

## Guideline

# Check-up

**Créé par:** Corinne Chmiel, Felix Huber, Uwe Beise

**Dernière révision:** 07/2021 / **Dernier changement:** 06/2023

**PDF erstellt am:** 20.05.2024

**Link:** <https://www.medix.ch/fr/connaissances/guide-des-bonnes-pratiques/check-up/>

# Index

- 1. La liste des contrôles médicaux/des check-up en survol (par ordre alphabétique)**
- 2. Généralités**
  1. Qu'est-ce que le check-up?
  2. Point de vue du patient
  3. Examens préventifs et conseils sur le mode de vie
- 3. Examens préventifs pour la détection des facteurs de risque/maladies cardiovasculaires**
  1. Mesure de la tension artérielle
  2. Détermination de l'IMC
  3. Détermination du cholestérol
  4. Détermination de la glycémie
  5. Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale
- 4. Examens préventifs pour la détection précoce de tumeurs malignes**
  1. Cancer du col de l'utérus: frottis (prélèvement cervico-utérin), test HPV
  2. Cancer du sein: palpation des seins, mammographie
  3. Cancer de la prostate: détermination PSA, palpation rectale
  4. Mélanome: inspection de la peau
  5. Cancer du côlon: recherche de sang occulte dans les selles, coloscopie
  6. Cancer du poumon: scanner à faible dose (LDCT)
- 5. Ostéoporose: quand faire une ostéodensitométrie?**
- 6. Dépistage du glaucome: utile ou non?**
- 7. Dépistage des hépatites B et C**
- 8. Littérature**
- 9. Mentions légales**

## Mise à jour 12/2022

- Cette guideline a été entièrement revue et son actualité a été vérifiée
- En général, le screening du diabète est désormais possible avec l'Hba1c seule, une prise de sang à jeun n'est donc plus nécessaire
- Dépistage du glaucome: les intervalles ont été mis à jour
- Dépistage du cancer du côlon: réévaluation de la coloscopie et du test de selles FIT et modification des intervalles de contrôle
- Dépistage du cancer de la prostate: les patients présentant des symptômes mictionnels obstructifs ne sont pas des candidats privilégiés pour un screening du PSA
- De nouvelles recommandations ont été ajoutées concernant l'hépatite B et C et le cancer du poumon.

## Remarque préliminaire

Une revue systématique (1) a montré que les examens préventifs sont de plus en plus acceptés et utilisés par la population grâce à l'offre de ces bilans de santé. De nombreuses personnes en bonne santé, mais préoccupées par leur santé, sont favorables aux check-up et y ont recours. Toutefois, les avantages et les désavantages de tels bilans de santé doivent être pris en considération et remis en question, et les patients doivent être conseillés en conséquence (57).

## 1. La liste des contrôles médicaux/des check-up en survol (par ordre alphabétique)

Examen	Qui?	A partir de quand	A quelle fréquence?
<b>Anévrisme de l'aorte</b> (Sonographie)	Hommes avec <b>facteurs de risque</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumeur (ex-fumeur)</li> <li>• Fréquence familiale</li> <li>• Maladie vasculaire grave (par ex. PAVK, maladie coronarienne)</li> <li>• Ev. femmes qui fument (évidence incertaine)</li> </ul>	65–75 ans	Examen unique
<b>Cancer colorectal (sang occulte)</b> N'utiliser que le test immunologique quantitatif des selles (OC Sensor)	Chez les hommes et les femmes s'ils sont prêts à subir une coloscopie en cas de résultat positif	A partir de 50 ans	Tous les 2 ans
<b>Cancer colorectal (coloscopie)</b>	Hommes et femmes	A partir de 50 ans	Répéter après 10 ans en cas de résultat normal (jusqu'à 75 ans)
	<b>Patients à risque</b> Au moins 1 parent direct avec un cancer colorectal ou adénome si diagnostiqué avant l'âge de 60 ans  Cancer colorectal héréditaire dans la famille (FAP, syndrome de Lynch)  Colite ulcéreuse, maladie de Crohn	A partir de 40 ans (ou 10 ans avant l'âge de l'affection du parent)  Stratification du risque en fonction du diagnostic génétique moléculaire  Après une durée d'env. 8–10 ans de la maladie	Tous les 5 ans  Individuellement  Tous les 1-3 ans en fonction du degré d'inflammation et de la localisation
<b>Cancer de la peau</b>	Due à l'évidence incertaine pas de recommandations		
<b>Cancer de la prostate</b> (détermination PSA)  → <a href="#">mediX Guideline Cancer de la prostate et screening PSA*</a>	<u>Hommes sans facteurs de risque</u> <b>Pas</b> de recommandation générale Uniquement sur demande expresse du patient et après information sur les avantages et les risques	A partir de 50 ans	Individuellement
	<u>Hommes avec prédisposition héréditaire</u> 1 parent direct < 65 ans atteint d'un carcinome pertinent ou plusieurs parents au premier degré atteints d'un carcinome pertinent ( indép. de l'âge)	A partir de 50 ans ou 10 ans avant le diagnostic chez le parent Cesser à > 70 ans	Individuellement

<b>Cancer du col de l'utérus</b>  Frottis PAP Test HPV	Femmes sexuellement actives	A partir de 21 ans  A partir de 30 ans (ev. comme alternative au frottis, coûts <b>non</b> pris en charge par l'assurance de base)	Tous les 3 ans (jusqu'à 70 ans)  Tous les 5–10 ans (intervalle controversé)
<b>Cancer du poumon</b> (Low dose CT)	Patients à risque (fumeurs, ex-fumeurs) Uniquement dans le cadre de programmes organisés (pas encore établis)	A partir de 55 ans	Pas encore établi
<b>Cancer du sein</b> (dépistage par mammographie)	Chez les femmes sans FR <u>Pas</u> de recommandation générale (individuellement après information sur les avantages et les risques selon notre dossier santé) <u>Détection précoce du cancer du sein*</u> , <u>visualisation*</u>	A partir de 50 ans	Tous les 2 ans
	En cas de risque élevé (prédisposition héréditaire)	A partir de 40 ans (individuellement)	Tous les 2 ans
	En cas de gène connu du cancer du sein (BRCA1/BRCA2)	A partir de 30 ans	Annuellement
<b>Dépistage du diabète</b> (HbA1c) → <u>mediX GL Diabète*</u>	Hommes et femmes sans FR cv.	A partir de 40 ans	Tous les 3 ans
	Adultes asymptomatiques obèses/en surpoids	A partir de 35 ans	Tous les 3 ans
	Avec <b>FR cv.</b> <sup>1</sup>	A partir du diagnostic	Tous les 1–3 ans en fonction des FR
<b>Dépistage du glaucome</b> (chez l'ophtalmologue) → <u>mediX GL Problèmes oculaires en soins primaires*</u>	Hommes et femmes sans FR	A partir de 45–50 ans	Tous les 5 ans (jusqu'à 70 ans)
	<b>Patients à risque</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnèse familiale positive</li> <li>• Hypertension oculaire (&gt; 21 mmHg)</li> <li>• Myopie (&gt; –2 dpt)</li> <li>• Hypermétropie (&gt; +3 dpt)</li> <li>• Traitement stéroïdien à long terme</li> <li>• Maladies internes: apnée obstructive, hypotension artérielle persistante (&lt; 90/60 mmHg)</li> </ul>	A partir de 30 ans	Individuellement

