



”KOPSU- JA KOPSUVÄLISE TUBERKULOOSI KÄSITLUS”
PROTOKOLL nr.9

Kuupäev	05.oktoober 2016
Koht	Sämmi Grill, Mäo
Aeg	kl 10.55- 16.00
Osalejad	<i>Töörühma liikmed:</i> Manfred Danilovitš (töörühma juht), Tiina Kummik, Merike Toomik, Piret Viiklepp, Anu Kurve, Lea Pehme, Margit Närska, Kaja Hurt, Marika Jürna-Ellam Veronika Iljina, Kaie Mõtte, Tanel Laisaar, Marika Raukas, Alan Altraja <i>Sekretariaadi liikmed:</i> Kai Kliiman (sekretariaadi juht), Maarja Sukles, Marju Raukas <i>Konsultant:</i> Pille Taba <i>Koordinaator ja metoodiline tugi:</i> Mare Oder, Kaja-Triin Laisaar
Puudujad	Töörühma liikmed: Sirle Võsu, Rein Raudsepp, Kaia Varblane Sekretariaadi liikmed: Katre Jürgenson, Kadri Klaos, Argo Aug
Juhatas	Manfred Danilovitš
Protokollis	Kai Kliiman
Päevakord	<ol style="list-style-type: none">1. Huvide deklaratsioonide uuendamine2. Ravijuhendi soovitude koostamise arutelu (kliinilised küsimused 14, 16 ja tervishoiukorralduslik küsimus 19), täiendatud kopsuvälise tuberkuloosi diagnostika algoritmi arutamine ning senikoostatud soovitude sõnastuse ühtlustamine ja patsiendijuhendi ülesehituse arutelu ning soovitude valimine.3. Järgmise koosoleku aeg
	<p>1. Huvide deklaratsioone ei soovinud keegi uuendada.</p> <p>Koosolekul osales 14 töörühma liiget, kvoorum oli koos.</p>
Arutelu ja otsused	<p>2. Kliinilised küsimused</p> <p>Kliiniline küsimus nr. 14</p> <p>Piret Viiklepp andis küsimuse tõendusmaterjali arutelu eel ülevaate tuberkuloosiregistri andmetest kopsuvälise TB retsidiivjuhtude kohta. Aastatel 2000–2016 (seisuga 31.07.2016) registreeriti 593 esmast kopsuvälise TB juhtu, neist on retsidiiv sel perioodil tekkinud 15 (2,5%) patsiendil, kusjuures 10 patsiendil kopsuvälise TB retsidiiv. Aastatel 1995–2016</p>

registreeriti kopsuvälise TB retsidiive 102 patsiendil, kelledest 30 (29,4%) on registreeritud sellel perioodil ka korduv retsidiiv (s.h. kopsuvälise TB retsidiiv 28 patsiendil).

Järgnevas arutelus ütles Lea Pehme, et kuna kopsuvälise TB korral on diagnostika keeruline (eriti kõige sagedamini esineva luu-liiges TB vormi lülisamba TB korral) ning mükobakterioloogilise kinnituse saamine sageli ei õnnestu, võivad need arvud olla tegelikust suuremad.

Marju Raukas andis ülevaate kogutud tõendusmaterjalist. Kopsuvälise tuberkuloosi ravi järgset jälgimist on käsitletud 1 ravijuhendis, kus on kommenteeritud retsidiivide tekke tõenäosust tuberkuloosse lümfadeniidi ja lülisamba TB korral. Konkreetseid soovitusi patsiendi jälgimiseks ei ole antud. Süstemaatilisi ülevaateid antud teema kohta ei leitud. Kahes üksikuuringus soovitati kuse-suguteede TB korral patsiente jälgida kuni 5 aastat, kuid need soovitused ei tuginenud teadusuuringute tulemustele.

Piret Viiklepp küsis, kas soovituste tegemisel peaks arvestama Eesti eripära (retsidiiv- juhtudel kõrge tõenäosus korduvaks haigestumiseks) ning tegema erineva soovitusi esmastele ja korduvatele kopsuvälise TB haigetele.

