



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



MISE AU POINT

La démarche de Santé publique en urologie

Public health approach and urology

G. Raynal*, X. Tillou, F. Saint, J. Petit

Service d'urologie et de transplantation, CHU Sud, avenue Laënnec, Salouël, 80054 Amiens cedex 1, France

Reçu le 19 février 2009 ; accepté le 8 mai 2009
Disponible sur Internet le 11 juin 2009

MOTS CLÉS

Santé publique ;
Dépistage de masse ;
Indicateurs de santé ;
Facteurs de risque ;
Économie de la santé

KEYWORDS

Public Health;
Mass screening;
Health status
indicators;
Risk factors;
Economics;
Medical

Résumé La démarche de Santé publique, en épidémiologie analytique, en épidémiologie interventionnelle, en économie de la santé ou même en éducation à la santé, implique des enjeux importants qui peuvent influencer la pratique quotidienne. Nous détaillons à travers quelques exemples pratiques ce que la Santé publique peut apporter à la pratique de l'urologie. © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Public health approach, in its different fields: observational epidemiology, interventional epidemiology, health economics or health education carries major problems that can influence everyday practice. We review some practical examples of what public health can afford to urology practice. © 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La Santé publique est parfois mal perçue par les cliniciens qui peuvent la juger très éloignée des préoccupations concrètes de la pratique clinique. Pourtant, l'exercice clinique se fonde de plus en plus sur des faits issus de l'analyse de Santé publique qui font appel à quelques concepts simples. Il est en outre important que des cliniciens soient impliqués dans

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gauthier.raynal@free.fr (G. Raynal).

la décision collective en santé, compte tenu du pragmatisme que leur confère le contact des patients. Ainsi, dans le domaine de l'urologie, plusieurs questions issues de la Santé publique sont utiles à la décision clinique, telles que, pour les cancers urologiques, les indicateurs d'impact, le dépistage, ou pour les pathologies fonctionnelles comme la lithiase ou la dysfonction érectile, l'évaluation médicoéconomique ou le concept de « pathologie-sentinelles ».

Indicateurs de mortalité

L'analyse épidémiologique d'une pathologie cancéreuse peut s'apprécier par la mortalité spécifique qui correspond au rapport du nombre de décès dus à une cause spécifique sur la population étudiée au cours d'une période donnée.

Mais d'autres indicateurs existent :

- la létalité, rapport entre le nombre de décès dus à une maladie et le nombre de patients atteints ;
- les années potentielles de vie perdues, qui pondèrent la mortalité spécifique en fonction de l'âge de survenue d'une maladie ultérieurement mortelle ;
- l'évolution dans le temps des différents indicateurs : prévalence (nombre de cas rapporté à une population donnée), incidence (nombre de nouveaux cas rapporté à une population donnée).

Incidence et prévalence sont reliées par la durée de la maladie et, en pratique, pour les pathologies cancéreuses, il s'agit donc de la durée de survie. Par exemple, pour le cancer du rein métastatique, il est probable que même si l'incidence ne variait pas, la prévalence augmenterait parallèlement à la durée de survie observable avec les thérapies ciblées.

Ainsi, dans le domaine de l'urologie, le cancer de la prostate comporte la plus grande mortalité spécifique, mais une létalité plus faible que les cancers du rein ou de la vessie (tumeurs superficielles exclues). Le cancer du rein est responsable du plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues et est le seul des cancers urologiques dont la mortalité a progressé sur la période 1983–2002 [1].

La plus faible létalité du cancer de la prostate est probablement responsable du délai retrouvé dans les travaux du groupe de Johansson. Il n'existe dans cette série pas de bénéfice à la prostatectomie en termes de mortalité globale à six ans, mais un bénéfice à dix ans [2], qui disparaît au-delà [3]. Cela indique qu'il existe un gain de survie globale à réaliser une prostatectomie, mais que ce gain est retardé et n'est pas soutenu dans le temps.

