

|  la Presse Médicale  | |
|--|---|
| www.em-consulte.com/revue/lpm | |
| Volume 40 - N° 1 Janvier 2011 Cahier 1 | |
| Éditorial Le Quarterly Medical Review : une innovation de la Presse Médicale tournée vers l'international L. Galléin, O. Chabot 1 | Réponse de l'auteur à la correspondance à propos de l'article : « La rédaction médicale pour publication en France : l'intérêt de l'assistant bilingue » F. Sheppard 115 |
| Articles originaux / Original articles Precocious hypothyroidism mechanisms in Graves' disease E. Proust-Lemine, M. D'Herbomez, X. Marchandis, J.-L. Wémeau e1 | Correspondance à propos de l'article : « Apport de la philosophie à la question de l'immunogénicité » C. Camoud 115 |
| Prévention de la transmission croisée de la coqueluche : évaluation des connaissances et des organisations dans les maternités S. Moncau-Crèpeaux, K. Wyndels, M. Tachon, K. Blankaert e9 | Réponse de l'auteur à la correspondance à propos de l'article : « Apport de la philosophie à la question de l'immunogénicité » I. Pradeu 116 |
| Modifications physiologiques de la peau au cours de la grossesse A. Zerouali, I. Zana, S. Trojet, D.E. Euri, M.I. Azeiz, M. Mokri, F. Zouari, A.B. Osman e17 | Image en médecine Ulcérations digitales indolentes par le ciment J. Dion, C. Bachmeyer 118 |
| Mises au point Diagnostic précoce dans la schizophrénie : une mission pour les médecins généralistes ? M. Le Gallic, F. Stephan, R. Mascot, J. Bourgin, M. Walter 3 | En pratique Une incurie inquiétante J. Abelozem 120 |
| Revascularisation du pied diabétique C. Pienet, J.-P. Tourtes, L. Bordeix, E. Elin, V. Duvenger 10 | Quarterly Medical Review Pulmonary involvement in Systemic Diseases See inside for more details |
| Cirrhose et risque opératoire C. Pougam-Burtz 17 | Syndromes aortiques aigus Syndromes aortiques aigus : des arachnées majeures, fruit d'une véritable coopération multidisciplinaire C. Mourier-Vehier 26 |
| Histoire de la médecine Ignaz Semmelweis P. Berche, J.-J. Lelièvre 94 | Classification et étiologie des syndromes aortiques aigus A. Vincetelli, F. Jutier, C. Baril, A. Prat 28 |
| Cas clinique Tératome immature de l'ovaire en cours de grossesse S. Hebag, B. Borghese, C. Depinay, A.F. Millischer-Bellaïche, J. Alexandre, N. Chopin 102 | Syndromes aortiques aigus : organiser la prise en charge médicale à la phase aiguë et au long cours P. Ohsart, G. Gaspé, N. Bouckelbaoui, M. Midulla, S. Haulon, C. Mourier-Vehier 24 |
| Lettres à la rédaction Accident vasculaire cérébral ischémique : une complication rare de l'émersion scorpionique A. Derkaoui, A. Elbouazzaoui, Z. Miraji, S. Achour, S. Lahli, M. Hrandou 106 | Syndrome aortique : quelle imagerie réaliser ? S. Willotou, C. Nedjicq, A. Bouvier, J. Hicoum, L. Biere, F. Thouveny, C. Bideroux, D. Crochet, C. Aubé 43 |
| Maladie de Kaposi digestive chez les patients positifs pour le VIH en Afrique K.A. Kadiq, B. Ootbar, F. Detarnaz, E.K. Namkey, J. Soubeyrand 108 | Les malperforations viscérales aiguës, complications précoces du syndrome aortique : comment les détecter et les prendre en charge ? M. Rodiere, F. Thony, M. Michoud, J. Frandon, G. Fenetti 54 |
| Analyse de la première épreuve de lecture critique d'article à l'examen classant national : la perception des étudiants L. Karli, E. Serigne, J.H. Lelièvre, M. Rouprêt 109 | Syndromes aortiques aigus et traitement endovasculaire : les bonnes indications de la fenestration et des endoprothèses, couvertes ou non L. Cassagne, P. Chabrot, A. Raveil, E. Dumoussel, L. Boyer 62 |
| Correspondances PSA (antigène spécifique de la prostate) : Haute Autorité de Santé, American Cancer Society et National Health Service. Des concepts sur l'exposition bien différents A. Brillon, G. Dubois 112 | Chirurgie de la dissection aortique : pour quel patient ? J.-P. Verhoye, I. Aboulattim, A. Linaud, X. Berneux, J.-F. Heautot 72 |
| Correspondance à propos de l'article : « La rédaction médicale pour publication en France : l'intérêt de l'assistant bilingue » B. Édouard 114 | Dissections aortiques aiguës non compliquées. Des stent-grafts pour qui ? H. Rousseau, B. Marcheix, J. Aurin, C. Cron, M.-A. Marache, C. Darbin, B. Leobon, C. Cori, F. Masabian, P. Ozi, V. Chabbert 81 |
| | Syndromes aortiques : à distance de la phase aiguë, comment surveiller l'aorte et quel traitement spécifique proposer ? J.-P. Berge, C. Mourier-Vehier, M. Koussa, G. Goyault, A. Prat, T. Mantelli, M. Midulla 88 |

