

La vérité choquante sur le cancer de la peau : ce qu'on ne vous dit pas sur le soleil



[Source : vigilantnews.com]

Cet article a été publié à l'origine sur *The Forgotten Side of Medicine (La face oubliée de la médecine)* et a été republié avec l'autorisation de l'auteur.

Article de A Midwestern Doctor (un médecin du Midwest)

L'histoire en un coup d'œil :

- Les cancers de la peau sont de loin les cancers les plus fréquemment diagnostiqués aux États-Unis, et pour les prévenir, le public est constamment invité à éviter le soleil. Cependant, si les cancers de la peau relativement bénins sont causés par l'exposition au soleil, ceux qui sont responsables de la plupart des décès par cancer de la peau sont dus à un manque d'ensoleillement.
- C'est regrettable, car la lumière du soleil est sans doute l'élément nutritif le plus important pour le corps humain.
- On peut affirmer que cette dynamique résulte du fait que la profession de dermatologue (avec l'aide d'une société de relations publiques de premier plan) s'est repositionnée sur la lutte contre le cancer de la peau, ce qui lui a permis de devenir l'une des spécialités médicales les plus rémunératrices qui soient. Malheureusement, malgré les milliards investis chaque année dans la lutte contre le cancer de la peau, le nombre de décès dus à cette maladie n'a pas évolué de manière significative.
- Dans cet article, nous aborderons également les dangers des traitements conventionnels du cancer de la peau, les moyens les plus efficaces de traiter et de prévenir le cancer de la peau, ainsi que certaines des meilleures stratégies pour avoir une relation saine et nourrissante avec le soleil.

Note : dans le fil de discussion de février, j'ai présenté quelques articles potentiels, et comme ce sujet était l'un des plus demandés, j'ai passé le mois dernier à travailler dessus.

Depuis que je suis toute petite, quelque chose me semble anormal dans le fait que tout le monde s'extasie sur la nécessité d'éviter le soleil et de toujours mettre de la crème solaire dès qu'il y a une activité en plein air, alors j'ai fait de mon mieux pour ne pas m'y conformer. En vieillissant, j'ai commencé à remarquer qu'en plus de l'effet bénéfique du soleil, chaque fois que j'étais au soleil, les veines sous ma peau qui étaient exposées au soleil se dilataient, ce que j'ai interprété comme un signe que le corps avait besoin de la lumière du soleil et qu'il voulait l'attirer dans la circulation sanguine. Plus tard encore, j'ai appris qu'un chercheur pionnier avait découvert que des altérations significatives se produisaient dans la santé des personnes qui portaient des lunettes empêchant certains spectres de lumière (par exemple, la plupart des verres bloquent la lumière UV) de pénétrer dans la partie la plus transparente du corps et qu'il était possible de les traiter en leur donnant des lunettes spécialisées qui n'empêchaient pas ce spectre de pénétrer.

Note : tout ce qui précède concerne l'une de mes modalités thérapeutiques préférées, l'irradiation sanguine aux ultraviolets, qui fera l'objet d'un prochain article.

Plus tard, lorsque je suis devenu étudiant en médecine (j'étais alors familiarisé avec la myriade de bienfaits de la lumière du soleil), j'ai été frappé par la névrose des dermatologues à propos de l'évitement de la lumière du soleil. Par exemple, en plus d'entendre chaque patient que je voyais se faire sermonner sur l'importance d'éviter la lumière du soleil, j'ai appris par mes camarades de classe que les dermatologues des latitudes septentrionales (où la lumière du soleil est suffisamment faible pour que les gens souffrent de troubles affectifs saisonniers) exigeaient effectivement de leurs étudiants qu'ils portent de la crème solaire et des vêtements qui couvrent la majeure partie de leur corps lorsqu'ils se trouvent à l'intérieur. À ce moment-là, mon point de vue sur la question s'est transformé en « cette croisade contre le soleil vient sans aucun doute des dermatologues » et « qu'est-ce qui ne va pas chez ces gens-là ? Il y a quelques années, j'ai découvert la dernière pièce du puzzle grâce à Robert Yoho MD et à son livre *Butchered by Healthcare* (Massacrés par les soins de santé).

La monopolisation de la médecine

Tout au long de ma vie, j'ai remarqué trois tendances curieuses dans l'industrie médicale :

– Elle promeut des activités saines que les gens sont peu susceptibles de pratiquer (par exemple, l'exercice physique ou le sevrage tabagique).

- Elle promeut des activités clairement malsaines qui rapportent de l'argent aux industries (par exemple, la consommation d'aliments transformés ou la prise d'une myriade de produits pharmaceutiques dangereux et inefficaces).
- Ils s'attaqueront à des activités clairement bénéfiques et faciles à réaliser (par exemple, l'exposition au soleil, la consommation d'œufs, de produits laitiers crus ou de beurre).

D'après ce que j'ai pu constater, tout cela trouve son origine dans l'histoire scandaleuse de l'American Medical Association, lorsqu'en 1899, George H. Simmons, docteur en médecine, a pris possession de cette organisation en difficulté (les médecins faisaient faillite parce que leurs traitements étaient barbares et inefficaces). À son tour, il lance un programme visant à accorder le sceau d'approbation de l'AMA en échange de la divulgation par les fabricants de leurs ingrédients et de leur acceptation de faire de la publicité dans de nombreuses publications de l'AMA (ils n'étaient toutefois pas tenus de prouver que leur produit était sûr ou efficace). Cette manœuvre a été couronnée de succès et, en l'espace de dix ans seulement, l'AMA a multiplié par cinq ses recettes publicitaires et par neuf le nombre de ses médecins membres.

Parallèlement, l'AMA s'est efforcée de monopoliser l'industrie médicale en mettant en place un conseil général de l'enseignement médical (qui déclarait en substance que sa méthode était la seule crédible pour pratiquer la médecine), ce qui lui a permis de devenir l'organisme national d'accréditation des écoles de médecine. Cela leur a permis de mettre fin à l'enseignement de nombreux modèles médicaux concurrents, tels que l'homéopathie, la chiropraxie, la naturopathie et, dans une moindre mesure, l'ostéopathie, car les États refusaient souvent de délivrer des licences aux diplômés des écoles mal notées par l'AMA.

De même, Simmons (ainsi que son successeur, Fishbein, qui a régné de 1924 à 1950) a créé en 1913 un « département de propagande » chargé d'attaquer tous les traitements médicaux non conventionnels et toute personne (médecin ou non) qui les pratiquait. Fishbein était très doué pour ce qu'il faisait et pouvait souvent organiser des campagnes médiatiques massives contre tout ce qu'il décidait de considérer comme du « charlatanisme », campagnes qui étaient entendues par des millions d'Américains (à une époque où le pays était beaucoup plus petit).

Après avoir créé ce monopole, Simmons et Fishbein n'ont pas tardé à l'exploiter. Ils ont notamment fait chanter les sociétés pharmaceutiques pour qu'elles leur fassent de la publicité, exigé que les droits de divers traitements médicaux soient vendus à l'AMA et envoyé la FDA ou la FTC à la poursuite de tous ceux qui refusaient de se vendre (ce qui, dans un cas au moins, a été prouvé au tribunal, car l'un des « compatriotes » de Fishbein pensait que ce qu'il faisait était mal et a témoigné contre lui). À cause de cela, de nombreuses innovations médicales remarquables ont été effacées de l'histoire (une partie du travail de ma vie et une grande partie de ce que j'utilise en pratique sont essentiellement les thérapies que Simmons et

Fishbein ont réussi à faire disparaître de la Terre).

Note : pour illustrer le fait qu'il ne s'agit pas d'une histoire ancienne, il suffit de voir comment l'AMA a attaqué de manière vicieuse et ridicule l'utilisation de l'ivermectine pour traiter la Covid (car il s'agissait du plus grand concurrent du cartel de la Covid). De même, un moment qui a changé le paradigme de Pierre Kory (dont il parle ici avec Russel Brand) est qu'après avoir témoigné devant le Sénat au sujet de l'ivermectine, il a été mis en état de choc par l'assaut des médias et des campagnes des revues médicales qui venaient de toutes parts pour tenter de dénigrer l'ivermectine et de détruire sa réputation et celle de ses collègues (par exemple, ils ont été licenciés et leurs articles, qui avaient déjà fait l'objet d'une évaluation par les pairs, ont été rétractés). Deux semaines plus tard, il a reçu un courriel du professeur William B. Grant (un expert en vitamine D) qui disait : « Cher Dr Korey, ce qu'ils font à l'ivermectine, ils le font à la vitamine D depuis des décennies » et qui incluait un article de 2017 détaillant le schéma exact que l'industrie utilise encore et encore pour enterrer la science qui dérange.

[NDLR Cependant, l'emprise actuelle de l'industrie pharmaceutique semble bien se jouer sur plusieurs niveaux imbriqués, à la manière de poupées russes, car même l'accent mis sur l'ivermectine pour prétendument soigner la Covid renforce son fondement existentiel (sans lequel elle s'effondrerait) : l'hypothèse virale et sa mère, la théorie des germes. Le débat (ou la controverse) dans ce cas porte sur l'efficacité ou non de cette substance chimique dans le traitement de symptômes covidien attribués néanmoins à un virus par ailleurs pourtant jamais scientifiquement isolé. L'ivermectine est déclarée soigner la Covid par les uns (en servant d'antiviral), ou ne rien pouvoir y faire pour les autres (puisqu'étant essentiellement un antiparasitaire), alors que de toute manière elle ne ferait tout au plus que soulager des symptômes sans s'attaquer à leur cause véritable. Ce débat ne peut finalement que faire le jeu de l'industrie pharmaceutique tant qu'il met en avant l'existence de virus. Voir notamment Le jeu de l'ivermectine.]

