



Le check-up de routine: essai d'évaluation. Deuxième partie

Victor Wüscher

Zentrum für Innere Medizin, Hirslanden Klinik Aarau

Quintessence

- Un check-up est un contrôle médical associé à des conseils de santé chez des patients asymptomatiques, mais soucieux de leur santé, dans le but de dépister des facteurs de risque modifiables ou des maladies encore au stade latent. Il est par définition non ciblé et se veut général.
- L'utilité et l'intérêt en termes de rapport coût-bénéfice de ce genre d'examen effectués régulièrement ne sont pas scientifiquement démontrés, même s'ils semblent dans certains cas parfaitement évidents.
- Les tests préventifs sont au contraire ciblés et caractérisés par un rapport coût-bénéfice favorable, également dans l'optique de la société dans son ensemble. Ils devraient être réalisés de manière systématique, à grande échelle et de façon structurée sur la base de recommandations largement reconnues.
- Les check-up doivent absolument inclure les tests de dépistage ayant fait leur preuves.
- L'étendue des examens de check-up doit être adaptée au profil de risque individuel et faire l'objet dans chaque cas d'une discussion entre le médecin et son patient.
- La prise en charge financière des examens sortant du cadre de la prévention est du ressort de celui qui les demande.
- Les check-up sont une bonne occasion pour réaliser des tests préventifs et pour rassurer les patients. Ils constituent en outre une excellente opportunité pour les patients de faire connaissance avec leur médecin et d'établir une relation de confiance qui facilitera à ce dernier le travail de conseil et la prescription de traitements éventuels.

Summary

The routine checkup: an attempt at evaluation. Part 2

- *A checkup is a medical examination and counselling of asymptomatic persons with the aim of identifying modifiable risk factors and latent disease. Typically, its net is cast broadly and globally.*
- *The value and cost-effectiveness of regular checkup examinations for society are scientifically unproven. In individual cases, however, this may be self-evident.*
- *Preventive examinations are, however, typically focused and their cost-effectiveness is good, even for society. They should be done systematically, broadly based, and structured according to accepted guidelines.*
- *Checkup examinations should involve the proven preventive investigations.*
- *The scale and extent of checkup examinations depend on individual risk factors and should be decided between the individual patient and the physician.*
- *The cost of the examination beyond the preventive investigation is charged to the person who requests the more extensive tests.*

Prévention fondée sur une base d'évidence controversée

Examen physique

Les guidelines ne recommandent pas un contrôle clinique complet chaque année. Dans le cadre de l'examen clinique, il n'existe néanmoins, comme déjà évoqué, une bonne évidence que pour l'utilité du BMI et de la tension artérielle, qui font après tout partie de l'examen physique. Il n'existe en revanche pas de données conclusives sur l'examen de la peau dans l'optique des cancers cutanés.

Diabète: bien que nous sachions qu'il existe habituellement déjà des lésions lors de la découverte d'un diabète, rien ne dit pour l'heure qu'un examen de screening et le dépistage précoce du diabète présentent réellement un avantage. La détermination de routine de la glycémie ou de l'HbA_{1c} n'est pas recommandée de manière générale en raison de son manque de sensibilité (grade E)! Les sociétés de diabétologie de plusieurs pays ont un avis différent sur la question et recommandent comme screening à partir de l'âge de 45 ans des mesures de la glycémie à jeun tous les trois ans. Chez les patients à risque de syndrome métabolique, un screening dans le sens d'un case-finding hors guidelines semble ici aussi justifié.

Cancer de la prostate: la mesure du PSA est incontestablement la meilleure méthode de screening pour le cancer de la prostate. En cas de valeurs élevées, on la fait suivre d'une rectoscopie avec échographie et biopsie rectales. Pourtant, l'USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) n'arrive malgré tout pas à émettre une recom-

Résumé de la première partie (publiée dans le numéro 26/2008 de Forum).

La première partie portait sur la problématique du check-up, également discutée à l'aide de quelques exemples. Elle a défini certains termes, présenté les critères d'évaluation et résumé les examens préventifs disposant d'une base d'évidence fiable.

