



Ravijuhendi „Elulõpuravi ja palliatiivse ravi korraldus“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 1

25.05.2020 kl 12.00-16.00

Videokoosolek: Tartus Puusepa 8, ruumis D207, Tallinnas J.Sütiste tee 19, SA PERHs, ruumis C4045 ja Pärnu Haiglas

Osalesid: töörühma liikmed Pille Sillaste, Katrin Elmet, Svetlana Gromova, Liina Kivi, Mare Kolk, Vanda Kristjan, Kadri Sujja, Merike Värrik erakorralise meditsiini konsultant Kristiina Pöld ning sekretariaadi liikmed Kaire Pakkonen, Pille Kilgi, Jana Lass, Ivi Normet, Marika Saar ja Anna Vesper

Puudusid: töörühma liikmed Made Bambus, Jelena Leibur (ette teatatud), Mari Lõhmus (ette teatatud)

Koosolekut juhatas Pille Sillaste, protokollis Anna Vesper

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid, ravijuhendi käsitusala.

Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmed ning konsultant on esitanud huvide deklaratsioonid. Huvide deklaratsioonides ei esinenud huvide konflikte, mis vajaksid meetmete rakendamist.

Koosolekul osaleb kaheksa töörühma liiget, kvoorum otsuste tegemiseks on koos.

Ravijuhendi II osa koostamisel lähtutakse 09.04.2019 kinnitatud palliatiivse ravi juhendi käsitusalast. Kliiniline küsimus 2 on käsitletud ravijuhendi esimeses osas, seetõttu on numeratsioon muudetud.

2. Kliinilise küsimuse 2 tõendusmaterjali arutelu

Kas palliatiivset ravi vajaval patsiendil kasutada järgmiste erakorraliste seisundite lahendamisel farmakoloogilisi meetodeid või mittefarmakoloogilisi meetodeid või nende kombineerimist: verejooks?

Kirjanduse andmetel esineb kliiniliselt olulist veritsust 6–10% palliatiivse ravi patsientidest. Verejooksu käsitlemise kohta otseselt palliatiivse ravi kontekstis uuringuid ei leidunud. Enamik soovitusi põhineb juhukirjeldustel ja ekspertarvamustel. Verejooksu käsitlemine sõltub kliinilisest situatsioonist, on lokalisatsiooni põhine. Otsused verejooksu peatamise meetmete rakendamise kohta peaksid olema enne tehtud (tulevikujuhised) ja sekkumise eesmärgid selged. Transfusiooni osas selgeid juhiseid pole, sageli arsti- ja juhupõhine otsustamine. Trombotsüütide ülekande osas soovitatakse pigem terapeutilist, mitte profülaktilist ülekannet. Tuleks kaaluda ka antikoagulantide, antiagregantide ja sarnaste võimalike kõrvaltoimetega ravimite võtmise katkestamist (vt GRADE tabel ja soovitus tabel).

Elulõpuravi_palliatiivse ravi korraldus_RJ_protokoll_1_25052020

Koosolekul arutati, et verejooksu käsitus peaks olema juhupõhine ning sõltub olulisel määral patsiendi seisundist, põhihaigusest. Patsiendi seisundi hindamisel on sobiv ECOG sooritusvõime skaala alusel hindamine, skaalat kasutatakse Eestis laialdaselt (vajalik täpsustada, kas skaala kasutamine vajab eraldi luba). Kui patsiendi haigusspetsiifiline ravi on lõpetatud, peaks olema tehtud tulevikku puudutavad otsused koos patsiendi ja lähedastega. Need on vajalikud ka tervishoiutöötajatele patsiendi ravi ja abistamise otsustamisel. Kindlasti tuleb patsienti ja tema lähedasi informeerida raske tüsistuse tekkimise võimalusest, et kaasata neid raviotsuste tegemisse ja õpetada esmast toimetulekut verejooksu tekkimisel (vastavad sekkumised lisada algoritmi).