En peu de temps, Big Tobacco est devenu le plus gros client de l'AMA, ce qui a conduit à d'innombrables publicités comme celle-ci, publiées par l'AMA, qui ont persisté jusqu'à ce que Fishbein soit évincé (il est alors devenu un lobbyiste très bien rémunéré pour l'industrie du tabac) :

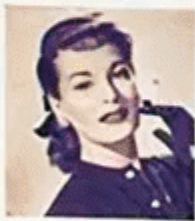
According to repeated nationwide surveys,

More Doctors Smoke **CAMELS** than any other cigarette!

Doctors in every
branch of medicine
were asked, "What
cigarette do you smoke?"
The brand named most
was Camel!

You'll enjoy Camels for the same reasons
so many doctors enjoy them. Camels have
cool, cool mildness, pack after pack, and
a flavor unmatched by any other cigarette.
Make this sensible test. Smoke only
Camels for 30 days and see how well Camels
please your taste, how well they soothe
your throat on your daily smoke. You'll
see how enjoyable a cigarette can be!

THE DOCTORS' CHOICE IS AMERICA'S CHOICE!



MARJORIE TAMM actress "I smoke
Camels. They agree with me
and make me beautiful!"



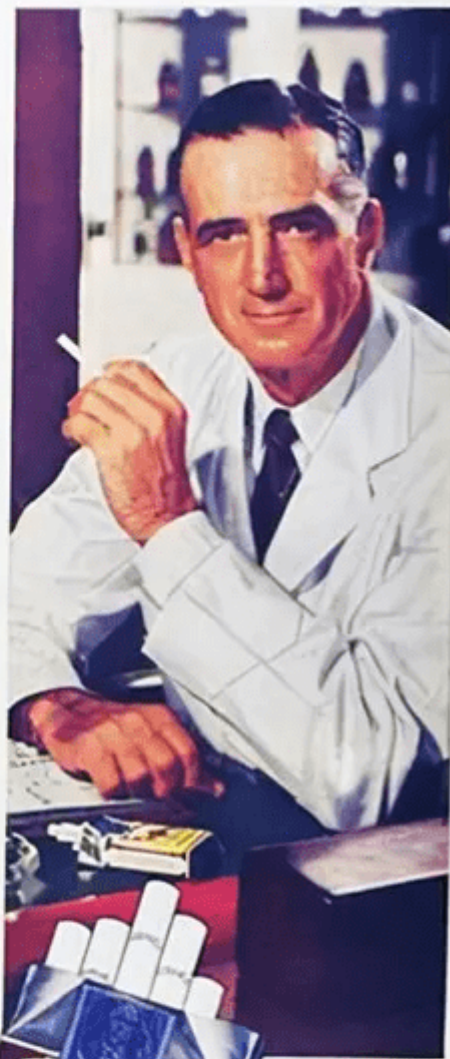
DICK SPOTTS actor "I am more
attracted to Camels than
to any other brand!"



PHILIP H. HAYS physician "I smoke
Camels and am always
refreshed and full of energy!"



For 30 days, test Camels in your "T-Zone" (T for Throat, T for Taste).



Note : en raison de leur méchanceté, ils ont souvent incité les gens à fouiller dans leur passé, ce qui a permis de découvrir à quel point Simmons et Fishbein étaient sans scrupules et sociopathes. Malheureusement, bien que je sache par expérience de première main que c'était le cas (par exemple, une de mes amies connaissait la secrétaire de Fishbein et elle a déclaré que Fishbein était une personne vraiment horrible qu'elle voyait régulièrement commettre des actes ignobles, et j'ai également connu des gens qui connaissaient les guérisseurs révolutionnaires que Fishbein ciblait), je n'ai jamais été en mesure de confirmer bon nombre des allégations odieuses contre

Simmons parce que le livre qu'ils citent tous comme référence n'a pas fourni ses sources, tandis que les autres livres qui fournissent des allégations différentes mais concordantes sont mal sourcés.

Les bienfaits de la lumière du soleil

L'une des plus anciennes thérapies « prouvées » en médecine consistait à faire prendre des bains de soleil aux gens (par exemple, c'est l'une des rares choses qui ont réussi à traiter la grippe de 1918, avant les antibiotiques, c'était l'un des traitements les plus efficaces pour traiter la tuberculose et il était également largement utilisé pour une variété d'autres maladies). Par ailleurs, comme il est sûr, efficace et disponible gratuitement, il est logique que des individus sans scrupules, désireux de monopoliser la pratique de la médecine, veuillent empêcher le public d'y avoir accès.

Note : le succès des bains de soleil est à l'origine de l'irradiation du sang par les ultraviolets.

En raison du succès de la guerre contre la lumière du soleil, de nombreuses personnes ne sont pas conscientes de ses bienfaits. En voici quelques exemples :

1. La lumière du soleil est essentielle pour la santé mentale. On l'apprécie surtout dans le cas de la dépression (par exemple, le trouble affectif saisonnier), mais en réalité, ses effets sont bien plus vastes (par exemple, l'exposition à la lumière non naturelle détruit le rythme circadien).

Note : J'ai vraiment compris ce point pendant mon internat en médecine, où après une longue période de travail de nuit sous des lumières fluorescentes, j'ai remarqué que je devenais cliniquement dépressif (ce qui ne m'était jamais arrivé autrement et a conduit un co-résident dont j'étais proche à me proposer de me prescrire des antidépresseurs). J'ai décidé de faire une expérience (je le fais souvent – par exemple, j'essaie de ne jamais recommander à des patients des traitements que je n'ai pas déjà essayés sur moi-même) et j'ai continué pendant quelques jours, puis je suis rentrée chez moi et j'ai pris un bain sous une ampoule à spectre complet, ce qui m'a permis de me sentir presque instantanément mieux. Je pense que mon histoire est particulièrement importante pour les professionnels de la santé, car beaucoup d'entre eux sont obligés de passer de longues périodes sous une lumière artificielle et leur santé mentale (par exemple, leur empathie) en souffre beaucoup. Par exemple, cette étude menée auprès d'infirmières chinoises en salle d'opération a révélé que leur santé mentale était nettement moins bonne que celle de la population générale et que cette dégradation était liée à leur manque d'exposition à la lumière du soleil.

2. Une vaste étude épidémiologique a révélé que l'incidence du cancer du sein était deux fois moins élevée chez les femmes ayant une exposition solaire aux UVB plus importante que chez celles ayant une exposition solaire plus faible, et que l'incidence du cancer mortel de la prostate était deux fois moins

élevée chez les hommes ayant une exposition solaire résidentielle plus importante.

Note : une réduction de 50 % de l'incidence de l'un ou l'autre de ces cancers dépasse largement ce qu'ont accompli toutes les approches que nous utilisons pour les traiter ou les prévenir.

3. Une étude prospective sur 20 ans a évalué 29 518 femmes dans le sud de la Suède. Des femmes moyennes de chaque tranche d'âge, sans problèmes de santé importants, ont été sélectionnées au hasard, ce qui en fait l'une des meilleures études épidémiologiques possibles. L'étude a révélé que les femmes qui évitaient le soleil par rapport à celles qui s'exposaient régulièrement à la lumière du soleil présentaient les caractéristiques suivantes :

- 60 % plus susceptibles de mourir, soit environ 50 % plus susceptibles de mourir que le groupe ayant une exposition modérée et environ 130 % plus susceptibles de mourir que le groupe ayant une forte exposition au soleil.

Note : pour être clair, il existe très peu d'interventions médicales qui se rapprochent de ce résultat.

- Le gain le plus important a été observé dans le risque de mourir d'une maladie cardiaque, tandis que le deuxième gain a été observé dans le risque de toutes les causes de décès autres que les maladies cardiaques et le cancer (« autres »), et le troisième gain le plus important a été observé dans les décès dus au cancer.

Note : les chercheurs ont conclu que le moindre bénéfice en termes de réduction des décès par cancer était en partie dû au fait que les sujets vivaient plus longtemps et succombaient donc à un type de cancer qui ne les aurait touchés que plus tard dans leur vie.

- Le bénéfice le plus important a été observé chez les fumeurs, au point que les non-fumeurs qui évitaient le soleil avaient le même risque de mourir que les fumeurs qui s'exposaient à la lumière du soleil.

Note : je pense que ce phénomène et les bienfaits cardiovasculaires sont en grande partie dus au fait que la lumière du soleil catalyse la synthèse de l'oxyde nitrique (essentiel à la santé des vaisseaux sanguins) et des sulfates (qui recouvrent les cellules comme l'endothélium et qui, en conjonction avec les infrarouges (ou la lumière du soleil), créent l'eau cristalline liquide essentielle à la protection et au fonctionnement du système cardiovasculaire).

Compte tenu de tous ces éléments, je dirais qu'il faut une très bonne justification pour éviter l'exposition au soleil.

Cancer de la peau

Selon l'Académie américaine de dermatologie :

Le cancer de la peau est le cancer le plus fréquent aux États-Unis. Selon les estimations actuelles, un Américain sur cinq développera un cancer de la peau au cours de sa vie. On estime qu'environ 9 500 personnes aux États-Unis reçoivent chaque jour un diagnostic de cancer de la peau.

Les carcinomes basocellulaires et spinocellulaires, les deux formes les plus courantes de cancer de la peau, sont très faciles à traiter s'ils sont détectés tôt et traités correctement.

L'exposition aux rayons UV étant le facteur de risque le plus évitable pour tous les cancers de la peau, l'American Academy of Dermatology encourage chacun à éviter les lits de bronzage intérieurs et à protéger sa peau à l'extérieur en recherchant l'ombre, en portant des vêtements de protection – notamment une chemise à manches longues, un pantalon, un chapeau à large bord et des lunettes de soleil avec protection UV – et en appliquant un écran solaire à large spectre, résistant à l'eau, avec un FPS de 30 ou plus, sur toute la peau non couverte par les vêtements.

