COLLEGE ▶ COLLÈGE

# Répercussions de la modification des lignes directrices pour l'examen rectal digital sur la formation des étudiants

Elliot Lass MD Lucshman Raveendran

'examen physique est un art qui se perd. L'une des techniques d'examen physique les plus intimes est l'examen rectal digital (ERD). Le plus souvent, l'ERD est utilisé en urologie pour accéder de façon optimale à la prostate par palpation par le rectum. Cependant, il existe d'autres indications pour l'ERD, y compris l'examen des masses gastro-intestinales ou des saignements gastro-intestinaux, et même pour rétablir un patient en cas de fibrillation auriculaire instable<sup>1,2</sup>. Les étudiants en médecine apprennent dans leur programme d'études précliniques comment effectuer un examen rectal sur des patients et des modèles normalisés. Une fois en résidence en médecine de famille, les possibilités d'exposition additionnelle sont limitées.

En médecine de famille, l'ERD était autrefois une intervention que presque tous les patients masculins devaient subir annuellement dans le cadre de leur examen physique3. De nos jours, l'ERD n'est plus une pratique courante dans le cadre des examens médicaux périodiques. Depuis 2014, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ne recommande plus le dépistage par ERD dans la population générale<sup>4</sup>. Après avoir examiné la documentation sur les risques et les avantages de l'ERD, le Groupe d'étude canadien a décidé que le risque de faux positifs l'emportait sur les avantages de dépistage de nouveaux cancers de la prostate. Les faux positifs pourraient entraîner de l'anxiété chez le patient, des biopsies inutiles et des chirurgies inutiles, avec des complications potentielles comme l'incontinence urinaire et la dysfonction érectile<sup>4</sup>.

Depuis la modification des lignes directrices, toute une génération de résidents en médecine de famille a fait sa résidence et a commencé sa pratique avec une exposition minimale à cette technique. La génération actuelle de médecins de famille n'est donc pas exposée aux variations normales de l'anatomie de la prostate, sans compter que l'ERD est une technique d'examen intime qui exige un certain niveau d'aise et d'aptitude de la part du professionnel de la santé. Aucun patient ne veut subir un test effractif inutile dans une zone sensible comme le rectum. Les patients consentent à l'examen lorsqu'ils croient que les avantages du test l'emportent sur l'inconfort, ce qui se produit lorsque les professionnels de la santé qui effectuent l'examen sont sûrs d'avoir les compétences requises pour détecter des résultats positifs et négatifs5. Au fur et à mesure que les lignes directrices en matière

de dépistage changent, il y a parfois des effets collatéraux involontaires, comme en témoigne la réduction du dépistage des infections transmises sexuellement chez les femmes admissibles à cause du changement dans la fréquence d'administration du test de Papanicolaou<sup>6,7</sup>. Nous craignons qu'en raison de l'évolution des lignes directrices et de l'absence d'exposition subséquente chez les résidents, l'aptitude clinique à effectuer cet examen ne soit pas conforme aux normes.

Bien que controversé, l'ERD, lorsqu'il est utilisé judicieusement, peut constituer une importante technique d'examen physique que les résidents de médecine de famille devraient maîtriser. Les applications potentielles de l'ERD couvrent les domaines de la médecine de famille, de l'urologie, de la gastroentérologie et des soins en traumatologie. Des études évaluant l'utilité et l'efficacité de l'ERD en tant qu'outil clinique ont suggéré que l'ERD, dans toute sa gamme d'utilisations potentielles, n'est pas un test idéal. La précision du test dépend largement de la compétence du professionnel de la santé, qui peut varier à cause de la faible fréquence d'administration du test, de l'absence de formation en ERD et de l'exposition pendant la formation médicale<sup>8,9</sup>.

