

KÜSIMUS

Kas kasutada farmakoloogilisi meetodeid või mittefarmakoloogilisi meetodeid või nende kombineerimist efusioonide (maliigne pleuraefusioon, astsiit) raviks palliatiivse ravi patsiendil (alaküsimus 2.5.)?

| | |
|---------------------------|---|
| SIHTRÜHM: | efusioonide (maliigne pleuraefusioon, astsiit) ravi palliatiivse ravi patsiendil (alaküsimus 2.5.) |
| SEKKUMINE: | farmakoloogilised meetodid või mittefarmakoloogilised meetodid |
| VÕRDLU: | nende kombineerimine |
| PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD: | <p>Maliigse pleuraefusiooni ravi, torakoskoopiliselt talgi pulbriga pleurodees või pleura-dreeni kaudu talgi "slurry"-ga pleurodees; Maliigse pleuraefusiooni ravi, pleura püsiv dreen (indwelling pleural catheter/IPC) või pleurodees; Maliigse pleuraefusiooni ravi, pleurasse "slurry" või talgi pulbri manustamine; Maliigse pleuraefusiooni ravi, talgi "slurry" või IPC (püsiv dreen); Maliigse pleuraefusiooni ravi, talk "slurry" vs. platseebo; Maliigse pleuraefusiooni ravi, talk "slurry" vs. torakoskoopiline mehaaniline pleurodees; Maliigse pleuraefusiooni ravi, talk "slurry" vs. püsiv dreen igapäevase dreenažiga (IPC); Maliigse pleuraefusiooni ravi, talk "slurry" vs. talgi pulber; Maliigse pleuraefusiooni ravi, talk "slurry" vs. püsiv dreen mitte igapäevase dreenažiga (IPC); Maliigse pleuraefusiooni ravi, talk "slurry" versus TMP; Maliigse pleuraefusiooni ravi, talk "slurry" vs. püsiv dreen (IPC, igapäevane dreenaž); Korduva protseduuri vajadus, pleura korduv dreeneerimine vs. definitiivne ravi (pleurakateeter või talkpleurodees) maliigse pleuraefusiooni raviks; Maliigse pleuraefusiooni ravi, väikest või suurt dreent; Maliigse pleuraefusiooni ravi, torakoskoopiline mehaaniline pleurodees vs. talk "slurry"; Maliigse pleuraefusiooni ravi püsiv dreenažiga (IPC), agressiivne režiim (igapäevane dreenaž ad 1 l või kõha ja valuni) või standardrežiimi (üle päeva dreenaž ad 1 l või kõha ja valuni); Astsiidi ravi, aldosterooni antagonist või kombinatsioonis furosemiidiga (maksatsirroosiga patsiendid); Maliigse astsiidi ravi, alfa-pump või standardravi LVP-ga; Refraktaarne astsiidi dreenaž, PleurX kateetri kasutamine; Paratsenteesist põhjustatud tsirkulatoorse düsfunktsiooni ära hoidmine, albumiini vs teised plasmaasendajad (suure mahuga paratsentees); Paratsenteesist põhjustatud tsirkulatoorse düsfunktsiooni ära hoidmine, albumiini ülekandmine (keskmiselt 8 g/1L paratsenteesi) või vasokonstriktor (suure mahuga paratsentees); Paratsenteesist põhjustatud tsirkulatoorse düsfunktsiooni ravi, albumiini vs. teised plasmaasendajad (suure mahuga paratsentees); Paratsenteesist põhjustatud tsirkulatoorse düsfunktsiooni ära hoidmine, albumiini vs. vasokonstriktorid (suure mahuga paratsentees); Suremus, plasmaasendajate kasutamine (albumiin, tsirroosi vedeliku iv manustamine) või mitte paratsenteesi järgselt maksatsirroosiga patsientidel; Neerupuudulikkuse süvenemine, plasmaasendajate kasutamine (albumiin, iv tsirroosi vedelik) või mitte paratsenteesi järgselt maksatsirroosiga patsientidel; Astsiidi taasteke, plasmaasendajate kasutamine (albumiin, iv tsirroosi vedelik) või mitte paratsenteesi järgselt maksatsirroosiga patsientidel; Suremus, eksperimentaalsete plasmaasendajate kasutamine (dekstraan, HES, kristalloidid, mannitool, astsiidivedeliku infusioon, polügelin) või albumiini maksatsirroosiga patsientidel (suure mahuga paratsentees); Tõsised kõrvaltoimed, eksperimentaalsete plasmaasendajate või albumiini kasutamine maksatsirroosiga patsientidel (suure mahuga paratsenteesi järgselt) haigetel LVP järgselt; Neerude funktsiooni halvenemine, eksperimentaalsete plasmaasendajate või albumiini kasutamine maksatsirroosiga patsientidel (suure mahuga paratsenteesi järgselt); Astsiidi taasteke, eksperimentaalsete plasmaasendajate või albumiini kasutamine maksatsirroosiga patsientidel (suure mahuga paratsenteesi järgselt); Postparatsenteesi tsirkulatoorne düsfunktsioon, eksperimentaalsete plasmaasendajate või albumiini kasutamine maksatsirroosiga patsientidel (suuremahulise paratsenteesi järgselt); Dreenaži edukus, tüsistused ja elumus, paratsentees või tunnelleeritud püsiv dreen maliigse astsiidi korral;</p> |
| KONTEKST: | Palliatiivset ravi saavad täiskasvanud patsiendid, erinevad haigusseisundid, meetoditeks dreeneerimine, ravimite kasutamine. |

