Dépistage du cancer au Canada

Ce qui est *in*, ce qui est *out*, ce qui s'en vient

Geneviève Chaput MA MD CCFP(PC) M. Elisabeth Del Giudice MSc MD CCFP Ed Kucharski MD CCFP FCFP

Il arrive souvent qu'on demande aux médecins de famille de réaliser des tests de dépistage du cancer hors du cadre des recommandations des lignes directrices actuelles ou des programmes organisés de dépistage en place. Il est difficile pour les médecins de première ligne de choisir avec soin entre suivre les lignes directrices et favoriser les soins axés sur le patient. Dans ces cas, il est essentiel d'adopter une approche de décision éclairée et partagée entre le patient et le médecin. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) fournit des lignes directrices et des ressources en matière de dépistage du cancer qui sont utiles tant pour les patients que pour les médecins durant le processus de décision sur le dépistage du cancer (**https://canadiantaskforce.ca**). Le présent article résume les lignes directrices actuelles du GECSSP en ce qui a trait au dépistage du cancer de la prostate, du poumon, du côlon, du col de l'utérus, de l'ovaire et du sein, et offre des pratiques exemplaires à appliquer en clinique.

Dépistage du cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué et c'est la deuxième cause de décès par cancer chez les hommes[1]. Depuis quelques décennies, on observe une hausse soutenue du taux de mortalité par cancer de la prostate[2]. Un débat houleux fait rage sur les bienfaits du dépistage du cancer de la prostate à l'aide de la mesure de l'antigène prostatique spécifique (APS)[3].

Ce qui est recommandé

- La mesure de l'APS n'est pas recommandée chez les hommes de moins de 55 ans (forte recommandation, données probantes de faible qualité)[4].
- La mesure de l'APS n'est pas recommandée chez les hommes de 55 à 69 ans (faible recommandation, données probantes de qualité modérée)[4].
- La mesure de l'APS n'est pas recommandée chez les hommes de 70 ans et plus (forte recommandation, données probantes de faible qualité)[4].

Pratique exemplaire. Lorsqu'il est utilisé aux fins de dépistage, l'APS est associé aux faux positifs et au surdiagnostic, entraînant des torts possibles liés à la biopsie ou au traitement : saignement, infection, incontinence urinaire et dysfonction érectile[4]. Des ressources, telles que la vidéo sur le dépistage de l'APS produite par le Dr Mike Evans, sont utiles pour orienter la discussion avec les patients (**https://www.youtube.com/watch?v=bTgS0DuhaUU**)[5].

Dépistage du cancer du poumon

Le cancer du poumon demeure le cancer le plus fréquemment diagnostiqué, et c'est la principale cause de décès par cancer au Canada[1]. De plus en plus de données probantes étayent le dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie (TDM) à faible dose, puisque cette dernière détecte les cancers du poumon plus précocement, ce qui réduit donc significativement la mortalité sur le plan statistique[6]. Des études pilotes sont en cours dans les provinces; elles éclaireront la mise en place future des programmes organisés de dépistage du cancer du poumon au Canada[7,8].

Ce qui est recommandé

- Le dépistage annuel par TDM à faible dose est recommandé jusqu'à 3 fois consécutives chez les personnes de 55 à 74 ans qui présentent des antécédents de tabagisme d'au moins 30 paquets-années, qui sont fumeurs ou qui ont arrêté moins de 15 ans auparavant (faible recommandation, données probantes de faible qualité)[9].
- Le dépistage par TDM à faible dose doit être réservé aux contextes où le dépistage précoce et l'expertise thérapeutique sont facilement accessibles[9].
- Une scintigraphie ou radiographie des poumons, avec ou sans cytologie de dépistage, n'est pas recommandée pour le dépistage du cancer du poumon (forte recommandation, données probantes de faible qualité)[9].

Pratique exemplaire. Il est possible de prévenir quelque 86% des cancers du poumon, dont 70% sont causés par le tabagisme[10]. Les médecins de première ligne jouent un rôle de prévention essentiel et ne doivent jamais sous-estimer la valeur liée à la promotion de l'abstinence du tabac ainsi qu'aux outils et aux ressources d'aide à l'abandon du tabac offerts aux patients.

