

Editorial

Die gesundheitlichen Vorsorgeuntersuchungen: Filteruntersuchungen und Check-ups

A. Delachaux

Die Präventivmedizin bietet ein riesiges Tätigkeitsgebiet, in dem schon Wichtiges erreicht worden ist, und das noch Vieles verspricht. Aber man darf sich keinen Illusionen hingeben und muss die gestellten Probleme mit einem kritischen Geist angehen. Es genügt nicht, die Filter- und Check-up-Untersuchungen zu vervielfachen, um die Morbidität, die Gebrechen und die Sterblichkeit zu verringern.

Die Krankheiten werden durch die Vererbung, die Umwelt und die Lebensweise bestimmt. Die Umgebung und die Lebensweise in vielfältiger Weise zu korrigieren, bedeutet zahlreiche krankheitsverursachende Faktoren zu unterdrücken. Zugleich leistet die Erhöhung der individuellen Widerstandskraft durch Impfungen oder durch allgemeine hygienische Massnahmen einen wirk-samen Beitrag gegen die Krankheit. Diese Art der Prävention betrifft jedoch nur die Gesunden. Wenn der krankhafte Prozess einmal angelaufen ist, so entwickelt er sich mehr oder weniger schnell, bis die Symptome vom Kranken wahrgenommen werden und ihn zum Arzt führen. Die Krankheit kann sich schleichend ausbreiten und, unbemerkt durch den Patienten, doch schweren und oft unheilbaren Schaden anrichten. Es ist das Vorkommen dieser stillen Entwicklungen, das die präventivmedizinischen Untersuchungen rechtfertigt und ihr Prinzip begründet.

Wie sieht nun die Wirklichkeit aus? Welche Krankheiten entwickeln sich in diesem Sinne, unbemerkt vom Patienten und seiner Umgebung? Wie häufig sind diese Krankheiten und Entwicklungen? Gibt es einfache und wenig beschwerliche Untersuchungen, die deren Erkennung erlauben? Wieviel Arbeit, Ausgaben und Umstände für die Bevölkerung würde ihre Einführung erfordern? Steht eine wirksame Behandlung für die entdeckten Fälle zur Verfügung? Ist die Wirksamkeit dieser Behandlung wirklich grösser, wenn sie in einem früheren, vorsymptomatischen Stadium erfolgt? Oder ist das Resultat der Behandlung etwa gleich, wie wenn diese erst einsetzte, nachdem die Symptome den Patienten auch sonst zum Arzt geführt hätten?

Die Filteruntersuchung ist zu einem aktuellen Thema geworden, und die Frage ist schon aufgeworfen worden, ob die Krankenkassen diese Art von Untersuchung übernehmen würden. Aus diesem Grunde hat die Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin diesen Fragenkomplex als Thema für ihre Jahrestagung 1974 gewählt, in der Hoffnung, dass die Arbeiten dieser Tagung dazu beitragen werden, einiges Licht auf die praktischen Probleme der präventivmedizinischen Untersuchungen, ihre Indikationen, ihre Methodik, ihre Auswirkungen und Nebenwirkungen sowie ihre volkswirtschaftlichen Aspekte zu werfen.

Auf den ersten Blick erscheint alles einfach und klar, und die Fragen vermehren sich erst, je näher man auf die Problematik eingeht.

Im Sinne einer Dienstleistung sind präventivmedizinische Untersuchungen erst sinnvoll, wenn eine wirksame Behandlung zur Verfügung steht. Eine unheilbare Krankheit früher zu erfassen, bedeutet meistens, mit hohen Kosten und ohne Vorteil das Leben eines Kranken und seiner Nächsten zu verdüstern, während sie sonst bis zum Ende der präsymptomatischen Phase in einer Atmosphäre der Gesundheit hätten weiterleben können.

