

Dépistage précoce des carcinomes

Groupe de travail II A¹

En plus des carcinomes gynécologiques classiques (sein, col) pour lesquels les méthodes de dépistage sont d'usage courant, il existe un certain nombre d'autres types de cancers dont le dépistage présente une problématique analogue, par exemple les carcinomes de la peau, des poumons, du larynx, du côlon et de la vessie.

Un premier ensemble de problèmes se présente au praticien quant à une délimitation aussi précise que possible des groupes à risque élevé.

1. Définir le risque

A ce sujet, le praticien exige, de la part des spécialistes de la médecine préventive, des épidémiologistes ou d'autres spécialistes, non seulement une sélection des indicateurs de risque aisément identifiables, mais en plus une pondération des divers facteurs de risque. Critères importants:

- risque en relation avec l'âge
- facteurs exogènes (associés à titre causal ou non causal)
- pondération de l'anamnèse familiale
- mise à jour des connaissances acquises et autres.

Pour le praticien, le chemin conduisant à une telle délimitation des groupes à risques élevés pour les divers types de cancer n'a pas encore été tracé de façon suffisamment claire et compréhensible, comme c'est le cas par exemple pour les cancers du col.

En admettant que ces groupes soient identifiés et délimités, on débouche sur un second problème, prioritaire aux yeux du praticien: comment atteindre le patient théoriquement exposé au(x) risque(s) en question?

2. Identifier le sujet à risque élevé

Il se peut que le praticien ait une bonne vue d'ensemble sur sa clientèle et puisse faire montre d'une motivation suffisante pour identifier et éclaircir ces risques. Mais qu'advient-il des groupes de la population qui n'ont avec le médecin que des contacts sporadiques, voire inexistantes? Trois variantes sont à envisager:

Variante 1: Mise à la portée d'un large public des signes d'alarme

Variante 2: Dépistage précoce individuel au cabinet médical

Variante 3: Examens de masse organisés.

Ad 1. La variante «Mise à la portée d'un large public des signes d'alarme» constitue une première étape judicieuse et nécessaire. Les spécialistes semblent être

parvenus à un consensus regardant des signes d'alarme généralement reconnus mais en outre faciles à comprendre et à retenir pour tout un chacun: il s'agit de symptômes précoces de nature à permettre d'établir à temps le contact voulu avec le médecin.

Ad 2. La deuxième variante est reprise en détail plus loin (point 4, page suivante).

Ad 3. La troisième variante est la moins réaliste pour la plupart des localisations cancéreuses, à en juger à présent d'après les expériences faites à l'étranger, les conditions économiques et la structure actuelle des services de santé publique en Suisse. De nombreux projets – par exemple les examens radiologiques de masse – se sont avérés inappropriés. Tout au plus certains examens, peu nombreux et délimités de façon précise, pourraient-ils s'avérer pertinents à l'avenir dans la mesure où l'on s'en tient strictement aux modalités de la pratique traditionnelle (cf. l'exemple de Saint-Gall, relatif au cancer du col, rapporté par *Van der Linde*).

Les sept signes d'alarme:²



1. Nodule palpable ou induration, en particulier dans le sein.



2. Modification apparente d'une verrue ou d'un grain de beauté.



3. Changement dans les fonctions des intestins ou de la vessie, fréquence accrue de troubles digestifs.



4. Persistance d'une voix enrouée ou de toux.



5. Troubles permanents de la déglutition.



6. Hémorragie ou pertes par un orifice du corps. Pertes de sang en dehors des règles.



7. Une blessure qui ne guérit pas. Une enflure qui ne disparaît pas.

¹ D'U. Fahrni, rapporteur; professeur O. Jeanneret, président.

² Tiré de *Les Cancers*, brochure de la Ligue suisse contre le cancer.

Malheureusement, il arrive trop souvent que, par peur du diagnostic d'un cancer possible, des patients qui ont constaté la présence d'un ou plusieurs de ces signaux d'alarme s'abstiennent de rendre visite à leur médecin. On n'insistera donc jamais assez sur le fait que, s'agissant le plus souvent tout de même de déceler une tumeur maligne, les chances de guérison seraient bien meilleures si elle avait été découverte plus tôt.

3. Activité dans le domaine public / Rôle des médecins

Il faut bien admettre que, dans le cadre de son activité de praticien, le médecin ne peut guère, à lui seul, contribuer efficacement à la prévention primaire. Comme c'est le cas pour d'autres problèmes de santé, les efforts accomplis en direction d'une prévention primaire n'ont souvent qu'une portée limitée parce que certains des facteurs de risque sont liés à des modes de vie difficilement influençables (cf. par exemple l'habitude de fumer la cigarette en tant que moyen d'accéder au statut d'adulte). Ainsi, pour le médecin praticien, il ne reste comme ressource essentielle que la détection précoce relevant à la prévention secondaire.