HINNANG

Probleem

Kas probleem on prioriteetne?

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVIDAVALDUSED |
|--|---|---------------------|
| <input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input type="radio"/> Jah | Maliigne pleuraefusioon (MPE) on sage kliiniline probleem. 15% vähiga patsientidest võib areneda pleuraefusioon haiguse arenedes, olles pleura maliigse infiltratsiooni tulemus. See võib tihti olla halva prognoosi näitaja. Õhupuudus tekib kopsu kompressioonist ja | |

- o Varieerub
- o Ei oska öelda

halvenenud rindkere seina ja diafragma liikumisest, sageli oluliselt leeveneb vedeliku aspiratsiooniga järgselt (1).

Maliigse pleuraefusiooni diagnoosi kinnitumisel peaksid palliatiivsed sekkumised parandama elukvaliteeti (düsnoe leevenemine, minimaliseerimine) vähimate pleuraalsete interventsioonidega ja ka vähimate arsti visiitide ning hospitaliseerimistega. Üldiselt kasutatakse sümptomaatiliste patsientide raviks konkreetse patsiendi vajadustega kohandatud meetodeid. Nende valikute ja definitiivse ravi valiku tegemisel on olulised prognoos, sooritusvõime, efusiooni suurus ja taastekkimise sagedus, efusiooni poolel oleva kopsu laienemise võime, torakotsenteesi leevendava toime suurus, pahaloomulise kasvaja keemiaravi tundlikkus ja patsiendi eelistused. (2). Maliigne pleuraefusioon põhjustab olulist suremust primaarse kopsu kasvajaga, primaarsete pleura kasvajatega, metastaatiliste ekstratorakaalsete kasvajatega patsientidel. Patsiendid on sageli sümptomaatilised, neil esineb hingeldus, köha, rindkere valu ja sageli on neil lühike oodatav elumus, keskmiselt 3-12 kuud (oleneb vähi tüübist). Kaasaegne käsitus põhineb sümptomite leevendamisel ja tähendab korduvaid torakotsenteese, keemilist pleurodeesi torakostoomi või torakoskoobi kaudu, IPC kateetreid ja harva ka kirurgilist dekortikatsiooni. (3).

Astsiit esineb sageli nii beniigse kui maliigse haiguse korral. Maliigset astsiiti (vähist tingitud) esineb umbes 10% kõigist astsiidi juhtudest. Astsiit võib kaasneda paljude pahaloomuliste kasvajatega. Kõige sagedasem on astsiit epiteliaalse munasarjavähi korral, moodustades 38% maliigsetest astsiitidest naistel. Enamasti on astsiit levinud haiguse sümptom ja halva prognoosi näitaja. Vaid 11% patsientidest elavad astsiidi tekkimisel kauem kui kuus kuud. Epiteliaalne ovariaalne vähk on erand. Enamikul selle levinud haigusega patsientidel (III või IV staadium) võib esineda astsiit, kuid kirurgiline ravi kombinatsioonis keemiaraviga on tulemuslik, andes keskmiselt progressiooni vaba elulemuse 16-22 kuuks, viie aasta elumus on kuni 27%. (4).

