

à bas les mythes

UTILISATION DE DONNÉES PROBANTES POUR DÉMYSTIFIER
DE FAUSSES CROYANCES COURANTES PAR RAPPORT AUX
SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

FIN DU MYTHE NOVEMBRE 2009

MYTHE : LE DÉPISTAGE CORPS ENTIER EST EFFICACE POUR DÉPISTER LES CANCERS CACHÉS

Le dépistage corps entier est présenté comme un « guichet unique » pour le dépistage sans douleur des cancers cachés et la prévention des décès associés au cancer. Il s'agit d'une activité très lucrative aux États-Unisⁱ. Au Canada, des cliniques privées ont commencé à offrir des procédures d'examen du corps entier contre rémunérationⁱⁱ⁻ⁱⁱⁱ. La stratégie commerciale, qui vise souvent une clientèle en santé, présente ces tests et procédures comme une façon d'acheter la tranquillité d'esprit en détectant les anomalies ou les cancers cachésⁱⁱ⁻ⁱⁱⁱ. Les données probantes démontrent que lorsqu'il est pratiqué de cette manière, le dépistage du cancer, non seulement n'offre aucun avantage démontré pour la santé, mais il expose les gens à des risques inutiles.

UN BON DÉPISTAGE EST SENSIBLE ET CIBLÉ

Le dépistage corps entier consiste à balayer le corps à des angles et des profondeurs variables afin d'obtenir une image visant à déceler des anomalies. On utilise à cette fin la tomographie par ordinateur, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et parfois la tomographie par émission de positons (TEP). Toutefois, lorsque l'on recourt à de tels tests pour poser, confirmer ou préciser un diagnostic chez un patient qui présente des symptômes de cancer, ou pour surveiller un patient soumis à des traitements anticancéreux, les avantages l'emportent sur les risques^{iv}. Les analyses peuvent donner l'un des quatre résultats suivants :

- ▼ normal, pas de cancer (vrai négatif)
- ▼ normal, mais un cancer non détecté (faux négatif)



- ▼ anormal, pas de cancer (faux positif)
- ▼ anormal, présence de cancer (vrai positif)

Les faux positifs, tout particulièrement, occasionnent souvent une série de tests et de biopsies supplémentaires qui, outre les coûts additionnels pour le système de santé, comportent aussi des risques pour le patient, notamment l'anxiété, l'inquiétude et les complications médicales^{vi}. Sensible et ciblé, un bon test de dépistage produit un faible taux de faux négatifs et de faux positifs. Il devrait aussi réduire le nombre de décès résultant de la maladie qu'il cherche à détecter, sans occasionner de conséquences inacceptables pour les patients^{vii}. De façon générale, les tests recommandés pour le dépistage du cancer – le cliché mammaire, par exemple – satisfont à ces critères.

Ainsi, chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, la mammographie peut réduire dans une proportion allant jusqu'à 30 p. 100 les décès liés au cancer du sein^{viii}, tandis que chez les hommes de 50 à 74 ans, une recherche de sang occulte dans les selles peut faire diminuer de 15 p. 100 les décès liés au cancer du côlon^x. En outre, depuis l'avènement du test Pap, il y a plus de 25 ans, le taux de mortalité associé au cancer du col utérin a diminué de 60 p. 100.

En revanche, il n'est pas démontré que le dépistage corps entier chez des sujets en santé prévienne les décès associés au cancer. En fait, les données probantes démontrent plutôt que le dépistage corps entier – qui n'est ni sensible ni ciblé – présente un certain nombre de risques pour les patients, y compris des examens inutiles, la surexposition aux rayonnements ainsi que des taux élevés de faux positifs et de faux négatifs^{xi-xiii}. De plus, le dépistage corps entier augmente le taux de surdiagnostic, c.-à-d. le diagnostic de maladies ou d'affections qui n'auraient jamais occasionné de problèmes à la personne ou pour lesquelles on ne connaît aucune thérapie efficace^{xiv}.

crainces à cet égard^v. Le dépistage par IRM n'est pas non plus exempt de risques; en effet, même si l'IRM n'émet pas de rayonnement ionisant, son champ magnétique peut exercer une traction ou chauffer les implants de métal (les stimulateurs cardiaques ou les tiges métalliques, par exemple), occasionnant des déchirures ou des brûlures des tissus mous^{xii}.