## Données probantes attestant d'une bonne compétence clinique

L'utilisation de l'ERD à des fins de dépistage a été largement discutée en ce qui concerne le cancer de la prostate et le cancer anorectal. Une revue systématique et une méta-analyse effectuées en 2018 par Naji et ses collaborateurs ont révélé que l'ERD avait à la fois une faible valeur prédictive positive (41%) et une faible sensibilité (51%) pour la détection du cancer de la prostate<sup>10</sup>. L'étude recommandait d'éviter l'utilisation systématique de l'ERD pour le dépistage du cancer de la prostate<sup>10</sup>. L'ERD a démontré une spécificité de 28% pour la détection des anomalies du sphincter anal dans l'évaluation de l'incontinence fécale et du tonus rectal en situation d'urgence médicale11. Il s'est avéré peu fiable pour détecter les lésions urétrales chez les patients se présentant pour des soins de courte durée avec fracture pelvienne, avec une sensibilité de 2% 12. L'examen rectal digital a également une valeur limitée dans le diagnostic clinique du syndrome de la queue de cheval<sup>13</sup>.

Cependant, l'ERD est effectué régulièrement et est cliniquement utile comme outil diagnostique pour l'évaluation

des symptômes des voies urinaires inférieures chez les patients de sexe masculin<sup>14</sup>. Une étude communautaire effectuée au Japon a révélé que la valeur prédictive positive de la capacité de l'ERD à différencier cinq catégories de volume de la prostate — plate, normale, légèrement élargie, modérément élargie et nettement élargie — était de 94% 15. De même, en utilisant une échelle normalisée de la taille de la prostate du «bout des doigts», Reis et ses collaborateurs ont constaté que la valeur prédictive positive de l'identification d'un volume de la prostate supérieur à 30 mL était de 92% 16. L'examen anorectal digital a été présenté comme une méthode utile et rentable pour détecter le cancer anorectal dans les populations à haut risque<sup>17,18</sup>.

Il a également été démontré que l'ERD a une sensibilité de 75% et une valeur prédictive positive de 97% dans la détection de la défécation dyssynergique chez les patients atteints de constipation chronique<sup>19</sup>. Dans les établissements de soins de courte durée, il a été démontré que l'ERD réduisait le nombre d'admissions inappropriées à l'hôpital, de traitements médicaux et d'endoscopies chez les personnes se présentant avec un saignement rectal aigu1. Dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie, l'ERD pourrait faciliter la détection et l'évaluation des anomalies septales rectovaginales chez les femmes présentant un prolapsus de l'étage postérieur<sup>20</sup>.

Une petite méta-analyse effectuée auprès d'une population coréenne a comparé l'ERD, l'échographie transrectale et le taux d'antigène prostatique spécifique supérieur à 4 µg/L dans le diagnostic du cancer de la prostate soupçonné au plan clinique. Des résultats positifs à l'ERD combinés à des résultats négatifs à l'échographie transrectale et un taux d'antigène prostatique spécifique de 4 µg/L ou moins avaient un taux de détection de 4%. Lorsque les résultats de deux tests étaient positifs, le taux de détection augmentait pour atteindre entre 16% et 34%. Si les résultats des trois tests étaient positifs, le taux de détection augmentait encore pour atteindre 68%<sup>21</sup>. En résumé, bien que la valeur de l'ERD soit faible dans de nombreux contextes, l'ERD demeure une compétence clinique importante à acquérir et son utilité augmente lorsqu'il est utilisé conjointement avec d'autres outils diagnostiques.

## La pratique est nécessaire pour acquérir la compétence et la confiance

Dans notre modèle actuel de formation axé sur les compétences, les résidents de médecine de famille ont besoin de pratiquer l'examen sous supervision et ils ont besoin de l'effectuer pour prouver leur compétence. Le tiers des résidents de médecine de famille ne reçoivent probablement pas de supervision ou de rétroaction sur l'exécution de l'ERD9. Avec le consentement du patient, les résidents devraient profiter des occasions de pratiquer l'ERD en présence de superviseurs et de comparer leurs observations avec eux pour obtenir une rétroaction pertinente au moment

de l'examen. Sans rétroaction, les stagiaires perdent une occasion d'améliorer leur aptitude à repérer des observations diagnostiques9. Les facultés de médecine devraient investir dans des modèles de haute fidélité, de préférence des patients normalisés, afin que les compétences soient acquises dès le début. Les praticiens qui ont été exposés à des modèles tridimensionnels de la prostate sont plus en mesure d'estimer avec précision la morphologie de la prostate<sup>22</sup>. Les résidents en médecine de famille pourraient effectuer des rotations en urologie externe afin de profiter d'une grande exposition clinique à l'ERD avec une gamme de maladies ou d'anomalies sous-jacentes.