De même, selon la Fondation pour le cancer de la peau :

Aux États-Unis, plus de deux personnes meurent d'un cancer de la peau toutes les heures.

Voilà qui est plutôt effrayant. Voyons maintenant ce que cela signifie exactement.

Note : heureusement, les bienfaits de la vitamine D (qui provient de l'exposition au soleil) sont aujourd'hui mieux connus. Toutefois, étant donné que les bienfaits du soleil ne se limitent pas à la création de vitamine D, la position actuelle de la dermatologie (selon laquelle on peut remplacer l'exposition au soleil « dangereuse » par de la vitamine D) n'est pas du tout un conseil que je peux soutenir.

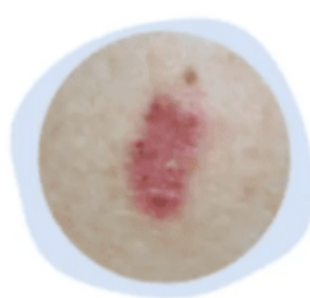
Carcinome basocellulaire (CBC)

Le carcinome basocellulaire est de loin le type de cancer de la peau le plus courant (80 % de tous les cancers de la peau) :

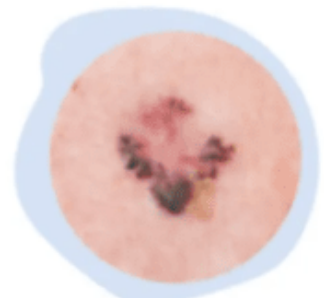
BASAL CELL CARCINOMA TYPES (BCC)



Nodular BCC



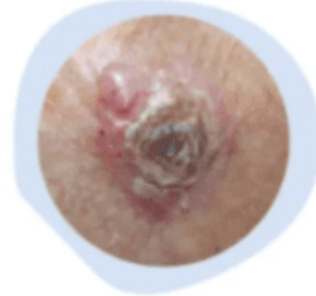
Superficial BCC



Pigmented BCC



Morphoeic BCC



Basosquamous BCC

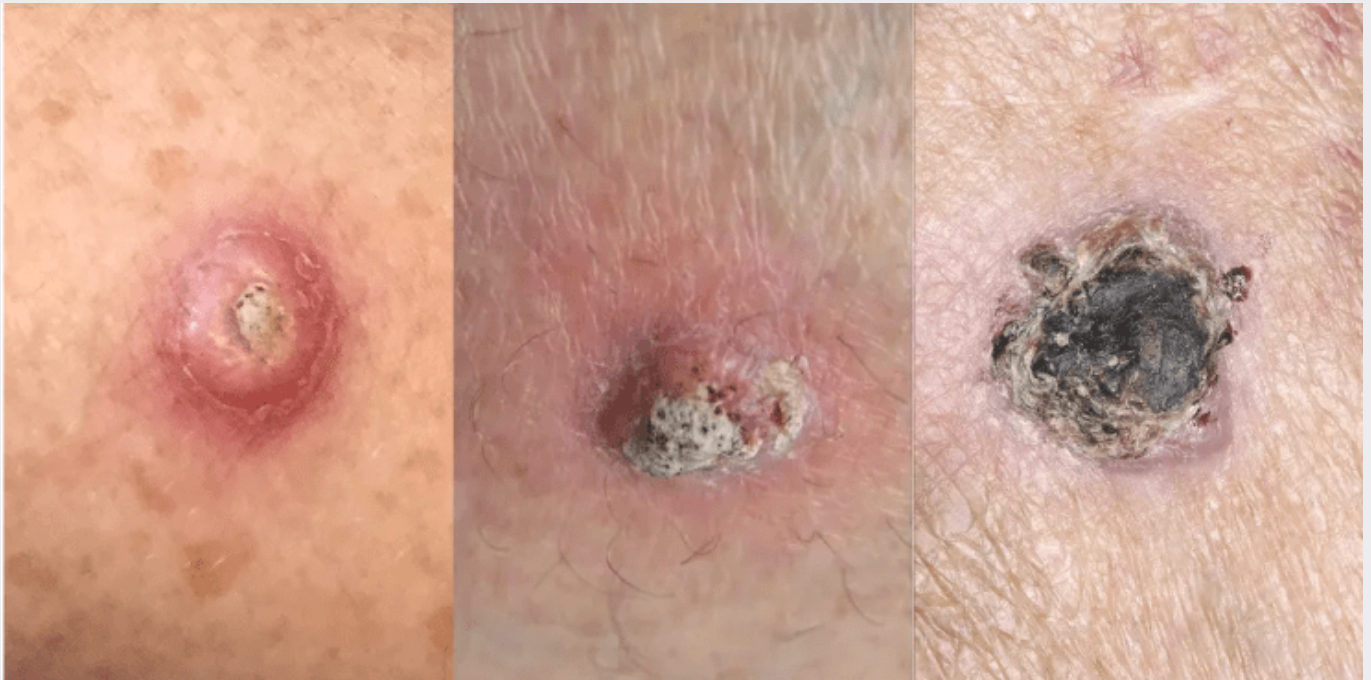
L'incidence exacte du CBC varie considérablement, allant de 14 à 10 000 cas par million de personnes, et aux États-Unis, on estime généralement qu'environ 2,64 millions de personnes en contractent un par an (avec un total d'environ 4,32 millions de cancers, puisque certaines personnes en contractent plus d'un). Les trois principaux facteurs de risque du CBC sont une exposition excessive au soleil, une peau claire (qui vous rend plus sensible à la pénétration excessive de la lumière du soleil) et des antécédents familiaux de cancer de la peau. C'est pourquoi l'incidence très variable du CBC est en grande partie due au degré d'exposition au soleil des personnes, et on le trouve généralement dans les zones fréquemment exposées au soleil (par exemple, le visage).

Ce qu'il faut comprendre à propos du CBC, c'est qu'il n'est pas très dangereux, car il ne forme presque jamais de métastases. La plupart des sources indiquent un taux de mortalité de 0 %. En revanche, il est généralement évalué en fonction du risque de récurrence après son ablation (qui varie de 65 % à 95 % selon les sources).

Note : nous pensons que l'un des principaux défauts de l'approche du cancer de la peau basée sur l'excision est qu'elle ne s'attaque pas aux causes sous-jacentes du cancer, ce qui peut fréquemment entraîner des récurrences de cancers de la peau et la nécessité de couper de plus en plus de peau (ce qui devient problématique au fur et à mesure que l'on enlève de la peau). Cette situation est particulièrement problématique lorsqu'un cancer potentiellement mortel réapparaît.

Carcinome épidermoïde

Deuxième type de cancer de la peau le plus fréquent, le carcinome épidermoïde cutané (CEC) se présente comme suit :



Comme il est également causé par la lumière du soleil, son incidence varie considérablement, allant de 260 à 4 970 par million d'années-personnes, avec une estimation de 1,8 million de cas survenant chaque année aux États-Unis. Auparavant, on pensait que le CBC était quatre fois plus fréquent que le CEC, mais aujourd'hui cet écart s'est réduit à deux fois. Contrairement au CBC, le CEC peut être dangereux, car il peut former des métastases. S'il est enlevé avant la formation de métastases, le taux de survie est de 99 %, mais s'il est enlevé après la formation de métastases, ce taux tombe à 56 %. Le CEC étant généralement détecté avant que cela ne se produise (en 1 à 2 ans, 3 à 9 % d'entre eux formeront des métastases), le taux de survie moyen pour ce cancer est d'environ 95 %, et l'on pense qu'environ 2 000 personnes (bien que certaines estimations aillent jusqu'à 8 000) meurent du CSC chaque année aux États-Unis.

Note : comme, contrairement aux autres cancers de la peau, le BCC et le CEC ne sont pas susceptibles de tuer, les médecins ne sont pas tenus de les déclarer et il n'existe donc pas de base de données centralisée permettant d'en connaître le nombre. Par conséquent, les chiffres relatifs au BCC et au CEC sont en grande partie des estimations.

Le mélanome

On estime que le mélanome survient à un taux de 218 cas par million de personnes aux États-Unis chaque année (le risque variant selon l'appartenance ethnique). Bien qu'il ne représente que 1 % de tous les diagnostics de cancer de la peau, le mélanome est responsable de la plupart des décès dus au cancer

de la peau. La survie étant grandement améliorée par une détection précoce, de nombreux guides en ligne existent pour aider à reconnaître les signes communs d'un mélanome potentiel :



Le taux de survie à cinq ans du mélanome dépend de l'étendue de sa propagation au moment du diagnostic (de 99 % à 35 %, avec une moyenne de 94 %), d'où l'importance d'une identification correcte. De même, certains cas sont agressifs et métastasent rapidement (ils ne sont donc souvent pas détectés à temps) et ces variantes ont un taux de survie compris entre 15 et 22,5 %. Au total, cela représente un peu plus de 8 000 décès par an aux États-Unis.

Note : ces variantes du mélanome faussent probablement les statistiques globales de survie au cancer.

Il est essentiel de comprendre que le mélanome est généralement considéré comme lié à l'exposition au soleil, mais ce n'est pas le cas. Ce n'est pas le cas :

– Une étude portant sur 528 patients atteints de mélanome a révélé que ceux qui souffraient d'élastose solaire (une modification courante de la peau consécutive à une exposition excessive au soleil) avaient 60 % moins de risques de mourir d'un mélanome.

– 87 % des cas de CEC surviennent dans des régions du corps fortement exposées au soleil, comme le visage (qui représente au total 6,2 % de sa surface), tandis que 82,5 % des cas de CBC surviennent dans ces régions. À l'inverse, seuls 22 % des mélanomes apparaissent dans ces régions. Cela indique que le CEC et le CBC sont liés à l'exposition au soleil, mais pas le

mélanome, ce qui est cohérent avec le fait que nous les trouvons constamment dans des zones qui ne sont pratiquement pas exposées au soleil.

