

Les six examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 Pour un cancer du sein aux stades cliniques I et II, lorsque les ganglions lymphatiques sont négatifs sur le plan clinique, évitez de procéder à une dissection des ganglions lymphatiques axillaires sans avoir effectué d'abord une biopsie du ganglion.

La biopsie du ganglion sentinelle a prouvé son efficacité pour déterminer le stade au niveau des ganglions lymphatiques positifs de l'aisselle et entraîne moins d'effets secondaires à court et à long terme. On l'associe plus particulièrement à un risque beaucoup plus faible de lymphœdème (enflure permanente du bras). Lorsque les ganglions lymphatiques sentinelles sont négatifs pour le cancer, il faut éviter la dissection axillaire. Lorsqu'un cancer atteint un ou deux ganglions sentinelles, mais qu'il n'est pas étendu dans le ganglion et que la patiente a subi une chirurgie mammaire conservatrice et, qu'en plus, elle prévoit recevoir une irradiation du sein au complet et une thérapie systémique appropriée au stade, il faut éviter la dissection des ganglions axillaires.

2 Évitez d'utiliser de façon routinière la tomодensitométrie (TDM) diagnostique « du corps au complet » chez les patients qui ont un traumatisme systémique mineur ou unique.

L'usage agressif de la TDM dite « du corps au complet » améliore le diagnostic précoce d'un traumatisme et peut même avoir un effet positif sur la survie des patients polytraumatisés. Il faut toutefois tenir compte de l'importance de l'exposition au rayonnement à ces examens, particulièrement chez les patients victimes d'un traumatisme à faible énergie et lorsqu'un examen physique ne révèle pas de traumatisme majeur.

3 Évitez les tests de dépistage du cancer colorectal chez les patients asymptomatiques qui ont une espérance de vie de moins de dix ans et qui n'ont pas d'antécédents familiaux ou personnels de néoplasie du côlon et du rectum.

Il est démontré que le dépistage du cancer colorectal réduit le taux de mortalité associé à cette maladie répandue et que la coloscopie permet de détecter et d'enlever des polypes adénomateux, précurseurs de beaucoup de cancers, ce qui réduit l'incidence de la maladie plus tard, au cours de la vie. Les méthodes de dépistage et de surveillance ne conviennent toutefois pas lorsque les risques l'emportent sur les avantages. Le risque lié à la coloscopie augmente avec l'âge et les comorbidités. Il faut personnaliser le ratio risques/avantages du dépistage du cancer colorectal ou de la surveillance chez tous les patients en fonction des résultats des examens de dépistage antérieurs, des antécédents familiaux, du risque prévu de l'intervention, de l'espérance de vie et de la préférence du patient.

4 Évitez les radiographies pulmonaires à l'admission ou avant l'intervention chirurgicale chez les patients ambulatoires qui ont des antécédents sans histoire et qui ont subi un examen médical.

La radiographie pulmonaire de routine à l'admission ou avant l'intervention chirurgicale n'est pas recommandée chez les patients ambulatoires lorsque leurs antécédents ou les résultats de l'examen médical ne donnent pas une raison précise de faire cet examen. Seulement 2 % de ces images modifient la prise en charge. Il est raisonnable de procéder à une radiographie pulmonaire lorsqu'on soupçonne la présence d'une maladie cardiopulmonaire aiguë ou s'il y a des antécédents d'affections cardiopulmonaires stables chroniques chez les patients de plus de 70 ans qui n'ont pas subi de radiographie pulmonaire au cours des six derniers mois.

5 Évitez d'utiliser la tomодensitométrie (TDM) pour évaluer une appendicite soupçonnée chez les enfants avant d'avoir envisagé de faire une échographie.

Même si la TDM permet d'évaluer avec précision l'appendicite soupçonnée chez les enfants, l'échographie constitue la méthode d'imagerie à privilégier, au début, chez les enfants. Si les résultats de l'échographie sont équivoques, on peut passer ensuite à la TDM. Cette approche est rentable, réduit les risques éventuels liés au rayonnement et est très précise : on signale une sensibilité et une spécificité de 94 % lorsque la technique est utilisée par des professionnels chevronnés. Reconnaissant que le savoir-faire peut varier, des stratégies consistant, notamment, à améliorer le savoir-faire diagnostique en échographie communautaire et à élaborer des règles de décision clinique factuelles constituent des objectifs réalistes pour améliorer le diagnostic sans recourir à la TDM.

6 Dans les cas pertinents, évitez de réparer les hernies inguinales qui présentent des symptômes minimes; offrez plutôt une surveillance attentive pendant une période allant jusqu'à deux ans.