<b>Hépatite B et C</b> -> <a href="#">mediX GL Hépatite*</a>	<b>Hep B:</b> personnes à risque <sup>2</sup> , toutes les personnes nées en Asie, Afrique ou aux Balkans <b>Hep C:</b> personnes à risque <sup>2</sup> ainsi que les hommes et les femmes <b>nés entre 1950 et 1985</b> , en particulier les immigrés de première génération d'Italie et d'Espagne		Individuellement selon leur comportement à risque
<b>Mesure de la tension artérielle</b> -> <a href="#">mediX GL Hypertension*</a>	Tous les hommes et toutes les femmes	A partir de 18 ans A partir de 40 ans	Tous les 3–5 ans Annuellement
	Avec facteurs de risque (FR) et tension artérielle légèrement élevée	Dès le diagnostic du FR ou de la tension artérielle légèrement élevée	Annuellement
<b>Mesure du cholestérol</b> (C total, HDL, LDL, TG) -> <a href="#">mediX GL Hyperlipidémie*</a>	Hommes et femmes Sans FR cv. <sup>1</sup>	Hommes > 40 ans Femmes > 50 ans ou post-ménopausées ≥ 75 ans plus de screening	Tous les 5 ans (en cas de risque faible selon GSLA) Tous les 2–5 ans (en cas de risque intermédiaire)
	Patients avec FR cv. <sup>1</sup>	Dès le diagnostic du FR ou de la maladie coronarienne	Individuellement
<b>Ostéoporose</b> (densitométrie) -> <a href="#">mediX GL Ostéoporose*</a>	Dépistage général non recommandé <b>Femmes:</b> uniquement en cas de risque spécifique selon le risque de fracture à 10 ans adapté à l'âge selon FRAX	A partir de 65 ans	Individuellement
<b>Vaccinations</b>	Penser à vérifier le statut vaccinal -> voir <a href="#">OFSP plan de vaccination*</a> , <a href="#">Factsheet vaccinations*</a>		
<b>Facteurs de risque comportementaux</b>			
Tabac Alcool Consommation de drogues Activité physique Alimentation Comportement sexuel Work-life-balance (équilibre travail/vie privée) Tuberculose chez les migrants	Tous Tous Tous IMC > 25 kg/m <sup>2</sup> und 1 FR cv. IMC > 25 kg/m <sup>2</sup> und 1 FR cv. Population à risque -> <a href="#">GL STI*</a> Tous -> <a href="#">GL Médecine migratoire*</a>	A partir de 18 ans	Individuellement lors du check-up
Obésité		A partir de 6 ans	
Exposition au soleil	Nourissons, enfants, adolescents voire leurs parents (information sur l'exposition aux rayons UV)		
Les <b>encadrés et les visualisations mediX</b> sur les avantages et les risques des examens médicaux peuvent également être utiles lors du conseil aux patients -> <a href="#">faits médicaux expliqués de manière compréhensible*</a>			
<sup>1</sup> <b>FR cv. (facteurs de risque cardiovasculaires)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hypertension</li> <li>Dyslipidémie</li> <li>IMC &gt; 27 kg/m<sup>2</sup>, ev. &gt; 23 kg/m<sup>2</sup> en cas d'origine asiatique</li> <li>IFG/ou HbA1c 6,0–6,4 % à l'anamnèse</li> <li>Anamnèse familiale positive</li> <li>Statut après diabète gestationnel ou poids de naissance d'un enfant &gt; 4'100 g  </li> <li>Syndrome des ovaires polykistiques (SOPK)</li> </ul>		<sup>2</sup> <b>Patients à risque hépatite B/C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consommation actuelle de drogues</li> <li>Promiscuité et und HSH</li> <li>Tatouages et piercings appliqués de manière non stérile</li> <li>Receveurs de produits sanguins avant 1992</li> <li>Femmes enceintes</li> <li>Personnes séropositives</li> <li>(Anciens) détenus en prison</li> <li>Patients ayant subis des interventions médicales dans des pays avec hygiène insuffisante</li> <li>Personnes originaires de pays à forte endémie</li> </ul>	

\* [mediX Guideline Cancer de la prostate et screening PSA](#), [Détection précoce du cancer du sein](#), [visualisation](#), [mediX GL Diabète](#), [mediX GL Problèmes oculaires en soins primaires](#), [mediX GL Hépatite](#), [mediX GL Hypertension](#), [mediX GL Hyperlipidémie](#), [mediX GL Ostéoporose](#), [OFSP plan de vaccination](#), [Factsheet vaccinations](#), [GL STI](#), [GL Médecine migratoire](#), [faits médicaux expliqués de manière compréhensible](#)

**Remarque:** les recommandations de prévention fondées sur des données probantes d'EviPrev se trouvent [ici](#).

## 2. Généralités

### 2.1. Qu'est-ce que le check-up?

- Par check-up on entend un examen général périodique chez des personnes qui se sentent en bonne santé parce qu'elles n'ont point de symptômes ni aucun trouble. Ce bilan de santé est donc un examen préventif périodique qui vise avant tout à **détecter précocement des maladies jusqu'alors asymptomatiques**
- Les tests de dépistage peuvent faire partie du check-up. Il s'agit de procéder à un examen approprié au moyen de tests spécifiques chez les personnes présentant certaines caractéristiques de risque (57)
- Le check-up comprend l'anamnèse, les examens cliniques, les examens de laboratoire et d'autres examens instrumentaux. Les examens à entreprendre dépendent entre autres de l'anamnèse personnelle, des antécédents familiaux et des facteurs de risque individuels. Le programme de base doit être complété en fonction des besoins (voir la liste des check-up au chap. 1 et les chapitres suivants).

#### Les examens suivants ne sont pas utiles

- Radiographie thoracique régulière chez les fumeurs
- Examen de l'urine
- Détermination des marqueurs tumoraux
- ECG de repos, ECG d'effort, ergométrie (57)
- Echographie de l'abdomen (sauf AAA)
- Examen de la fonction pulmonaire (sauf pour renforcer la motivation à l'arrêt du tabac)

- Echographie duplex carotidienne (55)
- Scanner cardiaque, „score calcique“ (63).

## 2.2. Point de vue du patient

- Les personnes asymptomatiques qui viennent en consultation désirant un check-up cherchent à se faire confirmer qu'elles sont en bonne santé. Les patients ont souvent une motivation particulière pour un tel check-up. Les personnes qui se soumettent régulièrement à un bilan de santé sont persuadées qu'elles font quelque chose de bon pour leur santé (2), surtout lorsqu'il s'agit d'exams appareillés (3)
- Beaucoup de patients attendent l'utilisation de techniques médicales modernes lors du check-up (4), mais rares sont ceux qui sont uniquement motivés par l'évaluation de leur santé (5). La plupart des patients ont des objectifs et attentes divers du médecin (6). Souvent, les motifs réels restent inexprimés s'ils ne sont pas demandés („**hidden agenda**“/agenda caché) (7). Les motifs fréquents des bilans de santé sont des troubles anxieux, le désir de prévention suite à une maladie grave d'un parent proche, le souhait d'un test VIH – ou justement des plaintes concrètes qui ne sont toutefois articulées que lorsqu'on les demande.

