



Ravijuhendi „Osteoporoosi käsitus esmatasandil“ töörühma koosolek nr 8

22.02.2024 kell 13.00–17.00

Tallinn ja MS Teams

Osalesid kõik töörühma liikmed: Raili Müller (juht), Karin Laas, Heli Tähepõld, Merle Kallas, Ingre Rämmal (liitus kl 14.01), Helgi Kolk, Tiina Jasinski.

Osalesid sekretariaadi liikmed: Johanna Ruus (juht), Kati Koost, Jekaterina Konstatinova, Elisabeth Kelner, Lilith Napp, Kadi Kallavus (metoodiline tugi).

Osales Tervisekassa esindaja Laura-Liisa Liivamägi (lahkus kl 13.36).

Koosolekut protokollis Kadi Kallavus.

Koosolekul oli kvoorum koos.

Koosoleku päevakord ja arutelu kokkuvõte

1. Teemade arutelu koos Tervisekassa esindajaga

1.1. Arutati osteoporoosikabinetti suunamise üle. ITKs tegeletakse teemaga ning peagi osteoporoosikabineti töö jätkub. Töörühm leiab, et suunamise puhul võiks olla sõltumata asukohast üks süsteem. Selleks on vaja välja uurida, kus on luutiheduse mõõtmise aparaadid. Juhendi valmimisel võiks olla sellest ülevaade. Tervisekassa esindaja pakkus välja, et Tervisekassa kodulehele võiks teha ajakohase ülevaate luudensitomeetria tegemise võimalusest üle Eesti. Vastav link läheb ravijuhendi juurde.

Igale poole võiks luudensitomeetria uuringule saata 1) uuringu saatekirjaga ja 2) kas õe või arsti konsultatsiooniga. Hetkel ei tea, mis võimalused on üle Eesti. Tervisekassa koostöös töörühmaga teeb kaardistuse selle kohta, kus on reaalselt võimalik uuringut teha ja mis tingimustel uuringule suunata (ning kui ei ole võimalik ainult uuringu saatekirjaga suunata, siis miks). Töörühma liikmed annavad teada, kus asuvad masinad ning Tervisekassa esindajad võtavad vastavate asutustega ühendust, et uuringule saatmise tingimusi täpsustada.

1.2. Arutati intravenoosse zoledronaadi ambulatoorse manustamise jaoks ruumide nõudeid. Hetkel on esimene takistus, et perearstid ei saa TTLi koodiga vastavat teenust kasutada. Hetkel saab ainult eriarst seda koodi kasutada. Esialgu peaks uurima, kas perearstidel on soov teenust pakkuda. Sekretariaadi juht J. Ruus arutab esimese asjana Eesti Perearsti Seltsi (EPS) juhatuses, et kas perearstidel võiks olla soov seda teenust pakkuda.

Töörühm arutas, et tõenäoliselt ei ole perearstidel ja õdedel hetkel valmidus teha i.v zoledronaadi manustamist perearstikeskuses üle Eesti igal pool. Tervisekassalt oleks vaja saada ülevaade, kus on praegu päevaravi valmidus/võimalus olemas üle Eesti (nt maakonnahaiglates) – kui ei ole võimalik perearstikeskuses teha, siis kus lähimas keskuses on see võimalik.

1.3. Bisfosfonaadi väljakirjutamise tingimuste muutmise arutelu toimub ERSi ja Tervisekassa vahel märtsi alguses. Seal saab arutada edasisi samme. Kui on soov zoledronaadi

teenuskoodi muuta, siis selle peaks välja selgitama, et väljakirjutamise tingimused saaks ühel ajal kõigil ravimitel muuta.

2. RJ ajakava arutamine

Mai lõpuks võiks saada valmis esimene ravijuhendi mustand. Selleks ajaks peaks olema läbi käidud kõik küsimused ja neile soovitusel koostatud. Rakenduskava arutelu võiks samuti toimuda mais. Juunis võiks olla juhend nii valmis, et saaks keeleteoimetajale ja avalikkusele saata. Kuna pärast ravijuhendi valmimist töörühma poolt ootab veel rida tegevusi, siis juhend läheb Ravijuhendite Nõukojale kinnitamiseks ilmselt aasta teisel poolel.