Im allgemeinen rechtfertigen nur schwere und häufige Krankheiten die Entwicklung von Früherfassungsmassnahmen. Eine Ausnahme bildet die Früherkennung der Phenylcetonurie beim Säugling, die nur ein Kind auf 10 000 betrifft. Doch wird hier bei der gleichen Person nur eine einzige Untersuchung benötigt, so dass aufgrund der Schwere der vermeidbaren Schäden, aufgrund der Einfachheit und der Aussagekraft des Guthrie-Tests und aufgrund der Tatsache, dass die Behandlung nur bei frühem Einsatz wirksam ist, diese Filteruntersuchung zu einem menschlich, medizinisch und volkswirtschaftlich nützlichen Instrument geworden ist.

Auch bei der Früherkennung des Krebses ist die relative Seltenheit des Auftretens neuer Fälle (3 pro Einwohner pro Jahr) in Betracht zu ziehen. Dazu gibt es nicht nur einen einzigen Krebs, sondern fast ebenso viele wie Organe im menschlichen Körper. Jede Krebsart erfordert einen besonderen Filtertest und besondere diagnostische Abklärungen. Nur für sehr wenige Arten des Krebses stehen

uns Filtertests zur Verfügung, und für die grosse Mehrheit sind klinische Untersuchungen erforderlich, die oft komplex, beschwerlich und kostspielig sind, und die alle zwei bis drei Jahre, wenn nicht jährlich wiederholt werden müssten. Diese Überlegungen erklären, warum den in den fünfziger Jahren in den Vereinigten Staaten errichteten Krebsfrüherkennungszentren nur ein kurzer Erfolg beschieden war. In diesem Zusammenhang sind auch die zur Erkennung eines Krebsfalles erforderlichen Kosten nicht uninteressant, und diese können als Mass für die Wirksamkeit eines Tests verstanden werden: je geringer die Kosten, desto grösser der relative Nutzen.

In einem bestimmten Fall hat zum Beispiel eine sorgfältige Pilotstudie ergeben, dass in den Jahren 1954–1956 die Entdeckung von 368 neuen Fällen 65 490 Untersuchungen zu 30 Dollars erforderte. Zudem erfolgte die Früherkennung nur bei 273 Fällen rechtzeitig genug, um eine komplikationslose Überlebenszeit von 5 Jahren zu ermöglichen. Aufgrund dieser Angaben lässt sich berechnen, dass die Kosten pro erfolgreich früherfassten Fall 40 230 Schweizer Franken (Stand 1960) betragen [1, 2].

Diese wenigen Beispiele zeigen die Komplexität der Probleme der präventivmedizinischen Untersuchungen auf und zeigen, dass diese in erster Linie besonders exponierten Gruppen von Menschen zugute kommen sollten.

Die ersten der in diesem Heft folgenden Arbeiten befassen sich mit den grundsätzlichen Problemen der Früherkennung, mit ihren Zwecken, mit ihrer Evaluation und mit der unentbehrlichen engen Beziehung zwischen den Screeningzentren, den Zentren für die diagnostische Abklärung und den Behandlungszentren. Der zweite Teil ist der Früherfassung der malignen Tumoren und der koronaren Herzkrankheiten gewidmet – den beiden in den industrialisierten Ländern wichtigsten gesundheitlichen Problemen. Unter den monovalenten Filteruntersuchungen verdienen noch weitere besondere Aufmerksamkeit, wie diejenigen auf Glaukon, auf gewisse psychische Störungen und auf latente chronische Harnwegsinfektionen.

Ein dritter Teil bringt uns einen Schritt weiter und behandelt die polyvalente Früherfassung, wie sie entlang dem Lebensweg vom Säugling bis zum Betagten erfolgt. Einige ausländische Erfahrungen scheinen weiterhin von Interesse zu sein – nicht notwendigerweise um bei uns angewandt zu werden, sondern weil es sich um Projekte handelt, die sich von den uns bekannten weitgehend unterscheiden.

Schliesslich versucht ein Rundtischgespräch festzustellen, welche der Krankheitsfrüherkennung dienenden Massnahmen sich harmonisch in die tägliche ärztliche Praxis einfügen lassen.