Chez les adultes, la réparation des hernies inguinales dont les symptômes sont minimes peut éviter des complications possiblement graves qui sont attribuables à l'étranglement de la hernie. Ces réparations peuvent toutefois entraîner des complications telles que l'infection, la douleur inguinale chronique et la réapparition de la hernie, ce qui équivaut cumulativement à peu près au risque d'étranglement. Les éléments de preuve montrent qu'il est aussi possible de gérer de telles hernies en assurant une surveillance attentive pendant une période allant jusqu'à deux ans après l'évaluation; un choix qu'il faut offrir aux patients correctement sélectionnés.

Comment cette liste a-t-elle été créée?

L'Association canadienne des chirurgiens généraux (ACCG) a formulé ses cinq principales recommandations dans le cadre du programme *Choisir avec soin* en demandant d'abord à son comité de la pratique clinique de revoir la liste *Choosing Wisely®* de l'American College of Surgeons (ACS). Persuadé que la liste américaine reflétait des enjeux de la chirurgie générale au Canada (diagnostic et traitement du cancer du sein, dépistage du cancer du côlon, diagnostic et dépistage de traumatismes, radiographie pulmonaire à l'admission et avant l'intervention et diagnostic d'appendicite chez les enfants), le comité de la pratique clinique de l'ACCG a donné son accord de principe à la liste. Il l'a ensuite distribuée aux membres du conseil d'administration de l'ACCG et on a consulté des chirurgiens spécialisés dans chaque domaine. Les cinq premiers éléments ont été finalement adoptés avec l'autorisation de *Five Things Physicians and Patients Should Question*. © 2013 American College of Surgeons. Le conseil de l'ACCG était aussi convaincu qu'il fallait ajouter un sixième point à la liste sur le traitement de la hernie asymptomatique et les six points ont ensuite été présentés afin d'être publiés.

