La Fondation pour l'éducation médicale continue
Apprentissage basé sur la pratique pour les médecins de famille

Dépistage du cancer chez l'adulte : mises à jour, controverses

Vol. 31 (5), mai 2023

INTRODUCTION

Le cancer touche les Canadiens de manière disproportionnée suivant leur origine ethnique, les déterminants sociaux de la santé et les prédispositions génétiques. Les recommandations en matière de dépistage varient selon le type de cancer et l'organisme qui les publie, ce qui peut être une source de confusion et de controverse pour le clinicien et le patient. Il peut également être difficile de mettre en œuvre un dépistage individualisé du cancer en fonction des risques existants et des préférences du patient. La prise de décision partagée est particulièrement importante dans de tels cas.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'organiser les examens de dépistage du cancer en fonction du risque de chaque patient, lequel dépend des comportements liés à la santé, de facteurs génétiques, de la race ou de l'ethnicité et de déterminants sociaux de la santé;
- de favoriser les prises de décisions partagées avec les patients dans le cadre des discussions sur le dépistage du cancer;
- de reconnaître les patients ayant des antécédents familiaux de cancer, et savoir quand soupçonner des syndromes du cancer d'origine génétique ou familiale, pour leur faire passer les examens de dépistage pertinents.

Encadré 1. Champ d'application du module

Ce module porte notamment sur les mises à jour concernant le dépistage du cancer du sein et de la prostate, et accessoirement sur le dépistage du cancer colorectal, du cancer du poumon, du cancer du col de l'utérus et du cancer de l'ovaire.

La majorité des travaux de recherche ont porté sur des populations cisgenres; le présent module correspond à cet état de fait. Pour plus amples renseignements sur le dépistage du cancer dans les populations transgenres, voir le module du PABP intitulé « Soins aux adultes transgenres » (février 2021) disponible au members.fmpe.org/.

Le module du PABP intitulé « Facteurs génétiques chez l'adulte : évaluation du risque » (août 2019) porte sur les façons de déterminer le risque génétique individuel et familial, la reconnaissance des patients susceptibles de bénéficier d'analyses génétiques de laboratoire ou à domicile et de conseils génétiques, ainsi que sur les ressources fiables concernant le risque et les tests génétiques. Dans le module sur la génétique, il est notamment question des mutations du gène BRCA intervenant dans les cancers héréditaires du sein et de l'ovaire, de la prostate et du pancréas et dans le mélanome.

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Marie, 46 ans et Louis, 44 ans

Marie et Louis sont deux nouveaux patients qui ont pris rendez-vous pour aujourd'hui. Ils sont noirs et haïtiens, et ont immigré au Canada il y a cinq ans.

Les résultats de leurs deux examens médicaux effectués dans le cadre de leur demande d'immigration étaient normaux. Ils n'ont aucun problème de santé chronique et ne prennent pas de médicaments. Bien qu'ils parlent le créole haïtien à la maison, ils parlent et comprennent tous deux le français. Ils ont deux enfants âgés de 15 et 17 ans.

Renseignements généraux 3 | Commentaires des histoires de cas 13 | Collaborateurs et déclarations 15 | Références bibliographiques 18 | Annexes 21

Dans la famille de Marie, il y a eu récemment un sentiment de « panique liée au cancer », ce qui les a incités à consulter aujourd'hui. Ils veulent s'assurer d'effectuer les tests de dépistage du cancer nécessaires.

Marie est particulièrement inquiète parce que sa tante vient d'apprendre qu'elle a le cancer du sein et que cette maladie est courante dans sa famille. Elle se demande si elle devrait passer des tests de dépistage d'autres « cancers féminins ». Louis veut passer un test de dépistage du cancer de la prostate parce qu'il a entendu dire que les hommes noirs sont plus vulnérables à ce type de cancer. Il se dit prêt à payer le dépistage pour avoir l'esprit tranquille, même si celui-ci n'est pas remboursé. Aucun des deux n'a d'antécédent personnel de cancer, quel qu'il soit.

Quels renseignements supplémentaires seraient utiles?

Deuxième partie

Marie n'a jamais passé d'examen de dépistage d'un cancer à l'exception de son premier test de Pap il y a trois ans, dont le résultat était normal. Elle n'avait pas accès à des soins préventifs périodiques en Haïti.

La tante paternelle de Marie a récemment reçu un diagnostic de cancer du sein à l'âge de 78 ans, et sa grand-mère paternelle a eu un cancer du sein après l'âge de 70 ans. Elle ne sait pas comment ces diagnostics ont été posés, mais elle ne pense pas qu'elles aient passé d'examens de dépistage du cancer du sein. Selon elle, ces femmes ont probablement consulté après avoir découvert une masse au sein. Par ailleurs, un cousin de sa mère a reçu un diagnostic de cancer du côlon à l'âge de 79 ans. Son père est en vie et n'a pas de cancer.

Marie fume actuellement un paquet de cigarettes par jour, et ce, depuis l'âge de 15 ans. Elle est passée de quelques cigarettes par jour au début à un paquet par jour au cours des deux dernières années. Elle boit un verre de vin au souper, les fins de semaine seulement. Elle travaille actuellement dans la cafétéria d'une école secondaire.

Louis n'a jamais passé d'examen de dépistage du cancer. Il ne sait pas s'il y a eu des cas de cancer dans sa famille immédiate, et il ne sait rien au sujet de sa famille élargie. Il boit une bière par jour et ne fume pas. Il travaille comme peintre depuis un an.

Aucun des deux n'a jamais reçu de radiothérapie.

Que conseilleriez-vous à Marie et à Louis?

Que conseilleriez-vous à Marie et à Louis s'ils avaient respectivement 74 ans et 72 ans, s'ils étaient globalement en bonne santé et si Marie avait arrêté de fumer?

Cas numéro 2 : Annie, 48 ans

Annie est là pour son bilan de santé et son test de Pap. Elle ne vous a pas consulté au cours des six derniers mois; elle était en bonne santé. Son dernier test de Pap date d'il y a trois ans. Elle a passé des examens de dépistage régulièrement; les résultats étaient tous normaux. Elle n'a jamais passé d'autres examens de dépistage du cancer. Elle ne fume pas et le dispositif intra-utérin (DIU) à base de progestérone qu'elle porte depuis quatre ans ne lui pose aucun problème.

En examinant le profil de la patiente, vous lui demandez si ses antécédents familiaux ont changé. Vous constatez dans vos notes qu'elle avait rapporté un cancer de l'endomètre chez sa mère. Elle vous dit aujourd'hui qu'il y a « beaucoup de cancers » dans la famille de sa mère, mais qu'elle n'en sait pas plus. Elle n'a pas entendu parler de cancer du côté de son père. Annie a une fille de 20 ans.

Quels renseignements supplémentaires seraient utiles pour déterminer son risque de syndrome du cancer familial (génétique)?

Deuxième partie

Annie revient six semaines plus tard. Elle a pu obtenir de sa mère plus de précisions concernant les antécédents familiaux maternels de cancer :

- Mère : cancer de l'endomètre diagnostiqué à l'âge de 52 ans; en vie.
- Grand-père : cancer du côlon diagnostiqué à l'âge de 80 ans; décédé à l'âge de 85 ans.
- Premier oncle : cancer du côlon diagnostiqué à l'âge de 55 ans; en vie.
- Deuxième oncle : cancer du pancréas diagnostiqué dans la soixantaine; décédé à l'âge de 62 ans.
- Troisième oncle : carcinome rénal diagnostiqué à l'âge de 45 ans; en vie.
- Cousin germain : cancer de l'estomac diagnostiqué à l'âge de 50 ans; décédé à l'âge de 53 ans.

Quels conseils donneriez-vous à Annie?

Troisième partie – six mois plus tard

Annie revient vous voir six mois plus tard. Elle a consulté un généticien qui a pu confirmer la présence du syndrome de Lynch.

Comment organiseriez-vous les examens de dépistage du cancer chez Annie?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Remarque : Les cadres des recommandations des lignes directrices sur le dépistage du cancer varient d'un organisme à l'autre. De nombreux points des renseignements généraux ci-dessous se fondent sur les lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) et de l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Une explication du cadre de recommandations utilisé par chaque organisme est présentée à la fin du module.

1. Dans un rapport sur la prévalence du cancer publié en 2022, le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer met en évidence l'augmentation du taux de survie des personnes atteintes d'un cancer ou ayant survécu à un cancer grâce aux progrès de la recherche[1].
   a) Au regard du risque à vie, on prévoit toujours qu'une plus grande proportion de Canadiens mourront du cancer (28,2 %) plutôt que d'autres causes principales de décès telles que les maladies cardiaques (18,5 %), les maladies cérébrovasculaires (4,8 %) et les accidents (4,8 %)[2]. Le nombre absolu de cas de cancer et de décès continue d'augmenter au Canada, en raison du vieillissement de la population et de la croissance démographique globale[3].

2. Environ 35 % des cancers sont attribuables à des facteurs extrinsèques (environnementaux, comportementaux, socio-économiques, infectieux). Notamment, le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité et l'obésité restent les principaux facteurs de risque de cancer au Canada[4-6].
   a) Des études épidémiologiques montrent que l'incidence de certains cancers (colorectal, prostate, estomac, foie, sein, appareil reproducteur féminin) et le taux de mortalité de ces cancers sont plus élevés chez les personnes vivant avec le diabète de type 2 et l'hypertension[7-9].

DISPARITÉS DES TAUX DE CANCER SELON L'ETHNICITÉ

3. On estime qu'un tiers de la population canadienne sera d'ethnicité non blanche d'ici 2031[4]. Environ 3,5 % de la population totale du Canada est composée de personnes s'identifiant comme noires, dont 43 % sont d'origine canadienne[11].

4. Le racisme structurel (racisme systémique, racisme institutionnalisé) qui sévit depuis longtemps au Canada et aux États-Unis a contribué aux inégalités en matière de santé qui touchent de manière disproportionnée les populations de certaines ethnicités[8,11].
   - Le Canada ne dispose pas d'une méthode de collecte des données de surveillance du cancer relatives à la race et à l'ethnicité, ce qui complique la quantification exhaustive de résultats liés au cancer dans les populations mal desservies[2,12].
   - On estime également que la sous-représentation générale des personnes de race noire dans les essais cliniques a une incidence sur les paramètres statistiques relatifs au cancer, comme le taux de survie, dans la mesure où les connaissances sur l'efficacité des nouveaux agents thérapeutiques chez cette population sont limitées[12,13].

