



Prévention primaire et dépistage chez l'adulte: mise à jour 2014

Cet article propose une mise à jour des recommandations pour le bilan de santé et la prévention primaire et secondaire de nombreuses maladies cardiovasculaires et oncologiques. Les nouveautés pour le dépistage des cancers concernent essentiellement les cancers colorectal, du poumon et de la prostate. Pour la prévention des maladies cardiovasculaires, le dépistage de la sténose de l'artère carotidienne n'est toujours pas recommandé. Les preuves de la littérature sont insuffisantes pour recommander le dépistage de l'artériopathie coronarienne ou périphérique chez les patients asymptomatiques. Le partage de l'information et de la décision entre le médecin et le patient est à privilégier lorsqu'il existe une incertitude quant à l'efficacité d'une intervention.

INTRODUCTION

En 2002, 2006 et 2010, nous avons publié des recommandations cliniques pour le bilan de santé, basées sur les recommandations suisses, canadiennes, américaines et adaptées à la pratique de la médecine interne générale suisse.¹⁻³ Nous y décrivions également la démarche et la signification des niveaux de preuve A, B, C, D et I utilisés par l'US Preventive Services Task Force (USPSTF), un organisme public indépendant des sociétés médicales de spécialistes (tableau 1).⁴ Nous publions ici une mise à jour de ces recommandations cliniques dans une approche synthétique (tableau 2) et présentons en détail la situation pour la prévention de certaines maladies oncologiques et cardiovasculaires.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le bilan de santé, appelé aussi check-up ou examen médical périodique (Canada), s'adresse à une personne asymptomatique, donc a priori en bonne santé. En pratique clinique, c'est donc l'opportunité de discuter de promotion de la santé ainsi que de prévention et dépistage des maladies. Une revue *Cochrane* a récemment questionné l'efficacité du bilan de santé en termes d'impact sur la morbidité et la mortalité.⁵ C'est pour nous l'occasion de rappeler qu'un dépistage apparaît en effet souvent plus attractif qu'il ne l'est en vérité, et ceci autant aux médecins qu'aux patients! Les pièges sont les suivants: 1) avancement du diagnostic sans modification du pronostic (*lead time*); 2) identification de tumeurs indolentes, qui n'auraient jamais été symptomatiques (*overdiagnosis* et *length time*); 3) bénéfice souvent exprimé dans la littérature médicale en réduction du risque relatif uniquement, donc de manière plus attractive qu'en réduction du risque absolu (*number needed to be screened* – NNS) et 4) adoption rapide des tests de dépistage dans la pratique clinique, dès lors que ce test remplit des critères de validité (sensibilité, spécificité), de précision (faible variabilité) et de sécurité.

Rev Med Suisse 2014; 10: 177-85

J. Cornuz
I. Jacot-Sadowski
D. Nanchen
R. Auer
N. Senn
R. Lazor
I. Guessous

Primary prevention and screening in adults: update 2014

This article provides an update on the recommendations for the routine check-up and the primary and secondary prevention of cancer and cardiovascular disease. Changes for cancer screening affect mainly colorectal, lung and prostate cancers. In the area of cardiovascular disease prevention, screening for carotid artery stenosis is still not recommended. The current evidence is insufficient to recommend screening for coronary heart disease or peripheral artery disease in asymptomatic patients. Shared information and decision making between physician and patient is recommended when there is uncertainty regarding the effectiveness of an intervention.



DÉPISTAGE DES CANCERS

Cancer colorectal

En juillet 2013, les autorités fédérales ont annoncé le remboursement par l'assurance obligatoire des soins (AOS) du dépistage du cancer du côlon pour toute personne âgée de 50 à 69 ans, même lorsqu'aucun antécédent n'est connu dans l'entourage familial.⁶ Les méthodes de dépistage remboursées comprennent la coloscopie (tous les dix ans) et la recherche de sang occulte dans les selles par un test au gaïac ou immunologique (tous les deux ans). L'autorité fédérale décidera ultérieurement d'une éventuelle exonération de la franchise, en particulier si ce dépistage est réalisé dans le cadre de programmes cantonaux; à ce sujet, un tel programme-pilote est en cours de développement dans le canton de Vaud.

Rappelons que 1600 personnes meurent chaque année en Suisse de ce cancer. Il s'agit de la troisième cause de mortalité par cancer chez la femme et chez l'homme.

