

I Tidsskriftet publiseres nå kasuistikker fortrinnsvis i spalten Noe å lære av

Kasuistikker for det 21. århundre

Tidligere stod kasuistikkene sterkt i den medisinske publiseringstradisjonen. I en tid da man strevde med å få orden i sykdomsklassifikasjonene, var det naturlig å beskrive sine funn i kasuistisk form når man hadde sett en gruppe pasienter med kliniske fellestrekk. Det er ikke tilfeldig at da Tidsskriftets forløper *Eyr* kom med sin aller første utgave i 1826, var det en kasuistikk på første side (1). Nyere eksempler på avgjørende kasuistiske meddelelser fra det norske medisinske miljøet er oppdagelsen av Føllings sykdom i 1934 (2), Refsums sykdom rundt 1940 (3), Aagenæs' syndrom i 1968 (4) og Mohr-Tranebjærgs syndrom i 1990-årene (5).

I våre dager spiller kasuistikkene en mindre fremtredende rolle. Likevel er det ikke få slike manuskripter Tidsskriftet årlig får til vurdering. De kan grovt sorteres i tre grupper.

Den genuint originale kasuistikk lever fortsatt. Det trenger ikke være snakk om nye sykdommer, men kanskje et ikke tidligere beskrevet symptom på en for øvrig kjent tilstand eller en ny bivirkning. Da Tidsskriftet i fjor publiserte en beskrivelse av malignt nevroleptikasyndrom utløst av olanzapin, et av de nyere antipsykotiske legemidlene, var det for eksempel på verdensbasis bare kjent 17 tilfeller av denne assosiasjonen (6). En slik kasuistikk kan sågar utformes som originalartikkel.

Ofta kan en kasuistikk eller to være en utmerket innledning til en oversiktsartikkel. Da er ikke kasuistikken hovedpoenget, og det er ikke nødvendig å beskrive eller drøfte det aktuelle tilfellet så inngående. Hensikten med kasuistikken blir snarere å vekke leserens interesse, den systematiske oversikten som følger, er artikkelens hovedpoeng. Den slags oversiktsartikler er ofte kjærkomne.

Den tredje typen kasuistikker volder av og til besvær. Det dreier seg om tilstander som ikke er så sjeldne at en beskrivelse av dem har noen original vitenskapelig verdi – de står behørig omtalt i bøkene – på den annen side er de så uvanlige at de færreste klinikere vil møte dem. Det underliggende budskapet er ofte: Jeg har også sett noe sjeldent og har lyst til å skrive en artikkel. Det hender man ser meningsløse konklusjoner som «Man må ha hjernesarkoidose in mente ved alle tilfeller av hodepine» eller «Man må alltid tenke på cerebrospinalvæskelekkasje ved nesesekresjon hos barn».

Kan slike kasuistikker – der den beskrevne tilstanden er sjelden, men velkjent – likevel gi leseren noe? Ja, men det forutsetter at det legges omtanke i en pedagogisk formidling av budskapet. Det har som regel liten hensikt å bygge opp denne typen kasuistikker som om det dreide seg om originale vitenskapelige observasjoner. I stedet bør de utformes med tanke på spalten Noe å lære av, som ble lansert i Tidsskriftet i 1999 (7). Forbildet er serien *Clinical problem solving* i *New England Journal of Medicine*.

Tanken bak spalten er å gi kasuistikkene en utforming som gjør at leserne kan lære *mer* av dem enn bare bli minnet om en gitt tilstand eller diagnose. Beskrivelsen tar gjerne utgangspunkt i pasientens presentasjonssymptom, og følger utrednings- eller behandlingsprosessen kronologisk. Denne fremstillingen avbrytes av avsnitt der forfatteren diskuterer de diagnostiske eller terapeutiske overveielser som ble gjort – eller *kunne* vært gjort – underveis. Dermed er det ikke først og fremst *diagnostiseringen* som gir lærdom, det er vel så mye *prosessen* frem mot en løsning på det kliniske problemet. Leseren lærer også om aktuelle differensialdiagnoser og om behandling av pasienter med liknende symptomer. Alle artiklene ledsages av en kort kommentarartikkel skrevet av en ekspert på området, samt en kunnskapsprøve på Internett.

Ved utforming av denne type manuskripter må man mer enn ellers være seg bevisst at det skal skapes en historie som gjør at leseren blir nysgjerrig og får lyst til å få med seg resten. Til gjengjeld er det slett ikke noe krav at pasienten man vil beskrive hadde en sjelden sykdom. Tvert imot: Uventet forløp, uvant presentasjonsform eller forsinket diagnose kan i minst like stor grad være noe å lære av. Og de lærerike sykehistoriene kan like gjerne komme fra primærhelsetjenesten som fra sykehusene.

I Tidsskriftet har vi fortsatt tro på kasuistikkene, og vi oppfordrer våre lesere til å bidra med slike. Spalten Noe å lære av med sitt spesielle format er nå vår foretrukne publiseringsform for kasuistikker, og bidrag til spalten ønskes særlig velkommen. I dette nummer av Tidsskriftet inviteres du til å lære av sykehistorien til en 13 år gammel jente med hevelse i leggen (8). Vel bekomme!

Torgeir Bruun Wyller

t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er spesialist i indremedisin og geriatri, postdoktorstipendiat ved Universitetet i Oslo og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

1. Breaun A. Beretning om et mærkeligt Sygdomstilfælde – Stengel-Batten-Spielmeier-Vogts sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 970–1.
2. Lie SO. Føllings sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3042–3.
3. Stokke O. Refsums sykdom – sjelden, men verdenskjent. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 334–5.
4. Heiberg A. Aagenæs' syndrom – lymfødem og intrahepatisk gallestase. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1718–9.
5. Tranebjærg L, Schwartz C, Eriksen H et al. A new X linked recessive deafness syndrome with blindness, dystonia, fractures, and mental deficiency is linked to Xq22. J Med Genet 1995; 32: 257–63.
6. Horni G, Meirik K, Lund MB. Malignt nevroleptikasyndrom hos pasient behandlet med olanzapin. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2867–9.
7. Gulbrandsen P. Noe vi lærte av er noe å skrive om. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1265–6.
8. Kildahl-Andersen O, Ræder H. Støvelen som ble for trang. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1935–6.