5. En 2021, Statistique Canada a publié un rapport dans

Encadré 2. Distinguer la race, de l'origine ethnique et de l'ascendance[10]

L'ascendance désigne la lignée familiale ou la ligne d'hérédité. Cette notion englobe le patrimoine génétique, qui peut avoir des implications biologiques et donc médicales du fait des variantes génétiques spécifiques à l'ascendance et liées à elle.

La race se définit comme « une catégorie de l'humanité qui partage certains traits physiques distinctifs » (p. ex., personne de race noire; personne de race blanche).

L'ethnicité concerne les « personnes regroupées en fonction d'une origine ou de caractéristiques raciales, nationales, tribales, religieuses, linguistiques ou culturelles communes ». Elle ne doit pas être confondue avec la citoyenneté ou la nationalité.

Même si la race et l'origine ethnique sont toutes deux des constructions culturelles, elles peuvent avoir des implications biologiques. Cependant, la définition de la « race » au regard des incidences sur la santé n'est pas une mesure fiable et objective, car il n'existe pas de paramètres biologiques permettant de définir une race sur la base de données scientifiques.

lequel sont analysées les données de la période 2006-2016 afin d'évaluer l'incidence du cancer et les taux de mortalité par ethnicité au Canada[4]. Les personnes d'origine africaine et caribéenne affichent des taux de mortalité relativement élevés pour ce qui est du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer de la prostate (tableaux 1, 2 du rapport cité en référence)[4].

6. Les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis sont très présents dans les territoires canadiens où l'accès aux soins contre le cancer est limité[2].
   - La stratégie canadienne de lutte contre le cancer pour la période 2019-2029 comprend trois priorités définies par les populations elles-mêmes : des soins culturellement adaptés et plus proches du domicile; des soins contre le cancer adaptés et autodéterminés; et des systèmes de recherche et de collecte de données administrés par les Premières Nations, les Inuits ou les Métis[2].

DÉTERMINANTS SOCIAUX

7. Il est avéré que les disparités en matière de dépistage obéissent à des schémas géographiques, même dans le contexte canadien de programmes de dépistage subventionnés et reposant sur les populations[2].
   a) Les données démographiques canadiennes révèlent que les populations de faible statut socio-économique et les immigrants des groupes racialisés tendent à être victimes d'inégalités en matière d'accès et d'utilisation de soins de haute qualité et de services de prévention ou de dépistage précoce (p. ex., programmes d'abandon du tabagisme, programmes de dépistage du cancer)[2,8,11].

8. Au niveau individuel, il existe des obstacles financiers indirects au dépistage, tels que la nécessité de s'absenter du travail, de faire garder ses enfants et de trouver un moyen de transport pour se rendre aux rendez-vous initiaux et de suivi[14]. Les barrières linguistiques, culturelles et de littératie contribuent également aux difficultés entourant le dépistage du cancer, en particulier chez les nouveaux immigrants et les réfugiés[14].

PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE

9. La prise de décision partagée est « une démarche dans laquelle les cliniciens et les patients échangent les meilleures données disponibles au moment de prendre des décisions, et qui aide les patients à envisager les options qui s'offrent à eux, afin d'effectuer des choix éclairés » (encadré 3)[15].
   - D'après les résultats d'une revue Cochrane de 2017 consacrée aux effets des outils d'aide aux prises de décisions chez les personnes confrontées à des décisions de traitement ou de dépistage, des données probantes de qualité élevée permettent de confirmer que ces outils contribuent à améliorer les connaissances des patients et à réduire l'indécision concernant les valeurs personnelles et le sentiment d'être mal informé[16].
   - Des données probantes de qualité modérée indiquent que les outils d'aide aux prises de décisions permettent aux patients de mieux apprécier les risques, et de réduire la proportion de ceux qui sont passifs dans le processus décisionnel[16].

   L'annexe 1 présente des outils d'aide aux prises de décisions concernant les examens de dépistage des cancers.

10. Une enquête transversale effectuée en ligne au

Encadré 3. Étapes de la prise de décision partagée[15]

1. Reconnaître qu'une décision doit être prise.
2. Présenter les options et les solutions de rechange.
   - Éviter de s'appuyer sur des préjugés et sur ses propres valeurs.
   - Utiliser des outils d'aide aux prises de décisions adaptés.
3. Discuter des risques et des avantages que présente chaque option :
   - Indiquer les nombres absolus en ce qui concerne les risques (voir les outils présentés à l'annexe 1).
   - Utiliser des dénominateurs similaires pour évaluer les avantages et les méfaits éventuels.
   - Utiliser des nombres entiers naturels (p. ex., 1 personne sur 100) au lieu de pourcentages (p. ex., 1 % des personnes).
4. Discuter des valeurs et des préférences du patient après avoir présenté les données.
5. Discuter des implications des différentes options sur le plan des activités de la vie quotidienne et des objectifs du patient.
6. Proposer de l'information concernant des sujets précis dont le patient pourrait encore avoir besoin pour alimenter sa réflexion.
7. Déterminer quelles sont les préoccupations du patient et clarifier ce qu'il comprend.
8. Établir un plan et prévoir un suivi si nécessaire.

Canada en 2018 (n = 1591), visant à évaluer le partage des décisions en matière de soins de santé, a révélé que dans l'ensemble du pays, les adultes estimaient que la prise de décisions relatives à la santé par les cliniciens avait été peu partagée avec eux au cours de l'année écoulée. Des efforts supplémentaires sont nécessaires si l'on veut intégrer la prise de décision partagée dans la pratique clinique quotidienne, notamment en ce qui concerne les populations prioritaires[17].

a) Des résidents des dix provinces ont répondu à l'enquête. La majorité (85 %) des répondants ont indiqué qu'ils étaient « de race blanche » et 27 % étaient âgés de 65 ans ou plus. En outre, 80 % des répondants ont déclaré avoir fait des études postsecondaires[17].

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

11. Les objectifs de dépistage du cancer du sein ne sont pas atteints au Canada, bien que nous disposions d'un système de santé universel et de lignes directrices bien définies[14].
    - Une revue systématique de 2019 (n = 29 études) portant sur les facteurs qui contribuent aux disparités dans le domaine du dépistage du cancer du sein par imagerie au Canada a permis d'établir des corrélations avec le faible niveau socio-économique, les maladies concomitantes, l'éloignement géographique, le statut de nouvel immigrant, de réfugié ou de minorité ethnoculturelle, et la présence d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du développement[14]. Plusieurs de ces facteurs ont également été relevés dans le domaine du dépistage du cancer en général (Renseignements généraux, points 7, 8).

12. Plusieurs provinces ont mis en œuvre des stratégies visant à accroître le recours au dépistage du cancer du sein dans les populations négligées, en se concentrant principalement sur les populations autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis), les personnes de faible statut socio-économique, les nouveaux immigrants et les populations des zones rurales[18].
    a) Les cliniques mobiles, la prise en charge des frais de transport, les conseils d'un orienteur de même origine ou la prolongation des horaires de visite au profit des personnes présentant des incapacités physiques sont des stratégies bien accueillies dans plusieurs provinces (encadré 4)[18].
    b) L'élaboration de documents d'information culturellement adaptés au profil des patients peut contribuer à réduire la stigmatisation et les tabous associés au dépistage du cancer d'une manière générale[12].

Encadré 4. Renseignements sur les programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein

La Société canadienne du cancer propose un répertoire de sites Web de programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein, où les cliniciens peuvent trouver des précisions sur les services offerts. Faites défiler l'écran jusqu'après les renseignements sur le groupe d'âge pour trouver le lien vers le programme de chaque province.

Femmes présentant un risque modéré

13. Dans ses lignes directrices de 2018 à l'intention des femmes âgées de 50 à 74 ans, le GECSSP recommande une mammographie tous les 2 à 3 ans et insiste sur la prise de décision partagée pour déterminer la valeur relative accordée par chaque patiente aux avantages et aux effets nuisibles éventuels de ces examens [recommandation conditionnelle; preuves de faible à très faible qualité][19]. Des outils d'aide aux prises de décisions partagées à l'intention des différents groupes d'âge sont offerts en anglais et en français sur le site Web du GECSSP (annexe 1).
    a) Le rapport entre les avantages et les effets nuisibles des examens de dépistage est moins favorable pour les femmes âgées de 40 à 49 ans. Par ailleurs, le surdiagnostic et les faux-positifs établis par biopsies sont plus fréquents dans cette population[19]. Les femmes de ce groupe d'âge qui souhaitent passer une mammographie trouveront aussi des outils d'aide aux prises de décisions sur le site Web du GECSSP (annexe 1).
    b) À ce jour, la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard sont les seules provinces où les patientes de moins de 50 ans peuvent passer une mammographie pour le dépistage du cancer du sein sans avoir une recommandation d'un médecin.

14. Aucune donnée probante n'appuie le recours à l'IRM, à la tomosynthèse ou à l'échographie aux fins du dépistage du cancer du sein chez les femmes présentant un risque modéré [forte recommandation; absence de données probantes][19].

15. Chez les patientes asymptomatiques, l'examen clinique des seins ne fait pas partie des examens de dépistage recommandé [recommandation conditionnelle; absence de données probantes], pas plus que l'auto-examen des seins [recommandation conditionnelle, preuves de faible qualité][19]. L'examen clinique des seins est toujours recommandé lorsqu'une patiente présente des symptômes

mammaires[10].

a) Étant donné que les recommandations concernant l'examen clinique des seins et l'auto-examen des seins sont fondées sur des données probantes de faible qualité, ou compte tenu de l'absence de telles données, les patientes peuvent opter pour l'auto-examen des seins ou l'examen clinique des seins, selon leurs priorités, leurs préférences et leur contexte.

16. Le dépistage du cancer du sein est un sujet controversé faisant appel à des estimations en pourcentage de la réduction du taux de mortalité, lesquelles dépendent des types d'études et des données qui ont été analysées.
    - En général, les estimations en pourcentage sont inférieures lorsqu'elles proviennent de revues d'études comparatives randomisées, et plus élevées dans le cas des revues incluant des données (de moindre qualité) d'études observationnelles. Ces aléas soulignent l'importance d'une conversation sur les prises de décisions partagées (Renseignements généraux, points 9, 10; encadré 3)[19].

Groupes présentant un risque élevé

17. Les recommandations relatives à la sélection des femmes présentant un risque élevé et aux examens de dépistage à leur faire passer varient selon chaque pays et sont généralement fondées sur l'opinion d'experts[20].

