

„Täiskasvanute astma käsitus esmatasandil“ ravijuhend

Töörühma koosoleku protokoll

Kuupäev	19. juuni 2013, kl 11.00 – 15.00
Koht	Tallinn, Olümpia Konverentsikeskus
Osalejad	Mari Meren, Kersti Veidrik, Kadi Pähn, Jaana Jürimaa, Eike Valdt, Urmas Takker, Triin Habicht, Marje Oona, Gerli Paat-Ahi, Erki Laidmäe, Reet Kadakmaa, Ulla Raid
Puudujad	Kaja-Triin Laisaar, Marju Kaljuste, Külli Paju, Helina Survo
Juhatajad	Mari Meren, Kersti Veidrik
Protokollija	Reet Kadakmaa, lisaks koosolek salvestati
Päevakord	1. Ülevaade huvide deklaratsioonidest, vajadusel uuendamine 2. Ravijuhendi sissejuhatavad ja käsitusala küsimused 3. Uue koosolekuaja kokkuleppimine
Vastuvõetud otsused	1. Huvide deklaratsioonid Vaadati üle ja täiendati. 2.Ravijuhendi sissejuhatavad ja käsitusala küsimused. Sissejuhatavad küsimused: Millal kahtlustada astmat? Lepiti kokku, et ravijuhenditest tehtud kokkuvõtte alusel tuleks astmat kahtlustada järgmiste sümptomite korral: - kiuned ja vilinad eriti sügaval väljahingamisel, - hootine köha, enam öösel ja/või varahommikul, - hingamisraskus (hingeldus), õhupuudus - raskustunne rindkeres Mis on astma kontroll? Arutati, et on võimalik eristatada kolme varianti astma kontrolli (täielikult kontrollitud, osaliselt kontrollitud ja mittekontrollitud astma) Otsustati: Esmatasandi ravijuhendi korral defineeritakse kontrollitud ja ja antakse soovitusel, mida teha juhul, kui astma ei ole kontrolli all Kontrollitud astma puhul on lubatud: a) Päevasümptomite esinemise sagedus. Otsus: kuni 2 lühikest episoodi nädalas. b) Öösümptomid Arutati variante: üldsegi mitte, kord kuus, kuni 2 korda kuus. Otsus: kuni 2 korda kuus.

	c) Füüsilisel koormuse piirangute esinemine Otsus: füüsilisel koormusel piiranguid ei ole. d) Ägenemiste sagedusi Otsus: kuni 1 korda aastas (sõltuvalt ägenemise raskusastmest). Ägenemiseks kriteeriumid on järgmised: - vajab kortikosteroidravi p/o, - vajab hospitaliseerimist või EMO abi, - tavapärane ravi ei toimi. Kas ka AB ja antihistamiinikumi ravi vajadus lugeda ägenemiseks, otsustakse edaspidi. e) Kas vajab kiiretoimelist bronhilõõgastit Variandid: kas üldse mitte, kuni 2 korda nädalas, kuni 4 korda nädalas. Otsus: kuni 2 korda nädalas. f) FEV1 või PEF isiku parim tulemus või vanuseline parim tulemus Otsustati: Isiku viimase 5 aasta isiklik parim $\geq$ kui 80%. g) PEF ööpäevane varieeruvus 20% Otsus: jääb välja h) Röga eosinofiilia Otsus: jääb välja i) Valideeritud küsimustik, kopsufunkts kadu, ravimite kõrvaltoimed Otsus: otsustakse hiljem. Täiendav küsimus: Kas astma kontrolliks peavad olema täidetud kõik kriteeriumid või 1 neist ja kas on vajalik küsida ka patsiendi arvamust. Otsus: otsustakse hiljem. Käsitlusala küsimused: Küsimus 3. Kas astma diagnoosiga patsiente tuleks nõustada järgmistel teemadel: a. ülekaalulistel kaalu alandamine vs mittealandamine. b. allergilise astma korral allergeenist hoidumine vs mittehoidumine c. füüsilise treenituse (fitness) parandamine vs mitteparandamine. Ravijuhendeid, milles on kaalulangetamist käsitletud, soovivad kaalulandamist, kuid tõendusmaterjali on vähe. Tõendus põhise andmed ei näita tolmuallergias vabanemiseks tehtud sekkumiste efektiivsust. Füüsilise treenituse osa vähe käsitletud, ravijuhendid otsest soovist ei anna. Otsus: Soovitada üldist elustiili nõustamist, kaalulangetamise nõustamise asemel. Patsienti tuleks julgustada füüsilise treeningu ja teadaolevast allergeenist hoidumisele.
--	---

Küsimus 4. Kas astma diagnoosiga patsientidele tuleb määrata hooravile lisaks püsiravi (hooravi või hooravi+püsiravi või hooravi asemel püsiravi).