Dépistage du cancer colorectal

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus diagnostiqué au Canada[1]. Le déclin récemment observé du taux de mortalité par CCR est dû en partie à l'intensification du dépistage, qui permet de détecter les cancers aux stades plus précoces et plus faciles à traiter, ainsi que les polypes précancéreux[1]. Chez les patients à risque élevé, y compris ceux qui présentent des antécédents personnels d'une mutation génétique connue[11], qui souffrent d'une maladie inflammatoire de l'intestin[12] ou dont un parent du premier degré est atteint de CCR[13], la coloscopie de dépistage demeure l'épreuve standard pour dépister le cancer et les adénomes précancéreux. Chez

les patients asymptomatiques à risque moyen, la coloscopie diagnostique après un test fécal positif (recherche de sang occulte dans les selles, test immunochimique fécal) a donné beaucoup de résultats de pathologie[14]. Les données probantes actuelles étayent les tests fécaux comme étant une méthode de dépistage du CCR sûre, pratique et efficace chez les adultes à risque moyen[15].

Ce qui est recommandé

- Le dépistage par recherche de sang occulte dans les selles ou test immunochimique fécal est recommandé tous les 2 ans, ou la sigmoïdoscopie flexible tous les 10 ans, chez les adultes à risque moyen de 50 à 74 ans (50 à 59 ans : faible recommandation, données probantes de qualité modérée; 60 à 74 ans : forte recommandation, données probantes de qualité modérée)[15].
- Le dépistage n'est pas recommandé chez les personnes de 75 ans et plus (faible recommandation, données probantes de faible qualité)[15].

Pratique exemplaire. Les résultats de plusieurs études randomisées contrôlées sont attendus dans les 10 prochaines années[16,17]. Pour l'heure, les données tirées d'études randomisées contrôlées sont insuffisantes pour démontrer l'innocuité et la supériorité de la coloscopie sur les tests fécaux de dépistage du CCR chez les personnes asymptomatiques à risque moyen[16,17]. La coloscopie doit être réservée aux adultes à risque élevé : elle est recommandée tous les 5 à 10 ans à compter de 40 à 50 ans, ou 10 ans avant l'âge du parent du premier degré au diagnostic chez les personnes dont au moins un parent du premier degré est atteint de CCR ou d'un adénome avancé diagnostiqué à n'importe quel âge[13].

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col est l'un des cancers les plus faciles à prévenir et à traiter. L'arrivée du test de Papanicolaou aux fins de dépistage a entraîné une chute spectaculaire de l'incidence et de la mortalité par cancer du col chez les Canadiennes[18], qui sont estimées pour le moment à 1350 nouveaux cas et à 410 décès par année[1]. L'Organisation mondiale de la Santé dirige présentement un effort mondial visant à éradiquer ce cancer d'ici 2040. Cet effort comprend un vaste programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et une stratégie de dépistage primaire du VPH[19]. L'abondance de données tirées d'études randomisées contrôlées[20] pointent vers une transition probable, durant la prochaine décennie, vers le dépistage primaire du VPH dans la plupart des provinces canadiennes[21]. En outre, les résultats du vaste programme de vaccination contre le VPH auprès des cohortes initiales qui atteignent maintenant l'âge du dépistage du cancer du col feront bientôt surface et éclaireront encore plus les pratiques futures de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Ce qui est recommandé

- Le dépistage par test Pap demeure la norme de soins et est recommandé tous les 3 ans chez les femmes asymptomatiques de 25 à 69 ans qui sont ou qui ont été sexuellement actives (25 à 29 ans : faible recommandation, données probantes de qualité modérée; 30 à 69 ans : forte recommandation, données probantes de bonne qualité) [22].
- Chez les femmes de 70 ans et plus, si le dépistage adéquat a été réalisé (c.-à-d. 3 tests Pap négatifs dans les 10 années précédentes), on peut mettre fin au dépistage (faible recommandation, données probantes de faible qualité)[22].

