

Check-up

Introduction et Synthèse

Une étude systématique (1) a montré que la demande de check-up / dépistage a augmenté au sein de la population en bonne santé. Toutefois, les avantages et les inconvénients de ces examens doivent être pris en compte, et les patients doivent être informés en conséquence.

Le présent document a pour cible les médecins.

Une fiche d'information spécifique « [Check-ups](#) » a été créée à destination des patients pour présenter les avantages et les risques des bilans de santé.

Le tableau suivant présente une synthèse des dernières recommandations en terme de bilan de santé.

Examen	Pour qui ?	A partir de quand	Fréquence
EXAMENS DE DEPISTAGE INUTILES	Rx-Thorax pour fumeurs Analyse d'urine Marqueurs tumoraux ECG, test d'effort Écho. de l'abdomen (sauf BAA) Fonction respiratoire (sauf pour renforcer la motivation à arrêter la nicotine)		
Tension artérielle	Hommes et femmes	Dès 18 ans	Tous les 3-5 ans
	Patients avec facteurs de risque (en particulier l'obésité)		Chaque année
Cholestérol (Total-C, HDL, LDL, TG)	Hommes et femmes sans facteurs de risque et à faible risque selon l'AGLA	H 35-65 ans F 45-65 ans	Tous les 5 ans
		Entre 65 et 75 ans contestés	Tous les 2-5 ans pour des risques moyens
	Patients avec des risques cardio-vasculaires	Dès diagnostic du risque de maladie cardiovasculaire	Selon le patient
Diabète (glucose à jeun)	Hommes et femmes sans facteur de risque	Dès 45 ans	Tous les 3 ans
	Patients avec facteur de risque: Hypertension, Hyperlipoprotéïnémie, Surpoids (IMC > 27 kg/m ²) Diabète type 2 dans la famille Diabète pendant la grossesse Origines tamoules	Dès découverte d'un facteur de risque	Selon le patient
Glaucome (chez l'ophtalmologue)	Hommes et femmes sans facteur de risque	Dès 50 ans	Tous les 2-3 ans
	Patients à risque : Antécédent familial Hypertension grave Myopie grave Stéroïdothérapie Origines africaines	Dès 40 ans	Selon le patient
Ostéoporose (densitométrie)	Aucun dépistage recommandé. Femmes : Exceptionnellement si constellation de risques spécifiques - selon FRAX (voir chapitre 5. Ostéoporose).	Éventuellement dès 65 ans	Selon le patient
Anévrisme aortique (échographie)	Hommes avec facteurs de risque : Fumeurs et ex-fumeurs Antécédent familial Maladie vasculaire grave (p. ex. PAVK, coronaropathie) Femmes qui fument (preuves peu claires)	Dès 65 ans	Une seule fois

Table des matières

- Résumé et objectifs
- Détection des facteurs de risque / maladies cardiovasculaires
 - Tension artérielle
 - IMC
 - Cholestérol
 - Glycémie
 - Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale
- Détection précoce des tumeurs malignes
 - Cancer de l'utérus : frottis PAP, test HPV, vaccination
 - Cancer du sein : palpation mammaire, mammographie
 - Cancer de la prostate : dosage du PSA, palpation rectale, test immunologique quantitatif des selles
 - Mélanome : inspection de la peau
 - Cancer du côlon : recherche du sang occulte dans les selles, coloscopie
- Ostéoporose : quand faire une ostéodensitométrie ?
- Utilité du dépistage du glaucome
- Liens utiles
- Références

Résumé et objectifs

Qu'est-ce qu'un check-up ou bilan de santé ?

- Le bilan de santé est un examen général périodique des patients sans symptômes. Il s'agit donc d'un bilan de santé préventif, qui vise avant tout le diagnostic précoce. Le bilan de santé comprend également un examen de l'état des vaccins ainsi qu'une anamnèse des risques comportementaux. Dans les deux cas, le bilan a un objectif de prévention primaire.
- Il en va de même pour la détection précoce d'affections chroniques qui peuvent engendrer des maladies cardiovasculaires et dont le traitement constitue ainsi également une intervention préventive primaire

Point de vue du patient :

- Les patients asymptomatiques qui se présentent à la consultation avec le désir d'un contrôle demandent confirmation qu'ils sont en bonne santé. Les patients qui consultent régulièrement pour des bilans réguliers estiment agir pour le bien de leur santé (2), et certains demandent l'utilisation de technologie médicale (3), (4). Certains patients ont un besoin simple d'évaluation de leur santé (5) mais la plupart des patients ont des objectifs et des attentes différents de ceux du médecin (6).
- Il s'agit donc de trouver les motifs réels ("agenda caché") (7). Les raisons les plus fréquentes des contrôles sont les troubles anxieux, les souhaits de prévention pour cause de maladie grave de proches parents, la nécessité d'un test VIH - ou même des plaintes concrètes, qui ne s'expriment que sur demande.

Recommandation: L'agenda caché doit d'abord être exclu ou étudié dans le cadre d'une anamnèse.

Qu'est-ce qui doit être vérifié ?

- Le bilan comprend l'anamnèse, qui joue un rôle prépondérant, les examens cliniques, les examens de laboratoire et les examens avec des outils de diagnostic. Le choix des examens dépend, entre autres, de l'anamnèse personnelle, des antécédents familiaux et des facteurs de risque individuels. Le programme de base doit être complété selon les besoins.
- Vérifier et mettre à jour le statut des vaccins.
- Identifier les facteurs de risque et les indications qui peuvent influencer la détection précoce de maladies.

Les maladies comprennent :

- Cancers malins (mammaire, colorectal, utérus, prostate et mélanome)
- Hypertension
- Diabète de type 2.

