

SURDIAGNOSTICS et SURTRAITEMENTS

Alain Siary

1) Surdiagnostics facteurs de surtraitements

Les apports de l'imagerie (Scanners, IRM), ainsi que le dépistage organisé (sein) ou devenu systématique (prostate) de certains cancers est facteur de surdiagnostics. En outre certains changements dans les procédures d'intervention chirurgicales se traduisent par des examens histologiques objectivant des cancers : c'est le cas des thyroïdectomies totales effectuées pour des adénomes ou des goitres hétéromultinodulaires. D'où l'augmentation des cancers de la thyroïde parallèle à la fréquence des thyroïdectomies.

La confusion entre facteurs de risque et maladies est une autre cause de surdiagnostics : ainsi de l'ostéoporose dépistée par densitométrie, l'interprétation des résultats devant être associée aux facteurs de risque fracturaire. De même les dyslipémies : l'augmentation du LDL Cholestérol chez les patients indemnes d'une hypercholestérolémie d'origine mongénique, n'est qu'un facteur de risque parmi d'autres. Un troisième moyen de conduire aux surdiagnostics est de diminuer les seuils de définition d'une maladie : Ainsi l'abaissement du seuil à 140/90 pour définir l'HTA, ou 1.26 g/l pour le diabète etc.

Enfin l'assimilation de troubles du comportement à des affections psychiatriques graves : par exemple les personnes présentant un épisode dépressif d'évolution variable avec des phases indemnes de manifestations de tristesse, considérés comme des bipolaires ou les personnes de caractères obsessionnels, dont les comportements sont assimilés aux troubles obsessionnels compulsifs à la mode il y a une quinzaine d'années avant d'être remplacés par les troubles bipolaires.

Ces surdiagnostics sont associés à des surtraitements : chirurgie, radiothérapie, traitements médicamenteux, Iode 131 pour la thyroïde..

2) Intérêt de l'Evidence Based Médecine

La médecine factuelle fondée sur des critères cliniques robustes, tenant compte du contexte dans lequel elle s'exerce et du choix éclairé du patient est un outil indispensable pour freiner des pratiques délétères : ainsi le scanner vertébral par le nombre important de hernies discales découvertes en cas de lombalgies avait favorisé des interventions chirurgicales inutiles, avant que l'on découvre que les images de hernies étaient aussi fréquentes chez les personnes indemnes de douleurs,, de même le dépistage du neuroblastome remis en cause par 2 études randomisées.

Par ailleurs il n'est pas rare que des essais randomisés remettent en cause des traitements administrés systématiquement aussi bien auprès de personnes indemnes de pathologies avérées, comme l'aspirine à visée antiagrégante ou les antioxydants ou des personnes ayant présenté un événement pathologique, chez qui on veut éviter une aggravation : c'est le cas des anti-arythmiques après un infarctus, ou le blocage complet du système rénine-angiotensine en cas de néphropathie, alors que les hypothèses faisaient prévoir le contraire.

3) Le concept de prévention quaternaire

Ce qui nous amène dans un 3^{ème} temps à présenter le concept de prévention quaternaire que l'on peut définir comme la prévention de la médecine non nécessaire ou mieux comme la prévention de la prévention inutile . Ne pas procéder à des dépistages inconsiderés non validés par des essais bien conduits, ne pas proposer d'examen d'imagerie qui risquent de montrer des incidentalomes facteurs d'angoisses et de nouvelles explorations, ne pas proposer des traitements qui n'ont été validés qu'auprès de populations présentant des risques différents de la personne concernée . La prévention quaternaire est une tâche de base du médecin généraliste qui nécessite une bonne connaissance et pratique de l'Evidence Based Médecine .