

Comment reconnaître le surdiagnostic et rétablir des soins vrais ?

Bernard Junod, médecin de santé publique

Séminaire :

Quelles ruptures pour imaginer la médecine du futur?

APHP Oncologie pédiatrique R. Poincaré et LAPPS
Université de Paris 8, St Denis, 28 mai 2011

Déclaration de liens d'intérêts de Bernard Junod

Depuis 1988, ma rémunération d'enseignant-chercheur provient d'institutions publiques en France^a, en Suède^b et aux Etats-Unis^c.

Déclaration de liens d'intérêts accessible en ligne :

<http://www.formindep.org>

^a Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique et Ministère de la santé
Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information

^b Nordic School of Public Health

^c Environmental Protection Agency

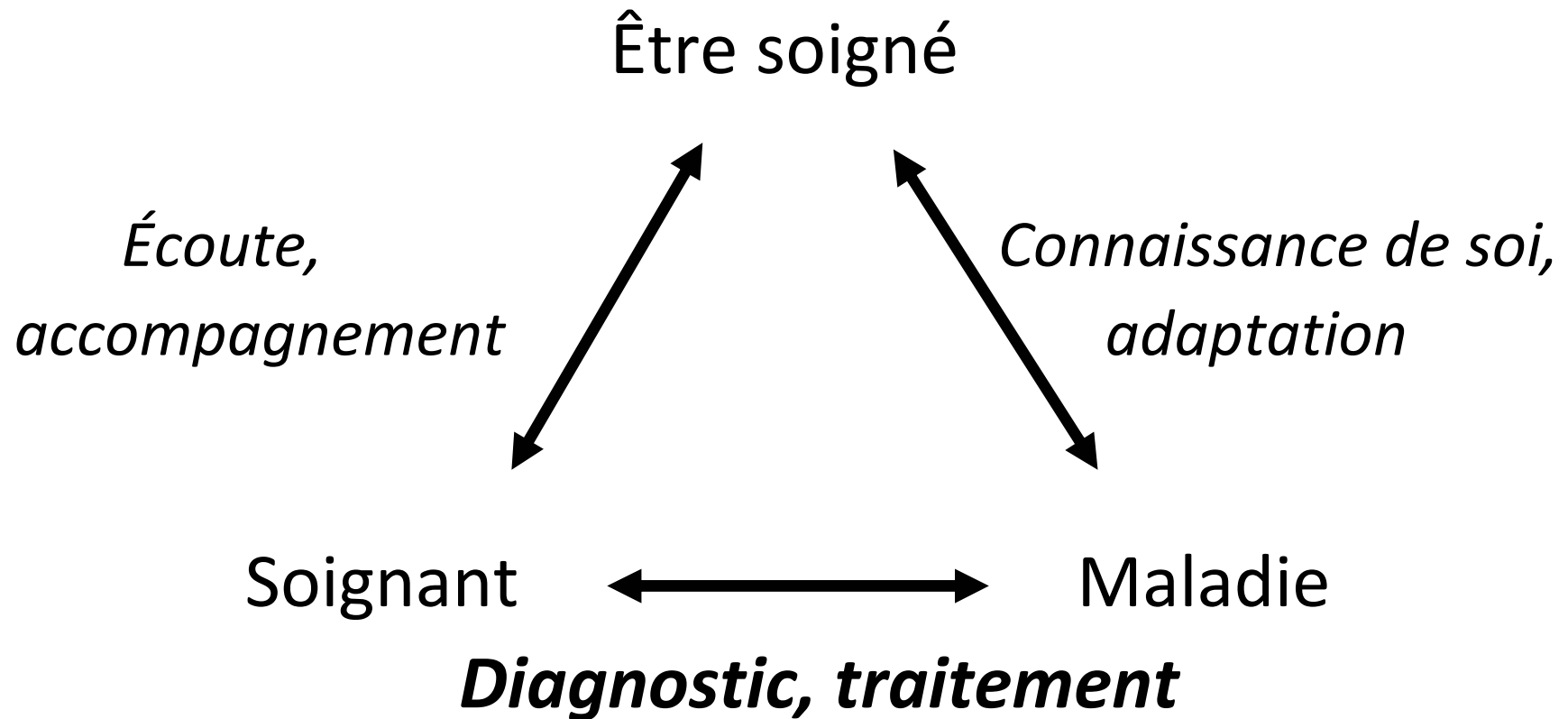
**« Nous copions toujours ce que nous possédons,
pas ce que nous voyons. C'est notre réalité. »**



Chagall expliquant « Le message Biblique » à ses petits enfants.