Les facteurs de risque (FR) incluent :

- Facteurs de risque cardiovasculaire: Hypertension, dyslipidémie avec LDL élevé, diabète, obésité
- Autres facteurs cardiovasculaires : consommation de nicotine, antécédents familiaux, manque d'exercice, « mauvais » régime alimentaire, surpoids
- Facteurs de risque de cancers du sein, colorectal, de l'utérus, de la prostate et Mélanome
- Facteurs de risque pour les maladies transmises sexuellement ou par le sang (VIH, hépatite B/C)
- Facteurs de risque pour les fractures liées à l'ostéoporose.

Rechercher d'indicateurs pour :

- Démence,
- Problèmes économiques,
- Alcoolisme.

En plus de l'anamnèse personnelle et familiale, les sujets suivants peuvent être abordés :

- Nutrition, exercice, sport, surpoids, insuffisance pondérale, exposition au soleil,
- Tabagisme, alcool, drogues, drogues ayant un potentiel de dépendance,
- Situation familiale (divorce, problèmes avec les enfants, violence familiale),
- Situation professionnelle (atmosphère de travail, harcèlement moral, heures supplémentaires, surmenage, stress),
- Situation sociale en général (isolement),
- Comportement de loisirs (comportement à risque dans la circulation routière, risques pendant le sport),
- Humeur, tendance à la dépression, propulsion,
- Craintes et angoisses,
- Gestion du stress,
- Sexualité (p. ex. la dysfonction érectile comme signe précoce possible d'une coronaropathie),
- État des vaccins.

Les examens suivants ne sont manifestement d'aucune utilité :

- Rx-Thorax régulier chez les fumeurs
- Analyse d'urine
- Détermination des marqueurs tumoraux
- ECG, Test d'effort
- Échographie de l'abdomen (sauf BAA)
- Tests des fonctions pulmonaires (sauf pour renforcer la motivation à arrêter la nicotine).

Détection des facteurs de risque / maladies cardiovasculaires

La détection précoce des coronaropathies n'est pas possible car il n'existe pas d'examen pertinent :

- ECG au repos: Les patients asymptomatiques présentant des déplacements Q-onde, T-inversion et ST-T n'ont pas de coronaropathie dans 30 à 50 % des cas. Inversement, un ECG au repos normal n'exclut pas la coronaropathie.
- Ergométrie: La plupart des patients atteints de coronaropathie asymptomatique présentent une ergométrie normale. Inversement, la plupart des patients asymptomatiques présentant une ergométrie positive ne présentent pas de coronaropathie. La réduction du ST dans l'ergométrie comme prédiction des coronaropathies a une sensibilité de 23-100% et une spécificité de 17-100%.
- ECG comme référence: Même s'il y a des différences par la suite, il n'est pas possible de déterminer avec certitude si les changements sont liés aux symptômes actuels.

Tension artérielle

Contexte :

L'hypertension artérielle est l'un des facteurs de risque cardiovasculaire les plus importants. Un traitement efficace de l'hypertension artérielle permet de réduire significativement la morbidité et la mortalité cardiovasculaires.

Recommandation :

La mesure de la tension artérielle est recommandée pour le dépistage de l'hypertension chez tous les adultes dès 18 ans à des intervalles de 3 à 5 ans. Les patients avec un facteur de risque doivent être contrôlés chaque année si cela ne se fait pas à domicile (en particulier pour les patients souffrant d'obésité).

IMC**Contexte :**

L'USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) propose des contrôles réguliers de la taille et du poids et le calcul de l'IMC pour l'obésité (IMC > 30 kg/m²) - mais seulement en conjonction avec des conseils sur la perte de poids (8).

Très peu de personnes parviennent à perdre du poids à long terme. Cependant, l'accompagnement de l'obésité peut avoir une influence positive sur des facteurs de risque cardiovasculaire comme l'hyperlipidémie, l'hypertension et le contrôle de la glycémie dans le diabète de type 2 - et donc sur l'état de santé du patient obèse.

IMC et tour de taille :

L'IMC n'est qu'une mesure très approximative de la masse grasse corporelle avec un quotient de corrélation entre 0,4 et 0,7. L'IMC seul n'est pas un bon indicateur du risque pour la santé chez les patients en surpoids (25 à 29,9 kg/m²) et ne justifie pas à lui seul une recommandation pour réduire leur poids. Les facteurs de risque qui l'accompagnent doivent toujours être inclus et l'indication du traitement doit dépendre du risque global (9).

Les personnes en surpoids présentent un risque accru pour certaines maladies et un risque réduit ou inchangé pour d'autres (10). Le tour de taille dans la catégorie de l'IMC de 25 à 29,9 kg/m² a une valeur significative plus élevée pour le risque métabolique et cardiovasculaire que l'IMC (9).

Recommandation :

L'IMC doit être mesurée chez les patients obèses s'il est prévu de réduire leur poids, puis contrôlé selon une procédure convenue avec le patient (par ex. 1 kg/mois de perte de poids ou engagement à effectuer plus d'exercice).

Cholestérol**Contexte :**

L'hypercholestérolémie chronique est un facteur de risque de maladies coronariennes, d'infarctus du myocarde et d'apoplexie. Selon le risque individuel, le traitement hypocholestérolémiant aux statines peut réduire le nombre d'événements cardiovasculaires.

Recommandation :

Les C-total, HDL-C, LDL-C et les triglycérides doivent être déterminées :

- pour les hommes de 35 à 65 ans, pour les femmes de 45 à 65 ans à faible risques tous les 5 ans ou tous les 2-5 ans pour les risques intermédiaires,
- pour les patients avec des facteurs de risque cardiovasculaire indépendamment de l'âge selon le profil du patient.