– Les travailleurs en extérieur reçoivent 3 à 10 fois la dose annuelle d'UV que reçoivent les travailleurs en intérieur, et pourtant ils ont une incidence plus faible de mélanome malin cutané et un risque inférieur de moitié à celui de leurs collègues en extérieur.

– Une méta-analyse de la littérature disponible réalisée en 1997 a révélé que les travailleurs ayant une exposition professionnelle significative à la lumière du soleil étaient 14 % moins susceptibles de contracter un mélanome.

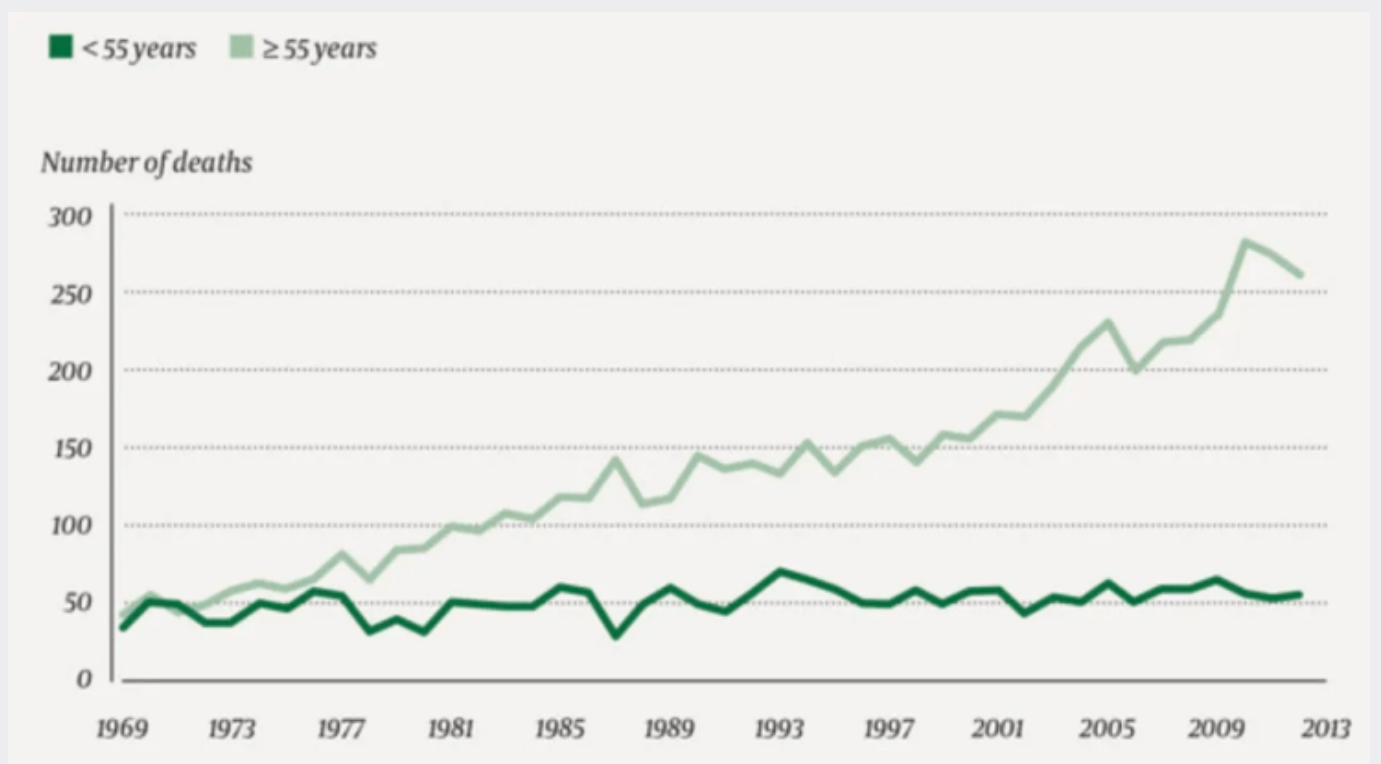
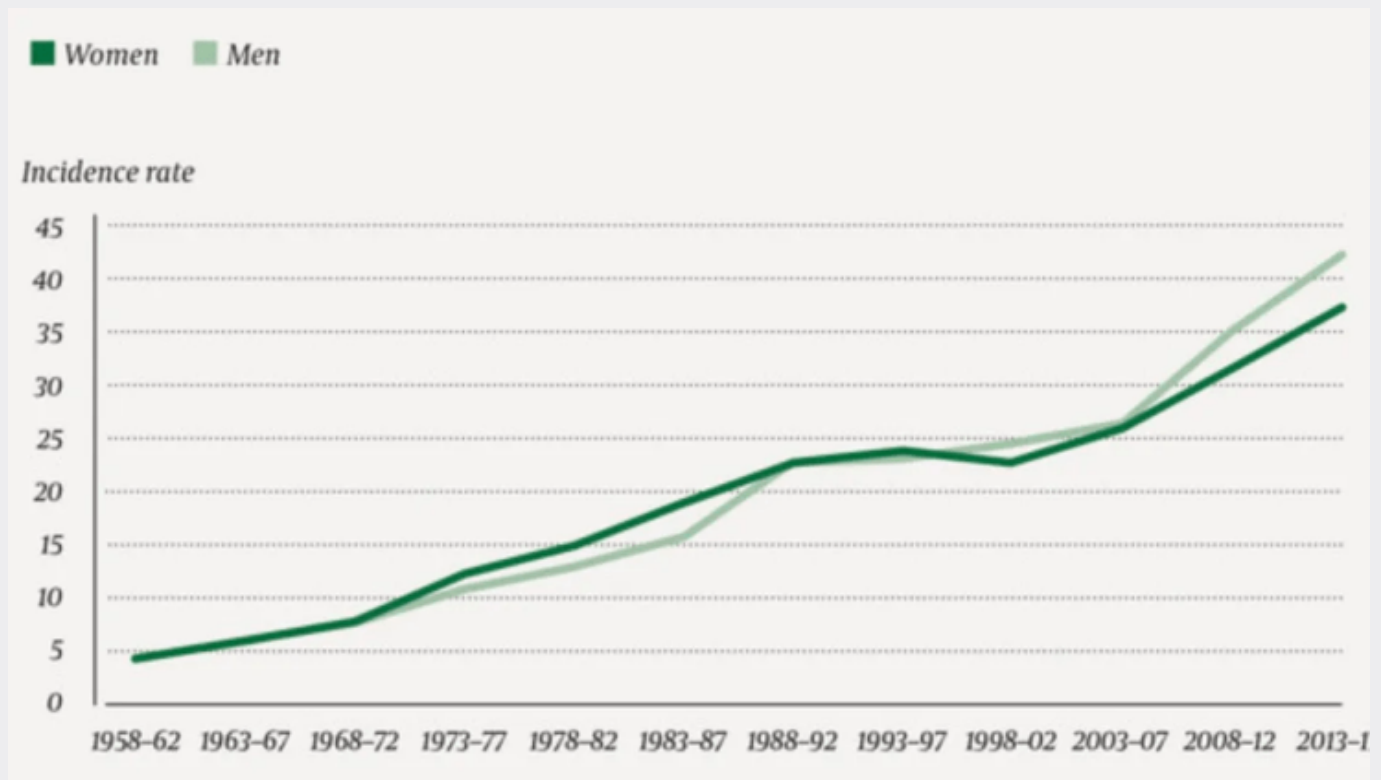
– Les recherches existantes ont montré que l'utilisation d'un écran solaire n'a aucun effet sur les taux de mélanome malin ou les augmente, ce qui rend assez frustrant le fait que les gouvernements du monde entier répètent toujours le conseil d'en porter davantage, en particulier lorsque les taux de mélanome augmentent (en d'autres termes, exactement ce que nous constatons également avec les campagnes de promotion du vaccin Covid-19).

Note : il est possible d'affirmer que les produits chimiques contenus dans les écrans solaires provoquent des cancers de la peau, de même que certains produits cosmétiques disponibles sur le marché.

– Une étude de 1982 (aujourd'hui oubliée) portant sur 274 femmes a révélé que l'exposition à la lumière fluorescente au travail multipliait par 2,1 le risque de développer un mélanome malin, ce risque augmentant avec l'exposition à la lumière fluorescente, soit en raison de l'exposition au travail (1,8 fois pour les emplois à exposition modérée, 2,6 fois pour les emplois à exposition élevée), soit en raison du temps passé à travailler (c'est-à-dire 2,4 fois plus de risques pour 1 à 9 ans de travail, 2,8 fois pour 10 à 19 ans et 4,1 fois pour plus de 20 ans).

Note : il existe des preuves que ces lumières affectent également les animaux (par exemple, cette étude a montré qu'elles réduisaient considérablement la production de lait).

– Le nombre de mélanomes a augmenté de manière significative dans de nombreuses régions, ce qui ne permet pas d'affirmer que la lumière du soleil est le principal problème, car elle n'a pas changé de manière significative au cours des dernières décennies. Prenons par exemple les données du registre norvégien du cancer sur le mélanome malin :



Note : certaines données établissant un lien entre l'exposition au soleil et l'augmentation du risque de développer un mélanome sont plus contradictoires, car certains points de données indiquent une légère réduction, tandis que d'autres montrent une légère augmentation (par exemple, cette étude a montré que l'exposition au soleil augmentait le risque de mélanome d'environ 20 %). Toutefois, si l'on constate une légère augmentation du nombre de mélanomes, c'est l'inverse qui se produit en ce qui concerne la taille des mélanomes (par exemple, une étude a montré que les mélanomes du tronc étaient deux fois plus gros que ceux des bras) ou la probabilité qu'ils tuent quelqu'un (ce qui

est en fait le plus important).

