

KÜSIMUS

Kas kasutada kindlat ooteaega ebaselge loomusega nahamoodustise eemaldamiseks või mitte parema ravitulemuse saamiseks?	
SIHTRÜHM:	parema ravitulemuse saamiseks
SEKKUMINE:	kindlat ooteaega ebaselge loomusega nahamoodustise eemaldamiseks
VÕRDLUS:	mitte
PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD:	Kirurgilise ravi hilinemine mõjutab melanoomi progressiooni - poolt; Kirurgilise ravi hilinemine mõjutab melanoomi progressiooni - vastu; Kirurgilise ravi hilinemine mõjutab melanoomi progressiooni - poolt; Kirurgilise ravi hilinemine mõjutab melanoomi progressiooni - vastu; Kirurgilise ravi hilinemine mõjutab melanoomi progressiooni - vastu; Basaalrakulise vähi kirurgilise hilinemine mõjutab haiguse progressiooni; Naha lamerakulise vähi kirurgiline ravi hilinemine mõjutab haiguse progressiooni; Mitte-melanoom nahavähkide (NMSC) kirurgilise ravi hilinemise mõju haiguse progressioonile; Mitte-melanoom nahavähkide (NMSC) kirurgilise ravi hilinemise mõju haiguse progressioonile; Mitte-melanoom nahavähkide (NMSC) kirurgilise ravi hilinemise mõju haiguse progressioonile - vastu;
KONTEKST:	
VAATENURK:	
TAUST:	Esmase kliinilise ja/või dermatoskoopilise läbivaatuse järgselt ei ole alati võimalik nahakasvaja hea-või pahaloomulisust määratleda. Töörühm soovis välja selgitada, kas teadmata loomusega nahakasvaja kindla perioodi jooksul eemaldamine on positiivse mõjuga ravitulemusele. Kuna antud teemal uuringuid tehtud ei ole ning tõendusmaterjali ei leidunud (eetilistest kaalutlustest lähtuvalt ei saa teadmata loomusega kasvajaid jätta jälgimisele, mistõttu ei leidu ka antud teemal uuringuid), täpsustati küsimust järgneva loogikaga: ebaselge loomusega nahakasvajad tuleb käsitleda kui potentsiaalselt pahaloomulist kasvajat. Sellega piiritles töögrupp kliinilist küsimust kolme diagnoosiga: naha melanoom, naha lamerakuline kartsinoom, basaalrakuline kartsinoom. Otsiti tõendusmaterjali sellele, kas antud kasvajate hilinenud eemaldamine (kauem kui kindla ooteaja jooksul määratud) mõjub negatiivselt ravitulemusele või mitte.
HUVIDE KONFLIKT:	

HINNANG

Probleem Kas probleem on prioriteetne?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
☐ Ei ☐ Pigem ei ☐ Pigem jah ☒ jah ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda	Töörühm esitas kliinilise küsimuse: Kas ebaselge loomusega nahamoodustis vajab eemaldamist kindla ooteaja jooksul või mitte parema ravitulemuse saamiseks? Töörühm ei ole veendunud, et kõik ebaselge loomusega nahatumorid tuleks eemaldada kindla ooteaja jooksul või võib seda teha üldjärjekorra alusel. Ebaselgeks nahamoodustiseks luges töörühm kõik moodustised, mida pole võimalik diagnoosida mitte-invasiivsete võtetega (näiteks kliiniliselt või dermatoskoopiliselt). Töörühm soovib kliinilise küsimusega teada saada, kas teadmata loomusega moodustise eemaldamisel kindla perioodi jooksul on ravitulemus parem kui määramata hetkel teostatud ravi. <i>Tulemusnäitajad:</i> pahaloomulise nahamoodustise teke ja levik, diagnostiline viivitus, elukvaliteet Käesoleva ravijuhendi teema osas ei ole eelnevalt koostatud teisi ravijuhiseid ega ülevaateartikleid, mida saaks antud kliinilise küsimuse vastamisel aluseks võtta. Ka otsinguprotokolli abil või käsitsi otsides leitud teadusartiklid andsid antud teemale vaid kaudset tõestust. Seetõttu valis töögrupp välja kindlad diagnoosid (melanoom, naha lamerakuline vähk, basaalrakuline vähk), mille osas tõendusmaterjale otsida. Ei leitud ühtegi metaanalüüsi, randomiseeritud kontrollitud uuringut ega süstemaatilist ülevaadet. Melanoomi osas leiti üks kirjanduse ülevaate.	
Soovitud mõju Kui suur on eeldatav soovitud mõju?		

