

Kopsu- ja kopsuvälise tuberkuloosi käsitus

Tõendusmaterjali kokkuvõte

Kliiniline küsimus nr 13

Kas kopsutuberkuloosi ravi järgselt tuleb kõigi patsientide jälgimiseks kasutada bioloogilise materjali bakterioloogilisi uuringuid vs radioloogilisi uuringuid vs bioloogilise materjali bakterioloogilisi uuringuid ja radioloogilisi uuringuid?

Tulemusnäitajad: elulemus/suremus, haiguse retsidiiveerumine, patsiendi rahulolu

Kokkuvõte, sh kriitiliste tulemusnäitajate kaupa

Kokkuvõte tõendusmaterjali kvaliteedist

Soovituse koostamiseks vaadati läbi 17 ravijuhendit. Teemakohast infot sisaldas neist neljas. Antud küsimuse kohta pole tõendusmaterjali üheski ravijuhendis- soovitused põhinesid ekspertgrupi arvamusel. Lisa informatsiooni saamiseks teostati otsing PubMed andmebaasist, kust ei õnnestunud antud küsimuse kohta leida ka süstemaatilisi ülevaateid ega läbilõikelisi uuringuid.

Kokkuvõte tõendusmaterjalist

Tundliku tekitajaga kopsutuberkuloosi eduka ravi järgselt ei ole patsientide ravijärgne jälgimine vajalik.

Patsiente tuleb nõustada kopsutuberkuloosi retsidiivile viitavate sümptomite tekkel (pidev köha, palavik, veriköha, seletamatu kehakaalu langus) koheselt arsti poole pöörduma.

Ravimresistentse TB, MDR-TB, HIV/TB ja halva kooperatsiooniga patsiendid peaksid olema jälgimisel peale tuberkuloosiravi iga 6 kuu tagant 2. a jooksul (kliinik, radioloogiline leid ja mikrobioloogia).

Kokkuvõte ravijuhenditest

1. NICE - Peale tuberkuloosiravi lõpetamist kliiniline jälgimine pole vajalik. Ravimresistentse TB ravi järgselt peaks kaaluma patsiendi jälgimist 12 kuud, MDR-TB puhul kauem. Sümptomite tekkel koheselt vajalik arstile pöördumine- selgitatakse patsiendile.
2. Canadian Tuberculosis Standards 7th Edition - Patsiendid, kes on tuberkuloosiravi saanud ja loetud paranenuks, jälgimist ei vaja. Sümptomite tekkel (pidev köha, palavik, veriköha, seletamatu kaalukadu) koheselt vajalik arstile pöördumine- selgitatakse patsiendile. Ravimresistentse TB, HIV/TB ja halva koöperatsiooniga patsiendid peaksid olema jälgimisel iga 6 kuu tagant 2 a jooksul. MDR-TB ja XDR-TB patsiendid peavad olema jälgimisel (kliinik, radioloogiline leid ja mikrobioloogia) iga kuue kuu tagant vähemalt 2 a jooksul.
3. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis 2014 - Kõik ravimresistentse TB ja MDR-TB patsiendid peavad olema jälgimisel ja tulema visiidile minimaalselt 3., 6. ja 12. kuul, 6-1 ja 12-1 kuul vajalik mikrobioloogia. Patsiente juhendatakse retsidiivile viitavat kliinikut jälgima (köha, palavik, kaalukadu).
4. Malaysia Health Technology Assessment Section Ministry of Health Malaysia. Management of Tuberculosis (3rd Edition) 2012- Peale eduka tuberkuloosiravi lõpetamist ei ole vaja patsiente jälgida. Patsiente juhendatakse retsidiivi kliinikut jälgima.

