Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitlus

TÖÖRÜHMA JA SEKRETARIAADI KOOSOLEKU PROTOKOLL nr. 10

Kuupäev	4.veebruar 2016
Koht	Dorpat konverentsikeskus, Tartu
Algus Lõpp	kl 12.00 kl 16.00
Osalejad	Töörühma liikmed: Merike Luman, Mai Rosenberg, Ruth Kalda, Galina Zemtsovskaja, Varje Mantsik, Madis Ilmoja, Kersti Esnar (Skype) Sekretariaadi liikmed: Kadri Lilienthal, Annika Adoberg, Jana Uhlinova, Liisi Leis, Tiina Mark, Keili Kõlves Täiendavalt osalesid: Anna Vesper
Puuduvad töörühma liikmed	Ly Anton, Jaanika Alak, Kersti Ivanova, Mart Roosimaa
Juhatas	Merike Luman
Protokollis	Anna Vesper
Päevakord	1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide kokkuvõte ja kvoorum koosoleku otsustusvõimelisuseks. 2. Kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu ja soovituste sõnastamine. 3. Muud küsimused.
Ülevaade toimunud aruteludest	**1. Töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide kokkuvõte ja kvoorum koosoleku otsustusvõimelisuseks** Konkureerivaid huvisid ravijuhendi koostamisel ei ole deklareeritud. Koosolekul osaleb seitse töörühma liiget, kvoorum soovituste kinnitamiseks ei ole koos. **2. Ravijuhendi kliiniliste küsimuste tõendusmaterjali kokkuvõtete arutelu, soovituste sõnastamine.** ***Kliiniliste küsimuste 21 ja 22 tõendusmaterjali arutelu*** 21. Millal vajab kroonilise neeruhaigusega patsient suunamist nefroloogile (nt aneemia käsitlus)? 22. Millal vajab esmakordse neerukahjustuse kahtlusega patsient suunamist nefroloogile? Kahe kliinilise küsimuse tõendusmaterjali kokkuvõte esitatud koos põhjusel, et leitud tõendusmaterjal ühtib ning kaasatud ravijuhendite soovitused on samad. Teemat on käsitletud viies kaasatud ravijuhendis, soovitustena on toodud kriteeriumid, millal suunata kroonilise neeruhaigusega

	patsient nefroloogi vastuvõtule. Soovitused ei ole tugeva tõenduspõhisusega, va KDIGO ravijuhendis toodud soovitused (1B), teistes ravijuhendites põhinevad soovitused ekspertide konsensusel. Ei leidunud randomiseeritud kontrolluuringuid kriteerimite kohta, millal peaks patsiendi nefroloogi vastuvõtule suunama (ehk millise kriteeriumi osas piisab esmatasandi käsitlusest ja millise osas vajalik nefroloog). Leitud mitmeid teemakohaseid kohortuuringuid, kus leitud varase eriarstile suunamise eelis – paremad ravitulemused, madalam suremus, madalamad tervishoiukulud. Töörühm arutas, et perearstide ja teiste eriarstide jaoks on vajalikud kindlad kriteeriumid kroonilise neeruhaigusega patsiendi suunamiseks nefroloogi vastuvõtule. Nende küsimuste kohta ei leidu hea kvaliteediga tõendusmaterjali, pigem on tegemist kokkulepetega, kus arvestatakse kohalikke olusid. Töörühmas toimus arutelu, milliste eGFR väärtuste korral peaks patsiendi suunama nefroloogile ning, milliseid kriteeriume tuleb lisaks arvestada. Ravijuhendites on üldiselt toodud soovitus suunata patsient nefroloogile, kui eGFR alla 30 ml/min/1,73 m2, samas tuleb arvestada kaasuvaid haiguseid ja teisi kliinilisi näitajaid. Esmakordse neerukahjustega patsiendi puhul tuleb kindlasti teostada diferentsiaaldiagnostika, kas patsient vajab suunamist nefroloogile või uroloogile (obstruktsioon). Kooskõlas eelnevalt sõnastatud ravijuhendi soovitustega sõnastati kaks soovitust, eraldi kroonilise neeruhaigusega patsiendi edasisuunamise kohta ning esmakordse neerukahjustuse kahtlusega patsiendi edasisuunamise kohta. ***Töörühma poolt esialgselt sõnastatud soovitused:*** *46. Kroonilise neeruhaigusega patsient tuleks suunata nefroloogile:* *- eGFR alla 30 ml/min/1,73 m2* *- eGFR 30-44 ml/min/1,73 m2 ja albuminuuria (ACR üle 300 mg/g või üle 30 mg/mmol) ja/või aneemia (Hgb alla 110 g/l) →* ***soovitus pigem teha*** *47. Esmakordse neerukahjustuse kahtlusega patsient suunata nefroloogile, kui esineb:* *- kahtlus glomerulaarhaigusele* *- ebaselge põhjusega neerukahjustus (hematuuria, albuminuuria (ACR üle 300 mg/g või üle 30 mg/mmol); obstruktsiooni väljalülitamiseks nefroloogile suunamise eelselt võiks patsiendil olla tehtud ultraheliuuring* *- raviresistentne kõrgvererõhktõbi →* ***hea tava suunis*** ***Lisaks:*** - ravijuhendi lisas esitada algoritm/tabel kroonilise neeruhaiguse