Cancers rares de la peau

Cette section n'est pas importante à lire, je l'inclus principalement comme référence pour étayer le point principal et pour être complet.

- Carcinome à cellules de Merkel – 7 cas par million d'années-personnes aux États-Unis, taux de survie de 52 à 78 %. Lien possible avec la lumière du soleil.
- Sarcome de Kaposi – 3 à 6 cas par million de personnes aux États-Unis, taux de survie de 41 à 81 %, principalement dû à la suppression immunitaire (par exemple, le SIDA, la transplantation d'organes, peut-être les vaccins Covid). Possibilité d'un petit lien avec la lumière du soleil.
- Lymphome cutané à cellules T – 6,4 à 8,55 par million d'habitants aux États-Unis, 39,4-67,4 %, principalement dû à l'immunosuppression et à des infections spécifiques (il existe également de nombreux cas notables de ce type de lymphome survenant après la vaccination Covid – y compris l'un des participants à l'essai clinique de Moderna).
- Dermatofibrosarcome protuberans – 0,8 à 4,5 cas par million de personnes par an, 99,1 % de survie, facteurs de risque inconnus.
- Carcinome annexielle microkystique – 0,52 cas par million de personnes par an, taux de survie de 88,1 à 98,1 %, lié à une radiothérapie antérieure, à des médicaments immunosuppresseurs et à l'exposition au soleil.
- Mélanome lentigineux acral – 1,8 cas par million d'années-personnes, taux de survie de 67,5 % à 80,3 %, facteurs de risque inconnus mais généralement considérés comme n'étant pas liés à l'exposition au soleil.
- Carcinome sébacé – 2,43 cas par million d'années-personnes, taux de survie de 50 à 78 %, lié à des médicaments immunosuppresseurs, à la radiothérapie et à un défaut génétique existant.
- Maladie de Paget extramammaire – 0,4 à 0,7 cas par million de personnes, taux de survie de 81,6 % à 91,8 %, sans lien avec l'exposition au soleil.

Note : le dernier cancer de la peau rare, le sarcome pléomorphe indifférencié, se produit à un taux de 30 cas par million de personnes chaque année, mais dans de nombreux cas, il ne se manifeste pas dans la peau, de sorte qu'il est plus difficile d'obtenir des statistiques exactes à son sujet.

La grande escroquerie dermatologique

Si l'on tient compte de la section précédente, ce qui suit devrait être assez clair :

- – Le « cancer de la peau » de loin le plus courant n'est pas dangereux.

- – Les « cancers de la peau » dont vous devez vous préoccuper ne représentent qu'une petite partie des cancers de la peau existants.
- – L'exposition au soleil ne provoque pas de cancers dangereux (à l'exception du CEC, qui est loin d'être aussi dangereux que les autres).

En substance, il n'y a aucun moyen de justifier l'interdiction de la lumière du soleil pour prévenir le cancer de la peau, car le « bénéfice » de cette prescription est largement dépassé par ses effets néfastes. Cependant, une astuce linguistique très intelligente permet de contourner cette contradiction – une seule étiquette, « cancer de la peau », est utilisée pour tout, ce qui permet d'adopter sélectivement la létalité du mélanome, la fréquence du CBC et la sensibilité à la lumière du soleil que présentent le CBC et le CEC.

Cela m'a toujours exaspéré, et j'ai donc beaucoup réfléchi aux raisons de ce choix.

Note : Le Dr Malcom Kendrick nous aide à comprendre comment ce jeu est pratiqué dans l'industrie médicale en partageant l'histoire de Michael Baum MD :

Chaque année, je joue à un jeu avec les étudiants de troisième cycle lors d'un cours pour spécialistes en oncologie organisé par le Collège royal des chirurgiens d'Angleterre. Je leur dis qu'il existe deux outils de dépistage du cancer de la prostate potentiellement efficaces, l'un réduisant de 20 à 30 % le risque de mourir de la maladie, l'autre permettant de sauver une vie après 10 000 années-personnes de dépistage. En tant que consommateur ou responsable de la santé publique, à laquelle des deux solutions souscrivez-vous ? Ils votent tous pour le premier ; pourtant, les deux programmes sont identiques, ils ont simplement été présentés différemment. Continuer à promouvoir le dépistage en termes de réduction du risque relatif de mortalité par cancer du sein est extrêmement malhonnête.

Toutefois, je dois souligner que certains cancers de la peau (par exemple, de nombreux mélanomes) nécessitent une ablation immédiate. Mon propos ici est de vous encourager à ne pas éviter complètement les dermatologues, mais à envisager de demander un second avis à un autre dermatologue si vous n'êtes pas sûr de ce qui vous a été suggéré, car il existe de nombreux dermatologues excellents et respectueux de l'éthique qui exercent également dans ce domaine.

La spécialité la plus recherchée

Une grande partie du processus d'éducation médicale consiste à fournir aux étudiants en médecine des carottes (récompenses incitatives) qu'ils peuvent

obtenir s'ils travaillent incroyablement dur, s'ils sont très respectueux des règles et s'ils font preuve d'un degré d'aptitude supérieur à la moyenne. Cela motive les étudiants en médecine à continuer à travailler très dur (même s'ils ont « réussi » et qu'ils ont déjà été admis à l'école de médecine) et, souvent, les résidents en médecine à continuer à le faire (afin qu'ils puissent accéder à une bourse prestigieuse). L'une des principales motivations est de pouvoir accéder à une spécialité prestigieuse, car celle-ci est généralement plus respectée et mieux rémunérée.

La dermatologie est généralement considérée comme la spécialité la plus recherchée, car :

- – La période de formation post-médicale est relativement courte (quatre ans seulement).
- – Elle offre un équilibre relativement souple entre vie professionnelle et vie privée (par exemple, vous ne travaillez que des heures normales pendant la semaine et vous pouvez prendre un jour de congé).
- – Il est assez rare que vous ayez à traiter des patients en état d'urgence ou difficiles, de sorte que le stress dans ce domaine est très faible.
- – La dermatologie est l'une des spécialités les mieux rémunérées. Le salaire moyen d'un dermatologue débutant est de 400 000 dollars par an, bien que certains, comme les chirurgiens Mohs, gagnent au moins 600 000 dollars (et souvent beaucoup plus). À titre de comparaison, les médecins généralistes gagnent généralement environ 220 000 dollars par an.

Note : avec un salaire de base moyen d'environ 700 000 dollars par an, la chirurgie neurologique est généralement la spécialité la mieux rémunérée. En effet, outre le fait que cette spécialité est extrêmement difficile et éprouvante pour les nerfs (par exemple, de nombreuses opérations du cerveau durent de 3 à 8 heures et il y en a beaucoup d'autres qui sont encore plus longues – pendant tout ce temps, le chirurgien doit être extrêmement précis dans ce qu'il fait, sous peine d'une catastrophe et d'un procès important.), il faut passer sept ans après l'école de médecine à se former pour devenir chirurgien neurologue et encore plus longtemps (1 à 2 ans) pour se spécialiser dans certains aspects de la chirurgie neurologique.

Il est remarquable que la profession de dermatologue ait réussi à faire cela et, par conséquent, son domaine a tendance à attirer les étudiants les plus compétitifs qui veulent vraiment le style de vie incroyable et le salaire qu'un cabinet privé de dermatologie peut offrir (même si, au cours du processus de candidature, tout le monde prétend généralement vouloir faire de la recherche universitaire puisque c'est ce qui vous permet d'être admis). De même, l'un des médecins les plus intelligents que je connaisse (qui avait un grand cœur et la capacité d'améliorer la médecine) s'est finalement orienté vers la dermatologie pour ces raisons, ce qui a eu pour conséquence de gâcher un potentiel incroyable (de même, je pense que l'une des principales raisons pour lesquelles la recherche innovante a été si lente en dermatologie est que

son modèle de rémunération attire les médecins doués qui ne sont pas intéressés par la recherche).

Note : l'un des plus grands défis de la dermatologie est que le diagnostic précis de toutes les différentes lésions cutanées existantes requiert une bonne dose d'intelligence et de formation (la plupart des médecins qui ne sont pas spécialisés dans ce domaine ne peuvent donc pas le faire). Étant donné qu'il existe de nombreuses lésions cutanées difficiles à diagnostiquer, il est important que des médecins existent pour le faire (bien qu'il soit tout à fait possible que, dans les années à venir, les technologies de diagnostic par l'IA permettent d'y remédier en partie).

La transformation de la dermatologie

Il n'y a pas si longtemps, la dermatologie était l'une des professions les moins appréciées, car la plupart de leurs activités consistaient à traiter l'acné et les boutons avant l'arrivée de l'accutane (qui, contrairement à la plupart des produits pharmaceutiques, fonctionne réellement, mais qui est malheureusement incroyablement toxique et a handicapé à vie quelques personnes que j'ai bien connues).

Un blog relativement peu connu du dermatologue David J. Elpern, M.D., explique enfin ce qui s'est passé :

Au cours des 40 dernières années, j'ai été témoin de ces changements dans ma spécialité et je suis consterné par la réticence de mes collègues à les aborder. Cette tendance a commencé au début des années 1980, lorsque l'Académie de dermatologie (AAD) a demandé à ses membres plus de 2 millions de dollars pour engager une agence de publicité new-yorkaise de premier plan afin de mieux faire connaître notre spécialité au public. Ces hommes fous ont recommandé d'« éduquer » le public au fait que les dermatologues sont des spécialistes du cancer de la peau, et pas seulement des chasseurs de boutons ; c'est ainsi qu'a été créée la Journée nationale gratuite de dépistage du cancer de la peau.

