



Les conditions d'un dépistage du cancer chez les personnes âgées.

Il existe beaucoup d'incertitudes sur la place du dépistage des cancers (Kc) chez les personnes âgées (PA). Les bénéfices du dépistage sont surestimés par les patients, alors que tout dépistage présente des lacunes et des inconvénients que la culture médicale a souvent minimisés par le passé¹:

- des résultats incertains du test de dépistage, générateurs d'inquiétude pour le patient et d'examen complémentaires nécessaires, souvent en cascade, parfois déplaisants et porteurs de risques.
- des Kc d'intervalle: en dehors des faux négatifs, des Kc peuvent apparaître entre deux dépistages. Ce sont souvent les plus agressifs, et les patients ne doivent pas croire que, dépistés, ils auraient survécu.
- des traitements inutiles: certaines anomalies décelées ont une évolution si lente que le patient décède d'une autre pathologie avant la survenue de symptômes liés à ce cancer: "si des patients meurent d'un cancer, beaucoup plus meurent avec un Kc"

Que faire chez les PA ? Deux géiatres américains proposent une stratégie en quatre étapes².

Les exemples des auteurs concernent les 3 principaux Kc à dépister (sein, colorectal, col utérin). Le Kc prostatique est écarté en raison de l'utilité incertaine de son dépistage chez les PA. Seul le Kc du sein sera utilisé ici à titre d'exemple.

1 - Evaluer le risque individuel de décès pour un cancer donné. Les données épidémiologiques fournissent l'espérance de vie par âge et par sexe. Les facteurs de risque, les pathologies associées permettent d'affiner l'évaluation et de chiffrer plus précisément le risque. Enfin les taux de mortalité de tel Kc dépistable permettent de calculer le risque pour le patient de mourir de ce Kc dans les années qui lui restent à vivre.

Ainsi, Mme A, 75 ans est diabétique et a une démence. Mme B, 80 ans est en bonne santé et autonome. Leur espérance de vie respective est de 6,8 et 13 ans; leur risque de mourir d'un Kc du sein de 0,9 et 2,4% sur ces périodes.

2 - Evaluer les bénéfices du dépistage: ils ne sont pas immédiats, et peuvent être nuls si l'espérance de vie est courte. Pour le Kc du sein, entre groupe témoin et groupe dépistage, les courbes de survie ne divergent significativement qu'après 5 ans. Les indicateurs d'efficacité peuvent être la réduction du risque relatif, ou de façon plus concrète le nombre de patients nécessaire à dépister (NND) pour éviter un décès pour un Kc donné. Ainsi, pour le Kc du sein, pour une femme de 50 ans qui a une espérance de vie de 40 ans, le NND est de 96. Ici pour Mme A il

est de 1361, et pour Mme B de 240.

3 - Evaluer les inconvénients du dépistage: ils peuvent être de trois sortes:

- troubles psychologiques liés à la crainte du cancer et entretenus par les procédures liées au dépistage.
- risques et ennuis des examens complémentaires en cas de test suspect. Pour le Kc du sein, ils concernent environ 8% des femmes de plus de 70 ans, parmi lesquelles environ 15% auront un Kc invasif. L'anxiété engendrée et les risques de la biopsie sont les principaux inconvénients.
- découverte et traitement de Kc qui n'auraient jamais fait parler d'eux. Ainsi pour le Kc in situ du sein, seulement 7 à 25% évolueront vers un Kc invasif dans les 5 à 10 ans.

4 - Evaluer les préférences et possibilités du patient: le partage de la décision avec le patient est difficile et doit éviter l'écueil de se décharger en disant: "c'est votre décision". Informer sur le rapport bénéfice/risque du dépistage d'un Kc nécessite de tenir compte du patient et parfois, surtout chez les PA, de son entourage, de sa psychologie et de ses valeurs, de sa capacité à subir les traitements éventuels d'un cancer découvert.

Ainsi, pour Mme A, son entourage souhaite privilégier sa qualité de vie, et elle devient agitée dès que sa vie routinière est modifiée. Quant à Mme B, elle a compris les risques de faux positifs, mais pense qu'elle sera tranquillisée en cas de résultat normal. Mais tout cela demande que le médecin puisse y consacrer du temps.

Cette étude complète les données sur les principes du dépistage analysées dans les Bibliomed 157 et 159. Elle nous propose une démarche concrète, fondée sur des données épidémiologiques américaines, mais qui semble transposable dans son principe.

Que retenir en pratique ? Le dépistage est une démarche complexe nécessitant de prendre en compte des données quantitatives, globales, et qualitatives, individuelles. Les indicateurs d'efficacité sont définis sur les données quantitatives, et le NND paraît un bon indicateur. Mais est-il explicable au patient ? Le bénéfice paraît toujours faible quand il est exprimé statistiquement: dépister plus de 100 patients pour éviter un décès, gagner 2 jours d'espérance de vie... Il paraît surtout important d'expliquer que, si la plupart des sujets ne tirera aucun avantage du dépistage, un petit nombre seulement obtiendra un bénéfice important.

1 - Welch HG. Informed choice in cancer screening. JAMA? 2001; 285:2776-8

2 - Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients. A framework for individualized decision making. JAMA 2001;285:2750-6

Mots-clé: cancer, dépistage, personne âgée, préférence, espérance de vie

Numéro 240 du 25 octobre 2001

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>