

KÜSIMUS

Kas kasutada kõigil melanotsüüt lesioonidega patsientidel ainult kliinilist läbivaatust või kliinilist läbivaatust ja dermatoskoopiat healoomulise nahamoodustise eristamiseks pahaloomulisest?

SIHTRÜHM:	healoomulise nahamoodustise eristamiseks pahaloomulisest
SEKKUMINE:	kõigil melanotsüüt lesioonidega patsientidel ainult kliinilist läbivaatust
VÕRDLUS:	kliinilist läbivaatust ja dermatoskoopiat
PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD:	Dermatoskoopia (koos kliinilise läbivaatusega) tundlikkus ja spetsiifilisus võrreldes kliinilise läbivaatusega melanoomi diagnoosimisel; Dermatoskoopia (koos kliinilise läbivaatusega) tundlikkus ja spetsiifilisus võrreldes kliinilise läbivaatusega melanoomi diagnoosimisel; Kliiniline läbivaatus vs dermatoskoopia esmatasandil OR; RR; Kliinilise läbivaatuse tundlikkus ja spetsiifilisus võrreldes dermatoskoopiaga;
KONTEKST:	
VAATENURK:	
TAUST:	Melanotsüütlesioonid ehk pigmentlesioonid võivad olla nii healoomulised (nt neevus) või pahaloomulised (nt melanoom). Enamasti on melanotsüütlesioonid healoomulised, kuid teatud muutused koldes võivad olla ka naha pahaloomulise kasvaja tunnuseks. Täpse diagnoosi püstitamisel on olulisel kohal anamnees ja patsiendi kliiniline läbivaatus ning järjest enam on lisandunud sellele ka dermatoskoopiline läbivaatus. Dermatoskoopia on uuring, mis võimaldab nahalesioonide visuaalselt suurendatud uurimist, salvestamist ja jälgimist dünaamikas.
HUVIDE KONFLIKT:	

HINNANG

Probleem

Kas probleem on prioriteetne?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAJUTLUSED
-----------	---------------------------	-------------------------

<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input checked="" type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	<p>Healoomulisi nahamoodustisi on peaaegu kõigil inimestel kuid kõik neist ei vaja ravi. Koostatava ravijuhendi jaoks otsiti vastust küsimusele, kas kõigil melanotsüüt lesioonidega patsientidel kasutada ainult kliinilist läbivaatust või kliinilist läbivaatust ja dermatoskoopiat eristamiseks healoomulisi nahamoodustisi pahaloomulistest. Antud küsimus on oluline, kuna õigeaegselt diagnoosimata jäänud pahaloomuline kasvaja halvendab märkimisväärselt patsientide prognoosi elule ning põhjustab tervishoiusüsteemile lisakulusi. Samas on oluline eristada eemaldamist vajavad nahamoodustised eemaldamist mittevajavatest, et ei oleks asjatuid ekstsisioone, mis on kulukad tervishoiusüsteemile.</p> <p>Dermatoskoopia on uuring, mis võimaldab nahalesioonide visuaalselt suurendatud uurimist, salvestamist ja jälgimist dünaamikas. Dermatoskoopia on tänaseks dermatoloogide standartne töövahend, ent on ebaselge, kas dermatoskoopiat peaks kasutama kõikide melanotsüütlesioonide uurimisel ning kas seda peaks tegema lisaks dermatoloogile ka tervishoiusüsteemi esmatasand. Otisngu käigus healoomuliste nahamoodustiste käsitluse kohta mujal maailmas koostatud ravijuhendeid ei leitud, samuti ei ole neid varasemalt tehtud Eestis.</p> <p>Pigmentrakkudest ehk melanotsüütidest tekkivasse pahaloomulisse melanoomi on viimaste kümnendite jooksul haigestumus märkimisväärselt suurenenud üle maailma, sealhulgas ka Eestis (1). Melanoomid moodustavad umbes 5% kõikidest nahakasvajatest, ent ligemale 90% surmadest. Sagedasti on melanoomi varaseks tunnuseks muutused olemasolevas pigmentlaigus või nahale tekkiv täiesti uus pigmentmuutus. Varajases staadiumis avastatud lokaalne melanoom omab oluliselt paremat prognoosi tervenemisele: 5-aasta melanoomi spetsiifiline elulemus on 99% T1a (kasvaja paksus <0,8mm, haavandumiseta) kasvajate puhul, 82% T4b (paksus >4,0mm, haavandumisega) ja 93%-32% TNM III staadiumi lümfisõlmede haaratusega haiguse puhul. (2) Täpse diagnoosi püstitamisel on olulisel kohal anamnees ja patsiendi kliiniline läbivaatus ning järjest enam dermatoskoopiline läbivaatus.</p> <p>Kogutud tõendusmaterjal viitab, et dermatoskoopia rakendamine lisaks kliinilisele läbivaatusele on õigustatud. Cochrane'i süstemaatiline ülevaade aastast 2018 (3) resümeerib: "Vaatomata teatavatele puudustele teaduslikes algallikates on dermatoskoopia väärtuslik töövahend lisaks kliinilisele läbivaatusele melanoomi ja atüüpiliste intradermaalsete melanotsütaarseste seisundite äratundmisel, eriti aga eriarstile suunatud patsientide käsitlemisel kogenud ekspertide käes. "</p> <p>Sarnaselt tõdetakse meta-analüüsis 2008. aastast (4): "Dermatoskoopia on täpsem kui kliiniline läbivaatus uurimist vajavate nahamoodustiste hindamisel ja nahamelanoomi diagnoosimisel."</p> <p>Dermatoskoopia rakendamise tõendus esmatasandi tervishoius jäi nimetatud meta-analüüsis ebaselgeks, ent 2014. aastal avaldatud Hollandis teostatud RCT-s leiti (5): "Täpse diagnoosi tõenäosus on dermatoskoopia kasutamisel 1,25 korda kõrgem."</p>	
---	---	--