Tanel Laisaar küsis, kas on võimalik täpsustada aega esmasest haigestumisest, millal patsientidel tekkis retsidiiv (st kui pikk oli aeg sümptomite tekkeni).

Kuna retsidiivi ei saa diagnoosida enne sümptomite teket, otsustati koostada soovitus nii, et patsient pöörduks koheselt sümptomite tekkel. Oluline on patsiendi nõustamine ning sümptomite tekkel peab tegema kõik vajalikud uuringud vastavalt paikmele retsidiivi diagnoosi kinnitamiseks.

Selgitavas tekstis peab rõhutama mükobakterioloogilise kinnituse olulisust. Teksti peab lisama viited teistele soovitustele ja kopsuvälise TB diagnostika tabelile.

Töörühma soovitus:

Kopsuvälise tuberkuloosi eduka ravi järgselt ei ole patsientide jälgimine vajalik. NNS

Tuberkuloosiravi lõppedes peab patsienti õpetama tuberkuloosi retsidiivi sümptomeid ära tundma ja nõustama sümptomite tekkel arsti poole pöörduma. PS

Retsidiivi kahtlusel on diagnoosi kinnitamiseks vajalikud paikmele vastavad uuringud, sh mükobakterioloogilised uuringud. PS

Kliiniline küsimus nr. 16.

Maarja Sukles andis ülevaate kogutud tõendusmaterjalist. Ravijuhendites ei olnud konkreetseid soovitusi latentse tuberkuloosiga patsientide jälgimiseks ning ei leitud ka seda teemat käsitlevaid üksikuuringuid.

Piret Viiklepp soovitas, et rutiinne latentse TB haige jälgimine ei ole vajalik, kuid oluline on patsiendi koolitus. Vajalikud oleksid infomaterjalid 3 keeles (eesti, vene ja inglise keeles).

Lea Pehme tõi välja, et efektiivseimad profülaktilise ravi skeemid on 9 kuud isoniasiidi (keskmise tugevusega tõenduspõhisus) ning 4 kuud isoniasiidi + rifampitsiini või 4 nädalat rifabentiini (mõlemad madala tõenduspõhisusega).

Margit Närska ütles, et praegune praktika on selline, et lapsi jälgitakse profülaktilise ravi järgselt 2 aasta vältel, tehes iga 6 kuu järel rindkere röntgenigrammi.

Lea Pehme ütles, et metaanalüüsides on TB nakatunud haigestumise riskiteguriteks eelkõige HIV-infektsioon, transplantatsioonijärgne seisund ja bioloogiline ravi. Diabeediga patsientide ja alla 5.a laste risk haigestuda on oluliselt väiksem.

Otsustati, et Eestis on otstarbekas jälgida riskirühmasid 2 aasta vältel. Riskirühmad tuleb defineerida ravijuhendi mõistete osas. Ka Eestis on olulisimateks riskigruppideks HIV-infektsioon, bioloogiline ravi ja transplantatsioonijärgne seisund.

Eestis ei ole andmeid, kui palju on latentset TB, RKH-10-s ei ole ka vastavat diagnoosi.

Eestis on hinnanguliselt bioloogilise ravi haigeid, kes on TB nakatunud < 100. Tuberkuloosiregistris on registreeritud 6 juhtu, kes on bioloogilise ravi ajal haigestunud tuberkuloosi, pea kõik juhud on olnud MDR-juhud.

Tekkis küsimus, kas bioloogilise ravi patsientidel, kelle ravi võib kesta elu lõpuni, peaks kordama profülaktilist ravi mingi perioodi järel.

Tanel Laisaar tõi välja, et kuna profülaktiline ravi vähendab TB haigestumise riski, ei ole erinevust kõigi latentse TB haigete vs profülaktilise ravi järgse latentse TB patsiendi jälgimises.

Marika Raukas ütles, et praeguses praktikas jälgitakse HIV-nakatunud TB suhtes diagnoosimisel ja hiljem respiratoorse infektsiooni tõttu pöördumisel.

