

Ravijuhendi „Alaseljavalu diagnostika ja ravi esmatasandil“ koosoleku protokoll nr 5

Kuupäev	19.04.2018, aeg: 14.00-17.00
Koht	Tallinn, EHK, ruum 112, 113
Osaesid	<p><u>Töörühma liikmed</u>: Boris Gabovitš (TR juht), Tanel Vahopski, Jelena Svetkina, Mai Tammaru, Ande Lindmäe, Kristiina Tamm, Teele Kaarna-Tõnne, Helve Kansi, Katrin Antsov.</p> <p><u>Sekretariaadi liikmed</u>: Mark Braschinsky (juht), Sergei Goška, Aleksandra Šilova, Kairit Linnaste.</p> <p><u>Konsultandid</u>: Triinu Niiberg-Pikksööt</p> <p><u>Metoodikud</u>: Kaja-Triin Laisaar, Mare Oder</p>
Puudusid töörühma liikmed	Ando Vaher, Malle Avarsoo, Eve Sooba
Juhataja	Boris Gabovitš
Kutsutud	
Protokollija	Mare Oder, Mark Braschinsky
Päevakord	<p>Koosoleku avamine, huvide deklaratsioonid, päevakava tutvustus (Boris Gabovitš)</p> <p>1. Kliiniline küsimus nr 3: <i>Kas kõigil patsientidel esmasel visiidil kasutada psühhoemotsionaalse seisundi hindamiseks küsimustikku vs mitte kasutada?</i> * (Sergei)</p> <p>*Küsimus eelmisest koosolekust, otsiti lisatõendusmaterjali nn komboküsimustike kohta.</p> <p>2. Kliiniline küsimus nr 7: <i>Kas kõigil alaseljavaluga patsientidel kasutada efektiivseks valu raviks interventsionaalne valuravi vs konservatiivset ravi?</i> (Aleksandra)</p> <p>3. Kliiniline küsimus nr 9: <i>Kas kõigil alaseljavaluga patsientidel soovitada füüsilise aktiivsuse vähendamist vs suurendamist vs mitte muutmist?</i> (Kairit)</p> <p>Jooksvad küsimused. Koosoleku lõpetamine.</p>
Arutelu põhipunktid, vastuvõetud otsused	<p>Koosolekul osales 9 töörühma liiget, kvoorum otsusteks on koos. Koosoleku päevakavas muutusi ei tehtud. Töörühma liikmed ei avaldanud soovi deklaratsioonide täiendamiseks. Ühelgi meeskonna liikmel majanduslike huvide konflikte ei leitud.</p> <p>1. Kliiniline küsimus nr 3: <i>Kas kõigil patsientidel esmasel visiidil kasutada psühhoemotsionaalse seisundi hindamiseks küsimustikku vs mitte kasutada?</i></p>

Antud küsimus oli arutlusel eelmisel koosolekul, kus otsustati otsida lisatõendusmaterjali nn komboküsimustike kohta: väljavõte protokollist nr 4: *Sekretariaat teostab täiendava kirjanduse analüüsi kombineeritud küsimustike suhtes, mis korraga hindavad nelja psühhoemotsionaalset seisundit (nn komboküsimustik: depressioon, ärevushäire, unetus, asteenia)*. Otsustati, et töörühm käsitleb 2. ja 3.kliinilist küsimust koos.

Erinevate psühhoemotsionaalsete häirete sõeltestide uuringud on viidud läbi USAs ja Suurbritannias, kuid antud andmeid ei saa kasutada suurte erinevuste tõttu tervishoiusüsteemides. Samuti tuleb pidada silmas, et otsesed tõendid algstaadiumis depressiooni sõeluuringu programmide laialdase kasutuselevõttu kasuks edasise ravita on nõrgad. 2005. aasta *Conchrane review* (Gilbody SM, 2005) alusel ilmunud ülevaates (Gilbody S, 2006) teevad autorid järelduse, et depressiooni sõeluuring iseenesest ei paranda prognoosi ja seda ei soovitata võtta kasutusele edaspidise ravi tõhusate programmidega. Sama järelduseni jõuavad ka juhendi "*Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review*" 2009, USA väljatöötajad. Edasine, detailsem analüüs avastab, et depressiooni sõeluuring on selle ravimise tähtis ja lahutamatu osa (O'Connor EA, 2009). Juhendis "*Low back pain*" (Delitto A, 2012) soovitatakse samuti kasutada depressiooni rutiinset sõeluuringut, kuigi soovitus tase ei ole välja toodud.

