Occasional musings

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

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

Is it irresponsible to publish procedural how-to's for rural doctors? Take the occasional epidural or caudal epidural steroid injection in this issue.[1,2] Don't you need (insert the time the expert took to learn his or her entire specialty) years of training to be able to do it safely? Don't you need to perform (use a number here that doesn't exist in rural practice) procedures annually to keep up your skills? How can a mere rural general practitioner do this work?

And yet, take David Howe, author of the paper on caudal steroid injections, who practises in rural Nova Scotia. He was taught the technique on a model at an orthopedics course in Colorado, and he tells me that over the subsequent 20 years he has practised the technique perhaps monthly. It's not a huge series, but it is a large number of patients who have had meaningful reduction in pain. Don't try to tell me that they would have all gone to Halifax to see a specialist for similar results.

Another example is rural obstetrics, as detailed in the updated joint position paper on rural obstetric care, also in this issue.[3] Rural obstetrics in this country is sustained by doctors who do occasional deliveries. Unless we are doing referral work, even those of us with large practices attend fewer than a dozen deliveries annually. There is evidence that, for obstetrics anyway, numbers do not matter, and that when patients with low-risk pregnancies have to travel for delivery, obstetric outcomes are actually worse.[3]

This does not necessarily mean that all procedures are for all doctors, rural or otherwise. It is my contention that you do need training and experience in broad-based general practice to perform these procedures. Doctors particularly suited to rural medicine are intelligent people who have had 5 or 6 years of training supplemented by country experience that, among other things, informs them of the needs of their communities.

That country experience provides many opportunities for cross-training. For example, the technique I use to insert intrauterine contraceptive devices (which I learned in residency), is the same technique I taught myself to do hysterosalpingograms and endometrial biopsies. The discretion in patient selection I use for a patient with a stenotic cervix (who is best seen by a specialist) is the same discretion I use to decide which patients with acute myocardial infarction I keep and which I send to a specialist (we are too far from the bright lights of the city to divert patients for primary percutaneous transluminal coronary angioplasty). The same ultrasound findings that I look for in the rare abdominal trauma patient with internal bleeding, I see in my patients with ascites before I tap them. The echocardiograms I read in the emergency department help me to interpret tracings of patients undergoing a treadmill stress test.

No, publishing procedural how-to's is not irresponsible. If anything, not publishing them would be a disservice to the rural doctors who are our readership and, by extension, to the patients they care for in this country and others.

REFERENCES

1. Minty R, Kelly L. The occasional epidural steroid injection. *Can J Rural Med* 2012;17:148-50.
2. Howe D. Caudal epidural injection. *Can J Rural Med* 2012;17:145-7.
3. Joint Position Paper Working Group. Joint position paper on rural maternity care. *Can J Rural Med* 2012;17:135-41.

© 2012 Society of Rural Physicians of Canada

Réflexions sur les interventions occasionnelles

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

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

Est-il irresponsable de publier des guides pratiques sur diverses interventions à l'intention des médecins en milieu rural ? Prenons par exemple les injections de stéroïdes par voie épidurale ou caudale dont est il question dans ce numéro[1,2]. Ne faut-il pas (insérer ici le temps qu'il a fallu à un expert pour apprendre tout ce qui a trait à sa spécialité) années de formation pour être en mesure de les administrer en toute sécurité ? Ne faut-il pas effectuer (insérer ici un nombre qui ne correspond pas à la réalité de la pratique en milieu rural) procédures chaque année pour maintenir ses compétences ? Comment un simple omnipraticien rural peut-il faire ce travail ?

Et pourtant, prenons l'exemple du David Howe, médecin rural en Nouvelle-Écosse et auteur de l'article sur les injections de stéroïdes par voie caudale. Il a appris la technique sur un mannequin lors d'un cours d'orthopédie qu'il a suivi au Colorado. Il m'a confié qu'au cours des 20 années suivantes, il a pratiqué la technique presque tous les mois. Ce n'est pas un très grand nombre de procédures, mais cela représente tout de même un nombre important de patients qui ont ainsi connu une réduction significative de leur douleur. N'essayez pas de me dire qu'ils seraient tous allés voir un spécialiste à Halifax pour obtenir des résultats similaires.

Un autre exemple serait l'obstétrique en milieu rural, sujet décrit dans la mise à jour de l'énoncé de position commun sur les soins obstétricaux en milieu rural, que vous trouverez aussi dans ce numéro[3]. Au Canada, l'obstétrique en milieu rural est pratiquée par des médecins qui font des accouchements occasionnellement. À moins de recevoir des cas référés, même ceux d'entre nous qui ont une pratique importante assistent à moins d'une douzaine d'accouchements par année. Tout indique que, pour l'obstétrique du moins, les chiffres n'ont pas d'importance, et que lorsque des patientes présentant des grossesses à faible risque doivent se déplacer pour accoucher, les résultats sont généralement pires[3].