Haigusspetsiifilise ravi lõpetamine peab olema patsiendi haigusloos selgelt kirjas, ravijuhendi koostamisel tuleb kokku leppida, milline peaks olema sobilikum termin selle tähistamiseks (hetkel onkoloogide poolt kasutusel „parim toetav ravi“). Terminoloogia peab olema kõigile üheselt mõistetav. Teiseks tuleb ravijuhendis käsitleda tulevikujuhiste teemat – kuidas seda Eestis rakendada (tegevused, vorm, juriidiline pool). Ravijuhendi koostajad koguvad esmalt kokku erinevad kasutusel olevad tulevikujuhiste vormid, sotsiaalministeeriumist täpsustatakse, kas teemaga riiklikult tasemel tegeletakse (sh kuidas otsused need oleksid nähtavad patsiendiga tegelevatele tervishoiutöötajatele).

Tõendus põhisisu soovitude sõnastamiseks on väga vähene, kuid soovitud kliinilise praktika jaoks on kindlasti vajalikud, seetõttu sõnastab töörühm konsensuslikult praktilised soovitud.

Töörühm sõnastas ja kinnitas soovitud:

1. Kui patsiendil, kellel on lõpetatud haigusspetsiifiline ravi ja eelnev üldseisundi staatus on ECOG 3-4, tekib põhihaigusega seotud verejooks, siis verekomponentide ülekanne ja invasiivsete ravivõtete rakendamine ei ole näidustatud. - *praktiline soovitus*

2. Kui patsiendil, kellel on lõpetatud haigusspetsiifiline ravi ja eelnev üldseisundi staatus on ECOG 1-2, on verejooksu käsitus juhupõhine. - *praktiline soovitus*

Kas palliatiivset ravi vajaval patsiendil kasutada järgmiste erakorraliste seisundite lahendamisel farmakoloogilisi meetodeid või mittefarmakoloogilisi meetodeid või nende kombineerimist: seljaaju kompressioon?

Metastaatiline seljaaju kompressioon või metastaatiline ekstraduraalne seljaaju kompressioon on seisund, mida esineb 5-10 % vähipatsientidest. Ravimeetoditena on kasutusel glükokortikosteroididid, kiiritusravi, dekompresseivne kirurgia. Kui ei ole meditsiinilist vastunäidustust, on kõigile patsientidele, kellel on neuroloogiline defitsiit ja kahtlustatakse või on kinnitatud metastaatiline seljaaju kompressioon, näidustatud glükokortikosteroidide manustamine. Kirurgilist ravi kaaluda hea prognoosiga patsientidel, kiiritusravi on näidustatud patsientidele, keda kirurgiliselt ei saa ravida. Sekkumine peaks algama enne olulise neuroloogilise defitsiidi tekkimist. On kirjeldatud ka nende patsientide ravi välise ortoosiga.

Koosolekul arutati, et neuroloogilise defitsiidi tekkimisel või juba maliigse seljaaju kompressiooni kliinilise pildi korral on nii tõendus põhisiselt kui kliinilises praktikas saadud häid

tulemusi glükokortikosteroidide (deksametasooni) kasutamiseks. Uuringuid on vähe, kuid tegemist on nõ „kuldse standardiga“, st ravimit soovitatakse ka vastavates ravijuhendites ning on laialdaselt kasutusel. Muude ravisekkumiste kasutamisel tuleb arvestada haiguse levikut ning patsiendi seisundit (aluseks võtta ECOG sooritusvõime staatuse hindamine). Nii kiiritusravi teostamine kui kirurgiline dekompressioon on tõendusmaterjali põhjal efektiivsed meetodid maliigse seljaaju kompressiooni raviks, kuid nende kasutamine on vajalik erialaspetsialistiga eelnevalt läbi arutada, et koostada patsiendile sobivaim raviplaan. Maliigse seljaaju kompressiooni käsitlemise kohta koostada ravijuhendisse algoritm, kus on toodud erinevad ravivõimalused, glükokortikosteroidide annused

Töörühm sõnastas ja kinnitas soovitused:

3. Kui patsiendil on tekkinud neuroloogiline defitsiit või esineb maliigse seljaaju kompressiooni kliiniline pilt, on näidustatud kõigile patsientidele sõltumata seisundist deksametasooni manustamine (annus algoritmi). - *tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse tase*

4. Kui patsiendi eelnev üldseisundi staatus on ECOG 1-2 ning on tekkinud maliigse seljaaju kompressiooni kliiniline pilt, tuleb püsiva neuroloogilise kahjustuse vältimiseks näidustuse korral teha kiiritusravi või kirurgiline dekompressioon 48 tunni jooksul sümptomite tekkest. - *tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse tase*