18. D'après le GECSSP, les femmes présentent un risque accru de cancer du sein si elles[19] :
    - ont des antécédents familiaux de cancer du sein;
    - sont porteuses de mutations connues dans les gènes BRCA-1 ou BRCA-2, ou ont des parents au premier degré porteurs de ces mutations;
    - ont reçu une radiothérapie thoracique avant l'âge de 30 ans ou au cours des 8 dernières années.

19. Une analyse contextuelle réalisée par le Partenariat canadien contre le cancer décrit les facteurs relevés dans le cadre des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du sein, qui contribuent à un risque « élevé » ou « très élevé » de cancer du sein[18]. Les tableaux 13 et 14 du présent module (à partir de la page 34) présentent des renseignements détaillés sur ces facteurs.

20. Les personnes présentant un risque élevé sont considérées comme exposées à un « risque de cancer du sein supérieur à la moyenne », tandis que les groupes à risque élevé sont plus susceptibles d'avoir des cancers du sein agressifs à un plus jeune âge, en plus d'être exposés à un risque à vie accru à cause de certains facteurs (c'est-à-dire une prédisposition génétique)[18].

    a) Il est généralement recommandé aux personnes présentant un risque accru d'effectuer une mammographie annuellement entre l'âge de 40 à 50 ans, bien qu'aucune donnée ne permette de déterminer l'ampleur des avantages et des risques de cette démarche[18].

    b) Il est généralement recommandé aux personnes présentant un risque élevé d'effectuer un examen de dépistage annuel par mammographie, IRM et/ou échographie entre l'âge de 30 à 50 ans[18]. La plupart des données sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes présentant un risque élevé proviennent d'études menées auprès de femmes porteuses de la mutation BRCA.
        - Dans une revue systématique réalisée en 2014 pour l'USPSTF, aucune des études examinées n'a évalué l'efficacité du dépistage intensif ou de médicaments réduisant les risques chez les personnes porteuses de la mutation du gène BRCA, malgré la fréquence accrue des examens d'imagerie/interventions chirurgicales inutiles et les taux plus élevés de faux-positifs avec ce type de dépistage[21].

DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

21. Les principaux facteurs de risque biologiques du cancer de la prostate sont l'âge avancé, l'ethnicité africaine, les antécédents familiaux de cancer de la prostate et un syndrome du cancer d'origine génétique ou familiale (syndrome de Lynch, mutations BRCA1/2; Renseignements généraux points 42, 47a)[22].

    a) Bien que des données probantes indiquent une probabilité accrue de diagnostics de cancer de la prostate agressif chez les hommes de race noire, certains auteurs notent les facteurs confusionnels éventuels de ces données, notamment des facteurs environnementaux et sociaux ou des inégalités dans l'accès à des soins de qualité (Renseignements généraux, points 7, 8)[13,23].

    b) Une étude de cohorte réalisée en 2021 (n = 51 530 hommes canadiens ayant reçu un diagnostic de cancer de la prostate entre 1992 et 2010) n'a fait état d'aucune hausse du taux de mortalité due au cancer de la prostate chez les hommes de race noire du Canada, après correction pour tenir compte des différences non biologiques (p. ex., statut socio-économique, accès aux soins de santé)[23,24].

22. Dans ses lignes directrices de 2014 sur le cancer de la prostate, le GECSSP ne recommande pas le

dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) dans le cadre des examens périodiques des hommes de tous âges n'ayant jamais reçu de diagnostic de cancer de la prostate [forte recommandation pour les hommes de moins de 55 ans et de plus de 70 ans; faible recommandation pour les hommes de 55 à 69 ans; données probantes de qualité faible à modérée][25].

a) Selon ce groupe de travail, les effets nuisibles du dépistage l'emportent sur la réduction, légère mais hypothétique, du taux de mortalité liée au cancer de la prostate chez les hommes âgés de 55 à 69 ans[25].
b) Les hommes de cette cohorte d'âges qui accordent une plus grande importance à la légère réduction du taux de mortalité peuvent opter pour le dépistage (Renseignements généraux, point 26). D'après les données probantes actuelles, le risque de cancer de la prostate n'est pas plus élevé chez les hommes présentant des symptômes des voies urinaires basses (SVUB) chroniques tels que la pollakiurie, un jet mictionnel lent et une nycturie, que chez ceux qui ne présentent pas de SVUB[25,26].
c) Le GECSSP met actuellement à jour ses recommandations sur le dépistage du cancer de la prostate, dont la publication est prévue en 2025.

23. Dans ses lignes directrices de 2018 sur le dépistage du cancer de la prostate, l'USPSTF déconseille le dosage de l'APS chez les hommes de plus de 70 ans [recommandation de grade D], et suggère d'envisager la participation des hommes âgés de 55 à 69 ans aux prises de décisions de manière à tenir compte de leurs préférences en matière de dépistage [recommandation de grade C][22].
    a) Faute de données probantes directes, il n'existe aucune recommandation précise sur le dépistage pour les personnes d'origine africaine et celles ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate, malgré l'avantage éventuel d'un dépistage plus tôt de ce cancer dans ce groupe à risque plus élevé[22,26].
    b) Comme le GECSSP, la revue systématique associée (n = 63 études) permet de conclure que même si le risque de mortalité par cancer de la prostate peut diminuer grâce au dépistage par le dosage de l'APS, ces tests comportent aussi des effets nuisibles (faux-positifs, complications liées à la biopsie et au traitement, et surdiagnostic dans 20 à 50 % des cas positifs par ces tests de dépistage)[27].

24. En 2018, dans le cadre de la série « Rapid Recommendations » fondée sur des données probantes, publiée dans le BMJ, un groupe international pluridisciplinaire d'experts et de patients partenaires (hommes présentant un risque de cancer de la prostate) de huit pays (dont le Canada et les États-Unis) a déconseillé le dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'APS [faible recommandation][26]. Il a également été noté que l'avantage du dépistage à l'aide du dosage de l'APS pourrait être léger mais incertain pour ce qui est de la mortalité due au cancer de la prostate[26].

25. Dans ses lignes directrices de 2022, l'Association des urologues du Canada (AUC) recommande de discuter de l'indication du dosage de l'APS avec les patients dont l'espérance de vie est supérieure à 10 ans [recommandation de grade B]. Le dosage de l'APS devrait débuter à l'âge de 50 ans chez les personnes présentant un risque modéré, et à l'âge de 45 ans chez celles présentant un risque accru de cancer de la prostate [recommandation de grade C][28]. Pour l'AUC, le « risque accru » concerne les populations de moins de 50 ans ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate chez un proche du premier ou du deuxième degré[28].
    a) Pour les hommes qui optent pour le dosage de l'APS, il est recommandé de fixer les intervalles entre les tests selon les résultats obtenus au dernier test [recommandation de grade C][28] :
        - Si le taux d'APS est < 1 ng/mL, refaire le test dans 4 ans.
        - Si le taux d'APS est de 1-3 ng/mL, refaire le test dans 2 ans.
        - Si le taux d'APS est > 3 ng/mL, envisager des intervalles plus courts entre les tests ou des stratégies de tests complémentaires.
    b) L'AUC utilise un cadre A/B/C (différent de celui de l'USPSTF) pour ses recommandations, d'après son évaluation de la qualité des données probantes. Plus la qualité des données probantes est élevée selon leur évaluation, plus le « grade » est élevé.

26. Étant donné que les valeurs et les préférences des hommes varient considérablement, **toutes** les lignes directrices insistent sur la nécessité d'une prise de décision éclairée entre le patient et son clinicien, adaptée à sa situation personnelle (Renseignements généraux, points 9, 10; encadré 3)[22,25,26,29].
    a) Pour faciliter les discussions en vue d'une prise de décision partagée, les auteurs de l'article « Rapid Recommendations Review » publié dans le BMJ ont mis au point des outils d'aide aux prises de décisions à l'intention de la population générale et de la population présentant un risque accru de cancer de la prostate (les personnes d'origine africaine et celles qui ont des antécédents familiaux de cancer de la prostate) (annexe 1)[26].

b) Le GECSSP a créé un « outil pour 1000 personnes » analogue, destiné à la population masculine générale (annexe 1). Ces deux outils présentent les avantages et les inconvénients possibles du dépistage.

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

27. Dans ses lignes directrices de 2016 sur le cancer colorectal, le GECSSP recommande le dépistage du cancer colorectal chez les adultes présentant un risque modéré, âgés de 50 ans et plus, par l'une ou l'autre des méthodes suivantes[30] :
    - Le test immunochimique fécal (TIF) ou la recherche de sang occulte dans les selles par la méthode au gaïac (RSOSg) tous les deux ans.
    - Une sigmoïdoscopie flexible tous les 10 ans.

    Il s'agit d'une forte recommandation fondée sur des données probantes de qualité modérée visant les personnes de 60 à 74 ans, et d'une faible recommandation fondée sur des données probantes de qualité modérée visant les personnes de 50 à 59 ans (compte tenu de l'incidence inférieure du cancer colorectal dans cette population et, en conséquence, du bienfait global inférieur quant au taux de mortalité)[30]. Le tableau 1 présente une vue d'ensemble des stratégies de dépistage recommandées.

28. Les programmes canadiens de dépistage du cancer colorectal sont organisés au niveau provincial. Le TIF sert au dépistage du cancer colorectal tous les 1 à 2 ans chez les adultes présentant un risque modéré, âgés de 50 à 74 ans, dans toutes les provinces, à l'exception du Manitoba qui utilise la RSOSg mais qui adopte de plus en plus le TIF[31].
    a) La plupart des provinces exigent que les patients en âge de passer un test de dépistage d'être recommandés par un clinicien. Certaines provinces (Man., T.-N.-L., Ont., Î.-P.-É., Yn) acceptent les demandes d'inscription au test de dépistage sans recommandation. Trois provinces (Sask., N.-B., N.-É.) inscrivent automatiquement les adultes au programme de dépistage lorsqu'ils atteignent l'âge de 50 ans[31].

29. Malgré le manque de données provenant d'études comparatives randomisées permettant d'évaluer l'efficacité du TIF par rapport à la RSOSg, une revue systématique de 2012 (n = 11 articles) réalisée par Action Cancer Ontario a montré que le TIF semble être supérieur à la RSOSg quant à l'adoption du test et à sa sensibilité en matière de dépistage du cancer colorectal/des adénomes de stade avancé, et ce, avec une spécificité et une valeur prédictive positive similaires[31,32].