Cela ne signifie pas nécessairement que tous les médecins, ruraux ou autres, devraient pratiquer toutes les interventions. J'estime qu'il faut effectivement suivre une formation et acquérir de l'expérience dans une pratique générale pour apprendre à effectuer ces procédures. Les médecins particulièrement doués pour la médecine rurale sont des personnes intelligentes possédant 5 ou 6 années de formation auxquelles s'ajoute une expérience en milieu rural qui, entre autres choses, les informe sur les besoins des membres de leur collectivité.

Cette expérience en milieu rural offre de nombreuses occasions de formation polyvalente. Par exemple, la technique que j'utilise pour insérer un stérilet (que j'ai apprise en résidence) est la même que celle que j'ai apprise par moi-même pour faire des biopsies endométriales et des hystérosalpingographies. Le discernement dont je fais preuve dans la sélection des patientes présentant une sténose du col de l'utérus (qui devraient préférablement être prises en charge par un spécialiste) est le même que j'utilise pour décider, parmi les patients présentant un infarctus aigu du myocarde, lesquels je garde et lesquels je dirige vers un spécialiste (nous sommes trop loin des lumières de la ville pour y envoyer les patients subir une angioplastie coronarienne transluminale percutanée). Les

© 2012 Société de la médecine rurale du Canada

mêmes résultats d'échographie que je recherche chez les rares patients ayant un traumatisme abdominal avec hémorragie interne, je les observe chez mes patients présentant une ascite, avant de faire une ponction. Les échocardiographies que j'ai examinées à l'urgence m'ont aidé à interpréter les tracés des patients subissant une épreuve d'effort cardio-respiratoire sur tapis roulant.

Non, il n'est pas irresponsable de publier des guides pratiques sur diverses interventions. En fait, c'est tout le contraire. Ne pas les publier rendrait un mauvais service aux médecins des régions rurales qui sont nos lecteurs et, par extension, aux patients dont ils prennent soin ici et ailleurs dans le monde.

RÉFÉRENCES

1. Minty R, Kelly L. The occasional epidural steroid injection. *Can J Rural Med* 2012;17:148-50.
2. Howe D. Caudal epidural injection. *Can J Rural Med* 2012;17: 145-7.
3. Joint Position Paper Working Group. Joint position paper on rural maternity care. *Can J Rural Med* 2012;17:135-41.

Instructions for Authors

The *Canadian Journal of Rural Medicine (CJRM)* is a quarterly peer-reviewed journal available in print form and on the Internet. It is the first rural medical journal in the world indexed in Index Medicus, as well as MEDLINE/PubMed databases.

CJRM seeks to promote research into rural health issues, promote the health of rural and remote communities, support and inform rural practitioners, provide a forum for debate and discussion of rural medicine, provide practical clinical information to rural practitioners and influence rural health policy by publishing articles that inform decision-makers.

Material in the following categories will be considered for publication.

Original articles: research studies, case reports and literature reviews of rural medicine (3500 words or less)

Commentary: editorials, regional reviews and opinion pieces (1500 words or less)

Clinical articles: practical articles relevant to rural practice. llustrations and photos are encouraged (2000 words or less)

Off Call articles: a grab-bag of material of general interest to rural doctors (e.g., travel, musings on rural living, essays) (1500 words or less)

Cover: artwork with a rural theme

Manuscript submission

Submit 2 hard copies of the manuscript to the Editor, *Canadian Journal of Rural Medicine,* 45 Overlea Blvd., P.O. Box 22015, Toronto ON M4H 1N9, and an electronic version, preferably by email to cjrm@cjrm.net, or on CD. The preferred electronic version is an older Word format (in doc format such as Word 2003 or older — not docx). Digital art and photos must accompany the manuscript in separate files (see "Electronic figures and illustrations").

Hard copies of the manuscript should be double-spaced, with a separate title page containing the authors names and titles and a word count, an abstract of no more than 200 words (for original articles category), followed by the text, full references and tables (each table on a separate page). Reference marks should be typed in the text and enclosed by brackets <1> and listed in the order of appearance at the end of the text and not prepared using electronic EndNotes or Footnotes. The approved style guide for the manuscript is the "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals" (see www.cmaj.ca /site/authors/policies.xhtml).

Include a covering letter from the corresponding author indicating that the piece has not been published or submitted for publication elsewhere and indicate the category in which the article should be considered. Please provide the name and contact information of a potential independent reviewer for your work.

Electronic figures and illustrations

Illustrations should be in JPG, EPS, TIFF or GIF formats as produced by the camera at a minimal resolution of 300 dpi (typically a 2 mega pixel or better camera for 10 × 15 cm image). Do not correct colour or contrast as our printer will do that. Do not include text or captions in the image. If you need to crop the picture ensure that you save with the highest quality (lowest compression). Do not scan art or reduce the resolution of the photos unless you indicate in the cover letter that you have done so and will also be forwarding high resolution copies on either CD or as camera ready art.

Written permissions

Written permission must be provided for the reproduction of previously published material, for illustrations that identify human subjects, and from any person mentioned in the Acknowledgements or cited as the source of a Personal Communication.