Ces dépistages ont servi à gonfler l'anxiété du public concernant le cancer de la peau et ont conduit à la réalisation d'un grand nombre de procédures coûteuses et de faible valeur pour le cancer de la peau et la kératose actinique (KA). Dans le même temps, les pathologistes ont élargi leur définition du mélanome, ce qui a entraîné une « dérive diagnostique » qui a faussement augmenté l'incidence du mélanome, alors que la mortalité est restée à son niveau de 1980. Parallèlement, les cancers de la peau sans mélanome sont surtraités par des armées de chirurgiens micrographes qui traitent souvent des cancers de la peau inoffensifs par des interventions chirurgicales inutilement agressives et lucratives.

Un article de 2021 fournit un contexte supplémentaire aux remarques du Dr

Elpern :

Le dépistage du cancer de la peau a commencé au niveau communautaire dans les années 1970. Le premier programme public national de dépistage du cancer de la peau a été lancé par l'Académie américaine de dermatologie en 1985, après que l'augmentation de l'incidence et du taux de mortalité du mélanome malin eut attiré l'attention au début des années 1980. Au cours des premières années du programme, le président Ronald Reagan a signé des proclamations créant la « Semaine nationale de prévention et de détection du cancer de la peau » et la « Semaine de détection et de prévention du mélanome et du cancer de la peau chez les personnes âgées », et l'examen complet de la peau est devenu la référence en matière de dépistage du cancer de la peau.

Note : cet article indique également que le gouvernement américain a longtemps douté de la valeur de ces dépistages et que le secteur de la dermatologie a été confronté à des difficultés constantes pour surmonter cet obstacle pour lequel il a dû faire pression pour trouver des solutions.

En bref, comme cela s'est produit à maintes reprises en Amérique, une campagne de relations publiques remarquablement sophistiquée a été lancée pour transformer la société au profit d'une industrie.

Note : dans un article récent sur les changements psychologiques généralisés que la vaccination a provoqués dans la société américaine (que la majorité des lecteurs ont également observés, comme le montrent les sondages), j'ai parlé de la pression généralisée pour imposer la « diversité des genres » à nos enfants et, comme l'ont fait remarquer de nombreux commentateurs, ce changement soudain ne peut s'expliquer que par une vaste opération de relations publiques, qui, comme il s'avère, est financée par un groupe de milliardaires activistes qui souhaitent transformer la société.

Je suis relativement certain que quelques-uns des principaux éléments de cette campagne étaient les suivants :

- – Reconnaître que les cancers de la peau sont de loin les plus faciles à diagnostiquer (puisqu'il suffit de les voir).
- – La diabolisation du soleil, qui a permis aux dermatologues de se poser en héros et de susciter autant d'anxiété que possible à l'égard du soleil, d'autant plus que l'investissement psychologique qu'ils devaient consentir en mettant constamment de la crème solaire inciterait davantage les patients à se rendre chez leur dermatologue.
- – Leur permettre de créer un énorme entonnoir de vente en les autorisant à effectuer un grand nombre d'exams de routine de la peau du corps entier (sur des personnes par ailleurs en bonne santé) et donc de disposer d'un énorme réservoir de cancers potentiels à biopsier ou à exciser (retirer).

Note : outre le fait qu'il s'agit d'un entonnoir de vente, les dermatologues sont payés pour utiliser de l'azote liquide afin de congeler chaque lésion « précancéreuse » trouvée sur la personne lors d'un rendez-vous (ce qui prend quelques secondes et ajoute environ 100 dollars au remboursement de la visite). Malheureusement, bien que cette procédure soit souvent présentée comme l'élimination d'un précurseur, les recherches montrent que la plupart disparaissent d'elles-mêmes (55 % en un an, 70 % en cinq ans) et que très peu se transforment en CEC (0,6 % en un an et 2,57 % en quatre ans), ce qui rend difficile la justification du coût de cette procédure, d'autant plus qu'elle n'est pas sans effets secondaires.

- – Il leur est permis de s'appuyer sur la peur que l'industrie médicale a fait naître autour du cancer pour justifier le fait de demander beaucoup d'argent pour faire quelque chose de douteux afin de prévenir le cancer, et de faire en sorte que tous les patients soient d'accord dès qu'ils entendent le mot « c » tant redouté.

Note : dans un article récent, j'ai décrit comment ce principe a été exploité par le Lupron, un médicament médiocre contre le cancer de la prostate qui présente une série d'effets secondaires graves et qui a ensuite été transformé en un médicament incroyablement lucratif utilisé pour toute une série d'usages non prouvés (par exemple, pour faciliter la transition entre les sexes).

Plus précisément, leur jeu ultime était de pouvoir justifier le fait de faire payer très cher l'ablation chirurgicale de cancers de la peau, en étant souvent payé plus qu'un chirurgien pour une procédure standard (ce qui est justifié dans une certaine mesure parce que la chirurgie nécessite également un examen pathologique à mi-parcours). La procédure de référence est la suivante

L'objectif essentiel de la chirurgie de Mohs est de permettre une incision beaucoup plus petite (c'est-à-dire de ne pas couper plus qu'il n'est nécessaire), ce qui peut souvent représenter un grand avantage pour le patient, car les grands trous dans le visage peuvent être dévastateurs. Pour ce faire, on interrompt l'opération à mi-parcours et on examine ce qui a été découpé au microscope afin de déterminer si tout le cancer a été extrait et s'il n'y a plus rien à découper (alors que dans la chirurgie conventionnelle, une marge plus importante est utilisée pour plus de sécurité).

L'astuce de la chirurgie de Mohs réside dans le fait que, puisqu'il s'agit d'une chirurgie et d'une pathologie au cours de la même visite, le médecin peut facturer une variété d'éléments différents qui s'additionnent assez rapidement. Pour illustrer cela, consultez ce guide de facturation et ce résumé de l'Assurance maladie sur ce qu'il est actuellement possible de

facturer (ce qui, d'après ce que j'ai compris, est un peu différent de la facturation plus lucrative qui existait il y a une dizaine d'années et qui va de pair avec les récents changements de politique dans le secteur de l'assurance qui ont fait que les dermatologues dans la plupart des régions ne pouvaient être remboursés pour les chirurgies de Mohs que s'ils avaient suivi une formation supplémentaire d'un ou deux ans dans ce domaine – ce qui en a fait, on le comprend, une formation très compétitive pour être admis).

Note : le prix d'une opération de Mohs varie considérablement, mais il s'élève généralement à au moins quelques milliers de dollars. Contrairement à d'autres interventions chirurgicales, la majeure partie de cet argent revient au dermatologue, car l'hôpital qui fournit une salle d'opération, des fournitures pour la salle d'opération, du personnel pour la salle d'opération et un service de réveil ne prend pas une part importante du remboursement.

Vous pouvez donc deviner ce qui s'est passé :

Le taux de recours à la chirurgie de Mohs parmi les bénéficiaires de Medicare aux États-Unis a augmenté de 700 % entre 1992 et 2009 [ce qui lui a valu d'occuper la première place sur la liste des codes CPT « potentiellement mal évalués » de Medicare], bien qu'il y ait peu de preuves suggérant dans de nombreux cas que Mohs était supérieur aux options de traitement moins coûteuses, qui comprennent le grattage, l'arrachage ou même l'application d'une crème pour créer une brûlure chimique. La grande différence entre ces traitements plus conventionnels et le traitement de Mohs est leur prix : quelques centaines de dollars contre plus de 10 000, voire 20 000 dollars pour le traitement de Mohs.

Pour la plupart des tumeurs cutanées bénignes, « la décision de recourir à la chirurgie micrographique de Mohs reflète probablement l'avantage économique pour le prestataire plutôt qu'un avantage clinique substantiel pour le patient », a écrit le Dr Robert Stern, dermatologue à Harvard, notant qu'en 2012, l'Amérique a dépensé plus de 2 milliards de dollars estimés pour la chirurgie de Mohs, avec de grandes variations dans son utilisation : même pour des endroits sensibles comme le visage et les mains, elle a été utilisée 53 % du temps dans le Minnesota contre seulement 12 % au Nouveau-Mexique. Le Dr Stern estime que près de 2 % de l'ensemble des bénéficiaires de Medicare ont subi une opération de Mohs cette année-là.

Note : le Dr Stern a expliqué à Elisabeth Rosenthal qu'il avait fait partie d'un groupe d'experts réunis en 2012 par les sociétés professionnelles de dermatologie pour déterminer quand il convenait de recourir à la chirurgie de Mohs (en raison des préoccupations de l'assurance-maladie quant à sa surutilisation). En raison de la structure procédurale de la réunion, le groupe a finalement voté pour approuver 83 % des indications possibles pour une chirurgie de Mohs, ce qui a conduit (selon les termes de Stern) à ce que « beaucoup d'entre nous ont été surpris de voir que beaucoup de choses qui étaient assez controversées au départ semblaient maintenant positives et

unanimés ». Comment cela s'est-il produit ? Cela nous a mis très mal à l'aise... Il ne s'agissait pas d'une question médicale, mais d'une question commerciale ».

Pour montrer ce que ce changement dans les lignes directrices a entraîné :

Au total, 10 726 dermatologues ont été identifiés dans la base de données, représentant 1,2 % de l'ensemble des professionnels de santé et 3 % du total des paiements Medicare (3,04 milliards de dollars sur environ 100 milliards) [alors que les dermatologues représentent un peu moins de 1 % des médecins du pays]. Le paiement médian par dermatologue était de 171 397 dollars. Le remboursement moyen pour l'E/M était de 77,59 dollars par unité, tandis que le Mohs recevait un remboursement moyen par procédure de 457,33 dollars par unité. Parmi les dermatologues, 98,9 % ont reçu un paiement E/M [visite générale] et 19,9 % ont reçu des paiements liés à Mohs. Le montant total des paiements aux dermatologues était le plus élevé pour l'E/M (756 millions de dollars), suivi par le Mohs (550 millions de dollars) et la destruction des lésions précancéreuses [cryochirurgie] (516 millions de dollars) [puis 289 millions de dollars pour les biopsies]. Comparativement aux dermatologues qui facturent le moins, les dermatologues qui facturent le plus reçoivent une plus grande proportion de paiements pour la chirurgie de Mohs et les lambeaux/greffes et une plus faible proportion pour l'E/M. Les 15,9 % de dermatologues qui facturent le plus reçoivent le plus de paiements pour la chirurgie de Mohs. Les 15,9 % de dermatologues les mieux payés ont reçu plus de la moitié des paiements totaux.

