



Ravijuhendi „Transfusioonravi juhend (II osa). Transfusioonravi kroonilise haigusega patsiendil; kriitiliselt haige patsiendi transfusioonravi” töörühma koosolek nr 5

Toimumise aeg: 27.10.2022 kell 12.00–16:10

Toimumise koht: veebiplatvorm Teams

Osaesid töörühma liikmed Merike Toomik, Renna Truus, Mari Punab, Polina Savitski, Dina Ljahh, Indrek Ude. Sekretariaadi liikmetest osalesid Laura Johanna Mettis, Anett Roosipuu ja Maarja Karu. Püsisekretariaadist osales Liisa Saare, Eesti Haigekassast Liina Vassil.

Ei osalenud etteteatamisega töörühma liikmed Eve Laansoo, Kerli Vijar ja Kairi Marie Riigor, sekretariaadi liikmed Kairit Linnaste, Elise Lätt ja Triin Paabo.

Koosolekul osales töörühma 9st liikmest 6, millega ei olnud kvoorumit koos ja seetõttu soovitusi ei saanud kinnitada.

Koosolekut juhatas püsisekretariaadi esindaja Liisa Saare, protokollis Liisa Saare.

Koosoleku päevakava:

1.Huvide deklaratsioonide ülevaatus

Koosolekute vahelisel ajal ei olnud ravijuhendi meeskonnal lisandunud deklareeritavaid huvisid.

2.Kliinilise küsimuse nr 1 soovituse ülevaatamine

Eelmisel koosolekul sõnastatud soovitused olid järgnevad:

Rauapuudusaneemiaga patsiendil, kellel suukaudne ravi rauapreparaatidega on olnud ebaefektiivne või vastunäidustatud, kasutage rauapuuduse korrigeerimiseks raua manustamist intravenoosselt.

Eelistage rauapuuduse korrigeerimiseks raua manustamist intravenoosselt järgnevatel juhtudel:

- *kroonilise neerupuudulikkusega patsiendi puhul (välja arvatud hemodialüüsil olev patsient);*
- *põletikulise soolehaiguse patsiendi korral;*
- *preoperatiivselt (eeldatav operatsioon kuni 6 nädala jooksul);*
- *pärast 34. rasedusnädalat (hemoglobiini tase rasedal alla 10 g/dl) ja vahetult sünnitusjärgselt*

Eelmisel koosolekul ette kantud kliinilise küsimuse nr 1 käiva soovituse kohta lubas Liisa Saare täpsustada Angela Kalamehega terminit “vahetult sünnitusjärgselt”. Dr Kalamehe sõnul ei ole see termin väga täpselt defineeritud, kuid see võiks tähendada sünnituse järgselt kuni 1 nädalat.

I/v rauda saaksid patsiendid, kes vereülekannet ei vaja, kuid see oleks oluline rauadepoo täitmiseks ja kiiremaks paranemiseks oleme. Töörühm oli seletusega nõus. Lisaks soovitas töörühma liige võtta kroonilise neerupuudulikkusega patsiendi juures olev sõnastus “välja arvatud hemodialüüsil olev patsient” ära. Koosolekul viibinud töörühma liikmed olid sellega nõus.

Kliinilise küsimuse kohta käiv teine soovitus kõlaks järgnevalt:

Eelistage rauapuuduse korrigeerimiseks raua manustamist intravenoosselt järgnevatel juhtudel:

- *kroonilise neerupuudulikkusega patsiendi puhul*
- *põletikulise soolehaiguse patsiendi korral;*
- *preoperatiivselt (eeldatav operatsioon kuni 6 nädala jooksul);*
- *pärast 34. rasedusnädalat (hemoglobiini tase rasedal alla 10 g/dl) ja vahetult sünnitusjärgselt*

Soovitusi ei saanud kinnitada, kuivõrd kvoorumit ei olnud koos. Võimalusel toimub soovituste kinnitamine elektroonselt.