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>

PSA (antigène spécifique de la prostate) : Haute Autorité de Santé, American Cancer Society et National Health Service. Des concepts sur l'expertise bien différents

PSA (prostate specific antigen): Haute Autorité de santé, American Cancer Society and National Health Service. Discrepancy between concepts for assessment

À nouveau, la Journée de la Prostate, (6^e), a été organisée le 15 septembre 2010 à l'initiative de l'Association française d'urologie (AFU). Si l'AFU n'a plus à faire spécifiquement la promotion du dépistage du cancer tant celui-ci s'est banalisé en France, les journalistes des médias grand public essayent, de plus en plus souvent, de faire la part des choses de cette exception française.

Ni la Direction générale de la santé, ni l'Institut national du cancer et ni la Haute Autorité de santé (HAS) ne recommandent le dépistage du cancer de la prostate, mais l'AFU fait depuis 2002 des campagnes nationales. Les effets de ces campagnes annuelles peuvent avoir été renforcés par le fait que la HAS a agréé l'AFU comme organisme pour l'Évaluation des pratiques professionnelles en 2006, puis pour l'accréditation des médecins (recueil et l'analyse des déclarations d'événements porteurs de risques, en l'occurrence les complications de la biopsie de prostate) en 2007, et enfin certifié (HON) son site internet où figurent ces campagnes. Le 22 juin 2010, plus d'un an après la parution des études ERSPC et PLCO dans le *New England Journal of Medicine*, la HAS émet un avis, « les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage de masse du cancer de la prostate » [1]. Cet avis ignore cependant la réalité de la massification du dépistage et n'y apporte aucune solution. La HAS a sollicité l'AFU, mais ni la Société française de Santé Publique, ni aucune des sociétés représentant des généralistes ou des oncologues, et a confié la présidence du groupe de travail à une personne extérieure à la pratique clinique ou à la problématique complexe des dépistages. L'expertise scientifique des tutelles en France se caractérise souvent par des méthodes et des résultats qui nous isolent de plus en plus du

reste du monde. Le cas du benfluorex (Médiator[®]) n'a pas servi de leçon.

Malheureusement, la réalité de la pratique est une indiscutable massification du dépistage en France. Il est plus fréquent que le dépistage organisé du cancer du côlon dont le rapport bénéfice-risque ne prête plus à discussion. Début 2009, l'évaluation de l'Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) sur le dépistage du cancer de la prostate, d'ailleurs confié à l'AFU, admet que le dépistage individuel (véritable oxymore scientifique) n'est qu'un prétexte à sa massification sans contrôle de qualité : le « dépistage volontaire a atteint l'ampleur d'un dépistage de masse » [2,3]. Cette situation est confirmée par les sondages du *Journal International de Médecine* : 33 % de ses lecteurs étaient favorables à des campagnes nationales de dépistage en juin 2004 et 64 % en octobre 2009. Enfin, comme le reconnaissent les urologues « plus de cinq millions de dosages de *prostate-specific antigen* (PSA) ont été prescrits en 2007 en France. Ce chiffre illustre l'importance qu'a prise cet examen biologique dans la pratique médicale française. »