En raison des risques, les évaluations relatives à l'efficacité du dépistage corps entier devraient reposer sur des données très probantes. Cependant, il n'y a pas eu d'essais cliniques comparatifs sur échantillon aléatoire et seulement une poignée d'études rétrospectives^{xvi-xvii}, qui révèlent que le pourcentage de personnes ayant obtenu un résultat anormal à la suite d'un balayage du corps entier variait de 33 à 52 p. 100^{xvi-xvii}. Par comparaison, le taux de résultats anormaux est de 6 p. 100 dans le cas de la mammographie^{xviii} et de 2 p. 100 pour une recherche de sang occulte dans les selles^{ix}.

Les données probantes permettent de penser que le dépistage corps entier n'est ni sensible ni ciblé et qu'il peut donner lieu à des taux élevés de faux positifs et de faux négatifs. Par exemple, une étude

AUCUN TEST DE DÉPISTAGE N'EST SANS DANGER, MAIS CERTAINES PROCÉDURES DE DÉPISTAGE SONT PLUS NUISIBLES QUE D'AUTRES.

UN DOMAINE HASARDEUX

Aucun test de dépistage n'est sans danger, mais certaines procédures de dépistage sont plus nuisibles que d'autres. Par exemple, on estime que le dépistage corps entier au moyen de la tomographie par ordinateur soumet le patient à des rayonnements de 500 à 1 000 fois plus intenses qu'une radiographie pulmonaire courante^{xii}. Les radiologistes s'inquiètent de voir les patients exposés à des rayonnements d'une telle intensité, étant donné l'incertitude quant aux avantages du dépistage corps entier et en raison du risque de provoquer un cancer radio-induit susceptible d'entraîner la mort^{xv}. La tomographie par émission de positons soulève également des

sur les anomalies détectées par dépistage corps entier a révélé que la grande majorité des anomalies – jusqu'à 97 p. 100 – étaient bénignes et non significatives sur le plan clinique^{xv}. Une étude effectuée en 2006 démontrait également que le simple dépistage corps entier par tomographie par émission de positons n'avait pas découvert 29 p. 100 des cancers détectés dans une population de plus de 3 400 personnes en santé qui avaient été soumises à diverses procédures de dépistage; autrement dit, il y avait aussi un taux significatif de faux négatifs, ce qui laisse entendre que les personnes ayant été soumises au dépistage corps entier ne devraient pas négliger les tests de dépistage recommandés^{xix}.

La même étude a démontré que les méthodes de dépistage plus conventionnelles, comme l'endoscopie, réussissaient à produire des diagnostics de cancer exacts^{xi}. On a également fait état d'un certain nombre de faux positifs dans un petit essai comparatif sur échantillon aléatoire (essai pilote) mené aux États-Unis et portant sur le dépistage corps entier de sujets sains : 64 p. 100 des participants du groupe expérimental (personnes testées) ont obtenu un résultat anormal, mais sans aucun cas de cancer confirmé^{xx}. En outre, les frais médicaux ont été plus de deux fois plus élevés pour les participants du groupe expérimental que pour ceux du groupe témoin (non testés).

Le rapport coût-efficacité du dépistage corps entier a aussi été remis en question par une analyse de son effet potentiel sur la santé et le coût des services de santé. Dans ce document publié en 2006, on estime que le dépistage corps entier d'un groupe de 500 000 personnes en santé à l'âge de 50 ans n'augmenterait leur espérance de vie que d'une moyenne de six jours sur 26,3 années. Le coût moyen par personne s'élevait à 2 513 dollars, dont plus de 30 p. 100 représentait des faux positifs^{xxi}.

CONCLUSION

Le dépistage corps entier chez les gens en bonne santé promet la détection précoce du cancer et la réduction des décès associés au cancer. En dépit de ces allégations, cette méthode de dépistage n'a pas d'effets positifs démontrés sur l'espérance de vie. Au contraire, elle engendre pour les clients de l'anxiété, ainsi que des coûts et des risques significatifs, en plus d'occasionner dans le système de santé des coûts importants ainsi qu'un recours inutile aux services. Les recommandations et les décisions relatives au dépistage du cancer doivent être fondées sur des données fiables et sur une évaluation soigneuse de tous les avantages et désavantages potentiels. ▼

Le présent numéro de « À bas les mythes » est basé sur un article écrit par M^{me} Kathleen Decker, récipiendaire du Prix À bas les mythes 2009. M^{me} Decker est aspirante au doctorat à l'Université du Manitoba et coordonnatrice de la recherche dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein de CancerCare Manitoba à Winnipeg.