3.Kliinilise küsimuse nr 9 soovituste arutelu

Eelmisel koosolekul sõnastatud soovitused (mitte kinnitatud) kõlavad järgnevalt:

- Kasvajaga patsiendil ärge kasutage rutiinselt erütropoeesi stimuleerivaid ravimeid aneemia korrigeerimiseks.
- Madala riskiga müelodüsplastilise sündroomiga patsiendil, kellel on seerumi erütropoetiini tase <500 U/L, kaaluge erütropoeesi stimuleerivate ainete kasutamist.

Töörühm otsustas esimesse soovitusse lisada fraasi “**pahaloomulise** kasvajaga”. Soovituste sõnastused said järgnevad:

- *Pahaloomulise kasvajaga patsiendil ärge kasutage rutiinselt erütropoeesi stimuleerivaid ravimeid aneemia korrigeerimiseks.*
- *Madala riskiga müelodüsplastilise sündroomiga patsiendil, kellel on seerumi erütropoetiini tase <500 U/L, kaaluge erütropoeesi stimuleerivate ainete kasutamist.*

Töörühm arvas, et soovitusse selgitavasse teksti võiks lisada märke selle kohta, et kui patsiendil on neerupuudulikkusest tingitud aneemia, aga samas pahaloomuline kasvaja on remissioonis, siis võiks tollele patsiendile EPOt teha. Liisa Saare lubas uurida selle teema kohta kirjandust. Lisaks arvas töörühm, et soovitusse selgitusse võiks lisada märke, et kui tegemist on mittekuratiivse keemiaraviga, siis võiks samuti EPOt teha (nagu ASCO juhendis). Soovitusi ei saanud kinnitada, kuivõrd kvoorumit ei olnud koos. Võimalusel toimub soovituste kinnitamine elektroonselt. Töörühm arvas, et kuna ei soovitata midagi, mida praegu juba ei kasutata, siis ilmselt ei ole ressurside arvutust vaja.

4. Kliinilise küsimuse nr 11 arutelu ja soovitude sõnastamine

Sekretariaadi liige Laura Mettis tegi veelikord lühikese kokkuvõtte küsimuse kohta käivast tõendusmaterjalist. Liisa Saare palus kõigil töörühma liikmetel, kes ei ole veel seda teinud, PanelVoice'is hääletada SoKo tabeli alusel. Et koosolekul aega kokku hoida, tegi Liisa Saare ettepaneku, et töörühma liikmed hääletavad PanelVoice'is ning Liisa Saare paneb hääletustulemuste alusel linnukesed tabelisse. Liisa Saare küsib töörühmalt üle kohad, kus hääletustulemused on eri suundades.

Töörühm sõnastas esialgsed soovitud:

- *Kriitilises seisundis mitteveritseval patsiendil ärge kasutage värskelt külmutatud või tööstuslikult inaktiveeritud plasmat voluumeni täitmiseks.*
- *Kriitilises seisundis koagulopaatiaga mitteveritseval patsiendil ärge kasutage rutiinselt värskelt külmutatud või tööstuslikult inaktiveeritud plasmat, vaid lähtuge ravis koagulopaatia põhjusest.*
 - Selle soovituse juures selgitavas tekstis arvas töörühm, et võiks viidata Transfusioonravi juhendi I osale, kui kriitilises seisundis patsientidel protseduuride eelselt on või on näha veritsuse tekke ohtu (viide: lähtuda I osa juhendist)
- *Kriitilises seisundis koagulopaatia mitteveritseval patsiendil, kellel veritsusrisk on suur või kes läheb suure veritsuse tekke tõenäosusega invasiivsele protseduurile või operatsioonile, kasutage värskelt külmutatud või tööstuslikult inaktiveeritud plasmat lähtuvalt allolevatest punktidest:*
 - *Madala veritsusriskiga protseduuride ohutuks läbiviimiseks tagage järgmised hüübimisnäitajate väärtused: INR <2.0 -3.0, trombotsüüdid >20 E9/L, sealhulgas protseduuridel, mis vajavad arteriaalset ligipääsu tagada INR vastavalt femoraalarteri kaudu teostataval protseduuril INR<1.8 ning radiaalarteri kaudu teostataval protseduuril INR<2.2.*
 - *Keskmise ja suure veritsusriskiga protseduuride ohutuks läbiviimiseks tagage järgmised hüübimisnäitajate väärtused: INR <1.5 - 1.8, trombotsüüdid >50 E9/L.*
- *Kriitilises seisundis madala fibrinogeeni tasemega (< 1,0 g/l) mitteveritseval patsiendil, kaaluge fibrinogeeni kontsentradi või selle puudumisel krüopretsipitaadi kasutamist.*
 - Töörühm arvas, et selle soovituse selgitavasse teksti võiks panna ka preparaatide doosid.