### mediX recommande

- Lors de l'anamnèse, la première chose à faire est d'exclure ou d'identifier un „agenda caché“.

## 2.3. Examens préventifs et conseils sur le mode de vie

- Les **conseils élaborés sur le mode de vie** visant à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique supposent une sélection en fonction des facteurs de risque cardiovasculaires: les personnes à risque peuvent en principe bénéficier d'interventions en matière de mode de vie (→ USPSTF, degré de recommandation B). Chez les patients sans facteurs de risque cardiovasculaires, il convient de décider individuellement si un conseil détaillé est utile (USPSTF, degré de recommandation C).

## 3. Examens préventifs pour la détection des facteurs de risque/maladies cardiovasculaires

### 3.1. Mesure de la tension artérielle

#### Contexte

- L'hypertension est l'un des principaux facteurs de risque cardiovasculaires. Un traitement efficace de l'hypertension implique une intervention préventive qui permet de réduire considérablement la morbidité et la mortalité cardiovasculaires (-> [mediX GL Hypertension](#)).

#### **mediX recommande**

- La mesure de la tension artérielle est recommandée en tant que dépistage de l'hypertension chez tous les adultes entre 18 et 40 ans tous les 3 à 5 ans, en cas de facteurs de risque existants (surtout l'obésité) et généralement à partir de 40 ans des contrôles annuels (si cela n'est pas fait en mesure à domicile) (-> [USPSTF](#)).

### 3.2. Détermination de l'IMC

#### Contexte

- Le contrôle régulier de la taille et du poids et la détermination de l'IMC sont proposés par USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) en cas d'obésité ( $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ) – mais uniquement en association avec des conseils pour perdre du poids (8). Toutefois, rares sont ceux qui parviennent à perdre du poids à long terme. Il n'est pas prouvé que la morbidité et la mortalité de l'obésité s'en trouvent réduites. Les conseils en matière d'obésité peuvent toutefois avoir un effet positif sur d'autres facteurs de risque cardiovasculaires comme l'hyperlipidémie, l'hypertension et le contrôle de la glycémie en cas de diabète de type 2 – et donc sur l'état de santé du patient obèse.

**Remarques:** l'IMC n'est qu'une mesure très approximative de la masse grasseuse avec un quotient de corrélation entre 0,4 et 0,7. Chez les personnes en surpoids ( $25 \text{ à } 29,9 \text{ kg/m}^2$ ), l'ICM seul n'est pas un bon indicateur du risque pour la santé et ne justifie pas à lui seul une recommandation de perte de poids. Les facteurs de risque associés doivent toujours être pris en compte et l'indication de traitement

doit dépendre du risque global (9).

**Notez:** les personnes en surpoids ont un risque accru pour certaines maladies et un risque réduit ou inchangé pour d'autres. Dans la catégorie IMC 25 à 29,9 kg/m<sup>2</sup> le tour de taille a une valeur informative plus haute en ce qui concerne le risque métabolique ou cardiovasculaire (9).

#### mediX recommande

- L'IMC doit être mesuré chez les personnes obèses lorsqu'une réduction de poids est envisagée, puis contrôlée selon une procédure convenue avec le patient (par ex. perdre 1 kg/mois et faire plus d'exercice).

### 3.3. Détermination du cholestérol

#### Contexte

- L'hypercholestérolémie chronique est un facteur de risque de maladie coronarienne, d'infarctus du myocarde et d'apoplexie. En fonction du risque individuel, le traitement anti-cholestérol par statines peut réduire le nombre d'événements cardiovasculaires.

#### mediX recommande

- Le C total, le HDL-C, le LDL-C et les triglycérides doivent être déterminés
  - **Chez les hommes asymptomatiques > 40 ans, les femmes > 50 ans ou post-menopausées**
- **Dépistage tous les 5 ans en cas de risque faible, tous les 2-5 ans en cas de risque intermédiaire**
  - > 75 ans, le dépistage ne devrait plus être effectué
  - En présence d'autres facteurs de risque cardiovasculaires ou de maladies cv. fréquentes/précoces en famille, la détermination du cholestérol est utile indépendamment de l'âge (-> détails voir [mediX GL Hyperlipidémie, 2020](#)). Recommandations actuelles pour la **prévention primaire** avec des statines -> [USPSTF](#).

### 3.4. Détermination de la glycémie

#### Contexte

- 3–4 % de la population suisse souffrent de diabète de type 2. La maladie passe par une longue phase préclinique et n'est donc souvent remarquée qu'assez tard
- Un bon contrôle de la glycémie avec des taux d'HbA1c proches ou inférieurs à 7 % peut retarder ou même empêcher des lésions microvasculaires tardives
- Il a entretemps été démontré que le screening de la glycémie chez les personnes en surpoids/obèses ainsi que chez les patients avec des facteurs de risque (voir ci-dessous) est utile (11, 42). Pour les personnes de poids normal sans FR, il n'existe aucune preuve évidente de bénéfice (42).

#### mediX recommande

- Dépistage du diabète chez toutes les personnes à partir de 40 ans tous les 3 ans
- Tous les 1–3 ans chez les patients avec un risque cv. élevé
- **Nouveau:** nous recommandons, en accord avec la [US Preventive Services Task Force](#), un dépistage du (pré)diabète\* chez tous les adultes en surpoids ou obèses âgés de 35 à 70 ans (tous les 3 ans)  
\* prédiabète HbA1c: 5,7–6,4
- **Nouveau:** pour le dépistage du diabète, la glycémie à jeun doit obligatoirement être déterminée uniquement chez les patients pour lesquels la détermination de l'HbA1c n'est pas suffisamment fiable. Pour plus de détails voir [mediX Guideline Diabetes mellitus](#).

## 3.5. Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

### Contexte

- Selon les études de dépistage par ultrasons, la prévalence de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) est d'environ 4–9 % chez les hommes et de 1 % chez les femmes. La prévalence d'un AAA à risque de rupture > 5,0 cm est estimé à 0,5% chez les hommes âgés de 50 à 79 ans
- La létalité globale en cas de AAA rupturé est > 90 %, le pronostic est donc très mauvais. En revanche, la létalité périopératoire est seulement de 1 à 2 % en cas de traitement endovasculaire électif, et de 2 à 5 % en cas de remplacement aortique ouvert. Etant donné qu'un AAA peut être diagnostiqué de manière simple, sûre et peu coûteuse à l'aide d'un ultrason (sensibilité 95 %, spécificité 99 %), il est recommandé un dépistage échographique unique (13). La NNS (number needed to screen) pour la prévention d'un décès lié à la maladie est estimée à 380 (14).

#### mediX recommande

- Chez les hommes de 65 ans et plus qui présentent des facteurs de risque: fumeurs ou ex-fumeurs, les patients avec des antécédents familiaux (ceci concerne 10–20 % de tous les AAA), une hypertension non contrôlée, une maladie vasculaire grave (par ex. AOP, maladie coronarienne)
- Les femmes qui n'ont jamais fumé ne doivent pas subir de dépistage du AAA
- Pour les femmes qui fument ou ont fumé, aucune recommandation claire ne peut être faite actuellement. Leur risque n'est probablement pas plus élevé que celui des hommes qui n'ont jamais fumé (13)
- Voir aussi [mediX Guideline Anévrise de l'aorte abdominale](#).