Die präventivmedizinischen Untersuchungen stellen nur eine unter den Methoden der Bekämpfung von Krankheiten dar. Auf dem Gebiet der Betreuung der schwangeren Frauen, der Neugeborenen und der Kinder sowie in bezug auf die ansteckenden Krankheiten ist ihr Wert unbestritten. Im Zusammenhang mit den nicht ansteckenden chronischen Leiden ist der medizinische und volkswirtschaftliche Wert der Vorsorgeuntersuchungen und der Frühbehandlung jedoch nur für eine sehr kleine Zahl von Krankheiten erwiesen.

Literatur

[1] Day E.: Cancer screening and detection: medical aspects. *J. Chron. Dis.* 16, 397–405 (1963).

[2] Delachaux A.: Détection du cancer asymptomatique et diagnostic précoce par l'examen en série de collectivités. *Praxis* 57, 959–963 (1968).

Editorial

Les examens médicaux préventifs Dépistage et bilans de santé

Armand Delachaux

La médecine préventive offre un champ d'action immense, riche déjà de réalisations importantes et encore plein de promesses. Mais il faut se garder des illusions et aborder ces problèmes avec un sévère esprit critique. Il ne suffit pas de multiplier les examens médicaux et les «check-up» pour faire baisser la morbidité, les infirmités et la mortalité prématurée.

Les maladies sont déterminées par l'hérédité, par l'environnement et par le mode de vie. Corriger les environnements et les modes de vie nocifs, c'est supprimer de nombreux facteurs de maladie. De même renforcer la résistance individuelle par des vaccinations ou par des mesures d'ordre général, c'est contribuer de manière efficace à lutter contre la pathologie. Ce type de prévention ne concerne évidemment que les sujets sains.

Le processus pathologique une fois installé, il progresse plus ou moins vite, jusqu'à ce que des symptômes alertent le malade et le conduisent vers son médecin. La maladie peut s'étendre à bas bruit et provoquer des lésions graves, parfois incurables, à l'insu du patient. La présence de ces évolutions silencieuses est la raison d'être des examens médicaux préventifs et en justifie le principe.

Qu'en est-il dans la réalité? Quelle affections progressent ainsi à l'insu du patient et de son entourage? Quelle est la fréquence de ces affections et de ce type évolutif? Des examens simples et peu gênants permettent-ils de les identifier? Quelle somme de travail, de dépenses, de dérangement pour la population ces examens exigeraient-ils? Une fois la maladie découverte, dispose-t-on d'un traitement efficace? Cette efficacité est-elle réellement supérieure si l'affection est entreprise à un stade particulièrement précoce, asymptomatique? Ou bien le résultat thérapeutique est-il à peu près équivalent si l'on commence à traiter plus tard, lorsque les symptômes ont conduit «normalement» le malade vers le médecin?

Le dépistage est devenu un sujet d'actualité. La question s'est déjà posée de savoir si les caisses-maladie allaient prendre en charge ce genre d'examen. C'est pourquoi la Société Suisse de Médecine Sociale et Préventive a choisi ce thème pour sa réunion annuelle, dans l'espoir que les travaux de ces journées contribueront à jeter quelque lumière sur les problèmes pratiques soulevés par les examens médicaux préventifs, les indications, la méthodologie, le service rendu, les inconvénients, les aspects économiques.

Au premier abord, tout paraît simple et évident. En fait les problèmes se compliquent à mesure que l'on serre de plus près les réalités.

Sur le plan du service rendu, les examens préventifs n'ont de sens que si l'on dispose d'une thérapeutique efficace. Dépister de manière précoce une maladie incurable, c'est le plus souvent assombrir à grands frais et sans avantage la vie d'un malade et de ses proches, qui auraient encore pu vivre dans l'atmosphère de la santé jusqu'à la fin de la phase asymptomatique.