Soovitud mõju

Kui suur on eeldatav soovitud mõju?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVIDA KAAUTLUSED
-----------	---------------------------	------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tühine <input type="radio"/> Väike <input type="radio"/> keskmine <input checked="" type="radio"/> Suur <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda 	<p>Kogutud tõendusmaterjal on näidanud, et dermatoskoopia lisaks kliinilisele läbivaatusele parendab diagnostilist täpsust.</p> <p>Cochrane'i süstemaatiline ülevaade hõlmas dermatoskoopia kasutamise andmeanalüüsi 86 varasemat uuringut. Neist 11 uuringu puhul oli otseselt omavahel võrreldud kliinilist läbivaatust ja kliinilist läbivaatust koos dermatoskoopiaga pahaloomulise melanoomi diagnoosimisel. Andmeanalüüsis leiti, et dermatoskoopia diagnostiline šansside suhe (DOR) on 4,8 korda võrreldes ainult kliinilise läbivaatusega (95% CI 2,8-8,1; $P < 0,001$). Sama valimi puhul ilmnes, et kliinilise läbivaatuse + dermatoskoopia spetsiifilisus on 96% (CI 95% 87-99) ning tundlikkus 92% (CI 95% 84-96) kuid ainult kliinilise läbivaatuse spetsiifilisus oli 75% (CI 95% 49-90) ja tundlikkus 77% (CI 95% 63-87). Kliiniline läbivaatus koos dermatoskoopiaga on 21% (95% CI 2-39) spetsiifilisem ning 15% (95% CI 7-23) tundlikum kui kliiniline läbivaatus iseseisvalt. Tulemuste tõlgendamise hõlbustamiseks arvutati tundlikkuse väärtused SROC kõvera punktis, kus spetsiifilisus on fikseeritud 80% juures ja spetsiifilisuse väärtused, kus tundlikkus on fikseeritud 80% juures. (3).</p> <p>Varasem meta-analüüs Austraaliast jõudis sarnaste tulemiteni. Analüüsi kaasatud 7 publikatsiooni andmete hindamisel saadi dermatoskoopiast pooldavalt suhteliseks diagnostiliseks šansside suhteks (RDOR) 9,0 (95% CI 1,5-54,6, $p=0,03$). Dermatoskoopia koos kliinilise läbivaatusega leiti ennustatavalt olevat 3% spetsiifilisem kui ainult kliiniline läbivaatus (95% CI 6-11, $p=0,46$) (spetsiifilisus dermatoskoopiaga 91% vs ainult kliinilise läbivaatusega 88%). Dermatoskoopia koos kliinilise läbivaatusega on ennustatavalt 18% tundlikum kui ainult kliiniline läbivaatus (95% CI 8-29%, $p=0,008$), tundlikkus dermatoskoopiaga 87% vs ainult kliinilise läbivaatusega 69%. Siinkohal olgu märgitud, et algselt kaasati meta-analüüsi 9 publikatsiooni, ent ülaloodud tulemustest on autorid eemaldatud kahe väikesemahulise uuringu andmed, mis märkimisväärselt