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
☐ Tühine ☐ Väike ☐ keskmine ☒ Suur ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda	Tõenduspõhisusse kaasati kokku 9 artikli materjal, neist melanoomide kohta 4, mitte-melanoom nahavähkide osas 3, spetsiifiliselt basaarakuliste kartsinoomide osas 1 ning lamerakuliste vähkide osas 2 artiklit. Tulemusnäitajad olid tööühma poolt määratud enne küsimuse täpsustamist. Tulemusnäitajate hindamine on seega vähemalt elukvaliteedi osas läbi kaudse tõestuse. Infot diagnostilise hilineamise kohta ei leitud, kuna kliinilise küsimuse täpsustused defineerisid otsitavad diagnoosid. Melanoom: D. B. Hewitt et al uurisid seost kirurgilise ravi hilineamise ning invasiivse melanoomi tekke vahel aastatel 2004-2018 tagasisivaatliku kohortuuringuga. Uuringus oli 423 001 patsienti, kellest 21,8%-il ravi hilines üle 45 päeva. Neil patsientidel oli suurema tõenäosusega lümfisõlmede haaratus (OR1,09; 95%CI 1.02–1.17; p=0,01). Uuringust jäeti välja patsiendid, kellel esmasel presenteerumisel leiti in situ kasvaja või kliiniliselt positiivsed lümfisõlmed. Kirurgilise ravi hilineamine seostus ka kõrgema suremusega (HR1.14; 95%CI 1.11–1.18; p<0.001). Eriti oli mõjutatud I staadiumi (HR1.21; 95%CI 1.16–1.27; p < 0.001) ja II staadiumi vähk (HR1.13; 95%CI 1.07–1.19 P < 0.001), aga mitte kolmanda staadiumi (p=0,35). (1) A. S. Adamson et al hindasid retrospektiivse kohordi abil seost üldise elulemuse ja melanoomi kirurgilise ravi ajastuse vahel 6496-I patsiendil. Patsiendid jaotati ravi saamise ajastuse alusel kolmeks: ravi <6 nädala, ravi 6 nädala ja 90 päeva jooksul ning ravi >90 päeva pärast. Leiti, et 5 aasta elulemus langes vastavalt ravi saamise ajastusele - 86,4% ravi <6 nädala jooksul vs 78,6% ravi >90 päeva pärast grupis. Suurim erinevus leiti I staadiumi grupis - st I patsientidel, kelle kirurgiline ravi toimus >90 päeva pärast esmast visiiti, oli 51,3% langus 5 aasta elulemuses (95% CL - 72,0%, -30,6%) võrreldes nendega, kelle ravi toimus <6 nädala jooksul. II ja III st patsientidel statistiliselt olulist muutust ei leitud. Uuring on piiratud retrospektiivse olemuse tõttu, samuti polnud võimalik hinnata melanoomi-spetsiifilist elulemust (vs üldine elulemus). (2) S. Guhan et al teostasid kirjanduse ülevaate seitsmest retrospektiivsest kohortuuringust, mis uurisid kirurgilise ravi hilineamist ja melanoomi patsientide elulemust. Uuringutest 3 (Epstein 1969, McKenna 2002, Carpenter 2008) ei leidnud seost ravi hilineamise ning suurema suremuse vahel, samas kui 3 uuringut (Pacífico 2007, Conic 2018 ja Basnet 2018) leidsid vastupidised tulemused. Kuna uuemaid ning suurema valimiga varast kirurgilist ravi soovivaid uuringuid tõendusmaterjalina juba rakendati ning Basnet et al materjal on publitseerimata, siis antud kirjanduslikust ülevaatest on tõendatuse tabelisse kaasatud järgnevad 3, varase ravi paremat ravitulemust mittetoetavat uuringut: -Epstein et al ei leidnud erinevusi koheselt ravi saanute ning 1 nädal hiljem ravi saanute vahel, 5 aasta elulemus vastavalt 80,3% vs 88,7%, valim kokku n=193. (3) -McKenna et al ei näidanud suremuse suurenemist kirurgilise ravi hilineamisel 30-90 päeva (15-28 päeva HR 0.86; 95% CI 0.54-1.39; 29-42 päeva: HR 0.92; 95% CI 0.55-1.54; 43-91 päeva: HR, 0.92; 95% CI, 0.54-1.56). (4) -Carpenter et al hindasid n=473 valimi peal hilisema kirurgilise sekkumise mõju elulemusele, ja ei leidnud olulist seost ei 28 ega 56 päeva grupis (28 päeva p=0,86, 56 päeva p=0,82). (5) Uuringute piiranguks on väikesed valimid, erinevalt defineeritud ooteajad, ühe keskuse andmetel baseeruvad uuringud, uuringute retrospektiivne olemus. <u>Mitte-melanoom nahavähid (NMSC):</u> S. Cozzi et al uurisid COVID19 pandeemiast tingitud kirurgilise ravi hilineamise mõju NMSC-de suurusle. Uuringugrupideks olid patsiendid 2 kuud vahetult enne pandeemia algust (121 patsienti) ning patsiendid 1 aasta pärast pandeemia algust (93 patsienti). Pandeemia grupis lõigatud kasvaja olid oluliselt suurema diameetriga (13.3mm (11.6-15) vs 22.7 (19.2-26.2)+, p<0.0001), samuti esines seal rohkem SCC-sid (27,4% vs 44,5%, p<0,05). Muutusi seostati patsientide esmasele visiidile pääsemise aja pikenemisega. Uuring on kallutatud, valimi tõttu - kuna pandeemia grupis lõigati "CITO" koldeid (kiire kasvuga, lokaliseerimine näo piirkonnas, kahtlus agressiivsele tuumorile) prioriteetseid lesioone, samas kui vähem kliiniliselt muret tekitavad lesioonid jäid ootele ja pole seega uuringusse kaasatud. (6) J. Diehl et al uurisid Mohs kirurgia (MMS) ravi ooteaja ja lõpliku defekti suuruse vahelist korrelatsiooni. Uuringusse	