Tekkis diskussioon, kust tuleb vanusepiir <5.a. Eestis on selles vanusegrupis diagnoositud alla 4 TB haigestumise juhu aastas viimase 15 aasta vältel, see arv väheneb ning tegemist on enamasti lähikontaktsetega. Eestis on kõrgeim TB haigestumine 7–10-aastaste hulgas. Lepiti kokku, et jätame kohalikku

soovituse kuni 14-aastased. Selgitusse tuleb lisada, miks on selline muutus tehtud (juhendid < 5.a, meie Eesti kogemus 14.a).

Uuringuna otsustati kasutada patsientide jälgimiseks ainult rindkere röntgeniülesvõtet. Tekkis diskussioon, kui sageli, lepiti kokku vähemalt 1 x aastas. Jälgimise kestvus sõltub riskirühmast.

Töörühma soovitused:

Latentse tuberkuloosiga patsientidest jälgida neid, kes saavad immuunosupressiivset bioloogilist ravi või on kaasuvate haiguste või nende ravi tõttu immuunkomprimeeritud või on siirdamise ootejärjekorras, ning kuni 14-aastaseid lapsi. PS

Latentse tuberkuloosiga patsientide jälgimiseks teha rindkere röntgeniülesvõte vähemalt kord aastas kahe aasta jooksul. Riski püsimisel tuleb jälgimise perioodi pikendada. PS

Kõiki latentse tuberkuloosiga patsiente peab õpetama tuberkuloosi sümptomeid ära tundma ja nõustama sümptomite tekkel arsti poole pöörduma. PS

3. Tervishoiukorralduslik küsimus nr. 19.

Tekkis diskussioon, kas kõiki patsiente, kellel on IGRA positiivne peaks jälgima pulmonoloog. Otsustati, et mitte. Pulmonoloogi jälgimisele jäävad üksnes TB profülaktilist ravi saavad patsiendid.

Infektsionisti asemel kasutatakse soovituses infektsioonhaiguste arst, konkreetne eriala nimetus tuleb kontrollida Terviseametist.

Lisati uus soovitus: „Latentse tuberkuloosiga patsienti, kes saab immuunosupressiivset bioloogilist ravi või on kaasuvate haiguste või nende ravi tõttu immuunkomprimeeritud või siirdamise ootejärjekorras, jälgib tema raviarst.“

Muudeti ka latentse TB-ga laste jälgimise soovitus sõnastust: „Latentse TB-ga lapsed on jälgimisel (laste) infektsioonhaiguste arsti või (laste) pulmonoloogi juures.“

4. Täiendatud kopsuvälise tuberkuloosi algoritmi arutamine

Kai Kliiman tutvustas tabelis tehtud muudatusi võrreldes eelneva versiooniga. Vastavalt Rein Raudsepa eelmise koosoleku järgsele

kommentaari muudeti perikardiidi diagnostikas EhhoKG ultraheliks ning ühtlustati kogu tabelis termini „rindkere röntgenogramm“ kasutamist.

Kaie Mõtte tõi välja probleemi, et kuna ravijuhend on mõeldud kõigile tervishoiutöötajatele, võib tekkida olukord, kus mingit kopsuvälise TB paiget kahtlustavad perearstid võivad hakata tegema kõiki tabelis vabas loetelus olevaid uuringuid. Ta tegi ettepaneku, et tabelis peaks välja tooma esmased uuringud. Arutleti varianti, kas tuua tabelis eraldi veergudena välja esmased uuringud ja seejärel täiendavad uuringud. Arutlus leiti, et kõigi paikmete korral ei ole see võimalik ning see eeldaks iga paikme kohta diagnostilise algoritmi tegemist, mis tööühma hinnangul oleks väga tömahukas ning ei ole antud ravijuhendi eesmärgiks. Esmane uuring võib olla ka sama paikme korral erinev – sõltuvalt kliinilisest situatsioonist.