Pour combler cette lacune d'apprentissage, nous ne recommandons pas de faire des ERD lorsqu'ils ne sont pas indiqués. La liste de formation médicale de Choisir avec soin Canada recommande de ne pas effectuer de tests ou de procédures dans le seul but d'acquérir une expérience clinique<sup>23</sup>. Il s'agirait d'une utilisation inappropriée de l'ERD, qui peut être considérée comme une intervention effractive. L'ERD ne doit être utilisé que lorsque cela est cliniquement indiqué et que le patient a donné le consentement approprié. Les méthodes d'enseignement peuvent être renforcées par des outils d'évaluation. Un exemple d'un tel outil est le Digital Rectal Examination Clinical Tool créé par Clements et ses collaborateurs, qui a été validé auprès de cohortes de stagiaires précliniques et cliniques à l'Université de la Virginie à Charlottesville<sup>24</sup>. Différentes méthodes d'enseignement de l'ERD sont présentées dans le Tableau 1.

Les résidents en médecine de famille ne sont peut-être pas suffisamment exposés à l'ERD. En 2014, Bussières et ses collaborateurs ont envoyé un lien vers un sondage en ligne à 879 résidents de médecine de famille des 4 programmes de résidence en médecine de famille au Québec. Un total de 217 résidents en médecine de famille (25%) ont répondu en donnant leur point de vue quant à leur formation sur l'ERD. Plus de la moitié des résidents (55%) estiment que la formation reçue sur l'ERD est dans la moyenne ou insuffisante. Un tiers (33%) des répondants ont déclaré n'avoir jamais reçu d'enseignement formel ou de supervision durant leur formation médicale9. Au cours de la formation médicale prédoctorale et postdoctorale, l'exposition à la technique d'ERD peut varier considérablement. Les apprenants ont parfois de la difficulté à obtenir le consentement des patients pour pratiquer l'intervention, en partie en raison du refus du patient, mais aussi en raison du niveau d'aisance de l'apprenant. De plus, les superviseurs expriment parfois un malaise semblable en demandant à l'apprenant de mettre en pratique les compétences techniques de l'ERD auprès de patients qui sont sous leur responsabilité directe. Le manque d'exposition des stagiaires à la technique d'ERD est important, car l'augmentation de la fréquence d'exécution d'un ERD a été liée à une plus grande confiance des étudiants<sup>25</sup>.

MÉTHODE	DESCRIPTION
Cours magistral	Les apprenants reçoivent un cours magistral, qui leur montre étape par étape comment exécuter la procédure
Modèles de basse fidélité	Les modèles de basse fidélité, comme les mannequins, peuvent réduire l'auto-inhibition du stagiaire et améliorer l'acquisition des compétences
Modèles de haute fidélité	Les modèles de haute fidélité, comme les patients standardisés, peuvent permettre de guider verbalement les stagiaires dans leur recherche de structures anatomiques et pathologiques
Exposition clinique guidée	Une exposition clinique intégrée au sein d'une population de patients présentant une prévalence élevée de maladies pertinentes. Pour un résident, l'apprentissage de l'ERD peut être intégré aux soins cliniques pertinents. Les patients seront peut-être plus à l'aise de donner leur consentement à un stagiaire pour pratiquer l'intervention compte tenu de leur maladie ou de leur état de santé. Les stagiaires peuvent comparer les résultats avec les superviseurs possédant de l'expertise pour s'assurer qu'ils évaluent correctement l'anatomie et la maladie sous-jacente potentielle. Une rotation en urologie pourrait permettre aux résidents de profiter d'une grande exposition clinique à l'ERD.