3. Huvide deklaratsioonid, protokoll kinnitamine

Töörühma liikmed Raili Müller ja Karin Laas täiendasid oma huvide deklaratsioone. Töörühm ei leidnud, et oleks huvide konflikte ning meetmed konflikti mõju ohjamiseks ei ole vajalikud.

Kinnitati 25. jaanuari 2024 koosoleku protokoll.

4. Luudensitomeetria tegemise intervalli (KK10) tõendusmaterjali tutvustamine

Küsimus: Kas osteoporoosi diagnoosiga postmenopausaalsetel naistel ja vanemaealistel meestel teha ravi efektiivsuse hindamise uuringut iga kahe aasta järel või muu intervalliga?

Otsest tõendust intervalli kohta ei leidunud. Uuringud on pigem selle kohta, et kuidas luutihedus (BMD) muutub osteoporoosi ravi ajal. Uuringutes oli üldiselt näidatud, et ravi ajal BMD suurenes ja murrurisk vähenes. Korduvad BMD mõõtemised võivad parandada ravisoostumust. Ravijuhendid üldiselt soovivad jälgida patsiente ehk teostada DEXA uuring 1-3 aasta tagant. Iga aasta uuringut teha ei soovitata.

Töörühm arutas, et luutiheduse mõõtmine sõltub ravimitest, ravipausi tegemisest (5 a pärast suukaudse bisfosfonaadi ja 3 a pärast zoledronaadi kasutamist), patsiendi olukorrast ning ravisoostumusest. Iga ravimi puhul uuringu DEXA tegemiseks eri aeg. DEXA uuring on oluline ravisoostumuse hindamiseks. Kui tekib uus murd ravi foonil või lisanduvad uued riskitegurid, siis tuleks uuesti teha DEXA. Need kriteeriumid ja uuringu tegemise intervall eri ravimite puhul tuleb selgitavasse teksti.

Töörühm leidis, et ravijuhendisse osteoporoosi diagnoosimise osa juurde tuleks lisada, et kannast mõõdetav ultraheli meetodil luutihedus ei ole osteoporoosi diagnoosi aluseks. Selle põhjal ei saa diagnoosida.

Töörühm koostas soovitusel:

- DEXA uuringut ravi ajal pigem mitte teha sagedamini kui üks kord aastas. *Nõrk negatiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste*
- Kaaluda DEXA uuringu kordamist 2–5 aastat kestnud ravi järel. *Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste*

5. Raviperioodi küsimuse (KK9) täienenud tõendusmaterjali tutvustamine

Küsimus: Kas osteoporoosi diagnoosiga postmenopausaalsetel naistel ja vanemaealistel meestel kasutada ravi viis aastat või muu periood?

Ravipausi definitsiooni (sh pikkus) ravijuhendites on erinevalt käsitletud – mõnes juhendis üldisemalt, mõnes juhendis detailsemalt. Kui on konkreetne pikkus välja toodud, siis ravipaus jääb vahemikku 1,5-3 aastat, mõnel juhul kuni 5 aastat.

Ravipaus sõltub ka patsiendi olukorrast – väga suure riskiga inimestele ei pruugigi ravipausi teha, väikese riskiga inimesel teha. Tõendusmaterjalile, teistele ravijuhenditele ning kliinilisele kogemusele tuginedes leidis töörühm, et optimaalne ravipausi pikkus võiks olla 1-2 aastat. Pikemat perioodi ei tahetud soovitusse panna, sest praktika näitab, et patsiendid võivad omaalgatuslikult nagunii pikema pausi teha. Pärast pausi on oluline hinnata uuesti murruriski ning sellest lähtuvalt kaaluda ravi alustamist. Kuna head tõendust sellele ei ole, siis töörühm andis praktilise soovitus, kuid see on kooskõlas teiste ravijuhenditega.