La seconde partie est consacrée aux examens sans base d'évidence certaine. Elle montre par ailleurs ce qui se fait réellement sur le terrain. Un exemple est commenté et quelques conclusions utiles sont tirées pour la pratique quotidienne.

● *Checkup examinations are an excellent instrument in improving the delivery of recommended preventive services and lessening the patient's worries. They also offer an excellent opportunity to get to know the physician and to build up a relationship of trust and confidence.*

mandation de screening de routine (grade E), car elle est d'avis que les méthodes actuelles manquent encore de spécificité et de sensibilité. On découvre fréquemment à l'autopsie des cancers de prostate n'ayant jamais occasionné de troubles. Les cancers d'un volume inférieur à 1,0 ml ne provoquent en général pas d'augmentation du PSA. D'autre part, les cancers de la prostate peuvent avoir une croissance très lente et il n'existe toujours pas d'évidence certaine indiquant que la cure de cancers asymptomatiques améliore l'espérance et la qualité de vie. Comme les cancers de la prostate peuvent rester longtemps asymptomatiques et que leur évolution est très variable, il se peut qu'on soit confronté à des biais de type lead time (avancement du moment du diagnostic, malheureusement sans intérêt pour le patient) ou length time (sélection de cas à pronostic favorable, car les tumeurs à croissance lente sont plus facilement dépistées par le screening).

Pathologies thyroïdiennes: les maladies de la thyroïde passent souvent inaperçues dans la mesure où elles provoquent des symptômes souvent peu spécifiques. Cela dit, les troubles de la fonction thyroïdienne ne sont pas rares dans la population âgée. Les recommandations concernant le screening de routine sont controversées. L'USPSTF ne formule aucune recommandation (grade E). De nombreuses sociétés de spécialistes sont en revanche d'avis qu'une détermination du TSH tous les cinq ans se justifie.

Prévention sans évidence

Examens de laboratoire, imagerie, tests d'effort

Il n'y a pas d'évidence parlant en faveur d'un bilan complet de laboratoire, d'une radiographie du thorax et d'une ergométrie dans le cadre d'un check-up de routine.

Cancer du poumon: chez les patients non symptomatiques on ne recommande pas la recherche systématique d'un cancer du poumon. Il est vrai que diverses études ont mis en évidence des cancers du poumon au stade précoce à l'aide d'une radiographie du thorax conventionnelle, d'un examen des expectorations, d'un CT ou de l'association de plusieurs de ces méthodes; on n'a cependant pas pu démontrer jusqu'ici que cela permet de diminuer la mortalité. Des données récentes ont également montré que le screening ne permet pas d'abaisser le nombre de décès dus à ces tumeurs [13].

Cancer de l'ovaire: les guidelines actuelles ne font état d'aucune recommandation pour un screening dirigé sur le cancer de l'ovaire (grade D). La faible sensibilité et la spécificité limitée des examens cliniques réguliers, des tests de chimie sanguine (CA-125) et des procédés d'imagerie (ultrasons) conduisent à des investigations complémentaires inutiles, parfois invasives et potentiellement dangereuses. Il n'existe de plus aucune preuve indiquant qu'un cancer ovarien peut être détecté plus précocement grâce au screening.

Cancer du pancréas: il n'existe aucune évidence démontrant une diminution de la mortalité par un screening de dépistage précoce du cancer du pancréas. On ne recommande dès lors pas un tel screening par la palpation et l'imagerie.

Sélection de mesures de prévention avec mention de l'évidence

Une sélection des mesures de prévention est présentée dans le tableau 1 [↩](#). L'évidence et l'indication à prendre des mesures changent chez un individu à risque augmenté.

Alors, que se passe-t-il dans la pratique quotidienne?