Astsiit areneb umbes 60% kompenseeritud maksatsirroosiga patsientidest kümne aasta jooksul diagnoosist. Astsiidi tekkimine on seotud halva prognoosi ja kõrge suremusega. Suremus aasta jooksul on 40% ja kahe aasta jooksul 50%. Refraktaarse astsiidi korral ei ületa keskmine elumus kuute kuud, kuna arenevad rasked komplikatsioonid, k.a. hüponatreemia ja progresseeruva neerupuudulikkusena. Kõige ebasoodsamateks teguriteks on hüponatreemia, arteriaalne hüpotoonia, kõrge kreatiniiniseerumis, madal naatriumi tase uriinis, spontaanne bakteriaalne peritoniit, madal totaalse proteiini sisaldus astsiidi vedelikus (≤ 2 g/dL) ja suurenenud erütrotsüütide arv astsiidivedelikus ($10,000/\text{mm}^3$) (nn hemorraagiline astsiit). (5).

Astsiit on tsirroosiga patsientidel mittekompitseeritud või refraktaane.

Mittekompitseeritud astsiidi korral ei esine infektsiooniga hepatorenaalset sündroomi.

Selline astsiit on omakorda jagatud kolme astmesse:

- I aste: mõõdukas astsiit, mis on diagnoositav ainult ultraheliga.
- II aste: mõõdukas astsiit, mida iseloomustab kerge kõhu sümmeetriline väljavenitatus.
- III aste: massiivne, pingeline astsiit.

| | | |
|--|--|--|
| | Refraktaarne astsiit II-III astmest ei lähe diureetikumraviga ja soola piiramisega I astmesse või kiire astsiidi taastumine peale suuremahulist paratsenteesi pole ravimitega hästi kontrollitav. Refraktaarset astsiiti on kahte tüüpi: diureetikumresistentne (optimaalsele diureetilisele ravile mitte alluv) ja diureetikumidega lahendamatu (diureetikumid ei toimi piisavalt viimaste kõrvaltoimete pärast) (5) | |
|--|--|--|

Soovitud mõju

Kui suur on eeldatav soovitud mõju?