Glycémie**Contexte :**

- 3-4% de la population suisse souffre de diabète de type 2. La maladie passe par une longue phase préclinique et est donc souvent remarquée assez tardivement.
- Un bon contrôle glycémique avec des valeurs HbA1c inférieures ou égales à 7 % peut retarder, voire prévenir, l'apparition de lésions micro-vasculaires.
- Les avantages du dépistage du diabète ont maintenant été démontrés chez les patients présentant une surcharge pondérale/obésité et les patients présentant des facteurs de risque (voir ci-dessous) (11, 42). Il n'existe pas de preuve claire d'un avantage pour les personnes de poids normal sans FR (42).

Recommandation :

Tous les 3 ans pour toutes les personnes de plus de 45 ans (42). Pour les patients présentant un risque accru, le dépistage peut commencer plus tôt et suivre de plus courts intervalles.

Un risque accru existe avec :

- Anamnèse familiale positive
- Diabète gestationnel ou bien poids à la naissance d'un enfant > 4'100 g
- IFG/IGT ou HbA1c 5,7-6,4 % dans l'anamnèse

- Surpoids : IMC > 27 kg/m²
- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie
- Syndrome connu des ovaires polykystiques (SOPK).

Le test du diabète à jeun, le test de tolérance au glucose par voie orale ou l'HbA1c peuvent être utilisés pour le dépistage. Les résultats positifs doivent être répétés pour confirmation.

Remarque :

L'HbA1c n'est pas fiable dans les cas d'hémoglobinopathies, d'anémie hémolytique ou ferriprive, d'insuffisance hépatique et rénale grave ainsi que de grossesse.

Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

Contexte :

Selon les études de dépistage par échographie, la prévalence de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est d'environ 4-9% chez les hommes et 1% chez les femmes. La prévalence d'une AAA > 5,0 cm à risque de rupture est estimée à 0,5 % chez les hommes âgés de 50 à 79 ans.

La létalité globale de l'AAA rompue est de > 90 %, la prévision étant donc très mauvaise. En revanche, la létalité péri-opératoire dans le traitement endo-vasculaire électif n'est que de 1 à 2 %, dans le remplacement aortique ouvert de 2 à 5 %. Étant donné qu'un AAA peut être diagnostiqué facilement, en toute sécurité et à moindre coût par un examen échographique (sensibilité 95 %, spécificité 99 %), un seul examen échographique est recommandé (13). Le NNS pour prévenir les décès liés à la maladie est le 380 (14).

Recommandation :

- Chez les hommes de 65 ans et plus qui présentent des facteurs de risque : Fumeurs ou ex-fumeurs, patients ayant des antécédents familiaux (10 à 20 % des cas d'AAA), hypertension non maîtrisée, maladie vasculaire grave (p. ex. PAVK, coronaropathie).
- Les femmes qui n'ont jamais fumé ne devraient pas faire l'objet d'un dépistage de AAA.
- Les femmes qui fument ou qui ont fumé ne peuvent pas être clairement recommandées à l'heure actuelle. Leur risque n'est probablement pas plus élevé que celui des hommes qui n'ont jamais fumé (13).

Détection des tumeurs malignes

En général, il s'agit de prévention secondaire. Cependant, lorsqu'il s'agit encore de stades précancéreux, comme les polypes, la dysplasie épithéliale dans le frottis utérin ou les naevus dysplasiques, nous pourrions également parler de prévention primaire. Avant que le patient ne décide de se soumettre au test de dépistage, il doit être informé de l'importance des résultats positifs et négatifs et de toute mesure qui pourrait s'avérer nécessaire (p. ex. biopsies), ainsi que des options thérapeutiques et de leurs risques.

Cancer de l'utérus : frottis PAP, test HPV, vaccination

Contexte :

Les facteurs de risque pour le cancer du col de l'utérus sont :

- Des rapports sexuels précoces, des changements fréquents de partenaires et le manque d'hygiène sexuelle favorisant la transmission du papillomavirus humain (HPV), responsable de la majorité des cancers de l'utérus.
- Les fumeuses infectées par le HPV courent un risque plus élevé de contracter un cancer du col de l'utérus que les non-fumeuses ayant les mêmes types 16 et 18 de HPV agressifs, responsables de 70 % des cancers du col.
- Le risque d'infection par le HPV peut être réduit en utilisant des préservatifs, mais il n'existe pas de protection complète.
- Le frottis de l'utérus cervicales, suivi d'une coloration de Papanicolaou et d'un examen cytologique, s'est révélé efficace pour le dépistage précoce du cancer spinocellulaire de l'utérus. Le dépistage et l'intervention thérapeutique avec des résultats positifs réduisent de 20 à 60 % l'incidence du type de cancer du col de l'utérus le plus fréquent.
- Les calculs en Allemagne ont montré ce qui suit : Le dépistage prévient environ 3 décès et 25 cas de cancer du col de l'utérus par an et par 100 000 femmes. Ceci contraste avec environ 39 000 tests PAP, 1 200 résultats nécessitant une clarification et 330 conisations pour le traitement de la dysplasie de l'utérus (15).
- Le dépistage par test HPV montre une sensibilité significativement plus élevée que l'examen cytologique (frottis Pap), mais est un peu moins spécifique (voir tableau mediX [LIEN](#)). La SGGG recommande le test

HPV comme alternative au test de Papanicolaou dès l'âge de 30 ans, sous réserve d'une couverture (prospective) par l'assurance maladie (52).

Recommandation :

Le test Pap du col de l'utérus est recommandé comme dépistage de routine pour chaque femme à partir de l'âge de 21 ans et ensuite tous les trois ans jusqu'à l'âge de 70 ans. Alternativement, la sérologie du HPV peut être effectuée à partir de l'âge de 30 ans. Actuellement, les coûts du test HPV dans le dépistage primaire ne sont pas encore couverts par l'assurance maladie de base. Nous continuons donc à recommander le dépistage par frottis vaginal jusqu'à ce que les coûts soient couverts.