	monitoorimise kohta koos kriteeriumitega, millal patsient suunata nefroloogi vastuvõtule. ***Kliinilise küsimuse 18 tõendusmaterjali arutelu*** Kas kõikide hilja suunatud (late referral) kroonilise neeruhaigusega patsientide ravitulemusi mõjutab eelnevate kroonilise neeruhaiguse komplikatsioonide ravimata jätmine vs mitte? Kolmes kaasatud ravijuhendis (KDIGO, Malaysia, NICE) on toodud soovitused patsiendi õigeaegse suunamise kohta nefroloogile, Hilise suunamise definitsioon ei ole samas üheselt selge, ilmselt on 3 kuud lühike aeg. NICE ravijuhendis on toodud soovitused selle kohta, millised patsiendi peaks suunama nefroloogi vastuvõtule üldiselt. Leitud teemakohased uuringud: üks süstemaatiline ülevaade ja üks metaanalüüs, lisaks prospektiivne kohortuuring ja retrospektiivseid uuringuid. Kõikides uuringutes on võrreldud kliinilisi tulemusi varakult vs hilja nefroloogile suunatud patsientidel. Hilise suunamise definitsioon uuringutes varieerus, kuid see oli üldiselt vähem kui 3 kuud enne neeruasendusravi. Kõikide kaasatud uuringute tulemuste põhjal olid patsientide kliinilised näitajad paremad varase suunamise korral. Hilja suunatud patsientidel oli kõrgem suremuse risk, pikem hospitaliseerimise aeg. Töörühm arutas, et tõendusmaterjali põhjal on selge varase nefroloogile suunamise olulisus kroonilise neeruhaigusega patsientide puhul. Varajase suunamise eelised on välja toodud kõikides analüüsitud uuringutes, samuti ravijuhendites. Samal ajal on keeruline soovitusena sõnastada, et patsient tuleb suunata nefroloogile mingi kindla ajaperioodi jooksul enne neeruasendusravi alustamist. Ka kliiniliste küsimuste 21 ja 22 tõendusmaterjali kokkuvõttes on sama teemat käsitletud. Perearstidel ja teistel eriarstidel peab olema selge kriteerium, millal nad patsiendi peavad edasi suunama. NICE ravijuhendis on toodud, et peaks suunama patsiendid, kui GFR< 30 ml/min/1,73m2 (G4-5). See on selge kriteerium ning ühtib teiste seni sõnastatud ravijuhendi soovitustega. Eelnevalt sõnastatud edasisuunamise soovitusele lisaks sõnastati tõendusmaterjali ja töörühma arutelu põhjal soovitus. ***Töörühma poolt esialgselt sõnastatud soovitus:*** *48. Kõik kroonilise neeruhaigusega patsiendid, kellel on eGFR alla 30 ml/min/1,73 m2, peavad olema kaasatud predialüüsi programmi. Hiline suunamine (eGFR alla 20 ml/min/1,73 m2) nefroloogi konsultatsioonile halvendab oluliselt patsientide ravitulemusi ja elulemust.* → ***tugev soovitus teha***