Kaie Mõtte tegi ettepaneku, et selgitusse peaks lisama, et mitte kõiki uuringuid, mis tabelis on, ei pea diagnostika käigus tegema. Arutleti, kas peaks lisama märkuse, et alati peaks alustama väheminvasiivsete uuringutega – otsustati, et kuna see on üldine põhimõte meditsiinis, siis seda märkust ei lisata.

Otsustati muuta tabeli pealkiri „Kopsuvälise tuberkuloosi diagnostikas kasutatavad uuringud“ ning lisada märkus, et meetodeid (tabelis loetletud uuringuid) kasutatakse vastavalt kliinilisele situatsioonile.

Kopsude rindkere röntgenigrammi tegemise vajadus kõigi kopsuvälise TB paikmete korral tuleb tuua tabeli jalusest tabeli algusesse – et paremini silma torkaks.

Otsustati võimalusel lisada võimalikult paljudele paikmetele peamised sümptomid või kliiniline sündroom. TB meningiidile lisati sümptomina „vinduv neuroinfektsioon“.

Võimalusel peaks tabelis iga paikme korral esmased/olulisimad uuringud esile tooma paksus kirjas.

5. Senitehtud soovitude läbivaatamine.

Soovitus 1.1. parandati kirjaviga, kirjutades „röntgeniülesvõtte“ 2 t-ga.

Soovitus 1.2 Marikas Raukas soovitas HIV-infitseeritud patsiendi asemel kasutada mõistet HIV-nakkusega patsiendid. Kuna küsimuse arutelu ajal 16.03.2016 koosolekul ei olnud ravijuhendi koostamise aluseks olevate ravijuhendite seas CDC HIV-infektsiooni oportunistlike infektsioonide ravijuhendit (see soovitati lisada 16.03.2016 koosolekul), siis otsustati küsimus avada ning järgmisel koosolekul otsustatakse soovitude sõnastus ja

tugevus, võttes lisaks varasemale arvesse ka selle ravijuhendi tõendusmaterjali.

Soovitus 1.3 – muudeti sõnade järjekorda. Uus sõnastus: “Kopsutuberkuloosi või tuberkuloosse pleuriidi kahtlusega lastel võib lisaks rindkere röntgeniülesvõttele ja bioloogilise materjali uuringule kasutada täiendava uuringuna IGRA ja/või tuberkuliintesti.”

Soovitus 1.4 – muudeti sõnade järjekorda. Uus sõnastus: “Kopsutuberkuloosi või tuberkuloosse pleuriidi esimeses diagnostikas ei soovitata kasutada täiskasvanutel IGRA ja/või tuberkuliintesti.”

Soovitus 2 – soovitus lõppu lisati fraas „... või muud fiksiivi.”

Soovitus 3 – muudeti soovitus sõnastust, kuna see ei olnud vastavuses küsimusega. Uus sõnastus: „Ebaselge diagnoosiga luu-liigese haigusega opereeritavatel patsientidel tuleb võtta koldest bioloogiline materjal, mis saata mükobakterioloogilisele ja histoloogilisele uuringule. Mükobakterioloogilise uuringu materjalile ei tohi lisada formaliini või muud fiksiivi.”

Selgituses peab kindlasti rõhutama ka eelneva radioloogilise diagnostika olulisust.

Soovitus 4 – muudeti soovitus sõnastust, kuna see ei olnud vastavuses küsimusega. Uus sõnastus: „Ebaselge diagnoosiga kuse-suguelundite haigusega opereeritavatel patsientidel tuleb võtta koldest bioloogiline materjal, mis saata mükobakterioloogilisele ja histoloogilisele uuringule. Mükobakterioloogilise uuringu materjalile ei tohi lisada formaliini või muud fiksiivi.”

Selgitustesse peab lisama, et kuse-suguelundite tuberkuloosi kahtlusega patsientidel tuleb teostada radioloogilised ja uriini mükobakterioloogilised (soovituslikult kolm) uuringud.