5. Kui patsiendi eelnev üldseisundi staatus on ECOG 3-4 ning on tekkinud maliigse seljaaju kompressiooni kliiniline pilt, alustada esimesel võimalusel deksametasooni ja valuraviga. (annus algoritmi) – *praktiline soovitus*

6. Maliigse seljaaju kompressiooni raviplaanide tegemiseks on vajalik valvemonkoloogi konsultatsioon - *praktiline soovitus* (algoritmi, et patsient viia EMOSse)

Kas palliatiivset ravi vajaval patsiendil kasutada järgmiste erakorraliste seisundite lahendamisel farmakoloogilisi meetodeid või mittefarmakoloogilisi meetodeid või nende kombineerimist: õõnesveeni kompressioon?

Ülemise õõnesveeni kompressiooni esineb kõige sagedamini seoses kasvajatega - 60-85%. Kõige sagedamini on põhjustajateks bronhi kartsinoomid, eriti sõrmusrakuline vähk, kuid ka lümfoomid, metastaaside esinemine, mesoteliom. Õõnesveeni kompressiooni ravi põhineb põhihaiguse ravil. Meetoditena on kasutatud kiiritusravi, stentimist, antikoagulante (vt GRADE tabel).

Töörühm ja konsultant arutasid, et maliigse õõnesveeni kompressiooni lahendamisel kasvajaga patsiendil tuleb läheneda juhupõhiselt ning kindlasti on vajalik konsulteerida onkoloogiga ravivõtete täpsustamiseks (vt ka soovitus tabel).

Töörühm sõnastas ja kinnitas soovitused:

7. Maliigse õõnesveeni kompressiooni kliinilise pildi tekkimisel varasemalt diagnoositud pahaloomulise kasvajaga patsiendil kaalu sümptomaatilisel deksametasooni ja madalmolekulaarset hepariini ning onkoloogi konsultatsiooni võimalike täiendavate ravivõtete selgitamiseks - *praktiline soovitus*

Lisaks arutati koosolekul muude erakorraliste seisundite käsitlemise vajadust ravijuhendis. Käsitlusalas toodud epileptilise hoo asemel oleks õigem käsitleda intrakraniaalse rõhu tõusust põhjustatud seisundi käsitlemist palliatiivse ravi patsientidel (kasvajaga patsiendid). Algoritmis tuleks mainida ka muud võimalikud krampide põhjused. Teise olulise küsimusena vajab käsitlemist efusioonide ravi (pleura, astsiit) – piiritleda diureetikumide, deksametasooni kasutamise, püsivdreeni paigaldamise vajadusega. Vastav käsitlusala kliinilise küsimuse muudatus kinnitada ravijuhendite nõukojas.

2. Kliinilise küsimuse 1 tõendusmaterjali arutelu

Kas patsiendi palliatiivse käsitluse vajaduse terviklikuks hindamiseks eelistada süstemaatilist uurimist mõõdikuga või anamneesi kogumise ja objektiivse vaatlusega?

Leidub palju ja erinevaid palliatiivse ravi/käsitluse vajaduse hindamise mõõdikuid, nii sümptomite või piiritletud probleemide (nt psühholoogilised, spirituaalsed) hindamiseks kui multidimensionaalsed. 2017.a. Agency for Healthcare Research and Quality avaldatud raporti kohaselt leiti 2007-2016 avaldatud kirjandusest 152 erinevat mõõdikut. Käesoleva tõendusmaterjali analüüsi kaasati multidimensionaalsed mõõdikud, tegemist samuti erineva mahukuse ja raskusega mõõdikutega. Kuna mõõdikuid on palju, tuleks otsustada, milliseid mõõdikuid põhjalikumalt analüüsida ja mille alusel.

Koosolekul arutati, et mõistlik on edasi analüüsida kliinilised praktikas kasutatud mõõdikuid. Küsimuse tõendusmaterjali arutatakse edasi järgmisel koosolekul. Kuivõrd Eestis on hetkel magistr töö raames tõlgitud ja valideerimisel *Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)*, kutsutakse töö autor seda järgmisele koosolekule tutvustama.

3. Muud küsimused (koosolekute ajakava ja edasised tegevused)

Varasemalt on kokku lepitud järgmiste koosolekute ajad (jätkatakse videokoosolekutega):

- 15.06. kl 12-16
- 24.08. kl 12-16