



# tieteellisen tutkimuksen tikapuut

**Leena Lindgren**  
Professori emerita  
leena.lindgren[at]fimnet.fi

## KUINKA JULKAISEN TAPAUSSELOSTUKSEN?

**Mielenkiintoinen tapausselostus on saattanut muhia klinikassa tarinana jo pitkään.**

► Itselleni selvisi tapausselostuksen kirjoittamisen autuus 20 vuotta sitten. Olin kokenut kaksi elinsiirtopotilaan "pöytäkuolemaa" lyhyellä aikavälillä. Molemmilla potilailla oli diagnosoimaton sydänamyloidoosi, joka aiheutti sydämen johtoradan sammumisen suuren leikkausvuodon yhteydessä päivystysaikaan. Olin järkyttynyt, häpeissäni ja surin ja pidin itseäni pitkään maailman huonoimpana anesthesiologina. Oikeuslääketieteellisten ruumiinavausten löydökset jonkin verran lohduttivat: molemmilla potilailla sydämen kaikki rakenteet olivat amyloidin tuhoamat, vaikka olivat selvinneet kardiologien arvioista huomautuksitta. Hankin käsiini potilaiden preoperatiiviset EKG:t, joista löytyi sydämen kertymätautiin sopiva patologisesti suurentunut QT-ajan dispersio eri kytkentöjen välillä. Kävin läpi satoja kertoja noiden päivystysöiden tapahtumata ja retinalleni tallentuneet monitorinäytöt (selittämätön bradykardia,

johtumaton P-aalto ja asystole), jotka tulivat uniinikin.

Näiden tietojen valossa rupesimme kirjoittamaan ystäväni, nykyisen dosentti Minna Tallgrenin kanssa tapausselostusta näistä potilaista. Se hyväksyttiin *Anesthesia Analgesia* -lehteen "sukkana" (ilman korjauksia) (1). Ja kas! Suruni vaihtui rakentavaksi iloksi, vaikka siihen meni kaksi vuotta. Iloni lisääntyi eksponentiaalisesti, kun Minna vielä teki väitöskirjaansa yhden osatyön sadan maksansiirtopotilaan preoperatiivista EKG:sta, joista löytyi hemokromatoosipotilaiden ja yllättäen akuuttia virushepatiittia sairastavien suurentunut QT dispersio (2).

Tapausselostuksen kirjoittaminen siis voi olla terapeutista. Sain tästä paljon perspektiiviä professorintyöhöni kollegojen lohduttamiseen: jos potilaasi kuoli, saat uuden!

### **Tapausselostusten julkaisupolitiikkaa**

Monet arvovaltaiset julkaisufoorumit suhtautuvat tällä hetkellä erittäin pidättyväisesti tapausselostusten julkaisemiseen. Tämä yksinkertaisesti siksi, että niitä siteerataan todella vähän, tuskin ollenkaan. Ne vievät paljon palstatilaa ja julkaisufoorumin impact factor ei kartu. Toimin vuosia *Acta Anesthesiologica Scandinavica* toimittajana ja ohjeemme oli: jos tapausselostus on kiinnostava, yritäkää saada se muotoon 'letter to the editor', jolloin palstatilaa säästyy.

Actaamme tarjotaan mit-tava määrä kaikenkarvaisia

tapausselostuksia, joiden lähes yhteinen sanoma oli: miten hienosti hoidimme ongelmatilanteen ja tilanteessa oli toimittu oppikirjan ohjeiden mukaan. Ei siis mitään uut-ta, vaan pelkkää itsekehua. Hylkyyn menee, mutta kohteliaan saatekirjeen kera ja onnitteluin mainiosta kliinisestä osaamisesta. Sen sijaan tervehdimme kiitoksella tapausselostuksia, joissa on toimittu asiallisesti keittokirjan mukaisesti, mutta potilas on reagoinut poikkeavasti. Samoin myönteisen kohtelun saa tapausselostus, jossa on uusi näkökulma tai idea ongelmatilanteen hoitamiseksi. Hyvässä tapausselostuksessa voi olla innovatiivinen niiksi, jota ei itse olisi tullut ajatelleeksi. Lasten anesthesiologian alalla on nykyään tosi hankalaa tehdä RCT-tutkimuksia. Siksi pediatriiset tapausselostukset ovat voimissaan ja paljon siteerattuja. Pediatristen lehtien toimittajat ovatkin jo hyväksyneet tosiasian, että heidän lehtensä ovat pullollaan case reporteja.