Ehkki Eestis pole teostatud antud küsimustike kulutõhususe uuringuid, võib küsimustike kasutamise üldkulusid hinnata madalateks. Ent sellise sõeluuringu kliinilise efekti saavutamiseks on vajalik toimiva ja kättesaadava abisüsteemi olemasolu psüühiliste häiretega patsientide jaoks. Küll on soovitatud nt Ameerika depressiooni sõeluuringu juhendis (NICE ravijuhend "THE NICE GUIDELINE ON THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN ADULTS, 2009 (Rev 2016)" rakendada rutiinset depressiooni sõeluuringut kõikide patsientide puhul. Ent tuleb siiski arvestada, et depressiooni sõeluuringu testi kasutamise kasu absoluutselt kõikide patsientide puhul ei ole tõestatud.

Tõendusmaterjal, mis tõestaks, et psühhoemotsionaalse seisundi hindamine parandab ravitulemust, puudub. Siiski, arvestades, et käsitletakse diagnostilist vahendit väga väheste kasutusriskidega, siis töörühm peab küsimustiku kasutamist õigustatuks psühhoemotsionaalsete seisundite hindamiseks esmatasandil kroonilise alaseljavaluga patsientidel. Aga kuna antud vahendi kasutamine nõuab aega ja ressursse, siis töötühm ei pea küsimustiku kasutamist õigeks kõigil kroonilise alaseljavaluga patsientidel esmatasandil. Sobiva küsimustiku valimiseks lisaks eelpool mainitutele on esitatud ka PHQ-SADS, GHQ-28, WAQ, MINI, mis vastavad kriteeriumitele. Arvestades, et puudub tõenduspõhisus, mis eelistaks kindlat küsimustikku, Eestis väljatöötatud ja tasuta laialdaselt kasutatavat EEK-2 ning valideeritud venekeelse küsimustiku tõlge olemasolu, siis töörühm peab õigustatuks EEK-2 kasutamist.

Töörühm arutles ägeda ja kroonilise alaseljavaluga patsientidel tundlike ning efektiivsete küsimustike kasutamisega seonduvat, kus leiti, et küsimustiku kasutamine on oluline kroonilise alaseljavaluga patsientide puhul.

OTSUSED:

- Ägeda alaseljavaluga patsientidel esmasel arstiviisidil mitte kasutada psühhoemotsionaalse häire diagnostika küsimustikke (praktiline soovitus).
- Kõikidel kroonilise alaseljavaluga patsientidel kasutada esmasel esmatasandi arstiabi visiidil emotsionaalse enesetunde küsimustiku EEK-2 (praktiline soovitus).

2. Kliiniline küsimus nr 7: Kas kõigil alaseljavaluga patsientidel kasutada efektiivseks valu raviks interventsionaalne valuravi vs konservatiivset ravi? (Aleksandra)

Antud küsimusele materjali leidmiseks on küsimus esmalt lahutatud konkreetseteks protseduurideks – piltkontrollitud ja pimesi spinaalsed injektsioonid (fasettliigeste blokaad, mediaalsete harude blokaad nn medial branch block, diskisisene injektsioon, proloteraapia ja trigger-punktide blokaad), radiosageduslik ablatsioon, epiduraalsed injektsioonid. Aluseks on võetud NICE (*Low back pain in over 16s: assessment and management*) ja taani (*Dutch Multidisciplinary Guideline for invasive treatment of pain syndromes of the lumbosacral spine*) ravijuhendid väheinvasiivsete valuravi meetodite kohta, mille alusel on omakorda otsitud välja artiklid vajalike andmete kogumiseks. Leitud uuringutest on analüüsimiseks valitud vaid randomiseeritud kontrolluuringud, kohortuuringud on välja jäetud. Leitud uuringutes on tulemusnäitajatest uuritud tervisega seotud elukvaliteeti (SF-12, SF36, EQ-5D), valu tugevust (VAS, NRS), funktsiooni (Roland Morris disability questionnaire, Oswestry disability index), psühholoogilist distressi (HADS, GHQ, PPI, BDI, STAI).