Kas astma püsiravi alustada kerge või keskmise raskusega püsiva astma korral?

Soovitused alustada astma püsiraviga kerge püsiva astma korral, kuna siis on tõsiseid ägenemisi vähem. Tõendusmaterjal selle kohta, kas kerge püsiva astmaga patsientidele määrata pidev (*daily*) või vahelduv (*intermittent*) püsiravi (baasravi) oli hinnatud madalaks, kopsude funktsiooninäitajate halvenemise erinevuse kohta pikema aja jooksul materjali ei ole.

Otsus:

Tugev soovitus: Püsiva astmaga patsient vajab baasravi. 6 poolt, 0 vastu.

Praktiline nõuanne: Arutage kerge püsiva astmaga patsiendil ICS pideva baasravi ja vahelduva baasravi eeliseid ja puuduseid tulenevalt nende vajadusest ja isiklikest eelistustest.

Sõnastust ja kerge astma sümptomeid täpsustakse edaspidi.

6 poolt, 0 vastu

Kas astma hooraviks sobib LABA monoterapiana (ilma ICS)?

LABA monoterapia võib põhjustada tõsiseid mittesoovitavaid kõrvaltoimeid (kahju>kasu)

Otsus: tugev soovitus: astma hooraviks ei sobi LABA monoterapiana.

6 poolt, 0 vastu

Kas astma püsiraviks määrata SABA või vastavalt vajadusele hooravina.

Lühitoimeliste β_2 -agonistide (SABA) regulaarsel kasutamisel ei ole selgeid kliinilisi eeliseid SABA vajadusel kasutamise ees, kuid pideva SABA kasutamise ravikulu on suurem. Samas ei ole leitud olulist erinevust nende ravitaktikate ohutuses.

Otsus: tugev soovitus hooravile.

6 poolt, 0 vastu

Kas astma hooraviks määrata SABA või formoterool/ICS .
Kulude erinevusi ei ole analüüsitud.

	Otsus tehakse pärast kuluanalüüsi. Eelmisel koosolekul jäi otsustamata , millal suunata patsient eriarsti konsultatsioonile Otsus: arutakse koos tervishoiukorralduslike küsimustega. Mida kasutatakse astma hooraviks, kui patsient kõrvaltoimete tõttu ei talu beeta-agsnisti? Leitud süstemaatilised ülevaated teofülliin kas i/v või prolungeeritult toimeainet vabastavate preparaatide kohta ja ipratropium: mõned väiksemahulised RCT, tulemusnäitajateks surrogaatmarkerid. Kavas otsida materjali SABA ja SAMA kombinatsiooni kohta. Otsus: sekretariaat otsib täiendavat materjali. Küsimus 5: Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele tuleks manustada inhaleeritavat kortikosteroidi (ICS) või leukotrieeni retseptorite antagonist? Tugev tõendusmaterjal selle kohta, et kerge ja mõõduka astmaga patsientidele püsiravi alustamine inhaleeritava kortikosteroidpreparaadiga (ICS) on tõhusam kui leukotrieeni retseptorite antagonistiga (LTRA). Otsus: Tugev soovitus: püsiravi vajavatele patsiendile määratakse esimesena inhaleeritav kortikosteroid. Küsimus 6. Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele tuleks määrata ICS monoterapiat vs ICS ja pikatoimeliste β2agonistide (LABA) kombineeritud teraapiat Ravijuhendite soovitustes erinevused. Sagedamini on soovitatud ICS monoterapiat, teatud juhtudel kombineeritud raviga alustamine. Uuringutes ravi alustamisel madalas annuses ICS (200-400 µg BUD-Eq) võrreldes samas annuses ICS ja LABA kombineeritud teraapiaga ravitulemustes ja kõrvaltoimete osas olulisi erinevusi ei leitud. Kõrgema annusega ICS (800-1000 µg BUD-Eq) ravi alustamisel võrreldes kombineeritud teraapiaga (madalamas annuses ICS ja LABA), esineb kombinatsioonravi saanute hulgas rohkem suukaudset kortikosteroidravi vajavaid ägenemisi ja ravi katkestamisi. Kulude osas monoterapia (fluktikasoon) odavam kui kombinatsioonravi (salmeterool+fluktikasoon). Otsus: püsiravi vajavatele patsiendile määratakse esimesena inhaleeritav kortikosteroid (<i>s.t. baasravi mittesaanutel ei alustata kohe kombinatsioonraviga</i>). Küsimus 7. Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele tuleks ravi tiitrimisel (step-up) suurendada ICS
--	---

annust (monoteraapia) vs ICS (algannusele) LABA lisamine (kombineeritud ravi)?

Ravi ülestiitrimisel saavutatakse mõõdukalt/mõnevõrra paremad ravitulemused (*modest improvement*), kui madalas annuses inhaleeritavale kortikosteroidile lisatakse pikatoimeline β 2-agonist (kombineeritud ravi) võrreldes sellega, kui suurendatakse inhaleeritava kortikosteroidi annust (monoteraapia).