30. Pour les adultes de 75 ans et plus, les lignes directrices du GECSSP (2016) ne recommandent pas le dépistage systématique [faible recommandation; preuves de faible qualité][30].
    a) Compte tenu de l'incidence croissante du cancer colorectal avec l'âge et du manque de données probantes de qualité élevée, les adultes de 75 ans et plus qui ne sont pas atteints d'une maladie limitant significativement leur espérance de vie et qui souhaitent se soumettre aux tests de dépistage devraient être encouragés à prendre une décision fondée sur leurs valeurs et leurs préférences[30].
    b) De même, l'USPSTF, dans ses lignes directrices (2021), conseille de proposer sélectivement les tests de dépistage en tenant compte de l'état de santé général, des antécédents de dépistage et des préférences du patient [recommandation de grade C][30,33].

31. L'USPSTF a récemment élargi ses recommandations sur le dépistage du cancer colorectal chez les adultes présentant un risque modéré, âgés de 45 à 49 ans[31,33]. Cette mise à jour a principalement été motivée par l'incidence croissante du cancer colorectal chez les adultes de moins de 50 ans et sur des données de modélisation faisant état d'une réduction additionnelle du nombre de décès dus au cancer colorectal [recommandation de grade B][33] :
    - Selon les estimations, le fait de commencer les tests de dépistage à l'âge de 50 ans permet de prévenir 25 décès dus au cancer colorectal lorsque 1000 personnes passent un test de dépistage durant leur vie, contre 26 décès dus au cancer colorectal prévenus lorsque le dépistage débute à l'âge de 45 ans.

    Bien que certaines études aient inclus des données concernant des adultes de moins de 50 ans, les résultats n'ont pas été rapportés séparément pour ce groupe d'âge. D'après les statistiques mondiales sur le cancer de 2018, l'incidence standardisée pour l'âge du cancer colorectal chez les Canadiens de moins de 50 ans est de 5,4 pour 100 000, ce qui est comparable au taux de 5,7 aux États-Unis[31,33].

Déterminer quels groupes présentent un risque élevé

32. Les antécédents familiaux de cancer colorectal sont un facteur de risque personnel important[35]. La Société canadienne du cancer définit les antécédents familiaux de cancer colorectal par le fait d'avoir un ou plusieurs proches au premier degré ayant reçu un diagnostic de la maladie, ou n'importe quel membre de la famille ayant reçu ce diagnostic avant l'âge de 50 ans[36].

Tableau 1. Stratégies recommandées pour le dépistage du cancer colorectal[33,31,34]

Méthodes de dépistage	Fréquence	Points à prendre en considération
Analyses des selles		
TIF	1 à 2 ans	Test diagnostique privilégié par l'Association canadienne de gastroentérologie pour le dépistage programmatique du cancer colorectal. Sensibilité accrue et spécificité similaire par rapport à la RSOSg. Adhésion/adoption accrue en raison des restrictions alimentaires moindres, d'un prélèvement plus facile des échantillons et d'un nombre moindre d'échantillons requis comparativement à la RSOSg.
RSOSg de haute sensibilité	1 à 2 ans	Efficacité quant à la réduction de l'incidence du cancer colorectal de stade tardif et de la mortalité par cancer colorectal, bien étayée par les données d'études comparatives randomisées.
ADNs-TIF	1 à 3 ans	Spécificité inférieure à celle du TIF. Absence de données probantes directes évaluant l'avantage quant au taux de mortalité due au cancer colorectal.
Examens de visualisation directe		
Sigmoïdoscopie flexible	5 ans	Réduction de l'incidence du cancer colorectal de stade tardif et de la mortalité par cancer colorectal, étayée par les données d'études comparatives randomisées. Réduire la fréquence à tous les 10 ans si l'examen est jumelé à un TIF annuel. Obstacles liés à la logistique et aux ressources. Risque d'effets nuisibles liés à l'intervention.
Colographie par TDM	5 ans	Absence de données probantes directes évaluant l'avantage quant au taux de mortalité due au cancer colorectal.
Coloscopie	10 ans	Obstacles liés à la logistique et aux ressources. Risque d'effets nuisibles liés à l'intervention. Une étude comparative randomisée* pragmatique récente a montré une réduction de l'incidence du cancer colorectal mais sans réduction du taux de mortalité.

*** Remarque :** Une étude comparative randomisée pragmatique vise à reproduire la mise en œuvre d'une intervention dans un cadre pratique « réel », par opposition à un cadre expérimental ou contrôlé.

33. Dans sa ligne directrice de pratique clinique de 2018 relative au dépistage du cancer colorectal chez les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal ou d'adénomes non héréditaires, l'Association canadienne de gastroentérologie propose des conseils sur le dépistage pour les personnes suivantes exposées à un risque accru[35]:
    a) Les patients ayant au moins deux proches au premier degré ayant déjà présenté un cancer colorectal devraient passer une coloscopie tous les 5 ans à partir de l'âge de 40 ans, ou bien 10 ans avant l'âge auquel un proche au premier degré a reçu son diagnostic de cancer colorectal (selon la première occurrence).
    b) Les patients dont un proche au premier degré a reçu un diagnostic de cancer colorectal doivent passer une coloscopie tous les 5 à 10 ans entre l'âge de 40 et 50 ans, suivant la même règle susmentionnée de l'âge auquel le proche a reçu son diagnostic. Le TIF, à des intervalles de 1 à 2 ans, est une option de deuxième intention pour cette population.
    c) Pour les patients dont un proche au premier degré a reçu un diagnostic d'adénome de stade avancé, une coloscopie ou un TIF font l'objet de la même recommandation, suivant la même fréquence et les mêmes critères d'âge qu'au sous-point b ci-dessus.
    d) Les personnes dont au moins un proche au deuxième degré a reçu un diagnostic de cancer colorectal, ou dont tout proche a reçu un diagnostic d'adénome non avancé, doivent suivre les lignes directrices sur le dépistage concernant les personnes présentant un risque modéré.

34. Selon l'USPSTF, l'incidence et le taux de mortalité par cancer colorectal sont les plus élevés chez les adultes de race noire, ce qui pourrait essentiellement s'expliquer par les inégalités d'accès au dépistage ou aux traitements, et par la sous-utilisation de ces soins dans cette population[33].
    a) En raison de la faible quantité de données disponibles, l'USPSTF ne formule pas de recommandation distincte concernant le dépistage du cancer colorectal chez les adultes de race noire, mais insiste sur la nécessité pour

les praticiens de faciliter le recours des patients de race noire au dépistage recommandé[33].

DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON

35. Le cancer du poumon, le cancer le plus diagnostiqué au Canada, est à l'origine du plus grand pourcentage de décès par cancer à l'échelle nationale[37]. Plus de 85 % des cas de cancer du poumon au Canada peuvent être attribués à des facteurs de risque modifiables[38]. Le tabagisme en est le facteur de risque le plus important puisqu'il concerne environ 70 % de tous les cas[38]. Les conseils en matière de tests de dépistage du cancer du poumon chez les patients fumeurs sont une occasion idéale de promouvoir et de favoriser l'abandon du tabac à des fins préventives.

36. Les lignes directrices du GECSSP en matière de dépistage du cancer du poumon concernent exclusivement les groupes présentant un risque élevé. Dans les lignes directrices les plus récentes en matière de dépistage (2016), il est recommandé d'envisager en vue d'une prise de décision partagée l'éventualité d'un dépistage annuel par tomodensitométrie à faible dose jusqu'à trois fois consécutives chez les adultes âgés de 55 à 74 ans qui fument, étant donné que le dépistage précoce et l'expertise en matière de traitement sont accessibles [faible recommandation; preuves de faible qualité][39]. La radiographie pulmonaire, avec ou sans examen cytologique des expectorations, n'est pas recommandée dans le cadre du dépistage du cancer du poumon [forte recommandation; preuves de faible qualité][39].
    - Les recommandations ne s'appliquent pas aux adultes chez qui un cancer du poumon est soupçonné, ni à ceux ayant des antécédents de cancer du poumon[39].
    - Pour être admissible au dépistage, il faut avoir des antécédents de tabagisme d'au moins 30 paquets-années et être un adulte fumeur ou qui a arrêté de fumer il y a moins de 15 ans[39].
    - Le nombre de paquets-années est calculé en multipliant le nombre moyen de paquets de cigarettes (n = 20 cigarettes) fumées quotidiennement par le nombre d'années de tabagisme (p. ex., un demi-paquet [10 cigarettes] par jour × 20 ans de tabagisme = 10 paquets-années d'antécédents de tabagisme)[39].

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

37. D'après les lignes directrices les plus récentes du GECSSP (2013), l'intervalle recommandé du dépistage périodique par un test de Pap est de 3 ans pour les patientes âgées de 30 à 69 ans [forte recommandation; preuves de qualité élevée][40].
    - À partir de l'âge de 70 ans, le dépistage périodique n'est plus recommandé si les résultats de 3 tests de Pap successifs ont été négatifs au cours des 10 dernières années. Dans le cas contraire, il est recommandé de poursuivre le dépistage jusqu'à ce que les résultats de 3 tests de Pap successifs soient négatifs [recommandation conditionnelle; preuves de faible qualité][40].

38. La recommandation de commencer le dépistage à l'âge de 25 ans est conditionnelle et fondée sur un rapport avantages-risques inférieur dans ce groupe d'âge plus jeune[40]. Le dépistage périodique du cancer du col de l'utérus n'est pas recommandé dans les populations de moins de 20 ans, pas même dans celles âgées de 20 à 24 ans, car ce cancer est rare dans ces groupes d'âge [recommandations fortes et conditionnelles, respectivement; preuves de qualité modérée à élevée][40].

39. En 2022, seuls l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard ont mis en œuvre les recommandations de 2013 du GECSSP; dans les autres provinces et territoires, le dépistage commence encore à l'âge de 21 ans[41].

40. De nouvelles recherches permettront de clarifier la place d'un test primaire de dépistage du virus du papillome humain aux fins du dépistage du cancer du col de l'utérus[37,42,43].
    - Une revue systématique réalisée en 2018 (8 études comparatives randomisées, n = 410 556; 5 études de cohorte, n = 402 615) a fait état des avantages et des effets nuisibles du test de dépistage du VPH comme principal moyen de dépistage du cancer du col de l'utérus, lorsqu'il est utilisé seul et lorsqu'il est jumelé au frottis de Pap. Dans toutes les études incluses dans la revue, le test de Pap seul a servi de témoin[43].
    - Les taux de détection de la dysplasie de grade élevé étaient supérieurs avec le test de dépistage du VPH seul comparativement aux tests de Pap témoins. Les études ayant eu recours au jumelage des tests (dépistage du VPH et test Pap) n'ont pas fait état d'un taux de détection accru. En général, les taux de faux-positifs et de colposcopie subséquente étaient plus élevés avec le dépistage du VPH qu'avec les tests de Pap témoins; à cela s'ajoute le risque d'effets néfastes en cas de traitement subséquent[43].