### Recommandations

Les enjeux de la formation sur l'ERD illustrent un enjeu plus vaste — que faire des procédures moins utiles qui permettent de détecter des maladies peu prévalentes; des procédures réservées à des situations uniques? L'ERD a une utilité fondée sur des données probantes dans des contextes diagnostiques cliniques précis, comme l'évaluation des symptômes des voies urinaires inférieures chez les hommes. Les lignes directrices de l'Association des urologues du Canada incluent l'ERD dans le bilan de ces symptômes, qui touchent 28% des hommes âgés de plus de 70 ans<sup>26,27</sup>. S'ils ne maîtrisent pas cette technique d'examen, les résidents en médecine de famille pourraient ne pas être en mesure d'évaluer efficacement l'un des problèmes les plus courants chez ces patients âgés. Dans le processus de prise de décision partagée pour les indications potentielles d'ERD, l'inconfort du clinicien à l'égard de l'exécution de l'intervention ne devrait pas être un facteur qui influence la décision d'effectuer ou non un ERD. Moins d'exposition à la pratique de l'examen physique peut entraîner une diminution de la capacité d'obtenir le consentement approprié des patients pour effectuer la procédure au besoin. De plus, le fait de veiller à ce que les étudiants en médecine et les résidents soient en mesure de bien effectuer un ERD et d'obtenir une rétroaction sur leur technique renforce un cadre fondé sur les compétences pour l'éducation médicale. Les facultés de médecine devraient donc s'adapter à l'évolution des lignes directrices en modifiant l'exposition des étudiants et en investissant dans des ressources qui favorisent l'acquisition de compétences pour cet examen clinique important, même s'il est rarement utilisé.

Le D' Lass est résident en médecine familiale dans le programme de résidence de trois ans en médecine de famille intégrée au Département de médecine familiale et communautaire de l'hôpital Mount Sinaï, et candidat à la maîtrise ès sciences à l'Institute of Health Policy, Management and Evaluation, avec une spécialisation en leadership et innovation systémiques à l'Université de Toronto en Ontario. M. Raveendran est étudiant en médecine à la Faculté de médecine et candidat à la maîtrise ès sciences à l'Institute of Health Policy, Management and Evaluation, avec une spécialisation en leadership et innovation systémiques à l'Université de Toronto.

## Intérêts concurrents

Aucun n'a été déclaré

#### Références

Shrestha MP, Borgstrom M, Trowers E. Digital rectal examination reduces hospital admissions, endoscopies, and medical therapy in patients with acute gastrointestinal bleeding. Am J Med 2017;130(7):819-25. Epub Le 24 février 2017.

- 2. Ruan CH. Instantly converting atrial fibrillation into sinus rhythm by a digital rectal exam on a 29-yearold male, Clin Med Insights Case Rep 2010;3:51-4, Epub Le 13 août 2010.
- Oboler SK, LaForce FM. The periodic physical examination in asymptomatic adults. Ann Intern Med 1989;110(3):214-26.
- 4. Bell N. Connor Gorber S. Shane A. Joffres M. Singh H. Dickinson J. et coll. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. CMAJ 2014;186(16):1225-34. Epub Le 27 octobre 2014.
- Furlan AB, Kato R, Vicentini F, Cury J, Antunes AA, Srougi M. Patient's reactions to digital rectal examination of the prostate. Int Braz J Urol 2008;34(5):572-5.
- Naimer MS, Kwong JC, Bhatia D, Moineddin R, Whelan M, Campitelli MA, et coll. The effect of changes in cervical cancer screening guidelines on chlamydia testing. Ann Fam Med 2017;15(4):329-34.
- 7. Bogler T, Farber A, Stall N, Wijayasinghe S, Slater M, Guiang C, et coll. Cible ratée. Conséquences imprévues de la mise à jour des directives de pratique concernant le dépistage du cancer du col sur le taux de dépistage des infections transmises sexuellement. Médecin de famille canadien 2015:61:e459-66. Dans : www.cfp.ca/content/cfp/61/10/e459.full.pdf. Date de consultation : Le 4 octobre 2019
- 8. Baumgart LA, Gerling GJ, Bass EJ. Characterizing the range of simulated prostate abnormalities palpable by digital rectal examination. Cancer Epidemiol 2010;34(1): 79-84. Epub Le 12 janvier 2010.
- Bussières A, Bouchard A, Simonyan D, Drolet S. La formation que reçoivent les résidents en médecine familiale sur le toucher rectal, leurs connaissances de cet examen et ce qu'ils en pensent. Médecin de famille canadien 2017;63:e232-7. Dans : www.cfp.ca/content/cfp/63/4/e232.full.pdf. Date de consultation : Le 30 septembre 2019
- 10. Naji L, Randhawa H, Sohani Z, Dennis B, Lautenbach D, Kavanagh O, et coll. Digital rectal examination for prostate cancer screening in primary care: a systematic review and meta-analysis. Ann Fam Med 2018;16(2):149-54.
- 11. Coura MMA, Silva SM, Almeida RM, Forrest MC, Sousa JB. Is digital rectal exam reliable in grading anal sphincter defects? Arq Gastroenterol 2016;53(4):240-5.
- 12. Ball CG, Iafri SM, Kirkpatrick AW, Rajani RR, Rozycki GS, Feliciano DV, et coll. Traumatic urethral injuries: does the digital rectal examination really help us? Injury 2009;40(9):984-6. Epub Le 16 juin 2009.
- 13. Gooding BW, Higgins MA, Calthorpe DA. Does rectal examination have any value in the clinical diagnosis of cauda equina syndrome? Br J Neurosurg 2013;27(2):156-9. Epub Le 1er novembre 2012.
- 14. McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, Barry MJ, Bruskewitz RC, Donnell RF, et coll. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. J Urol 2011;185(5):1793-803. Epub Le 21 mars 2011.
- 15. Yamamoto T, Fukuta F, Masumori N. Does digital rectal examination predict prostate volume greater than 30 mL? Int J Urol 2017;24(5):373-6. Epub Le 14 mars 2017. 16. Reis LO, Simão AF, Baracat J, Denardi F, Gugliotta A. Digital rectal examination standardization for inex-
- perienced hands: teaching medical students. Adv Urol 2013;2013:797096. Epub Le 19 septembre 2013. 17. Ong JJ, Fairley CK, Carroll S, Walker S, Chen M, Read T, et coll. Cost-effectiveness of screening for anal
- cancer using regular digital ano-rectal examinations in men who have sex with men living with HIV. I Int AIDS Soc 2016;19(1):20514.
- 18. Hillman RJ, Berry-Lawhorn JM, Ong JJ, Cuming T, Nathan M, Goldstone S, et coll. International Anal Neoplasia Society guidelines for the practice of digital anal rectal examination. J Low Genit Tract Dis
- Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS. Digital rectal examination is a useful tool for identifying
- patients with dyssynergia. Clin Gastroenterol Hepatol 2010;8(11):955-60. Epub Le 23 juillet 2010.