## 4. Examens préventifs pour la détection précoce de tumeurs malignes

- En général, il s'agit ici de prévention secondaire. Tant qu'il s'agit encore de stades précancéreux, comme dans le cas de polypes coliques, de dysplasie épithéliale dans le frottis cervical ou de névi dysplasiques, on pourrait aussi parler de prévention primaire
- Avant que le patient ne décide de réaliser l'examen préventif précoce, il doit être informé de la pertinence des résultats positifs et négatifs du test et des mesures qui peuvent s'avérer nécessaires (par ex. des biopsies) ainsi que des options de traitement et de leurs risques.

### 4.1. Cancer du col de l'utérus: frottis (prélèvement cervico-utérin), test HPV

#### Contexte

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

- Le début précoce des rapports sexuels, le changement fréquent de partenaire et les rapports sexuels non protégés favorisent la transmission du virus du papillome humain (HPV), responsable de la majorité des cancers du col de l'utérus

- Les fumeuses infectées par l'HPV ont un risque plus haut de développer un cancer du col de l'utérus que les non-fumeuses porteuses des mêmes types d'HPV agressifs 16 et 18 qui sont responsables de 70 % des cancers du col de l'utérus
- Le risque d'infection à HPV peut être réduit en utilisant des préservatifs, mais il n'existe pas de protection complète
- Le frottis cellulaire suivi d'une coloration de Papanicolaou et d'un examen cytologique a fait ses preuves en tant que dépistage pour la détection précoce du carcinome épidermoïde du col de l'utérus. Le dépistage et l'intervention thérapeutique en cas de résultat positif permettent de réduire l'incidence de ce type de cancer du col de l'utérus le plus fréquent de 20 à 60 %
- Des calculs effectués en Allemagne ont donné les résultats suivants: le dépistage permet d'éviter environ 3 décès et 25 cas de cancer du col de l'utérus par an et par 100'000 femmes. En contrepartie, on compte environ 39'000 frottis, 1'200 résultats nécessitant une clarification et 330 conisations pour le traitement des dysplasies cervicales (15)
- Le dépistage par test HPV présente une sensibilité supérieure à celle de l'examen cytologique (frottis cervico-utérin), mais il est moins spécifique ([mediX Factsheet Dépistage cancer du col de l'utérus](#)). La SSGO recommande le test HPV comme alternative au frottis tous les 3 ans à partir de l'âge de 30 ans, sous réserve d'une prise en charge (encore à venir) par les caisses d'assurance maladie (52). La Société Suisse de Cytologie SSC par contre fait remarquer les „coûts supplémentaires considérables, plus d'examens inutiles et une surthérapie potentielle“. Selon la SSC, le rapport coût-efficacité n'est assuré que si l'intervalle entre les tests HPV est d'au moins 5 ans (53)
- Désormais, le co-test frottis cervico-utérin plus test HPV est également recommandé à partir de 30 ans (-> [Eviprev](#)), mais sa mise en œuvre n'est pas encore largement établie en raison de l'absence (encore) de prise en charge des coûts du test HPV.

#### **mediX recommande**

- Le frottis cervical est recommandé à chaque femme à partir de l'âge de 21 ans, puis tous les 3 ans jusqu'à l'âge de 70 ans comme dépistage de routine. Cela vaut également pour les femmes vaccinées contre l'HPV. Alternativement, une sérologie HPV peut être faite à partir de l'âge de 30 ans

- Les coûts du test HPV comme screening primaire ne sont pas encore pris en charge par l'assurance de base. C'est pourquoi nous recommandons le **screening par frottis cervical** en attendant la prise en charge.

## 4.2. Cancer du sein: palpation des seins, mammographie

### Contexte

- De nombreux facteurs de risque du cancer du sein sont inévitables, comme l'accumulation familiale de cancers du sein, le fait d'être gaucher ou l'exposition antérieure aux radiations. Il en va autrement pour les risques liés au mode de vie. Le risque augmente lors de consommation chronique élevée de cigarettes. La consommation quotidienne d'alcool pendant des années est également un FR, et les femmes en surpoids sont 2,5 fois plus susceptibles de développer la maladie que les femmes de poids normal.

### **Palpation du sein (auto-palpation)**

- La plupart des tumeurs du sein sont découvertes par les femmes elles-mêmes par palpation. Seule une tumeur sur 12 se révèle maligne, mais elle est déjà trop grosse pour un pronostic favorable. L'auto-examen manuel du sein par palpation systématique après une formation adéquate est certainement recommandé, mais il ne permet pas de réduire la mortalité (16). Il en va de même pour la palpation par le médecin. Toutefois, des études montrent que les cancers du sein sont parfois détectés à un stade plus précoce si la palpation est effectuée correctement („down staging“) (60)
- Malgré des preuves discutables, quelques femmes profitent d'un auto-examen palpatoire régulier: leur conscience corporelle est ainsi encouragée et elles prennent une responsabilité active pour leur santé. Chez d'autres femmes encore, la recommandation d'un auto-examen régulier pourrait éveiller des craintes et un souci excessif de soi.

### **Dépistage par mammographie**

- Le dépistage par mammographie reste controversé, mais il représente actuellement le meilleur moyen pour détecter un cancer du sein dans sa forme pré-invasive ou au stade invasif précoce dans une large population, où le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90 % en cas de traitement adéquat (17). L'état actuel des connaissances peut être résumé comme suit

- Il est controversé si un screening régulier par mammographie peut réduire la mortalité par cancer du sein, et le plus souvent seulement minime selon les études (16, 17, 18, 61, 62): sur 1'000 femmes qui subissent une mammographie tous les 2 ans entre 50 et 69 ans (pendant au moins 10 ans), 1 femme peut être préservée d'un décès par cancer du sein. La réduction absolue du risque est de 0,05 %. Si on prend en compte seulement les études randomisées optimales, on ne constate aucun avantage de survie pour les femmes qui y participent
- Le faible bénéfice du dépistage par mammographie est contrebalancé par quelques inconvénients, notamment le grand nombre de faux-positifs qui ne peut être que partiellement réduit en appliquant de hautes normes de qualité. Les conséquences sont des biopsies injustifiées, du stress psychologique et parfois même des traitements superflus (17, 18)
- Pour les **femmes avec un risque élevé** (deux cas de cancer du sein dans la parente directe, gène du cancer du sein connu) il est recommandé une mammographie tous les 2 ans à partir de 40 ans, et dès l'âge de 30 ans (au plus tard) en cas de mutation BRCA1/BRCA2 connue.

#### mediX recommande

- Compte tenu des avantages minimes et des inconvénients potentiels, on ne peut donner une recommandation générale de dépistage par mammographie aux femmes sans antécédents génétiques
- Les femmes doivent être informées en profondeur des avantages et des inconvénients (le [dossier santé mediX „Diagnostic précoce du cancer du sein“](#) et les [Visualisations mediX](#) peuvent soutenir l'information)
- Il est recommandé aux femmes avec un risque élevé familial de cancer du sein de faire une mammographie régulièrement.