Cancer du sein : palpation mammaire, mammographie

Contexte :

De nombreux facteurs de risque de cancer du sein sont inévitables, comme l'incidence familiale ou une exposition antérieure à la radiation. Cependant certains facteurs sont liés au mode de vie. Le risque augmente en effet avec une consommation chronique élevée de cigarettes. La consommation quotidienne d'alcool pendant de nombreuses années est également un facteur de risque ; les femmes en surpoids contractent quant à elles la maladie 2,5 fois plus souvent que celles ayant un poids normal.

Palpation des seins (autopalpation) :

- La plupart des tumeurs du sein sont détectées par les femmes elles-mêmes au toucher. Seulement une sur 12 est maligne, mais il est déjà trop important pour un pronostic favorable. L'auto-examen manuel des seins par palpation systématique après un entraînement approprié est souvent recommandé, mais il ne réduit pas la mortalité (16). Ceci s'applique également à la palpation des seins par le médecin.
- Malgré ce manque de corrélations, certaines femmes conduisent une autopalpation régulière : leur conscience corporelle est favorisée et elles assument une responsabilité active pour leur santé. Pour d'autres femmes, par contre, la recommandation d'une autopalpation régulière peut éveiller des craintes exagérées.

Dépistage par mammographie :

Le dépistage par mammographie demeure controversé, mais c'est actuellement la meilleure façon de détecter un cancer du sein au stade pré-invasif ou au stade précoce invasif, avec un taux de survie à 5 ans par un traitement adéquat supérieur à 90 % (17). L'état actuel des connaissances peut être résumé comme suit :

- Dans le meilleur des cas, un dépistage régulier par mammographie peut réduire au minimum la mortalité due au cancer du sein (17, 18) : sur 1 000 femmes qui subissent une mammographie tous les 2 ans entre 50 et 69 ans (sur une période d'au moins 10 ans), une femme au maximum peut être empêchée de mourir du cancer du sein. La réduction absolue du risque est de 0,05 %. Si l'on n'utilise que des études randomisées de façon optimale, on ne peut déterminer l'avantage de survie des femmes participantes.
- Il n'existe aucune preuve des avantages du dépistage par mammographie pour les femmes de 40 à 49 ans sans risque accru (16)
- Le faible bénéfice du dépistage par mammographie doit être posé en regard de plusieurs inconvénients, en particulier le grand nombre de résultats faussement positifs, qui ne peuvent être que partiellement réduits par des normes de qualité élevées. Il en résulte des biopsies injustifiées, un stress psychologique inutile et parfois des traitements superflus (17,18).
- Un dépistage est recommandé chez les femmes présentant un risque accru (deux cas de cancer du sein dans la famille directe, gène connu du cancer du sein), et ce à partir de 40 ans tous les 2 ans. Les femmes ayant une mutation BRCA1/BRCA2 connue doivent être dépistées au plus tard dès 30 ans.

Recommandation :

- Une recommandation générale pour le dépistage par mammographie ne peut être donnée pour les femmes sans prédisposition génétique en raison des faibles avantages et des inconvénients potentiels.
- Les femmes doivent être bien informées des avantages et des inconvénients.
- Le dépistage régulier par mammographie est recommandé pour les femmes qui présentent un risque accru de cancer du sein dans leur famille.

Cancer de la prostate : dosage du PSA, palpation rectale, teste immunologique quantitatif des selles

Contexte :

Le principal facteur de risque du cancer de la prostate est l'âge. Le risque de développer un cancer de la prostate augmente également avec le nombre de parents directs (père, frères) touchés par la maladie (19).

Dosage du PSA :

- Le dépistage du PSA à l'échelle de la population n'a pas démontré pouvoir prolonger la survie (20, 21, 46).
- Dans l'étude ERSPC, une réduction de 20 % de la mortalité par cancer de la prostate a été déterminée par le dépistage du PSA (22). Le risque individuel de mourir d'un cancer de la prostate est donc réduit de 3 % (sans dépistage du PSA) à 2,4 % (durée médiane d'observation : 9 ans) ; dans une sous-cohorte de l'étude ERSPC, après 14 ans de suivi, un bénéfice significatif du dépistage a été constaté dans la survie spécifique de la tumeur, mais pas dans la survie globale (24).
- Les résultats de l'étude PLCO n'ont montré aucune réduction de la mortalité due au dépistage du PSA. Cependant, le temps d'observation était plus court et le PSA a également été déterminé chez de nombreux hommes du groupe témoin (23). Une étude à long terme d'une durée de 20 ans menée auprès d'une cohorte d'une région de Suède n'a révélé aucun avantage sur le plan de la survie grâce au dépistage régulier du PSA (25).

Examen rectal numérique (ERN) :

- Rien ne prouve que l'examen rectal numérique (DRU) puisse prolonger la vie. La palpation seule ne détecte qu'un faible pourcentage de cancers, dont la plupart sont à un stade avancé (47).

Recommandation :

- Selon les connaissances actuelles, le test PSA n'est pas recommandé comme test de dépistage et ne devrait donc pas être offert activement. Les hommes présentant un risque génétiquement accru font exception à cette règle.
- Le test PSA peut être effectué si le patient exprime le souhait de son propre chef et s'il est prêt à accepter des examens complémentaires (échographie et biopsie) et, si nécessaire, une thérapie.
- L'ERN n'est pas adapté à une détection précoce.

