

RÉSUMÉ DE RECHERCHE

Estimations prévues du cancer au Canada en 2020

Darren R. Brenner PhD, Hannah K. Weir PhD, Alain A. Demers MSc PhD, Larry F. Ellison MSc, Cheryl Louzado MSc MHSc, Amanda Shaw MSc, Donna Turner PhD, Ryan R. Woods PhD, Leah M. Smith PhD; pour le Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.191292

CONTEXTE : Les projections relatives au cancer pour l'année en cours aident à l'élaboration des politiques, à la planification des programmes et à l'allocation des ressources. Notre étude avait pour but de donner un aperçu de l'incidence et de la mortalité du cancer attendues au Canada en 2020 pour faire suite au rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2019*.

MÉTHODES : Nous avons recueilli des données sur l'incidence dans le Système national de déclaration des cas de cancer (de 1984 à 1991) et le Registre canadien du cancer (de 1992 à 2015), ainsi que des données sur la mortalité dans la Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil (de 1984 à 2015). Toutes ces bases de données sont gérées par Statistique Canada. Les nombres relatifs à l'incidence et à la mortalité ainsi que les taux normalisés selon l'âge de 23 types de cancer ont été projetés pour 2020, par sexe et par région géographique (provinces et territoires), tous âges confondus.

RÉSULTATS : On estime qu'il y aura 225 800 nouveaux cas de cancer et 83 300 décès attribuables à cette maladie au Canada en 2020. On s'attend à ce que les cancers les plus fréquemment diagnostiqués soient le cancer du poumon dans l'ensemble de la

population (29 800), le cancer du sein chez les femmes (27 400) et le cancer de la prostate chez les hommes (23 300). On prévoit également que le cancer du poumon sera la principale cause de décès dû au cancer, comptant pour 25,5 % de ces derniers. Il devrait être suivi du cancer colorectal (11,6 %), du cancer du pancréas (6,4 %) et du cancer du sein (6,1 %). On s'attend à ce que l'incidence et le taux de mortalité soient plus élevés dans l'est que dans l'ouest du pays.

INTERPRÉTATION : Le nombre de cas de cancer et de décès attribuables à cette maladie reste élevé au Canada, et on s'attend à ce qu'il continue d'augmenter en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population. Bien qu'on ait réussi à réduire le nombre de décès attribuables à la plupart des principaux cancers (sein, prostate et poumon), peu de progrès ont été réalisés en ce qui concerne le cancer du pancréas, et on s'attend à ce que ce dernier soit la troisième cause de décès dû au cancer au Canada en 2020. Des efforts supplémentaires devraient être déployés pour améliorer l'adoption des programmes en place et faire progresser la recherche, la prévention, le dépistage et le traitement du cancer afin d'en alléger le fardeau sur le système de santé canadien.

RÉSUMÉ DE RECHERCHE ■ SEPTICÉMIE

Stratégies de dépistage du sepsis en contexte préhospitalier : étude de validation

Daniel J. Lane PhD, Hannah Wunsch MD MSc, Refik Saskin MS, Sheldon Cheskes MD, Steve Lin MDCM MSc, Laurie J. Morrison MD MSc, Damon C. Scales MD PhD

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.190966

CONTEXTE : En contexte préhospitalier, il est important de distinguer les patients qui présentent un sepsis des patients qui ont une infection sans dysfonctionnement d'organe afin d'amorcer les traitements appropriés en temps opportun. Notre étude avait pour objectif de déterminer quelles stratégies de dépistage du sepsis utilisées par les ambulanciers offraient la plus grande certitude pour le diagnostic préhospitalier.

MÉTHODES : Nous avons effectué une recherche documentaire pour recenser les stratégies de dépistages publiées à l'intention des ambulanciers, puis avons mené une étude de validation en Alberta (Canada) d'avril 2015 à mars 2016. Après avoir lié à une base de données administrative le dossier de patients adultes (18 ans et plus) transférés par ambulance, nous avons effectué une recherche pour savoir lesquels d'entre eux avaient reçu un

diagnostic d'infection à l'urgence. Pour chaque patient, nous avons déterminé les résultats de chaque stratégie de dépistage, puis les avons comparés au diagnostic posé à l'urgence. En ce qui concerne les stratégies qui donnaient un score numérique, nous avons créé des modèles prédictifs pour estimer la probabilité qu'un diagnostic de sepsis soit établi à l'urgence.