SPINAALSED INJEKTSIOONID: kokku analüüsitud 31 randomiseeritud kontrolluuringut. Neis uuritud steroidi, lokaalanesteetikumi, sklerosandi, botuliinumi, hüaluroonhappe injektsiooni nii omavahel kui ka vs konservatiivse raviga (medikamentoosne, harjutused). Tulemuste järgi, mis on arvuliselt esitatud GradePro tabelites kasu spinaalsete injektsioonide tegemisel pole ilmnenu uuritavates tulemusnäitajates.

RADIOSAGEDUSLIK ABLATSIOON: kokku analüüsitud 8 randomiseeritud kontrolluuringut. Võrreldud ka ablatsiooni vs mediaalsete harude blokaadi. Uuringutes on teostatud RFA vaid positiivse fasettliigeste testi järgselt. Admete analüüsimise tulemuseks ilmnis tulemusnäitajates positiivne muutus RFA teostamise järgselt mõõduka kuni tugeva alaseljavaluga patsientidel (VAS üle 5)

EPIDURAALSED INJEKTSIOONID: leitud 24 randomiseeritud kontrolluuringut, milles omavahel võrreldud steroidi, lokaalanesteetikumi eraldi, kombinatsioonides ning vs konservatiivse ravimisega. Tulem – piltkontrollitud protseduuri tegemisel (lokaalanesteetikumi ja steroidi manustamine) ägeda ja tugeva seljavaluga patsientidel näitas uuritavates tulemusnäitajates positiivset muutust e kasu (valu vähenemine, funktsiooni paranemine jt)

Lisaks on uuritud eraldi sakroiliakaalliigese blokaadi – kokku 2 randomiseeritud uuringut. Liigesesisese steroidi manustamise järgselt positiivse efekti saanud patsientidel näitas radiosagedusliku ablatsiooni tegemine kasu.

Kõik uuringute tulemused on esitatud tööruhmale. Tööruhm arutas protseduuride teostamise kasu-kahju, protseduuride tegemiseks vajaliku spetsiaalse õpe olemasolu vajalikkust, interventsioonide loogilisust (nt teha radiosageduslikku ablatsiooni e RFA vaid positiivse diagnostilise blokaadi järgselt ning vaid anatoomiliselt mediaalsete harude poolt innerveeritud struktuuridest põhjustatud valu puhul), samuti võeti aluseks praktilist kogemust. Arvestades eelpool mainitud asjaolusid võetud vastu järgnev otsus:

OTSUS:

- **Alaseljavaluga patsientidel esmatasandi visiidil mitte kasutada interventsionaalset ravi (tugev negatiivne soovitus tugeva tõendus põhiseusega).**
- **Alaseljavaluga patsientidel esmatasandi visiidil kasutada konservatiivset ravi (tugev positiivne soovitus tugeva tõendus põhiseusega).**

3. Kliiniline küsimus nr 9: *Kas kõigil alaseljavaluga patsientidel soovitada füüsilise aktiivsuse vähendamist vs suurendamist vs mitte muutmist?* (Kairit)

Olemasolevatest ravijuhenditest alaseljavaluga patsientidel füüsilise aktiivsusega seonduvate ravisoovituste kohta infot ei leidunud. Teostatud lisauuring enam kui 10 aastat vanadest uuringutest andis tulemuseks 2010 aasta Dahm jt metaanalüüsi. Metaanalüüs andis vastuse akuutse ja kiirguva valu kohta, mitte kroonilise valu kohta. Antud materjali alusel saab soovitada ägeda alaseljavaluga patsientidel püsida füüsiliselt aktiivne, jätkata tavapärase igapäevatoimingutega: kui patsient on varem teinud trenni, siis sellega jätkata, võimalusel jätkata ka tööl käimist.

OTSUSED:

- **Ägeda alaseljavalu korral püsida füüsiliselt aktiivne (tugev positiivne soovitus, mõõduka tõendus põhiseusega).**
- **Sekretariaat teostab järgmiseks koosolekuks lisauuringu kroonilise alaseljavaluga patsientidele füüsilise aktiivsusega seotud uuringutulemuste kohta.**

Jooksvad küsimused. Koosoleku lõpetamine.

Järgmise koosoleku aeg	Järgmine koosolek toimub Tallinnas, Lastekodu tn 48 EHK peamajas 18.mail 12.00-15.30
------------------------	--