Soovitusi ei saanud kinnitada, kuivõrd kvoorumit ei olnud koos. Võimalusel toimub soovitude kinnitamine elektroonselt.

5. Kliinilise küsimuse nr 10 arutelu

Sekretariaadi liige Anett Roosipuu tegi kliinilise küsimuse kohta käiva tõendusmaterjali ülevaate. Tõendusmaterjal oli üheselt arusaadav ja töörühma liikmete teadmise alusel nefroloogid ka kroonilise neerupuudulikkusega patsientide EPO-ravis lähtuvad KDIGO ravijuhendist.

Töörühm otsustas sõnastada algsed soovitud, mida võiks vaadata üle ravijuhendi nefroloogist konsultant ning need töörühma liikmed, kes koosolekul kohal ei olnud

- *Kroonilise neerupuudulikkusega patsiendil, kes ei saa dialüüsi ja kelle Hb on <100 g/l, alustage EPO ravi, arvestades aneemia sügavust, varasemat ravivastust rauaasendusravile, vereülekande vajadust, EPO raviga seotud riske ja aneemia sümptomeid.*
- *Lõppstaadiumis kroonilise neerupuudulikkusega patsiendil, kes saab dialüüsi, alustage EPO ravi, kui Hb on vahemikus 90-100 g/l.*
- *Praktiline soovitus: Enne EPO ravi alustamist ja EPO ravi ajal jälgige patsienti rauavaeguse suhtes ja korrigeerige seda vajadusel.*
 - Selle soovituse selgitavas tekstis arvas töörühm, et peaks kirjeldama, kuidas rauavaeguse diagnoosimise normed on kroonilise neerupuudulikkuse puhul teistsugused võrreldes eelnevalt tervete inimestega. Liisa Saare lubas vaadata NICE'is toodud norme.
- *Kroonilise neerupuudulikkusega patsiendil ärge tõstke EPO-raviga hemoglobiini väärtust >115 g/l.*

Soovitusi ei saanud kinnitada, kuivõrd kvoorumit ei olnud koos. Võimalusel toimub soovituste kinnitamine elektroonselt.

6. Kliiniliste küsimuste nr 4 ja 5 arutelu

Sekretariaadi liige Maarja Karu kandis ette kliiniliste küsimuste nr 4 ja 5 tõendusmaterjali. Kuivõrd küsimused käivad sama patsientuuri kohta ja teemad haakuvad, siis otsustati soovitused sõnastada koos kahe küsimuse vastusena. Tõendusmaterjali alusel ei olnud kahe doosi trombotsüütide kasutamisel eelist ühele doosile. Kuna koosoleku aeg hakkas lõppema, siis soovituste sõnastamise juurde töörühm ei jõudnud. Selle ja ka kliinilise küsimuse nr 10 juures ei lubanud GRADEpro SoKo tabelis „linnutada“, vaid jooksis pidevalt kokku. Soovitused sõnastatakse järgneval koosolekul.’

7. Ravijuhendi lisad

Liisa Saare võtab eraldi töörühma liikmetega ühendust, kes võiksid olla vastutavad lisade eest.

8. Edasised plaanid

Järgmised koosolekud:

24.11.22 kell 12-16 veebis

15.12.22 kell 12-16

Protokoll on koostatud 31.10.22