DÉPISTAGE DU CANCER DE L'OVAIRE

41. Aucune donnée ne montre que le dépistage du cancer de l'ovaire à l'aide de l'antigène CA-125 ou de l'échographie transvaginale permet de réduire

le taux de mortalité due au cancer de l'ovaire chez les femmes présentant un risque modéré d'avoir ce cancer[37]. Ces tests de dépistage sont déconseillés par le GECSSP et l'USPSTF dans ce contexte[44,45].

a) Une vaste étude comparative randomisée menée en 2021 (n = 202 562 femmes ménopausées âgées de 50 à 74 ans provenant de tout le Royaume-Uni) visait à comparer l'absence de dépistage et le recours au dépistage à l'aide de la détection de l'antigène CA-125 jumelée à l'échographie transvaginale ou de l'échographie transvaginale seule[46]. Aucune réduction significative du taux de mortalité par cancer de l'ovaire n'a été observée dans l'un ou l'autre des groupes de dépistage après un suivi médian de 16,3 ans[46].

b) La vigilance clinique est importante, car les symptômes tels que la gêne abdominale et pelvienne ou les ballonnements peuvent être non spécifiques[37].

PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE

Cancer colorectal héréditaire sans polypose (CCRHSP)

42. Le CCRHSP, aussi appelé syndrome de Lynch, est le syndrome héréditaire le plus fréquent qui est associé à un risque élevé de cancer colorectal puisqu'il se retrouve dans 0,7 à 3,6 % des cas diagnostiqués[47,48]. Il est associé à un risque de 50 à 80 % d'avoir un cancer colorectal au cours de la vie, ce risque étant plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le syndrome de Lynch pourrait faire partie du diagnostic différentiel chez les patients ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancers multiples[49].

a) Le syndrome de Lynch est également associé à d'autres cancers. Le risque à vie est inférieur, mais un risque persiste pour ce qui est des cancers de l'endomètre (40-60 %), de l'estomac (11-19 %), de l'ovaire (9-12 %), des voies hépatobiliaires (2-7 %), des voies urinaires hautes (4-5 %) et du pancréas (3-4 %)[49].

43. Le syndrome de Lynch est dû à des mutations dans les gènes de réparation des mésappariements; son mode de transmission est autosomique dominant. Les personnes porteuses d'une mutation familiale ne seront pas toutes atteintes d'un cancer, et celles qui le seront présenteront probablement des différences caractéristiques quant au type de cancer, à l'âge d'apparition, et aux signes et symptômes[48].

a) L'orientation vers un service de consultation génétique peut être envisagée si les antécédents personnels ou familiaux du patient comportent des signes d'alarme (encadré 5). Il convient d'analyser la tumeur du patient (en cas de diagnostic d'un cancer associé au syndrome de Lynch) ou, dans la mesure du possible, celle qui a été prélevée chez le proche parent présentant possiblement le syndrome de Lynch[48]. Il est possible que les provinces aient leurs propres critères d'orientation en matière de tests génétiques et de surveillance. Ces renseignements sont généralement disponibles sur les sites Web des organismes provinciaux d'information sur le cancer.

44. La surveillance et la prise en charge des patients présentant une mutation du gène associé au syndrome de Lynch et de leurs proches au premier degré (à moins qu'un test génétique ait confirmé que ces personnes ne sont pas porteuses du gène) consistent en des examens de dépistage plus fréquents et à un plus jeune âge, dès le début de la vingtaine (tableau 2)[48].

45. L'hystérectomie abdominale totale prophylactique et la salpingo-ovariectomie bilatérale sont des interventions visant à réduire les risques de cancer, à

Encadré 5. Signes d'alarme généraux permettant de reconnaître les patients présentant un risque élevé de syndrome de Lynch[48,50]

Personnels

- Diagnostic de cancer colorectal avant l'âge de 50 ans (il est plus probable qu'il s'agisse du syndrome de Lynch si ce cancer apparaît avant l'âge de 35 ans).
- Diagnostic de cancer de l'endomètre avant 50 ans.
- Plusieurs diagnostics primaires de cancers liés au syndrome de Lynch, quel que soit l'âge.
- Diagnostic de cancer colorectal et plus d'un proche au premier degré ayant reçu un diagnostic de cancer associé au syndrome de Lynch avant l'âge de 50 ans.
- Diagnostic de cancer colorectal et plus de deux proches au premier ou au second degré ayant reçu un diagnostic de cancer associé au syndrome de Lynch, quel que soit l'âge.
- Diagnostic de cancer colorectal avant l'âge de 60 ans et caractéristiques histologiques indiquant un syndrome de Lynch.

Familiaux

- Mutation familiale connue propre au syndrome de Lynch.
- Cancer associé au syndrome de Lynch chez plus d'un proche au premier degré et plus de deux proches au second degré, lorsque des générations successives sont touchées, et où au moins un proche a reçu un diagnostic avant l'âge de 50 ans.

envisager par les personnes présentant le syndrome de Lynch et qui ne souhaitent pas ou plus avoir d'enfants[48].

Polypose adénomateuse familiale

46. La polypose adénomateuse familiale est due à des mutations du gène de la polypose adénomateuse colique (APC); son mode de transmission est autosomique dominant. La polypose adénomateuse familiale se caractérise par la formation de centaines, voire de milliers d'adénomes sur le revêtement du côlon et du rectum. Bien que la polypose adénomateuse familiale représente moins de 1 % de tous les cas de cancer colorectal, presque toutes les personnes qui en sont atteintes finissent par avoir ce cancer si cette polypose n'est pas décelée et traitée à un stade précoce[52].
    a) La polypose adénomateuse familiale peut être envisagée dans le diagnostic différentiel des cas de polypes multiples du côlon à un jeune âge[49].

47. Les Juifs originaires d'Europe de l'Est (Juifs ashkénazes) présentent une mutation du gène APC, un « effet du fondateur », qui contribue à augmenter le risque de cancer colorectal. Cette variation génétique est rare dans les autres ethnies[36].
    a) La population juive ashkénaze est également porteuse d'un plus grand nombre de mutations dans les gènes BRCA1/2, lesquelles peuvent augmenter le risque de mélanome et de cancers du sein, de l'ovaire, de la prostate et du pancréas. Pour en savoir plus à ce sujet, voir le module du PABP intitulé « Facteurs génétiques chez l'adulte : évaluation du risque » (août 2019)[53].

POINTS CLÉS

- La prise de décision partagée est essentielle lorsqu'il est question de dépistage du cancer avec les patients, en particulier si les lignes directrices en matière de dépistage sont controversées et si les recommandations sont « faibles » ou « conditionnelles ».
- Des outils d'aide aux prises de décisions tels que ceux qui ont été élaborés par le GECSSP peuvent faciliter les discussions concernant les options de dépistage, les risques et les avantages possibles, ainsi que les valeurs et les préférences de chaque patient.
- Pour déterminer le risque de cancer et la possibilité d'un syndrome de cancer familial, il convient d'établir les antécédents familiaux détaillés, et notamment le type de cancer et l'âge auquel le diagnostic a été posé chez les parents au premier et au deuxième degré, et de savoir si des analyses génétiques ont été effectuées. Envisager une demande de consultation en génétique pour les personnes dont les antécédents personnels ou familiaux comportent des signes d'alarme.
- Au sein de votre cabinet et de votre collectivité, envisagez de sensibiliser particulièrement les populations qui risquent d'être victimes d'inégalités dans l'accès aux soins et aux services de consultation et de dépistage préventifs, notamment les personnes dont le statut socio-économique est faible et les immigrés appartenant à des groupes racialisés.

Tableau 2. Suivi et prise en charge des personnes présentant le syndrome de Lynch[37,46,48,51]

Type de cancer	Modalité de dépistage	Âge pour commencer le dépistage; fréquence
Colorectal	Coloscopie.	20-25 ans*; 1-2 ans.
Endomètre et ovaire	Information des patients concernant les signes et les symptômes du cancer.	s.o. Les données probantes justifiant le recours à l'échographie transvaginale, avec ou sans dosage de l'antigène CA-125, ou à la biopsie endométriale périodique sont insuffisantes.
Gastrique	Personnes ayant des antécédents familiaux, ou d'origine asiatique : surveillance par endoscopie digestive haute et duodénoscopie étendue.	40 ans; 3-5 ans.
Urothélial	Personnes ayant des antécédents familiaux : analyse d'urine.	30-35 ans; aucune donnée probante à l'appui d'une stratégie de dépistage en particulier.
Extracolique (p. ex., duodénum, intestin grêle, SNC, sein)	Examen médical annuel recommandé.	

* Ou 2 à 5 ans avant l'âge du premier diagnostic de cancer colorectal dans la famille, si le cancer a été diagnostiqué avant l'âge de 25 ans, selon la première occurrence.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Marie, 46 ans et Louis, 44 ans

Quels renseignements supplémentaires seraient utiles?

Il faudrait déterminer si Marie et Louis ont déjà effectué des tests de dépistage du cancer et s'ils ont présenté des symptômes susceptibles d'accentuer leurs inquiétudes.

Il faudrait consigner les facteurs de risque médicaux (p. ex., les radiothérapies antérieures) et les autres facteurs de risque tels que le tabagisme, l'obésité, les expositions environnementales et les risques professionnels (Renseignements généraux, point 2). Il faudrait tenir compte des données démographiques d'après lesquelles les cancers du sein et de la prostate sont plus fréquents chez les personnes d'origine africaine (Renseignements généraux, point 5).

Il faudrait également envisager un dépistage préventif des maladies qui peuvent avoir une incidence sur leur état de santé général et favoriser le risque de cancer, comme le diabète et l'hypertension artérielle (Renseignements généraux, point 2a).

Il faudrait établir la liste complète des antécédents familiaux de cancers héréditaires ou relevant d'un syndrome génétique, en indiquant notamment l'âge auquel les personnes concernées ont reçu le diagnostic. Il serait utile de remettre à Marie et à Louis un document qu'ils pourront remplir chez eux, car il se peut que ces antécédents ne soient pas connus au moment de la consultation (feuillet destiné au patient).

Vous devriez leur demander s'il existe des obstacles logistiques au dépistage, présents ou futurs, tels que la garde d'enfants, le transport ou la nécessité de s'absenter du travail (Renseignements généraux, point 8).

Suivant leur niveau de maîtrise du français, vous devriez les inciter à demander en tout temps les éclaircissements nécessaires. Quel que soit leur niveau de maîtrise du français, à la fin de la consultation, vous devriez vérifier une fois de plus s'ils ont des questions concernant ce dont vous avez discuté (Renseignements généraux, point 8).

