

Commentaire sur l'article de Pizzanelli

Commentary on the article by Pizzanelli

Comentario sobre el artículo de Pizzanelli

Marc Jamouille. Espace Temps maison de santé, Charleroi, family doctor, investigador em Cuidados Primários. Departement Universitaire de Médecine Générale of Université de Liège (DUMG ULg), Belgique. marc.jamouille@doct.ulg.ac.be (*Autor correspondente*)

Peu après l'accouchement de son cinquième enfant ma sœur a consulté son gynécologue. Elle sentait une masse dans son sein et était inquiète. Il l'a rassuré. Elle l'a cru. On était en Espagne, dans les années 80. Ma sœur était avocate et mère de famille. Une femme très occupée. Elle a fait confiance à son docteur. C'était un mauvais docteur. 15 ans plus tard elle mourrait de cachexie cancéreuse après d'innombrables radiothérapies, chimiothérapies, examens diagnostiques et complications en tout genre, entourée de ses enfants et dans la souffrance.

Quand on est médecin praticien soi-même et qu'on travaille avec ce souvenir on est très sensibilisé et on cherche par tous les moyens d'éviter à ses propres patients de vivre un calvaire aussi affreux. J'étais très organisé dans ma pratique professionnelle. Nous apprenions aux femmes l'autopalpation, nous avions un échecancier pour les prévenir de faire leur mammographie de dépistage et nous étions satisfaits de trouver de temps en temps un cancer peu évolué, gardant l'impression d'avoir sauvé une patiente qui nous le rendait bien.

La Belgique n'a pas de système de santé organisé et le dépistage se faisait et se fait encore de façon pittoresque et épisodique. L'état ou les hôpitaux ou quelques médecins de famille organisés lancent des campagnes qui sensibilisent toujours les mêmes femmes et en « souvent » quelques-unes, fiers d'avoir mis en place un système de médecine dit préventive.

Ce système ne prévient rien du tout et le taux de mortalité par cancer du sein n'a pas changé pendant toutes ses années. On recrute plus tôt, allongeant la période de conscience de la présence du mal. Les cancers fulgurants tuent toujours aussi vite et nous laissent démunis.

Dans son article "*Principios Éticos y Prevención Cuaternaria: ¿es posible no proteger el ejercicio del principio de autonomía?*" le confrère Pizzanelli fait état d'un projet de dépistage systématique dont son pays, l'Uruguay, envisage de se doter, avec une contrainte d'obligation et de risque de perdre l'emploi pour les femmes qui le refuserait.

Au moment où dans le monde entier, des voix s'élèvent contre le dépistage de masse, ou les médecins généralistes tentent de s'organiser pour identifier et accompagner les femmes porteuses de risque, des politiques, certainement emportés par leur désir de bien faire et probablement seulement de faire, proposent de mettre en place un système coercitif et obsolète. Cette attitude est politiquement risquée, éthiquement injustifiable et scientifiquement dépassée.

Mots-clés:

Dépistage de masse
Mammographie
Médicalisation
Néoplasmes du Sein
Prévention Quaternaire

Palavras-chave:

Programas de Rastreamento
Mamografia
Medicalização
Neoplasias da Mama
Prevenção Quaternária

Keywords:

Mass Screening
Mammography
Medicalization
Breast Neoplasms
Quaternary Prevention

Palabras clave:

Tamizaje Masivo
Mamografía
Medicalización
Neoplasias de la Mama
Prevención Cuaternaria

Sources de financement:

L'auteur déclare n'avoir aucun source de financement en relation avec cet article.

Conflits d'intérêts:

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Recebido em: 27/11/2013.
Aprovado em: 27/12/2013.

Politiquement risquée parce qu'elle va engager des sommes importantes du budget de la santé dans une suffusion administrative (prévenir, en santé publique, c'est d'abord organiser) et dans des investissements majeurs pour du matériel coûteux. En même temps s'installera un climat de contrôle et de suspicion qui ne peut que nuire à la convivialité d'une société.

Ethiquement injustifiée parce que la maladie et la mort sont de l'ordre de l'intime et du symbolique et que la décision d'examiner un corps pour le savoir ou non malade n'appartient qu'à la personne elle-même et non à la société. Contrôler le corps est une main mise inacceptable sur le devenir humain et revient à assimiler la maladie à une tache ou une faute que le corps social s'autorise à châtier.