Pour l'USPSTF, ce dépistage est recommandé de 50 à 75 ans en y incluant également le dépistage par la sigmoïdoscopie tous les cinq ans combiné à la recherche de sang occulte dans les selles tous les deux à trois ans.⁴ Ce groupe nord-américain estime que, pour la classe d'âges 75-85 ans, le profil risque/bénéfice ne justifie pas un dépistage systématique et que celui-ci doit être basé sur une approche individuelle. D'autres sociétés nord-américaines (American Cancer Society, American College of Radiology) recommandent la colonographie par scanner. A nos yeux, l'absence de données directes (essai clinique) ou indirectes solides (cohortes de qualité) sur l'efficacité ne justifie pas cette option; de plus le coût et les effets secondaires à long terme (doses d'irradiation suite à la colonographie par scanner) ne parlent pas en faveur de cette technique pour le dépistage.

Cancer du poumon

Le dépistage du cancer du poumon a fait l'objet d'un grand intérêt depuis la publication en 2011 de l'étude NLST (National Lung Screening Trial Research), qui a montré une réduction de mortalité chez des fumeurs ayant bénéficié pendant trois ans d'un dépistage par CT thoracique pour détecter précocement un cancer du poumon.⁷ Cet essai clinique a inclus 53 000 sujets fumeurs actifs ou anciens fumeurs, âgés de 55 à 74 ans, répartis en deux groupes (CT thoracique à faible dose ou une radiographie thoracique 1 x/an pendant trois ans) et suivis durant 6,5 ans. La mortalité par cancer pulmonaire était réduite de 20% et la mortalité globale réduite de 6,7% dans le groupe CT. La distribution par stades au moment du diagnostic montrait davantage de stades I (50 vs 31,1%) et moins de stades IV (21,7 vs 36,1%) dans le groupe CT. Ce *stage shift* est un phénomène attendu des dépistages, y compris des dépistages inefficaces en termes de réduction de la mortalité.⁸

Bien que ces données soient prometteuses, de nombreuses questions demeurent, comme le nombre élevé de faux positifs (95% dans les deux groupes), le risque de surdiagnostic, l'intervalle optimal entre les CT, la durée du processus, l'optimisation de la prise en charge du nodule, la faisabilité et le coût. Enfin, les participants à l'étude différaient de la population générale de fumeurs par plusieurs

Tableau 1. Niveaux de recommandation du groupe américain de prévention clinique, US Preventive Services Task Force

Niveaux	Recommandations
A	Intervention fortement recommandée Preuves de bonne qualité montrant un impact important sur la mortalité et/ou la morbidité, profil de risque/bénéfice très favorable
B	Intervention recommandée Preuves de qualité suffisante; impact favorable sur la mortalité et/ou la morbidité; profil risque/bénéfice favorable
C	Pas de recommandation pour ou contre la réalisation régulière de l'intervention Preuves de qualité suffisante, mais profil risque/bénéfice ne justifiant pas une recommandation générale
D	Intervention non recommandée Preuves de qualité suffisante montrant que cette intervention est inefficace, ou que ses effets secondaires l'emportent sur les éventuels bénéfices
I	Preuves insuffisantes pour recommander la réalisation de l'intervention Preuves de qualité insuffisantes ou données contradictoires; rapport risque/bénéfice non déterminé

caractéristiques (sujets jeunes, moins de fumeurs actifs, niveau socio-éducatif plus élevé) suggérant une meilleure santé globale (*healthy volunteers bias*), ce qui pourrait faire surestimer les bénéfices du dépistage.

En prenant en compte les sujets qui ont participé à au moins un examen/round de dépistage et les pourcentages de décès dans les deux groupes (346/26455 vs 425/26232), le nombre de sujets devant être dépistés (NNS) pour éviter un décès par cancer pulmonaire était de 320.⁹

Plusieurs autres études randomisées sont en cours mais, en raison d'effectifs plus faibles, il est probable que la majorité n'aura pas la puissance statistique pour répliquer les résultats de l'étude NLST.

Des programmes structurés sont indispensables pour garantir l'information du patient, la qualité technique, et la prise en charge multidisciplinaire. Malgré ces incertitudes, certaines directives recommandent déjà le dépistage, alors que les investigateurs soulignent qu'il faut davantage de données. Les hôpitaux et cliniques pratiquant le dépistage ne devraient pas recruter des patients en mettant en avant la peur du cancer pour promouvoir le dépistage, faire croire que le risque peut être éliminé (au lieu d'être réduit!) par le dépistage. Il faudrait également éviter que ce dépistage n'aboutisse à un autogoal médico-sanitaire, à savoir que les fumeurs ayant un dépistage négatif décident finalement de ne pas mettre à leur agenda l'arrêt du tabagisme, réconfortés de ne pas avoir (peut-être!) de cancer pulmonaire, oubliant ainsi les autres conséquences de leur consommation de tabac (maladies cardiovasculaires, autres cancers...).