Il faut aussi préciser que la position de l'*American Cancer Society* (ACS), mise à jour après les publications du *New England Journal of Medicine*, reste différente de celle des urologues français malgré ce qu'ils écrivent [4]. Le résumé de l'ACS recommande « que les hommes prennent une décision éclairée avec leur médecin pour savoir s'ils ont à être dépistés pour le cancer de la prostate. La recherche n'a pas encore prouvé que les avantages potentiels du dépistage l'emportent sur les inconvénients du dépistage et du traitement » [5]. La précédente mise à jour avait eu lieu après des échanges que nous avons eu en 2008 avec Robert Smith, directeur des programmes de dépistage, quand nous avons contesté les recommandations d'alors de l'ACS, les jugeant trop en faveur du dépistage [6]. Cela démontre que les recommandations pour la pratique clinique peuvent être discutées, mise à jour régulièrement et ne pas être gravées dans le marbre [7].

En 1968, Wilson et Jungner ont décrit les critères nécessaires avant de proposer un dépistage et le cancer de la prostate n'y satisfait toujours pas en 2010 [8]. Dépister n'est pas forcément mieux car le bénéfice d'un dépistage ne va pas de soi. Il faut démontrer que les avantages sont supérieurs aux inconvénients [8]. Le dépistage de 1500 personnes pendant dix ans aboutit à 150–180 biopsies et à traiter 50 hommes pour sauver une vie. Une modélisation a été proposée à

l'occasion de la publication des études ERSPC et PLCO : pour 1000 hommes dépistés de 40 à 69 ans il y aura 27,9 décès liés au cancer de la prostate sur un total de 639,5 à l'âge 85 ans, pour les non dépistés les nombres respectifs sont 29,9 et 640,4 [9]. La HAS n'a pas évalué l'étude de Göteborg publiée dans le *Lancet Oncology* dix jours après son avis [10]. Les résultats favorables de cette série doivent cependant être analysés avec prudence comme le soulignent les auteurs de l'article eux même et par le commentaire qui l'accompagne [11]. D'autres données de l'étude ERSPC, sont encore en attente, comme sur la qualité de vie, mais une publication toute récente insiste sur le mauvais rapport bénéfice risque du dépistage [12].

Pour comprendre les enjeux, il faut accepter le terme « surdiagnostic », employé dans la littérature scientifique internationale et ne pas le mettre de côté comme le font certains auteurs ou le qualifier de fantasme comme l'AFU [4,13]. On appelle surdiagnostic, le dépistage d'un cancer qui ne serait jamais devenu symptomatique avant le décès du sujet, soit parce que le cancer évolue trop lentement et que le sujet décède d'une autre cause, soit parce que le cancer n'évolue pas ou régresse spontanément [14]. C'est une notion bien différente des faux positifs ou des erreurs diagnostiques. Dans le cas du cancer de la prostate, plus d'un cas dépisté sur deux est un surdiagnostic et rien, en l'état actuel des connaissances, ne permet de distinguer celui des deux qui évoluera cliniquement. De plus, ces cas ont subi au préalable les risques inhérents aux explorations diagnostiques. La biopsie de la prostate qui est très largement réalisée, 23 % des inclus dans l'étude de Göteborg, se complique dans 3 % des cas d'hémorragie et de septicémie [8,14]. Cela fait beaucoup quand les patients dépistés se comptent par millions [14]. Les cas de surdiagnostic sont aussi exposés aux inconvénients et aux complications fréquentes et parfois lourdes liées aux traitements (hormonothérapie, radiothérapie et chirurgie) en sachant qu'une cinquantaine d'hommes doivent être traités pour éviter un seul décès lié au cancer de la prostate. Enfin, l'annonce du diagnostic est parfois en elle-même associée à une morbidité spécifique [15].

La 6^e Journée de la Prostate a été organisée la semaine où le *British Medical Journal* publiait une méta-analyse avec 387 286 sujets montrant que le dépistage est associé à un plus grand nombre de diagnostics de cancers au stade I sans impact important sur le diagnostic des stades II à IV et sans aucun effet significatif démontré sur les décès par cancer de la prostate (0,88 ; 0,71 à 1,09, $p = 0,25$) [16].