Soins vrais

d'après N. Delépine – « *Ma liberté de soigner* »¹



Soins

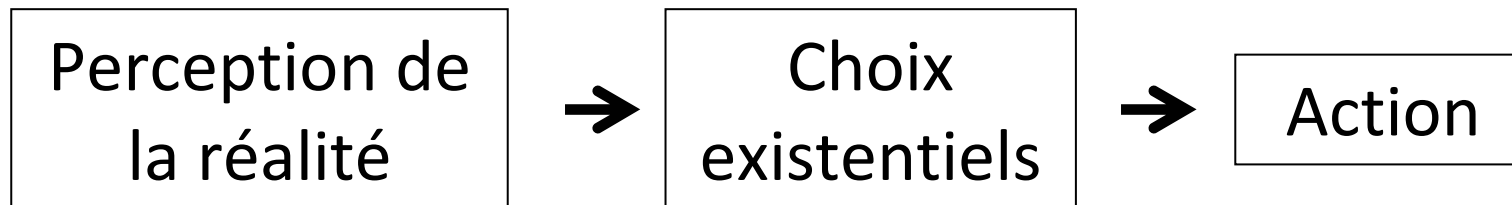
d'après Platon – « *Protagoras* »²

Epiméthée – primum agere – soins intéressés



Pour réussir, utiliser les liens d'intérêts

Prométhée – primum nil nocere – soins vrais



Exister en se libérant des liens d'intérêts

Reconnaître le surdiagnostic

Discerner le surdiagnostic et admettre ses dangers

D'après Hippocrate – « *De la bienséance* »³ :

Résultat d'une confusion entre

Théorie (opinions, apparence) ↔ Nature (faits, réalité)

cause de charlatanisme, de tromperies et de gains honteux.

Surdiagnostic en cancérologie :

- *Définition* : « Cancer » qui n'aurait pas eu de conséquence sur la santé s'il n'avait été diagnostiqué à l'histologie.
- *Synonymes*: Pseudocancer⁴, pseudomaladie⁵
- *Danger* : Angoisse inutile et surtraitement (chirurgie mutilante, radiations ionisantes et médicaments aux effets primaires et secondaires nocifs)

Table des 4 vérités

<i>Réalité</i> <i>Apparence</i>	<i>Maladie cancéreuse indésirable pour le soigné</i>	<i>Pas de maladie cancéreuse indésirable pour le soigné</i>
<i>Cancer à l'examen histologique</i>	<p style="text-align: center;">(1)</p> Cas de cancer correctement diagnostiqué	<p style="text-align: center;">(2)</p> <p style="text-align: center;">Surdiagnostic</p>
<i>Pas de cancer à l'examen histologique ou pas d'examen</i>	<p style="text-align: center;">(3)</p> Cas de cancer manqué	<p style="text-align: center;">(4)</p> Non-cas correctement classé

Objectif de la présentation

Apporter des éléments de réponse à la question:

Quelles ruptures procèdent de la reconnaissance du surdiagnostic ?

Plan de l'exposé

- Exemple de surdiagnostic en oncologie pédiatrique
 - Qu'est-ce qu'un neuroblastome ?
 - Preuves du surdiagnostic de neuroblastome dû à l'insuffisance de l'examen histologique
- Danger du dépistage et de la définition histologique du cancer pour la recherche et pour les soins
- Ruptures argumentées par le surdiagnostic

Neuroblastome

État pathologique à l'histologie (et non pas maladie) :
Prolifération non contrôlée par l'organisme de cellules associées au développement du système nerveux sympathique, diagnostiquée par la biopsie.

Maladie cancéreuse :
Tumeur abdominale d'extension progressive pouvant envahir des vaisseaux (aorte), faire des métastases (foie) et entraîner la mort.

Preuves du surdiagnostic de neuroblastome

- Par la comparaison de données cliniques et histologiques systématiques
- Par les effets du dépistage sur la fréquence des nouveaux diagnostics et des décès
- Par l'évolution de cas diagnostiqués non traités

Fréquence du diagnostic de neuroblastome périnatal

Diagnostic clinique confirmé par l'histologie ⁶	Recherche systématique chez des nouveaux-nés morts d'une autre cause ⁷
~ 1 / 20 000	~ 1 / 200

Il existe un réservoir de neuroblastomes histologiques
~ 100 fois plus grand
que la survenue annuelle du neuroblastome clinique.

Dépistage du neuroblastome

Dépistage:

**Ensemble des procédures diagnostiques
initiées sans signe d'appel.**

Pour le neuroblastome, test du taux de métabolites des catécholamines dans l'urine du nourrisson, suivi ou non d'examens complémentaires.

