66 154 \times 2000$ est de 10 sur 2000 femmes mammographiées.

Ainsi, en mammographiant 2000 femmes, 10 femmes en bonne santé recevront un diagnostic de cancer qu'elles n'auraient pas eu si elles n'avaient pas été dépistées. Elles auront une chirurgie du sein et recevront ordinairement les autres traitements, comme si elles étaient des patientes cancéreuses. Sans le dépistage, tout aurait été OK pour elles.

Des études provenant des États-Unis, de Suède et de Norvège estiment que la moitié ou plus des cancers détectés lors du dépistage aurait disparu spontanément, si on les avait laissé tranquilles, sans aucun traitement (18). La plupart des modifications cellulaires les plus précoces découvertes au cours du dépistage (carcinome in situ) sont elles-aussi inoffensives, car elles n'auraient jamais évoluées en cancer invasif (5).

L'analyse de Cochrane a montré que le sein a été enlevé chez 20% de femmes en plus dans le groupe de dépistage que dans le groupe témoin (5). D'autres études ont aussi montré que plus de femmes ont un sein opéré quand il y a un dépistage, que quand il n'y a pas (5). Cela a été confirmé avec des données provenant à la fois

des programmes de dépistage danois (9) et norvégiens (19). En outre, au Royaume-Uni, le sein entier a été enlevé dans 29% des cas où les lésions cancéreuses ont été détectées à des stades précoces quand elles n'étaient pas étendues, alors qu'on aurait pensé que dans ces cas là une opération moins large aurait pu être pratiquée (20).

Le stress psychologique de l'attente du résultat s'il y a ou non un cancer peut être sévère (5,21). Aux Etats-Unis, il a été calculé qu'après 10 séries de dépistage, 49% de femmes saines auront vécu une fausse alerte (22). En Norvège, 21% auront vécu une fausse alerte après 10 séries de dépistage (23).

Cependant, les chiffres pour la Norvège et pour la plupart des autres pays sont trop bas parce que les rappels de patientes à cause de la faible qualité technique de la mammographie n'étaient pas d'habitude inclus (23). Comme les femmes sont aussi affectées par de tels rappels que par le soupçon réel d'un cancer (21), ces chiffres devraient être comptés comme de fausses alertes. À Copenhague, 13% des femmes ont éprouvé une fausse alerte après 10 ans de dépistage (5 invitations) (24). En utilisant 10% comme estimation globale pour l'Europe, cela correspond à 200 femmes en bonne santé pour 2000 femmes soumises au dépistage pendant 10 ans.

Comme mentionné plus tôt, la moitié des femmes vivent l'expérience de la douleur lors de la mammographie quand les seins sont coincés entre les plaques. Cela ressort de l'analyse systématique d'études pertinentes (25).

Pourquoi avons-nous écrit cette brochure?

En 1999, lorsque des doutes considérables ont été soulevés au Danemark sur la valeur de la mammographie de dépistage, le Conseil National Danois de la Santé a demandé au médecin et chercheur Peter C Gøtzsche du Nordic Cochrane Centre d'évaluer les essais de dépistage par mammographie (1). Le rapport du centre est devenu plus tard une analyse de la Cochrane (5), qui est l'analyse la plus complète qui existe des essais sur le dépistage.

Le Nordic Cochrane Centre est un centre de recherche indépendant, qui a publié plus de recherches sur la mammographie de dépistage qu'aucune autre institution indépendante. En 2006, après que nous ayons publié une analyse critique des invitations au dépistage dans plusieurs pays, dont le Danemark (2), le Conseil National Danois de la Santé a tenu une réunion demandant des suggestions pour réviser la brochure d'information du Conseil.

Les quatre auteurs de la brochure que vous lisez actuellement ont été invités à cette réunion. Le Conseil National Danois de la Santé ne fit pas attention à nos commentaires et publia une brochure révisée dont nous pensions qu'elle contenait de graves erreurs (1). Nous avons donc décidé d'écrire notre propre brochure, que nous avons publié en 2008 après l'avoir testé avec soin, tant parmi les professionnels de la santé que chez les laïques.