Scientifiquement obsolète parce qu'on sait maintenant que le soi-disant dépistage ne met à jour que des cancers lents, qui n'auraient probablement pas tué la personne et qui rate les cancers rapides qui eux sont de toute façon mortels. Cette attitude repose sur une croyance d'après-guerre et son vocabulaire militaire. Combattre le cancer et croire qu'en arrivant plus tôt on pouvait le vaincre a été le leitmotiv de toutes les campagnes de masse depuis lors.

On sait maintenant que les humains vivent avec le cancer, qu'ils arrivent parfois à s'en défendre et qu'ils ne meurent pas tous. On sait aussi que certaines femmes sont plus à risque que d'autres et qu'une écoute attentive et un relevé minutieux de leur histoire familiale permet de dégager des groupes à risque qu'il est bon de conseiller. Mais investir dans la communication n'a pas la même visibilité ni le même rendement qu'investir dans la technologie et il faudra beaucoup de courage aux politiques pour décider d'investir dans un système de première ligne performant et bien géré qui permettra de mettre la connaissance des grands nombres au sein des consultations individuelles des acteurs de soins primaires.

Le Dr Pizzanelli est un collègue courageux. Il dit tout haut ce que beaucoup pensent tout bas et il doit être soutenu, pas ses pairs d'abord dans son pays, et par tous les collègues du monde qui pensent que la science c'est aussi cultiver le doute et se méfier de ses propres erreurs.

Tradução: Comentário sobre o artigo de Pizzanelli

Logo após o nascimento de seu quinto filho, minha irmã visitou seu ginecologista. Ela tinha sentido um caroço em seu seio e estava inquieta. Ele a tranquilizou. Ela acreditou. Foi na Espanha, nos anos 1980. Minha irmã era advogada e mãe de família. Uma mulher muito ocupada. Ela confiou em seu médico. Era um mau médico. Quinze anos depois ela faleceu de caquexia neoplásica após incontáveis sessões de radioterapia, quimioterapia, testes diagnósticos e complicações de toda a natureza, rodeada por seus filhos e em sofrimento.

Quando o próprio médico trabalha com esse tipo de memória torna-se muito sensível e procura por todos os meios evitar que seus pacientes vivam um calvário tão terrível como esse. Eu era muito organizado na minha prática profissional: nós ensinávamos às mulheres a autoapalpação das mamas, tínhamos uma agenda de datas para avisá-las quando deveriam fazer suas mamografias de rastreamento e ficávamos satisfeitos em encontrar, de tempos em tempos, um câncer não muito avançado, ficando a impressão de termos salvo uma paciente, o que nos fazia bem.

A Bélgica não tem um sistema de saúde organizado, e o rastreamento era - e ainda é - feito de modo pitoresco e episódico. O estado, os hospitais ou alguns médicos de família organizados lançam campanhas país a fora, que sensibilizam *sempre* as mesmas mulheres e "salvam" algumas delas, confiantes por terem implementado um sistema de medicina dita preventiva.

Este sistema não influencia o todo e a taxa de mortalidade por câncer de mama não mudou em todos esses anos. O recrutamento precoce para rastreamento apenas aumenta o período consciente da presença do problema. Os cânceres agressivos sempre matam muito rapidamente e nos deixam desamparados e atônitos.

Em seu artigo "*Principios Éticos y Prevención Cuaternaria: ¿es posible no proteger el ejercicio del principio de autonomía?*" o colega Pizzanelli relata um projeto sistemático de rastreamento que o seu país, o Uruguai, planeja fazer, com pressão para sua obrigatoriedade e risco de perder o emprego para as mulheres que se recusarem a fazê-lo.

Em um momento, quando, mundo a fora, crescem vozes contrárias ao rastreamento em massa, ou, em que os médicos generalistas procuram se organizar para identificar e acompanhar as mulheres sob risco, os políticos, movidos pelo seu desejo de fazer o bem, ou provavelmente somente por fazer, dão início a um sistema coercivo e obsoleto. Esta atitude é politicamente arriscada, eticamente injustificável e cientificamente ultrapassada.