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVAD KAALUTLUSED |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tühine <input type="radio"/> Väike <input type="radio"/> keskmine <input type="radio"/> Suur <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda | <p>Maliigse pleuraefusiooni korral on sekkumised palliatiivse iseloomuga, kuna ükski neist ei paranda elumust (see sõltub põhihaigusest). Terapeutiline torakotsentees leevendab õhupuudust enamasti kiiresti ja enamikul juhtudel, kui õhupuudus on just efusiooni st põhjustatud. Seda protseduuri võib korrata patsientidel, kellel vedeliku reakumulatsioon on aeglane ja kellel lühike oodatav elumus ning kehv sooritusvõime. Sekkumised on juhupõhised ja individuaalsed vastavalt patsiendi soovidele, üldseisundile, prognoosile ja teistele praktilistele kaalutlustele. Kasutatavad on ka erinevad kirurgilised ja mitte kirurgilised võimalused, kuid eba piisavalt tõendust nende kohta: keemiline pelurodees (nii IPC kui torakoskoopia kaudu) on sarnase mõjuga erinevatele patsiendipõhistele tulemusnäitajatele, kuid IPC-ga patsiendid veedavad vähem aega haiglas. Talk "slurry" IPC kaudu on uus ja potentsiaalselt atraktiivne võimalus pleurodeesiks patsientidele, kellel ei ole mittelaevne kops. (2). Tuginedes praegusele tõendusele on talgi pulber ja talk "slurry" efektiivsed pleurodeesi vahendid, mille puhul muu protseduuri vajadus hiljem on oluliselt väiksem kui teiste sekkumiste korral. IPC on alternatiivne võimalus, millel on küll väiksem efektiivsus definitiivsete sekkumiste osas, kuid igati võrreldav õhupuuduse leevendamise osas ja invasiivsete pleuraalsete sekkumiste osas. Kohapealne kättesaadavust, kogemust erinevate pleurodeesi ainetega, protseduuride kõrvaltoimede ja patsientide eelistusi peab arvesse võtma iga konkreetse juhtumi puhul.(1).</p> <p>Kardiogeensed pleuraefusioonid on harva põhihaiguse ravile refraktaarsed, aga nendel harvadel juhtudel on võetud üle maliigse pleuraefusiooni korral kasutatavad sekkumised, k.a. IPC. Prospektiivses uuringus kaasatud 38 patsiendile (palliatiivse el eesmärgil efusioonide eemaldamine või südame transplantatsiooni ootavatele patsientidele) paigaldati IPC ja saavutati oluline düspnoe vähenemine 2 nädala jooksul. Ka oli spontaanse pleurodeesi tekkimist 29%-l keskmiselt 66 päeva jooksul, ei esinenud ühtki empüeemi juhtumit, 11,6% pneumotooraksit, mis aga ei vajanud lisasekkumist. Hoolikalt valitud patsientidele võib IPC ravi sobida. (6).</p> <p>Astsiidi esmaseks raviks, põhihaiguse ravi kõrval, on soola piiramine dieedis, diureetikumid ja korduvad suuremahulised paratsenteesid. Diureetikumide suhteline ebaefektiivsus erinevate maliigsete astsiitide korral näib olenevat erinevatest patofüsioloogilistest põhjustatud vedeliku akumulatsioonist. Maliigsete astsiitide korral on diureetilist toimet saavutatud patsientidel, kel seerumi/astsiidi albumiini gradient on enam kui 11 g/l.(4).</p> | <p>Asümptomaatilist pleuraefusiooni ei ole vajalik ravida.</p> <p>Sümptomaatilise maliigse pleuraefusiooni korral esmalt teha pleura punktsioon. Edasised sekkumised sõltuvad patsiendi üldseisundist ja pleuravedelikku taastekke kiirusest. Kirjanduses soovitakse pleurodeesi mitteõnnestumise korral kasutada püsirenaaži ning kasutusel on patsientidele vähem koormavana tunnustatud püsirenen. Viimast Eestis hetkel ei kasutata. Ka mittemaliigse pleuraefusiooni korral peaks kaaluma püsirenaaži juhul, kui direktiline ravi ei ole andnud efekti.</p> <p>Astsiidi korral on esmaseks meetodiks diureetiline ravi, kui see efektita, on näidustatud punktsioon.</p> <p>Teemakohaseid uuringuid palliatiivse ravi patsientidel vähe, kuid püsireneni paigaldamine on soovitatav meetod arvestades patsiendi võimalikke eelistusi ja korduva tervishoiuasutusse pöördumisega seotud koormust. Seetõttu sõnastas töörühm soovitusena kaaluda kiire astsiidi taastekke korral püsirenaaži. Haiglates on kohati praktika astsiidi punktsiooni järgselt alati teostada albumiini ülekanne. Töörühma hinnangul ei ole uuringute põhjal sekkumine vajalik.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Terapeutiline paratsentees on esmane sekkumine pingelise astsiidi ravis (III aste) ja refraktaarse astsiidi korral. Suuremahuline paratsentees (LVP - large volume paracentesis) on kiireim ja vähem mittesoovitavaid kõrvaltoimeid põhjustav kui diureetiline ravi. Üks ebasoovitav puudus ilma lisaravita on risk postparatsenteesi tsirkulatoorsele düsfunktsioonile (postparacentesis circulatory dysfunction (PCD)). Isegi enne paratsenteesi kannatavad need patsiendid tsirkulatoorse düsfunktsiooni all märkimisväärse arterioolide vasodilatatsiooni, hüperdünaamilise vereringe ja vähenenud efektiivse arteriaalse veremahu tõttu. Paratsenteesi aegne albumiini ülekanne vähendab suremust pingelise astsiidi tõttu LVP patsientidel enam kui teised seni uuritud sekkumised (7) Uuem, Simonetti jt (2019) poolt koostatud süstemaatiline ülevaade samal teemal seda ei toeta. Selle järgselt ei leitud mingit kasu ega kahju plasmaasendajate kasutamise ja mitte kasutamise puhul, samuti erinevaid plasmaasendajaid omavahel võrreldes, k.a. albumiini. Ei olnud erinevusi ei esmastest ega sekundaarsetes tulemusnäitajates, kuigi uuringute tulemused olid pärit vähestest, väikestest ja vigade riskiga RCTdest. Seega on tõendus hetkel väga madal. (8).</p> | |
|--|--|--|