kaasati 283 kasvajat. Ei leitud olulist erinevust kasvajate suurus 1 aastase ooteperioodi jooksul esmasest biopsiast kuni MMSini. Uuringu piiranguks on väike, ühe keskusega piirduv valim, retrospektiivsus ning pole hinnatud kasvajate histoloogilist alatüüpi.(7)

H. Capitelli-McMahon et al teostasid retrospektiivse uuringu, kus võrreldi COVID19 pandeemia eelseid vs pandeemia aegseid NMSC patsiente (127 vs 102 patsienti). Leiti oluline erinevus SCC ja BCC osakaalus (SCC hulga suurenemine ja BCC-de vähenemine) 2020a grupis. Samuti leiti oluline suurenemine kasvajate läbimõõdus 2020a grupis (14,8mm vs 11,4mm, $p<0,01$). Esmase presentatsiooni ja kirurgilise ravi ooteaeg oli gruppide vahel sarnane, autorid seostasid gruppide vahelist erinevust pandeemiast tingitud patsientide poolse hilise esmase pöördumisega. Uuringu piiranguteks on väike, ühe keskuse valim ning uuringu retrospektiivne olemus. (8)

Basalioom:

C. Kokkinos et al analüüsisid retrospektiivselt, kas pikem ooteaeg, mis BCCde suunamisel Mohs kirurgiale (MMS) tekib, mõjutab negatiivselt lõpptulemust. MMS on eelistatud, kuna selle rakendamisel esineb vähem retsidiive. Puuduseks on pikad ootejärjekorrad. Hinnati 1) kolde suurust esmasel presentatsioonil vs vahetult MMS teostamise eelselt; 2) defekti suurust pärast MMSi võrreldes eeldatava defekti suurusega, kui kolle oleks eemaldatud tavapärase eksisiooniga lühema ooteaja jooksul (3 või 5mm vastavalt kolde suurusele, ooteaeg kirurgilisele ravile 2-4 nädalat pärast esmast presentatsiooni). Analüüsi kaasati 233 patsienti. Ooteaeg oli keskmiselt 215,8+/-125,7 päeva. Keskmine kolde läbimõõt oli 9,34+/-5,23mm esmasel suunamise hetkel ning 11,81+/-6,60mm MMS teostamise hetkel (suurenemine 3,01±3,03 mm, $p=0.001$ ehk 1,41+/-0,42 korda). Eeldatav defekt pärast tavapärast kirurgilist eemaldamist hinnati keskmiselt 15,29+/-5,71mm suuruseks, seega 3,27±5.51 mm ($p=0.001$) väiksem kui MMS ooteajast tingitud defekt. Kokkuvõtlikud BCC kolded kasvasid oluliselt pika ooteaja perioodil, mistõttu lesiooni eemaldamisest tekkinud defekti parandamiseks oli vajalik suurem plastika. Uuringu puudused: väike valim, retrospektiivne uuring, allikaks üks keskus, kontrollgrupi puudumine. (9)