Sekretariaadi liige K. Koost kandis ette lisatud tõenduse denosumabi ja teriparatiidi kohta. Tõenduse põhjal on selge, et denosumabiga ravipausi teha ei tohiks, sest ravi lõpetamisel suureneb luuhõrenemise risk. Kui on vaja denosumabiga ravi katkestada, siis jätkata muu ravimiga, soovituslikult bisfosfonaadiga (alendronaadi või zolendronaadiga), mitte teriparatiidiga. Tõendus ise ei ole uuringute kvaliteedi tõttu tugev, aga tõendatud on, et murrurisk suureneb raviga lõpetamisel. Soovitus tugevust arutatakse veel järgmisel koosolekul. Töörühm arutas, kas lisada soovitusse konkreetsed ravimid ja konkreetsed juhised, mida teha, kui denosumabiga ravi katkeb; või teha üldisem soovitus – konsulteerida osteoporoosispetsialistiga. Leiti, et perearstil oleks lihtsam, kui selles olukorras osteoporoosispetsialistiga konsulteerida (nt teha e-konsultatsiooni). Juhendis peab täpsustama, keda peetakse silmas osteoporoosispetsialisti all.

Töörühm koostas järgmised soovitused:

- Suukaudset bisfosfonaati võite kasutada viis aastat ja intravenooset bisfosfonaati kolm aastat, misjärel hinnata murruriski. *Nõrk soovitus, madal tõendatuse aste*
 - Võite jätkata raviga veel kuni viis aastat suukaudse bisfosfonaadiga või kolm aastat intravenoosse bisfosfonaadiga, kui on täidetud vähemalt üks järgnev tingimus
 - FRAXi järgi on risk suur,
 - T-skoor alla -2,5,
 - luumurd ravi ajal,
 - glükokortikosteroidi kasutamine. *Nõrk soovitus, madal tõendatuse aste*
 - Kui raviga jätkamise tingimused täidetud ei ole, võite teha bisfosfonaadiga ravipausi 1-2 aastat. Pärast ravipausi hinnata murruriski ning kaaluda uuesti raviga alustamist. *Praktiline soovitus*
 - Denosumabiga ärge tehke ravipausi, sest see võib põhjustada kiire luutiheduse languse ja lülakehamurdude tekke. *Tugev/nõrk soovitus, mõõdukas/madal tõendatuse aste*
 - Kui on vajalik denosumabi ravi katkestada, siis konsulteerida edasise ravi osas osteoporoosispetsialistiga. *Praktiline soovitus*
- Selgitavas teksti: Otsida muud haigust, kui risk on jätkuvalt suur.
- Selgitusse kirjutada, et tavaliselt jätkatakse kuus kuud pärast katkestamist intravenoosse zolendronaadiga või alternatiivina suukaudse alendronaadiga. Sellised on variandid, aga võib-olla ei piisa, sõltub patsiendi olukorrast (sõltub luu ainevahetuse markeritest). Denosumabi järel teriparatiidi mitte kasutada (lisada põhjendusse, miks – lülisamba luutiheduse langus, uuringul väike valim, mõõdukas tõendus, võrdlust ravipausiga ei ole).

- Teriparatiidiga ravi kestab kaks aastat, mille järgselt soovitatakse jätkata muu osteoporoosi ravimiga (nt bisfosfonaadi või denosumabiga). *Praktiline soovitus*

Selgituses kirjutada, miks üldse ravipausi soovitatakse: selleks, et ennetada kõrvaltoimeid; näidatud on, et ravi efekt jääb püsima pausi ajal.

Töörühm arutas ka, et juhendis peaks olema kirjas, mida teha ravimitega, kui on plaanis suuremad hambaravi protseduurid (nt implantaadid). Üldised põhimõtted perearsti ja hambaarsti seisukohast on olulised kirja panna. Ravis ei pea pause tegema, aga peab hambaarsti informeerima, suuremaid protseduure teha AB-ga. Sekretariaadi liige K. Koost kirjutab selle kohta selgitava teksti ja viitab asjakohasele tõendusele.

Arutati, kuidas peaks kõrvaltoimete (nt osteonekroosi ja atüüpilise reieluu murru, sh muude ka väga haruldaste kõrvaltoimete) tekkimisel perearst toimima ja kuidas see juhendisse kirja panna. Sellisel juhul (ravimi kõrvaltoimete korral) peaks konsulteerima osteoporoosispetsialistiga. Juhendit kokku kirjutades mõeldakse, kas see lisatakse lisamaterjali ravimite tabeli juurde (seda koostab sekretariaadi liige M. Saar) või saab selle kusagil tekstis esile tuua.