Pratique exemplaire. La plupart des programmes provinciaux offrent un programme organisé de vaccination contre le VPH. Les médecins de première ligne jouent un rôle clé dans la prévention et le dépistage du cancer du col en renseignant les patientes et en réalisant le test Pap. On s'attend probablement à la transition du test Pap au test de dépistage du VPH dans les 10 prochaines années.

Dépistage du cancer de l'ovaire

Le taux de survie lié au cancer de l'ovaire demeure faible[1]. On estime que 3100 Canadiennes recevront un diagnostic de cancer de l'ovaire en 2020, et presque 2000 d'entre elles mourront[1,23]. Il n'y a pour le moment aucun programme organisé de dépistage du cancer de l'ovaire, et les interventions de dépistage précoce sont limitées[24]. Les lignes directrices du GECSSP rapportent l'absence de données pour étayer les effets du dépistage sur la mortalité[25]. La mise à jour 2018 du rapport d'expertise et la revue systématique de la *Preventive Services Task Force* des É.-U. ont également indiqué que le taux de mortalité par cancer de l'ovaire ne différait pas entre les femmes asymptomatiques à risque moyen ayant subi le dépistage et celles qui ne l'avaient pas subi[26].

Ce qui est recommandé

- Le dépistage par échographie transvaginale ou taux d'antigènes du cancer 125 n'est pas recommandé chez les femmes asymptomatiques (torts élevés liés au dépistage comparativement aux faibles bienfaits potentiels)[25].

Pratique exemplaire. Malgré les données actuelles contre le dépistage du cancer de l'ovaire chez les femmes asymptomatiques, la vigilance clinique est de la plus haute importance. Les symptômes de cancer de l'ovaire sont mal définis et pourraient inclure ballonnement, satiété précoce ou perte d'appétit, et inconfort abdominal ou pelvien, ce qui rend ce cancer difficile à diagnostiquer. L'apparition de nouveaux symptômes justifie une évaluation plus poussée et la surveillance étroite.

Dépistage du cancer du sein

Environ 1 femme sur 8 sera atteinte du cancer du sein, et on estime que 1 femme sur 33 en mourra[27]. Le risque moyen de cancer du sein est défini comme l'absence d'antécédents personnels de cancer du sein, aucun antécédent familial de cancer du sein chez une parente du premier degré, aucune mutation connue des gènes *BRCA1* et *BRCA2*, et aucune exposition antérieure aux rayonnements de la paroi thoracique[28]. La mise à jour des lignes directrices du GECSSP se concentre sur la décision partagée, puisque les recommandations reposent sur la valeur relative accordée par la patiente aux torts et aux bienfaits potentiels liés au dépistage[28].

Ce qui est recommandé

- La mammographie n'est pas recommandée chez les femmes de 40 à 49 ans (recommandation conditionnelle; données probantes de faible certitude)[28].
- La mammographie est recommandée tous les 2 ou 3 ans chez les femmes de 50 à 74 ans (recommandation conditionnelle; données probantes de très faible certitude) [28].
- L'imagerie par résonance magnétique, la tomodensitométrie et l'échographie ne sont pas recommandées pour le dépistage (forte recommandation, aucune donnée probante)[28].

Pratique exemplaire. Les faux positifs entraînent des conséquences physiques et psychosociales chez les femmes[28]. Vu les données probantes actuelles de faible certitude et les différences quant aux préférences des patientes, il est impératif de renseigner les patientes et de partager les décisions avec elles.

Conclusion

Les médecins de première ligne jouent un rôle de premier plan en médecine préventive et sont essentiels au dépistage précoce du cancer. Cet article résume brièvement les nouveaux développements en matière de dépistage du cancer et de dépistage hors du cadre des programmes organisés de dépistage afin de permettre aux médecins de famille d'avoir des conversations éclairées avec leurs patients.

La Dre Chaput est médecin traitante aux départements de médecine de famille, de soins secondaires et d'oncologie au Centre universitaire de santé McGill et à l'Université McGill à Montréal (Québec), elle est également directrice médicale intérimaire à la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges à Hudson (Québec). **La Dre Del Giudice** est médecin de famille à la *Sunnybrook Academic Family Health Team*, professeure adjointe au département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto (Ontario) et elle est responsable du programme régional de dépistage du cancer en première ligne de *Toronto Central North* à Santé Ontario–Action Cancer Ontario. Le Dr **Kucharski** est médecin de famille dans l'équipe de santé familiale *South East Toronto* de l'Université de Toronto, et il est responsable du programme régional de dépistage du cancer en première ligne à Santé Ontario–Action Cancer Ontario.