Cancer du sein

Alors que les recommandations de l'USPSTF concernant les dépistages du cancer du sein par mammographie n'ont pas changé depuis notre mise à jour de 2010, le débat concernant son efficacité (réduction de la mortalité spécifique)



et son risque de surdiagnostic (cancer du sein diagnostiqué dans le cadre d'un dépistage qui ne se serait jamais manifesté cliniquement en l'absence de dépistage parce qu'il n'évolue que très lentement, voire pas du tout)⁸ est resté vif ces dernières années. Les nuances apportées par d'autres groupes comme la Canadian Taskforce on Preventive Health Care et la *Cochrane Review* en 2011 ont, en partie, alimenté le débat. C'est dans ce contexte que l'Independent UK Panel on Breast Cancer Screening a conduit, sur la base des essais contrôlés randomisés (ECR) identifiés par la *Cochrane Review*, une nouvelle analyse de l'efficacité du dépistage du cancer du sein ainsi que du risque de surdiagnostic.¹⁰ Onze ECR (dont les caractéristiques varient fortement) ont été considérés et les auteurs ont conclu que :

1. Le dépistage du cancer du sein est efficace : la réduction du risque relatif (RR) de la mortalité liée au cancer du sein, parmi les femmes participant à un dépistage du cancer du sein par mammographie, est de l'ordre de 20% (IC 95% : 11-27), soit un risque relatif de 0,8 (IC 95% : 0,73-0,89). Cette réduction du risque est proche des estimations publiées par l'USPSTF (RR : 0,81) et par la Canadian Task Force (RR : 0,79).

2. Un décès par cancer du sein est prévenu pour 235 femmes *invitées* à participer à un programme de dépistage de 50 à 70 ans comprenant une mammographie tous les trois ans (soit 43 décès prévenus pour 10000 femmes *invitées*).

3. Le bénéfice pour les femmes *participant* au programme (et non pas seulement *invitées*) étant naturellement meilleur : un décès par cancer du sein prévenu pour 180 femmes *participant* au dépistage.

4. Le risque cumulé de surdiagnostic varie de 11 à 19% selon que l'on considère une perspective populationnelle ou individuelle. Autrement dit, parmi 77 femmes âgées de 50 ans *invitées* pendant vingt ans à un programme de dépistage de cancer du sein, une de celles-ci aura un cancer surdiagnostiqué.

Compte tenu de la confirmation de l'efficacité du dépistage d'une part et du risque de surdiagnostic d'autre part, ces chiffres devraient aider les patientes à évaluer le rapport risque-bénéfice et à décider de façon informée de leur participation ou non.

Suite à l'affaire Angelina Jolie,¹¹ 2013 aura également vu surgir sur la place publique la question de la mastectomie bilatérale prophylactique chez les femmes indemnes de cancer du sein mais porteuses de mutations BRCA1 ou BRCA2. Les mutations BRCA causent environ 2 à 5% des cancers du sein. La question de la chirurgie (mastectomie et/ou ovariectomie) se pose essentiellement en raison du risque cumulatif important de cancer du sein qui varie toutefois en fonction de la pénétrance des mutations.¹² Le risque annuel de cancer du sein lors de mutation BRCA1 varie de 0,02% entre 20-24 ans à 4% entre 45-49 ans.¹² Ce que nous rappelle aussi cette «affaire», c'est qu'un personnage public (acteur, politicien, sportif, etc.) peut influencer de façon majeure les comportements de santé dans une population.¹³ Profitons donc de rappeler ici : a) qu'une recherche de mutations BRCA n'est recommandée (grade B) que pour les femmes dont l'histoire familiale est associée à un risque de mutations BRCA, et b) que la décision de ne pas recourir à la mastectomie prophylactique est légitime

et qu'une surveillance par IRM associée à une mammographie/échographie annuelle est une alternative à la mastectomie prophylactique.^{14,15}