koondtulemusi mõjutasid. Samuti tuleb tulemusi tõlgendades silmas pidada, et eespool väljatoodud usaldusvahemikud on laiad. (4)</p> <p>2014. aastal Hollandi autorite poolt avaldatud uuringus hinnati klaster-randomiseeritud uuringus Hollandi perearstidel diagnostilist täpsust dermatoskoopia kasutamisel. Perearstid randomiseeriti kliinilise läbivaatuse kontrollgruppi ja dermatoskoopia sekkumisgruppi, viimastele teostati ka dermatoskoopialane koolitus. Sedastati, et dermatoskoopia kasutamisel paranes õige diagnoosi määramise suhteline risk RR 1,25 (OR 1,51, 95% CI 0,96-2,37, $p=0,07$). Suhteliselt väikese melanoomi koguhulga (22 melanoomi) juures ilmnes 39,3% suurune vahe täpse diagnoosi määramisel dermatoskoopia grupi kasuks (61,5% ja 22,2%). Melanoomi diagnoosimise OR= 5,52 (95% CI: 0,76-39,91), mis näitab, et dermatoskoopi grupis oli melanoomi diagnoosimise šanss 5,52 korda suurem võrreldes kliinilise läbivaatusega. Samas uuringus hinnati ka esmatasandil dermatoskoopia kasutamise majanduslikke kulusi. Leiti, et dermatoskoopi kasutamisel tõuseb ühe täpselt diagnoositud patsiendi ravijuhu ICER 89€. (95% CI -60€-598€. ICER 89€ tähendab, et dermoskoopi kasutamisega tuli maksta keskmiselt 89€ rohkem ühe täiendava õigesti diagnoositud patsiendi eest võrreldes ainult kliinilise läbivaatusega. Selle madala ICER-i põhjuseks olid sekkumisrühmas (dermoskoopia kasutamine) madalamad ravikulud, kuna tehti vähem ekstsisioone (eemaldati vähem kahtlasi nahakasvajaid) ning suunati vähem patsiente edasi eriarsti juurde tänu täpsemale diagnoosile. Seega kuigi dermoskoopi kasutamisega kaasnes esmatasandil lisakulu, tasakaalustus see ära tänu väiksemate järgnevate ravikulude ja eriarstidele suunamise tõttu täpsemate diagnooside tõttu. Madal ICER 89€ näitab, et see oli kulutõhus lahendus. (5).</p> <p>Prospektiivne võrdlusuuring Kreekast, milles kaks kogenud dermatoloogi hindasid 80-l järejestikusel melanotsüütlesioonidega patsiendil lesioone nii kliiniliselt kui ka dermatoskoobiga enne lesioonide histopatoloogilist uurimist, leidis kliinilise läbivaatuse korral atüüpiliste lesioonide tuvastamise tundlikkuseks 78,2% ja spetsiifilisuseks 71,4%, samas kui dermatoskoopia rakendamisel oli tundlikkus 89,1% ja spetsiifilisus 93,7%. Kliinilise läbivaatuse positiivne tõenäosussuhe (LR+)=2,7 ja dermatoskoobi LR+= 14,1, mis näitab, et dermatoskoopiaga on suur tõenäosus õige diagnoosi saada. (6)</p>	
--	---	--

