

Laurence Klotz,  
rédacteur en chef, CUAJ

L'un des principaux rôles du *JAUC* concerne la publication et la promulgation de lignes directrices nationales et régionales. Le champ de développement de lignes directrices a évolué. Le pendule s'est balancé d'un pôle à l'autre au moins deux fois lors de ma carrière. Avant l'époque de la MFP (médecine fondée sur des preuves), c'est l'opinion d'expert qui prévalait et qui s'est valu le surnom de « tyrannie de l'autorité ». En réponse aux critiques légitimes des limites de l'opinion d'expert, la MFP a pris naissance en s'appuyant sur une hiérarchie des niveaux de preuve. Les avantages à ce concept étaient légion, enrayant du même coup de nombreuses approches de traitement. En contrepartie, la MFP était parfois promue comme une formule ou de manière dogmatique, et est devenue « la tyrannie de la méthodologie ». Il en a résulté que les spécialités, telles que l'urologie, en ont particulièrement souffert dû au fait que des preuves de niveau 1 et 2 n'ont pas été disponibles pour la majorité des choses que nous faisons. La MFP a contribué par ailleurs à diminuer la valeur de l'expérience et du jugement clinique.

À l'heure actuelle, on considère de plus en plus que la pratique clinique devrait s'appuyer sur des preuves, mais pas s'en rendre esclave. De nombreux facteurs peuvent résulter en une approche clinique qui diffère de l'algorithme strictement fondé sur les preuves. De plus, on se rend compte que les résultats des études cliniques peuvent s'interpréter de plus d'une façon. Les décisions, quant à un traitement à suivre, devraient s'appuyer sur les meilleures preuves, mais ne devraient pas prendre préséance sur le jugement clinique. Les lignes directrices de Chin et ses collègues soulèvent un nombre d'aspects en rapport avec l'évaluation des résultats de la prostatectomie radicale. Cette collaboration entre des urologues, des pathologistes et des adeptes de la méthodologie est louable, et cette approche combinée soutient la tendance grandissante, de documenter et de publier des résultats mesurables de chirurgie fondés sur des rapports de pathologie. Il est important de mettre au point des échelles de référence pour mesurer ces résultats.

L'une des critiques de l'approche fondée sur les lignes directrices est de savoir si le temps significatif requis et les ressources, ainsi que la méthodologie sophistiquée et rigoureuse utilisées, font réellement une différence dans les lignes directrices officielles et la pratique clinique. La plupart des recommandations énoncées dans ce guide pratique s'avèrent consistantes avec la pratique clinique acceptée communément; tandis que d'autres semblent refléter les questions posées aux panélistes. Cependant, la ligne directrice est une très bonne étape vers une mesure de la qualité et des résultats, plus objective et quantifiable, pour la prostatectomie radicale. Il ne fait aucun doute dans mon esprit qu'elle sera utilisée par les hôpitaux et les ministères provinciaux de la santé, qui exigent de plus en plus de comptes en rapport avec les résultats chirurgicaux.

L'essai rédigé par Touma et ses collègues remet en question la pratique, longuement établie, des sections urétérales gelées prélevées sur des hommes qui subissent une cystectomie. Je me demande depuis longtemps si cette pratique a de la valeur, étant donné l'histoire bénigne naturelle de carcinome coexistant in situ avec l'uretère. Les résultats soumis par ces auteurs soutiennent une utilisation plus restreinte d'une analyse des sections gelées.

L'essai, présenté par Preston et ses collègues, s'attaque au problème continu de l'acquisition des habiletés chirurgicales des résidents en chirurgie non invasive, lors d'une période où les chirurgiens consultants effectuent eux-mêmes la transition vers la procédure à effraction minimale, cherchant à acquérir également des habiletés. Composer avec ce problème représente la plus grande courbe d'apprentissage pour certaines de ces procédures. Cet essai soulève de nombreuses questions. Les résidents devraient-ils s'attendre à maîtriser la chirurgie laparoscopique au cours de leur formation? Les opérations devraient-elles faire l'objet d'un triage afin que l'expérience chirurgicale des résidents soient confectionnée selon leur trajectoire de carrière finale? L'essai de Preston apporte une belle contribution à cette discussion.

Dans ce numéro, nous vous présentons également un résumé de l'expérience de ruban transobturateur, dans le cas d'incontinence urinaire à l'effort, provenant de l'hôpital du Roi Faiçal en Arabie Saoudite. Nous apprécions ces contributions internationales.