

:

**Atelier N°3: 27 avril, après midi**  
**SURDIAGNOSTICS sources de SURTRAITEMENTS**  
**Modérateur : A. Siary**

**JUNOD Bernard**

**Surdiagnostic et surtraitement du cancer du sein par radiothérapie**

Le risque de surdiagnostic dépend du stade du cancer du sein. Il est plus élevé lorsqu'il s'agit d'un cancer in situ versus infiltrant ou alors sans versus avec envahissement ganglionnaire.

La définition du surdiagnostic : Cancer histologique qui n'évolue pas vers des symptômes cliniques

Les risques associés à une radiothérapie pour cancer du sein sont surtout des affections cardiaques et des cancers du poumon. Les conséquences néfastes d'un surtraitement par radiothérapie sur la mortalité globale résultent d'une balance bénéfice/risque tributaire de la proportion de surdiagnostics parmi les patientes traitées. Le dernier travail sur les risques de la radiothérapie à long terme est une étude de l'IGR qui montre une surmortalité cardio-vasculaire de 76% 20 ans après Irradiation pour cancer du sein dans une cohorte traitée entre 1954 et 1984

-----  
**BRAILLON Alain**

*Médecin des hôpitaux viré du CHU d'Amiens par le Ministère de la santé contre l'avis de la Commission Statutaire Nationale*

**Dépistage du cancer de la prostate, un scandale sanitaire de plus ?**

Le test PSA pour dépister le cancer de la prostate ne doit plus être fait aux hommes en bonne santé et ne devrait plus être remboursé. Une procédure formelle d'autorisation, comme pour un médicament, est nécessaire pour les programmes de santé publique. Il est de la responsabilité de l'Etat de mettre fin à une dérive dont les conséquences sont catastrophiques. Malgré les mises en garde, la pratique du PSA est passée de 2,7 millions en 2003 à 4,6 en 2010.

Il existe depuis des années un aller retour entre les instances officielles qui restent évasives ( ANAES, HAS) et l'Association Française d'Urologie qui prône par des campagnes médiatiques sans fondement scientifique , le dépistage systématique du cancer prostatique . Il n'y a aucune corrélation entre la participation à un dépistage des personnes concernées et sa validité :

Prostate : 75% des hommes ont effectué des dosages de PSA. Ce dosage est estimé en cout au 7<sup>ème</sup> rang des examens biologiques chez les généralistes en 2003

Sein : 53% des femmes de 50 à 74 ans ont effectué des mammographies de dépistage (2011)

Colon : 34% des personnes de 50 à 74 ans ont eu un Hémocult (2011), alors que ce dépistage a fait la preuve qu'il apportait un bénéfice

Col : La participation au dépistage n'est pas précisée .

<http://braillon.net/alain/prostate.pdf>

-----  
**LASSOUED Ibrahim<sup>a</sup>, JAMOULLE Marc<sup>b</sup>**

### **Cancer du sein ; dépistage ou surdiagnostic ?**

a Résident de deuxième année de médecine générale, b Maître de stage  
Espace Temps, Maison de Santé, Rue du Calvaire 98, B 6060 Gilly, Belgique  
Contact ; [ibrahim@lassoued.be](mailto:ibrahim@lassoued.be)

#### *Introduction*

Les auteurs ont tenté d'actualiser les connaissances en matière de dépistage du cancer du sein par une revue de la littérature scientifique, des recommandations faites par différentes institutions nationales de santé ainsi que par les avis d'experts. On tente de cerner les limites du dépistage ainsi que les potentiels effets indésirables par le surdiagnostic et le surtraitement. Les auteurs pensent que les médecins généralistes peuvent informer leurs patientes sur les enjeux du dépistage.

#### *Méthode*

La revue de la littérature, ainsi que la lecture d'ouvrage sur les enjeux du dépistage, les travaux de certains experts ont pour but d'éclaircir les points suivants

- Les principes de base épidémiologique pour qu'un dépistage soit utile
- Le bénéfice éventuel du dépistage systématique des femmes de 50 à 69 ans
- La réalité du surdiagnostic en général et dans le cancer du sein en particulier
  
- Les risques et effets indésirables potentiels du dépistage du cancer du sein par la mammographie.
  
