

## 1 • L'IMPORTANZA DELLA PRESENTAZIONE DI UN CASO O DELLA CASISTICA MEDICA MODERNA

Per molti, una relazione clinica incentrata su un solo caso clinico non ha alcun significato. In realtà se i nostri colleghi non selezionano un argomento rilevante e non lo presentano correttamente, la comunità medica rischia di addormentarsi.

### LA PRESENTAZIONE DI UN CASO: OGGETTO DI DISSENSI

Di recente, uno psichiatra inglese si è lamentato in una lettera al direttore di una rivista:<sup>1</sup> «*Dopo aver letto il case report 'Il sospetto di un disturbo somatico in una tabe dorsale non diagnosticata'*<sup>2</sup> ero perplesso su ciò che avrei dovuto imparare. La tabe dorsale è sufficientemente descritta nella maggior parte dei comuni libri di testo e il fatto di chiedere una consulenza psichiatrica ancor prima che l'indagine avesse confermato la diagnosi mi è sembrato un motivo curioso per un case report, soprattutto così esteso. I casi buoni sono quelli istruttivi e illuminanti. In considerazione del numero crescente di case report, potrei chiedere che vengano selezionati per la pubblicazione soltanto quelli che costituiscono veramente delle novità?» (NB: il direttore ha difeso la novità dell'osservazione).

Questo case report era davvero presentato male? Si doveva sentire in colpa il medico per non avere imparato ciò che doveva? O si trattava di entrambe le cose?

## LA PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO OGGI

Questo esempio dimostra come la presentazione di un caso clinico richieda una metodologia e dei criteri di selezione altrettanto rigorosi di quelli utilizzati in ogni altro campo della ricerca clinica di base o orientata per decisioni.

Da sempre i medici hanno imparato dai loro colleghi più esperti, così come dai loro successi e dai loro fallimenti. Un'accurata enumerazione delle esperienze cliniche continua ad essere indispensabile per il progresso della medicina, perché segna l'inizio di un processo d'apprendimento più lungo e sempre più complesso, che prende l'avvio dalle osservazioni fatte al letto del paziente. Per esempio, prima di poter stabilire una correlazione tra le caratteristiche cliniche ed epidemiologiche del virus Ebola con la febbre emorragica, si è dovuto descrivere dettagliatamente il primo caso. Solo dopo che questo è stato fatto sono quindi subentrate l'analisi e la sintesi del nuovo problema.

Un caso interessante, come un'embolia cerebrale o un'infezione micotica insolite, può diventare un «caso indice», avviando così una ricerca di casi simili e aiutando a stabilire l'importanza della loro frequenza all'interno di certe comunità. Di questo passo si può arrivare a formulare un'ipotesi sulla nuova entità diagnosticata, sulle sue possibili cause e sul trattamento.

Attualmente, la medicina sta allargando il suo centro d'interesse e i suoi obiettivi nel prevenire e trattare le malattie, nel proteggere gli individui e le comunità e nel promuovere il miglioramento dello stato di salute del maggior numero di persone possibile. Ha rimpiazzato il suo archetipo di arte e scienza deterministica con il modello di scienza probabilistica basata su decisioni prese in situazioni d'incertezza.

Adesso la ricerca clinica di base o di laboratorio, che è essenzialmente esplicativa, ha come complemento la ricerca clinica che si propone di decidere e agire «al letto del paziente». L'epidemiologia clinica e la biostatistica sono diventate rapidamente di fondamentale importanza in quest'evoluzione della medicina in cui si sta raggiungendo un migliore equilibrio tra arte e scienza. Alla fine di questo processo d'apprendimento, i risultati ottenuti dall'osservazione e dall'esperienza vengono riapplicati al punto di partenza, vale a dire al lavoro clinico svolto per ogni singolo paziente e alle cure fornite alla comunità.

Se la medicina «seria» aspira al riconoscimento delle sue «nobili origini», non deve dimenticarsi che tutto ha inizio dall'esperienza personale del medico e del suo paziente nello studio e in ospedale. Se queste

basi non sono corrette, lo studio di incidenza delle malattie, la ricerca eziologica e i trial clinici valgono pochissimo. Analogamente, se ci si occupa poco dei singoli casi della malattia in corso di studio, gli interventi medici sono di scarso valore.