Comme la brochure officielle utilisée au Royaume-Uni était aussi entachée d'erreur que celle du Conseil National Danois de la Santé, et que leurs mise-à-jour ont résisté, comme l'avait fait le Conseil, à de bons arguments, nous avons écrit un article uniquement sur les défauts de la brochure du Royaume-Uni. Nous avons publié nos observations dans le British Medical Journal en 2009 avec une traduction de notre propre brochure (3).

Le US Center for Medical Consumers (centre étasunien pour les consommateurs médicaux) a appelé notre brochure "la première information honnête sur la mammographie écrite pour les femmes par des professionnels de santé" (1). Nous pensons que c'est à cause de cela que des bénévoles l'ont traduite en d'autres langues. Elle existe ainsi maintenant en 13 langues.

L'information que les femmes reçoivent quand elles sont invitées à participer au dépistage par mammographie est insuffisante, unilatérale et erronée (1-3). Les lettres d'invitation soulignent les bienfaits du dépistage, mais ne décrivent pas combien de femmes en bonne santé subiront l'expérience des dommages les plus importants, le surdiagnostic et le surtraitement.

Lorsque les femmes sont invitées au dépistage par la mammographie, la pratique montre souvent que, lorsqu'elles reçoivent une lettre sur le dépistage, il leur est fourni en même

temps un horaire de rendez-vous pour l'examen. Cette procédure met une pression sur les femmes pour y participer. A cause de cela, leur participation devient moins volontaire. Dans certains pays, elles sont même contactées par téléphone à la maison et encouragées à y participer, ce qui est donc une pratique potentiellement coercitive.

L'information sur internet, par exemple sur les sites web d'organismes de bienfaisance contre le cancer, omet souvent de parler des dommages les plus importants ou les décrit comme des bienfaits. Par exemple, il est dit que le dépistage peut réduire le risque qu'une femme perde son sein (1). Ce n'est pas vrai. En raison du surdiagnostic et du surtraitement, le dépistage augmente le risque de mastectomie.

Nous recommandons les sites suivants si vous désirez de plus amples informations:

- la National Breast Cancer Coalition (www.stopbreastcancer.org), dont les membres sont principalement des femmes atteintes d'un cancer du sein, et
- le Center for Medical Consumers (centre pour les consommateurs médicaux) (www.medicalconsumers.org)

Cette brochure offre une information simple et nécessaire sur les bienfaits et les dommages du dépistage par mammographie pour permettre à une femme - avec sa famille et son médecin si elle le souhaite - de prendre la décision libre et éclairée s'il y a lieu de participer au dépistage.

La brochure est disponible sur www.cochrane.dk et www.screening.dk. Nous accueillons tout commentaire et toute critique, que vous pouvez nous adresser à general@cochrane.dk.

Références

1. Gøtzsche PC. Mammography screening: truth, lies and controversy. London: Radcliffe Publishing; 2012.
2. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Content of invitations to publicly funded screening mammography. *BMJ* 2006;332:538-41.
3. Gøtzsche P, Hartling OJ, Nielsen M, et al. Breast screening: the facts - or maybe not. *BMJ* 2009;338:446-8.
4. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. *BMJ* 2004;328:148-51.
5. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;4:CD001877 (available at www.cochrane.dk).
6. Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993;341:973–8.
7. Nyström L, Andersson I, Bjurstam N, et al. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002;359:909-19.
8. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, et al. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137(5 Part 1):347–60.
9. Jørgensen KJ, Keen JD, Gøtzsche PC. Is mammographic screening justifiable considering its substantial overdiagnosis rate and minor effect on mortality? *Radiology* 2011;260:621-6.
10. Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ* 2010;340:c1241.
11. Autier P, Boniol M, La Vecchia C, et al. Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 2010;341:c3620.
12. Autier P, Boniol M, Gavin A, et al. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 2011;343:d4411.