Deuxième partie

Que conseilleriez-vous à Marie et à Louis?

À l'heure actuelle au Canada, le dépistage du cancer du côlon n'est pas recommandé pour les adultes de moins de 50 ans, quelle que soit leur origine ethnique (Renseignements généraux, points 27, 28). Bien que l'USPSTF recommande le dépistage du cancer du côlon à partir de 45 ans, cette recommandation repose principalement sur des modélisations (Renseignements généraux, point 31). L'USPSTF n'a pas publié de recommandation spécifiquement pour les adultes de race noire (Renseignements généraux, point 34a).

Étant donné qu'ils ne font pas partie d'un groupe à haut risque, leur prise en charge devrait être conforme aux recommandations générales concernant le test immunochimique fécal (TIF) annuel ou bisannuel à passer à partir de l'âge de 50 ans (Renseignements généraux, points 28, 32). D'autres technologies de dépistage n'ont pas été directement associées à une réduction du taux de mortalité due au cancer du côlon (tableau 1).

Marie

Il faudrait informer Marie qu'à son âge, le test de Pap est fortement recommandé tous les trois ans (Renseignements généraux, point 37) et lui conseiller de reprendre rendez-vous à cette fin.

Si Marie présente des symptômes mammaires nouveaux ou spécifiques, il serait important de procéder à un examen clinique des seins (Renseignements généraux, point 15). Si ce n'est pas le cas, il faudrait s'assurer qu'elle comprenne que cet examen n'est pas recommandé car son utilité n'a pas été démontrée. Bien que l'auto-examen des seins ne soit pas nécessaire, vous pourriez lui recommander d'être attentive à tout changement au niveau des seins (p. ex., douleur persistante, masses). Il serait utile de mesurer sa tension artérielle ainsi que sa taille et son poids afin de calculer son IMC. Si cela n'a pas été fait récemment, il faudrait envisager une évaluation des risques visant à déterminer s'il y a lieu de procéder à des analyses de sang, notamment en vue d'un dépistage du diabète (Renseignements généraux, point 2).

Il faudrait lui expliquer que ses antécédents familiaux ne la placent pas dans la catégorie de risque élevé de cancer du sein, puisqu'aucune parente au premier degré n'en a été atteinte et qu'elle ne présente aucun autre facteur de risque élevé qui justifierait de déroger à la recommandation générale de dépistage à partir de l'âge de 50 ans (Renseignements généraux, points 13, 17-19). La recommandation étant conditionnelle, il conviendrait de procéder à une prise de décision partagée (Renseignements généraux point 9; encadré 3). Le recours à une aide visuelle permettrait à Marie de comprendre le rapport entre les avantages et les risques liés au dépistage par mammographie avant l'âge de 50 ans, tels que le surdiagnostic et les faux-positifs (Renseignements généraux, point 13; annexe 1).

Ses préoccupations pourraient également donner lieu

à une discussion sur les facteurs comportementaux démontrés comme contribuant à réduire le risque de cancer du sein, tels que l'abandon du tabagisme et l'activité physique (Renseignements généraux, point 2). Vous pourriez vous enquérir de sa volonté d'arrêter de fumer au cours des visites suivantes (Renseignements généraux, point 35). Si cette démarche est infructueuse, il serait peut-être utile de discuter d'un éventuel dépistage du cancer du poumon, si des ressources sont disponibles dans votre collectivité et si Marie remplit les critères énoncés dans les lignes directrices (Renseignements généraux, point 36).

Le dépistage du cancer de l'ovaire n'est pas recommandé, car il ne s'est pas révélé avantageux sur le plan de la mortalité (Renseignements généraux, point 41).

Louis

Pour répondre aux préoccupations de Louis, il faudrait lui expliquer que le dépistage du cancer de la prostate n'est pas recommandé sur la base des données dont on dispose à l'heure actuelle (Renseignements généraux, points 22-24). Étant donné que l'incidence du cancer de la prostate et la mortalité par ce cancer sont plus élevées chez les hommes de race noire, mais qu'il n'est pas démontré qu'un dépistage plus rapide présente plus d'avantages que d'inconvénients, vous pourriez lui fournir de l'information destinée aux patients et discuter de ses valeurs et de ses préférences (annexe 1).

Comme pour le dépistage du cancer du sein, il serait important de discuter des conséquences du surdiagnostic et des avantages possibles du dépistage du cancer de la prostate (Renseignements généraux, points 21-26). Un outil d'aide aux prises de décisions illustré serait utile (annexe 1). Après la discussion préalable à une prise de décision partagée, s'il veut toujours effectuer un dépistage, vous pourriez demander un dosage sérique de l'APS (Renseignements généraux, point 25).

Que conseilleriez-vous à Marie et à Louis s'ils avaient respectivement 74 ans et 72 ans, s'ils étaient globalement en bonne santé et si Marie avait arrêté de fumer?

Marie n'aurait plus besoin de passer régulièrement des tests de Pap après l'âge de 70 ans si les résultats de trois tests consécutifs étaient normaux dans les dix dernières années (Renseignements généraux, point 37). Comme elle a cessé de fumer, la pertinence d'un dépistage du cancer du poumon dépendrait de ses antécédents de tabagisme et de ses préférences personnelles (Renseignements généraux, point 36).

Le dosage sérique de l'APS ne serait pas recommandé quel que soit l'âge, mais une discussion en vue d'une prise de décision partagée garderait toute sa pertinence (Renseignements généraux, point 26). La prise de décision partagée serait également importante pour déterminer si Marie veut continuer les examens de dépistage du cancer du sein. Cette décision serait raisonnable si elle repose sur un choix éclairé et sur ses préférences personnelles (Renseignements généraux, point 13).

Marie et Louis resteraient tous deux candidats au dépistage du cancer du côlon (on a recours au TIF dans la plupart des provinces) (Renseignements généraux, point 27). Pendant la discussion sur le dépistage du cancer du côlon, il faudrait s'assurer que Marie et Louis comprennent le rapport risques/avantages compte tenu de leur âge, en prenant en considération les lignes directrices provinciales applicables (Renseignements généraux, point 28; annexe 1).

Cas numéro 2 : Annie, 48 ans

Quels renseignements supplémentaires seraient utiles pour déterminer son risque de syndrome du cancer familial (génétique)?

Il serait important de connaître en détail ses antécédents familiaux pour déterminer s'ils sont évocateurs d'un syndrome du cancer d'origine génétique et s'ils la rendent admissible à passer des analyses génétiques. Étant donné qu'Annie ne connaît pas encore en détail ces antécédents, il serait utile de lui donner un formulaire vierge à remplir, qu'elle pourra renvoyer ou rapporter à son prochain rendez-vous (feuillet destiné au patient). Il faudrait insister sur le fait qu'il est important de préciser le type de cancer et l'âge des membres de sa famille au moment du diagnostic, dans la mesure du possible (Renseignements généraux, points 42, 43).

Deuxième partie

Quels conseils donneriez-vous à Annie?

Une demande de consultation en génétique serait justifiée compte tenu de la prévalence des cancers liés au syndrome de Lynch dans la famille immédiate de sa mère (Renseignements généraux, points 42, 43; encadré 5).

Vous devriez discuter avec Annie du risque de cancer qui la concerne et des risques et des avantages liés à la réalisation d'un test de dépistage avant l'âge de 50 ans. Étant donné la prévalence du cancer dans sa famille, vous pourriez proposer à Annie de passer une coloscopie en attendant sa consultation en génétique (Renseignements généraux, points 43, 44). Il n'existe actuellement aucune donnée probante en faveur de l'échographie pelvienne, du dosage de l'antigène CA-125 ou de la biopsie endométriale périodique dans le cadre du dépistage des anomalies de l'ovaire ou de l'endomètre,

mais les patientes doivent rester à l'affût des symptômes (Renseignements généraux, point 41; tableau 2).

Troisième partie – six mois plus tard

Comment organiseriez-vous les examens de dépistage du cancer chez Annie?

Si elle n'a pas encore effectué de coloscopie, il faudrait insister sur l'importance d'un dépistage plus fréquent du CCR, maintenant que sa prédisposition génétique est confirmée (Renseignements généraux, point 44; tableau 2). Cela aurait également des implications pour sa fille, qui pourrait être admissible à une analyse génétique maintenant que le diagnostic d'Annie est confirmé (encadré 5). Il faudrait passer en revue et expliquer les recommandations des lignes directrices concernant la prise en charge du syndrome de Lynch (Renseignements généraux, points 44, 45; tableau 2).

Comme elle ne prévoit pas d'avoir d'autres enfants, une hystérectomie complète prophylactique permettrait de se dispenser de la surveillance des symptômes du cancer de l'endomètre et des ovaires (Renseignements généraux, points 41b, 45).

Vous devriez convenir que ces éléments d'information et ce calendrier de dépistage peuvent paraître écrasants pour Annie.

Si son désarroi le justifie, vous pourriez envisager de reprendre contact avec le conseiller en génétique pour qu'il lui explique de manière plus approfondie le diagnostic, les répercussions pour sa fille et les recommandations en matière de dépistage. Pour en savoir plus à ce sujet, voir le module du PABP intitulé « Facteurs génétiques chez l'adulte : évaluation du risque » (août 2019).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **members.fmpe.org/modulefeedback**.

Auteure : **Loredana Di Santo, M.D., CCMF, FCMF**
Médecin de famille
Maple, Ontario

Réviseures : **Guylène Thériault, M.D., CCM**
Médecin de famille
Gatineau, Québec

Lisa Del Giudice, M.D., CCMF
Médecin de famille
Toronto, Ontario

Rédactrice médicale en chef :
Elizabeth Shaw, M.D., CCMF (médecine des toxicomanies), FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules : **Meghan Lofft, B. Sc., M. Sc.S.**
Hamilton, Ontario

Réviseure : **Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Paul Cervenko (Kingston, Ontario), Carolyn Nowry (Calgary, Alberta) et Poornima Sathi (Saskatoon, Saskatchewan) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes du PABP facilités par Natalie Ward (Calgary, Alberta), Amanda Tzenov (St. John's, Terre-Neuve) et Heather Smith (Prince George, Colombie-Britannique), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

Divulgation des conflits d'intérêts :

Loredana Di Santo, Elizabeth Shaw et Meghan Lofft n'en ont déclaré aucun.

Guylène Thériault est membre non rémunéré du Groupe d'étude canadien et a reçu des honoraires pour son rôle en tant que codirectrice des soins primaires au sein de l'organisme Choisir avec soin.