Un medico interno ospedaliero durante il turno di notte ha ricoverato un nuovo paziente. Esegue una serie di indagini diagnostiche, esprime le sue impressioni sui principali indizi per la diagnosi differenziale e dispone un programma terapeutico per «stabilizzare» il paziente. La mattina successiva il medico deve presentare il nuovo caso ai suoi colleghi. Se «il caso» in questione è di particolare interesse, può essere presentato durante le visite in reparto o durante i «grand round» o, alla fine, essere riportato nella stampa medica. Comunque, tutte le presentazioni devono rispettare delle regole precise, che vengono esposte dettagliatamente nei capitoli successivi.

Sono tre i livelli della presentazione del caso clinico, ognuno con uno scopo diverso:

1. Le **presentazioni fatte durante le visite in reparto o nelle quotidiane visite in corsia** spesso comprendono in maniera indiscriminata tutti i casi. Questo tipo di relazione ha scopi amministrativi e assicura la continuità e la completezza delle cure.
2. Soltanto casi selezionati vengono presentati nel corso dei «**grand round**». I casi devono essere scientificamente rilevanti ma le relazioni, in genere, si sforzano di assicurare il miglior funzionamento dell'ospedale.
3. I **casi clinici riportati nella stampa medica** rappresentano (o dovrebbero rappresentare) un tentativo scientifico comparabile ad altri progetti di ricerca osservazionali o sperimentali.

Questo libro si occupa dei principi, dei metodi e delle modalità di presentazione di casi clinici particolari per la stampa medica. La pubblicazione di case report richiede, a differenza dei modelli più semplici di presentazioni ad uso interno, la conoscenza approfondita di regole aggiuntive (in dettaglio nel capitolo 5) necessarie per presentazioni chiare, efficaci, comprensibili e complete. Ogni tirocinante o medico ospedaliero dovrebbe seguire queste direttive.

Siamo portati a ricavare le nostre capacità, conoscenze, abilità ed esperienze da un insieme di osservazioni basate sugli standard attuali dell'epidemiologia clinica. Sappiamo cosa fare grazie al ripetersi delle osservazioni e delle esperienze. Ma, in fin dei conti, sappiamo altrettan-

to bene come studiare un «individuo» e come condividere quest'esperienza con gli altri? Abbiamo bisogno di una preparazione più specifica in questo campo?

I ricercatori clinici responsabili riescono a pubblicare due o tre lavori originali ogni anno. Al contrario, i medici tirocinanti comunicano quasi immediatamente le loro esperienze con i singoli pazienti, sia oralmente che per iscritto. Se questi medici alle prime armi sono in grado di preparare le loro relazioni in modo corretto, e questo libro aspira ad aiutarli nel raggiungere questo obiettivo, i loro contributi saranno persino più importanti per il progresso della nostra scienza medica.

I casi clinici ben selezionati e presentati in maniera adeguata costituiscono uno strumento importante nell'acquisizione e nella comprensione di nuove informazioni. Le descrizioni dei primi casi di shock settico o di fascite necrotizzante ci hanno indotto a studiare una serie di casi come questi e a comprendere le loro cause e il loro trattamento.

La descrizione del caso clinico nella stampa medica rimane un argomento controverso. Nonostante ciò, se si tratta di un buon caso, la sua pubblicazione deve essere incoraggiata senza alcuna esitazione.<sup>3-5</sup>

Poco tempo fa riviste prestigiose come *Cancer* scartavano con facilità i case report. Decisioni come queste potevano essere giustificate dal desiderio di voler includere soltanto gli argomenti che i direttori avevano ritenuto di «assoluta priorità». Simili decisioni potrebbero essere state prese per evitare l'afflusso crescente di informazioni talvolta discutibili. In che modo quindi si possono tenere sotto controllo i report di cattiva qualità?

Chew<sup>6</sup> di recente ha analizzato il destino dei report di casi clinici presentati all'*American Journal of Roentgenology*. Soltanto un lavoro su cinque (il 20%) veniva effettivamente pubblicato.

Comunque, va rimarcato il fatto che vi sono molte altre riviste rinomate i cui direttori incoraggiano la pubblicazione di casi clinici ben selezionati, rilevanti e impeccabilmente presentati.

I *Case Records of the Massachusetts General Hospital* nel *New England Journal of Medicine*, i clinical reports nel *Lancet*, i case studies nel *Canadian Medical Association Journal*, o ancora i numeri del *Journal of Obstetrics and Gynecology* dedicati a casi clinici particolari, sono soltanto alcuni esempi di questa politica editoriale.