Sources

- 1** Ashikaga T, Krag DN, Land SR, Julian TB, Anderson SJ, Brown AM, et coll. Morbidity results from the NSABP B-32 trial comparing sentinel lymph node dissection versus axillary dissection. *J Surg Oncol*. Le 1er août 2010; 102(2):111-8.
Giuliano AE, Hawes D, Ballman KV, Whitworth PW, Blumencranz PW, Reintgen DS, et coll. Association of occult metastases in sentinel lymph nodes and bone marrow with survival among women with early-stage invasive breast cancer. *JAMA*. Le 27 juillet 2011; 306(4):385-93.
Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, Beitsch PD, Whitworth PW, Blumencranz PW, et coll. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: A randomized clinical trial. *JAMA*. Le 9 février 2011; 305(6):569-75.
Krag DN, Anderson SJ, Julian TB, Brown AM, Harlow SP, Costantino JP, et coll. Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: Overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*. Octobre 2010; 11(10):927-33.
Weaver DL, Ashikaga T, Krag DN, Skelly JM, Anderson SJ, Harlow SP, et coll. Effect of occult metastases on survival in node-negative breast cancer. *N Engl J Med*. Le 3 février 2011; 364(5):412-21.
- 2** Ahmadienia K, Smucker JB, Nash CL, Vallier HA. Radiation exposure has increased in trauma patients over time. *J Trauma Acute Care Surg*. Février 2012; 72(2):410-5.
Huber-Wagner S, Lefering R, Qvick LM, Korner M, Kay MV, Pfeifer KJ, et coll. Effect of whole-body CT during trauma resuscitation on survival: A retrospective, multicentre study. *Lancet*. Le 25 avril 2009; 373(9673):1455-61.
Stengel D, Ottersbach C, Matthes G, Weigelt M, Grundel S, Rademacher G, et coll. Accuracy of single-pass whole-body computed tomography for detection of injuries in patients with major blunt trauma. *CMAJ*. Le 15 mai 2012; 184(8):869-76.
Winslow JE, Hinshaw JW, Hughes MJ, Williams RC, Bozeman WP. Quantitative assessment of diagnostic radiation doses in adult blunt trauma patients. *Ann Emerg Med*. Août 2008; 52(2):93-7.
- 3** Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR, et coll. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: A consensus update by the US multi-society task force on colorectal cancer. *Gastroenterology*. Septembre 2012; 143(3):844-57.
Qaseem A, Denberg TD, Hopkins RH Jr, Humphrey LL, Levine J, Sweet DE, et coll. Screening for colorectal cancer: A guidance statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. Le 6 mars 2012; 156(5):378-86.
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. Le 4 novembre 2008; 149(9):627-37.
Warren JL, Klabunde CN, Mariotto AB, Meekins A, Topor M, Brown ML, et coll. Adverse events after outpatient colonoscopy in the medicare population. *Ann Intern Med*. Le 16 juin 2009; 150(12):849,57, W152.
- 4** Amorosa JK, Bramwit MP, Mohammed TL, Reddy GP, Brown K, Dyer DS, et coll. ACR appropriateness criteria® routine chest radiographs in ICU patients [Internet]. 2011 [consulté le 22 février 2014]. Disponible ici : <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=35151>.
Archer C, Levy AR, McGregor M. Value of routine preoperative chest x-rays: A meta-analysis. *Can J Anaesth*. Novembre 1993; 40(11):1022-7.
Gomez-Gil E, Trilla A, Corbella B, Fernandez-Egea E, Lubrich P, de Pablo J, et coll. Lack of clinical relevance of routine chest radiography in acute psychiatric admissions. *Gen Hosp Psychiatry*. Mars-avril 2002; 24(2):110-3.
Grier DJ, Watson LJ, Hartnell GG, Wilde P. Are routine chest radiographs prior to angiography of any value? *Clin Radiol*. Août 1993; 48(2):131-3.
Gupta SD, Gibbins FJ, Sen I. Routine chest radiography in the elderly. *Age Ageing*. Janvier 1985; 14(1):11-4.
Mohammed TL, Kirsch J, Amorosa JK, Brown K, Chung JH, Dyer DS, et coll. ACR appropriateness criteria® routine admission and preoperative chest radiography [Internet]. 2011 [consulté le 22 février 2014]. Disponible ici : <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=35150>.
Munro J, Booth A, Nicholl J. Routine preoperative testing: A systematic review of the evidence. *Health Technol Assess*. 1997;1(12):i,iv; 1-62.
- 5** Doria AS, Moineddin R, Kellenberger CJ, Epelman M, Beyene J, Schuh S, et coll. US or CT for diagnosis of appendicitis in children and adults? A meta-analysis. *Radiology*. Octobre 2006;241(1):83-94.
Frush DP, Frush KS, Oldham KT. Imaging of acute appendicitis in children: EU versus U.S. ... or US versus CT? A North American perspective. *Pediatr Radiol*. Mai 2009; 39(5):500-5.
Garcia K, Hernanz-Schulman M, Bennett DL, Morrow SE, Yu C, Kan JH. Suspected appendicitis in children: Diagnostic importance of normal abdominopelvic CT findings with nonvisualized appendix. *Radiology*. Février 2009; 250(2):531-7.
Kharbanda AB, Stevenson MD, Macias CG, Sinclair K, Dudley NC, Bennett J, et coll. Interrater reliability of clinical findings in children with possible appendicitis. *Pediatrics*. Avril 2012; 129(4):695-700.
Krishnamoorthi R, Ramarajan N, Wang NE, Newman B, Rubesova E, Mueller CM, et coll. Effectiveness of a staged US and CT protocol for the diagnosis of pediatric appendicitis: Reducing radiation exposure in the age of ALARA. *Radiology*. Avril 2011; 259(1):231-9.
Rosen MP, Ding A, Blake MA, Baker ME, Cash BD, Fidler JL, et coll. ACR appropriateness criteria(R) right lower quadrant pain--suspected appendicitis. *J Am Coll Radiol*. Novembre 2011; 8(11):749-55.
Saito JM, Yan Y, Evashwick TW, Warner BW, Tarr PI. Use and accuracy of diagnostic imaging by hospital type in pediatric appendicitis. *Pediatrics*. Janvier 2013; 131(1):e37-44.
Wan MJ, Krahn M, Ungar WJ, Caku E, Sung L, Medina LS, et coll. Acute appendicitis in young children: Cost-effectiveness of US versus CT in diagnosis--a markov decision analytic model. *Radiology*. Février 2009; 250(2):378-86.
- 6** Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, Dunlop DD, Reda DJ, McCarthy M, Jr, et coll. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: A randomized clinical trial. *JAMA*. Le 18 janvier 2006; 295(3):285-92.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale *Choosing Wisely Canada*. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés pour assurer des soins de qualité. La campagne *Choisir avec soin* reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de médecins spécialistes.

Pour en savoir davantage et pour consulter tous les documents à l'intention des patients, visitez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

À propos de L'Association canadienne des chirurgiens généraux

L'Association canadienne des chirurgiens généraux (ACCG) est une fière partenaire de la campagne *Choisir avec soin*. Forte de ses 2 500 membres, l'ACCG est la voix de la spécialité de la chirurgie générale au Canada. L'ACCG soutient l'éducation de qualité, la recherche fondée sur des preuves et la promotion absolue de la chirurgie générale afin que ses membres puissent offrir les meilleurs soins chirurgicaux possible aux Canadiens.