Tekkis diskussioon, kas lisada kopsuvälise TB diagnostika tabelisse eraldi suguelundid, kuid leiti, et see oleks liiga detailne, eraldi tabelisse ei lisata, kuid uuritava materjalina peaks lisama emaka limaskesta kaape.

Ravijuhendit hiljem teistele erialaseltsidele saates lisatakse ka TB registri väljavõtte selle kohta, kui palju on vastavaid kopsuvälise paikme juhte.

Soovitus 5.1. sõnastust ei muudetud.

Tekkis diskussioon, miks on küsimuses kasutatud mõistet bioloogiline materjal, aga soovitus on tehtud üksnes röga kohta. Kuna tõendusmaterjal on röga kohta, siis soovitus 5.1. sõnastust ei muudetud, kuid eraldi välja toomaks erinevaid TB diagnostikas kasutavaid bioloogilisi materjale lisati praktiline soovitus 5.2.: „Juhul kui tuberkuloosi kahtlusega patsient ei ole

	<p>võimeline röga analüüsi andma, tuleks indutseerida röga või võtta mao- või bronhiloputusvedelikku.“</p> <p>Soovitus 5.3.(endine 5.2) – soovitusele lisati „... ega muudesse fiksatiividesse.“</p> <p>Soovitus 5.4. (endine 5.3.) – „HIV-nakatunutel“ asendati „HIV-nakkusega“.</p> <p>Soovitus 5.5. (endine 5.4.) – „HIV-nakatunutel“ asendati „HIV-nakkusega“</p> <p>Soovitus 5.6. (endine 5.5.) – ei muudetud.</p> <p>Soovitus 5.7. (endine 5.6.) – muudeti sõnastust. Uus sõnastus: „Tuberkuloosse meningiidi kahtlusel, MDR-TB kahtlusega lastel ja MDR-TB kahtlusega HIV-nakkusega patsientidel peab lisaks mikroskoopiale ja külvile kasutama molekulaarset kiirtesti.“</p> <p>Soovitus 5.8. (endine 5.7) – muudeti sõnastust. Uus sõnastus: „MDR-TB kahtlusega ja/või raskes seisundis patsientidel on lisaks mikroskoopiale ja külvile soovitatav kasutada molekulaarset kiirtesti.“</p> <p>Soovitus 5.9 (endine 5.8) – muudeti sõnastust. Uus sõnastus: ” Tuberkuloosse meningiidi kahtlusel, kui liikvorit on vähe, peab külvimeetodile ja mikroskoopiale eelistama molekulaarset kiirtesti.”</p> <p>Soovitus 6.1 ja 6.2 – sõnastust ei muudetud.</p> <p>Soovitus 7.1 – muudeti sõnastust. Uus sõnastus: ” Kõigil tuberkuloosiga patsientidel, kellel PCR kiirtest näitab resistentsust rifampitsiinile, tuleb teha teiste tuberkuloosiravimite suhtes tundlikkust määrav PCR kiirtest.“</p> <p>Soovitus 8.1 – sõnastust ei muudetud.</p> <p>Soovitus 8.2 – sõnastust ei muudetud</p> <p>Tekkis arutelu, kas ka selle küsimuse korral peaks kaaluma profülaktilist ravi kuni 14. eluaastani, kuid sel juhul oleks tegemist praktilise soovitusena. Otsustati nii mitte teha, profülaktilise ravi määramine > 5-aastastele lastele jääb arsti otsuseks.</p>
--	--

	<p>1. Järgmise koosoleku aeg ja päevakord</p> <p>Koosoleku aeg: 15., 17. või 18. november, Mäos.</p> <p>Mare Oder paneb kuupäevad hääletamiseks Doodle'sse, hääletamine toimub kuni 7. oktoobrini.</p> <p>Koosolekul arutatakse 1. kliinilise küsimuse HIV-nakkusega patsientidega seotud soovitusi ning täiendatud kopsuvälise tuberkuloosi diagnostika algoritmi, jätkatakse senitehtud soovitusete sõnastuse ühtlustamist ja toimub patsiendijuhendi ülesehituse arutelu ning soovitusete valimine.</p>
--	---

