



Que penser de la prévention au moyen de programmes de dépistage ?

Barbara Michiels, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen

Il est pertinent de s'interroger sur l'opportunité de mettre en œuvre un programme de dépistage pour détecter le cancer de l'ovaire. La maladie est grave, souvent détectée tardivement et ainsi entachée d'un mauvais pronostic. Nous commentons dans ce numéro de *Minerva*, une étude qui montre que la détermination du taux de CA 125, associée à des examens de suivi appropriés chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, conduit à un résultat favorable en termes de mortalité liée au cancer de l'ovaire, après exclusion des cas de cancer de l'ovaire présents au début de la période de dépistage (1,2). Ce résultat est-il suffisamment convaincant pour lancer un programme de dépistage ? En 1968, Wilson et Jungner ont défini les différents critères à respecter dans les programmes de dépistage (3). L'OMS a ensuite complété ces critères, mais ce sont essentiellement les critères originaux qui restent les plus importants (4).

Pour le dépistage du cancer de l'ovaire, plusieurs de ces critères sont remplis : la maladie constitue une menace grave individuellement et en termes de santé publique, et le dépistage est bien continu et non pas ponctuel. L'étude de Jacobs commentée plus loin dans ce numéro peut servir de guide quant à la nécessité de préétablir des critères pour décider qui poursuivra le dépistage et qui recevra un traitement. Concernant le critère de présence d'une intervention efficace et acceptable pour les patientes chez qui un cancer de l'ovaire a été décelé, aucune réponse univoque ne peut être donnée. Le traitement du cancer de l'ovaire est relativement lourd et affecte (provisoirement) la qualité de vie (5). D'autres études doivent encore être menées pour déterminer le caractère acceptable ou non du traitement. Si l'espérance de vie s'accroît mais que la qualité de vie diminue pendant une période de maladie prolongée, le bilan pour la patiente pourrait plutôt être considéré comme négatif. Le critère stipulant que des moyens « appropriés » de diagnostic et de traitement doivent être disponibles est dépendant de l'organisation du dépistage au sein des soins de santé existants : le suivi d'un taux de CA 125 positif au moyen de mesures répétées et/ou de l'échographie doit par exemple pouvoir être effectué dans le délai imparti et les tests positifs nécessitent un suivi adéquat très précis. Les deux critères suivants semblent eux être remplis : l'histoire naturelle de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique, et la maladie est décelable pendant sa phase de latence ou au début de la phase clinique. L'évolution du cancer de l'ovaire est en effet insidieuse, et les manifestations cliniques sont souvent tardives, néanmoins, en cas de tumeur très agressive, cette phase de latence peut être très courte, et un certain nombre de tumeurs à croissance rapide ne seront pas détectées lors du dépistage annuel (11% dans l'étude de Jacobs) (1). La volonté de promouvoir le dépistage du cancer de l'ovaire risque de lui faire perdre de son utilité en raison de l'accroissement du dépistage individuel opportuniste, hors programme. Un autre critère qui est discutable est celui de l'existence d'un test valide de diagnostic. La sensibilité de la détermination du taux de CA 125 avec suivi subséquent n'est pas très élevée (sensibilité de 59% dans l'étude de Jacobs) (1). La sensibilité augmente avec le stade de la maladie, tandis que le pronostic s'aggrave en parallèle. Le critère selon lequel le test utilisé doit être acceptable par la population demanderait, lui aussi, une étude plus approfondie. Il faut pouvoir justifier le rapport entre les vrais positifs et les faux positifs. Les données de l'étude ne nous apprennent rien sur la spécificité du test de dépistage ni sur le nombre de faux positifs auquel s'attendre. Une analyse de sang paraît en soi acceptable, mais cet examen est à répéter chaque année et le suivi nécessaire, avec des prises de sang supplémentaires et éventuellement une échographie, peut représenter une charge, d'autant plus que d'autres programmes de dépistage sont également proposés dans cette tranche d'âge (50 à 74 ans). Le coût du suivi (notamment pour le diagnostic et le traitement) doit être en équilibre économique avec les dépenses globales des soins

médicaux pour la population. Actuellement, il n'existe pas d'analyse économique approfondie coûts-bénéfices.

De nombreuses zones d'ombre persistent donc et nécessitent de poursuivre la recherche quant aux critères à remplir avant d'organiser le dépistage du cancer de l'ovaire pour toutes les femmes ménopausées, alors que l'implémentation même du dépistage pourrait répondre à une partie des questions (6).

Aucune politique préventive de lutte contre le cancer de l'ovaire ne serait donc permise ? Si ! Le zèle qui se déploie pour dépister précocement le cancer, tout comme les dépenses que l'on s'estime en droit de consentir à cet effet, contraste violemment avec le peu de moyens mis à disposition de la prévention primaire centrée sur les changements du mode de vie et le peu d'initiatives soutenues dans ce domaine. Or cette approche pourrait avoir un effet simultané sur différents problèmes de santé (7). Les facteurs de risque connus du cancer de l'ovaire sont : le fait de ne pas allaiter (17,6%), le tabagisme (2,6%), le traitement hormonal substitutif de la ménopause (0,7%) et l'exposition professionnelle à des carcinogènes (0,5%) (8). Même s'il est impossible d'éviter tous ces facteurs, il faudrait veiller à ne pas les accumuler. Ils pourraient par ailleurs servir à définir les sous-groupes auxquels le dépistage sera à proposer en priorité. Les études à ce propos sont encore insuffisantes.

Conclusion

La promotion du dépistage médical a un parfum de « politiquement correct » car, comme on a l'habitude de le dire « il vaut mieux prévenir que guérir ». La charge du dépistage repose cependant sur les épaules de l'ensemble de la population. Il faudra pour y pourvoir libérer suffisamment de moyens et d'effectifs, et, par conséquent, d'autres objectifs de santé ne pourront peut-être plus être réalisés. Le dépistage se construit donc non seulement à partir d'une recherche épidémiologique scientifique, mais aussi avec des arguments d'économie de la santé.

Critères de Wilson et Jungner

1. La maladie dépistée doit être un problème de santé important au niveau individuel et en termes de santé publique.
2. Disponibilité d'un traitement acceptable ou d'une intervention utile pour les patients malades.
3. Les moyens de diagnostic et de traitement doivent être disponibles.
4. Présence d'une période de latence ou d'un début de phase clinique durant lesquels la maladie est détectable.
5. Existence d'un test de dépistage valide.
6. Le test doit être accepté par la population.
7. L'histoire naturelle de la maladie doit être connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
8. Le choix des sujets qui recevront un traitement doit être opéré selon des critères préétablis.
9. Le coût du dépistage (y compris les frais de diagnostic et de traitement des cas décelés) doit être équilibré par rapport au coût global des soins médicaux.
10. Le dépistage doit être une procédure continue et non ponctuelle.

Références : voir site web