	Kliinilise küsimuse 13 tõendusmaterjali arutelu Kas kõikidel kroonilise neeruhaigusega patsientidel sõltub komplikatsioonide teke: neerufunktsiooni muutusest vs mitte; põhidiagnoosist vs mitte? Vastavalt eelmisel koosolekul (15.12.15) kokku lepitule teostati otsingud kindlate põhidiagnooside ja komplikatsioonide tekke osas. Otsingud teostati diagnoosidele hüpertensioon, diabeet, glomerulonefriit ja polütsüstoos. Otsingusse lisati võimalike komplikatsioonide teke - aneemia, hüperparatüreoos, isheemiatõbi, südame- ja veresoonkonna kahjustused ja atsidoos. Hea kvaliteediga süstemaatilisi ülevaateid ega metaanalüüse ei leitud. Enamus leitud uuringutest olid vähese osalejate arvuga kliinilised uuringud või raviga seotud retrospektiivsed kohortuuringud. Käesoleva kliinilise küsimuse jaoks võeti ülevaate tegemiseks 4 läbilõikeuuringut üldrahvastikule, milles uuriti KNH ja aneemia levimust ja komplikatsioonide seoseid, samuti GFRi, proteinuuria, albuminuuria seoseid komplikatsioonide tekkes. Lisaks kaasati kaks KDIGO ravijuhendis kasutatud uuringut. Teemakohased soovitused on toodud kahes kaasatud ravijuhendis. Soovitused on tehtud pigem nõrgad, kuna puudub hea tõenduspõhisus. Mõnel juhul ei tehtud ka konsensusel soovitust madala kvaliteedi ja ebakindlate järelduste tõttu. Komplikatsioonide teke sõltub eGFR väärtusest ja albuminuuriast/proteinuuriast. Madal eGFR on seotud komplikatsioonide suurema esinemissagedusega. Oluliseks hinnati komplikatsioonide tekkimise ennetamist, mis vähendab lõppstaadiumi neerupuudulikkuse kujunemist ja suremust ning teisi võimalikke kaasuvaid tüsistusi. Samuti vähendab ravikulusid. Töörühm arutas, et kõikidel kroonilise neeruhaigusega patsientidel tuleb jälgida võimalike komplikatsioonide teket ja vastavad soovitused erinevate komplikatsioonide ennetamiseks ja käsitlemiseks on ravijuhendis toodud. Eraldi tuleb rõhutada, et komplikatsioonide teke sõltub kroonilise neeruhaiguse staadiumist. ***Töörühma poolt esialgselt sõnastatud soovitus:*** *45. Komplikatsioonide (aneemia, hüpertensioon, hüpokaltseemia, hüperkaleemia, hüperfosfateemia, sekundaarne hüperparatüreoos, atsidoos, hüpoalbumineemia, kardiovaskulaarsed tüsistused) teke kroonilise neeruhaigusega patsientidel sõltub kroonilise neeruhaiguse raskuse astmest ja ei sõltu kroonilise neeruhaiguse põhjusest. Seetõttu peaks tagama komplikatsioonide õigeaegse käsitluse koostöös nefroloogidega. – soovitus pigem teha* ***15.12.2015 koosolekul arutatud kliiniliste küsimuste 11 ja 16***