<p>Soovimatu mõju Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?</p>		
<p>JUDGEMENT</p>	<p>TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL</p>	<p>TÄIENDAVAD KAALUTLUSED</p>

<input type="radio"/> Suur <input type="radio"/> keskmine <input type="radio"/> Väike <input checked="" type="radio"/> Tühine <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	Kaasatud tõendusmaterjali põhjal dermatoskoopia kasutamisel uurimismeetodina soovimatut mõju ei esinenud.	
--	---	--

Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<input type="radio"/> Väga madal <input checked="" type="radio"/> madal <input type="radio"/> keskmine <input type="radio"/> väga <input type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad	<p>Kaasatud tõendusmaterjali kokkuvõtlik tõendatuse aste on madal.</p> <p>Cochrane'i süstemaatilise ülevaate tulemuste puudujääk põhineb suuresti kaasatud uuringute suurel heterogeensusel nii meetodika- kui ka tulemuste osas. Ülevaates näidati tundlikkuse ja spetsiifilisuse parendumist dermatoskoopia rakendamisel ent saadud tulemuste laiad usaldusvahemikud tõstavad tõenduse ebatäpsuse ulatust ja seeläbi vähendavad tõendatuse astet (3).</p> <p>2008. aasta meta-analüüs on keskpärase tõendatuse astmega. Sarnaselt Cochrane'i süstemaatilisele ülevaatele langetab analüüsi tõendatuse astet tulemuste laiaast usaldusvahemikust tingitud tõenduse ebatäpsus (4).</p> <p>2014. aasta perearstidel tehtud publikatsiooni tõendatuse astet on 1 astme võrra langetatud uuringu väikese valimi ja tulemuste statistilise mitteolulisuse tõttu (5).</p>	

Väärtushinnangud

Kas see, kui võrd inimesed (inimeste erinevad alarühmad) peamisi tulemusi väärtustavad, varieerub või kui ebakindlad me nende hinnangutes oleme?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<input type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus <input type="radio"/> võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus <input type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub <input checked="" type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus puudub	Eraldi teadusuuringuid sel teemal ei otsitud ning tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest vastavat infot ei leitud.	Võib eeldada, et inimesed on huvitatud, et nad saaksid täpsema diagnoosi.

Mõjude tasakaal

Kas sekkumise soovitud ja soovimatu mõju vahetõtt viitab sekkumise või võrdlus(tegevuse) ülekaalule?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED

<input type="radio"/> soosib võrdlust <input checked="" type="radio"/> pigem soosib võrdlust <input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust <input type="radio"/> pigem soosib sekkumist <input type="radio"/> soosib sekkumist <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	Tõendusmaterjali kogumisel ei ilmnenud dermatoskoopia rakendamise osas viiteid soovimatutele mõjudele. Kogutud andmete põhjal on soovitud dermatoskoopia lisamine kliinilisele läbivaatusele eristamiseks melanotsüüt lesioonidega patsientidel healoomulisi lesioone pahaloomulistest.	
--	---	--