Dépistages

Le dépistage consiste à sélectionner une population cible au sein d'une population plus large devant bénéficier d'une mesure de diagnostic. Il repose donc le plus souvent sur un couple test biologique/prélèvement histologique tel que : recherche de sang occulte dans les selles/coloscopie, ou dosage du PSA/biopsies prostatiques. Sa justification ultime repose sur un gain substantiel en termes de mortalité globale et non spécifique puisqu'il serait inutile de proposer un dépistage à partir duquel la morbidité du diagnostic ou du traitement annulerait les bénéfices attendus et

compte tenu aussi des phénomènes de « morbidité compétitive » [4]. La mise en route d'un dépistage s'étudie le plus souvent sur la base des principes posés par Wilson et Jungner au nom de l'Organisation mondiale de la santé [5]. L'usage d'un test repose sur ses qualités intrinsèques de sensibilité (proportion des positifs parmi les malades) et de spécificité (proportion des négatifs parmi les non malades), tandis que les valeurs prédictives positive (proportion de malades parmi les positifs) ou négative sont dépendantes de la prévalence de la maladie.

En cancérologie urologique, aucun dépistage du cancer du testicule n'a été proposé, probablement du fait de sa relative rareté qui aboutirait à une faible valeur prédictive positive d'un quelconque test. L'autopalpation, compte tenu d'une faible spécificité et en dépit d'une bonne sensibilité, n'a pas fait l'objet de mesures d'éducation à la santé [6], d'autant plus que dans les conditions actuelles de diagnostic, la mortalité spécifique de ce cancer reste faible.

Le caractère des tumeurs de vessie souvent symptomatiques sous la forme d'une hématurie et qui aboutit à un taux de 70% de tumeurs découvertes à un stade superficiel n'a pas fait proposer de dépistage [7]. La question de la recherche et de l'exploration d'une hématurie microscopique dans une population sélectionnée, par exemple exposée à des toxiques professionnels, se pose [8], mais il manque la réalisation d'un essai clinique de dépistage pour en affirmer l'intérêt [9].

Le cancer du rein est dans une position originale puisqu'il ne fait l'objet d'aucun dépistage organisé et que 70% des cancers sont pourtant découverts fortuitement [10]. La fréquence des examens d'imagerie permettant le diagnostic précoce du cancer du rein aboutit en quelque sorte à un « dépistage informel ».

Le dépistage du cancer de la prostate est le plus abouti mais aussi le plus discuté. Sa pratique se fonde sur la prévalence importante de ce cancer. Un argument souvent avancé est que l'on a effectivement assisté à une baisse de la mortalité spécifique dans une analyse rétrospective « avant/après » depuis l'introduction du dépistage [11]. Cet argument peut paraître cependant biaisé si l'on considère d'une part que certains cancers non dépistés, dont le testicule ou la vessie, voient leur mortalité spécifique baisser, et que d'autre part, la standardisation des traitements localisés du cancer de la prostate a pu en réduire la morbidité. Les résultats de l'essai de dépistage européen ERSPC étaient très attendus pour savoir s'ils confirmaient une diminution de mortalité globale, l'analyse intermédiaire du bras néerlandais n'ayant pas montré d'impact, probablement du fait de la létalité de ce cancer plus faible que d'autres et aussi de la contamination du groupe testé par des patients issus du groupe non testé [12]. Ces résultats sont publiés depuis peu et tandis que l'essai américain publié dans le même numéro du *New England Journal of Medicine* ne montre pas de bénéfice [13], il existe dans l'étude ERSPC un gain de mortalité spécifique correspondant à moins 0,71 patient sur 1000 [14]. Les auteurs y évaluent, par ailleurs, à 48 pour 1000 le nombre de patients surtraités. Il faut évidemment prendre en compte qu'une décision de politique sanitaire ne peut se faire pour ou contre le dépistage mais pour ou contre un test et que le seul dosage du PSA manque probablement de spécificité pour les cancers de prostate agressifs [15].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3824272>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3824272>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)