Soovimatu mõju
 Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVAD KAALUTLUSED |
|---|--|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Suur <input type="radio"/> keskmine <input type="radio"/> Väike <input type="radio"/> Tühine <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda | <p>Maliigse pleuraefusiooni ravi. Püsidreeni paigaldamise järgselt on esinenud naha aluskoe tselluliiti, protseduurid võivad ebaõnnestuda, korduva protseduuri vajadus.</p> <p>Astsiidi ravi. Ravimite kõrvaltoimed, bakteriaalne peritoniit, korduva protseduuri vajadus.</p> | |

Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVAD KAALUTLUSED |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Väga madal<input type="radio"/> madal<input type="radio"/> keskmine<input type="radio"/> väga<input type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad | <p>Maliigse pleuraefusiooni ravi, uuringutes madala kuni mõõduka kvaliteediga tõenduse erinevate sekkumiste osas. Töörühm hindab tõendatuse talkpleurodeesi osas mõõdukaks.</p> <p>Astsiidi ravi osas väga madala kuni madala kvaliteediga tõendus, uuringutes on võrreldud erinevaid ravimeid ja sekkumisi. Ei ole võimalik teha kindla tugevusega soovitus.</p> <p>Paratsenteesist põhjustatud tsirkulaatorse düsfunktsiooni ära hoidmiseks suuremahulise paratsenteesijärgselt väga madala kuni madala kvaliteediga tõendus.</p> <p>Kindlat tõendust albumiini või teiste plasmaasendajate kasutamise kasu ega ka kahju kohta ei ole.</p> | <p>Töörühm arutas, et tõendusmaterjali alusel ning arvestades patsiendi võimalikke eelistusi ja kulusid tervishoiusteemile, sõnastatakse plasmaasendajate kasutamise kohta nõrk negatiivne soovitus.</p> |

Väärtushinnangud

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

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVAD KAALUTLUSED |
|---|-------------------------------------|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><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 type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus puudub | <p>Eraldi uuringuid ei otsitud.</p> | |

Mõjude tasakaal

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

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVAD KAALUTLUSED |
|---|---|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><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 type="radio"/> Ei oska õelda | <p>Nii maliigne pleuraefusiooni kui astsiit vajavad sekkumiste rakendamist.</p> | |

Vajaminevad ressursid

Kui suur on ressursivajadus (kulud)?

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVID KAALUTLUSED |
|---|--------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"><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 type="radio"/> Ei oska öelda | Tunnelleeritud püsireeni kasutamine. | Albumiini kasutamine vajab lisakulusid. Eesti tingimustes tuleks hinnata tunnelleeritud püsireeni asetamisega seotud kulusid ning samas arvestada koormust patsiendile. |

Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus

Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVID KAALUTLUSED |
|---|---------------------------|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Väga madal<input type="radio"/> madal<input type="radio"/> keskmine<input type="radio"/> väga<input type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad | N/A | |

Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVID KAALUTLUSED |
|--|------------------------------------|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><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 type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad | Vajab lisaanalüüsi, kui rakendada. | |

Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

| OTSUS | 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 type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda | Hetkel Eestis tunnelleritud püsidreeni maliigse pleuraefusiooni ravis ei kasutata . | |
|---|---|--|

Vastuvõetavus

Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVAD KAALUTLUSED |
|--|---------------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda | N/A | |

Teostatavus

Kas sekkumine on teostatav?

| OTSUS | TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL | TÄIENDAVAD KAALUTLUSED |
|--|---------------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda | Ei ole hetkel teada. | |

OTSUSTE KOKKUVÕTE

| | OTSUS | | | | | | |
|----------------|--------|----------|-----------|--------|--|-----------|---------------|
| PROBLEEM | 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 |

| OTSUS | | | | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|---|--------------------|-----------|----------------------------|
| 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 |
| VÕRDSED 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 type="radio"/> | Tugev soovitus teha <input type="radio"/> |
|--|--|---|--|--|

JÄRELDUSED

Soovitus

Maliigse pleuraefusiooni käsitlus

1. Palliatiivse ravi patsiendil esineva sümptomaatiline pleuraefusioon ei vaja sekkumist.

Praktiline soovitus

2. Palliatiivse ravi patsiendile on sümptomaatilise maliigse pleuraefusiooni (kõrge valgusisaldusega) korral näidustatud pleura punktsioon.