Mélanome : inspection de la peau

Contexte :

- En Suisse, l'incidence est la plus élevée d'Europe : ♂26,8/100'000/an, ♀25,4/100'000/an
- Bien que la peau soit facilement accessible et que les changements suspects soient en principe facilement reconnaissables, aucune recommandation fondée sur des données probantes concernant les avantages et les risques du dépistage du cancer de la peau par examen complet du corps ne peut être formulée à ce jour (27).
- Les patients dont la peau présente des signes visibles ou changeants doivent être examinés par un médecin. Cela vaut en particulier pour les grains de beauté présentant les caractéristiques suivantes (26) :

Règle ABCD :

A : Asymétrie (écarts par rapport à une forme ronde ou ovale)

B : Limitation (limitation irrégulière ou floue)

C : Couleur (différentes couleurs vives)

D : Diamètre supérieur à 6 mm

E : Évolution sur le court terme

Recommandation :

Aucune recommandation générale pour le dépistage. Les naevus changeants (grains de beauté) devraient être montrés au médecin de famille.

Cancer du côlon : recherche de sang occulte dans les selles, coloscopie

Contexte :

Les cancers colorectaux (CCR) ont un long délai de développement. 90 % se développent à partir d'adénomes, principalement sous forme de polypes. Plusieurs années de cancérogenèse latente, des tumeurs bénignes aux tumeurs malignes, offrent de bonnes chances de détection précoce avant la métastase et donc de guérison. La fréquence de ces cancers dans la population fournit un argument supplémentaire en faveur de la réalisation systématique d'examens de dépistage. Deux méthodes de dépistage sont disponibles : Les tests immunologiques des selles pour le sang occulte et la coloscopie.

Test immunologique des selles (FIT) :

- Les cancers colorectaux causent fréquemment des saignements (occultes) qui peuvent être détectés par le test des selles.
- Chez les patients présentant un faible risque de cancer colorectal et qui ne souhaitent pas une coloscopie, un test immunologique des selles (FIT, Fecal Immunochemical Test) pour le sang occulte peut être utilisé (51).

- Pour la classification du risque des participants sains au dépistage, il n'y a toujours pas de score recommandé par les associations professionnelles ; cependant, il semble raisonnable d'appliquer le score de risque basé sur une étude d'Imperiale et al. pour le moment (50) (voir Tableau 1 ci-dessous).
- Un test de selles positif nécessite toujours un examen coloscopique !

Tableau 1 : Estimation du risque de CCR sur la base de 5 critères (selon[50])

0 point : risque CCR très faible
 1-3 points : risque faible
 4-6 points : risque moyen
 > 6 : risque élevé

Critère		Points
Âge	< 55 ans	0
	55 - 60 ans	1
	60 - 65 ans	2
	65 - 70 ans	3
	> 70 ans	4
Sexe	Homme	1
	Femme	0
Anamnèse familiale	Minimum 1 membre direct souffrant de CCR	1
Tour de taille	Homme < 95 cm	0
	Homme 95 – 120 cm	1
	Homme > 95 cm	2
	Femme < 88 cm	0
	Femme 88 – 110 cm	1
	Femme > 110 cm	2
Consommation de tabac	0 paquet par année	0
	1 à 30 paquets par année	2
	> 30 paquets par année	4
SCORE = SOMME DES POINTS		

Quels sont les FIT recommandés ?

- Les tests rapides qualitatifs (p. ex. iColo Rectal Test) fonctionnent aussi bien que les tests quantitatifs (p. ex. capteur de CO), mais contrairement à ceux-ci, ils sont payés par les caisses. Le FIT qualitatif peut également être effectué dans le cabinet du médecin généraliste.
- La sensibilité pour la détection d'un CCR est d'environ 80 %, la spécificité > 90 % ; la sensibilité pour les adénomes est seulement de 20 % (28).

Remarque :

Il ne faut plus utiliser d'autres tests de selles ! Les tests de selles basés sur la méthode de la peroxydase (Colo rectal, hémoculte) ont été validés dans de vastes études de population, mais ne sont pas spécifiques du sang humain et les résultats sont inférieurs aux tests immunologiques de selles en comparaison directe (28).

Coloscopie :

- L'efficacité de la sigmoïdoscopie en tant que mesure de détection précoce du CCR est considérée comme assurée (29). Selon des études cas-témoins, la mortalité des cancers recto-sigmoïdaux peut être réduite de 60 à 80 % (31, 32). Une étude randomisée réalisée par Atkin et al. a montré une réduction de la mortalité de 43 % (34) ; NNS : 191 (95 % IC, 145-277), durée de l'étude : 11,2 ans. La réduction absolue du risque de mortalité par tumeur dans le groupe de dépistage était de 0,14 %. Le taux de mortalité totale dans le groupe de dépistage était de 0,32 %, soit plus de deux fois plus élevé. Les détracteurs soupçonnaient que les groupes témoins n'étaient peut-être pas équilibrés (35).
- Aucune étude randomisée sur la coloscopie de dépistage n'est encore disponible. De telles études sont actuellement en cours et les résultats sont attendus entre 2021 et 2024. Toutefois, les résultats de la sigmoïdoscopie devraient être largement transférables à la coloscopie.
- Cependant, la coloscopie est supérieure à la sigmoïdoscopie dans la mesure où elle peut être utilisée pour détecter les tumeurs dans les sections proximales de l'intestin. La coloscopie est donc recommandée comme norme d'excellence. Les polypes peuvent être enlevés immédiatement pendant l'intervention. Selon des études cas-témoins, la polypectomie coloscopique peut réduire l'incidence du CCR de 66 à 90 % (30,33).

- L'USPSTF recommande le dépistage du cancer du côlon à l'âge de 50 à 75 ans (recommandation de grade A) (48).

