



Dr Jacques VANDERSTRAETEN

Médecin généraliste et membre du Comité de lecture de la RMG

1200 Bruxelles

jacques.vanderstraeten@ssmg.be

Primum non nocere

L'adage *Primum non nocere* vaut aussi bien pour la prescription d'exams de diagnostic ou de dépistage, que pour celle de médicaments.

Beaucoup d'entre nous ont entendu cette maxime pour la première fois au cours de pharmacologie. Depuis, elle se rappelle à nous à l'occasion de chaque nouvelle prescription faite à un patient. On connaît en effet le potentiel iatrogène de toute prescription médicamenteuse.

Avec la généralisation des pratiques de dépistage et l'évolution des outils diagnostiques, voilà que se précise aussi le potentiel iatrogène de nos prescriptions d'exams, qu'ils soient biologiques ou d'imagerie. Ainsi, entre 30 et 50 % des cancers de la prostate dépistés par dosage systématique du PSA seraient surdiagnostiqués et surtraités. Il s'agit de carcinomes in situ, en particulier chez les sujets âgés (espérance de vie inférieure à 10-15 ans)¹. Hormis les coûts engendrés pour la sécurité sociale et l'angoisse générée chez le patient, les effets secondaires (la iatrogénicité) du surdiagnostic sont à la fois ceux des exams complémentaires (complications de biopsie de la prostate) et ceux des traitements appliqués (risque d'impuissance et d'incontinence pour la chirurgie, notamment).

Actuellement, on sait que ce risque de surdiagnostic existe aussi dans le dépistage du cancer du sein, quelle que soit la tranche d'âge considérée. Ainsi, entre les âges de 50 et 69 ans, où le dépistage systématique reste pourtant recommandé, pour 1000 femmes ayant subi une mammographie tous les 2 ans, huit en bénéficieront réellement et auront la vie sauve, quatre seront sur-diagnostiquées (carcinome in situ qui n'aurait en fait jamais évolué), et 200 feront l'objet d'une mise au point complémentaire (faux positifs), invasive une fois sur sept².

D'une façon plus générale, sur-diagnostic et sur-traitement seraient-ils inhérents à l'évolution des techniques de diagnostic et de leurs indications ? Participeraient-ils à leur « maladie de croissance » ? C'est ce que l'on serait tenté de croire lorsque l'on revoit l'historique de certaines de ces techniques. Ainsi, les débuts de l'arthroscopie de genou (alors souvent utilisée à titre diagnostique) ont été marqués par l'exérèse inutile, voire parfois délétère, de nombreux *plicae synovialis* et fragments de ménisques. Également, à l'avènement du CT-Scan, il a fallu un

certain temps après avant que l'on ne puisse interpréter valablement (notamment en termes d'indication chirurgicale) les images parfois impressionnantes de hernies discales que cette technique permettait enfin d'observer. Depuis, on sait que nombreux sont les patients, sportifs ou sédentaires, porteurs de hernie discale asymptomatique.

Mais revenons à notre adage *Primum non nocere*. Il vaut donc aussi bien pour la prescription d'exams de diagnostic ou de dépistage, que pour celle de médicaments. Dans le cas particulier des exams de dépistage, en particulier le PSA (qui n'est plus recommandé actuellement) et la mammographie (qui reste recommandée 1 x/2 ans entre 50 et 69 ans), la décision de prescrire, ou non, doit idéalement se prendre en concertation avec le patient ou la patiente, que l'on aura au préalable informé des bénéfices, mais aussi des risques, associés à la réalisation de ces exams.

Ainsi, un récent rapport du KCE propose précisément des outils de communication dont la vocation est d'aider le prescripteur à mieux informer toute femme sur les avantages et inconvénients possibles de la mammographie de dépistage, en fonction de quatre tranches d'âge : 40-49 ans, 50-59 ans, 60-69 ans et 70-79 ans. Vous pourrez prendre connaissance de ces outils dans l'un des deux articles de ce numéro de la Revue, rédigé par les D^{rs} Mambourg, Kohn et Robays, du KCE. Il s'agit en quelque sorte de la suite logique de l'article des D^{rs} Vandenbroucke, Gordower et Blaude : « Dépister le cancer du sein : chez quelles femmes et comment ? » paru dans la Revue d'octobre dernier.

Bonne lecture de ce numéro de la Revue de la Médecine Générale !

1. [Ilic D et al. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev 2013 ; 1 : CD004720.](#)
2. [Euroscreen Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. J Med Screen 2012 ; 19 Suppl : 5-13.](#)