En général seule les affections sévères et fréquentes justifient la mise en œuvre d'un dépistage. Pourtant le dépistage de la phénylcétonurie chez les nourrissons fait exception à cette règle. La maladie ne touche que 1 enfant sur 10000. Mais l'examen ne se pratique en général qu'une seule fois chez un même sujet. D'autre part, la gravité des troubles qui peuvent être évités, la simplicité et la validité du test de Guthrie, l'efficacité d'un traitement exclusivement précoce font de ce dépistage une entreprise utile sur le plan humain, médical et économique.

Le dépistage des cancers, comme le précédent, se heurte à l'effectif relativement faible des nouveaux cas par an: 3 pour 1000 habitants. En plus de cela, il n'y a pas un cancer, mais presque autant de types différents que d'organes dans le corps humain. Chaque type de cancer nécessite des examens particuliers de dépistage puis de diagnostic. Nous ne disposons de tests de dépistage que pour un très petit nombre de cancers. Pour la grande majorité il faut recourir à des examens cliniques souvent complexes, désagréables et onéreux, et qui devraient être répétés tous les deux ou trois ans, si ce n'est chaque année. Ces considérations expliquent pourquoi les cliniques de dépistage du cancer n'ont connu aux Etats-Unis qu'une vogue passagère, dans les années 1950 à 1960. A ce propos, le coût du dépistage d'un cas de cancer n'est pas sans intérêt. Il peut être

considéré comme un indice d'efficacité: plus faible est la dépense, meilleur est le rendement. Dans le cas particulier, une étude pilote minutieuse a montré qu'il a fallu 65 490 examens à 30 dollars (1954-1956) pour dépister 368 cas. Encore le dépistage n'est-il intervenu à temps que dans 273 cas qui, traités, n'ont pas fait de complications néoplasiques au cours des cinq années suivantes. Ce calcul fixe à 40 230 francs suisses (1960) le prix de revient d'un cas de dépistage précoce réussi [1, 2].

Ces quelques exemples montrent la complexité des problèmes soulevés par les examens médicaux préventifs, qui devraient porter en priorité sur les groupes humains les plus exposés.

Les exposés qui suivent comportent une première partie dévolue aux problèmes fondamentaux du dépistage, aux objectifs, à la méthodologie, à l'évaluation, à la liaison indispensable entre les centres de dépistage, de diagnostic et de traitement. Une seconde partie traite du dépistage des tumeurs malignes et des cardiopathies ischémiques, les deux fléaux épidémiques actuels des régions industrielles. Parmi les dépistages monovalents, d'autres encore mériteraient une attention spéciale, tels celui du glaucome, de certains troubles psychologiques, des infections urinaires chroniques latentes.

Une troisième partie nous fait franchir un pas de plus. Elle porte sur le dépistage polyvalent tout au long de la vie humaine, du nouveau-né au vieillard. Quelques expériences étrangères paraissent intéressantes, non pas nécessairement pour les appliquer chez nous, mais parce qu'il s'agit de réalisations très différentes de celles qui nous sont familières.

Enfin une table ronde cherche à préciser quelles mesures utiles de dépistage pourraient s'intégrer harmonieusement dans la pratique quotidienne du cabinet de consultation.

Les examens médicaux préventifs ne sont que l'une des méthodes de lutte contre les maladies.

Leur valeur est pleinement reconnue dans le domaine des soins pré-natals et en ce qui concerne les nouveau-nés et les enfants, et dans les maladies infectieuses. Mais dans le cadre des maladies chroniques non transmissibles, la valeur médicale et économique des examens préventifs et du traitement précoce n'a été démontrée que pour un très petit nombre d'affections.

Bibliographie

[1] Day E.: Cancer screening and detection: medical aspects. *J. Chron. Dis.* 16, 397-405 (1963).

[2] Delachaux A.: Détection du cancer asymptomatique et diagnostic précoce par l'examen en série de collectivités. *Praxis* 57, 959-963 (1968).