



En brikke til puslespillet

FRA REDAKTØREN

MARTINE ROSTADMO

E-post: martine.rostadmo@tidsskriftet.no

Martine Rostadmo er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Kasuistikken er den eldste medisinske sjangeren. Den er fortsatt like viktig.



Foto: Sturlason

Mot bunnen av pyramiden som rangerer medisinsk forskning, ligger kasuistikken (1). Og da entusiasmen rundt evidensbasert medisin var på sitt største, havnet kanskje kasuistikken litt i skyggen. Virket den gammeldags, passé?

I Tidsskriftet publiserer vi kasuistikker i to sjangre, *Kort kasuistikk* og *Noe å lære av* (2). Førstnevnte eger seg for knappe rapporter, mens sistnevnte følger et helt sykdomsforløp fra presentasjon til riktig diagnose. I *Noe å lære av* presenteres historien kronologisk slik den forløp, og man får innblikk i forfatterens vurderinger underveis. Diagnosen gjemmes litt ut i teksten. Slik kan man som leser få testet om man fremdeles husker noe av det man lærte på studiet. I diskusjonsdelen er det rom for å reflektere over om noe burde vært gjort annerledes. Tidsskriftet skal være en kulturbærer for norsk medisin, og på sitt beste bidrar *Noe å lære av* til en felles plattform og et innblikk i deler av medisinen man ikke selv arbeider med. Sjangeren er også en av våre mest leste på nett, og artiklene lever lenge der. Vi tror de leses enda mer på papir.

Et godt kasus for en *Noe å lære av* har, som navnet antyder, et klart poeng som andre kan lære noe av. Eksempler på dette kan være en uvanlig presentasjon av en tilstand, en ny behandlingsmetode, en ukjent bivirkning eller interaksjon, et uventet forløp, et etisk dilemma eller en påminnelse om en diagnostisk fallgrube. Dersom du har vært involvert i et spennende kasus og du med et par setninger kan oppsummere hva du har lært, har du sannsynligvis et utgangspunkt for en god *Noe å lære av*. Noen av de beste artiklene i sjangeren beskriver forløp der det ble gjort feil. Det ligger vel i menneskenaturen generelt og i legenaturen og -kulturen spesielt at vi helst vil snakke om de gangene vi briljerte. Bare de modigste av oss skriver om den gangen vi tok feil. Det er utvilsomt en gave til kollegiet å rapportere om feil, og både for pasient og behandlere kan det gi mening å bidra til at andre unngår å gjenta feilen.

Enda mindre fristende enn å skrive om egne feil er det kanskje å skrive om pasienten man ikke forstår noe av. Men kanskje burde vi oftere gjøre nettopp det? I evidensbasert medisin vil vi gjerne ha studier med et stort antall pasienter. Likevel trenger vi $n = 1$ eller $n = \text{noen få}$ for å generere hypoteser. Kasuistikker er ikke bare bunnslammet i pyramiden, de er også grunnmuren. Det var et ydmykt leserbrev fra en lege som syntes at han i sin praksis så flere misdannelser, og som lurte på om andre hadde observert det samme, som rullet i gang thalidomid-skandalen (3). I 1981 ble det rapportert om *Pneumocystis jirovecii*-infeksjon (tidligere kalt *P. carinii*) hos unge, homofile menn (4). Omtrent samtidig skrev en hudlege om utbredt Kaposi sarkom, også hos unge menn (5). Dette var de første rapportene om aids. Senere kom det rapporter om lignende symptomer hos pasienter med hemofili og hos spedbarn (6). Dette var ikke kasuistikker skrevet av stolte behandlere (pasientene døde). Man visste ikke hva som forårsaket immunsvikten. Kasuistikkene ble skrevet i undring, om forløp man ikke forsto. Det triste er at tilfellene først ble rapportert når man så en opphopning av dem. Det var ingen som skrev om den norske piken med alvorlig immunsvikt som døde i januar 1976, åtte år gammel (7). Heller ikke da hennes far, tidligere sjømann, døde noen måneder senere, var det noen som skrev. I desember samme år døde også moren. Men at ingen skrev om familien, betød ikke at ingen tenkte. Tolv år senere ble det gjort nye analyser av blodprøver fra familien, og man fikk bekreftet diagnosen. Tilfellene ble da rapportert, og familien regnes nå som det aller første dokumenterte tilfellet av aids (8). Det må ha vært flere enkeltstående tilfeller rundt om i verden som ikke ble rapportert. Hvordan historien ville sett ut om vi hadde hatt fire–fem års forsprang på aids-epidemien, blir spekulasjoner.

For sjeldne sykdommer gjelder det samme. Kanskje, hvis flere rapporterte om de sjeldne tilfellene, ville man oppdage nye mønstre? Vår sjanger *Kort kasuistikk* egner seg for å rapportere det uvanlige. Siden alle våre kasuistikker indekseres i PubMed med engelsk sammendrag, er de tilgjengelige og søkbare for leger over hele verden.

Puslespillet blir ikke ferdig om vi ikke bringer brikkene til bordet.

LITTERATUR:

1. UAMS Library. Evidence Based Medicine: Acquiring Evidence
<http://uamslibrary.webfactional.com/help-guides/evidence-based-medicine/evidence-based-medicine-acquiring-evidence-2/> (26.02.19).
2. Tidsskriftet. Retningslinjer og tips til forfattere.
<https://tidsskriftet.no/annet/retningslinjer-og-tips-til-forfattere> (26.02.19).
3. McBride WG. Thalidomide and congenital abnormalities. The James Lind Library. Lancet 16.12.1961.
<http://www.jameslindlibrary.org/mcbride-wg-1961/> (26.02.19).
4. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumocystis Pneumonia. MMWR Weekly 5.6.1981. https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm (26.02.19).
5. Gottlieb GJ, Ragaz A, Vogel JV et al. A preliminary communication on extensively disseminated Kaposi's sarcoma in young homosexual men. Am J Dermatopathol 1981; 3: 111-4. [PubMed][CrossRef]
6. HIV.gov. A Timeline of HIV and AIDS.
<https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline> (26.02.19).
7. Frøland SS. Aids-epidemien. Nederlag, seire og nye utfordringer. Oslo: Gyldendal akademisk, 2014.
8. Frøland SS, Jenum P, Lindboe CF et al. HIV-1 infection in Norwegian family before 1970. Lancet 1988; 331: 1344-5. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 11. mars 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0183
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no