Jusqu'à présent, les médecins praticiens n'ont trouvé que peu d'occasions d'attirer l'attention générale sur les signes d'alarme précités, en dehors de l'entretien individuel pourtant essentiel. Il faut espérer que, avec l'accroissement de la densité des médecins, ces derniers sauront saisir les occasions qui se présentent dans ce contexte pour transmettre, en tant que spécialistes, cette information sanitaire dans les écoles, aux associations de samaritains, lors d'autres cours, etc., information qui devra renvoyer aux aspects pertinents de la prévention primaire et secondaire.

Le Groupe de travail a reconnu que les signaux d'alarme précités sont diffusés de façon inégale, parfois même insuffisante, par les vecteurs publics de l'information, tels que les ligues contre le cancer, les autorités sanitaires cantonales, les moyens de communication de masse. Les femmes semblent mieux renseignées et/ou semblent avoir une meilleure connaissance de leur corps et de leurs problèmes de santé en général.

Dans l'optique du Groupe de travail, intégrer judicieusement la connaissance des signes d'alarme par la population d'une part et les explications individuelles spécifiques offertes aux personnes appartenant aux groupes à risque par l'intermédiaire du cabinet médical d'autre part semble constituer l'une des modalités actuellement les plus prometteuses en matière de dépistage précoce du cancer en Suisse.

4. Détection précoce dans la pratique médicale quotidienne

Quels sont les contrôles que l'on peut considérer comme raisonnables? Quelles sont les procédures judicieuses et efficaces? Au préalable on doit prendre en compte les prémisses suivantes:

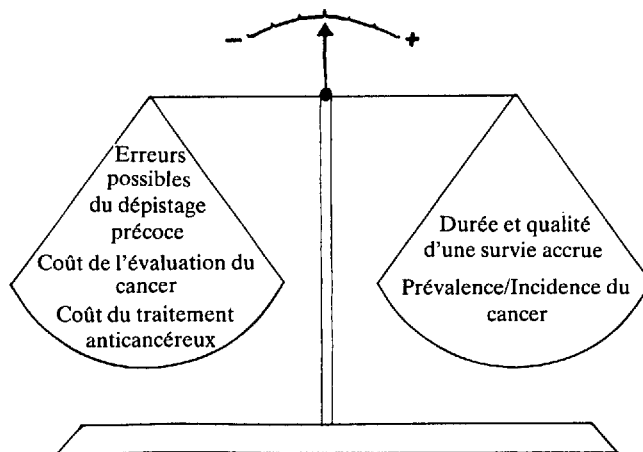
- L'augmentation de l'espérance moyenne de vie acquise grâce à la prévention anticancéreuse secondaire reste assez faible.
- L'amélioration de la qualité de la survie se situe certainement au centre de la problématique.
- Les avis sont très partagés dans ce domaine quant à l'étendue appropriée de l'intervention: comment se présenterait une procédure thérapeutique/diagnostique intensive, et dans quelle mesure serait-elle optimale pour un type déterminé de cancer?

La discussion est loin d'être close et devra certainement être sans cesse reprise à nouveau, ne serait-ce qu'en raison de son arrière-plan financier. Or, le praticien attend des renseignements sur le rendement du dépistage précoce.

Le rendement sera:

- positif quand le plateau droit de la balance pèsera davantage
- négatif quand ce sera le plateau gauche

«Rendement» du dépistage précoce



5. Solutions envisagées pour la pratique médicale

a) Reconvocation écrite des patients

C'est une méthode qui, à l'étranger, est acceptée et appliquée parfois avec succès. En Suisse persiste un certain scepticisme, voire une opposition à l'endroit d'un système de reconvocation par voie postale ou téléphonique, opposition conditionnée par des considérations de politique corporatiste; et cela en dépit du fait qu'un tel mode de reconvocation est d'ores et déjà opérationnel chez les confrères médecins-dentistes dans ce pays.

Dans ces conditions, le Groupe de travail estime que l'on pourrait proposer des variantes raisonnables et discrètes, comme par exemple:

- Elaboration et diffusion, par les associations de médecins, d'une brève circulaire d'information accessible à tout le monde, mais différenciée selon l'âge et le type de cancer visé, circulaire qui ne renverrait pas vers un praticien déterminé, mais

insisterait spécifiquement sur l'utilité d'un suivi auprès d'un médecin praticien librement choisi.