Cancer de la prostate

En octobre 2011, l'USPSTF changeait sa recommandation du dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de I (preuves insuffisantes pour recommander l'intervention) à D (intervention non recommandée), sans recommandations particulières en fonction de l'âge.¹⁶ En novembre 2011, le Swiss Medical Board, qui englobe la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, la FMH et l'ASSM (Académie suisse des sciences médicales), a emboîté le pas et publiait un communiqué de presse et un rapport dans lesquels le Board recommandait également de renoncer au dosage du PSA. Ce changement par l'USPSTF – qui n'est évidemment pas passé inaperçu – est le fruit d'une interprétation des résultats (divergents) de deux ECR publiés en 2009. L'USPSTF estime que l'efficacité du dépistage par PSA sur la mortalité liée au cancer de la prostate après 10 à 14 ans est au mieux très faible (réduction relative 0,79; IC 95% : 0,68-0,91, réduction absolue : 0,09%, nombre d'hommes non décédés par cancer de la prostate grâce au dépistage 0-1/1000). Si l'efficacité a été jugée faible, le risque d'effets secondaires liés au dépistage a été considéré comme suffisamment important pour l'USPSTF pour conclure que les effets secondaires l'emportent sur les éventuels bénéfices.

L'USPSTF est-il allé trop loin dans cette recommandation D ? Peut-être. L'USPSTF aurait-il pu garder le grade I en soulignant la nécessité d'individualiser la décision comme il le fait pour d'autres situations ? Probablement. C'est en effet typiquement lors de telle situation (incertitude des données tant au niveau épidémiologique qu'expérimental) que la décision devrait être individualisée. En fait, plus qu'une approche individualisée, une approche de type partage de la décision est sans doute plus appropriée encore.¹⁷

Postuler qu'un homme suisse de plus de 50 ans est naïf quant à cette thématique est à nos yeux illusoire : la plupart de nos patients ont déjà entendu parler de ce dépistage et sont sensibilisés à celui-ci. Dès lors, n'est-il pas plus approprié de leur présenter les pour et les contre, d'engager une discussion à ce sujet, que de leur dire «Non...» ?

En résumé, si le dépistage du cancer de la prostate par PSA ne doit pas être systématique, informer son patient dès 50 ans sur le dépistage du cancer de la prostate par PSA devrait l'être.

Autres cancers

Les recommandations de l'USPSTF pour le dépistage du cancer de l'ovaire, du col utérin, du pancréas et de la cavité orale sont restées inchangées depuis notre mise à jour de 2010. Les dépistages recommandés en Suisse sont synthétisés dans le [tableau 3](#).

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Face à la multitude de recommandations cliniques, nous proposons de reprendre les recommandations du groupe

Tableau 3. Modalités et fréquences de dépistage des cancers en Suisse en 2014

Cancers	Modalité	Fréquence	Début-fin	Commentaires
Colorectal	A choix : • Recherche de sang dans les selles : test au gâïac ou test immunologique • Colonoscopie	Biannuelle (une fois chaque période de 2 ans) Tous les 10 ans	Début: 50 ans Fin: 70 ans	Remboursé par la LAMal
Sein	Mammographie	Biannuelle	Début: 50 ans Fin: 70 ans	Remboursée par la LAMal si effectuée dans le cadre d'un programme cantonal
Col utérin	Cytologie (frottis)	Tous les 2 ou 3 ans	Début: 21 ans, tous les 2 ans jusqu'à 30 ans, puis tous les 3 ans Fin: 70 ans si dernier frottis normal	Remboursée par la LAMal

de travail suisse Lipides et Athérosclérose (AGLA), en y intégrant celles de l'USPSTF si nécessaire et leur nomenclature pour rappeler les interventions pour lesquelles les preuves d'efficacité existent et celles pour lesquelles des études sont encore nécessaires. Les recommandations de l'AGLA ont été mises à jour en 2012 et intègrent les recommandations de l'International Atherosclerosis Society (IAS) de 2003 et de l'European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society (ESC/EAS) de 2011.¹⁸ L'USPSTF a récemment mis à jour ses recommandations pour le dépistage de l'artériopathie périphérique et de la maladie coronarienne à l'aide de l'EKG.

Hypertension artérielle

Le dépistage de l'hypertension artérielle reste fortement recommandé pour toute personne adulte. Il est maintenant clairement recommandé de poser le diagnostic d'hypertension artérielle après au minimum deux mesures de tension artérielle $\geq 140/90$ mmHg obtenues lors de visites espacées de plus d'une semaine. Dans un premier temps, il est recommandé d'opter pour des mesures non médicamenteuses, à savoir:

1. arrêt du tabagisme.
2. Limitation de la consommation d'alcool: hommes: < 30 g d'éthanol/jour, femmes: < 20 g (1 unité d'alcool = 12 g). L'abus d'alcool est une cause fréquente d'hypertension artérielle mal contrôlée et de résistance au traitement médical.
3. Activité physique régulière.
4. Restriction des apports sodés.
5. Perte pondérale.
6. Alimentation équilibrée de type méditerranéenne.