Praktiline soovitus

3. Kui palliatiivse ravi patsiendil pleura punktsiooni järgselt maliigse pleuraefusiooni sümptomid leevenevad, sõltub patsiendi edasine käsitlus pleuravedeliku taastekke kiirusest, üldseisundist ning vaevuste raskusest.

Praktiline soovitus

4. Kui palliatiivse ravi patsiendil taastekib maliigse pleuraefusiooni korral pleuravedelikeglaselt (30 ja enam päeva), on näidustatud korduv pleurapunktsioon.

Praktiline soovitus

5. Kui palliatiivse ravi patsiendil taastekib maliigse pleuraefusiooni korral pleuravedelikkiiresti (alla 30 päeva), põhjustades vaevusi ja patsiendi üldseisund võimaldab (ECOG 1-2), kaaluge erialaspetsialisti konsultatsiooni talkpleurodeesi tegemiseks. Kui patsiendi üldseisund ei võimalda (ECOG 3-4) talkpleurodeesi, on näidustatud püsirenaaž (või malusel eelstage tunnelleeritud püsireeni).

Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste

6. Kui pleura punktsiooni järgselt maliigse pleuraefusiooni sümptomid ei leevene ja palliatiivse ravi patsiendi üldseisund ECOG skaala järgi on 3-4, jätkake mitteinvasiivse vaevusi leevendava raviga (vt õhupuuduse käsitluse algoritm Palliatiivse ravi juhendi I osa lisas 2).

Praktiline soovitus

7. Palliatiivse ravi patsiendil, kellel on mittemaliigne pleuraefusioon, mis diureetilise ravi maksimaalsete talutavate annuste foonil püsib, kaaluge pleuraõõne püsirenaaži (või malusel eelstage tunnelleeritud püsireeni).

Praktiline soovitus

Astsiidi käsitlus

8. Kui palliatiivse ravi patsiendil on mittemaliigsest astsiidist tingitud vaevused, mis diureetilise ravi maksimaalsete talutavate annuste foonil püsivad, on näidustatud punktsioon.

Praktiline soovitus

9. Kui palliatiivse ravi patsiendil astsiidi esmase punktsiooni järgselt taastekib astsiit aeglaselt (30 ja enam päeva), on näidustatud korduv punktsioon. Kui esmase punktsiooni järgselt taastekib astsiitkiiresti (alla 30 päeva), kaaluge püsirenaaži.

Praktiline soovitus

10. Albumiini ja teiste plasmaasendajate kasutamine astsiidi punktsiooni järgse arteriaalse hüpotensiooni korrigeerimiseks ei ole põhjendatud

Nõrk negatiivne soovitus, madal tõendatuse aste

VIIDETE KOKKUVÕTE

1. Dipper, A., Jones, H.E., Bhatnagar, R., Preston, N.J., Maskell, N., Clive, A.O.. Interventions for the management of malignant pleural effusions: a network meta-analysis.. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2020.
2. Koegelenberg, C.F.N., Shaw, J.A., Irusen, E.M., Lee, Y.C.G. Contemporary best practice in the management of malignant pleural effusion. Therapeutic Advances in Respiratory Disease; 2018.
3. Wahidi, M.M., Reddy, C, Yarmus, L., al, et. Randomized Trial of Pleural Fluid Drainage Frequency in Patients with Malignant Pleural Effusions. The ASAP Trial. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine; 2016.
4. Stukan, M.. Drainage of malignant ascites: patient selection and perspectives.. Cancer Management and Research; 2017.
5. Garbuzenko, D.V., Arefyev, N.O.. Current approaches to the management of patients with cirrhotic ascites.. World Journal of Gastroenterology; 2019.
6. Srouf, N., Potechin, R., Amjadi, K. Use of indwelling pleural catheters for cardiogenic pleural effusions. Chest; 2013.
7. Bernardi, M., Caraceni, P., Navickis, R.J., Wilkes, M.M.. Albumin infusion in patients undergoing large-volume paracentesis: a meta-analysis of randomized trials.. Hepatology; 2012.
8. Simonetti, R.G., Perricone, G., Nikolova, D., Bjelakovic, G., Gluud, C.. Plasma expanders for people with cirrhosis and large ascites treated with abdominal paracentesis.. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.