

La casuistique

La casuistique est l'observation, l'analyse et l'interprétation d'un cas clinique. Cette méthode qui étudie des cas individuels particuliers pour en dégager des règles d'action a une place importante dans la littérature scientifique médicale. Elle est complémentaire à l'épidémiologie clinique qui permet de généraliser des règles pour l'étiologie, le diagnostic, le traitement et le pronostic des maladies par des études scientifiques conduites sur des populations de malades et non des cas individuels.

Le mot casuistique, du latin *casus*, qui signifie un événement particulier, vient de la théologie initialement. Comme le décrit le dictionnaire Larousse, c'est une " partie de la théologie qui traite des cas de conscience. Née véritablement au XII^e siècle, la casuistique catholique connut son âge d'or entre le XVI^e et le XVIII^e siècle, surtout dans la Compagnie de Jésus. Les casuistes furent combattus par les jansénistes, qui les accusaient de favoriser une morale relâchée ". De nos jours, elle est utilisée dans des disciplines comme la médecine, la psychologie ou le droit pour résoudre des problèmes dans des cas particuliers avec une argumentation discutant entre des principes généraux et/ou des cas similaires et les particularités du cas étudié.

Les visées de la casuistique seront multiples : didactique et servant d'exemplarité, scientifique et axée sur l'originalité, ou pour alimenter une discussion. Les objectifs seront de décrire le cours naturel d'une affection, une méthode diagnostique, une manœuvre thérapeutique, un effet secondaire particulier, une prise en charge particulière (par exemple dans un contexte de comorbidité) ou la proposition d'une hypothèse étiologique ou pathophysiologique.

La casuistique revêt différentes formes, orales ou écrites. Son rapport peut être classique, comme dans les articles intitulés fait clinique, cas clinique, communication brève ou *case report* en anglais, ou bref dans les lettres et *brief report* en anglais. Le rapport de cas peut s'accompagner d'une synthèse des publications antérieures (*case report and review of the literature* en anglais). Cette revue de littérature devra être systématique et suivre la méthodologie de la médecine factuelle. Le cas rapporté peut avoir une fonction éducative comme les séances anatomo-cliniques ou les résolutions de problèmes cliniques (*clinical problem solving*) où il sert à illustrer concrètement la problématique.

Nous donnerons quelques exemples de publications de notre service pour illustrer notre propos : un cas princeps de syndrome de défaillance multiviscérale

causé par l'administration de cytokines¹, une hypothermie induite par la chimiothérapie d'une maladie de Hodgkin avec revue systématique de la littérature², des cas introductifs didactiques pour une revue sur le traitement de la douleur en oncologie thoracique³, une séance anatomo-clinique sur un syndrome de détresse respiratoire aiguë suite à l'administration de facteurs de croissance⁴.

L'architecture d'un rapport de cas doit idéalement comprendre différentes sections : résumé, introduction, description du (des) cas (appelé rapport spécifique), discussion avec conclusion, bibliographie. Le résumé propose les faits marquants du cas au lecteur pressé : motifs et raisons du rapport, fond du problème (" *background* "), points saillants du cas, principale(s) conclusion(s) et éventuelles recommandations. L'introduction vise à vendre le sujet avec définition de l'objet du rapport (maladie, traitement...), contexte du problème abordé requérant une recherche bibliographique soigneuse, et question à laquelle le présent rapport veut fournir une réponse. Puis vient le rapport du cas, la partie la plus importante. L'auteur y décrit les différentes étapes de l'évolution de la maladie en mentionnant les interventions effectuées (tests diagnostiques, mesures thérapeutiques) et leurs effets. Il doit se concentrer sur les données pertinentes et rester neutre et anonyme. Il commence par décrire l'état initial du patient avec un bref historique, les éventuels marqueurs et facteurs de risque et le début de la maladie. Vient ensuite l'évolution de la maladie naturelle (*natural course*) ou clinique (*clinical course*). Il convient de décrire manœuvres diagnostiques, thérapeutiques et de soutien et leurs effets. Le rapport se termine par le suivi. La discussion devra intégrer les connaissances rapportées dans la littérature. Il conviendra de discuter l'événement, ses conséquences et les facteurs éventuels de confusion. Il faudra montrer l'apport particulier du cas et faire des propositions et recommandations pour la pratique clinique (décisions cliniques) et pour la recherche (hypothèses à vérifier). La conclusion montrera l'importance du cas présenté et ses implications. La bibliographie que l'auteur devra adapter aux exigences de la revue, portera sur la pathologie à l'étude, les actes cliniques posés et les décisions à prendre.