Politicamente arriscada porque vai incorrer em quantidades significativas de orçamento da saúde em uma sangria administrativa (prevenir, em saúde pública, é primeiramente organizar) e em grandes investimentos para a aquisição de equipamentos caros. Ao mesmo tempo, se estabelecerá um clima de controle e desconfiança que pode prejudicar a convivialidade de uma sociedade.

eticamente injustificável porque adoecimento e morte estão na ordem da intimidade e do simbólico, assim como a decisão de se examinar um corpo - ou pessoas não doentes - para conhecimento, pertence somente à própria pessoa e não à sociedade. Controlar os corpos é uma mão posta inaceitavelmente sobre o destino humano, que vem reduzir o adoecimento a um ponto, a um erro para o qual o corpo social se autoriza a punir.

Cientificamente obsoleta, porque agora sabemos que as chamadas atualizações de rastreamento encontram cânceres lentos, que provavelmente não teriam matado a pessoa, e fracassam com os cânceres rápidos e agressivos, que são de fato mortais. Esta atitude é fundamentada em uma crença dos anos pós-guerra e seu vocabulário militar. Combater o câncer e pensar que 'ao se antecipar seria possível derrotá-lo' foi o *leitmotiv* de todas as campanhas de massa desde então.

Sabe-se agora que os seres humanos estão vivendo com câncer, que eles algumas vezes conseguem se defender por si próprios e que nem todos eles morrem. Sabe-se também que algumas mulheres estão sob maior risco do que outras e que a escuta atenta e o registro cuidadoso de suas histórias familiares permite identificar grupos de risco para os quais é importante se aconselhar o rastreio. Entretanto, investir na comunicação não tem a mesma visibilidade, ou o mesmo retorno, que o investimento em tecnologias, e requer muita coragem para os políticos decidirem investir em um sistema, primeiramente competitivo, eficiente e bem administrado, que irá permitir colocar o conhecimento dos grandes números dentro das consultas individuais dos atores dos cuidados primários.

Dr. Pizzanelli é um colega corajoso. Ele afirma em alto e bom som o que muitas pessoas estão pensando e por isso deve ser apoiado, não somente por seus pares em seu próprio país, mas também por todos os nossos colegas mundo afora que pensam que a ciência também serve para cultivar a dúvida e desconfiar de seus próprios erros.

Tradução: Josane Araujo Norman (Editora adjunta RBMFC).

Revisão técnica: Dr. André Luís Andrade Justino (SMS-Rio de Janeiro).

Leitura recomendada

1. Mukhtar TK, Yeates DR, Goldacre MJ. Breast cancer mortality trends in England and the assessment of the effectiveness of mammography screening: population-based study. *J R Soc Med.* 2013;106:234-42. PMID:23761583. <http://dx.doi.org/10.1177/0141076813486779>
2. Gøtzsche PC, Gøtzsche PG. *Mammography Screening. Truth, lies and controversy.* Radcliff Publishing; 2012. 400 p.
3. Gøtzsche PG, Hartling OJ, Nielsen M, Brodersen J. Screening for breast cancer with mammography. Patient leaflet Nordic Cochrane Center; 2012. 15 p. PMID:21249649.
4. Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ.* 2011;343:d4411. PMID:21798968. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4411>
5. Baines C. Rational and Irrational Issues in Breast Cancer Screening. *Cancers, Basel.* 2011;3:252-66. PMID: PMC3756360. <http://dx.doi.org/10.3390/cancers3010252>
6. Zahl P-H, Maehlen J, Welch HG. The natural history of invasive breast cancers detected by screening mammography. *Arch Intern Med.* 2008;168:2311-6. PMID:19029493. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.168.21.2311>
7. Jørgensen KJ, Klahn A, Gøtzsche PC. Are benefits and harms in mammography screening given equal attention in scientific articles? A cross-sectional study. *BMC Med.* 2007;5:12. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-5-12>
8. Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M, Berrino F, Perneger T, Mosconi P, et al. Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. *Int J Epidemiol.* 2003;32(5):816-21. PMID:14559757. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyg257>
9. Evans MF. False-positive results in breast cancer screening. *Can Fam Physician.* 1999;45:73-4. PMID:10889859 PMID:PMC2328037.