## I MODERNI SVILUPPI NELLA PRESENTAZIONE DEL CASO CLINICO

La descrizione moderna di casi clinici è stata resa possibile dal recente sviluppo dell'epidemiologia clinica,<sup>7-12</sup> e in particolare della clinimetria.<sup>9 13 14</sup>

Qualunque studio di casi multipli si deve ricavare dallo studio del caso individuale. Lo studio sia del caso singolo che di casi multipli richiede un'adeguata raccolta di dati clinici, il rafforzamento dei dati deboli, la conversione dei dati in informazioni cliniche, una riproduzione appropriata del percorso che va dall'osservazione clinica alla diagnosi, descrizioni ben strutturate della storia naturale e del decorso naturale e clinico della malattia, un quadro chiaro del gradiente e dello spettro delle patologie in esame e la selezione di dati paraclinici significativi. Si avverte l'esigenza di un resoconto che metta in evidenza le domande pragmatiche a cui lo studio del caso deve rispondere e i risultati operativi attesi da tale sforzo.

Attualmente, siamo ispirati dallo sviluppo e dai risultati della ricerca nel campo della biologia umana e della patologia, dalla ricerca clinica orientata per decisioni e basata sull'epidemiologia clinica e sulla biostatistica, e dai risultati di un approccio basato sulle evidenze.

Lo studio dei casi singoli deve mettersi in pari con gli altri campi della ricerca medica nella metodologia osservazionale ed analitica e nelle modalità di interpretazione e presentazione.

Il paradigma del caso clinico è diventato più definito e strutturato. A questo provvede l'epidemiologia clinica con gli strumenti necessari per rendere l'esperienza del caso clinico sia operativa e benefica per il paziente che utile per il medico. Oggi i medici di base e gli specialisti acquisiscono un'attitudine clinica, una conoscenza e un insieme di qualifiche sempre più accurati. Inoltre imparano come leggere, interpretare ed integrare meglio nella loro pratica clinica i risultati di studi e documenti originali.<sup>15-30</sup> Sfortunatamente, non sempre sanno come preparare e presentare un caso clinico<sup>31</sup> e come mantenere le informazioni più importanti e utili per la pratica futura.

Infatti, abbiamo cercato invano nella letteratura una monografia dedicata al modo di presentare il caso clinico in termini di casistica medica.

I giri di visite in ospedale spesso si concentrano sulle basi della patologia, della diagnosi e del trattamento<sup>32</sup> dei casi rilevanti. In realtà, le

presentazioni dei casi sono più impegnative: rappresentano un esercizio per organizzare il pensiero, per acquisire informazioni cliniche e paracliniche rilevanti e per prendere decisioni cliniche corrette.

Secondo Petrusa e Weiss,<sup>33</sup> ogni medico tirocinante deve preparare e presentare almeno un caso clinico accettabile per forma e contenuto.

La progettazione e la preparazione di un case report clinico non sono soltanto strumenti didattici importanti, ma con il supporto della clinimetria guidano gli autori verso altri campi della ricerca clinica. I capitoli seguenti sottolineano le idee e gli elementi che costituiscono un approccio strutturato per l'elaborazione e la presentazione di casi clinici.

Questi dettagli sono necessari? Assolutamente. Sino ad ora, soltanto due libri di testo di epidemiologia avevano brevemente fatto cenno all'argomento dei contenuti richiesti dai case report.<sup>34 35</sup> Altri contributi a questo tema sono centrati più sulla struttura e lo stile che su ciò che andrebbe inserito o lasciato fuori dal report. Nessuna di queste fonti fornisce indicazioni riguardo alla preparazione, al contenuto e alla strutturazione di un case report ai fini della pubblicazione. Il capitolo 5 si propone di raggiungere tale obiettivo.

Nonostante l'umile retroterra della presentazione del caso clinico, la descrizione di esperienze uniche, rispetto alla ricerca eziologica o ai trial clinici, rimarrà sempre un potente aiuto per sviluppare l'esperienza clinica e la ricerca.

## BIBLIOGRAFIA

1. Pearson R. Case report criticism. (Correspondence.) *Br J Psychiatry* 1992; 160:280.
2. Fichtner CG, Weddington WW. Suspicion of somatoform disorder in undiagnosed tabes dorsalis. *Br J Psychiatry* 1991; 159:573-5.
3. Soffer A. Case reports in the Archives of Internal Medicine. *Arch Intern Med* 1976; 136:1090.
4. Nahum AM. The clinical case report: «Pot boiler» or scientific literature? *Head & Neck Surg* 1979; 1:291-2.
5. Simpson RJ Jr, Griggs T. Case reports and medical progress. *Persp Biol Med* 1985; 28:402-6.
6. Chew FS. Fate of manuscripts rejected for publication in the *AJR*. *AJR* 1991; 156:627-32.
7. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical epidemiology – The essentials*. Baltimore and London: Williams and Wilkins, 1982 (3rd edition: 1996).
8. Jenicek M, Cléroux R. *Épidémiologie. Principes, techniques, applications*.