Intérêts concurrents

Les Dres Del Giudice et **Kucharski** ont reçu un salaire de Santé Ontario–Action Cancer Ontario pour leur contribution à titre de responsables du programme régional de dépistage du cancer en première ligne.

Références

1. Brenner DR, Weir HK, Demers AA, Ellison LF, Louzado C, Shaw A et coll. Projected estimates of cancer in Canada in 2020. *CMAJ* 2020;192(9):E199-205. Publ. en ligne du 2 mars 2020.
2. James ND, de Bono JS, Spears MR, Clarke NW, Mason MD, Dearnaley DP et coll. Abiraterone for prostate cancer not previously treated with hormone therapy. *N Engl J Med* 2017;377(4):338-51. Publ. en ligne du 3 juin 2017.
3. Ilic D, Djulbegovic M, Jung JH, Hwang EC, Zhou Q, Cleves A et coll. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2018;362:k3519.
4. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, Joffres M, Singh H, Dickinson J et coll. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ* 2014;186(16):1225-34. Publ. en ligne du 27 oct. 2014. Accessible à : https://www.cmaj.ca/content/cmaj/186/16/1225.full.pdf. Réf. du 30 nov. 2020.
5. Evans M. *The prostate specific antigen (PSA) test.* YouTube; 2014. Accessible à : **https://www.youtube.com/watch?v=bTgS0DuhaUU**. Réf. du 1er déc. 2020.
6. Gierada DS, Black WC, Chiles C, Pinsky PF, Yankelevitz DF. Low-dose CT screening for lung cancer: evidence from 2 decades of study. *Radiol Imaging Cancer* 2020;2(2):e190058.
7. Action Cancer Ontario [site Web]. *Projet pilote de dépistage du cancer du poumon pour les personnes à haut risque.* Toronto, ON : Action Cancer Ontario; 2017. Accessible à : **https://www.cancercareontario.ca/fr/directives-conseils/continuum-cancer/depistage/projet-pilote-cancer-poumon-personnes-haut-risque**. Réf. du 29 août 2020.
8. Tammemagi MC, Schmidt H, Martel S, McWilliams A, Goffin JR, Johnston MR et coll. Participant selection for lung cancer screening by risk modelling (the Pan-Canadian Early Detection of Lung Cancer [PanCan] study): a single-arm, prospective study. *Lancet Oncol* 2017;18(11):1523-31. Publ. en ligne du 18 oct. 2017.
9. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommendations on screening for lung cancer. *CMAJ* 2016;188(6):425-32. Publ. en ligne du 7 mars 2016. Accessible à : h**ttps://www.cmaj.ca/content/cmaj/188/6/425.full.pdf**. Réf. du 30 nov. 2020.
10. Prévenir.Cancer.ca [website]. *Pourcentage de cancers qui sont évitables au Canada.* Risque de cancer attribuable à la population canadienne; 2019. Accessible à : **https://prevenir.cancer.ca/wp-content/uploads/sites/2/2019/05/CMPR_1pgr_PctCncrsPrev-CA-FR.pdf**. Réf. du 7 sept. 2020.
11. Leddin D, Lieberman DA, Tse F, Barkun AN, Abou-Setta AM, Marshall JK et coll. Clinical practice guideline on screening for colorectal cancer in individuals with a family history of nonhereditary colorectal cancer or adenoma: the Canadian Association of Gastroenterology Banff Consensus. *Gastroenterology* 2018;155(5):1325-47. Publ. en ligne du 16 août 2018.
12. Panaccione R, Steinhart AH, Bressler B, Khanna R, Marshall JK, Targownik L et coll. Canadian Association of Gastroenterology clinical practice guideline for the management of luminal Crohn's disease. *J Can Assoc Gastroenterol* 2019;2(3):e1-34. Publ. en ligne du 10 juill. 2018.
13. Wilkinson AN, Lieberman D, Leontiadis GI, Tse F, Barkun AN, Abou-Setta A et coll. Colorectal cancer screening for patients with a family history of colorectal cancer or adenomas. *Can Fam Physician* 2019;65:784-9.
14. Kistler CE, Kirby KA, Lee D, Casadei MA, Walter LC. Long-term outcomes following positive fecal occult blood test results in older adults: benefits and burdens. *Arch Intern Med* 2011;171(15):1344-51. Publ. en ligne du 9 mai 2011.
15. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *CMAJ* 2016;188(5):340-8. Publ. en ligne du 22 févr. 2016. Accessible à : **https://www.cmaj.ca/content/cmaj/188/5/340.full.pdf.** Réf. du 30 nov. 2020.
16. Quintero E, Castells A, Bujanda L, Cubiella J, Salas D, Lanas Á et coll. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *N Engl J Med* 2012;366(8):697-706. Errata dans: *N Engl J Med* 2016;374(19):1898.
17. Bretthauer M, Kaminski MF, Løberg M, Zauber AG, Regula J, Kuipers EJ et coll. Population-based colonoscopy screening for colorectal cancer: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2016;176(7):894-902.
18. Dickinson JA, Stankiewicz A, Popadiuk C, Pogany L, Onysko J, Miller AB. Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada: national data from 1932 to 2006. *BMC Public Health* 2012;12:992.
19. Organisation mondiale de la Santé [site Web]. *WHO leads the way towards the elimination of cervical cancer as a public health concern.* Geneva, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2018. Accessible à : **https://www.who.int/reproductivehealth/cervical-cancer-public-health-concern/en/.** Réf. du 9 sept. 2020.
20. Melnikow J, Henderson JT, Burda BU, Senger CA, Durbin S, Weyrich MS. Screening for cervical cancer with high-risk human papillomavirus testing: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018;320(7):687-705.
21. Partenariat canadien contre le cancer [site Web]. *Plan d'action pour l'élimination du cancer du col de l'utérus au Canada, 2020–2030*. Toronto, ON: Partenariat canadien contre le cancer; 2020. Accessible à : **https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/elimination-cervical-cancer-action-plan/.** Réf. du 30 nov. 2020.
22. Dickinson J, Tsakonas E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E, Singh H et coll. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ* 2013;185(1):35-45. Publ. en ligne du 7 janv. 2013. Accessible à : **https://www.cmaj.ca/content/cmaj/185/1/35.full.pdf.** Réf. du 30 nov. 2020.
23. Société canadienne du cancer [site Web]. *Statistiques sur le cancer de l'ovaire.* Toronto, ON : Société canadienne du cancer; 2019. Accessible à : **https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/ovarian/statistics/?region=on**. Réf. du 1er sept. 2020.
24. Société canadienne du cancer [site Web]. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2019*. Toronto, ON : Société canadienne du cancer; 2019. Accessible à : **https://www.cancer.ca/~/media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf?la=en.** Réf. du 1er sept. 2020.
25. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Cancer de l'ovaire 2013 Rapport d'évaluation critique.* Ottawa, ON : Groupe d'étude canadienne sur les soins de santé préventifs; 2013. Accessible à : **https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrives/appraised-guidelines/cancer-de-lovaire/?lang=fr.** Réf. du 30 août 2020.
26. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Davidson KW et coll. Screening for ovarian cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2018;319(6):588-94.
27. Société canadienne du cancer [site Web]. *Statistiques sur le cancer du sein*. Toronto, ON: Société canadienne du cancer; 2020. Accessible à : **https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/statistics/?region=on**. Réf. du 1er sept. 2020.
28. Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M et coll. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer. *CMAJ* 2018;190(49):E1441-51. Accessible à : **https://www.cmaj.ca/content/190/49/E1441**. Réf. du 30 nov. 2020.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous **www.cfp.ca** et cliquez sur le lien vers Mainpro.

Can Fam Physician 2021;67:e12-4. DOI : 10.46747/cfp.6701e12

The English version of this article is available at **www.cfp.ca** on the table of contents for the **January 2021** issue on **page 27**.