## 4.3. Cancer de la prostate: détermination PSA, palpation rectale

### Contexte

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

### Dépistage du PSA

- Il n'existe jusqu'à présent pas de preuve que le dépistage du PSA de la population entière peut prolonger la survie (20, 21, 46)
- Selon l'étude ERSPC, le screening du PSA a permis de réduire de 20 % la mortalité due au cancer de la prostate (22). Le risque individuel de décès par cancer de la prostate est donc réduit de 3 % (sans dépistage PSA) à 2,4 % (durée médiane d'observation: 9 ans); dans une sous-cohorte de l'étude ERSPC, un bénéfice significatif du dépistage a été constaté après 14 ans de suivi pour la survie spécifique à la tumeur, mais pas pour la survie globale (24)
- Les résultats de l'étude PLCO n'ont pas montré de réduction de la mortalité grâce au screening PSA. La période d'observation était toutefois plus courte et de nombreux hommes du groupe de contrôle ont également subi une détermination du PSA (23). Une étude à long terme de 20 ans avec une cohorte d'une région en Suède a montré aucun avantage en termes de survie grâce à un dépistage régulier du PSA (25).

#### Examen rectal numérique (DRE)

- Il n'existe **aucune preuve** que le toucher rectal digital puisse prolonger la vie. La palpation seule ne détecte qu'un faible pourcentage de carcinomes qui sont en général à un stade avancé (47).

#### mediX recommande

- Le test PSA n'est pas recommandé comme test de dépistage pour les hommes sans risque génétique accru et ne devrait donc pas être proposé activement.  
Remarque: les patients avec des symptômes de miction obstructive **n'ont pas** de risque accru de cancer de la prostate, ils ne sont donc pas des candidats privilégiés pour le screening PSA
- Le test PSA peut être fait si le patient le souhaite lui-même et s'il est prêt à accepter des investigations supplémentaires comme l'échographie et la biopsie ainsi qu'un traitement éventuel
- Les Visualisations mediX peuvent être utilisées lors de l'information du patient
- L'examen rectal digital n'est pas approprié pour le dépistage précoce.

## 4.4. Mélanome: inspection de la peau

### Contexte

- En Suisse, incidence la plus haute en Europe: □ 26,8/100'000/ans, □□ 25,4/100'000/ans

- Bien que la peau soit facilement accessible et que les modifications suspectes soient en principe facilement identifiables, il n'est pas possible à ce jour de formuler une recommandation fondée sur des preuves concernant les avantages et les risques d'un dépistage du cancer de la peau en examinant le corps entier (27)
- Les patients avec des anomalies ou des changements de la peau devraient se faire examiner par un médecin. Cela concerne surtout les grains de beauté présentant les caractéristiques suivantes (26)

#### Règle ABCD...

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

**B:** Délimitation (irrégulière ou flou)

**C:** Couleur (intensité variable)

**D:** Diamètre supérieur à 6 mm

**E:** Reliefs sur fond plat (apparus à court terme).

#### mediX recommande

- Pas de recommandation générale pour le dépistage. Faire montrer au médecin les lésions cutanées qui évoluent. Des contrôles réguliers sont aussi recommandés aux personnes qui ont beaucoup de névi.

## 4.5. Cancer du colôn: recherche de sang occulte dans les selles, coloscopie

### Contexte

- Le cancer du colôn est fréquent: 4'500 nouveaux cas par an (Suisse), prévalence sur la vie entière: 3,7 % (femmes) – 6 % (hommes); le risque de cancer du colôn augmente nettement à partir de l'âge de 50 ans (-> NICER)
- Les cancers colorectaux (CCR) évoluent lentement. 90 % se développent à partir d'adénomes, le plus souvent sous forme de polypes. La carcinogenèse latente qui dure en moyenne 10 ans offre de bonnes chances de détection précoce avant que des métastases se forment et donc une bonne chance de guérison

- Le dépistage du carcinome du colôn est recommandé par les sociétés spécialisées nationales et internationales.
- Il existe deux méthodes de dépistage: **la recherche de sang occulte et la coloscopie.**

### TEST IMMUNOLOGIQUE DES SELLES

- Les carcinomes colorectaux provoquent des saignements occultes qui peuvent être détectés par le test des selles. **Les saignements se laissent détecter au moyen de tests immunologiques quantitatifs des selles/FIT** (Fecal Immunochemical Tests)
  - Le **capteur OC**, le seul proposé en Suisse, est le mieux validé (coût chez Analytica: CHF 8.40 – plus forfait de commande CHF 21.60; cons. plus prise de sang plus examen: env. CHF 125.– au total)
  - La **spécificité** du FIT est > 90 % (28), la **sensibilité single test** du FIT pour la détection d'un carcinome colorectal est de 70–80 % et de 20–40 % pour les adénomes avancés; la sensibilité augmente toutefois nettement après plusieurs séries de tests (51, 64)
  - La population est nettement plus disposée à participer à un programme de tests FIT qu'au dépistage par coloscopie (51, 65, 66)
  - Une étude de dépistage comparative (FIT contre sigmoïdoscopie contre coloscopie) a montré qu'après 4 séries de tests, le FIT pouvait détecter autant de carcinomes que le screening par coloscopie et même plus d'adénomes avancés (lors de l'analyse intention-to-screen) (51)
  - Les résultats d'autres études actuellement en cours sur la comparaison directe entre le dépistage par FIT et la coloscopie ne sont pas encore disponibles (CONFIRM, COLONPREV, SCREESCO)
- ☑ **Conclusion:** le capteur OC est aujourd'hui recommandé comme alternative équivalente à la coloscopie (56) (-> voir aussi ASCO, USPSTF, ESGE) – à 2 conditions
- **La volonté de répéter le test tous les 2 ans**
  - **En cas de test de selles positif, un examen coloscopique est toujours nécessaire!**

### COLOSCOPIE (29–34)

- La coloscopie permet non seulement de détecter des carcinomes, mais aussi de reconnaître et d'éliminer des polypes. Avantage: une intervention diagnostique **et** thérapeutique en même temps. Beaucoup de ces polypes sont bénins, mais les adénomes avancés ont un risque de dégénérescence de 3 à 11 %

- L'utilité de la coloscopie comme dépistage précoce du CCR est considérée comme établie sur la base de vastes études de cohorte (coloscopie) et d'études randomisées et contrôlées (sigmoïdoscopie)
- La sensibilité du screening par coloscopie est d'environ 95 % pour la détection d'un cancer du colôn et aussi pour les adénomes avancés (35), mais elle dépend fortement de l'examineur (la vitesse de retrait pendant l'endoscopie est décisive pour le taux de détection)
- Bénéfice du dépistage par coloscopie: dépendant de l'étude voire le design de l'étude, la **mortalité spécifique aux tumeurs** peut être réduite jusqu'à 60–80 %, selon les analyses de la U.S. Preventive Services Task Force de 26 % (35); les **taux d'incidence du CCR** sont réduits de 22–58 % (33–35). La seule étude randomisée et contrôlée de dépistage par coloscopie (**NordICC**) n'a montré qu'un bénéfice modéré dans l'analyse intention-to-screen: réduction de l'incidence CCR de 18 %, de la mortalité par CCR de 10 % (non significatif). L'évaluation des personnes effectivement dépistées (analyse par protocole) a confirmé le bénéfice attendu: réduction de l'incidence CCR 31 %, réduction de la mortalité CCR 50 % (67, 68). Pour la discussion de l'étude, voir aussi [AGA](#) et [ASGE](#)
- Les complications graves sont rares: il faut s'attendre à 3 perforations intestinales et 15 hémorragies importantes sur 10'000 coloscopies (35).