En général, s'il n'y a pas d'amélioration après trois à six mois de mesures non médicamenteuses, il faut débuter un traitement pharmacologique.

Concernant le traitement médicamenteux, l'European Society of Hypertension/European Society of Cardiology (ESH/ESC) ont mis à jour leurs recommandations en 2013.¹⁹ Les principes ci-après devraient être suivis:

1. il est utile de stratifier le risque cardiovasculaire (CV) pour guider l'initiation du traitement.
2. Utiliser un médicament à longue durée d'action.
3. Commencer une monothérapie à des posologies standards.

4. En cas de résultat insatisfaisant, éviter les forts dosages pour diminuer les effets secondaires.

5. Si la réponse thérapeutique est insuffisante, la tolérance mauvaise ou la tension artérielle $> 160/90$ mmHg, utiliser des combinaisons thérapeutiques à doses standards.

S'il n'y a – formellement – pas de limite d'âge au traitement de l'hypertension, il n'est cependant pas certain qu'une baisse tensionnelle inférieure à 150/80 mmHg soit souhaitable chez les patients âgés (> 80 ans).

Hypercholestérolémie

L'AGLA (www.agla.ch) a harmonisé ses recommandations en proposant un dépistage à partir de 40 ans, sauf pour les personnes à risque CV élevé pour lesquelles le dépistage est recommandé plus précocement.¹⁸ Le profil lipidique complet reste la méthode la plus valide pour dépister des dyslipidémies.

L'indication au traitement se base sur l'estimation du risque CV. Au-delà de 80 ans, en prévention primaire, le bénéfice d'un traitement de statines doit être discuté de cas en cas, vu le peu de données disponibles à cet âge. En prévention primaire, les cibles pour le LDL-cholestérol n'ont pas été modifiées et l'utilisation systématique de hautes doses de statines n'est pas recommandée. Des doses «standards» de statines permettent très souvent d'atteindre les valeurs-cibles de LDL-cholestérol en prévention primaire.

Contexte général du dépistage de l'athérosclérose chez les adultes asymptomatiques

A la différence du dépistage du cancer colorectal où la résection d'un polype suspect lors d'une colonoscopie permet de supprimer le risque engendré par le polype, les bénéfices de traiter une occlusion vasculaire asymptomatique (découverte à l'occasion d'un dépistage) ne semblent pas apporter de bénéfice additionnel à un contrôle strict des facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV). Par ailleurs, il n'y a pas de preuve que l'identification de la maladie CV asymptomatique entraîne un changement de comportement.^{20,21} Une récente étude randomisée contrôlée effectuée à Lausanne n'a pas révélé d'impact sur le taux d'arrêt du tabac en montrant des plaques d'athérosclérose par ultrason carotidien à des patients fumeurs.²⁰



Montrer le taux de calcifications coronariennes par CT coronarien n'a pas montré d'efficacité sur le contrôle des FRCV.²¹ En revanche, les conseils individuels apportent des effets bénéfiques tant sur le contrôle du tabagisme que pour l'adhérence au traitement médicamenteux.^{22,23}

La plupart des cliniciens utilisent de routine les scores cliniques CV comme le PROCAM ou le SCORE pour évaluer le risque CV de leurs patients et déterminer une stratégie de prévention CV, notamment la prescription de statine et d'aspirine en prévention primaire.²⁴⁻²⁶ Pour le risque bas (risque d'événement CV sur dix ans < 5%), on tendra à ne pas proposer de traitement, pour le risque haut (> 20%), on tendra à en proposer un. Ainsi, en l'absence de preuve d'efficacité du dépistage de la maladie CV asymptomatique (sténose carotidienne, coronaire ou artériopathie périphérique) dans des études randomisées contrôlées, le bénéfice des outils de dépistage est avant tout de nature à diminuer le nombre de personnes dans la catégorie intermédiaire (> 5% à < 20%) pour qui la décision de traiter est la plus incertaine.²⁷