Vajaminevad ressursid
 Kui suur on ressursivajadus (kulud)?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<input type="radio"/> suur kulu <input type="radio"/> keskmine kulu <input type="radio"/> mitteamvestatav kulu ja sääst <input type="radio"/> keskmine sääst <input type="radio"/> suur sääst <input type="radio"/> Varieerub <input checked="" type="radio"/> Ei oska öelda	Eraldi teadusuuringuid sel teemal ei otsitud, tõendusmaterjalina kaasatud uuringutes seda uuritud ei olnud.	<p>Dermatoskoop Heine Delta 30 LED 1642,99 € (www.medical24.ee/toode/dermatoskoop-heine-delta-30-led/)</p> <p>Dermatoskoopia 7007 - 2,61€ (lisaks eriarsti esmane vastuvõtt 35€) Digitaalne dermatoskoopia 7008 - 51,19€</p> <p>Tervisekassa võtab koodiga 7008 tähistatud tervishoiuteenuse eest tasu maksmise kohustuse üle juhul, kui dermatoveneroloog või perearst on suunanud teenust saama patsiendi, kellel esineb vähemalt üks järgmistest melanoomi kõrge riski kriteeriumidest:1) rohkem kui 50 pigmentneevust, millest mitu on kliiniliselt atüüpilised, ja/või on patsiendilt varem eemaldatud neevused osutunud korduvalt histoloogiliselt düsplastilisteks (nn düsplastiliste neevuste sündroom);2) melanoom anamneesis või perekonna anamneesis esimese või teise astme sugulasel;3) kaasasündinud pigmentneevus eeldatava diameetriga täiskasvanuna 20 cm ja enam;4) üksik kliiniliselt või dermatoskoopiliselt vähese või mõõduka atüüpiaga pigmentlesioon, millel puuduvad dermatoskoopiliselt melanoomi kriteeriumid. (4) Koodiga 7008 tähistatud tervishoiuteenus sisaldab kõigi nahamoodustiste uurimist.</p> <p>Dermtestiga liitumine? Kuidas see käib ja mis on selle kulu? Teledermatoskoopia ehk dermtest</p> <p>Pindmiste naha ja nahaaluskoe tuumorite eemaldamine 7114 - 69,42€</p>

Naha ja nahaaluskoe kasvaja eemaldamine
0Q2101
243,22€

Õe vastuvõtt 3035 - 19,07€ (Niitide
eemaldamiseks nt)

**RHK D22 Melanotsüütneevused -
koguhaigestumine 13 858 patsienti ja
Tervisekassa kulu 1 254 755€
(Keskmine kulu ühe patsiendi kohta
90,54€)**

**RHK D23 Naha muud healoomulised
kasvajad - koguhaigestumine 10 378
patsienti ja Tervisekassa kulu 983 261€
(keskmine kulu ühe patsiendi kohta
94,74€)**

RHK L82 Seborröakeratoos e
rasuvooluskeratoos - koguhaigestumine 7864
patsienti ja Tervisekassa kulu 479 291€

RHK L98 Naha ja nahaaluskoe mujal
klassifitseerimata muud haigusseisundid -
koguhaigestumine 3281 patsienti ja
Tervisekassa kulu 863 106€

Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus

Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?

JUDGEMENT

- Väga madal
- madal
- keskmine
- väga
- kaasatud uuringud
puuduvad

TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL

Eraldi teadusuuringuid sel teemal ei otsitud ning tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest vastavat infot ei leitud.

TÄIENDAVID KAALUTLUSED

Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<input type="radio"/> soosib võrdlust <input type="radio"/> pigem soosib võrdlust <input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust <input type="radio"/> pigem soosib sekkumist <input type="radio"/> soosib sekkumist <input type="radio"/> Varieerub <input checked="" type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad	<p>Eraldi teadusuuringuid sel teemal ei otsitud. Ühes uuringus oli hinnatud esmatasandil dermatoskoobi kasutamise kulutõhusust. Leiti, et dermatoskoobi kasutamisel tõuseb ühe täpselt diagnoositud patsiendi ravijuhu ICER 89€ (95% CI -60€-598€. ICER 89€ tähendab, et dermoskoobi kasutamisega tuli maksta keskmiselt 89€ rohkem ühe täiendava õigesti diagnoositud patsiendi eest võrreldes ainult kliinilise läbivaatusega.</p> <p>Selle madala ICER-i põhjuseks olid sekkumisrühmas (dermoskoopia kasutamine) madalamad ravikulud, kuna tehti vähem ekstsisioone (eemaldati vähem kahtlasi nahakasvajaid) ning suunati vähem patsiente edasi eriarsti juurde tänu täpsemale diagnoosile.</p> <p>Seega kuigi dermoskoobi kasutamisega kaasnes esmatasandil lisakulu, tasakaalustus see ära tänu väiksemate järgnevate ravikulude ja eriarstidele suunamise tõttu täpsemate diagnooside tõttu. Madal ICER 89€ näitab, et see oli kulutõhus lahendus. (5)</p>	

Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<input type="radio"/> vähendab võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt vähendab võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt suurendab võrdsust <input type="radio"/> suurendab võrdsust <input checked="" type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	<p>Eraldi teadusuuringuid sel teemal ei otsitud ning tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest vastavat infot ei leitud.</p>	<p>Sekkumistegevus ehk kliiniline läbivaatus on kõigile patsientidele kättesaadav, võrdlustegevus ehk dermatoskoopia tõenäoliselt vähendab võrdsust, kuna pole praegu kõigis perearstikeskustes kättesaadav ning vaja on patsiendi edasisuunamine.</p>

Vastuvõetavus

Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input checked="" type="radio"/> Pigem jah <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	<p>Eraldi teadusuuringuid sel teemal ei otsitud ning tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest vastavat infot ei leitud.</p>	<p>Kliinilise läbivaatuse teostamine on ilmselt kõigile osapooltele vastuvõetav, kuna see on praegu juba kasutusel meetod nahamoodustiste hindamiseks. Muidugi oleks vajalik, et perearstid hindaksid nahamoodustisi ABCDE meetodil enne kui patsiendi edasi suunavad, kuid see meetod ei ole midagi uut, mida otseselt õppima peab.</p> <p>Dermatoskoopia teostamine vajab lisakoolitusi perearstidele.</p>

Teostatavus

Kas sekkumine on teostatav?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED

<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input type="radio"/> jah <input checked="" type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	Eraldi teadusuuringuid sel teemal ei otsitud ning tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest vastavat infot ei leitud.	Dermatoskoop on kättesaadav kõigil dermatoloogidel ning varieerub perearstikeskuste lõikes. Mõni perearstikeskus on liitunud dermatoloogide keskkonnaga, mõni teostab ise dermatoskoopia ja teeb siis e-konsultatsiooni.
---	---	--

OTSUSTE KOKKUVÕTE

PROBLEEM	JUDGEMENT						
	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVITUD MÕJU	Tühine	Väike	keskmine	Suur		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVIMATU MÕJU	Suur	keskmine	Väike	Tühine		Varieerub	Ei oska öelda
TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
VÄÄRTUSHINNANGUD	oluline ebakindlus või varieeruvus	võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus	oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub	oluline ebakindlus või varieeruvus puudub			
MÕJUDE TASAKAAL	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVAD RESSURSID	suur kulu	keskmine kulu	mittearvestatav kulu ja sääst	keskmine sääst	suur sääst	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVATE RESSURSSIDE TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
KULUTÕHUSUS	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	kaasatud uuringud puuduvad
VÕRDESED VÕIMALUSED	vähendab võrdsust	tõenäoliselt vähendab võrdsust	tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust	tõenäoliselt suurendab võrdsust	suurendab võrdsust	Varieerub	Ei oska öelda
VASTUVÕETAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
TEOSTATAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda

SOOVITUSE LIIK

Tugev soovitus mitte teha <input type="radio"/>	Nõrk soovitus sekkumise vastu <input type="radio"/>	Nõrk soovitus kas sekkumise või alternatiivi poolt <input type="radio"/>	Nõrk soovitus sekkumise poolt <input checked="" type="radio"/>	Tugev soovitus teha <input type="radio"/>
--	--	---	--	--

JÄRELDUSED

Soovitus

Nahamoodustistega patsiendil tehke kliiniline läbivaatus nahamoodustise hindamiseks ja dokumenteerige see (Praktiline soovitus).