13. Bleyer A. US breast cancer mortality is consistent with European data. *BMJ* 2011;343:d5630.
14. Burton RC, Bell RJ, Thiagarajah G, et al. Adjuvant therapy, not mammographic screening, accounts for most of the observed breast cancer specific mortality reductions in Australian women since the national screening program began in 1991. *Breast Cancer Res Treat*. Epub 2011 Sep 29.
15. Autier P, Boniol M, Middleton R, et al. Advanced breast cancer incidence following population based mammographic screening. *Ann Oncol* 2011;20 Jan [Epub ahead of print].
16. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ* 2009;339:b2587.
17. Jørgensen KJ, Zahl P-H, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in organised mammography screening in Denmark: a comparative study. *BMC Women's Health* 2009;9:36.
18. Zahl PH, Gøtzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening program; a cohort study. *Lancet Oncol* 2011 Oct 11 [Epub ahead of print].
19. Suhrke P, Mæhlen J, Schlichting E, et al. Effect of mammography screening on surgical treatment for breast cancer in Norway: comparative analysis of cancer registry data. *BMJ* 2011;343:d4692.
20. NHS cancer screening programmes. BASO Breast Audit 1999/2000. www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications.html (accessed Dec 12, 2001).
21. Brodersen J. Measuring psychosocial consequences of false-positive screening results - breast cancer as an example (PhD thesis). Department of General Practice, Institute of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2006 (ISBN 87-88638-36-7).
22. Elmore JG, Barton MB, Mocer VM, et al. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med* 1998;338:1089–96.
23. Hofvind S, Thoresen S, Tretli S. The cumulative risk of a false-positive recall in the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer* 2004;101:1501-7.
24. Njor SH, Olsen AH, Schwartz W, et al. Predicting the risk of a false-positive test for women following a mammography screening programme. *J Med Screen* 2007;14:94-7.

25. Armstrong K, Moye E, Williams S, et al. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007;146:516-26.

Autres références littéraires

Welch H. *Should I be tested for cancer? Maybe not and here's why*. Berkeley: University of California Press; 2004.

Vainio H, Bianchini F. *IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol 7: Breast Cancer Screening*. Lyon: IARC Press, 2002.

Contactez votre médecin si vous souhaitez obtenir un complément d'information.

Dépistage et traitement de l'ostéoporose

Recommandations publiées

Société savante	Recommandation	Qualité des données probantes
Ostéoporose Canada	CF tableau ci-bas	
US Preventive Services Task Force	Dépister toutes les femmes de 65 ans et plus	Grade B
	Dépister les femmes de moins de 65 ans avec des facteurs de risque	Grade B
	Preuves insuffisantes pour émettre une recommandation pour le dépistage chez les hommes sans facteurs de risque d'ostéoporose	Grade I
UpToDate	<p>Envisager traitement (par exemple, avec un bisphosphonate) dans les cas suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ATCD de fracture vertébrale ou de la hanche • Score T inférieur ou égal à -2.5 au col fémoral ou à la colonne • Score T entre -1 et -2.5 et un risque de fracture de la hanche sur 10 ans supérieur ou égal à 3% ou encore un risque de fracture ostéoporotique majeure d'au moins 20% <p>Indications de répéter l'ODM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si traitement initié, répéter dans 2 ans (selon ODM post initiation de traitement, décision quant à répéter à prendre) • Si score T -2,00 à -2,49 ou facteurs de risque 'ongoing', répéter q 2 ans • Si score T -1,50 à -1,99 sans facteurs de risque 'ongoing', répéter dans 3 à 5 ans • Si score T -1,01 à -1,49 sans facteurs de risque 'ongoing', répéter dans 10-15 ans 	

Table 1: Indications for measuring bone mineral density

Older adults (age ≥ 50 yr)	Younger adults (age < 50 yr)
Age ≥ 65 yr (both women and men)	Fragility fracture
Clinical risk factors for fracture (menopausal women, men age 50–64 yr)	Prolonged use of glucocorticoids*
Fragility fracture after age 40 yr	Use of other high-risk medications†
Prolonged use of glucocorticoids*	Hypogonadism or premature menopause (age < 45 yr)
Use of other high-risk medications†	Malabsorption syndrome
Parental hip fracture	Primary hyperparathyroidism
Vertebral fracture or osteopenia identified on radiography	Other disorders strongly associated with rapid bone loss and/or fracture
Current smoking	
High alcohol intake	
Low body weight (< 60 kg) or major weight loss (> 10% of body weight at age 25 yr)	
Rheumatoid arthritis	
Other disorders strongly associated with osteoporosis	

*At least three months cumulative therapy in the previous year at a prednisone-equivalent dose ≥ 7.5 mg daily.