Viited

| | |
|---|---|
| Ravijuhend 1. NICE | 2016 |
| Ekspert soovitus- tõendus põhisust kasutatud kirjandusest ei leidnud. UK-s korrektse tundliku TB ravi lõpetanud patsientide seas retsidiive kuni 3,5%. | TB Clinical Guideline Update (January 2016) Management of active tuberculosis.4.11. 272-273 |

| | |
|---|---|
| <p>In a UK study the relapse rate at five years since the start of treatment was 3.5%. In another study 4% of patients with active TB added to a TB register over a 7.5-year period had been diagnosed with reactivated disease whilst in the Indian study the authors calculated a cumulative relapse rate of 11.6% at five years in patients who completed treatment.</p> <p>Retsidiivide peamiseks tekke põhjuseks oli ebaadekvaatne ravimite võtmine (halb kooperatsioon, alkoholism) või – raviskeem.</p> <p>From evidence to recommendations</p> <p>All patients should receive 'inform and advise' information upon treatment completion. They should then inform other healthcare professionals, who may provide or organise their care in the future, of their history of latent TB or disease.</p> <p>Routine follow-up was felt to be necessary for MDR TB, and worth considering for isoniazid- resistant TB, because these patients have received non-standard treatment with a potentially higher relapse rate.</p> <p>The GDG felt that regular follow-up clinic visits were unnecessary. Patients should be advised to be alert to symptoms and to contact the TB service rapidly.</p> | |
| <p>Ravijuhend 2. Canadian Tuberculosi Standards 7th Edition</p> | <p>2015</p> |
| <p>Ekspert soovitus- tõendus põhjusel kasutatud kirjandusest ei leidnud.</p> <p>Uuringud retsidiivide kohta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relapse occurred in 17.3% of subjects with persistent cavity on EOT (end of treatment) CXR (chest x-ray), in 7.6% of subjects with a cavity that resolved by EOT, and 2.5% (P = 0.002 for trend) of subjects who never had a | <p>Hamilton SE, Stout JE, Goodman PC, et al. The value of end-of-treatment chest radiograph in predicting pulmonary</p> |

| | |
|--|---|
| <p>cavity. In multivariable analysis, patients with persistent cavity on EOT CXR were significantly more likely to relapse than patients with no cavity on baseline or 2-month CXR (hazard ratio [HR] 4.22, 95% CI 2.00–8.91), and were more likely to relapse than subjects whose early cavity had resolved by EOT CXR (HR 1.92, 95% CI 1.09–3.39).</p> <p>CONCLUSION</p> <p>A persistent cavity after 6 months of TB treatment was independently associated with disease relapse after controlling for other variables. EOT CXR may help predict those likely to relapse.</p> <p>2. Patients infected with HIV were more likely than those who were uninfected to have recurrence or relapse (2.0 vs. 0.4 per 100 person-years, $P < .001$). Patients infected with HIV who received ≤ 36 weeks of treatment were more likely than those who received > 36 weeks to have a recurrence (7.9% vs. 1.4%, $P < .001$). Clinicians should be aware of the possibility of recurrence of tuberculosis 6–9 months after the start of treatment. Sputum evaluation to ensure cure or assessment 3 months after complet</p> | <p>tuberculosis relapse. Int J Tuberc Dis 2008;12:1059-64</p> <p>Driver CR, Munsiff SS, Li J, Kundamal N, Osahan SS. Relapse in persons treated for drug-susceptible tuberculosis in a population with high coinfection with human immunodeficiency virus in New York city. Clin Infect Dis 2001;33:1762-69</p> |
| <p>Ravijuhend 3. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis</p> | <p>2014</p> |
| <p>Ekspert soovitus- tõendus põhised kasutatud kirjandusest ei leidnud.</p> <p>Info MDRTB ravitulemuste, seal hulgas retsidiivide kohta:</p> <p>Ristiläbilõikeline uuring.</p> <p>The findings are similar to study from Peru where 4 years after initiation of MDR-TB treatment only one out of 86 cured patients</p> | <p>Singla N et al. Post treatment sequelae of multidrug-resistant tuberculosis. Indian Journal of Tuberculosis</p> |

| | |
|---|------------------|
| relapsed. However another study from Taiwan reported a relapse rate of 6.5% among 153 MDR-TB patients who were followed up for 6 years after cure | 2009;56:206–212. |
| Ravijuhend 4. Malaysia Health Technology Assessment Section Ministry of Health Malaysia. Management of Tuberculosis (3rd Edition) | 2012 |
| Ekspert soovitus- tõenduspõhisust kasutatud kirjandusest ei leidnud. | |

PubMed'i otsingus kasutatud terminid: tuberculosis post/after treatment follow-up, radiology, sputum smear