Risks of UpToDate medicine

Peter Hutten-Czapski, MD
Scientific editor, CJRM
Haileybury, Ont.

Correspondence to:
Peter Hutten-Czapski;
phc@srpc.ca

Let me start by pointing out that I am not picking on the website UpToDate. Neither am I putting down the current generation. *The Washington Manual of Medical Therapeutics* and *Scientific American Medicine* have in years past been exemplars of practising medicine "by the book."

An evidence-based approach is necessary but insufficient to validate what you read, because how you interpret the evidence is subjective. Which studies should be counted? Is a statistical difference clinically relevant? How rural is the study population?

The influence of funding should be considered, regardless of whether it comes from the profession itself or from pharmaceutical companies. It is not a coincidence that pharmaceutical representatives will offer medication samples and a laminated copy of the summary sheet of the latest guideline, but not necessarily a laminated copy of the authors' declarations of conflict ... if even extant in the original.

Cultural values also have an influence. At my hospital, we send someone with chest pain home after 2 normal sets of electrocardiograms and troponin tests, taking a small but nonzero risk that they will infarct. Apparently, Americans do not, and most patients with chest pain are admitted for stress testing and potentially angiograms (with a small but nonzero number needed to harm). Some Americans advocate for the HEART score, which would reduce the admission rate for chest pain by about a third.[1] In contrast, it is not clear that the Canadian health care system could handle the large volume of admissions and testing that would ensue if we were to adopt the score.

The same principle of applying the guideline to the right population applies to the rural–urban divide. In a large hospital with access to computed tomography (CT), the Canadian CT Head Rule will decrease rates of CT of the head with excellent outcomes.[2] If you are rural and at a distance from CT access, those scores will increase your transfer rates for CT, with unstudied results for your patients.

So, use the latest resources to get an opinion. But if it's an important question, wisdom would dictate that you use several references, speak to your rural colleagues and then form your own opinion.

REFERENCES

1. Backus BE, Six AJ, Kelder JC, et al. A prospective validation of the HEART score for chest pain patients at the emergency department. *Int J Cardiol* 2013;168:2153-8.
2. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet* 2001;357:1391-6.

© 2016 Society of Rural Physicians of Canada

Les risques de la médecine fondée sur les données les plus récentes

Peter Hutten-Czapski, MD
Rédacteur scientifique, JCRM
Haileybury (Ont.)

Correspondance :
Peter Hutten-Czapski;
phc@srpc.ca

Je tiens à préciser d'emblée que je ne m'en prends pas au site Web « UpToDate ». Je ne dénigre pas non plus la génération actuelle. *The Washington Manual of Medical Therapeutics* et *Scientific American Medicine* sont des modèles de pratique médicale « selon les règles de l'art » depuis nombre d'années.

Un modèle de soins fondé sur des données probantes est essentiel, mais insuffisant pour valider nos lectures, parce que l'interprétation de ces données est subjective. Quelles études devraient compter? Un écart statistique est-il pertinent sur le plan clinique? Quelle est la proportion rurale de la population étudiée?

Je crois également qu'il faut tenir compte de l'influence du financement, peu importe s'il provient de la profession médicale comme telle ou des compagnies pharmaceutiques. Ce n'est pas par hasard que les représentants pharmaceutiques offrent des échantillons de médicaments et une copie plastifiée de la feuille sommaire de la ligne directrice, mais pas nécessairement de copie plastifiée des déclarations de conflits d'intérêts des auteurs ... ne serait-ce que dans l'original.

Les valeurs culturelles exercent aussi une influence. À mon hôpital, nous renvoyons à la maison toute personne atteinte de douleur thoracique après 2 séries normales d'électrocardiographies et de dosages de la troponine. Nous prenons donc un risque faible, mais non nul, que la personne fasse un infarctus. Apparemment, ce n'est pas le cas pour les Américains. La plupart des personnes atteintes de douleur thoracique sont admises afin de passer des épreuves d'effort et, potentiellement, des angiographies (qui entraînent un risque pour un faible nombre, mais non nul de patients). Certains Américains préconisent le recours au score HEART, qui permettrait de réduire du tiers, environ, le taux d'admission en raison d'une douleur thoracique[1]. Au Canada, il n'est pas clair que le système de santé pourrait absorber le volume élevé d'admissions et d'examens qu'entraînerait l'adoption de ce score.

Le même principe d'application de la ligne directrice à la bonne population est valable en ce qui concerne le clivage entre milieux urbains et milieux ruraux. Dans les grands hôpitaux qui ont accès à la tomodensitométrie (TDM), le recours à la règle canadienne d'utilisation de la TDM de la tête réduit les taux de TDM de la tête et entraîne d'excellents résultats[2]. En milieu rural, toutefois, où l'accès à la TDM est limité, ces scores feraient augmenter le taux de transfert pour une TDM, sans que l'incidence de l'intervention sur les résultats pour les patients ait fait l'objet d'études.

Pour toutes ces raisons, utilisez les ressources les plus récentes pour éclairer votre décision. S'il s'agit d'une question importante, il serait sage d'utiliser plusieurs références et de demander l'avis de vos collègues en milieu rural avant de former votre propre opinion.

RÉFÉRENCES

1. Backus BE, Six AJ, Kelder JC, et collab. A prospective validation of the HEART score for chest pain patients at the emergency department. *Int J Cardiol* 2013;168:2153-8.
2. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et collab. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet* 2001;357:1391-6.

© 2016 Society of Rural Physicians of Canada