	soovituste üle vaatamine Kliinilise küsimuse 11 tõendusmaterjali põhjal tehtud soovitus. Eelmisel korral arutatud ülevaatamine, ravijuhendi töörühma liikmed nõus arutelu ja soovitusega. Soovitus kinnitatakse elektrooniliselt. *43. Kroonilise neeruhaiguse ja diabeediga patsiendi HbA1c eesmärkväärtus hoida alla 7%. Kroonilise neeruhaiguse pidurdamiseks on vajalik parim võimalik diabeedi kompensatsioon. Oluline on tagada patsiendi ohutus – madalad HbA1c (alla 6,5%) seostuvad kõrgema hüpoglükeemiariskiga.* → ***tugev soovitus teha*** **Kliinilise küsimuse 16 tõendusmaterjali põhjal tehtud soovitus.** Eelmisel koosolekul arutati, et kroonilise neeruhaigusega ja aneemiaga patsientidel tuleks täpsustada rauavaegust. Töörühm arutas, kas seda saaks perearst teha ja, kas sellest oleks oluline lisakulu. Töörühm arutas, et rauavaeguse täpsustamiseks analüüside teostamine (ferritiini ja transferriini saturatsiooni kombinatsioon) ja aneemia käsitlus kroonilise neeruhaigusega patsiendil on siiski nefroloogi pädevuses. Analüüside kulude mõju haigekassa eelarvele esmatasandi osas ei ole vajalik teostada. Tõendusmaterjali ja töörühma arutelu alusel on sõnastatud soovitus hemoglobiini kontsentratsiooni määramise sageduse kohta kroonilise neeruhaigusega patsientidel. Aneemiaga patsiendid suunata edasiseks raviks nefroloogi vastuvõtule, vastav soovitus sõnastatakse nefroloogile suunamise soovituse juures. ***Töörühma poolt esialgselt sõnastatud soovitused:*** 44. *Hemoglobiini kontsentratsiooni kroonilise neeruhaigusega patsientidel määrata järgmise sagedusega:* - *eGFR alla 45 ml/min/1,73m2 1 kord aastas* - *eGFR alla 30 ml/min/1,73m2 2 korda aastas* *Aneemiat diagnoosida, kui hemoglobiin on alla 110 g/l. Kui eGFR on võrdne või kõrgem kui 60ml/min/1,73m2, siis on suurem tõenäosus, et aneemial on muud põhjused. –* ***hea tava suunis*** **3. Järgmise koosoleku aeg** Järgmine koosolek toimub 29.03. kl 12-16 Tallinnas. Arutatud järgmisel koosoleku teemasid (toodud vastuvõetud otsuste juures).
Vastuvõetud otsused	**1.** Konkureerivaid huvisid ravijuhendi koostamisel ei ole deklareeritud. **2.** Koosolekul osaleb seitse töörühma liiget, kvoorum soovituste kinnitamiseks ei ole koos. **3.** Esialgselt sõnastatud neli ravijuhendi soovitust. **4.** 11.11.2015 ning 4.02.2016 koosolekutel sõnastatud soovitused

	kinnitatakse enne järgmise koosoleku toimumist elektrooniliselt. **5.** Järgmine koosolek toimub 29.03.2016 Tallinnas **6.** Järgmisel koosolekul: - kliiniliste küsimuste 19, 20, 23 tõendusmaterjali arutelu ja soovituste sõnastamine/kinnitamine - kliinilise küsimuse 15 tõendusmaterjali ülevaatamine ja soovituste sõnastamine/kinnitamine (esmakordselt arutatud 11.11.2015 toimunud koosolekul) - kliiniliste küsimuste 10 ja 17 soovituste ülevaatamine ja kinnitamine. Soovitused kinnitamata, ootavad kaasajastatud tõenduspõhiste ravijuhendite valmimist. - kõikide sõnastatud ja kinnitatud soovituste ülevaatamine - ajakava kokkuleppimine ravijuhendi tööversiooni koostamiseks