- L'information des femmes invitées au dépistage

#### *Résultats*

Il existe des divergences entre diverses institutions quant à l'efficacité du dépistage du cancer du sein. Les conclusions de la Cochrane ainsi que de la revue Prescrire sont très réservées et même si il y a un bénéfice, celui-ci est minime et insuffisant que pour avoir un avis tranché sur la question. En effet, le NNS pendant 10 ans (number need to screen) est de 2000. Dans le même temps 10 femmes en bonne santé seront traitées inutilement d'un cancer et 200 femmes seront faussement alertées par ce dépistage.

Toutes les institutions étatiques (KCE, HAS, Canadian Task forces, U.S Task forces, etc.), recommandent la poursuite du dépistage des femmes de 50 à 69 ans et considèrent que le bénéfice c'est à dire détection de la tumeur à un stade précoce avec pour conséquence un traitement moins lourd ( ce qui est faux) et une réassurance des femmes dont l'examen est négatif (ce qui est une erreur 20% de FN) est supérieur aux effets indésirables c'est à dire faux positif, faux négatifs et traitement de tumeurs à croissance très lentes. Ces institutions espèrent que, au fil du temps, le dépistage fera ses preuves par une diminution plus significative de la mortalité même si actuellement, on ne dispose pas d'arguments scientifiques pour attribuer cette petite baisse de mortalité au dépistage. Par ailleurs

l'information biaisée donnée aux patientes fait émerger de fausses croyances sur la mammographie.

92% des femmes ignorent les risques des surtraitements

68% pensent que la participation au dépistage diminue le risque d'avoir un cancer du sein

La majorité estime que par le dépistage, même si il y a un cancer, le traitement sera moins agressif.

60% pensent que le dépistage réduit de 50% la mortalité.

Le rôle du médecin généraliste est d'informer les femmes sur les incertitudes de ce dépistage (les incertitudes de l'imagerie avec les faux positifs, les faux négatifs, le surdiagnostic, la fausse réassurance) afin qu'elles décident de leur choix ( se faire dépister ou pas) en toute connaissance de cause

-----  
**TESTART Jacques**

**Le cas de l'Assistance médicale à la procréation (AMP)**

La surmédicalisation dans l'AMP est particulièrement remarquable. Les interventions médicales concernent des personnes non malades, traitent des couples plutôt que des individus, visent seulement à supprimer le symptôme (stérilité), cachent les causes exogènes (environnement) ou non médicales (âge, angoisse,...) et favorisent de nouveaux diagnostics (DPI). Ces diagnostics, à visée éliminatoire, camouflent les échecs de la thérapie génique et ouvrent des perspectives infinies à la « médecine préventive ».

15% des couples présentent une infertilité, 3% des naissances procèdent d'une AMP.

La proportion de stérilités idiopathiques est passée de 10 à 25%

On est passé des indications médicales (obstruction des trompes, dysovulation, déficiences du sperme) à des indications sociales : femmes seules, couples homo, femmes ménopausées.

1 an d'infertilité suffit pour se voir proposer une AMP.

Les conséquences sont les suivantes :

- Les examens complémentaires et les traitements s'inscrivent dans le cadre d'une médicalisation croissante du corps féminin avec multiplication des dosages hormonaux sous agonistes LH-RH.
- Les tests génétiques n'ont d'autre effet que d'augmenter les angoisses des couples concernés.
- La technique de l'injection des spermatozoïdes dans l'ovule concerne actuellement les 2/3 des FIV.
- 1/3 des enfants nés sont des jumeaux.
- Risque de dérives eugéniques avec le diagnostic préimplantatoire avec recherche de l'enfant idéal par tri des embryons
- Prévention de l'infertilité consécutive à une ménopause précoce : Bilan à 33 ans en vue d'une procréation 10 ans plus tard

Malgré cette surmédicalisation avec des traitements coûteux faisant appel à une large utilisation d'hormones recombinantes et l'engouement des médecins, le taux de succès n'a pas changé depuis 38 ans.