- (Epidemiology. Principles, techniques, applications.) St Hyacinthe and Paris: EDISEM and Maloine, 1982 (Chapter 14).
9. Jenicek M, Cl  roux R.   pid  miologie clinique. Clinim  trie. (Clinical epidemiology. Clinimetrics.) St Hyacinthe and Paris: EDISEM and Maloine, 1985.
  10. Feinstein AR. Clinical epidemiology. The architecture of clinical research. Philadelphia: WB Saunders, 1985.
  11. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell PX. Clinical epidemiology: A basic science for clinical practice. Boston: Little, Brown, 1984.
  12. Jenicek M. Epidemiology. The logic of modern medicine. Montreal: EPIMED International, 1995.
  13. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine: IV. The development of clinimetrics. *Ann Intern Med* 1983; 99:843-8.
  14. Feinstein AR. Clinimetrics. New Haven: Yale University Press, 1987.
  15. Gehlbach SH, Bobula JA, Dickinson JC. Teaching residents to read medical literature. *J Med Educ* 1980; 55:362-5.
  16. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. I: How to get started. *JAMA* 1993; 270:2093-5.
  17. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention: A. Are the results valid? *JAMA* 1993; 270:2598-601; B. What were the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA* 1994; 271:59-63.
  18. Jeaschke R, Guyatt G, Sackett DL for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test: A. Are the results valid? *JAMA* 1994; 271:389-91; B. What are the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA* 1994; 271:703-7.
  19. Levine M, Walter S, Lee H, Haines T, Holbrook A, Moyer V for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. IV. How to use an article about harm. *JAMA* 1994; 271:1615-9.
  20. Laupacis A, Wells G, Richardson S, Tugwell P for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. V. How to use an article about prognosis. *JAMA* 1994; 272:234-7.
  21. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. *JAMA* 1994; 272:1367-71.
  22. Richardson W, Destsky AS for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. VII. How to use a clinical decision analysis: A. Are the results of the study valid? *JAMA* 1995; 273:1292-5; B. What are the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA* 1995; 273:1610-3.
  23. Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical

- literature. VIII. How to use clinical practice guidelines: A. Are the recommendations valid? *JAMA* 1995; 274:570-4.
24. Wilson MC, Hayward SA, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines: B. What are the recommendations and will they help you in caring for your patients? *JAMA* 1995; 274:1630-2.
  25. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. IX. A method for grading healthcare recommendations. *JAMA* 1995; 274:1800-4.
  26. Naylor CD, Guyatt GH for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. X. How to use an article reporting variations in the outcomes of health service. *JAMA* 1996; 275:554-8.
  27. Naylor CD, Guyatt GH for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. XI. How to use an article about a clinical utilization review. *JAMA* 1996; 275:1435-9.
  28. Guyatt GH, Naylor CD, Juniper E, Heyland DK, Jaeschke R, Cook DJ for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. XII. How to use an article about health-related quality of life. *JAMA* 1997; 277:1232-7.
  29. Drummond MF, Richardson SW, O'Brien BJ, Levine M, Heyland D for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. XIII. How to use an article on economic analysis of clinical practice: A. Are the results of the study valid? *JAMA* 1997; 277:1552-7.
  30. O'Brien BJ, Heyland D, Richardson SW, Levine M, Drummond MF for the Evidence-Based Medicine Working Group. Users' guides to the medical literature. XIII. How to use an article on economic analysis of clinical practice: B. What are the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA* 1997; 277:1802-6.
  31. Huston P, Squires BP. Case reports: Information for authors and peer reviewers. *CMAJ* 1996; 154:43-4.
  32. Loschen EL. The resident conference: A method to enhance intensity. *J Med Educ* 1980; 55:290-10.
  33. Petrusa ER, Weiss GB. Writing case reports: An educationally valuable experience for house officers. *J Med Educ* 1982; 57:415-7.
  34. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Case reports (Chapter 10). In: *Clinical epidemiology. The essentials*. 3rd edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996; 208-11.
  35. Jenicek M. General requirements of good case studies (Chapter 5, Section 5.2.4). In: *Epidemiology. The logic of modern medicine*. Montreal: EPIMED International, 1995; 135-6.