#### mediX recommande

- Le test immunologique des selles et la coloscopie sont équivalents en termes de réduction de la morbidité et la mortalité dues au cancer colorectal s'ils sont **effectués correctement et si les intervalles recommandés sont respectés**
- Les deux variantes de dépistage devraient être proposées aux hommes et aux femmes à partir de 50 ans, tout en élaborant les avantages et les inconvénients respectifs
- En cas de test immunologique des selles (FIT) normal, l'examen doit être répété **tous les 2 ans (rappel)** afin de garantir un bénéfice suffisant
- En cas de coloscopie normale, l'examen doit être répété **après 10 ans (jusqu'à 75 ans)**
- Pour les **personnes avec des antécédents familiaux ou gastrointestinaux**, les recommandations diffèrent de celles de la population normale (voir tableau 1)

**Tableau 1:** Intervalles de dépistage du cancer colorectal en cas de risque modéré ou élevé

En cas de risque modéré de CCR	
Prévention chez la population asymptomatique (75 % de la population)	Test FIT des selles (par ex. capteur OC) tous les 2 ans <i>ou</i> coloscopie tous les 10 ans
En cas de risque élevé de CCR	
Carcinome/adénome chez au moins 1 parent direct avant l'âge de 60 ans	Coloscopie à partir de 40 ans ou 10 ans avant l'âge du parent quand il est tombé malade – tous les 5 ans
CCR héréditaire dans la famille (FAP, syndrome de Lynch)	Tests génétiques moléculaires, screening endoscopique stratifié sur le risque, pour des détails voir <a href="#">S3-LL CCR*</a> (chap. 5.2.)
Colite ulcéreuse/maladie de Crohn depuis 8–10 ans	Coloscopie individuellement 1–3 par an

\* [S3-LL CCR](#)

Les patients ayant subi une ablation d'adénomes/de polypes doivent faire l'objet d'un suivi. Les intervalles pour les **coloscopies de surveillance après polypectomie coloscopique et traitement d'un CCR** ont été révisés en 2022. Les valeurs de référence importantes sont

- Polypes à faible risque → coloscopie de surveillance après 10 ans
- Polypes à haut risque → coloscopie de surveillance après 3 ans

Pour plus de détails, veuillez consulter les [Recommandations consensuelles](#) de la **Société Suisse de Gastroentérologie (SSG)**!

## 4.6. Cancer du poumon: scanner à faible dose (LDCT)

### Contexte

- En Suisse, un décès sur 20 est dû au cancer du poumon (première cause de mortalité par cancer)
- Les symptômes au stade précoce sont souvent non spécifiques et le cancer du poumon n'est souvent détecté qu'à un stade avancé, avec un pronostic de guérison très mauvais ([Société Suisse de Pneumologie](#))
- Des études randomisées contrôlées montrent que la mortalité due au cancer du poumon peut être réduite par un dépistage par scanner à faible dose chez les patients à haut risque (57, 58, 59)
- La [U.S. Preventive Services Task Force](#) recommande depuis 2021 un dépistage annuel chez les patients à haut risque suivants

- Fumeurs /fumeuses âgés de 50 à 80 ans avec des antécédents de tabagisme (20 ans x 20 cigarettes/jour) qui fument actuellement ou ont cessé de fumer au cours des 15 dernières années.
- Le Swiss Cancer Screening Committee recommande aux **patients à risque** le dépistage par LDCT dans le cadre d'un **programme de dépistage organisé**. Le programme définit les protocoles radiologiques et les évaluations standardisées qui diffèrent des TDM pulmonaires normales. Ces centres participent également à des contrôles de qualité prédéfinis et des études de cohorte, contrairement aux instituts radiologiques qui n'y participent pas
- Les patients à risque sont les fumeurs et fumeuses à partir de 55 ans. Les détails sur l'organisation et la mise en oeuvre du programme en Suisse ne sont pas encore disponibles. Il existe une étude de faisabilité (-> Swiss Medical Weekly, 2022)
- Il y a plusieurs aspects critiques à considérer
  - Le Number Needed to Screen (NNS) est de 133 au cours de 10 ans pour éviter un décès par cancer du poumon (59)
  - Le Number Needed to Harm est difficile à calculer -> des résultats faux-positifs chez 180 sur 10'000 des personnes dépistées avec en suite des examens (invasifs) supplémentaires (par ex. biopsies), du stress psychologique, des dommages oncologiques radiologiques potentiels dus au screening
  - Les études pertinentes ont été menées pour la plupart des cas dans des centres universitaires en setting d'étude (transférables aux conditions de tous les jours?).

#### mediX recommande

- Le dépistage par scanner à faible dose est recommandé aux patients à risque **uniquement** dans le cadre d'un programme organisé dans des centres spécialisés, actuellement en cours d'élaboration pour la Suisse.

## 5. Ostéoporose: quand faire une ostéodensitométrie?

### Contexte

- Le dépistage par ostéodensitométrie n'est pas simplement une détection précoce de l'ostéoporose suivie d'un traitement visant à minimiser le risque de fractures, mais il s'agit de définir à partir de quel

risque individuel de fracture il convient d'intervenir sur le plan thérapeutique afin d'éviter les fractures ostéoporotiques initiales ou ultérieures (-> mediX GL Ostéoporose)

- Une ostéodensitométrie devrait toujours être effectuée avant un **traitement aux bisphosphonates**. D'autre part, l'ostéodensitométrie n'est utile que si les patients sont prêts à en accepter les conséquences thérapeutiques
- Une indication thérapeutique est en général aussi donnée lorsqu'une **fracture s'est déjà produite spontanément ou lors d'un traumatisme mineur**.

#### **mediX recommande**

- Pas de dépistage généralisé de l'ostéoporose
- Chez les femmes: uniquement en cas de risque spécifique selon le risque de fracture à 10 ans adapté à l'âge selon FRAX.

#### Indication de la densitométrie sans événement de fracture

- **Femmes à partir de 65 ans** si le risque de fracture à 10 ans adapté à l'âge selon le calcul FRAX (calculateur de risque FRAX – possible sans densitométrie) est supérieur au seuil indiqué en pourcents (recommandations ASCO 2020) ou s'il y a certains facteurs de risque présentant des conséquences thérapeutiques
- **Les facteurs de risque** pour une ostéoporose sont
  - Ménopause précoce, AF positif, tabagisme, poids insuffisant
  - En association avec certaines maladies: maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, maladies chroniques du foie et des reins, polyarthrite rhumatoïde, anorexie, maladie coeliaque, hypogonadisme, hyperparathyroïdie, carence en vitamine D.

#### Indication de la densitométrie avec événement de fracture chez les femmes > 65 J.

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

**Remarque:** l'utilité d'une densitométrie et un traitement chez les hommes (au-delà de 70 ans) doit être évaluée au cas par cas.