Les documents à jour, utiles et utilisables pour informer les patients, sont peu nombreux. Celui du *National Health Service* disponible en français a les avantages d'être clair, direct et court [17,18]. Chaque médecin a une obligation d'information éclairée, mais c'est aussi le cas des autorités. Pour le dépistage

du cancer de la prostate nous avons informé dès que possible sur la situation exceptionnelle qui prévalait en France [19]. La persistance de la situation a fait que l'éditeur du BMJ a complété une de nos publications du sous-titre « *French exceptionalism* » [20]. Les exceptions en santé publique sont rarement exceptionnelles dans leurs résultats pour la population.

L'AFU, dont on comprend la volonté d'aller vite, doit admettre que les conditions du dépistage ne sont pas remplies et qu'actuellement les inconvénients sont certains, les complications importantes et graves pour des bénéfices faibles. [8,14,16]. Les bonnes intentions et le bon sens ne sont pas suffisants. Il suffit de rappeler que la recommandation de la position ventrale du nouveau-né a été source d'une épidémie de morts subites du nourrisson pendant plusieurs décennies ; que la thermographie pour le dépistage du cancer du sein a été poursuivie inutilement avec entêtement en France.

Les médecins généralistes doivent informer au mieux leurs patients et ne pas hésiter à utiliser ce que se fait dans d'autres pays. L'information est une des exigences de base de la relation médecin malade. Elle est devenue une obligation légale. Il faut non seulement bien informer, mais aussi pouvoir en faire la preuve. La jurisprudence en Cour de Cassation en traduit les conséquences assurantielle et pénale.

Les tutelles et autorités doivent aussi remplir leurs missions et non temporiser : évaluer scientifiquement l'intérêt médical des actes professionnels, promouvoir les bonnes pratiques auprès des professionnels de santé et des usagers de santé ; améliorer la qualité des soins, veiller à la qualité de l'information médicale diffusée ; informer les professionnels de santé et le grand public. Une certaine latence est compréhensible, mais quand la situation ne fait que s'aggraver et que les réactions sont lentes et inappropriées, on peut se demander si l'inertie n'est pas une stratégie délibérée.

Conflits d'intérêts : aucun.

Références

- [1] Rapport d'orientation. Dépistage du cancer de la prostate—Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. Haute Autorité de Santé, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_961182/depistage-du-cancer-de-la-prostate-analyse-critique-des-articles-issus-des-etudes-erspc-et-plco-publies-en-mars-2009.
- [2] Braillon A, Dubois G, Zielinski O. Screening for prostate cancer: a public campaign, evidence-based-medicine and conflicting interests. *Eur J Public Health* 2009;19:222, <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/ckn110v1>.
- [3] Debré B. Rapport sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate. Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé. Assemblée nationale N° 1582 et Sénat N° 318; <http://www.senat.fr/rap/r08-318/r08-318.html>
- [4] Mongiat-Artus P, Desgrandchamps F. PSA (antigène spécifique de laprostate) : la langue d'Ésope ? *Rev Med Interne* 2010;31:467-8.

- [5] American Cancer Society. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, <http://www.cancer.org/Healthy/FindCancer-Early/CancerScreeningGuidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer>
- [6] Braillon A. Re: is a screening interval of every 4 years for prostate cancer acceptable? *J Natl Cancer Inst* 2008;100:222-3.
- [7] Braillon A, Gignon M, Dubois G. G-I-N must adopt the WHISKY statement. *Qual Saf Health Care* 2005;14:391.
- [8] Hill C, Laplanche A. Cancer de la prostate : les données sont en défaveur du dépistage. *Presse Med* 2010;39:859-64.
- [9] Howard K, Barratt A, Mann GJ, Patel MI. A model of prostate-specific antigen screening outcomes for low- to high-risk men: information to support informed choices. *Arch Intern Med* 2009;169:1603-10.
- [10] Hugosson J, Carlsson S, Aus G, Bergdahl S, Khatami A, Lodding P *et al.* Mortality results from the Göteborg randomised populationbased prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol* 2010;11:725-32.
- [11] Neal DE. PSA testing for prostate cancer improves survival – but can we do better? *Lancet Oncol* 2010;11:702-3.
- [12] van Leeuwen PJ, Connolly D, Tammela TL, Auvinen A, Kranse R, Roobol MJ *et al.* Balancing the harms and benefits of early detection of prostate cancer. *Cancer* 2010. doi:10.1002/cncr.25474
- [13] Association française d'urologie. Dépistage du cancer de la prostate : la vaine polémique. Communiqué de presse, http://www.urofrance.org/fileadmin/user_upload/journee-prostate/2007/communiqué-presse-depistage-cancer-prostate.pdf; 2007.
- [14] Aupérin A, Laplanche A, Hill C. Dépistage du cancer de la prostate dans la population générale : des inconvénients certains, un bénéfice hypothétique. *Presse Med* 2007;36:1045-53.
- [15] Fall K, Fang F, Mucci LA, Ye W, Andrén O, Johansson JE *et al.* Immediate risk for cardiovascular events and suicide following a prostate cancer diagnosis: prospective cohort study. *PLoS Med*. 2009; 6:e1000197.
- [16] Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B *et al.* Screening for prostate cancer: systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010; 341:c4543.
- [17] National Health Service choice. Cancer de la prostate. Avril 2008.
- [18] National Health Service Cancer Screening Programmes. Dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'antigène prostatique spécifique que (PSA). Fiche d'information pour les hommes envisageant un dépistage du PSA. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/psa-test-french.pdf>; 2009.
- [19] Gignon M, Braillon A, Chaîne FX, Dubois G. Le dépistage du cancer de la prostate : hétérogénéités des recommandations. Une exception française ? *Can J Public Health* 2007;98:212-6.
- [20] Braillon A. Prostate specific antigen. Prostate screening in France. *BMJ* 2009;339:b4285.