Kulude osas on kombineeritud ravi mõnevõrra kallim, kuid flutikasoon ja salmeterooli kombinatsiooni kasutamisel töörihma hinnangul mitte olulisel määral. Arvestada tuleb, et soodsamate kombinatsioonravimite turuletulek võib nende hinda veelgi allapoole tuua. Seejärel tõuseb päevakorda esmase väljakirjutamise õiguse laiendamine ka perearstile. Soovitus pigem eelistada kombineeritud ravi.

Küsimus 8. Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele tuleks ravi tiitrimisel (step-up) määrata kahe ravimi kombinatsioonid ISC+LABA vs ISC+leukotrieeni retseptorite antagonist (LRA) vs ISC+ pikatoimeline teofülliin?

- a) ICS-LABA vs ISC_LRA – soovitus ICS- LABA kombinatsiooni
- b) ICS-LABA vs ISC – pikaajaline teofülliin
- c) C) ISC- LRA vs ISC – pikatoimeline teofülliin – ravijuhendite soovitude põhjal kergemate astma vormide puhul eelistada pigem ISC –LRA kombinatsiooni, kuna teofülliinil sagedamini kõrvaltoimeid

Ravijuhendite soovitude põhjal kergemate astma vormide puhul eelistada pigem ISC+LRA kombinatsiooni, kuna teofülliin põhjustab sagedamini kõrvaltoimeid

Otsus: tugev soovitus.

Astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele tuleks ravi tiitrimisel (step-up) määrata kahe ravi kombineerimisel eelistuse järjekord LABA, LTRA, pikatoimeline teofülliin.

6 poolt poolt 0 vastu

Küsimus 9 Kas astma diagnoosiga püsiravi vajavatele patsientidele tuleks soovitada kombineeritud inhaleeritavat ravi fikseeritud kombinatsioonpreparaatidega vs samade ravimite eraldi inhalaatoritega?

Kombineeritud ravi võib anda paremaid tulemusnäitajaid parema ravisoostumise tõttu. Salmeterool/flutikasooni korral kombinatsioonpreparaat soodsam, kuid formoterooli/budesoniidi

korral kallim.

Soovituse tugevuse hindamiseks täpsustab sekretariaat andmeid.

Küsimus 10. Kas püsiravi saavate patsientide astma raske ägenemise korral on soovitatav kasutada süsteemset kortikosteroidi vs püsiravi annuste suurendamisega?

Mõõduka ja raske (ägeda) korral lisada suukaudne kortikosteroidravi.

Püsiravi saavate patsientide astma raske ägenemise korral on soovitatav kasutada suukaudseid kortikosteroide. Annused ja pikkus täpsustakse.

Algannus 25-30 mg. Individuaalselt ka 3 päeva või 1 tableti kaupa

Juhul kui patsient saab lisaks suukaudselt kortikosteroidi jätkub inhaleeritav ravi samas doosis.

Küsimus 11. Kas astma kontrolli saavutanud patsientidele tuleks soovitada püsiravi annuste allapoole tiitrimist (step-down) vs ravi jätkamisega samas annuses?

Tingimuslik soovitus:

Astma kontrolli saavutanud patsientidele tuleks võimalikult madala inhaleeritava kortikosteroidide annustega ja tuleks kaaluda inhaleeritavate kortikoidide vähendamist kuni 50% iga kolme kuu tagant.

Sekretariaat täpsustab andmeid perioodi kohta - kas enne peab olema kontroll püsinud teatud aja jooksul (nt 6 kuud). Täpsustab tõendusmaterjale

Küsimus 15: Kas ja missuguse sagedusega tuleb astma diagnoosiga patsientide jälgimisel kasutada valideeritud astma küsimustikke (ACT) vs nende mittekasutamisega?
Arutakse järgmisel korral.

Küsimus 18. Kas astma diagnoosiga patsientidele kasutada ravisoostumuse parandamiseks meeldetuletuse süsteeme (reminder) vs mittekasutamisega?
Arutakse järgmisel korral.

3. Uue koosolekuaja kokkuleppimine

Uus koosolek **28. august kl 11-15** Tartus.

Sekretariaadi täiendavad tööülesanded:

Gerli teeb astma raskusastmete tabeli

Jaana vastab küsimusele 14.

Reet vastab küsimusele 13.

Marje saadab Reedale koosoleku ettekande ja ravijuhendite faili.

Marje saadab Erkile andmed võrreldavate ravimiannuste osas, et teha

	kuluanalüüs küsimuse osas: Kas astma hooraviks määrata SABA või formoterool/ICS
Koosoleku juhataja Mari Meren Kersti Veidrik	Koosolekut protokollis Reet Kadakmaa