## 6. Dépistage du glaucome: utile ou non?

### Contexte

- Le terme de glaucome regroupe les maladies oculaires qui se caractérisent par des lésions spécifiques de la tête du nerf optique, des fibres nerveuses du nerf optique et des cellules ganglionnaires de la rétine
- Le glaucome est défini indépendamment de la pression oculaire sur la base de modifications de la papille ou des fibres nerveuses et d'éventuelles pertes du champ visuel. Une pression intraoculaire élevée (pression intraoculaire = PIO) n'est qu'un facteur de risque parmi d'autres. Elle peut être présente sans signes morphologiques ou fonctionnelles de glaucome (hypertension oculaire, HTO). Chez 25--50 % des patients, la PIO n'est pas élevée (glaucome à pression normale)
- Les glaucomes sont plus fréquents avec l'âge. La prévalence entre 50 et 64 ans est de 1 %, entre 65 et 79 ans de 2,9 % et de 5,3 % chez les plus de 80 ans. Le glaucome chronique primaire à angle ouvert est de loin le plus fréquent. Le glaucome n'est remarqué que tardivement par les patients quand le dommage est déjà irréversible. Ceci soulève la question du dépistage. Il est clairement prouvé que la réduction topique de la pression intraoculaire (PIO), par exemple, diminue le risque de glaucome chez les patients avec PIO élevée (NNT: env. 12 pour prévenir un glaucome à angle ouvert en 5 ans) (37)
- En l'absence d'études interventionnelles avec des critères d'évaluation cliniques, il n'est pas possible de déterminer si et dans quelle mesure la vision et la qualité de vie sont améliorées par le dépistage du glaucome et le traitement précoce, et à combien s'élèvent les éventuels dommages liés au traitement. La U.S. Preventive Services Task Force ne donne donc jusqu'à présent pas de recommandation pour ou contre dépistage (une mise à jour est actuellement en cours). Le comité fédéral allemand (G-BA) lui aussi estime que l'utilité n'est pas prouvée (38)
- Les spécialistes allemands du glaucome concluent dans une revue qu'un dépistage sensible et spécifique est en principe possible si les patients à risque sont identifiés sur la base de leur âge et leurs antécédents familiaux (39, 40). D'autre part, ils constatent qu'il n'est actuellement pas possible de donner une recommandation claire pour une procédure unique ou des examens de dépistage

combinées

- Les sociétés internationales d'ophtalmologie préconisent depuis longtemps un dépistage ophtalmologique (avec entre autres une fondoscopie, un examen de la fonction visuelle, une tonométrie par applanation). La Société allemande d'ophtalmologie (DOG) recommande un dépistage tous les 3 ans à partir de 40 ans, tous les 1–2 ans à partir de 65 ans, voire plus étroitement en présence de facteurs de risque. Les preuves issues d'études sont toutefois toujours considérées comme faibles (39). Selon la DOG, il existe un risque accru surtout en cas d'**anamnèse familiale positive**, mais aussi en cas d'hypotension, d'hypertension de haut niveau, de forte myopie et de traitement stéroïdien à long terme
- La SSO n'a pas publié des lignes directrices sur le glaucome, mais elle émet la recommandation suivante aux patients sur son site internet: contrôle ophtalmologique pour tous et toutes à partir de 40 ans tous les 3 ans, à partir de 50 ans tous les 2 ans, à partir de 60 ans tous les ans (41).

#### mediX recommande

- Le programme de dépistage du glaucome pour les patients asymptomatiques n'est pas fondé sur des preuves (voir ci-dessous). Un dépistage modéré et ciblé du glaucome nous semble toutefois judicieux dans l'intérêt de la santé individuelle. Nous recommandons les intervalles suivants
  - Chez les **patients asymptomatiques** sans facteurs de risque entre l'âge de 45 et 50 ans, puis tous les 5 ans jusqu'à l'âge de **70 ans**
  - Chez les patients asymptomatiques **avec des facteurs de risque\*\* (FR) connus**: dès l'âge de 30 ans ou dès qu'un FR est connu, ensuite selon l'évaluation du risque par l'ophtalmologue.

#### \*\* Facteurs de risque moyen et élevé de glaucome

- Anamnèse familiale positive (parent direct du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> degré avec neuropathie optique liée au glaucome, c'est-à-dire une lésion avérée du nerf optique. Les collyres anti-pression ou la cécité irréversible inexplicée d'un membre de la famille (parent direct du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> degré) seuls n'en font **pas** partie
- Myopie (> -2 dioptries) → syndrome de dispersion pigmentaire et risque supplémentaire d'amaotie rétinienne et de dégénérescence maculaire myopique
- Hypermétropie (> +3 dioptries) → glaucome à angle fermé
- Hypertension oculaire (pression intraoculaire > 21 mmHg, également si mesurée chez l'opticien)
- Corticothérapie à long terme
- Facteurs de risque en cas de glaucome à pression normale: hypotension artérielle (< 90/60 mmHg), antécédents de sport d'endurance excessif ou professionnel, apnée obstructive du sommeil modéré ou sévère

## 7. Dépistage des hépatites B et C

# Hépatite B

## Situation initiale

- En 2021, un total de 1'032 nouveaux cas d'hépatite B ont été déclarés, ce qui représente une baisse de 8 % par rapport à l'année 2020
- En **Suisse**, env. 0,5 % de la population est infectée par le virus de l'hépatite B. Le nombre de déclarations de personnes atteintes d'hépatite B aiguë montre une tendance à la baisse, env. 40 nouveaux cas par année sont déclarés
- L'hépatite B est très contagieuse, mais dans 96 % des cas déclarés, le mode de transmission est inconnu
- Les nouvelles infections à l'hépatite B sont essentiellement dues à des contaminations dans des **pays à forte prévalence**
- Voir aussi l'OFSP.

## Recommandations de dépistage

- Toutes les personnes nées en **Asie/Afrique/dans les Balkans** doivent subir une sérologie de l'hépatite B avec IgG/IgM anti-HBc, HBsAG et anti-HBs. Si négatif -> **vacciner**, si positif -> clarifier le besoin de traitement et le concept de suivi
- **Toutes les femmes enceintes** doivent au moins être dépistées pour HBsAG. La détection de HBsAG prouve une infection par l'hépatite B et nécessite une évaluation individualisée pendant la grossesse et toujours une prophylaxie pour le nouveau-né à la naissance
- Voir aussi mediX Guideline Hépatite.

# Hépatite C

## Situation initiale

- En Suisse, environ 40'000 personnes vivent avec une infection chronique par le virus de l'hépatite C. Un tiers d'entre elles ignore leur maladie
- Le traitement est très efficace (taux de réussite env. 95 %) et devrait être exécuté le plus tôt possible.

## Recommandation de dépistage (54)

- Un dépistage de l'hépatite C au moyen d'un **test de recherche d'anticorps** (unique ou répété selon le comportement de risque) s'avère juste pour les groupes de risque suivants
  - Consommation actuelle de drogues
  - Les patients portant des tatouages ou des piercings non stériles
  - Les receveurs de produits sanguins avant 1992
  - Les femmes enceintes
  - Les personnes séropositives
  - Les (anciens) détenus
  - Les patients ayant subis des interventions médicales dans un pays avec hygiène limitée
  - Les personnes originaires de pays à forte endémie.

#### En outre

- **Chez les personnes nées entre 1950 et 1985.** Une attention particulière devrait être accordée aux immigrants de la première génération au-delà de 60 ans, originaires d'Italie et d'Espagne, car ils sont particulièrement touchés par l'hépatite C.

