

Laurence Klotz,  
rédacteur en chef, JAUC

Le Comité des guides de pratique de l'AUC a apporté une belle contribution à la pratique clinique par la publication, dans ce numéro, du guide de pratique sur la biopsie prostatique.<sup>1</sup> Ce guide, pratique et concis, aborde un certain nombre de sujets pertinents à la pratique clinique. La biopsie prostatique est une procédure associée à d'importants risques potentiels, et dépend d'un opérateur. Ces guides de pratique devraient avoir pour résultat une plus grande consistance dans la pratique, dont la prise en charge d'inhibiteurs plaquet-taires, le rôle de l'antibioprophylaxie, la technique de l'anesthésie locale, la stratégie de biopsie et la prise en charge de la néoplasie intra-épithéliale prostatique et de la petite prolifération acinaire atypique. Ce guide devrait faire partie des ouvrages recommandés pour tous ceux qui font des biopsies prostatiques.

Exercer la MFP (médecine fondée sur des preuves), c'est comme vivre une vie vertueuse. C'est un but que beaucoup recherchent mais qui est difficile à réaliser dans la réalité. De nombreux médecins trouvent ardu d'utiliser de nouvelles preuves au cours de leur exercice quotidien. La raison la plus couramment avancée est le manque de temps. D'autres citent le manque de familiarité avec les techniques de MFP, dont la reconnaissance et la formulation de questions, et la formulation de réponses aux questions disponibles dans la littérature. La transposition de ces réponses à chaque patient en particulier peut être difficile.

Les médecins peuvent être résistants au changement dans leur exercice. Les résidents n'ont pas les mêmes barrières que les médecins établis à utiliser la MFP. Changer leur propre pratique peut être plus facile car leurs habitudes ne sont pas aussi incrustées.

Le rapport de Roth et Siemens sur l'expérience des résidents avec la MFP a démontré que la compréhension de la terminologie et des ressources importantes était limitée,<sup>2</sup> due principalement aux contraintes de temps et à un manque d'experts en éducation.

On pourrait trouver des solutions simples et abordables. Une étude effectuée par Sackett à la fin des années 90, a démontré qu'un chariot de MFP sur l'unité, consistant en manuels de sources secondaires et en sources informatisées (résumé) telles que la librairie Cochrane et MEDLINE, augmentaient de manière considérable le nombre de recherches de preuve. Quatre-vingt-dix pour cent des recherches se concluaient en 90 secondes.<sup>3</sup> Un engagement vis-à-vis des principes de la MFP dans la formation des résidents ne demanderait guère plus qu'un virage dans la direction adoptée par les éducateurs en urologie, et un accès disponible à ce genre de ressources. Nous avons besoin de le faire. La vision du JAUC est que les urologues canadiens soient reconnus au niveau mondial pour leur engagement envers la MFP.

Nous incluons également un article provenant de la Tunisie sur les avantages d'un modèle de biopsie à 20 carottes.<sup>4</sup> De nombreux centres demandent de plus en plus une stratégie de biopsie plus agressive. Plus de carottes signifient plus de cancer de la prostate identifiés. L'inconvénient réside dans le risque du nombre croissant de maladies cliniquement insignifiantes, et peut-être une augmentation dans les taux de sepsie. Ma propre stratégie consiste à suivre le « nomogramme de Vienne » pour obtenir le nombre de carottes nécessaires (en général de 10 à 12 carottes, dépendamment de l'âge et du volume de la prostate), et de cibler les cornes antérieures et antéro-latérales sur une autre biopsie. Cela demeure encore une controverse.

Un autre sujet intéressant soulevé dans ce numéro est le besoin croissant d'urologues au Canada. Rawson et Saad prédisent le nombre d'urologues canadiens nécessaires pour répondre aux nombres projetés de patients atteints d'HBP et de SBAU, parmi la population vieillissante, d'ici les dix prochaines années.<sup>5</sup> On s'attend à ce que le nombre d'urologues soit insuffisant pour combler les demandes pouvant aller jusqu'à 133 % dans certaines provinces. Le nombre de formation de résidents en urologie au Canada a considérablement augmenté depuis les 5 à 10 dernières années, et cette analyse suggère que ces chiffres sont appropriés. Une évaluation globale des besoins escomptés en main d'œuvre relative aux nombres actuels et projetés au Canada aurait dû être réalisée depuis longtemps.

## Références

1. El-Hakim A, Moussa M. CUA guidelines on prostate biopsy methodology. *Can Urol Assoc J* 2010;4:89-94.
2. Roth K, Siemens DR. The status of evidence-based medicine education in urology residency. *Can Urol Assoc J* 2010;4:114-20.
3. Sackett DL, Straus SE. Finding and applying evidence during clinical rounds: The "evidence cart." *JAMA* 1998;280:1336-8.
4. Jrad MA, Dridi M, Teyeb M, et al. The 20-core prostate biopsy as an initial strategy: impact on the detection of prostatic cancer. *Can Urol Assoc J* 2010;4:100-4.
5. Rawson NSB, Saad F. The aging male population and medical care for benign prostatic hyperplasia in Canada. *Can Urol Assoc J* 2010;4:123-6.