Note : ces chiffres datent de 2013 et ont probablement augmenté depuis (je n'ai pas trouvé d'étude plus récente, si ce n'est un article indiquant qu'en 2015, 5,9 millions de biopsies cutanées ont été pratiquées sur des bénéficiaires de Medicare Part B, soit une augmentation de 55 % par rapport à la décennie précédente). En outre, n'oubliez pas que Medicare représente généralement environ 40 % du volume total de patients des dermatologues et environ 30 % du revenu total de leur cabinet (bien que j'aie vu des estimations de revenu allant de 30 à 60 %), de sorte qu'il ne s'agit que d'une fraction de ce qu'ils gagnent réellement.

Comme vous pouvez le deviner, cette opportunité a rapidement attiré l'attention de parties peu scrupuleuses qui cherchaient à profiter de cette manne. C'est ce qui a conduit le New York Times à enquêter sur ce secteur et à faire une découverte :

- Des sociétés de capital-investissement de Wallstreet sont entrées sur le marché, ont racheté des cabinets de dermatologie et les ont dotés d'infirmières et d'assistants (beaucoup moins chers à embaucher que les médecins), tout en annonçant au public qu'il verrait un médecin. Cette situation était regrettable, car ces pseudo-dermatologues effectuaient

plus de deux fois plus de biopsies de cancers cutanés présumés que les dermatologues (qui, en l'espace de dix ans, étaient passés de presque aucune biopsie facturée à l'assurance maladie à plus de 15 %). De même, ils ont souvent manqué des cancers réels ou mal diagnostiqués des lésions dont tout dermatologue pouvait dire qu'elles n'étaient pas cancéreuses (ce qui est également arrivé à des personnes que je connais et qui ont fréquenté ce type de cliniques), au point que l'article du NYT de 2017 a pu donner un exemple de ce qui s'est passé.

Note : de nombreux dermatologues se sont plaints de cette pratique dans leurs revues universitaires (car ils estiment qu'elle ruine la profession), mais cela n'a pas empêché cette pratique (compte tenu de l'argent en jeu), et maintenant beaucoup d'entre eux sont confrontés à la situation suivante : s'ils essaient d'ouvrir leur propre cabinet dans une grande ville, ils sont en concurrence avec une société de capital-investissement qui a de nombreux praticiens de niveau intermédiaire (bien annoncés) qui travaillent dans le secteur. Ce n'est pas nécessairement une mauvaise chose, car cela les oblige à s'installer dans des zones où il y a moins de médecins (ce qui est l'un des plus grands défis auxquels le système médical américain est confronté dans presque toutes les spécialités).

- Il y a eu une forte pression (par exemple, de la part de médecins avides) pour étendre cette franchise aux maisons de retraite. Par exemple, ils ont couvert une pratique mobile dans le Michigan qui envoie des cliniciens dans 72 maisons de retraite où ils effectuent des milliers de cryochirurgies, ainsi que de nombreuses injections de stéroïdes et des chirurgies mineures. L'enquête a révélé que 75 % de ces patients étaient atteints de la maladie d'Alzheimer et que la plupart de leurs lésions cutanées étaient sans conséquence. En outre, ils ont cité une société d'analyse des soins de santé qui a examiné 17 820 examens pratiqués sur des patients de plus de 65 ans au cours de la dernière année de vie et a constaté que des biopsies cutanées et la congélation de lésions précancéreuses étaient pratiquées fréquemment, souvent des semaines avant le décès.
- C'est tout à fait regrettable :

Le Dr Linos a ajouté que les médecins sous-estiment les effets secondaires des procédures de traitement du cancer de la peau. Les complications telles que la mauvaise cicatrisation des plaies, les saignements et les infections sont fréquentes dans les mois qui suivent

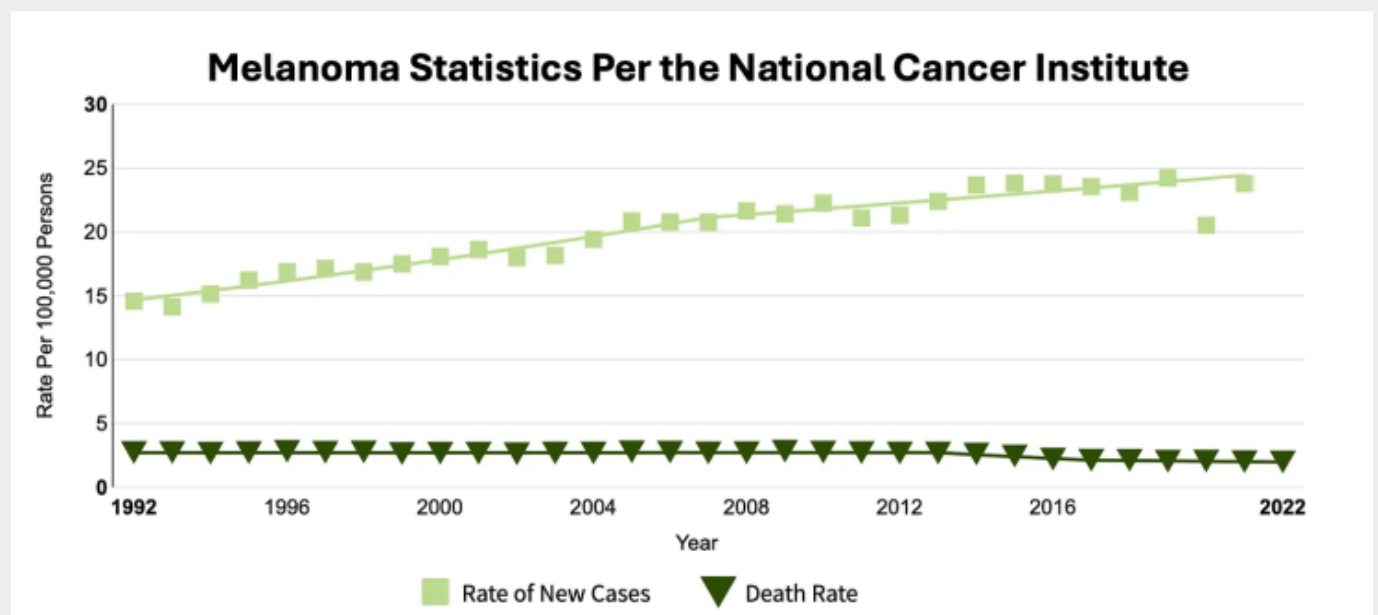
le traitement, en particulier chez les patients plus âgés souffrant de multiples autres problèmes. Environ 27 % d'entre eux signalent des problèmes, d'après ses recherches.

Note : si, d'un point de vue esthétique, les chirurgies dermatologiques se déroulent généralement très bien lorsqu'elles sont pratiquées par un dermatologue compétent sur un patient qui n'est pas trop âgé, nous constatons souvent que les cicatrices des chirurgies dermatologiques peuvent causer des problèmes chroniques (par exemple, des douleurs) qui nécessitent une prolothérapie ou une thérapie neuronale pour être corrigés. C'est typiquement le cas pour les chirurgies faciales, ce qui peut être dû soit à la sensibilité inhérente à cette région nerveuse élevée, soit au fait que la peau n'aime pas être étirée puis suturée (ce qui est typiquement le cas pour Mohs).

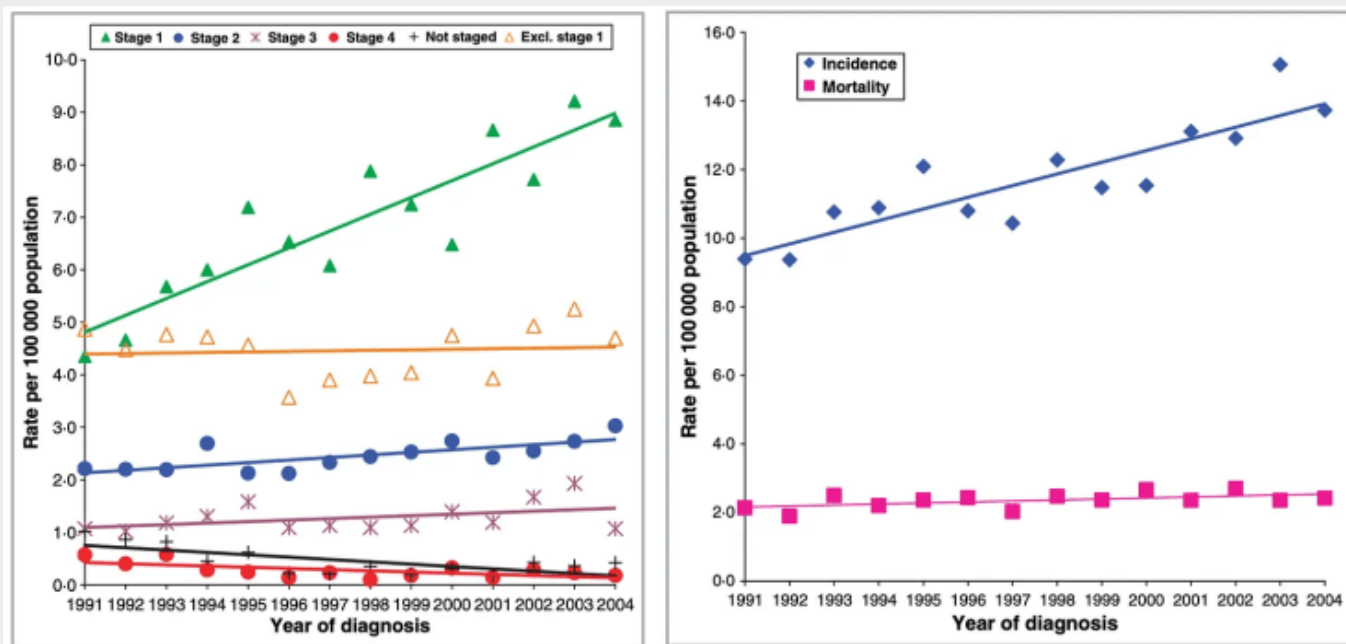
Pour conclure cette section, je dirai que l'une des choses qui m'a toujours dérangée dans certains des cabinets de dermatologie que j'ai observés était leur aspect « commercial », car les mêmes scénarios étaient répétés encore et encore pour faire passer les patients dans l'entonnoir de vente du cancer de la peau et, simultanément, les dermatologues s'attachaient à ce que tout et tout le monde soit aussi beau que possible (tout en ayant de nombreuses publicités destinées à répondre à l'insécurité physique de leurs patientes).