Lisa Del Giudice reçoit une allocation mensuelle en

tant que directrice régionale des soins primaires en cancérologie du Programme régional de cancérologie de Toronto d'Action Cancer Ontario. Elle est aussi cochercheuse dans le cadre des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni les programmes d'apprentissage basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en mai 2023.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : members.fmpe.org/.

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude sont peu susceptibles d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risques de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives multicentriques randomisées d'envergure et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, études de cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou la uniques. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuels ou de séries de cas. • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des données probantes appuyant une question précise est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé.

Sources :

1) Qualité des données probantes selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : https://canadiantaskforce.ca/methodologie/grade/?lang=fr.

2) Définitions des grades selon l'US Preventive Services Task Force. Mai 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

GRADE DES RECOMMANDATIONS

Force de la recommandation*	Formulation habituelle dans la ligne directrice	Pour le clinicien	À l'intention du patient
Forte	« L'organisme recommande… »	La plupart des personnes devraient/ne devraient pas bénéficier du plan d'action de la recommandation.	La plupart des patients dans cette situation aimeraient suivre la mesure recommandée et seul un petit nombre ne le ferait pas.
Conditionnelle	« L'organisme suggère… »	Des choix différents conviendraient à différents patients, selon leur situation clinique, leurs valeurs/ préférences et la qualité des données probantes disponibles. Des facteurs contextuels comme le statut du remboursement des médicaments, le soutien financier et le soutien personnel, etc. entreront également en ligne de compte. Les outils d'aide aux prises de décisions peuvent être utiles dans ces situations.	La plupart des patients dans cette situation souhaiteraient bénéficier du plan d'action recommandé, mais de nombreux patients ne le souhaiteraient pas. Les cliniciens peuvent aider les patients à prendre des décisions en fonction de leurs valeurs, de leurs préférences et d'autres facteurs. Un outil officiel d'aide aux prises de décisions peut être utilisé.
***Remarque :** La force des recommandations d'un organisme dépend généralement de la qualité des données à l'appui, du juste équilibre entre les effets souhaitables et indésirables, des valeurs et préférences des patients et de l'utilisation judicieuse des ressources nécessaires à l'intervention.			

Sources :

1) Qualité des données probantes selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : https://canadiantaskforce.ca/methodologie/grade/?lang=fr.

2) Lignes directrices de pratique clinique de l'AGA sur la prise en charge de la colite ulcéreuse légère à modérée. 2019. https://www.gastrojournal.org/article/s0016-5085(18)35407-6/fulltext.

GRADES DE L'US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

Grade	Définition	Suggestions pour la pratique
A	L'USPSTF recommande le service. Il existe une forte certitude que l'avantage net est substantiel.	Proposer ou offrir ce service.
B	L'USPSTF recommande le service. Il existe une grande certitude quant au fait que l'avantage net est modéré, ou une certitude modérée quant au fait que l'avantage net est modéré à considérable.	Proposer ou offrir ce service.
C	L'USPSTF recommande de proposer ou d'offrir ce service de manière sélective aux patients en se fondant sur le jugement professionnel et les préférences du patient. Il existe une certitude à tout le moins modérée que l'avantage net est faible.	Proposer ou offrir ce service à certains patients, selon les circonstances individuelles.
D	L'USPSTF recommande de ne pas proposer ce service. Il existe une certitude modérée ou élevée que le service ne présente pas d'avantage net ou que les désavantages l'emportent sur les avantages.	Décourager le recours à ce service.
I Énoncé	L'USPSTF conclut que les données probantes actuelles sont insuffisantes pour déterminer le rapport entre les avantages et les méfaits liés à ce service. Les données probantes manquent, sont de mauvaise qualité ou contradictoires, et il est impossible de déterminer le rapport entre les avantages et les méfaits.	Lire la section des considérations cliniques de la déclaration de l'USPSTF sur les recommandations. Si un tel service est proposé, les patients doivent comprendre qu'il est difficile de déterminer le rapport entre les avantages et les méfaits.

NIVEAUX DE CERTITUDE À L'ÉGARD DE L'AVANTAGE NET D'APRÈS LE GROUPE D'ÉTUDE DE L'US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

Niveau de certitude*	Description
Élevé	Les données disponibles se composent généralement de résultats concordants issus d'études bien conçues et bien menées auprès de populations représentatives en soins primaires. Ces études ont pour objet d'évaluer les effets du service préventif sur les résultats en matière de santé. Il est donc peu probable que cette conclusion soit sensiblement modifiée par les résultats d'études à venir.
Modéré	Les données disponibles sont suffisantes pour pouvoir évaluer les effets du service préventif sur les résultats de santé, mais le degré de fiabilité des estimations est limité par des facteurs tels que : • le nombre, l'envergure ou la qualité des études individuelles; • la disparité des résultats d'une étude à l'autre; • le caractère difficilement généralisable des résultats à la pratique usuelle en soins primaires; • le manque de continuité dans la chaîne de données probantes. À mesure que de nouvelles données apparaissent, l'ampleur ou la direction de l'effet observé peut changer, et ce changement peut être assez significatif pour modifier la conclusion.
Faible	Les données disponibles sont insuffisantes pour pouvoir évaluer les effets sur les résultats en matière de santé. Les données probantes sont insuffisantes pour les raisons suivantes : • le nombre ou l'envergure limités des études; • des lacunes importantes au niveau de la conception ou de la méthodologie des études; • la disparité des résultats d'une étude à l'autre; • des lacunes dans la chaîne des preuves; • les résultats ne sont pas généralisables à la pratique usuelle en soins primaires; • manque d'information sur des résultats de santé pertinents. Un complément d'information permettrait d'estimer les effets sur les résultats de santé.
* L'USPSTF définit la certitude comme « la probabilité que l'évaluation de l'USPSTF concernant l'avantage net lié à un service préventif soit correcte ». Le bienfait net désigne l'avantage moins les désavantages liés à un service préventif tel qu'il est mis en œuvre auprès d'une population générale en soins primaires. L'USPSTF établit un niveau de certitude en fonction de la nature de l'ensemble des données probantes disponibles afin d'évaluer l'avantage net lié à un service préventif.	

Sources :

1) US Preventive Services Task Force: Grade Definitions. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf/methods-and-processes/grade-definitions

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. *Canadian cancer statistics 2019.* Toronto, ON: Canadian Cancer Society; 2019. https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2019-statistics/canadian-cancer-statistics-2019-en.pdf.
2. Canadian Cancer Statistics Advisory Committee in collaboration with the Canadian Cancer Society, Statistics Canada and the Public Health Agency of Canada. *Canadian cancer statistics 2021.* Toronto, ON: Canadian Cancer Society; 2021. https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2021-statistics/2021-pdf-en-final.pdf.
3. Brenner DR, Poirier A, Woods RR, Ellison LF, Billette JM, Demers AA, Zhang SX, Yao C, Finley C, Fitzgerald, N. Projected estimates of cancer in Canada in 2022. *CMAJ.* 2022;194:E601-E7. PMID 35500919
4. Hwee J, Bougie E. *Do cancer incidence and mortality rates differ among ethnicities in canada?* Statistics Canada; 2021. https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2021008/article/00001-eng.pdf?st=CrCEEmg2.
5. He Y, Si Y, Li X, Hong J, Yu C, He N. The relationship between tobacco and breast cancer incidence: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Front Oncol.* 2022;12:961970. PMID 36185316
6. Poirier AE, Ruan Y, Volesky KD, King WD, O'Sullivan DE, Gogna P, Walter SD, Villeneuve PJ, Friedenreich CM. The current and future burden of cancer attributable to modifiable risk factors in Canada: summary of results. *Preventive Medicine.* 2019;122:140-147. PMID 31078167
7. Xu CX, Zhu HH, Zhu YM. Diabetes and cancer: associations, mechanisms, and implications for medical practice. *World J Diabetes.* 2014;5:372-80. PMID 24936258
8. American Cancer Society. *Cancer facts & figures for African American/ Black people 2022-2024.* Atlanta, GA: American Cancer Society; 2022. https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-african-americans/2022-2024-cff-aa.pdf.

9. Tini G, Sarocchi M, Tocci G, Arboscello E, Ghigliotti G, Novo G, Brunelli C, Lenihan D, Volpe M, Spallarossa P. Arterial hypertension in cancer: the elephant in the room. *Int J Cardiol.* 2019;281:133-139. PMID 30718135

10. Frey T, Young R. Correct and preferred usage. In: American Medical Association, 10th ed. *AMA manual of style: a guide for authors and editors.* Online: Oxford University Press; 2020.

11. Dryden O, Nnorom O. Time to dismantle systemic anti-Black racism in medicine in Canada. *CMAJ.* 2021;193:E55-E7. PMID 33431548

12. Ezeife DA, Padmore G, Vaska M, Truong TH. Ensuring equitable access to cancer care for Black patients in Canada. *CMAJ.* 2022;194:E1416-9. PMID 36280246

13. Giaquinto AN, Miller KD, Tossas KY, Winn RA, Jemal A, Siegel RL. Cancer statistics for African American/Black people 2022. *CA Cancer J Clin.* 2022;72:202-29. PMID 35143040

14. Zha N, Alabousi M, Patel BK, Patlas MN. Beyond universal health care: barriers to breast cancer screening participation in Canada. *J Am Coll Radiol.* 2019;16:570-9. PMID 30947889

15. Thériault G, Bell NR, Grad R, Singh H, Szafran O. Teaching shared decision making: an essential competency. *Can fam phys.* 2019;65:514-6. PMID 31300437

16. Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database syst rev.* 2017. PMID 28402085

17. Haesebaert J, Adekpedjou R, Croteau J, Robitaille H, Légaré F. Shared decision-making experienced by Canadians facing health care decisions: a web-based survey. *CMAJ Open.* 2019;7:E210-E6. PMID 30948650

18. Canadian Partnership Against Cancer. *Breast cancer screening in Canada: 2019/2020 environmental scan.* Toronto,ON: Canadian Partnership Against Cancer; 2021. https://s22457.pcdn.co/wp-content/uploads/2021/01/breast-cancer-screening-environmental-scan-2019-2020-Jan132021-EN.pdf.

19. Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M, Doull M, Courage S, Garcia AJ, Thombs BD. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40-74 years who are not at increased risk for breast cancer. *CMAJ.* 2018;190:E1441-E51. PMID 30530611

20. Hermann N, Klil-Drori A, Angarita FA, Westergard S, Freitas V, Scaranelo A, McCready DR, Cil TD. Screening women at high risk for breast cancer: one program fits all? Subgroup analysis of a large population high risk breast screening program. *Breast Cancer Res Treat.* 2020;184:763-70. PMID 32851453

21. Nelson HD, Pappas M, Zakher B, Mitchell JP, Okinaka-Hu L, Fu R. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer in women: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med.* 2014;160:255-66. PMID 24366442

22. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, Davidson KW, Doubeni CA, Ebell M. et al. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2018;319:1901-13. PMID 29801017

23. Otiono K NB, Olaiya O, Pierre S. Prostate cancer screening in Black men in Canada: a case for risk-stratified care. *CMAJ.* 2022;194:E1411-5. PMID 36280242

24. Stern N, Ly TL, Welk B, Chin J, Ballucci D, Haan M, Power N. Association of race and ethnicity with prostate cancer–specific mortality in Canada. *JAMA Netw Open.* 2021;4:e2136364. PMID 34932109

25. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ.* 2014;186:1225-34. PMID 25349003

26. Tikkinen KAO, Dahm P, Lytvyn L, Heen AF, Vernooij RWM, Siemieniuk RAC, Wheeler R, Vaughan B, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a clinical practice guideline. *BMJ.* 2018;362:k3581. PMID 30185545

27. Fenton JJ, Weyrich MS, Durbin S, Liu Y, Bang H, Melnikow J. Prostate-specific antigen-based screening for prostate cancer: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018;319:1914-31. PMID 29801018

28. Mason RJ, Marzouk K, Finelli A, et al. UPDATE–2022 Canadian Urological Association recommendations on prostate cancer screening and early diagnosis: endorsement of the 2021 Cancer Care Ontario guidelines on prostate multiparametric magnetic resonance imaging. *Can Urol Assoc J.* 2022;16:e184-e196. PMID 35358414

29. Rendon RA, Mason RJ, Marzouk K, Finelli A, Saad F, So A, Violette PD, Breau RH. Canadian Urological Association recommendations on prostate cancer screening and early diagnosis. *Can Urol Assoc J.* 2017;11:298. PMID 29381452

30. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *CMAJ.* 2016;188:340-8. PMID 26903355

31. Kalyta A, De Vera MA, Peacock S, Telford JJ, Brown CJ, Donnellan F, Gill S, Loree JM. Canadian colorectal cancer screening guidelines: do they need an update given changing incidence and global practice patterns? *Curr Oncol.* 2021;28:1558-70. PMID 33919428

32. Rabeneck L, Rumble RB, Thompson F, Mills M, Oleschuk C, Whibley A, Messersmith H, Lewis N. Fecal immunochemical tests compared with guaiac fecal occult blood tests for population-based colorectal cancer screening. *Can J of Gastroenterol.* 2012;26:486328. PMID 22408764

33. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, Donahue KE, Doubeni CA, et al. Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2021;325:1965-77. PMID 34003218

34. Leddin DJ, Enns R, Hilsden R, Plourde V, Rabeneck L, Sadowski DC, Signh H. Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer: 2010. *Can J Gastroenterol.* 2010;24:705-14. PMID 21165377

35. Leddin D, Lieberman DA, Tse F, Barkun AN, Abou-Setta AM, Marshall JK, Samadder NJ, Singh H, et al. Clinical practice guideline on screening for colorectal cancer in individuals with a family history of nonhereditary colorectal cancer or adenoma: the Canadian Association of Gastroenterology Banff consensus. *Gastroenterology.* 2018;155:1325-1347. PMID 30121253

36. Canadian Cancer Society. *Risk factors for colorectal cancer*. Toronto, ON: Canadian Cancer Society; 2018. https://cancer.ca/en/cancer-information/cancer-types/colorectal/risks.

37. Chaput G, Del Giudice ME, Kucharski E. Cancer screening in Canada: what's in, what's out, what's coming. *Can Fam Physician.* 2021;67:27-9. PMID 33483392

38. Canadian Cancer Statistics Advisory Committee. *Canadian cancer statistics: a 2020 special report on lung cancer.* Toronto, ON: Canadian Cancer Society; 2020. https://tinyurl.com/bdk3v2ah.

39. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for lung cancer. *CMAJ.* 2016;188:425-32. PMID 26952527

40. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ.* 2013;185:35-45.

41. Doleeb Z, Tesfaye M, Selk A, Dunn S, Maxwell C. The pandemic and cervical cancer screening: is it finally time to adopt HPV self-swabbing tests in Canada? *Can Fam Physician.* 2022;68:90-2. PMID 35177494

42. Phillips SP, Bates S, Mavriplis C, Greiver M, Patel T, Hayes MJ, Dickinson JA. Cervical cancer screening for young women: first do no harm. *Can Fam Physician.* 2020;66:14-8.

43. Melnikow J, Henderson JT, Burda BU, Senger CA, Durbin S, Weyrich MS. Screening for cervical cancer with high-risk human papillomavirus testing: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018;320:687-705. PMID 30140883

44. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Ovarian cancer 2013 critical appraisal report.* Ottawa, ON: Canadian Task Force on Preventative Health Care; 2013. https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/05/2013-ovarian-cancer-en.pdf.

45. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, Epling JW, Kemper AR, et al. Screening for ovarian cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2018;319:588-594. PMID 29450531

46. Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, Singh N, Ryan A, Karpinskyj C, Carlino G, Taylor J, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2021;397:2182-93. PMID 33991479

47. Egoavil C, Alenda C, Castillejo A, Paya A, Peiro G, Sánchez-Heras AB, Castillejo MI, Rojas E, et al. Prevalence of Lynch syndrome among patients with newly diagnosed endometrial cancers. *PLoS one.* 2013;8:e79737. PMID 24244552

48. Morrison S, Allanson J, Tomiak E, Semotiuk K, Carroll J. *Lynch syndrome: hereditary colorectal cancer syndrome.* Genetics Education Canada–Knowledge Organization; 2019. https://geneticseducation.ca/resources-for-clinicians/cancer-genomics/lynch-syndrome-colorectal-and-endometrial/gecko-deep-dive-formerly-messenger-content-will-be-the-same-but-rebranded?highlight=WyJseW5jaCJd.

49. Toward Optimized Practice (TOP) Working Group for Colorectal Cancer Screening. *Colorectal cancer screening: clinical practice guideline.* Edmonton, AB: Toward Optimized Practice; 2020. https://actt.albertadoctors.org/media/zrwey5ui/colorectal-cancer-screening-guideline.pdf.

50. Giardiello FM, Allen JI, Axilbund JE, Boland CR, Burke CA, Burt RW, Church JM, Dominitz JA, et al. Guidelines on genetic evaluation and management of Lynch syndrome: a consensus statement by the US Multi-society Task Force on colorectal cancer. *Gastroenterology.* 2014;147:502-26. PMID 25043945

51. Tinmouth J ZC, Gryfe R, Carroll J, Baxter N, McCurdy B, Ferguson S. *Cancer screening for persons at risk or affected with lynch syndrome evidence* summary. Program in Evidence-Based Care, Cancer Care Ontario; 2018. https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/full/pebc%2015-16es_0.pdf.

52. Vasen HF, Moeslein G, Alonso A, Aretz S, Bernstein I, Bertario L, Blanco I, Bülow S, et al. Guidelines for the clinical management of familial adenomatous polyposis (FAP). *Gut.* 2008;57:704-13. PMID 18194984

53. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, Doubeni CA, Epling JW Jr., et al. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for

ANNEXE 1. Outils d'aide aux prises de décisions partagées en matière de dépistage du cancer

SEIN
GÉCSSP : Outil d'aide aux prises de décisions concernant le cancer du sein Faites défiler le menu vers le bas jusqu'à la rubrique « Outils » sur le côté droit de la page et consultez une variété d'outils d'aide aux prises de décisions adaptés à l'âge.
PROSTATE
DocMikeEvans sur YouTube : Dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)
GÉCSSP : Cancer de la prostate - Outil de dépistage auprès de 1000 personnes
Recommandation rapide du BMJ : outils d'aide aux prises de décisions Cliquer sur « Decision Aids » (dans un navigateur Web) ou sur l'icône [téléphone intelligent] dans le bandeau horizontal gris.
CANCER COLORECTAL (ET SYNDROME DE LYNCH)
Centre d'éducation en génétique canadien – Connaissances organisées : Outil d'évaluation du risque de cancer colorectal permettant de reconnaître les patients les plus susceptibles de bénéficier de conseils génétiques
Toward Optimized Practice (AB) : Dépistage du cancer colorectal – Résumé des lignes directrices pour la pratique clinique
Centre d'éducation en génétique canadien – Connaissances organisées : Sommaire sur le syndrome de Lynch

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS. N'hésitez pas à reproduire et à faire circuler ce feuillet.

Cancer héréditaire : Questionnaire sur les antécédents familiaux

QU'EST-CE QUE LE CANCER HÉRÉDITAIRE?

La plupart des familles sont exemptes de cancer héréditaire. Parfois, la mutation d'un gène qui fait augmenter le risque de cancer peut se transmettre d'une génération à la suivante. Toutes les personnes porteuses de la mutation génétique ne présenteront pas forcément un cancer. Dans les familles où le cancer est héréditaire, plusieurs membres de la famille peuvent avoir été touchés par le cancer à un jeune âge.

ARBRE GÉNÉALOGIQUE

Utilisez ce modèle pour noter les cas de cancer dans votre famille. Remplissez les cases au mieux de vos connaissances.

Pour les membres de votre famille dont le cancer a été diagnostiqué, veuillez préciser :

- Le type de cancer diagnostiqué
- L'âge au moment du diagnostic
- La personne est-elle en vie, ou l'âge auquel elle est décédée

EXEMPLE :

SŒUR	TANTE	GRAND-MÈRE
Sein, à 42 ans, en vie	Sein, à 57 ans, décédée à 63 ans	Sein, à 54 ans, décédée à l'âge de 58 ans

FRÈRE(S):

MOI
Âge ____

SŒUR(S) :

PATERNEL(LE)(S)

COUSIN(E)(S) :

TANTE/ONCLE(S) :

PÈRE

GRAND-PÈRE

GRAND-MÈRE

MATERNEL(LE)(S)

COUSIN(E)(S) :

MÈRE

TANTE/ONCLE(S) :

GRAND-PÈRE

GRAND-MÈRE

© La Fondation pour l'éducation médicale continue **www.fmpe.org**

Mai 2023

Ces renseignements sont fondés sur un document publié par BC Cancer, Provincial Health Services Authority, « Does Cancer Run in My Family? » (sept. 2021).
Disponible au http://www.bccancer.bc.ca

La Fondation pour l'éducation médicale continue