†For example, aromatase inhibitors or androgen deprivation therapy.

Recommandations d'Ostéoporose Canada en terme d'indications pour procéder à l'ostéodensitométrie

Notre analyse

Il est important de rappeler que la plupart des fractures surviennent chez des patients(es) qui n'ont pas de critère d'ostéoporose à l'ostéodensitométrie... d'où l'importance d'un bon questionnaire et un bon examen physique. Certains éléments semblent militer en défaveur du dépistage de l'ostéoporose. D'une part, la littérature démontrant une efficacité clinique liée à l'implantation d'un programme de dépistage populationnel de l'ostéoporose est limitée. Puis, la DMO est un prédicateur imparfait du risque de fracture, en plus d'être une mesure statique. Finalement, certaines données suggèrent une moins grande observance aux mesures 'de base' de prévention de l'ostéoporose chez les patients(es) avec une DMO normale.

Le risque de fracture devrait être modélisé avec l'un des outils validés disponibles, tel que l'outil FRAX (<http://www.shef.ac.uk/FRAX/>)

Il existe une controverse quant au rôle de la supplémentation en calcium et en vitamine D en prévention primaire de l'ostéoporose. Certaines sociétés recommandent de les débiter chez toutes les femmes ménopausées. Il nous paraît toutefois raisonnable que les mesures non pharmacologiques comme la cessation tabagique et l'exercice physique (pour lesquelles les bénéfices vont au-delà de la prévention de l'ostéoporose) soient abordées par les médecins lors des visites cliniques.

Références

Ostéoporose Canada
 US Preventive Services Task Force (2014)
 UpToDate (*Screening for osteoporosis, Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women*)

Dépistage du diabète de type 2

Recommandations publiées

Société savante	Recommandation	Qualité des données probantes
Collège des médecins du Québec	Glycémie veineuse à jeûn q 3 ans à partir de 40 ans Débuter le dépistage plus tôt selon les facteurs de risque	
UpToDate	<ul style="list-style-type: none"> • Patients hypertendus/dyslipidémiques : dépistage aux 3 ans • Dépistage opportuniste aux patients avec un IMC de plus de 25 kg/m² avec un facteur de risque ou plus pour le diabète Méthode de dépistage préférée: glycémie veineuse à jeûn (HbA1C acceptable)	
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs	<p>Utiliser l'échelle validée Findrisk afin d'identifier les patients qui bénéficieront d'un dépistage du diabète</p> <p>Pour les adultes présentant un risque de diabète faible à modéré, le dépistage systématique n'est pas recommandé</p> <p>Pour les adultes présentant un risque de diabète élevé le dépistage systématique tous les 3–5 ans à l'aide du test sanguin A1C est recommandé</p> <p>Pour les adultes présentant un risque de diabète très élevé le dépistage systématique chaque année à l'aide du test sanguin A1C est recommandé</p>	<p>Recommandation faible; données probantes de faible qualité</p> <p>Recommandation faible; données probantes de faible qualité</p> <p>Recommandation faible; données probantes de faible qualité</p>
US Preventive Services Task Force	<p>Dépister les adultes dont la TA est supérieure à 135/80 de façon soutenue</p> <p>Aucune recommandation pour les adultes dont la TA est inférieure à 135/80</p>	<p>Grade B</p> <p>Grade I</p>

RAPPEL DES FACTEURS DE RISQUE DB TYPE 2

Âge de plus de 45 ans ; IMC supérieur à 25 ; Hx familiale (1er degré) ; Sédentarité ; Groupe ethnique à risque ; ATCD de DG/macrosomie ; HTA ; Dyslipidémie ; SOPK ; MVAS

ÉCHELLE FINDRISK (CALCUL DU RISQUE DE DIABÈTE DE TYPE 2)

CALCULATEUR DE RISQUE DE DIABÈTE DE TYPE 2 POUR LES CLINICIENS¹

1. Quel est l'âge de votre patient?

- Entre 18 et 44 ans (0 POINT)
- Entre 45 et 54 ans (2 POINTS)
- Entre 55 et 64 ans (3 POINTS)
- 65 ans et plus (4 POINTS)

2. Quel est l'indice de masse corporelle de votre patient/la catégorie d'indice de masse corporelle?

– (Se reporter à l'annexe 1 pour voir un tableau sur l'indice de masse corporelle ou visiter le site www.bmi-calculator.net pour calculer un indice de masse corporelle.)