Effet du dépistage sur les diagnostics et les décès par neuroblastome

Fréquence des diagnostics après dépistage	Fréquence des décès après dépistage
Japon ^{8,9} : 2 à 5 fois plus	Pas d'effet bénéfique dû au dépistage
Québec ¹⁰ : doublement	Pas d'effet bénéfique dû au dépistage
Allemagne ¹¹ : doublement	Pas d'effet bénéfique dû au dépistage
Autriche ¹² : augmentation de 63%	Pas d'effet statistiquement significatif

Le surdiagnostic est massif. Il est suivi de surtraitements responsables de décès et handicaps chroniques pour d'autres causes que le neuroblastome.

Évolution de cas non traités¹³

17 cas de neuroblastome de taille inférieure à 5 cm diagnostiqués à 6 mois

11 cas non traités à la demande des parents

6 cas traités à la demande des parents

10 régressions progressives dès le 7^{ème} mois

Une tumeur s'accroît jusqu'à 12 mois, puis régresse spontanément

Danger du diagnostic histologique consécutif à un dépistage – recherche

Le surdiagnostic masque les causes du cancer

- Les fumeurs ont 10 à 20 fois plus de risque de décéder d'un cancer du poumon¹⁴.
- Le risque de diagnostic de cancer du poumon consécutif à un dépistage est très élevé et identique chez les fumeurs et les non-fumeurs¹⁵:

Le dépistage masque le lien entre tabac et cancer

Danger du diagnostic histologique consécutif à un dépistage - soins

Guérisons illusoires

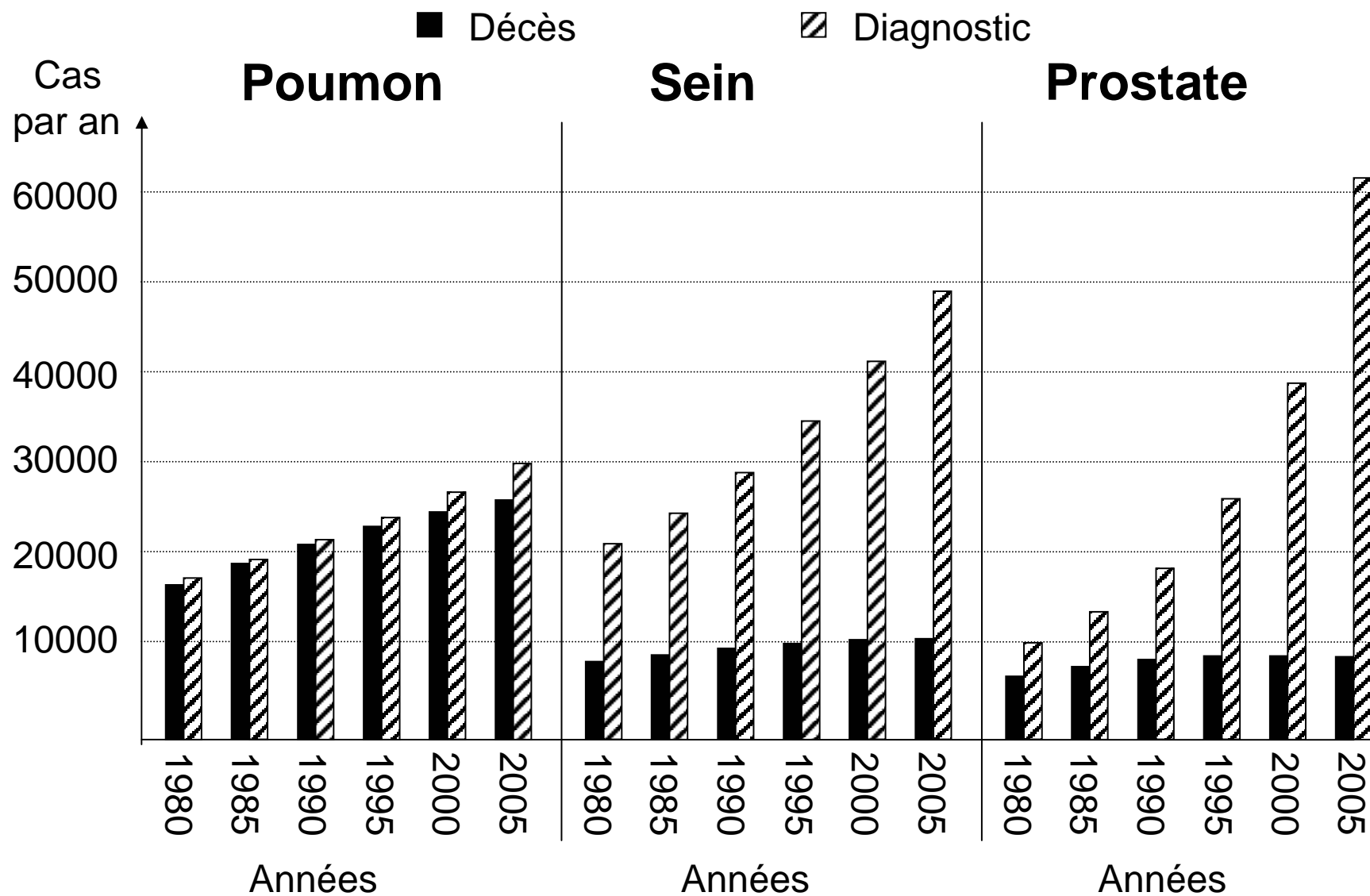
- Les surdiagnostics « guérissent »
- A cause du surdiagnostic, la proportion de décès parmi les cas de cancer diminue