- Mise au point d'un système de rappel, avec un «bonus», par les caisses-maladie (allécher par la promesse d'un bonus vaut certainement mieux que de menacer par l'évocation du danger). Ce rappel pourrait être imprimé par ordinateur, en même temps que les décomptes de primes, et envoyé en annexe à ces derniers.
- Généralisation des consultations de suivi, offertes et financées par les assurances sur la vie et orientées plus précisément selon le niveau de risque.

b) Qui émet des «directives»?

Quelles sont les directives acceptables? Lesquelles sont rentables? En dernier ressort, quelles sont celles qui pourront être reconnues comme réalistes et judicieuses par le médecin praticien? Tant il est vrai que deux extrêmes sont concevables: d'un côté une indifférence répréhensible par suite de surcharge, de l'autre un excès de zèle dispendieux faute d'exploitation satisfaisante du cabinet!

Là aussi, il y aurait certainement moyen de réaliser un «consensus-cadre» qui pourrait se révéler acceptable

tant du point de vue économique que de celui de la médecine préventive.

Les vecteurs possibles pour ces directives sont, aux yeux du Groupe de travail:

- les associations cantonales de médecins, en collaboration avec les ligues pour la lutte contre le cancer (par exemple: dépliants, slogans, etc.);
- les caisses-maladie: avec système tarifaire/cadre tarifaire, recommandations, etc.

Les deux voies suggérées tiendraient compte du caractère non étatique, en Suisse, des «soins de santé primaires». Il s'y ajoute que, grâce à ces institutions proches de la pratique, on aura la possibilité d'accorder l'attention qu'il convient à des contraintes préexistantes en partie réfractaires aux explications rationnelles (peur du cancer, par exemple).

6. Perfectionnement professionnel

Le Groupe de travail s'est bien rendu à l'évidence: la demande est forte en matière des cours ou séminaires de perfectionnement, et des publications relatives à des programmes de prévention anticancéreuse sur lesquels le consensus a pu s'établir sont indispensables.

Früherfassung häufiger Karzinomerkrankungen

Arbeitsgruppe II. C¹

In der Arbeitsgruppe wurde in bezug auf vier Problemkreise diskutiert, welche präventiven Möglichkeiten dem praktischen Arzt zur Verfügung stehen, mit welchen Unsicherheiten er dabei konfrontiert ist, und was zur Verbesserung beigetragen werden könnte: Mammakarzinom, Kolorektaltumore, Prostatakarzinom, Aufgebote zu Präventivuntersuchungen.

1. Mammakarzinom

Ziel der Brustpalpation ist die Früherfassung des Mammakarzinoms. Als Erfassungsmittel löst die klinische Untersuchung unter anderem dadurch Unsicherheit aus, als ihre Erfassungsquote nur bei 50% liegt. Es ist in gewissem Sinne unzulässig, den Frauen zu sagen, sie hätten «nichts»; es ist aber auch unzulässig, die 50% der möglichen positiven Befunde nicht zu suchen. Diese müssen die Ärzte unbedingt zu finden versuchen. Dabei kann behilflich sein, wenn man schon Erfahrungen mit positiven Befunden gemacht hat («Man muss es gespürt haben, damit man es sucht»). Da positive Befunde für den einzelnen Prakti-

ker aber selten sind, müsste er anderweitig die Möglichkeit haben, solche Erfahrungen zu sammeln, beispielsweise mit Hilfe von Palpationsmodellen, wie sie in St. Gallen zur Verfügung stehen. Solche Palpationsgelegenheiten sollten schon in der Ausbildung geboten werden.

Von den 50% der mittels Palpation nicht erfassten Karzinome geht eine Unsicherheit aus, mit der ein Arzt umzugehen wissen muss; er für sich selbst wie auch den Patienten gegenüber, die ihrerseits ja auch damit umgehen müssen. Eine Palpation «ohne Befund» ist eine momentane Tatsache mit einer gewissen Unsicherheit, und dies ist den Frauen zu sagen. Sie sollen auch wissen, dass ein Arzt einen Befund verpassen kann und dass die beste Methode die Selbstuntersuchung ist. Diese muss bei allen Frauen gefördert werden: vom Hausarzt, vom Frauenarzt wie auch von andern Stellen (z. B. der Krebsliga).

Es gibt zum Beispiel in Finnland eine Bewegung der *Selbstpalpation*, die von der finnischen Krebsliga ausgeht: Die Ärzte geben den Frauen eine Karte mit, auf der sie – ähnlich wie beim Menstruationskalender – die Ergebnisse der monatlichen Selbstuntersuchung notieren. Nach jeweils einem Jahr wird diese Karte dem

¹ Dr. E. Zemp, Berichterstatterin; H. Schenkel, Leiter der Arbeitsgruppe.