

Surdiagnostic

« Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent »¹

Un commentaire récent publié par Minerva^{2,3} conclut que « le bénéfice net de la mammographie de dépistage a, au mieux, un impact limité sur la mortalité par cancer du sein et n'a sans doute aucun impact sur les cancers du sein à un stade avancé. Et cela au prix de surdiagnostics de l'ordre de 30 % ». Le terme « surdiagnostic » se rencontre de plus en plus souvent, mais que signifie-t-il précisément ? En principe, le surdiagnostic est un inconvénient important de l'application de critères diagnostiques en médecine. Ce terme est également utilisé pour désigner de nouveaux diagnostics (l'invention de maladies - en anglais: disease mongering), dérivés le plus souvent de la promotion de nouveaux médicaments. Ce thème a déjà été abordé dans un éditorial⁴. Dans le présent éditorial, on entend par « surdiagnostic » les faux positifs parmi les résultats d'un test diagnostique⁵.

Vrais positifs et faux positifs

Pour commencer, rappelons en quoi consiste la différence entre « vrais » positifs et « faux » positifs⁶. Prenons l'exemple suivant : les tumeurs agressives du sein chez la femme, qui ne sont heureusement pas tellement fréquentes (0,1 %)³, entraînent un décès prématuré si elles sont découvertes trop tard. Les programmes de dépistage du cancer du sein entendent donc réaliser ce noble objectif de déceler et traiter à temps précisément ces tumeurs agressives et potentiellement mortelles. Il y a cinquante ans, ce n'était qu'en présence de signes cliniques d'une éventuelle tumeur que l'on avait recours aux examens techniques comme la mammographie. Lorsqu'on a réussi à réduire à un minimum les désavantages de la mammographie et à obtenir une meilleure résolution des images, ces techniques diagnostiques ont commencé à être utilisées dans la population saine également (c'est-à-dire pour le dépistage). La première conséquence a été l'augmentation du nombre de tumeurs découvertes (passant de 214 à 328/100 000), tandis que la proportion de tumeurs potentiellement fatales a ensuite diminué (le chiffre relatif passant de 48 % à 29 % ; parmi les tumeurs supplémentaires découvertes, à savoir 114/100 000, huit tumeurs fatales ont été évitées)³. Lors du dépistage dans une population saine, les vrais positifs n'ont pas la même issue que les vrais positifs obtenus lorsque le diagnostic est posé de manière classique. On ne parle plus de la même évolution de la maladie, et il ne s'agit peut-être pas de la même maladie. Généralement, les faux positifs, dont il est le plus question dans les programmes de dépistage, ne sont pas des tumeurs, mais des artefacts interprétés à tort comme étant des tumeurs. Néanmoins, dans la réalité, on considère comme vrais positifs à la fois les tumeurs fatales et celles qui ne le sont pas, notamment parce qu'on n'est pas encore à même de les distinguer les unes des autres lors du diagnostic initial. Si le résultat ne tient compte que des tumeurs fatales, celles qui ne le sont pas doivent passer de la rubrique « vrais positifs » à la rubrique « faux positifs » et être comptées parmi les artefacts, ce qui accroît d'autant le nombre de « surdiagnostics » (30 % chez Bleyer³, 52 % chez Jorgensen⁷). Le problème est que l'on applique à toute tumeur nouvellement découverte, quel que soit son pronostic, un traitement le plus souvent radical, comme la chirurgie, la chimiothérapie ou la radiothérapie, même si, actuellement, leurs performances sont meilleures. En outre, on crée des problèmes, comme l'induction de l'anxiété, une augmentation du nombre de personnes « malades », l'utilisation d'examens complémentaires, comme les biopsies, et l'application de traitements ayant parfois de graves inconvénients et pouvant influencer la qualité de vie à long terme, et des dépenses nettement plus importantes pour les soins de santé. Les inconvénients du dépistage risquent

de prendre le pas sur ses avantages. La plupart des études portant sur le dépistage du cancer du sein^{7,8} ne font pas cette distinction et partent du principe que toutes les tumeurs détectées pourraient être fatales ; la proportion de faux positifs entraînant un surtraitement semble alors acceptable.

Dans le cancer de la prostate, ce problème a bien été reconnu ; les options stratégiques possibles comprennent le suivi vigilant et la temporisation^{9,10}. Par ailleurs, le dépistage du cancer de la prostate n'est plus encouragé de manière générale, ce qui, pour certains médecins et certains patients, reste difficile à accepter¹¹.

Pistes de réflexion

Si, par exemple, le dépistage de caillots de sang par microscopie était possible, on retrouverait des micro-embolies dans le sang de tout le monde⁵. Cela signifierait que nous devrions tous être mis sous anticoagulants, et plus personne ne serait encore déclaré en bonne santé. Nous vous laissons imaginer ce que cela signifierait pour la santé publique. Cet exemple peut paraître extrême et caricatural, mais nous nous dirigeons lentement vers un dépistage plus répandu et « meilleur ».

L'utilisation de nouveaux moyens diagnostiques technologiques hautement sensibles en absence de plaintes demande une attention très grande, surtout si ces techniques ne permettent pas de faire la distinction entre les pathologies potentiellement fatales et les autres. Sinon, il ne fait pas de doute que l'on s'achemine vers un abaissement du seuil de gravité pour l'instauration du traitement et donc vers un surdiagnostic, les inconvénients d'un traitement agressif prenant alors le pas sur les avantages de cette approche. Les critères de Wilson et Jungner sont donc toujours d'actualité ; ils mettent notamment l'accent sur la nécessité de la spécificité de la méthode de détection précoce pour justifier le dépistage¹². Pourtant, il est très tentant de recourir aux nouveaux moyens de diagnostic, certainement lorsque la nouvelle méthode comporte la possibilité de détecter toutes les affections potentiellement graves, aspect prometteur dont les médias s'emparent avec avidité et qu'ils diffusent sans discernement. On a également assisté à une évolution de la société, qui, aujourd'hui, accorde beaucoup plus de confiance aux résultats techniques objectifs qu'au jugement clinique classique. On attend aujourd'hui du clinicien qu'il explique à ses patients ce que sont les « faux positifs », concept difficile à appréhender, sans que, pour autant, il ne les voie plus. Mais ne serait-il pas temps de s'engager dans une autre voie pour appliquer la prévention ? Ou bien les peurs vont-elles faire succomber la raison ?

Références voir site web www.minerva-ebm.be