Lamerakuline vähk:

S. Shahid et al hindasid retrospektiivselt COVID19 pandeemiast tingitud ravi ooteaegadele pikenemise mõju SCC progressioonile. Uuringusse kaasati 140 patsienti (pandeemia eelne kontrollgrupp 74 SCC kollet, pandeemia grupp 100 SCC kollet). Ooteaeg kirurgilise ravini oli pandeemia grupis 167, prepandeemia grupis 110,5 päeva ($p<0,001$) ning pandeemia grupi SCC'des esines suurem Breslow sügavus (4mm vs 3mm, $p=0,01$), suurem hulk Clark 4 ja 5 astme lesioone (76,9% vs 61,1%, $p=0,03$) ning suure diameetriga (>20mm) kasvajate hulk oli kõrgem (56,1% vs 39,2%, $p=0,03$) kui prepandeemia grupis. Seejuures keskmine tuumori suurus ei olnud gruppide vahel statistiliselt oluliselt erinev. Ravi hilinemine 57 päeva tõi statistiliselt olulise suurenemise SCC läbimõõdus, Breslow sügavuses ning Clark astmes, mis loetakse kõrge riskiga SCCdeks ning millel on suurem tõenäosus metastaseeruda. Uuringu piirangud: ühe keskuse uuring, väike valim, kontrollgrupp ja uuringu grupp eri ajaperioodidel.(10)

Soovimatu mõju

Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
-----------	---------------------------	------------------------

☐ Suur ☐ keskmine ☐ Väike ☐ Tühine ☐ Varieerub ☒ Ei oska öelda	Hilisem ravi põhjustab pahaloomuliste kasvajate progressiooni, halvenenud elukvaliteeti ning kõrgenenud suremust.	
--	---	--

Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAL KAALUTLUSED
☒ Väga madal ☐ madal ☐ keskmine ☐ väga ☐ kaasatud uuringud puuduvad	Materjale kogudes ei leitud ühtegi meta-analüüsi ega süsteemset ülevaadet. Kõik rakendatud uuringud olid tagasisivaatlevad kohortuuringud, mis on oma olemuselt madala tõendatusastmega, samuti baseerusid enamus uuringud ühe keskuse andmete analüüsil ning olid suhteliselt väikeste valimitega. Kokkuvõtlikult on tõendatuse aste väga madal.	

Väärtushinnangud

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

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAL KAALUTLUSED
☐ oluline ebakindlus või varieeruvus ☐ võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus ☒ oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub ☐ oluline ebakindlus või varieeruvus puudub	Kaasatud uuringud väärtushinnanguid ei käsitlenud. Siiski võib eeldada, et inimesed on huvitatud ebaselge loomusega nahamoodustise kiiremast eemaldamisest, kuna hilisem eemaldamine võib kaasa tuua pahaloomulise kasvaja progressiooni ja elukvaliteedi languse.	

Mõjude tasakaal

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

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAL KAALUTLUSED
-----------	---------------------------	------------------------

☐ soosib võrdlust ☐ pigem soosib võrdlust ☐ ei soosi sekkumist ega võrdlust ☒ pigem soosib sekkumist ☐ soosib sekkumist ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda	Enamus kaasatud uuringuid leidis, et pahaloomuliste kasvaja kirurgilise raviga viivitamine tingib kasvaja suurenemise, võimaliku metastaseerumise ning sellest tingituna invasiivsema sekkumisvajaduse ja kirurgilise defekti. Uuringud soosisid varast sekkumist, samas kui soovimatut mõju varajase kirurgilise ravi puhul välja ei toodud. Seega viitab see varajase ravi (sekkumise) ülekaalule ja eelistatusele. Sekkumise soosimisel võib piiravaks teguriks muutuda ressurssi puudus.	
--	--	--

Vajaminevad ressursid

Kui suur on ressursivajadus (kulud)?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
☐ suur kulu ☐ keskmine kulu ☐ mittearvestatav kulu ja sääst ☐ keskmine sääst ☐ suur sääst ☐ Varieerub ☒ Ei oska öelda	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest ei olnud seda uuritud, vastavaid uuringuid eraldi ei otsitud.	

Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus

Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatuse aste?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
☐ Väga madal ☐ madal ☐ keskmine ☐ väga ☒ kaasatud uuringud puuduvad	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest ei olnud seda uuritud, vastavaid uuringuid eraldi ei otsitud.	

Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
-----------	---------------------------	------------------------

☐ soosib võrdlust ☐ pigem soosib võrdlust ☐ ei soosi sekkumist ega võrdlust ☐ pigem soosib sekkumist ☐ soosib sekkumist ☐ Varieerub ☒ kaasatud uuringud puuduvad	Spetsiiflist tõendusmaterjali antud küsimuse kohta ei leitud. Kaudse tõendusena leidis enamus uuringuid, et definitiivse ravi hilinemine tingis kasvajate suurenemise ja/või suurendas metastaseerumise riski ning seetõttu oli vajalik kas suurem plastika või valvurlümfisõlme eemaldamine. Anesteasiat vajavad protseduurid on üldiselt kallimad kui kohaliku tuimestusega teostatav nahakirurgia, kuid antud juhul ei ole võetud arvesse operatsioone läbiviiva personali ja vahendite/tööruumide kättesaadavuse võimaldamisega seotud kulusid.	
---	---	--

Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAJUTLUSED
☐ vähendab võrdsust ☐ tõenäoliselt vähendab võrdsust ☐ tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust ☒ tõenäoliselt suurendab võrdsust ☐ suurendab võrdsust ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest ei olnud seda uuritud, vastavaid uuringuid eraldi ei otsitud.	Kirurgiline nahamoodustiste ravi on Eestis kättesaadav.

Vastuvõetavus

Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAJUTLUSED
☐ Ei ☐ Pigem ei ☐ Pigem jah ☒ jah ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest ei olnud seda uuritud, vastavaid uuringuid eraldi ei otsitud.	Kirurgiline ravi on Eestis tavapärane.

Teostatavus

Kas sekkumine on teostatav?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAJUTLUSED
☐ Ei ☐ Pigem ei ☒ Pigem jah ☐ jah ☐ Varieerub ☐ Ei oska öelda	Tõendusmaterjalina kaasatud uuringutest ei olnud seda uuritud, vastavaid uuringuid eraldi ei otsitud.	Kuna kliinilise küsimusega sooviti hinnata kirurgilise ravi teostamise ajastust, ning kirurgilist ravi Eestis rakendatakse, siis võib öelda, et sekkumine on teostatav, kuid konkreetset tõendusmaterjali antud küsimuse osas ei otsitud.

OTSUSTE KOKKUVÕTE

	JUDGEMENT						
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
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 ○	Nõrk soovitus sekkumise vastu ○	Nõrk soovitus kas sekkumise või alternatiivi poolt ○	Nõrk soovitus sekkumise poolt ○	Tugev soovitus teha ●
--------------------------------	------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------

JÄRELDUSED

Soovitus

Ebaselge loomusega nahamoodustised eemaldage vastavalt Vähitõrje programmi soovitatud ajaperioodi jooksul, milleks ravijuhendi koostamise hetkel on esmasest pöördumisest kuni 63 päeva (k.a).
Tugev positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste

Põhjendus

Antud teema kohta meta-analüüse või süstemaatilisi ülevaateid ei leidunud. Tõendatus põhineb seega retrospektiivsetel kohortuuringutel. 2 suurt kohortuuringut (Hewitt et al, n= 423 001 ja Adamson et al, n=6496) [18] [19] leidsid, et melanoomi puhul kirurgilise ravi hilinemine tingib halvema ravitulemuse - suurendab lümfisõlmede haaratuse tõenäosust ning üldise 5 aasta elulemuse langust. Kolm oluliselt väiksema kohordiga uuringut (Epstein et al, n=193, McKenna et al, n=986 ja Carpenter et al, n=473) [20] [21] [22] sarnaseid seoseid ei leidnud. Seejuures oli kõigis uuringutes “ravi hilinemist” defineeritud erinevalt, vahemikus 1 nädal kuni 90 päeva.