- Normal (inférieur à 25,0 kg/m²) (0 POINT)
- En surpoids (entre 25,0 et 29,9 kg/m²) (1 POINT)
- Obèse (30,0 kg/m² ou plus) (3 POINTS)

3. Quel est le tour de taille de votre patient? La mesure du tour de taille est prise sous les côtes (en général au niveau du nombril).

HOMMES

- Moins de 94 cm (moins de 37 pouces environ) (0 POINT)
- Entre 94 et 102 cm (entre 37 pouces environ et 40 pouces) (3 POINTS)
- Plus de 102 cm (plus de 40 pouces environ) (4 POINTS)

WOMEN

- Moins de 80 cm (moins de 31 pouces environ) (0 POINT)
- Entre 80 et 88 cm (entre 31 pouces environ et 35 pouces) (3 POINTS)
- Plus de 88 cm (plus de 35 pouces environ) (4 POINTS)

4. Votre patient est-il physiquement actif pendant plus de 30 minutes chaque jour? Cela inclut l'activité physique au travail, pendant les loisirs ou la routine quotidienne.

- Oui (0 POINT)
- Non (2 POINTS)

5. À quelle fréquence votre patient mange-t-il des légumes et des fruits?

- Tous le jours (0 POINT)
- Pas tous les jours (1 POINT)

6. Votre patient a-t-il déjà pris des médicaments pour l'hypertension artérielle de manière régulière?

- Non (0 POINT)
- Oui (2 POINTS)

7. A-t-on déjà remarqué que votre patient avait une glycémie élevée (p. ex. au cours d'un examen de santé, durant une maladie ou une grossesse)?

- Non (0 POINT)
- Oui (5 POINTS)

8. Des membres de la famille immédiate de votre patient ou d'autres membres de sa famille ont-ils reçu un diagnostic de diabète (type 1 ou 2)?

Cette question s'applique uniquement aux parents par le sang.

- Non (0 POINT)
- Oui : grand-parent, tante, oncle ou cousin germain (3 POINTS) (mais pas parent, frère, sœur ou enfant)
- Oui : parent, frère, sœur ou propre enfant (5 POINTS)

¹Source : Questionnaire Finnish Diabetes Risk Score (score finlandais de risque du diabète) par la professeure auxiliaire Jaana Lindström, Unité de prévention du diabète, Service de prévention des maladies chroniques, Institut national pour la santé et le mieux-être, Helsinki, Finlande et le professeur Jaakko Tuomilehto, Centre de prévention vasculaire, Danube-University Krems, Krems, Autriche

.... CONTINUER À LA PAGE 2

GUIDE D'INTERPRÉTATION DU SCORE FINDRISK SELON LE GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS

Note	Risque	Recommandation
0–14 points	Risque faible à modéré 1 à 17 % de risque d'être diabétique dans les 10 prochaines années	Nous recommandons de ne pas faire de dépistage pour le diabète de type 2.
15–20 points	Risque élevé 33 % de risque d'être diabétique dans les 10 prochaines années	Nous recommandons de faire un dépistage tous les 3 à 5 ans avec l'hémoglobine A1C.
21–30 points	Risque très élevé 50 % de risque d'être diabétique dans les 10 prochaines années	Nous recommandons de faire un dépistage annuel avec l'hémoglobine A1C.

Notre analyse

La plupart des recommandations publiées concernant le dépistage du diabète de type 2 sont le fruit d'opinion d'experts et les données probantes appuyant de telles mesures sont de faible qualité.

Nous recommandons, comme le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, l'usage de l'échelle Findrisk pour stratifier le risque de développer un diabète chez tous les patients de plus de 18 ans (puis recalculer le risque aux 3 ans). En fonction du score obtenu avec cette échelle, individualiser la fréquence du dépistage. La glycémie veineuse à jeûn ou la mesure de l'HbA1C peuvent être utilisées, mais comme la mesure de l'HbA1C ne nécessite pas d'être à jeun, celle-ci peut s'avérer plus pratique. Ces recommandations ont l'avantage de ne pas soumettre au dépistage inutilement des patients à faible risque.