Surdiagnostic du cancer

- Existe pour toutes les tumeurs solides
- Augmente par le dépistage
- Nuit par les surtraitements mutilants et toxiques
- Nuit à la recherche

Décès¹⁶ et diagnostics¹⁷ annuels de cancer

France 1980-2005



Ampleur du surdiagnostic

- Sein : ~ 100 nouveaux cas / jour en France
- Prostate: ~ 100 nouveaux cas / jour en France

En 15 ans :

~ 1 000 000 nouveaux pseudocancers du sein et de la prostate traités inutilement en France

Ruptures provoquées par la reconnaissance du surdiagnostic

La reconnaissance du surdiagnostic rompt :

- « Le plus = le mieux » en médecine¹⁸
- Le dogme de validité du diagnostic histologique de cancer
- La prétention curative de la destruction précoce d'une tumeur primaire
- Le bien-fondé du dépistage

Propositions

- **Ouvrir un débat public pour que les soins répondent aux attentes de la population**
- **Rétablir des soins vrais. En cancérologie :**
 - **Observer l'évolution des tumeurs**
 - **Restreindre les traitements aux tumeurs agressives sans les traumatiser d'emblée**
- **Ouvrir la voie à des recherches éthiques, libérées des dogmes actuels**

Références 1-9

1. Delépine N. Ma liberté de soigner. Pour la médecine, contre la pensée unique. Michalon. Paris. 2006. 208 pp.
2. Platon. Protagoras. Flammarion. Paris. 1997. 265 pp.
3. Traités hippocratiques. Préceptes. De la bienséance. De Ricard frères. 1855. 74 pp.
4. Broca P. Anatomie pathologique du cancer. Mémoires de l'Académie Nationale de Médecine. Tome seizième. Bbaillère. Paris. 1852. pp 453-819.
5. Welch HG. Dois-je me faire tester pour le cancer. Peut-être pas et voici pourquoi. Presses de l'Université Laval. Québec. 2005. 263 pp.
6. Nuchtern JG. Perinatal neuroblastoma. Semin Pediatr Surg. 2006 Feb;15(1):10-6.
7. Beckwith JB, Perrin EV. In situ neuroblastomas: a contribution to the natural history of neural crest tumors. Am J Pathol 1963.43:1089-1104.
8. Bessho F. Effects of mass screening on age specific incidence of neuroblastoma. Int J Cancer 1996; 67(4):520-2.
9. Katanoda K, Hayashi K, Yamamoto K, et al.:Secular trends in neuroblastoma mortality before and after the creation of mass screening in Japan. J Epidemiol 2009;19(5):266-70

Références 10 - 18

10. Woods WG, Gao RN, Shuster J, Robison L, et al.. Screening of infants and mortality due to neuroblastoma. *N Engl J Med* 2002; 346:1041-6.
11. Schilling FH, Spix C, Berthold F, et al. Neuroblastoma screening at one year of age. *N Engl J Med* 2002; 346:1047-53.
12. Kerbl R, Urban CE, Ambros IM et al. Neuroblastoma mass screening in late infancy: insights into the biology of neuroblastic tumors. *J Clin Oncol* 21(2003):4228-34.
13. Yamamoto K, Hanada R, Kikushi A, et al. Spontaneous regression of localized neuroblastoma detected by mass screening. *J Clin Oncol* 16 (1998):1265-9.
14. Doll R, Hill AB. Lung cancer and other causes of death in relation to smoking-a second report on the mortality of British doctors. *Br Med J*.1956 Nov 10;2(5001):1071-81
15. Li F, Sone S, Abe H, et al. Low dose Computed Tomography Screening for Lung Cancer in a General Population: Characteristics of Cancer in Non-Smokers Versus Smokers. *Acad Radiol* 2003;10:1013-1020
16. Centre d'épidémiologie des décès. <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>
17. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_sein_inca_invs.pdf
18. Welch HG. *Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health.* Beacon Press. Boston. 2011. XVII + 228 pp