Basaalrakuline kasvaja metastaseerub harva ning haiguse ulatust hinnatakse lokaalse kasvaja suuruse põhjal. Ühes tagasivaatavas kohortuuringus [23], kus patsiendid olid üks aasta Mohs mikroskoopilise kirurgilise protseduuri ootejärjekorras, leiti, et ooteperiood tingis kasvaja olulise suurenemise.

Naha lamerakulise vähi uuringus leiti, et vähemalt 57 päeva hilinenud ravi (110,5 vs 167 päeva) tingis kasvajate olulise suurenemise, samuti süvenesid Breslow sügavus ja Clark'i aste. [24] Mitte-melanoom nahakasvajate kohta käivaid uuringuid kaasati kolm [25] [26] [27]. Kahes uuringus leiti [21; 23], et ravi hilinemine (patsientide hilisema pöördumise tõttu Covid-19 pandeemiast tingituna) põhjustas kasvajate suurenemist ning tõusis lamerakuliste vähkide üldnumber, kuid kolmandas uuringus sellist seost ei leitud. [26].

Soovituse tõendatuse aste on kokkuvõttes väga madal, kuna retrospektiivsed kohortuuringud on oma uuringutüübi tõttu madala või väga madala tõendatuse astmega. Kõigis uuringutes on “ravi hilinemine” defineeritud erineva ajaga, mis raskendab nende võrdlemist. Kuna uuringutes ei olnud välja toodud konkreetset aega, millal tuleks ebaselge loomusega nahamoodustised eemaldada, siis lähtus töörühm soovitusel Tervise Arengu Instituudi Vähitõrje tegevuskavas 2021-2030 välja toodud maksimaalsest ajast alates vähikahtlusest kuni esmase vähiravini, milleks on 63 päeva [28].

Vaata lähemalt kliinilise küsimuse nr 6 TõKo ja SoKo tabelit.

Kaalutlused alamrühmade osas

Rakenduskaalutlused

Jälgimine ja hindamine

Edasiste/täpsustavate uuringute vajadus

VIIDETE KOKKUVÕTE

1. D. Brock Hewitt, Joal D. Beane, Valerie P. Grignol, Carlo M. Contreras. Association between surgical delay and outcomes among patients with invasive cutaneous melanoma. The American Journal of Surgery; 2023.
2. Adamson AS, Jackson BE, Baggett CD, Thomas NE, Pignone MP.. Association of surgical interval and survival among hospital and non-hospital based patients with melanoma in North Carolina. . Arch Dermatol Res. ; 2021.
3. Epstein E, Bragg K, Linden G. Biopsy and prognosis of malignant melanoma.. JAMA; 1969.
4. McKenna DB, Lee RJ, Prescott RJ, Doherty VR.. The time from diagnostic excision biopsy to wide local excision for primary cutaneous malignant melanoma may not affect patient survival. . Br J Dermatol; 2002.
5. Carpenter S, Pockaj B, Dueck A, Gray R, Kurtz D, Sekulic A et al.. Factors influencing time between biopsy and definitive surgery for malignant melanoma: do they impact clinical outcome?. Am J Surg; 2008.
6. Cozzi Silvia, Codazzi Denis, Cherubino Mario, Valdatta Luigi, Tamborini Federico, Carminati Marcello. Impact of COVID-19 Pandemic on Non-Melanoma Skin Cancer's Tumor Burden and Care: a Multi-Center Study Based in Northern Italy.. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery; 2022.
7. Diehl J, Choi YM, Liang LJ, Chiu M.. Association Between Mohs Surgery Wait Times and Surgical Defect Size in Patients With Squamous Cell or Basal Cell Carcinoma of the Skin.. Dermatol Surg; 2015.
8. Capitelli-McMahon, H., Hurley, A., Pinder, R., Matteucci, P., & Totty, J.. Characterising non-melanoma skin cancer undergoing surgical management during the COVID-19 pandemic.. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.; 2020.
9. C. Kokkinos, M. Kanapathy, S. Heydari, S. Hamilton, S. Withey. Waiting time for Mohs Micrographic Surgery and the associated increase in lesion size of basal cell carcinoma. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery; 2022.
10. Shahab Shahid, Jack Gao, Anna C. Corriero, Jaroslav Roszpopa, Benjamin H. Miranda. A study of the effects of delayed patient presentation on cutaneous SCC progression.. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery; 2022.