Recommandation :

- La coloscopie est la méthode de dépistage la plus fiable. Elle devrait être offerte aux hommes et aux femmes à partir de 50 ans, car le risque de cancer du côlon augmente considérablement à cet âge. Si les résultats sont négatifs, l'examen devrait être répété après 10 ans (jusqu'à 75 ans). Les patients atteints d'adénomes doivent être suivis (Société suisse de gastroentérologie).
- L'analyse immunologique des selles pour la recherche de sang occulte est une bonne alternative pour les patients présentant un faible risque de cancer du côlon ou pour les patients qui rejettent principalement la coloscopie mais qui subiraient une coloscopie si l'analyse sanguine était positive (voir ci-dessus). Il faut s'assurer que l'analyse des selles est répétée tous les 2 ans (rappel).
- Pour les personnes ayant des antécédents familiaux ou gastro-intestinaux, des recommandations différentes de celles de la population normale s'appliquent (voir le tableau 2 ci-dessous).

Tableau 2 : Intervalles de contrôle chez les personnes à risque de cancer colorectal

Situation de risque	Dépistage (contrôle)
Cancer / adénome chez au moins 1 parent direct avant 60 ans	Depuis 40 ans ou 10 ans avant l'apparition de la maladie chez le parent, puis tous les 5 ans
Cancers colorectaux héréditaires dans la famille	Dès l'âge de 18-25 ans tous les 2 ans
Colite ulcéreuse / M. Crohn* depuis 8 à 10 ans	Chaque année
Anamnèse d'un cancer colorectal ou adénome	Tous les 5 ans

** pour la colite ulcéreuse / M. Crohn, il n'y a actuellement aucune recommandation claire, un contrôle annuel peut ne pas toujours être nécessaire.*

Ostéoporose : quand faire une ostéodensitométrie ?

Contexte :

- Le dépistage par ostéodensitométrie ne concerne pas seulement la détection précoce de l'ostéoporose permettant, avec un traitement, de minimiser les risques de fracture, mais également la décision de savoir quel risque individuel de fracture doit être traité afin de prévenir les fractures primaires ou secondaires ostéoporotiques.
- L'ostéodensitométrie doit toujours être effectuée avant de commencer un traitement aux bisphosphonates. D'autre part, la mesure de la densité osseuse n'a de sens que si les patients sont prêts à en accepter les conséquences thérapeutiques. Une indication thérapeutique est généralement donnée si une fracture s'est déjà produite spontanément ou suite à un traumatisme mineur.
- Mais que faire des personnes qui, en raison de facteurs de risque ou de leur seul âge, sont considérées à risque de fracture mais qui n'ont pas encore subi de fracture spontanée ? Si l'on suppose un risque de fracture de 20 % à titre indicatif, chaque femme de plus de 73 ans devrait être examinée densitométriquement.
- Nous sommes plutôt guidés par le seuil FRAX ajusté selon l'âge, dont les valeurs augmentent régulièrement entre 65 et 82 ans (36). Cela signifie dans la pratique :
 - La densitométrie doit être effectuée sur les femmes âgées d'au moins 65 ans et dont le risque de fracture ajusté en fonction de l'âge sur 10 ans dans le calcul FRAX (calculateur de risque FRAX - également possible sans densitométrie) est supérieur au seuil en % indiqué dans le tableau (voir annexe, chapitre 7).
 - La question de savoir si la densitométrie et le traitement ont également du sens pour les hommes (plus de 70 ans) ne peut actuellement pas être évaluée.

Recommandation :

- Aucun dépistage général de l'ostéoporose.
- Pour les femmes : uniquement avec une constellation de risque spécifique adapté à l'âge selon FRAX, après un risque de fracture de 10 ans.

Indication pour densitométrie sans fracture :

Uniquement chez les femmes de plus de 65 ans lorsque le risque de fracture ajusté en fonction de l'âge sur 10 ans dans le calcul FRAX (sans densitométrie) est supérieur au seuil en % indiqué au tableau 3 ou lorsque certains facteurs de risque sont présents (voir ci-dessous) qui auraient des conséquences thérapeutiques.

Les facteurs de risque d'ostéoporose sont :

- Ménopause précoce, AF post, immobilité, tabagisme, insuffisance pondérale
- En relation avec certaines maladies : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, maladies chroniques du foie et des reins, polyarthrite rhumatoïde, anorexie mentale, maladie cœliaque, hypogonadisme, hyperparathyroïdie, carence en vitamine D.

Indication Densitométrie densitométrie en cas de fracture :

- Fractures de fatigue qui ne peuvent être expliquées par une activité excessive.
- Fractures de fatigue récurrentes
- Ostéoporose familiale
- Stéroïdes (> 5 mg de prednisone > 3 mois)
- Trouble de l'alimentation.

Tableau 3 : Ostéoporose - Quel est le risque de fracture ?

L'âge et le risque de fracture à 10 ans (FRAX©) sur lequel le traitement doit être administré (principales fractures : vertèbres, hanche, humérus, radius) :	
50 ans	≥ 10 %
55 ans	≥ 13 %
60 ans	≥ 17 %
65 ans	≥ 20 %
70 ans	≥ 23 %
75 ans	≥ 28 %
80 ans	≥ 33 %

Utilité du dépistage du glaucome

Contexte .