La littérature sur la méthodologie de la casuistique est assez limitée. Le seul ouvrage de référence est le livre du québécois Milos Jenicek, " Casuistique médicale. Bien présenter un cas clinique ", publié en 1997 en français⁵ et traduit par la suite en anglais. Il existe également des recommandations pour le rapport des effets adverses médicamenteux, une forme particulière de casuistique⁶. Elles ont été

établies par un groupe d'experts des sociétés internationales de pharmacovigilance et de pharmaco-épidémiologie. Elles proposent un schéma-type à suivre pour homogénéiser ces rapports.

Les éditeurs des revues scientifiques ont un rôle important dans la publication des cas cliniques. Les revues à haut facteur d'impact (" *impact factor* " ou IF) n'aiment pas publier ce type d'articles car ils sont pénalisants dans le calcul des indices bibliométriques, étant peu cités. Ces revues préfèrent sélectionner des articles qui poussent davantage leur IF. Cela fait partie de toutes les stratégies de manipulation pour améliorer les indices de citation⁷. Pour cette raison, beaucoup de ces journaux relèguent les faits cliniques dans de courtes lettres qui n'entrent pas dans le dénominateur, mais bien dans le numérateur des calculs. L'architecture des rapports de cas proposée par les méthodologistes n'est donc pas respectée par ces éditeurs.

Pourtant la casuistique reste importante dans l'établissement des faits en constituant souvent le premier échelon du niveau de preuve et le point de départ de travaux ultérieurs plus élaborés. Citons à titre d'exemple la découverte de la chimiothérapie à la suite d'aplasie médullaire chez des soldats lors du bombardement de navires contenant des gaz de combat lors de la dernière guerre mondiale⁸, l'identification des facteurs de risque cardiovasculaire par les études organisées après la mort du président des Etats-Unis suite à un AVC⁹ ou l'identification d'un neuroleptique majeur initialement développé contre les tremblements induits contre les amphétamines¹⁰. Il convient donc de saluer les revues, dont fait partie la *Revue Médicale de Bruxelles*, qui continuent à encourager la publication de la casuistique.

J.-P. Sculier

Service des Soins intensifs et Urgences oncologiques & Oncologie thoracique, Institut Jules Bordet et Laboratoire de Médecine factuelle (LabMeF), Faculté de Médecine, ULB

BIBLIOGRAPHIE

1. Sculier JP, Bron D, Verboven N, Klasterky J. Multiple organ failure during interleukin-2 administration and LAK cells infusion. *Intensive Care Med.* 1988;14(6):666-7.
2. Meert AP, Berghmans T, Sculier JP. Hypothermia and Hodgkin's disease : case report and review of the literature. *Acta Clin Belg.* 2006;61(5):252-4.
3. Peeters-Asdourian C, Massard G, Rana PH, Van Houtte P, White AP, Grigoriu B *et al.* Pain control in thoracic oncology. *Eur Respir J.* 2017;50(3). pii: 1700611.
4. Lemaitre F, Dagnelie J, Brohee D, Scagnol I, Sculier JP. Séance anatomoclinique : Cancer du sein, hyperleucocytose et défaillance respiratoire. *Rev Med Brux.* 1997;18(2):75-8.
5. Jenicek M. Casuistique médicale. Bien présenter un cas clinique. Paris: Maloine;1997.
6. Kelly WN, Arellano FM, Barnes J, Bergman U, Edwards RI, Fernandez AM *et al.* Guidelines for submitting adverse event reports for publication. *Drug Saf.* 2007;30(5):367-73.
7. Sculier JP. Du bon et du mauvais usage d'un indice bibliométrique, l'Impact Factor. *Rev Med Brux.* 2004;25(1):51-4.
8. Krakoff IH. The 24th annual David A. Karnofsky memorial lecture. Progress and prospects in cancer treatment: the Karnofsky legacy. *J Clin Oncol.* 1994;12(2):432-8.
9. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The Lancet.* 2014;383(9921):999-1008.
10. Divry P, Bobon J, Collard J. Le R-1625 : nouvelle thérapeutique symptomatique de l'agitation psychomotrice. *Acta Neurol Psychiatr Belg.* 1958;58(10):878-88.