Références

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
UpToDate (*Screening for type 2 diabetes mellitus*)
US Preventive Services Task Force

Dépistage de la dyslipidémie

Recommandations publiées

Société savante	Recommandation	Qualité des données probantes
Collège des médecins du Québec	<p>Hommes: Bilan lipidique à tous les 3 ans à 5 ans à partir de 40 ans et jusqu'à 75 ans</p> <p>Femmes: Bilan lipidique à tous les 3 ans à 5 ans à partir de 50 ans et jusqu'à 75 ans</p>	
UpToDate	<p>In male patients at higher risk, we initiate lipid screening at age 25 In female patients at higher risk, we initiate lipid screening at age 35 ★ Lower risk In male patients at lower risk, we initiate lipid screening at age 35 In female patients at lower risk, we initiate lipid screening at age 45</p> <p>Si lipides sont clairement normales et ne nécessitent pas de Tx, répéter dans 5 ans Dans les autres situations, répéter dans 3 ans</p> <p>Recommandation d'UpToDate d'évaluer le risque cardiovasculaire q 3-5 ans au-delà de 20 ans Échelle de risque Framingham (mais nécessite lipides)</p>	

<p>Lignes directrices appuyées par le Collège des médecins de famille du Canada</p>	<p>Début du dépistage : en prévention primaire, la mesure des lipides dans le contexte d'une estimation du risque global de MCV chez les hommes de ≥ 40 ans et les femmes de ≥ 50 ans est recommandée</p> <p>Des tests peuvent être envisagés plus tôt pour les patients qui ont des facteurs de risque de MCV traditionnels connus, incluant, sans s'y limiter, l'hypertension, des antécédents familiaux de MCV prématurées, le diabète et le tabagisme</p> <p>Répétition du dépistage : pour les patients qui ne suivent pas de thérapie hypolipémiante, une mesure des lipides est recommandée au plus aux 5 ans, à moins qu'il n'y ait apparition de nouveaux facteurs de risque</p>	<p>Données de qualité modérée</p> <p>Données de qualité faible</p> <p>Données de qualité modérée</p>
<p>US Task Preventive Services Task Force</p>	<p>Dépister les hommes de 35 ans et plus, ainsi que les femmes de 45 ans et plus qui sont à risque augmenté de maladie coronarienne athérosclérotique</p> <p>Dépister les hommes de 20 à 35 ans qui sont à risque augmenté de maladie coronarienne athérosclérotique, ainsi que les femmes de 20 à 45 ans qui sont à risque augmenté de maladie coronarienne athérosclérotique</p> <p>Aucune recommandation par rapport aux hommes de 20 à 35 ans et aux femmes de 20 à 45 ans qui sont à risque non augmenté de maladie coronarienne athérosclérotique</p> <p>Ces lignes directrices suggèrent de répéter le bilan lipidique aux 5 ans chez les patients visés par les catégories ci-haut.</p>	<p>Grade A</p> <p>Grade B</p> <p>Grade C</p>

Notre analyse

Nous apprécions la rigueur des lignes directrices publiées dans le Médecin de famille du Canada (revue officielle du CMFC), créées par des médecins de famille, pour des médecins de famille (référence disponible ci-bas).

Nous apprécions le calculateur de réduction de risque proposé par Best Science Medicine (disponible gratuitement en ligne à l'URL <http://chd.bestsciencemedicine.com/calc2.html>). À notre sens, il est essentiel de comprendre la réduction de risque cardiovasculaire en absolu (et non pas uniquement en valeurs relatives), ce qui se fait plus aisément avec de tels outils et des NNT (*number needed to treat*) et NNH (*number needed to harm*).