- Le terme glaucome désigne les maladies oculaires caractérisées par des lésions spécifiques de la tête du nerf optique, des fibres nerveuses du nerf optique et des cellules ganglionnaires de la rétine.
- Un glaucome est défini indépendamment de la pression oculaire en fonction des modifications de la papille ou des fibres nerveuses et des déficits possibles du champ visuel. L'augmentation de la pression intraoculaire (PIO) n'est qu'un des nombreux facteurs de risque. Elle peut également être présente sans signes morphologiques ou fonctionnels de glaucome (hypertension oculaire, HTO). Chez 25 à 50 % des patients atteints d'atrophie glaucomateuse du nerf optique, il n'y a pas de PIO élevée (glaucome à pression normale).
- Le glaucome est plus fréquent avec l'âge. La prévalence à l'âge de 50-64 ans est de 1 %, entre 65-79 ans 2,9 %, chez les plus de 80 ans 5,3 %. Le glaucome chronique primaire à angle ouvert est de loin le plus fréquent. Le glaucome n'est remarqué par le patient que tardivement, les dommages sont déjà irréversibles. Cela soulève la question du dépistage. Il est clairement établi que, par exemple, la réduction de la pression intraoculaire topique réduit le risque de glaucome chez les patients présentant une PIO accrue (NST : environ 12 pour la prévention du glaucome à angle ouvert en 5 ans) (37).
- Toutefois, en l'absence d'études portant sur les paramètres cliniques, il reste à voir si et dans quelle mesure le dépistage du glaucome et le traitement précoce amélioreront la vision et la qualité de vie et dans quelle mesure les dommages potentiels du traitement peuvent être évalués. L'USPSTF ne recommande donc pas un dépistage favorable ou défavorable. Les auteurs du programme national de prévention clinique EviPrev (49) et le Comité fédéral mixte allemand (G-BA) considèrent également que cet avantage n'a pas été prouvé (38).
- Les spécialistes allemands du glaucome concluent qu'un dépistage spécifique et sensible du glaucome est fondamentalement possible si, entre autres, les patients à risque sont identifiés en fonction de l'âge et des antécédents familiaux (39, 40). D'autre part, ils notent qu'à l'heure actuelle, aucune recommandation claire ne peut être formulée en faveur d'une procédure unique ou d'examens de dépistage combinés.
- Les sociétés ophtalmologiques internationales préconisent depuis longtemps le dépistage ophtalmologique (y compris la funduscopie, les tests de fonction visuelle, la tonométrie d'applanation). Le DOG (39) le recommande tous les 3 ans à partir de la 40e année, tous les 1 à 2 ans à partir de la 65e année, et aussi plus étroitement dans le cas des facteurs de risque existants. Selon le DOG, un risque accru existe surtout en cas d'antécédents familiaux positifs, mais aussi en cas d'hypotension artérielle, d'hypertension grave, de myopie grave et de traitement stéroïdien à long terme.
- La SOG/SSO n'a pas publié de lignes directrices sur le glaucome, mais fait la recommandation suivante sur un site Web pour les patients : Contrôles ophtalmologiques pour toutes les personnes âgées de plus de 40 ans tous les 3 ans, de plus de 50 ans tous les 2 ans et de plus de 60 ans annuellement (41).

Recommandation :

- Il n'existe actuellement aucune recommandation fondée sur des données probantes pour le dépistage du glaucome à l'échelle de la population.
- Un examen ophtalmologique semble cependant avoir du sens dès l'âge de 50 ans, chez les patients à risque dès l'âge de 40 ans.

Liens utiles

- unisanté - [Recommandations EVIPREV](#)
- HUG - [Recommandations de dépistage adulte](#)
- US Preventive services - [Electronic Preventive Services Selector \(ePSS\) Tool](#)
- RevMed - [Score CAGE pour l'excès de l'alcool](#)
- RevMed - [Questionnaire AUDIT pour l'alcool et sa dépendance](#)
- RevMed - [Questionnaire PHQ9 pour la dépression](#)
- HUG - [EPDS Dépistage de la dépression péri-natale](#)
- Présentation Cercle Qualité mai 2019

Pour les patients

- mediX romandie - [Fiche informative pour les patients](#)
- Myhealthfinder - [Electronic Preventive Tool](#)

Références

1. Boulware LE et al.: Systematic Review: The Value of the Periodic Health Evaluation. *Ann Int Med* 2007;146:289–300.
2. Laine C: The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? *Ann Intern Med.* 2002;136:701–703.
3. Sox HC Jr et al.: Psychologically mediated effects of diagnostic tests. *Ann Intern Med* 1981;95:680–5.
4. Oboler SK et al.: Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. *Ann Intern Med* 2002;136:652–659.
5. Connelly JE, Mushlin AI: The reasons patients request «Check-up»: implications for office practice. *J Gen Intern Med* 1986;1:163–5.
6. Osterwalder P, Steurer J: Check-up-Untersuchungen an einer internistischen Poliklinik: Beweggründe, Abklärungen, Resultate und therapeutische Konsequenzen. *Praxis* 1998;87:1735-40.
7. Zimmerli L et al.: Der Check-up aus der Sicht des Patienten – “Open” und “Hidden” Agenda. *Schweiz Med Forum* 2004;4(8):196-9.
8. Screening for and Management of Obesity in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2012;157:373-378.
9. Hauner H, et al.: Prävention und Therapie der Adipositas. Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Deutschen Diabetes-Gesellschaft, Deutschen Gesellschaft für Ernährung und Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. www.adipositas-gesellschaft.de, 2006.
10. Lenz M, et al.: Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter: Eine systematische Übersicht. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(40): 641-8.
11. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2015;163(11):861-868. doi:10.7326/M15-2345.
12. U.S. Preventive Services Task Force: Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults: Recommendation Statement. *Am Fam Physician* 2009; 80(10):1138-1139.

13. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2014;161(4):281-290. doi:10.7326/M14-1204.
14. Eckstein HH, et al.: Ultrasonographic screening for the detection of abdominal aortic aneurysms. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106:657-663.
15. Mühlhauser I, Filz M (2008): Screening auf Zervixkarzinom. *Arznei-telegramm* 39(3):29–38.
16. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2016;164(4):279.
17. Gøtzsche PC, Nielsen M: Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub4.
18. Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland, 2008.
19. Andreas Brandt, et al.: Age-Specific Risk of Incident Prostate Cancer and Risk of Death from Prostate Cancer Defined by the Number of Affected Family Members. *European Urology* 2010, DOI: 10.1016/j.eururo.2010.02.002.
20. NHS Cancer Screening Programmes: Prostate Cancer Risk Management, 2010.
21. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Oktober 2014. [AWMF Leitlinien Prostatakarzinom](#)
22. Schröder FH et al.: Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *New Engl J Med* 2009;360:1320-8.
23. Andriole GL, et al.: Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *The New England J Med* 2009;360(13):1310-9.
24. Hugosson J et al.: Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol* 2010; 11: 725–32.
25. Sandblom G, et al.: Randomised prostate cancer screening trial: 20 year follow-up *BMJ* 2011; 342:d1539.
26. Dummer R et al.: Melanozytäre Nävi und kutanes Melanom. *Schweiz Med Forum* 2002;2(10):224-31.
27. [Screening for Skin Cancer in Adults](#). 2016;316(4):429-435. doi:10.1001/jama.2016.8465.
28. Doubeney C: Tests for screening for colorectal cancer: Stool tests, radiologic imaging and endoscopy. [UpToDate 07/2016](#).
29. Leitlinienprogramm Onkologie: S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. 08/2104. [Leitlinie Kolorektales-Karzinom](#).
30. Muller AD, Sonnenberg A: Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. A case-control study among veterans. *Arch Intern Med* 1995; 155 (16): 1741–48.
31. Newcomb PA et al.: Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1992;84(20):1572–1755.
32. Selby JV et al.: A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *N Engl J Med* 1992;326(10):653–7.
33. Winawer SJ et al.: Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med* 1993;329(27):1977–81.
34. Atkins WS, et al.: Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 375:1624–1633.
35. Schaefer C, et al.: Wer sorgt hier vor? Oder: Wem die Krebsfrüherkennung nutzt. *Onkologie* 2011; 17: 220-234.
36. NOGG (National Osteoporosis Guideline Group): Guideline for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and men from the age of 50 years in the UK. Updated July 2010; [University of Sheffield](#).
37. Screening for Glaucoma: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2013;159(7):484-489. [Screening for glaucoma](#).
38. [Glaukom-Screening](#) (mit link auf Originalarbeit).
39. BVA (Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V.), DOG (Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V.): Detektion des primären Offenwinkelglaukoms (POWG): Glaukom-Screening von Risikogruppen, Glaukomverdacht, Glaukomdiagnose, Leitlinie Nr. 15c., 2006.

40. Michelson, G, et al.: Die Papille als Screening-Parameter für die Früherkennung des Glaukoms. Dtsch Arztebl 2008; 105 (34–35): 583–9.
41. [Augenärztliche Kontrollen bei Glaukom](#)
42. Simmons RK, Echouffo-Tcheugui JB, Sharp SJ, Sargeant LA, Williams KM, Prevost AT, et al.: Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2012; 380:1741-8.
43. Borm K, et al.: Erste Behandlungsschritte beim neuentdeckten Diabetes mellitus Typ 2 – praktische Tipps. Schweiz Med Forum 2012;12(48):929–935.
44. Pollock KGJ, et al.: Reduction of low- and high-grade cervical abnormalities associated with high uptake of the HPV bivalent vaccine in Scotland. British Journal of Cancer (2014) 111, 1824–1830.
45. HPV-Impfung: ergänzende Impfpflicht für Jungen und Männer im Alter von 11 bis 26 Jahren. BAG Bulletin 10, 2015, S. 141-149.
46. Ilic D, et al.: Screening for prostate cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD004720. DOI: 10.1002/14651858.CD004720.pub3.
47. Krahn MD, et al.: Screening for prostate cancer. A decision analytic view. JAMA 1994;272(10):773.
48. Screening for Colorectal Cancer. US Preventive Services Task Force Recommendation. JAMA. 2016;315(23):2564-2575. [JAMA 2016](#)
49. Cornuz J, et al.: Schweizer Empfehlungen für den Check-up in der Arztpraxis. Swiss Medical Forum 2015; 15(43):974-980.
50. Imperiale, TF, et al.: Derivation and Validation of a Scoring System to Stratify Risk for Advanced Colorectal Neoplasia in Asymptomatic Adults: A Cross-sectional Study. Ann Intern Med. 2015;163(5):339-346. [Annals of Internal Medicine](#)
51. Marbet U:Darmkrebsvorsorge: Muss es immer eine Kolonoskopie sein? Prim Hosp Care (de) 2018;18(03):43-44.
52. [SGGG: Empfehlungen für die Gebärmutterhalskrebsvorsorge 03/18](#)

Impressum

<p>Cette Guideline a été mise à jour en juin 2019</p> <p>© mediX romandie</p> <p>Rédaction: Dr U. Beise</p> <p>Auteur : Dr F. Huber Dr U. Beise</p> <p>Revues : Dr S. Pfaender Dr T. Wuillemin Prof. J.-M. Gaspoz</p>	<p>Cette guideline a été préparée sans influence extérieure. Il n'existe aucune dépendance financière ou liée au contenu vis-à-vis de l'industrie ou d'autres institutions ou groupes d'intérêt.</p> <p>Les guidelines mediX romandie contiennent des recommandations thérapeutiques pour des symptômes ou des situations de traitement spécifiques. Cependant, chaque patient doit être traité en fonction de sa situation particulière.</p> <p>Bien que les directives de mediX romandie soient élaborées et vérifiées avec le plus grand soin, le réseau mediX romandie ne peut assumer aucune responsabilité quant à leur exactitude, en particulier en ce qui concerne les informations relatives au dosage.</p> <p>Toutes les guidelines de mediX romandie sont disponibles sur Internet à l'adresse www.medix-romandie.ch.</p> <p>L'association mediX suisse est une association de réseaux de médecins et de médecins en Suisse dont fait partie mediX romandie.</p> <p>mediX romandie, chemin du Jaillet 22, 1277 Borex Veuillez envoyer vos commentaires à : secretariat@medix-romandie.ch</p>
--	--