La pratique diverge nettement de la théorie. Les médecins américains – et les médecins suisses adoptent très probablement la même attitude – approuvent et recommandent des conseils réguliers et des examens cliniques de routine chez tous les adultes. Ceux-ci sont habituellement complétés par de nombreux tests de screening de laboratoire et d'imagerie, bien qu'il n'existe aucune évidence en leur faveur et malgré toutes les guidelines publiées en la matière depuis plus de dix ans. Le même groupe qui a examiné l'attitude des médecins s'est également intéressé à l'avis

Tableau 1. Sélection de mesures de prévention avec mention de l'évidence.

| | Age | Fréquence | Evidence | Remarque |
|------------------------------|---------------|------------------|----------|--|
| Conseil | Dès 20 ans | Tous les ans | A | |
| BMI | Dès 20 ans | Tous les ans | B | En cas de BMI >30 |
| Tension artérielle | Dès 20 ans | Tous les 2 ans | A | |
| Cholestérol | H: dès 35 ans | Tous les 5 ans | A | |
| | F: dès 45 ans | Tous les 5 ans | A | |
| | Dès 20 ans | Tous les 5 ans | B | En cas de facteurs de risque supplémentaires |
| Frottis du col | 20–65 | Tous les 3 ans | A | |
| Screening du cancer du côlon | 50–75 | Selon la méthode | A | Haemocult ou colonoscopie |
| Mammographie | 40/50–70 | Tous les 1–2 ans | A | En fonction du risque |
| Vaccination contre la grippe | Dès 65 ans | Tous les ans | B | |
| Pneumovax | Dès 65 ans | Tous les 5 ans | B | |
| Glycémie à jeun | Dès 45 ans | Tous les 3 ans | E | Utile en cas de risques |
| PSA | Dès 50 ans | Tous les ans | E | |
| TSH | Dès 40 ans | Tous les 5 ans | E | Bonne chez les femmes |

des patients. Les patients attendent de leur médecin des conseils concernant la consommation de tabac et d'alcool, sur une alimentation saine et à propos de l'activité physique. Ils se sentent en revanche moins concernés par des informations touchant les comportements sexuels et les risques dus à la circulation routière. Les patients estiment qu'un examen physique de routine fait partie du check-up. Ce souhait est cependant moins affirmé lorsque les patients savent ce que coûte ce dernier, surtout s'ils doivent le prendre en charge eux-mêmes. Le chiffre tombe alors de 63% à 33% [6, 14, 15].

Une analyse rétrospective a conclu que 60% des mammographies et 60% des frottis du col ont été effectués à l'occasion d'un check-up. Pour le PSA, ce chiffre est de l'ordre de 50% et dans la détermination du cholestérol de 25%. Les recommandations pour la réduction pondérale, le sevrage du tabac, les conseils nutritionnels et l'activité physique régulière ressortaient dans moins de 10% des check-up. Elles sont plutôt prodiguées à l'occasion de consultations demandées pour d'autres motifs [5].

La même étude a cherché à répondre à la question de savoir quel investissement serait nécessaire si on répondait à tous les souhaits de la population, si on suivait toutes les recommandations des médecins et si tous les adultes américains obtenaient chaque année un check-up dont la durée serait estimée à 23 minutes. Le résultat est intéressant. Les médecins de premier recours passeraient selon cette estimation près de la moitié de leur temps à examiner des patients dans le cadre d'un check-up [5].

Une revue systématique évaluant la valeur des examens de routine réguliers vient de paraître. Cette revue a porté sur 50 travaux issus de 33 études et a analysé les bénéfices et les risques des check-up réguliers sous différents angles:

Incitation aux tests préventifs

Le check-up régulier a eu une influence favorable sur la réalisation d'un examen gynécologique et d'un frottis du col, sur un screening du cholestérol et sur la recherche de sang occulte dans les selles. Les patients qui se soumettaient à un check-up régulier étaient plus souvent soumis à ces tests de dépistage que ceux qui ne faisaient pas de check-up. Le check-up n'avait toutefois aucune influence sur d'autres mesures préventives, telles que l'information sur la consommation de tabac et d'alcool, les conseils en matière de vaccinations et la réalisation d'une mammographie.

Conséquences cliniques à court terme

On n'a pu observer un effet favorable que sur un seul point: les patients ayant effectué un check-up étaient moins inquiets après ce dernier en comparaison avec le collectif qui n'en avait pas fait.