Anesthesiologyllä, *Anesthesia Analgesia*lla ja *Critical Care Medicine*llä on vuosikymmenten saatossa laadukas tapausselostusten julkaisusarja. Näiden kunnon lehtien kupeeseen on ponkaissut lukuisa määrä 'open access' elektronisia tapausselostuslehtiä. Niissä julkaiseminen maksaa ja on siten kannattava liiketoimintaa. Käykääpä vilkaisemassa! *Anesthesiology* ilmoitti tammikuussa 2013 lopettavansa tapausselostusten julkaisemisen, mutta jatkaa

**Farmakogenetiikan alalta tulee mittava määrä tapausselostuksia, kun ihmisen genomi ja sen poikkeavuudet alkavat olla saatavilla.**

tapausten julkaisemisella ´letter to the editor´-muodossa.

### **Miksi itse kirjoitan tai kannustan muita kirjoittamaan tapausselostuksen?**

Kaikkia kiinnostaa mielenkiintoinen tapausselostus. Se on saattanut muhia klinikassa tarinana jo pitkään. Jos tapaus käsitellään meetingissä (kuten kannustan) silti voidaan ajatella julkisempaa foorumia. Farmakogenetiikan alalta on todennäköisesti tulossa mittava määrä tapausselostuksia, kun tuo ihmisen genomi ja sen poikkeavuudet alkavat olla saatavilla.

Aina kannattaa pitää mielessä myös Duodecim-lehden Vinkistä vihiä -palsta. Se on tuon arvovaltaisen lehtemme luetuimpia palstoja. Samoin Lääkärilehti julkaisee tapausselostuksia. Mitä vikaa on mainion Finnanest-lehtemme foorumissa? Lukijakunta on tuttua ja ongelmakenttä

### **Tapausselostukset voivat johtaa hienoihin alkuperäisjulkaisuihin.**

lähes vakioitu. Finnanest julkaisee mielellään tapausselostuksia. Eikun vain kirjoittamaan!

### **Kuka hyötyy tapausselostuksesta?**

Jokainen kollega nauttii ja oppii hyvin kirjoitetusta tapausselostuksesta. Saattaa olla, että sopiva uhrilukijamme on juuri kokenut case reportin tarinan. Pidän erittäin tärkeänä, että myös huonosti päättyvät tapaukset julkaistaisiin eikä vain erilaisten postimerkkitautilien jonglöörimaista ylisuorittamisen selostuksia. Itse olin puolustamassa ranskalaisten kollegojen tapausselostusta, jossa TEE-esofagusanturi oli tehnyt potilaalle sydänleikkauksen aikana perforaation ruokatorveen. Se johti ylipainehappihoidossa massiiviseen tensiopneumoperitoneumiin, johon potilas menehtyi. Kirjoittajat itse kertoivat hoidon olleen ´inadequate´. Vaadin tämän formuloitavaksi tyylikkäästi (3). Tapausselostus voisi olla myös eettisen ongelman julkituominen, joka voisi johtaa keskusteluun.

### **Miten se sitten kirjoitetaan?**

Tapausselostus ei välttämättä tarvitse tiivistelmää. Potilastapauksen kompaktiin kuvaamiseen tarvitaan niiden kaikkien tutkimusten tulokset, jotka liittyvät tapauksen lopputulokseen. Erotusdiagnostiikkaan kuuluvien tulosten raportointi on tärkeää. Pohdintaosassa tarvitaan kypsyttä kuten aina. Loppukonklusio pähkinänkuoressa kuuluu asiaan. Lehdet vaativat potilaan ja

kuolemaan päättäneiden potilaiden omaisilta kirjallisen luvan tapausselostukseen.

### **Lopuksi**

Moni kollega ajattelee, että tapausselostuksesta saa helpon julkaisun. Tyylikkäästi kirjoitettu case report vaatii oman viritystasonsa ja työstämisenä. Tapausselostus ei kuulu julkaisuluettelossa alkuperäisjulkaisujen luetteloon vaan osioon ´muut julkaisut´. Tästä näkee huomattavasti erilaisia tulkintoja.

Tieteellisen tutkimuksen tika-puilla ei tapausselostuksilla korkealle pääse, mutta ne voivat johtaa hienoihin alkuperäisjulkaisuihin!

### **Viitteet**

1. Tallgren M, Höckerstedt K, Isoniemi H, ym. Intraoperative death in cardiac amyloidosis with increased QT dispersion in the electrocardiogram. *Anesth Analg* 1995; 80: 1233–5.
2. Tallgren M, Höckerstedt K, Mäkinen J, ym. Cardiac evaluation of liver transplant recipients: QT dispersion in electrocardiogram. *Clin Transplant* 1996; 10: 408–13.
3. Mourissoux G, Schlumberger S, De Lentdecker P, Fischler M. Fatal pneumoperitoneum caused by nasopharyngeal oxygen delivery after transesophageal echocardiography for cardiac surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009; 53: 1223–35.