Melanotsüütlesioonidega patsientidel võiks võimalusel lisaks kliinilisele läbivaatusele teha ka dermatoskoopia eristamiseks healoomulisi lesioone pahaloomulistest. (Nõrk soovitus, madal tõendatuse aste)

Kliinilise läbivaatuse käigus peab uurima kogu keha, mitte piirduma ühe kehapiirkonnaga. (Praktiline soovitus)

Dermatoskoopia võiks teha patsientidele, kellel ei rakendata kirurgilist ravi vaid rakendatakse mõnd muud ravimeetodit või kui patsient jääb jälgimisele (sh enesejälgimisele) või kliinilise läbivaatuse ajal on tegemist ebaselge loomusega melanotsüütlesiooniga. (Praktiline soovitus)

Põhjendus

Tõendusmaterjal melanotsüütlesioonidega patsiendile dermatoskoopia tegemise kohta pärineb kahest süstemaatilistest ülevaatest ja meta-analüüsist ning ühest klaster-randomiseeritud uuringust ja ühest vaatlusuuringust. [3] [4] [5] [6]. Kuigi tööühm soovis tõendust ainult healoomuliste nahamoodustiste kohta, siis selliseid uuringuid tehtud ei olnud ning läbiviidud uuringud kaasasid patsiente erinevate melanotsüütlesioonidega, mille hulgas oli ka pahaloomulisi.

Cochrane'i süstemaatiline ülevaade kaasas dermatoskoopia kasutamise andmeanalüüsi 86 varasemat uuringut. Neist 11 uuringu puhul oli otseselt omavahel võrreldud kliinilist läbivaatust ja kliinilist läbivaatust koos dermatoskoopiaga pahaloomulise melanoomi diagnoosimisel. Andmeanalüüs leiti, et dermatoskoopia diagnostiline šansside suhe (DOR) on 4,8 korda võrreldes vaid kliinilise läbivaatusega (95% CI 2,8-8,1; $P < 0,001$). Sama valimi puhul ilmnes, et kliinilise läbivaatuse + dermatoskoopia spetsiifilisus on 96% (CI 95% 87-99) ning tundlikkus 92% (CI 95% 84-96) kuid ainult kliinilise läbivaatuse spetsiifilisus oli 75% (CI 95% 49-90) ja tundlikkus 77% (CI 95% 63-87). Kliiniline läbivaatus koos dermatoskoopiaga on 21% (95% CI 2-39) spetsiifilisem ning 15% (95% CI 7-23) tundlikum kui kliiniline läbivaatus iseseisvalt. Tulemuste tõlgendamise hõlbustamiseks arvutati tundlikkuse väärtused SROC kõvera punktis, kus spetsiifilisus on fikseeritud 80% juures ja spetsiifilisuse väärtused, kus tundlikkus on fikseeritud 80% juures. [3]

Vestergaard et al tehtud meta-analüüs jõudis sarnaste tulemiteni. Analüüsi kaasatud 7 publikatsiooni andmete hindamisel saadi dermatoskoopia suhteliseks diagnostiliseks šansside suhteks (RDOR) 9,0 (95% CI 1,5-54,6, $p=0,03$). Dermatoskoopia koos kliinilise läbivaatusega leiti ennustatavalt olevat 3% spetsiifilisem kui ainult kliiniline läbivaatus (95% CI 6-11, $p=0,46$) (spetsiifilisus dermatoskoopiaga 91% vs ainult kliinilise läbivaatusega 88%). Dermatoskoopia koos kliinilise läbivaatusega on ennustatavalt 18% tundlikum kui ainult kliiniline läbivaatus (95% CI 8-29%, $p=0,008$), tundlikkus dermatoskoopiaga 87% vs ainult kliinilise läbivaatusega 69%. Siinkohal olgu märgitud, et algselt kaasati meta-analüüsi 9 publikatsiooni, ent ülaltoodud tulemustest on autorid eemaldatud kahe väikesemahulise uuringu andmed, mis märkimisväärselt koondtulemusi mõjutasid. Samuti tuleb tulemusi tõlgendades silmas pidades, et eespool väljatoodud usaldusvahemikud on laiad. [5]