RÉSULTATS : Nous avons recensé 21 stratégies différentes de dépistage préhospitalier, dont 14 donnant un score numérique. Au total, nous avons lié le dossier de 131 745 patients admissibles à des bases de données hospitalières. Aucune stratégie n'avait à la fois une sensibilité (écart 0,02–0,85) et une spécificité

(écart 0,38–0,99) élevées pour la détermination du sepsis. Toutefois, les échelles Critical Illness Prediction (CIP), National Early Warning Score (NEWS) et Quick Sepsis-Related Organ Failure Assessment (qSOFA) indiquaient, selon les résultats obtenus, s'il était peu ou très probable qu'un sepsis soit diagnostiqué. Selon les résultats au qSOFA, la probabilité allait de 7 % (score le plus faible) à 87 % (score le plus élevé).

INTERPRÉTATION : Le CIP, le NEWS et le qSOFA ont une bonne capacité prédictive du diagnostic de sepsis en contexte préhospitalier. Le score du qSOFA est facile à calculer et peut aider les ambulanciers à dépister les patients présentant potentiellement un sepsis.

RÉSUMÉ DE RECHERCHE

Glucocorticoïdes oraux et incidence d'hypertension en cas de maladie inflammatoire chronique : une étude de cohorte basée sur la population

Teumzghi F. Mebrahtu PhD, Ann W. Morgan PhD, Robert M. West DPhil, Paul M. Stewart MBChB MD, Mar Pujades-Rodriguez PhD

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.191012

CONTEXTE : Seules quelques études basées sur la population se sont penchées sur le lien entre les glucocorticoïdes et l'hypertension, et les résultats obtenus étaient contradictoires. Nous voulions évaluer l'effet des glucocorticoïdes oraux sur l'incidence de l'hypertension chez les adultes ayant une maladie inflammatoire chronique.

MÉTHODES : Nous avons analysé les dossiers médicaux électroniques d'adultes sans antécédents d'hypertension atteints d'une de six maladies inflammatoires chroniques prédéterminées. Les dossiers provenaient de 389 cabinets en Angleterre et couvraient la période de 1998 à 2017. Nous nous sommes servis de données relatives à la prescription de glucocorticoïdes pour déterminer la dose quotidienne variable dans le temps et la dose cumulative d'équivalents prednisolone (remontant à un an avant le début du suivi), et avons estimé le taux d'incidence et le rapport de risque (RR) pour l'hypertension au moyen d'une analyse de régression de Cox.

RÉSULTATS : Sur les 71 642 patients de la cohorte, 24 896 (34,8 %) ont présenté de l'hypertension au cours du suivi, dont la durée médiane était de 6,6 ans. L'incidence d'hypertension était de 46,7 (intervalle de confiance [IC] de 95 % 46,0–47,3) pour 1000 années-personnes. Ce taux augmentait avec la dose cumulative de glucocorticoïdes en équivalents prednisolone, passant de 44,4 pour 1000 années-personnes en période de non-utilisation à 45,3 pour 1000 années-personnes avec une utilisation entre > 0,0 mg et 959,9 mg (RR 1,14, IC de 95 % 1,09–1,19), à 49,3 pour 1000 années-personnes avec une utilisation entre 960 mg à 3054,9 mg (RR 1,20, IC de 95 % 1,14–1,27), et à 55,6 pour 1000 années-personnes avec une utilisation de 3055 mg ou plus (RR 1,30, IC



de 95 % 1,25–1,35). Des effets cumulatifs ont été observés pour les 6 maladies à l'étude, mais aucun effet dose-réponse n'a été constaté en fonction de la dose quotidienne.

INTERPRÉTATION : La dose cumulative de glucocorticoïdes oraux a été associée à une augmentation de l'incidence d'hypertension, ce qui indique que la tension artérielle des patients prenant ces médicaments de façon systématique devrait être surveillée de près. Les glucocorticoïdes étant des médicaments souvent prescrits, le fardeau pour le système de santé qui y est associé pourrait être important. **Numéro d'enregistrement de la recherche :** ClinicalTrials.gov, no NCT03760562.