6. Röntgenülesvõtte küsimuse (KK11) tõendusmaterjali tutvustamine

Küsimus: Kas teha röntgenülesvõtte lülisambast lülimurru välistamiseks kõigil suure osteoporoosi riskiga postmenopausaalsetel naistel ja vanemaealistel meestel või mitte?

Ravijuhendites olid vastavad soovitused, kuid tõendus soovituste taga oli vähene. Ravijuhendites olid veidi erinevad soovitused, aga üldiselt soovitati teha röntgen lülisambast vanematel inimestel, kelle T-skoor alla -1,0, pikkuse langus >4 cm, anamneesis lülisamba murd, glükokortikoidravi.

Töörühm leiab, et seljavalu võiks olla üks röntgeni tegemise eeldus. Oluline on, et tegemist oleks ägeda alguse või uut tüüpi seljavaluga, mitte pideva seljavaluga inimestel. Kuigi alaseljavalu ravijuhendis soovitatakse tugevalt radioloogilisi uuringuid mitte teha (kui kliinilisi ohumärke („punaseid lippe“) ei esine), siis selles juhendis on oluline seljavaluga röntgeni tegemine välja tuua.

Arutati, kui detailselt soovitusse tegurid kirja panna. Leiti, et pigem võiks olla loetelu. Võiks olla nimetatud nii röntgenuuring kui morfomeetiline DEXA uuring (kogu lülisamba morfomeetiline uuring aksiaalse DXA densitomeetriga, kood 6116) – vajalik on definitsioon, et kõik saaksid aru, millest jutt. DEXA tegemise käigus saab teha morfomeetrist uuringut. DEXA kiirguskoormus on väiksem kui röntgenil. Oluline on, et perearstid teaksid selle morfomeetrilise DEXA uuringu tellimise võimalikkust ja millal seda tellida.

Töörühm koostas soovitusse mustandi:

- Kaaluge röntgenuuringut või morfomeetrist DEXA uuringut lülisambamurru leidmiseks uue seljavaluga inimestel,
 - kellel on osteoporoosi riskifaktorid, ja/või inimestel,
 - kellel on anamneesis ≥ 4 cm pikkuse langus,
 - küfoos,
 - hiljutine või praegune pikaajaline suukaudne glükokortikoidravi, või
 - BMD T-skoor $\leq -2,5$.

Töörühm leiab, et oluline on pöörata tähelepanu ja kaaluda röntgenit, kui selg ägedalt ei valuta, aga on kliinilisi viiteid kompressioonmurrule (võib olla asümptomaatiline murd), mis on oluliseks järgneva murru riskitegur. Selle võiks panna soovitusse selgitavasse teksti.

Teiste ravijuhendite tõenduse peab üle vaatama. Töörühm leiab, et need on nn loogilised põhjus-tagajärg seosed ning ei ole kindel, kas on selliseid riskitegureid ja röntgeniga seotud uuringuid, millele viidata saaks. Pigem on tegemist praktilise soovitusega.

7. Edasine töö

Vaadatakse üle 9. küsimuse denosumabi soovitusse tõendus. Täiendatakse 11. küsimuse tõendusmaterjali. Uute küsimustena tulevad aruteluks D-vitamiini küsimused.

Aprillis-mais, kui tulevad toitumise (valgurikas toit või mitte) ja kehalise aktiivsuse küsimused, peaks kaasama väliseid eksperte. Arutati, et võib-olla ei ole nii spetsiifilist tõendust osteoporoosi ja toitumise kohta, pigem tehakse praktilised kogemuspõhised soovitused. Töörühm juht H. Kolk arutab seda küsimust toitmisravi juhendi töörühma juhiga. Kehalise aktiivsuse küsimuste osas saab kaasata dr Sooba. Sekretariaadi juht hakkab tegelema tervishoiukorralduslike küsimustega. Need on vaja üle vaadata selle pilguga, et mida oleme jooksvalt juba käsitlenud ja mis vajab veel arutamist.

Järgmine koosolek toimub 21.03.2024 kell 13–17 Tartus ja MS Teamsis.