Sténose de l'artère carotidienne

L'USPSTF ne recommande pas de faire de dépistage des sténoses carotidiennes dans la population générale asymptomatique, mais de dépister et traiter les FRCV pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Il n'y a toujours pas d'étude randomisée contrôlée susceptible de modifier la pratique actuelle. Les essais cliniques comparant l'endarterectomie carotidienne et les traitements médicamenteux n'ont été faits que dans des populations très sélectionnées. Dans ces populations sélectionnées à très haut risque et pour des patients traités dans ces centres d'excellence, l'endarterectomie n'a permis une diminution des AVC et de la mortalité à cinq ans que d'environ 5% (6,4% vs 11,8% pour les AVC, gain net: 5,4%; IC 95%: 3-7,8).²⁸ On s'attend à des bénéfices encore plus faibles dans la population générale. Les risques de nuire en dépistant puis traitant les sténoses carotidiennes de manière invasive sont prouvés; dans ces mêmes centres et cette population sélectionnée, l'augmentation de la mortalité et des AVC à 30 jours était de 3,1% (IC 95%: 2,3-4,1).²⁸

Dépistage de la maladie coronarienne par électrocardiogramme de repos

L'USPSTF recommande de ne pas effectuer d'ECG chez les adultes asymptomatiques à risque CV bas. Les preuves d'efficacité dans la population à risque CV intermédiaire ou haut restent incertaines. L'USPSTF n'a pas trouvé d'étude démontrant l'utilité de l'ECG de dépistage pour diminuer le nombre d'événements CV, contrôler les FRCV ou améliorer la reclassification des patients dans des catégories de risque CV. Deux études observationnelles ont été publiées depuis cette revue et leurs conclusions ne sont pas de nature à changer la pratique clinique.^{29,30} Elles concluaient que l'ECG permet d'améliorer modestement la reclassification CV. Une des études suggérait cependant que le bénéfice de l'ECG semble être avant tout de reclasser correctement les participants dans une catégorie de risque plus faible, sans améliorer la reclassification des participants à risque CV élevé.²⁹

Dépistage de la maladie coronarienne par CT coronaire

Les preuves de bénéfice d'un dépistage de la maladie coronarienne par CT coronaire sont insuffisantes.³¹ Comme pour l'ECG, aucune étude n'a été effectuée pour montrer un bénéfice d'un dépistage par CT des coronaires dans la population asymptomatique. Une étude randomisée a même montré que le CT des coronaires ne permettait pas d'améliorer le contrôle des facteurs de risque CV ni la motivation à changer de comportement.³² Le traitement par angioplastie coronarienne en cas de CT coronarien montrant une sténose significative n'a pas démontré de supériorité à un traitement médical seul. Depuis la sortie des recommandations de l'USPSTF, des études prospectives ont pu démontrer un bénéfice significatif en termes de reclassification du risque CV.³³ Le CT coronarien pourrait donc être utilisé à l'avenir pour intensifier le traitement préventif par aspirine ou statines dans la population asymptomatique. Les risques associés au CT coronarien comme la possibilité d'escalade thérapeutique, une augmentation de cancers et de maladie coronarienne par irradiation sont cependant à mettre dans la balance décisionnelle.

Dépistage de l'artériopathie périphérique

Il est recommandé que les médecins soient attentifs aux symptômes et aux signes d'artériopathie périphérique chez les personnes à risque (surtout les patients diabétiques et tabagiques), mais il n'est pas recommandé de dépister de routine l'artériopathie périphérique chez les patients asymptomatiques, notamment par la mesure de l'index bras-cheville.⁴ Il n'y a pas de preuve qu'un traitement à un stade asymptomatique améliore le pronostic. Il faut privilégier le traitement des FRCV traditionnels.

Aspirine en prévention primaire

Les recommandations de l'USPSTF 2009 concernant l'utilisation de l'aspirine en prévention primaire des maladies CV restent d'actualité, mais font l'objet de controverses.³⁴ Le point central de ces recommandations était de rappeler l'absence de bénéfice clair de l'aspirine sur la mortalité CV (RR: 0,99; IC 95%: 0,86-1,14)³⁵ ainsi que sur la mortalité de toutes causes confondues (RR: 0,93; IC 95%: 0,85 à 1,03) en absence d'antécédents.³⁵ Ne pouvant justifier les effets de l'aspirine en termes de bénéfice sur la mortalité, l'USPSTF proposait d'adapter la décision de prescrire l'aspirine en fonction du risque CV, estimé par un calculateur, et du risque de saignement gastro-intestinal induit par la prise d'aspirine. Ainsi, le bénéfice de l'aspirine sur la diminution des événements CV non mortels (RR: 0,86; IC 95%: 0,78 à 0,94) était à mettre en perspective avec l'augmentation des saignements gastro-intestinaux (RR: 1,54; IC 95%: 1,3-1,82) et des hémorragies cérébrales (RR: 1,69; IC 95%: 1,04-2,73). L'USPSTF a choisi de recommander de prescrire de l'aspirine quand la diminution du risque d'infarctus chez l'homme et d'AVC ischémique chez la femme avec l'aspirine était supérieure au risque de provoquer un saignement gastro-intestinal ou un saignement intracérébral; tout en rappelant que la décision devait se faire dans le contexte d'un partage de la décision entre le médecin et le patient.