2014. aastal avaldatud klaster-randomiseeritud uuringus hinnati Hollandi perearstide diagnostilist täpsust dermatoskoopia kasutamisel. Perearstid randomiseeriti kliinilise läbivaatuse kontrollgruppi ja dermatoskoopia sekkumisgruppi, viimastele teostati ka dermatoskoopiaalane koolitus. Sedastati, et dermatoskoopia kasutamisel paranes õige diagnoosi määramise suhteline risk RR 1,25 (OR 1,51, 95% CI 0,96-2,37, $p=0,07$). Kuigi melanoomi juhte oli antud uuringus vähe (22 melanoomi 416st nahamoodustisest) ilmnes 39,3% suurune vahe täpse diagnoosi määramisel dermatoskoopia grupi kasuks (61,5% ja 22,2%). Melanoomi diagnoosimise OR= 5,52 (95% CI: 0,76-39,91). [6]

Kalloniati jt prospektiivne võrdlusuuring, milles kaks kogenud dermatoloogi hindasid 80-l järjestikusel melanotsüütlesioonidega patsiendil lesioone nii kliiniliselt kui ka dermatoskoobiga enne lesioonide histopatoloogilist uurimist, leidis kliinilise läbivaatuse korral atüüpiliste lesioonide tuvastamise tundlikkuseks 78,2% ja spetsiifilisuseks 71,4%, samas kui dermatoskoopia rakendamisel oli tundlikkus 89,1% ja spetsiifilisus 93,7%. Kliinilise läbivaatuse positiivne tõenäosussuhe (LR+)=2,7 ja dermatoskoobi LR+= 14,1, mis näitab, et dermatoskoopiaga on suur tõenäosus õige diagnoos panna. [4]

Dermatoskoopia annab täpsema diagnoosi kui ainult kliiniline läbivaatus ja seega on oluline, et nahamoodustised oleksid dermatoskoobiga uuritud kui nad jäävad jälgimisele, rakendatakse destruktivseid ravimeetodeid või kui tegemist on ebaselge loomusega nahamoodustisega. Kuigi kõigil perearstidel ja üldarstidel ei pruugi olla dermatoskoopia tegemise võimekus, võttis tööühm soovitusel sõnastamisel arvesse seda, et kliiniliselt on väga oluline eristada healoomulisi nahamoodustisi pahaloomulistest ning kui arstil puudub võimalus dermatoskoopia tegemiseks on võimalik patsient suunata arsti juurde, kellel see võimekus on olemas. Siiski on oluline, et patsiendi esmane läbivaatus enne edasisuunamist oleks tehtud ning leid ka korrektselt dokumenteeritud. Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 1 TõKo ja SoKo tabelit.

Kaalutlused alamrühmade osas

Rakenduskaalutlused

Jälgimine ja hindamine

Edasiste/täpsustavate uuringute vajadus

VIIDETE KOKKUVÕTE

1. Kuusk G, Mägi M, Kase M, et al. Naha pahaloomulistesse kasvajatesse haigestumus 15–44aastaste Eesti noorte hulgas ajavahemikul 1980–2009. Eesti Arst; 2014.
2. Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, et al. Melanoma Staging: Evidence-Based Changes in the American Joint Committee on Cancer Eighth Edition Cancer Staging Manual. CA Cancer J Clin; 2017.
3. Dinnes J, Deeks JJ, Chuchu N, et al. Dermoscopy, with and without visual inspection, for diagnosing melanoma in adults.. Cochrane Database Syst Rev.; 2018.
4. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW, et al. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting.. Br J Dermatol.; 2008.
5. Koelink CJL, Vermeulen KM, Kollen BJ, et al. Diagnostic accuracy and cost-effectiveness of dermoscopy in primary care: a cluster randomized clinical trial. J Eur Acad Dermatol Venereol; 2014.
6. Kalloniati E, Cavouras D, Plachouri KM, et al. Clinical, dermoscopic and histological assessment of melanocytic lesions: a comparative study of the accuracy of the diagnostic methods. Hippokratia; 2021.