Références

Collège des médecins du Québec
US Preventive Service Task Force (2014)
UpToDate (*Screening for lipid disorders*)

Simplified lipid guidelines: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Canadian Family Physician*, October 1, 2015 61: 857-867

Dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Recommandations publiées

Société savante	Recommandation	Qualité des données probantes
US Preventive Services Task Force (2014)	Offrir des interventions de counselling et le dépistage des ITSS aux adolescents sexuellement actifs et aux adultes à risque d'ITSS	Grade B
US Preventive Services Task Force (2014)	Offrir le dépistage de l'hépatite C aux adultes ayant des comportements à risque et aux personnes nées entre 1945 et 1965	Grade B
Centers For Disease Control (CDC)	<p>Femmes sexuellement actives de moins de 25 ans: dépistage annuel de la chlamydia et gonorrhée. Le dépistage de l'hépatite B et C est réservé aux femmes ayant des facteurs de risque additionnels</p> <p>Femmes sexuellement actives de plus de 25 ans avec facteurs de risque: dépistage de la chlamydia, gonorrhée, syphilis, trichomoniose, et hépatite B (si non vaccinée). Le dépistage de l'hépatite C devrait être fait chez les femmes dont le partenaire est porteur de l'hépatite C</p> <p>Hommes ayant des relations sexuelles exclusivement avec les femmes: dépistage fait si présence antérieure d'ITSS ou à la demande du patient</p> <p>Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes: dépistage au moins annuel de la chlamydia, gonorrhée, syphilis, chlamydia et gonorrhée rectale chez les hommes ayant eu une relation anale réceptive dans la dernière année, chlamydia et gonorrhée pharyngée chez les hommes ayant eu une relation orale réceptive dans la dernière année. Un dépistage plus fréquent est indiqué chez les HARSAH avec des facteurs de risque additionnels. Le dépistage de l'hépatite A devrait être fait au moins une fois (et le patient vacciné, si séronégatif). Le dépistage de l'hépatite C devrait être fait à une reprise.</p>	

Notre analyse

Nous recommandons que le dépistage des ITSS soit fait périodiquement chez les personnes à risque d'ITSS. Chez les groupes à risque très élevé (par exemple, comme les personnes ayant des relations sexuelles avec des personnes anonymes), certains groupes d'experts recommandent de faire un dépistage plus rapproché des ITSS (aux 3 mois).

Nous sommes d'accord avec la recommandation du US Preventive Services Task Force concernant le dépistage de l'hépatite C ; il est recommandé de dépister à une seule reprise les adultes pour lesquels le seul facteur de risque est d'être né entre 1945 et 1965.

Références

UpToDate (*Screening for sexually transmitted infections*)
US Preventive Services Task Force
Centers For Disease Control

Quelques ressources utiles en prévention clinique

The NNT

<http://www.thennt.com/>

Site web mis sur pied par des médecins, proposant des revues de littérature sur divers tests diagnostiques et traitements. Propose une classification des recommandations par couleur (rouge, jaune, vert).

Harding center for risk literacy

<https://www.harding-center.mpg.de/en>

Site web allemand créé par des fellows en épidémiologie. Propose des outils pour discuter de risque relatif avec les patients (schémas particulièrement utiles pour le dépistage du cancer du sein par mammographie et le dépistage du cancer de la prostate par APS)

Choisir avec soins

<http://www.choosingwiselycanada.org/>

Campagne créée par l'Association médicale canadienne (AMC) visant à sensibiliser le public et les professionnels de la santé aux surdiagnostic et à l'usage rationnel des épreuves diagnostiques et traitements. Propose d'excellents pamphlets d'information destinés aux patients. Disponible en format Web et pour téléphones intelligents.

Electronic preventive services selector (EPSS)

<http://epss.ahrq.gov/PDA/index.jsp>

Programme calqué sur les recommandations du US Preventive Services Task Force, disponible pour l'ordinateur et les téléphones intelligents (Android / Apple).

Less Is More Medicine

<http://www.lessismoremedicine.com/>

Site web mis sur pied par une médecin de famille canadienne. Propose des pistes de réflexion sur le surdiagnostic et l'usage rationnel des tests diagnostiques et traitements disponibles.

Groupe canadien d'étude sur les soins de santé préventifs

<http://canadiantaskforce.ca/>

Site web regroupant les recommandations de cet organisme. Les recommandations sont également disponibles pour les téléphones intelligents.