POINT DE SITUATION SUR LES VACCINS

En ce qui concerne les changements importants pour les recommandations de vaccinations suisses, on notera essentiellement deux choses. Tout d'abord, les doses de rappel pour la diphtérie et le tétanos (Di-Te) ont été espacées chez l'adulte avec une dose de rappel tous les vingt ans chez les personnes de 25 à 65 ans, au lieu de dix ans auparavant. Le deuxième changement d'importance est l'introduction d'une dose de vaccin contre la coqueluche chez les adultes jeunes de 25 à 29 ans. L'idée de cette dose additionnelle est de mieux protéger les femmes jeunes contre une transmission de la mère au nourrisson, les plus à risque de complications. Indépendamment de l'âge, tous les adultes en contacts réguliers avec des nourrissons de moins de six mois et dont la dernière dose de vaccin contre la coqueluche remonte à plus de dix ans devraient également se faire vacciner. Les recommandations 2013 proposent aussi de vacciner les femmes enceintes (deuxième et troisième trimestres) contre la coqueluche si la dernière vaccination remonte à plus de cinq ans.³⁶

CONCLUSION

Lors du bilan de santé, il s'agit surtout de s'intéresser aux comportements délétères pour la santé, axer notre in-

tervention sur les conseils et les interventions efficaces. C'est aussi l'occasion de privilégier l'information et selon les circonstances la décision; bref adopter l'attitude récemment appelée par *JAMA*: *Encouraging patients to ask questions!*³⁷

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Adresses

Pr Jacques Cornuz
Drs Isabelle Jacot-Sadowski, David Nanchen, Reto Auer,
Nicolas Senn et Romain Lazor
Policlinique médicale universitaire
1011 Lausanne

Dr Idris Guessous
Unité de prévention communautaire
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
1011 Lausanne

Ligues de la santé (JC, IJS)
Avenue de Provence 12
1007 Lausanne
jacques.cornuz@chuv.ch

Implications pratiques

- > Cancer colorectal: le dépistage est recommandé de 50 à 75 ans par l'U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) (recommandation de niveau A). Une coloscopie de dépistage tous les dix ans ou la recherche de sang dans les selles tous les deux ans sont actuellement prises en charge par l'assurance-maladie de 50 à 70 ans
- > Cancer de la prostate: l'USPSTF s'est positionné contre le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) (recommandation de type D). La décision d'effectuer ce dépistage ou non devrait être partagée entre le médecin et le patient
- > Cancer pulmonaire: le scanner thoracique pour le dépistage du cancer pulmonaire pourrait réduire la mortalité chez les fumeurs. Il existe cependant encore des incertitudes concernant les risques et bénéfices de la pratique généralisée de ce dépistage et l'USPSTF n'a actuellement pas modifié ses recommandations de 2005 (recommandation I)
- > Maladies cardiovasculaires: il existe encore insuffisamment de preuves pour recommander le dépistage de l'artériopathie coronarienne ou périphérique chez les patients asymptomatiques