Le check-up régulier n'avait en revanche pas d'influence sur le dépistage des maladies, le changement du style de vie et des mauvaises habitudes dans l'optique de la santé, ni sur les paramètres cliniques comme la tension artérielle, le cholestérol sérique et le BMI.

Conséquences cliniques et économiques à long terme

Les endpoints suivants ont été examinés: coûts, handicap, capacité de gain, hospitalisations et décès. Pour tous ces paramètres, on n'a trouvé au crédit des check-up de routine ni effets bénéfiques, ni effets délétères évidents.

En résumé, cette revue systématique montre que les avantages procurés par les check-up ne font qu'assurer une plus grande régularité dans les tests de dépistage et rassurer les patients. Il n'y a pas d'évidence pour dire que les check-up pourraient être nocifs. Les auteurs sont de l'avis que les check-up peuvent continuer à être pratiqués dans ces circonstances, mais qu'il faudra d'autres études pour préciser leur véritable valeur [4].

En Suisse, la pratique dans le terrain n'a été que peu étudiée. Il y a pour l'essentiel deux types de check-up:

- les premiers sont le fait de patients qui se présentent chez leur médecin pour un check-up. Leur démarche est toutefois souvent motivée par des symptômes (hidden agenda) tels que fatigue, manque d'entrain, intolérance à l'effort, dépression, surmenage professionnel ou d'autre origine et finalement par la crainte que ces symptômes soient l'expression d'une maladie somatique. L'examen sera alors adapté à la nature de ces plaintes, des examens de laboratoire et d'imagerie étant souvent inclus dans le bilan;
- les seconds relèvent des demandes de professionnels pour des «business check-up», soit pour eux-mêmes, soit pour des sociétés, dans le but de s'assurer qu'ils sont toujours à la hauteur des tâches à venir. Il s'agit alors souvent de packages d'examens prédéfinis, adaptés en fonction des plaintes ou d'un éventuel contexte à risque.

Remarque à propos du cas

Le cas décrit dans la première partie constitue un bon exemple illustrant la découverte fortuite occasionnelle de maladies potentiellement curables lors d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques. Cet exemple n'apporte rien à la question de la validité des check-up et ne devrait pas faire croire que ce genre d'interventions procurera un quelconque bénéfice clinique ou économique à long terme. Si légitimes que soient les check-up, ils n'ont guère qu'une valeur individuelle et rien de plus.

Conclusions

Il y a une certaine confusion entre les termes de test préventif et de check-up. La situation actuelle des données ne suffit pas pour faire une évaluation définitive de la valeur d'un check-up.

L'utilité de certains tests préventifs dans l'optique de la morbidité et de la mortalité, voire même du rapport coût-bénéfice, est sans conteste démontrée, mais ces méthodes ne sont pas encore utilisées à suffisamment large échelle. Il s'agit dans le fond beaucoup moins de faire des check-up réguliers que de soumettre la population – et parmi celle-ci surtout les individus qui sont de toute manière traités chez un médecin – de manière systématique et structurée aux quelques mesures préventives dont l'utilité a été démontrée. Cela signifie de pratiquer aussi une prévention dans le cadre des consultations motivées par d'autres problèmes. Si cela se fait réellement d'une manière plus générale, on aura déjà fait un grand pas. S'il y a ici véritablement un bon rapport coût-bénéfice, il serait logique que les caisses-maladie ne prennent pas seulement en charge les coûts résultant de ces mesures, mais contrôlent et s'assurent également de leur réalisation systématique dans la pratique.

Le check-up ne comprend en revanche pas uniquement les mesures préventives dont l'utilité a été documentée, mais aussi une sorte d'image globale de l'état de santé. Le terme me semble approprié là où des examens complets, comprenant des tests de chimie, un laboratoire médical et des examens d'imagerie complexes, sont souhaitables. L'étendue de l'examen et des méthodes appliquées doit être convenue entre le médecin et le patient. Il existe peu d'évidence dans la littérature concernant les recommandations pour de tels examens. Reste qu'il y a une demande pour de tels examens et qu'ils sont donc effectués. Ils ont au moins le mérite d'assurer la réalisation des mesures préventives recommandées et de tranquilliser le patient qui pourra être informé en détails sur son état de santé du moment. La réali-

sation systématique de check-up ne permettra de réduire ni la morbidité, ni la mortalité. Il n'existe cependant pas de données certaines suggérant que ces examens pourraient être nocifs pour la santé ou d'un point de vue économique. Comme leur utilité n'est pas établie, les check-up ne sont pas du ressort de la caisse-maladie.