Alain Braillon¹, Gérard Dubois²

¹Gres, 80000 Amiens, France

²Santé publique, CHU Nord, 80000 Amiens, France

Correspondance : Alain Braillon,
27, rue Voiture, 80000 Amiens, France.
braillon.alain@chu-amiens.fr
braillon.alain@gmail.com

Disponible sur internet le 5 novembre 2010

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi: 10.1016/j.lpm.2010.10.001

Correspondance à propos de l'article : « La rédaction médicale pour publication en France : l'intérêt de l'assistant bilingue »

Letter on the article "Medical writing for publication in France: The benefits of language assistants"

Dans un éditorial récent, Frances Sheppard lance un vibrant plaidoyer pour la création de postes d'assistants linguistiques dans les établissements de santé français [1]. Cette demande apparaît légitime, elle est basée sur une argumentation pertinente, à savoir que les praticiens français rencontrent des difficultés pour publier dans les revues internationales en anglais.

Ce point de vue est intéressant mais il est partiel.

En réalité, la plupart des praticiens de notre planète éprouvent des difficultés à publier en anglais [2,3]. Par ailleurs, des barrières linguistiques limitent aussi les professionnels de santé de culture anglophone exclusive : nous avons montré que, en ce qui concerne les publications pharmaceutiques, les auteurs américains, anglais et australiens étaient ceux qui répugnaient le plus à inclure dans leurs travaux des références bibliographiques écrites dans d'autres langues que l'anglais, sans doute parce qu'ils ne comprenaient que ce langage [4]. Les auteurs de langue maternelle autre que l'anglais, mais aussi les Canadiens, Irlandais, Indiens, etc. semblent avoir beaucoup moins de difficultés à repérer, lire et citer des travaux écrits dans d'autres langues.

Comme, jusqu'à preuve du contraire, la totalité des connaissances médicales n'est pas uniquement disponible dans une seule langue « impériale », nous appuyons donc la démarche de F. Sheppard et l'élargissons en renouvelant notre proposition de fournir aux praticiens qui ne maîtrisent que l'anglais les services d'assistants, non pas bilingues, mais multilingues [4,5].

Conflits d'intérêts : aucun.

Références

- [1] Sheppard F. Medical writing for publication in France: the benefits of language assistants. *Presse Med* 2010. doi: 10.1016/j.lpm.2010.04.013.
- [2] Garfield E. English: an international language for science? *Essays Inform Sci* 1967;1:19-20.
- [3] Montgomery S. Of towers, walls, and fields: perspectives on language in science. *Science* 2004;303:1333-5.
- [4] Edouard B. Who cites non-English-language pharmaceutical articles? *Ann Pharmacother* 2009;43:549-50 (résultats détaillés disponibles dans <http://www.hal.inserm.fr>).

DOI of original article: 10.1016/j.lpm.2010.04.013, 10.1016/j.lpm.2010.07.003