Bibliographie

- Cornuz J, Gervasoni JP, Hengstler P, Battegay M, Battegay E. Prévention primaire et dépistage chez l'adulte: quelles sont les priorités en 2002? *Rev Med Suisse* 2002;589:2008-16.
- Cornuz J, Guessous I, Rodondi N. Prévention primaire et dépistage chez l'adulte: mise à jour 2006. *Rev Med Suisse* 2006;2:262-73.
- Cornuz J, Auer R, Senn N, Guessous I, Rodondi N. Prévention primaire et dépistage chez l'adulte: mise à jour 2010. *Rev Med Suisse* 2010;6:2276, 2278-80, 2282-5.
- ** U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations for adults. www.uspreventiveservicestaskforce.org/recommendations.htm
- Krogsgaard LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e7191.
- Office fédéral de la santé publique. Dépistage du cancer du côlon. *Bulletin* 2013;27:455.
- National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *New Engl J Med* 2011;365:395-409.
- Guessous I, Cornuz J, Gaspoz JM, Paccaud F. Dépistage: principes et méthodes. *Rev Med Suisse* 2010; 6:1390-4.
- <http://blogs.nejm.org/now/index.php/screening-for-lung-cancer/2011/08/05/>
- Independent UKPoBCS. The benefits and harms of breast cancer screening: An independent review. *Lancet* 2012;380:1778-86.
- Angelina Jolie. My Medical choice available at: www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html?_r=0 Accessed November 2013.
- Antoniou A, Pharoah PD, Narod S, et al. Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case series unselected for family history: A combined analysis of 22 studies. *Am J Hum Gen* 2003;72:1117-30.
- Cram P, Fendrick AM, Inadomi J, et al. The impact of a celebrity promotional campaign on the use of colon cancer screening: The Katie Couric effect. *Arch Intern Med* 2003;163:1601-5.
- U.S. Preventive Services Task Force. Genetic risk assessment and BRCA mutation testing for breast and ovarian cancer susceptibility. www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspbrngen.htm
- Institut national du cancer. Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique. 2009, available at: www.e-cancer.fr Accessed November 2013.
- Chou R, Crosswell JM, Dana T, et al. Screening for prostate cancer: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011; 155:762-71.
- * Cornuz J, Junod N, Pasche O, Guessous I. Dépistage des cancers en pratique clinique: une place privilégiée pour le partage de la décision. *Rev Med Suisse* 2010;6:1410-4.
- * Groupe de travail Lipides et Athérosclérose (GSLA) de la Société suisse de cardiologie (SSC). Prévention de l'athérosclérose: www.agla.ch
- Kjeldsen SE, Narkiewicz K, Oparil S, Hedner T. 2013 European Society of Hypertension/European Society of Cardiology Hypertension Guidelines. *Blood*



Press 2013;22:191-2.

20 Rodondi N, Collet TH, Nanchen D, et al. Impact of carotid plaque screening on smoking cessation and other cardiovascular risk factors: A randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2012;172:344-52.

21 O'Malley PG, Rupard EJ, Jones DL, et al. Does the diagnosis of coronary calcification with electron beam computed tomography motivate behavioral change in smokers? *Mil Med* 2002;167:211-4.

22 Noordman J, van der Weijden T, van Dulmen S. Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns* 2012;89:227-44.

23 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(2):CD001292.

24 Rudaz A, Rima A, Humair JP. Scores de risque cardiovasculaire: pourquoi, comment et quand les utiliser? *Rev Med Suisse* 2010;6:1809-12, 1814-5.

25 Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine

societies and by invited experts). *Eur Heart J* 2007;28:2375-414.

26 Riesen W, Darioli R, Nosedà G, Bertel O, Buser P. Empfehlungen zur Prävention der Atherosklerose. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2005;86:1355-61.

27 Chou R, Arora B, Dana T, et al. Screening asymptomatic adults with resting or exercise electrocardiography: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011;155:375-85.

28 Halliday A, Mansfield A, Marro J, et al. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: Randomised controlled trial. *Lancet* 2004;363:1491-502.

29 Auer R, Bauer DC, Marques-Vidal P, et al. Association of major and minor ECG abnormalities with coronary heart disease events. *JAMA* 2012;307:1497-505.

30 Badheka AO, Patel N, Tuliani TA, et al. Electrocardiographic abnormalities and reclassification of cardiovascular risk: Insights from NHANES-III. *Am J Med* 2013;126:319-26;e312.

31 Using nontraditional risk factors in coronary heart disease risk assessment: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009;151:474-82.

32 O'Malley PG, Feuerstein IM, Taylor AJ. Impact of electron beam tomography, with or without case management, on motivation, behavioral change, and cardiovascular risk profile: A randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289:2215-23.

33 Polonsky TS, McClelland RL, Jorgensen NW, et al. Coronary artery calcium score and risk classification for coronary heart disease prediction. *JAMA* 2010;303:1610-6.

34 US Preventive Services Task Force. Aspirin for the prevention of cardiovascular disease: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009;150:396-404.

35 Berger JS, Roncaglioni MC, Avanzini F, et al. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: A sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2006;295:306-13.

36 OFSP: plan de vaccination suisse 2013. [www.bag-admin.ch/impinformation/06318/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/impinformation/06318/index.html?lang=fr)

37 Judson TJ, Detsky AS, Press MJ. Encouraging patients to ask questions: How to overcome «white-coat silence». *JAMA* 2013;309:2325-6.

* à lire

** à lire absolument