Les check-up constituent enfin une excellente occasion pour répondre aux souhaits et calmer les craintes cachées des patients. Le médecin peut de plus s'entretenir avec lui en toute tranquillité et de manière approfondie. Ils favorisent en outre l'établissement d'une relation de confiance. Le patient s'adressera à l'avenir plus facilement à son médecin lorsqu'il a des questions ou des problèmes et le médecin disposera d'une bonne base de référence. Il connaîtra déjà son patient et pourra appréhender plus rapidement et de façon plus fiable d'éventuels symptômes ou signes cliniques futurs et les comparer aux résultats de check-up antérieurs [16].

Message pour la pratique quotidienne

Exception faite des tests de dépistage, il n'y a que peu d'évidence pour ou contre les check-up. L'attitude adoptée en pratique en Suisse peut être maintenue, pour autant – et il s'agit d'une priorité – que les tests de dépistage y soient bien inclus. Les patients doivent être informés du fait que l'utilité des check-up n'a pas été démontrée, à l'exception des mesures de prévention documentées et par conséquent recommandées. On rétorquera aussi aux esprits critiques qu'il n'existe pas non plus d'évidence pour dire que les check-up pourraient avoir des effets nocifs.

Je remercie le Dr Gregor Dufner, spécialiste en médecine interne FMH de Bremgarten, pour sa lecture critique du manuscrit et pour ses conseils précieux pour la pratique quotidienne du médecin de premier recours et de l'interniste généraliste.

Références

- Zimmerli L, et al. Der Check-up aus Sicht der Sicht des Patienten – «open» und «hidden» Agenda. *Schweiz Med Forum*. 2004;4(8):196–9.
- Hunziker S, et al. Der internistische Check-up. *Der Internist*. 2006;1:55–66.
- Steurer J, et al. Grundsätze zur Check-up-Untersuchung. *Praxis*. 2006;95:55–9.
- Boulware LE, et al. Systematic Review: The Value of the Periodic Health Evaluation. *Ann Int Med*. 2007;146:289–300.
- Mehrotra A. Preventive Health Examinations and Preventive Gynecological Examination in the United States. *Arch Intern Med*. 2007;167:1876–83.
- Prochazka AV. Support of Evidence-based Guidelines for the Annual Physical Examination – A Survey of Primary Care Providers. *Arch Intern Med*. 2005;165:1347–52.
- Fey MF. Privatklinikgruppe Hirslanden Jahresbericht 2006 – ein paar kritische Kommentare. *Schweiz Ärztezeitung*. 2007;88:1309–11.
- Internet:<http://guideline.gov>
- Nichol KL, et al. Effectiveness of Influenza Vaccine in the Community-Dwelling Elderly. *N Engl J Med*. 2007;357:1373–81.
- Johnstone J, et al. Effect of Pneumococcal Vaccination in Hospitalized Adults with Community-Acquired Pneumonia. *Arch Intern Med*. 2007;167:1938–43.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Obesity in Adults: Recommendations and Rationale. *Ann Int Med*. 2003;139:930–32 and 933–49.
- Internet:<http://ahrq.gov>. Pignone Michael P. Screening for Colorectal Cancer in Adults.
- Bach PB, Jett JR, Pastorino U, Tockmann MS, Swensen SJ, Begg CB. Computed tomography screening and lung cancer outcome. *JAMA*. 2007;297:953–61.
- Oboler SK. Public Expectations and Attitudes for Annual Physical Examinations and Testing. *Ann Int Med*. 2002;136:652–9.
- O'Malley PG. The annual Physical. *Arch Intern Med*. 2005;165:1333–4.
- Laine C. The Annual Physical Examination: Needless Ritual or Necessary Routine?. *Ann Int Med*. 2002;136:702–2.