RÉFÉRENCES

- i. Scandirectory.com. Mis à jour le 12 juillet 2007; consulté le 8 juillet 2009. www.scandirectory.com
- ii. EcuMedical. Consulté le 8 juillet 2009. *What you need to know about full body scans*. www.ecumedical.com
- iii. Canada Diagnostic Centres. Consulté le 8 juillet 2009. *How can preventative health scans help me?* <http://www.canadadiagnostics.ca/private/preventative-health-scans.php>
- iv. Schmidt GP. et coll. 2007. "Whole-Body Magnetic Resonance Imaging and Positron Emission Tomography-Computed Tomography in Oncology." *Magnetic Resonance Imaging*; 18(3): 193-202.
- v. Schoder H. et Gonen M. 2007. "Screening for cancer with PET and PET/CT: Potential and limitations." *Journal of Nuclear Medicine*; 48(1):4-18s.
- vi. Rosenfeld EL. et Duggan AE. 2008. "Colorectal cancer screening; ensuring benefits outweigh the risks." *Medical Journal of Australia*; 188(4):196-197.
- vii. Wilson JM. et Jungner YG. 1968. "Principles and practice of mass screening for disease." *Bol Oficina Sanit Panam*; 65:281-393.
- viii. Gotzsche PC. and Nielsen M. 2006. "Screening for breast cancer with mammography." *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 4:1-61.
- ix. Hewitson P. et coll. 2007. "Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult." *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 1(Art. No.: CD001216):1-25.
- x. Société canadienne du cancer et coll. 2007. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2006*. www.cancer.ca
- xi. Cassels A., van Wiltenburg J. et Armstrong W. 2009. "What's in a scan? How well are consumers informed about the benefits and harms related to screening technology (ct and pet scans) in Canada?" Centre canadien de politiques alternatives. www.ccpa.ca
- xii. Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada. 2004. «L'examen du corps entier au moyen des technologies de l'IRM ou de la tomographie par ordinateur. Votre santé et vous.» www.hc-sc.gc.ca
- xiii. Salman RAS., Whiteley WN. et Warlow C. 2007. "Screening using whole-body magnetic resonance imaging scanning: who wants an incidentaloma?" *Journal of Medical Screening*; 14(1):2-4.
- xiv. Modic MT. et Obuchowski N. 2004. "Whole-body CT screening for cancer and coronary disease: does it pass the test?" *Cleveland Clinic Journal of Medicine*; 71(1):47-56.
- xv. Ghotbi N. et coll. 2007. "Cancer screening with whole-body PET/CT for healthy asymptomatic people in Japan: re-evaluation of its test validity and radiation exposure." *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*; 8:93-97.
- xvi. Furtado CD. et coll. 2005. "Whole-body CT screening: spectrum of findings and recommendations in 1192 patients." *Radiology*; 237:385-394.
- xvii. Obuchowski N. et Modic MT. 2006. "Total body screening: predicting actionable findings." *Academic Radiology*; 13:480-485.
- xviii. Decker K., Harrison M. et Watters K. 2007. "Manitoba Breast Screening Program Biennial Report 2004-2006." Winnipeg, Manitoba: Cancer Care Manitoba.
- xix. Ono K. et coll. 2006. "The detection rates and tumor clinical/pathological stages of whole-body FDG-PET cancer screening." *Annals of Nuclear Medicine*; 21(1):65-72.
- xx. Obuchowski N. et coll. 2007. "Total-body screening: preliminary results of a pilot randomized controlled trial." *Journal of the American College of Radiology*; 4:604-611.
- xxi. Beinfeld MT., Wittenberg E. et Gazelle GS. 2005. "Cost-effectiveness of whole-body CT screening." *Radiology*; 234:415-422.

Les articles *À bas les mythes* sont publiés par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé après avoir été revus par des spécialistes du sujet. Financée dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada, la FCRSS est un organisme indépendant et sans but lucratif qui a pour mandat de promouvoir l'utilisation des données probantes afin de renforcer l'offre de services destinés à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCRSS ou du gouvernement du Canada.