Évolution du cancer de la peau

Compte tenu des sommes investies dans la lutte contre le cancer de la peau, on pourrait s'attendre à des résultats. Malheureusement, comme pour de nombreux autres aspects de l'industrie du cancer, ce n'est pas ce qui s'est produit. Au lieu de cela, nous constatons, encore et encore, une tendance à diagnostiquer davantage de cancers (auparavant bénins), mais la plupart du temps, aucun changement significatif n'intervient dans le taux de mortalité.



La meilleure preuve en a été apportée par cette étude qui s'est intéressée au type de mélanome malin réellement biopsié et a constaté que la quasi-totalité de l'augmentation des « cancers de la peau » correspondait à des mélanomes de stade 1 qui ne posent que rarement des problèmes :

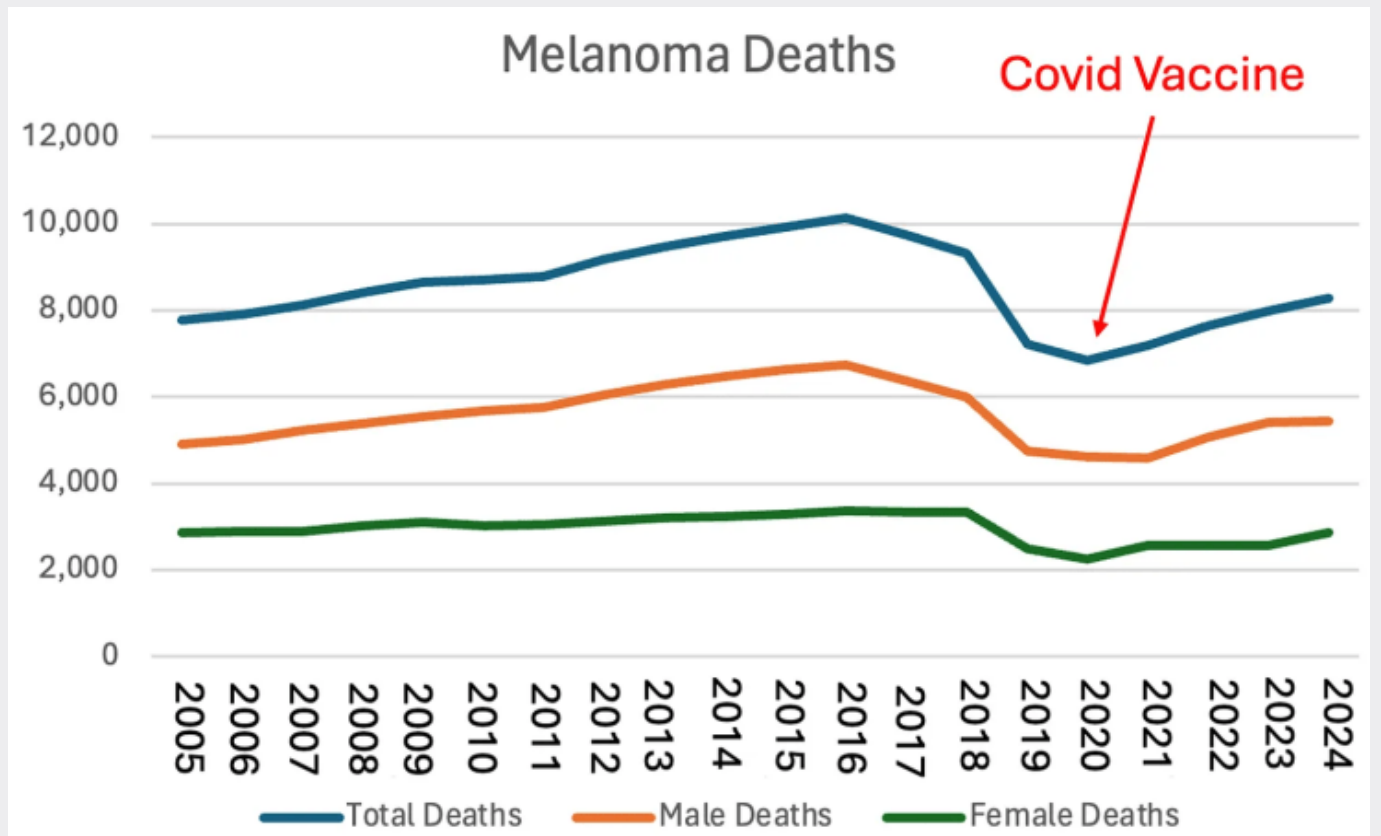
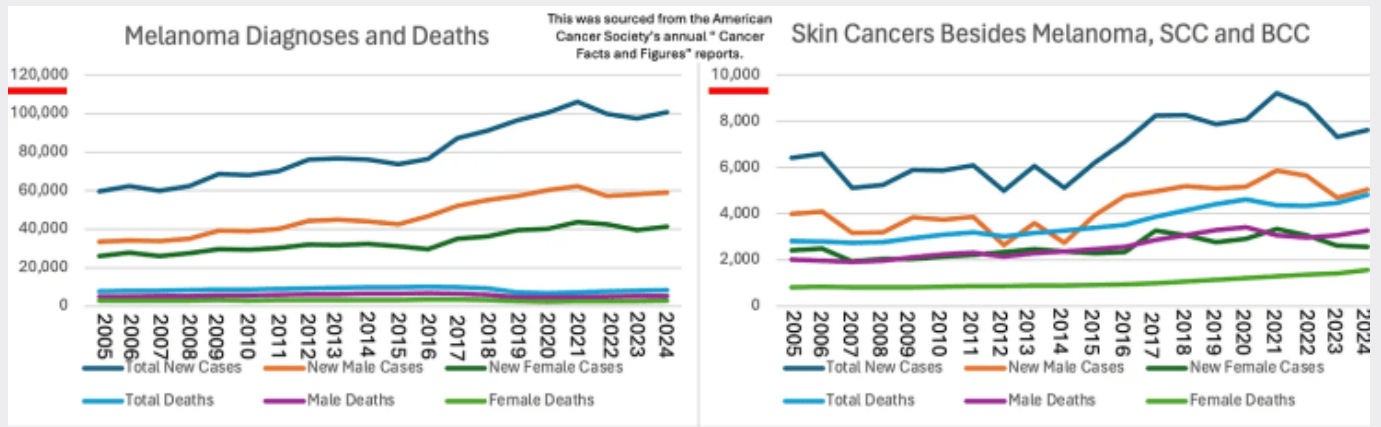


Cette étude, à son tour, illustre exactement les résultats de notre guerre contre le cancer de la peau :

Table 1. Long-term Trends in US Age-Adjusted Melanoma Mortality Rates, 1975-2019¹⁹

Year range	APC, % (95% CI)	P value	Interpretation
1975-1988	1.65 (1.30 to 2.00)	<.001	Increasing
1988-2013	0.01 (-1.10 to 0.12)	.85	Stable
2013-2017	-6.28 (-8.52 to -3.97)	<.001	Decreasing
2017-2019	-1.56 (-6.41 to 3.55)	.53	No statistically significant change

Enfin, comme beaucoup soupçonnaient les vaccins Covid d'entraîner une augmentation des mélanomes (ou d'autres cancers de la peau) et que je n'ai pas pu trouver de statistiques à ce sujet en ligne, j'ai décidé de les créer en compilant tous les rapports annuels disponibles de l'American Cancer Society en quelques graphiques :



Gestion du cancer de la peau et de la lumière du soleil

L'objectif premier de cet article était de responsabiliser chacun d'entre vous, car je pense qu'il est vraiment déplorable que les dermatologues abusent de la peur du cancer qu'éprouvent les patients pour promouvoir ce modèle commercial lucratif.

Néanmoins, je reconnais que cet article soulève également quelques questions évidentes, telles que :

- – Existe-t-il des alternatives moins invasives aux chirurgies du cancer de la peau ?

- – Quelle est la meilleure façon d'interagir en toute sécurité avec le soleil (par exemple, quelles sont les approches les plus sûres en matière de protection solaire) ?
- – Quelles sont les causes réelles du cancer de la peau et comment peut-on le prévenir ?

Dans la dernière partie de l'article, je ferai part de nos réflexions actuelles sur chacune de ces questions.

Abonnez-vous à A Midwestern Doctor's Substack pour lire la suite.
Copyright 2024 The Forgotten Side of Medicine (La face oubliée de la médecine).