  20. Rachaneni S, Atan IK, Shek KL, Dietz HP. Digital rectal examination in the evaluation of rectovaginal septal defects. Int Urogynecol J 2017;28(9):1401-5. Epub Le 17 février 2017.
- 21. Song JM, Kim CB, Chung HC, Kane RL. Prostate-specific antigen, digital rectal examination and transrectal ultrasonography: a meta-analysis for this diagnostic triad of prostate cancer in symptomatic Korean men. Yonsei Med J 2005;46(3):414-24.
- 22. Kowalik CG, Gerling GJ, Lee AJ, Carson WC, Harper J, Moskaluk CA, et coll. Construct validity in a highfidelity prostate exam simulator. Prostate Cancer Prostatic Dis 2012;15(1):63-9. Epub Le 23 août 2011
- 23. Lakhani A, Lass E, Silverstein WK, Born KB, Levinson W, Wong BM. Choosing wisely for medical education: six things medical students and trainees should question. Acad Med 2016;91(10):1374-8.
- 24. Clements MB, Schmidt KM, Canfield SE, Gilbert SM, Khandelwal SR, Koontz BF, et coll. Creation of a novel digital rectal examination evaluation instrument to teach and assess prostate examination proficiency. J Surg Educ 2018;75(2):434-41. Epub Le 12 octobre 2017.
- 25. Alnassar SA, Almuhaya RA, Al-Shaikh GK, Alsaadi MM, Azer SA, Isnani AC. Experience and attitude of in terns to pelvic and sensitive area examinations during their undergraduate medical course. Saudi Med I 2012:33(5):551-6.
- 26. Nickel JC, Aaron L, Barkin J, Elterman D, Nachabé M, Zorn KC. Canadian Urological Association guideline on male lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia (MLUTS/BPH): 2018 update. Can Urol Assoc J 2018;12(10):303-12.
- 27. Lee DJ, Mallin K, Graves AJ, Chang SS, Penson DF, Resnick MJ, et coll. Recent changes in prostate cancer screening practices and epidemiology. J Urol 2017;198(6):1230-40. Epub Le 25 mai 2017.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the November 2019 issue on page 838.