#### Procédure

- Test de recherche d'anticorps pour l'hépatite C
  - En cas de résultat positif, il faut une confirmation (test PCR pour l'ARN du VHC)
  - En cas de résultat négatif du test PCR, il s'agit probablement d'une infection antérieure, guérie ou traitée. En cas de test PCR positif, il s'agit d'une infection active par le virus de l'hépatite C.
- Pour la suite de la procédure, l'indication au traitement et la collaboration avec le spécialiste, voir [HepCare](#)
- Voir aussi [mediX Guideline Hépatite](#).

#### **Actuellement:** recommandations pour les personnes en quête de protection en provenance d'Ukraine

- Basé sur ces directives et les recommandations du „European Centre for Disease Prevention and Control“ (ECDC), le test suivant devrait être proposé sans discrimination à toutes les personnes en quête de protection en provenance d'Ukraine (dans la mesure où il n'existe pas déjà de résultat d'un test actuel)

- Test combiné VIH
- Test d'anticorps contre l'hépatite C (si celui est positif, il faut également déterminer l'ARN du VHC)
- Sérologie de l'hépatite B avec test anticorps anti-HBc, antigène HBs et anticorps HBs. Si les deux premiers sont négatifs et que le taux d'anticorps HBs est de  $> 10$  IU/l, on peut supposer que la personne est protégée contre l'hépatite B par une vaccination.

Voir aussi les recommandations [SGING](#), [SASL](#) et [Hépatite Suisse](#); [mediX Guideline Médecine migratoire](#).

## 8. Littérature

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. Hunziker S, Schlapfer M, Langewitz W, Kaufmann G, Nuesch R, Battegay E, et al.: Open and hidden agendas of “asymptomatic” patients who request check-up exams. *BMC Fam Pract*. 2011; 12:22.
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](http://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. *JAMA.* 2016;316(4):429-435. doi:10.1001/jama.2016.8465.

28. Doubeny C: Tests for screening for colorectal cancer: Stool tests, radiologic imaging and endoscopy UpToDate aufgerufen 11/2022.
29. Leitlinienprogramm Onkologie: S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. 01/2019. 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. Lin JS, et al.: Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. 2021;325(19):1978–1998. doi:10.1001/jama.2021.4417.
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. Gemeinsamer Bundesausschuss: [https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/62/.](https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/62/)
39. Leitlinie von DOG und BVA: Bewertung von Risikofaktoren für das Auftreten des Offenwinkelglaukoms. 01/2020.
40. Michelson, G, et al.: Die Papille als Screening-Parameter für die Früherkennung des Glaukoms. Dtsch Arztebl 2008; 105 (34–35): 583–9.
41. Arbeitsgruppe Glaukom der SGO.
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 Impfempfehlung 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. USPSTF
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. Grobbee EJ, et al.: Diagnostic Yield of One-Time Colonoscopy vs One-Time Flexible Sigmoidoscopy vs Multiple Rounds of Mailed Fecal Immunohistochemical Tests in Colorectal Cancer Screening. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020 Mar;18(3):667-675.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2019.08.015. Epub 2019 Aug 13. PMID: 31419575.
52. SGGG: Empfehlungen für die Gebärmutterhalskrebsvorsorge
53. Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Zytologie (SGZ): Zervixkarzinomvorsorge: primäres HPV-Screening versus Zytologie. Swiss Med Forum. 2019;19(3738):608-610.
54. Bruggmann P, et al.: Hepatitis-C-Behandlungen in der hausärztlichen Praxis. *Primary and Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin* 2020;20(2):67-69.
55. Guirguis-Blake JM, et al.: Screening for Asymptomatic Carotid Artery Stenosis in the General Population: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. 2021;325(5):487-489. doi:10.1001/jama.2020.20364.
56. Lin JS, et al.: Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. 2021;325(19):1978–1998. doi:10.1001/jama.2021.4417.
57. Chmiel C: Check-ups in der Praxis – was macht Sinn? Generelle Aspekte mit Fokus auf das kardiovaskuläre Risiko. *Therapeutische Umschau* (2021), 78(2), 105-110.

58. Aberle DR, et al.: Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomo-graphic screening. *N Engl J Med* 2011; 365:395-409.
59. De Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, et al.: Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. *N Engl J Med*. 2020 Feb 6;382(6):503-13. doi: 10.1056/NEJMoa1911793. PMID: 31995683.
60. Effectiveness of clinical breast examination as a 'stand-alone' screening modality: an overview of systematic review.
61. Duffy SW, et al.: Mammography screening reduces rates of advanced and fatal breast cancers: Results in 549'091 *Cancer* 2020, 126(13); 2971-2979.
62. Duffy SW, et al.: Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial. *The Lancet Oncology*, Volume 21, Issue 9, 1165 - 1172.
63. Bell KJL, White S, Hassan O, et al.: Evaluation of the Incremental Value of a Coronary Artery Calcium Score Beyond Traditional Cardiovascular Risk Assessment:A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*.2022;182(6):634–642. doi:10.1001/jamainternmed.2022.1262.
64. Niedermaier T, et al.: Stage-Specific Sensitivity of Fecal Immunochemical Tests for Detecting Colorectal Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol*. 2020 Jan;115(1):56-69.
65. Quintero E., et al.: Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *N Engl J Med*.2012;366:697-706,
66. Forsberg A, et al.: Once-only colonoscopy or two rounds of faecal immunochemical testing 2 years apart for colorectal cancer screening (SCREESCO): preliminary report of a randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*2022;7: 513-521.
67. Bretthauer M, Løberg M, Wieszczy P, et AL., for the NordICC Study Group.Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death.*NEJM*; Published online 9 October 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2208375.
68. Dominitz JA, Robertson DJ: Understanding the Results of a Randomized Trial of Screening Colonoscopy.*NEJM*; Published online 9 October 2022. DOI: 10.1056/NEJMe2211595.

## 9. Mentions légales

Cette guideline a été rédigée en juin 2023.

© Association mediX schweiz

### **Editrice**

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

### **Rédaction**

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Uwe Beise

Dr. med. Maria Huber

### **Auteurs**

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Uwe Beise

Cette guideline a été élaborée sans influence externe, avec la collaboration de tous les réseaux de médecins régionaux mediX et des réseaux de médecins associés en Suisse. Il n'existe aucune dépendance financière ou de contenu vis-à-vis de l'industrie ou d'autres institutions ou groupes d'intérêts.

Les guidelines mediX contiennent des recommandations d'actions thérapeutiques pour certains types de plaintes ou de situations de traitement. Chaque patient doit cependant être traité en fonction de sa situation individuelle.

Les guidelines mediX sont élaborées et contrôlées avec le plus grand soin, mais l'association mediX schweiz ne peut pas garantir l'exactitude – en particulier des indications de dosage.

**Toutes les guidelines mediX sur Internet sous [www.medix.ch](http://www.medix.ch)**

L'association mediX schweiz est un regroupement d'un réseaux de médecins et de médecins en Suisse.

Association mediX schweiz, Sumatrastr.10, 8006 Zurich

Veillez envoyer vos réactions à: [uwe.beise@medix.ch](mailto:uwe.beise@medix.ch)