

Laurence Klotz

Rédacteur en chef, JAUC

Ce numéro est magnifique, de loin le meilleur jamais produit par notre journal au cours de sa première année. Le lecteur y trouvera de brillants bijoux et d'intenses controverses.

L'article sur les perceptions de l'effet de la formation par fellowship sur l'éducation en résidence à l'Université de Toronto est fascinant. Comme c'est le cas de toute bonne recherche, il en ressort plus de questions que de solutions. Le D<sup>r</sup> Ethan Grober et ses collaborateurs signalent que beaucoup de résidents croient qu'il y a trop de fellows. Ce qui sous-entend que leur expérience chirurgicale a été diluée.

Le nombre d'urologues qui suivent une formation post-résidence a grimpé en flèche. Le catalyseur le plus important de cette tendance, c'est que l'acquisition d'expertise en urologie pose maintenant un plus grand défi. Les interventions routinières courantes comme la prostatectomie transurétrale et l'urétérolithotomie ouverte, que la plupart des praticiens pouvaient apprendre assez rapidement et pratiquer avec succès (d'où le mantra en voir une, en faire une, en enseigner une) ont cédé la place à des interventions plus difficiles sur le plan technique. La réussite de ces interventions et la morbidité afférente sont fonction du volume clinique et de l'expérience. Avec le virage marqué vers la chirurgie à effraction minimale, ces facteurs ont pris une importance d'autant plus grande. Il peut arriver qu'un résident ne pratique pas au cours de sa formation suffisamment de ces interventions complexes pour acquérir de l'expertise. Il est donc naturel que les résidents cherchent ensuite à perfectionner leur technique.

Les fellowships permettent de travailler avec des collègues qui ont des méthodes et des points de vue différents, de se concentrer sur un domaine d'intérêt précis, d'acquérir des techniques de recherche et de se préparer à une carrière universitaire et à voir le monde. Les stages de fellow permettent au résident d'acquérir de l'expérience, mais l'envers de la médaille, c'est qu'ils et elles entrent alors un secteur chirurgical où les résidents recherchent avidement des cas, ce qui risque de créer des conflits. Le D<sup>r</sup> Grober et ses collaborateurs suggèrent, par exemple, que les résidents doivent continuer de «jouer un rôle actif dans les cas complexes». Cela signifie-t-il qu'un résident a le droit, dans l'intérêt de sa formation, de demander à prendre la place d'un fellow pendant une dissection d'un ganglion lymphatique rétropéritonéal après une chimiothérapie, une pyéloplastie de reconstruction par laparoscopie et d'autres interventions qu'un urologue général ne pratiquerait probablement pas?

De plus en plus, les décideurs du secteur de la santé reconnaissent que les interventions complexes doivent être pratiquées par des médecins qui traitent un volume important de ces cas, ce qui reflète le rapport entre le volume et la qualité des résultats. En Angleterre, c'est maintenant officiel. Les hôpitaux où l'on pratique moins de 50 interventions pelviennes majeures par année perdent le financement rattaché à ces interventions. Reconnaisant cette tendance, beaucoup de résidents des programmes de formation en Grande-Bretagne suivent dès le départ une formation d'urologue non chirurgical.

Nous n'avons pas suivi cette voie au Canada, dieu merci. Nous devons toutefois faire face aux réalités de la complexité croissante en chirurgie et de ce qu'elle signifie pour la formation en chirurgie. La formation par fellowship augmentera probablement et il faut en gérer l'effet sur la résidence avec soin et de façon réfléchie.

Le débat sur l'utilisation de l'androgénothérapie de remplacement pour «l'andropause» est exactement le type de texte que nous espérons présenter dans cette section. C'est un incontournable. Les deux côtés du débat sont éclairés et font beaucoup réfléchir. Le D<sup>r</sup> Morales présente un argument convainquant qui fait autorité en faveur de la TRT. Avec son esprit caractéristique, le D<sup>r</sup> Casey relève les points faibles de ces arguments.

Ce sont les cas «bizarres» en médecine qui donnent souvent des indices sur la biologie d'une maladie. Les trois cas de cancer du pénis chez des hommes circoncis à la naissance sont intéressants. Les trois hommes avaient des antécédents d'infection par le VPH. Il se peut que, comme dans le cas du VIH, la circoncision protège contre le cancer du pénis en réduisant la probabilité ou la gravité de l'infection par le VPH chez les hommes. Il s'agit là d'une question de recherche que l'on a en grande partie négligée.

*Nous commençons notre deuxième année en très bonne santé. Les milieux de l'urologie dont vous êtes ont donné un ferme appui à notre nouveau journal en lui soumettant des articles et des critiques, ainsi que des commentaires positifs. Nous croyons que l'indexation, rétroactive au premier numéro, est imminente. Nous vous remercions de votre soutien et de votre encouragement. Nous vous invitons à répondre par écrit à ces articles provocateurs.*