

Autor(id): Viktoria Ivanova/Tatjana Meister

Küsimus: Kas kõiki üle 40-aastaseid suitsetavaid või suitsetamise anamneesiga (vähemalt 10 pakk-aastat) täiskasvanuid tuleks KOKi suhtes spiromeetria abil skriinida vs mitte KOKi avastamiseks varases staadiumis?

Kontekst:

Bibliograafia:

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			

Skriiningspiromeetria tundlikkus ja spetsiifilisus

3 ^{1,a}	jälgimisuuringud	suur ^b	väike ^c	väike	väike	puudub	Süstemaatilises ülevaates (Guirguis-Blake et al 2016, n=1,587)) hinnati skriiningspiromeetria tundlikkust ja spetsiifilisust KOKi suhtes. Kaks uuringut (Frith jt 2011, n=204; Thorn jt 2012, n=305) kasutasid KOKi skriininguks pre-BDT FEV1/FEV6 <0,7 ning nendes uuringutes skriiningspiromeetria tundlikkus KOKi suhtes oli vastavalt 51 ja 53% ja spetsiifilisus 93 ja 90% (PPV vastavalt 73 ja 63%, NVP 83 ja 85%). Sichletidis jt 2011 uuringus (n=1078) kasutati skriininguks post-BDT FEV1/FEV6 <0,7 ning antud uuringu tundlikkus KOKi diagnoosimisel oli 80,2%, spetsiifilisus 95% (PPV, 64%; NPV, 98%). Meetodi tundlikkus langes (tundlikkus 72%) ning spetsiifilisus tõusis (spetsiifilisus 97%) kui skriiningspiromeetria eelnes preskriiningsuhtestiku kasutamine (CDQ).	⊕○○○ VÄGA MADAL	OLULINE
------------------	------------------	-------------------	--------------------	-------	-------	--------	--	--------------------	---------

Valepositiivsete ja valenegatiivsete tulemuste osakaal skriiningspiromeetrial

3 ^{1,a}	jälgimisuuringud	suur ^b	väike ^c	väike	väike	puudub	Süstemaatilises ülevaates (Guirguis-Blake et al 2016, n=1,587)) hinnati valepositiivsete ja valenegatiivsete tulemuste arvu suitsetajate skriininguks KOKi suhtes. Kahes uuringus (Frith jt 2011, n=204; Thorn jt 2012, n=305) kasutati KOKi skriininguks pre-BDT FEV1/FEV6 <0,7 ja ühes uuringus (Sichletidis jt, n=) post BDT FEV1/FEV6 <0,7. Nendes uuringutes varieerus valenegatiivsete tulemuste arv 19,8-49,1% , olles väikseim post-BDT <0,7 kasutamisel indeksmeetodina (19,8%). Valepositiivsete tulemuste arv varieerus 5,2-10,5% ja kõige vähem valepositiivseid tulemusi oli jällegi post-BDT<0,7 kasutamisel indeksmeetodina. Frith ja Thorn uuringutes (Pre-BDT FEV1/FEV6, suitsetamise anamneesiga patsiendid) valenegatiivsete osakaal oli vastavalt 47% ja 49% ning valepositiivse osakaal 8% ja 10%. Sichletidis uuringus (post-BDT FEV1/FEV6 <0,7, suitsetajad ja mitesuitsetajad) valenegatiivseks osutunud patsientide osakaal oli 19,8% ja suitsetajate alarühmas 20%; valepositiivsete patsientide osakaal oli 5,2% ja suitsetajate alarühmas 6%	⊕○○○ VÄGA MADAL	OLULINE
------------------	------------------	-------------------	--------------------	-------	-------	--------	---	--------------------	---------

Suitsetamisest loobumine skriiningspiromeetria järel

5 ^{1,d}	randomiseeritud uuringud	väike ^e	suur ^f	väike	väike	puudub	Süstemaatilisse ülevaatesse (Guirguis-Blake et al 2016 (10), n=1694) kaasati 5 keskmise kvaliteediga RCT (Kotz jt 2009 (23), n=228; McClure jt 2009 (24), n=536; Parkes jt 2008 (25), n=561; Sippel jt 1999 (26), n=205; Risser jt 1990 (27) n=90) ning hinnati skriininguga tuvastatud suitsetavate ja suitsetamisest loobumise nõustamist saanud patsientide suitsetamisest loobumise soostumust. Interventsioonigrupi patsientidele (IG) tutvustati skriiningspiromeetria tulemusi selgitades uuritavatele kas nende "kopsude vanust" või patsientide KOK-i staatust. Kontrollrühma patsientidele (KG) ei tutvustatud spiromeetria tulemusi. Biokeemiliselt kinnitatud abstinentsi hinnatud uuringutes leiti järgmised tulemused: Kotz jt 2009 uuringus (23) (n=116 vs n=112) 12 kuud kestnud jälgimisperioodi järel saavutas abstinentsi 11,2% IG-s ja 11,6% KG-s (OR 0,88, 95%CI 0,38-2,03); Risser jt 1990 uuringu (27) IGs (n=45) loobus suitsetamisest 20% ja KG-s (n=45) 6% uuritavatest (p=0,06). Vaid ühes uuringus (Parkes et al 2008 (25), n=280 vs n=281) esines IG-s stabiilselt oluline bioloogiliselt kinnitatud abstinentsi saavutanud patsientide arv pärast 12-kuulist jälgimist (n=561; 13,6% IG-s vs 6,4% KG-s; erinevus, 7,2% (95%CI 2,2-12,1), p=0,005). Sama uuringu IG osalejad vähendasid ka sigarettide arvu päevas (11,7 vs 13,7; p=0,03). Uuringusse kaasati ka KOK-i ning astma diagnoosiga patsiendid, mistõttu selle uuringu andmed ei ole otseselt ülekantavad skriininguga tuvastatud püsiobstruktsiooniga patsientidele. Kahes uuringus pidid patsiendid ise hindama oma suitsetamise staatust jälgimisperioodi järel ning nendes uuringutes ei leitud erinevust IG ja KG vahel või oli suitsetamisest loobunud uuritavate arv kontrollrühmas isegi kõrgem: Sippel 1999.a uuringus (26) (n=103 vs n=102) 9 kuu järel loobusid suitsetamisest 9% IG patsientidest ja 14 % KG patsientidest (OR 0,6, 95%CI 0,2-1,4); McClure jt 2009.a uuringus (24) (n=267 ja n=269) ei leitud olulist vahet kahe grupi vahel 6 kuu jälgimisperioodi järel 12,0% vs 14,1% (OR 0,77, p= 0,3). Kokkuvõtteks võib öelda, et suitsetavate patsientide skriining püsiobstruktsiooni suhtes ning sellele järgnev nõustamine suitsetamisest loobumise suhtes ei mõjutanud suitsetamisest loobumise määra.	⊕⊕⊕⊕ KESKMINE	KRIITILINE
------------------	--------------------------	--------------------	-------------------	-------	-------	--------	---	------------------	------------

CI: usaldusintervall

Selgitused

- a. Frith 2011, Sichletidis 2011, Thorn 2012
b. Ühes uuringus (Thorn jt. 2012). ei täpsustatud kroonilise kopsuhaigusega patsientide osakaalu. Samas uuringus ei ole täpsustatud nende patsientide osakaalu, kelle andmeid ei ole arvestatud puudulikult teostatud spiromeetria tõttu.
c. Uuringud varieerusid skriiningumeetodi ning patsientide suitsetamise kogemuse poolest. Kahes uuringus (Thorn jt 2012, Frith jt 2011) kasutati KOKi skriininguks pre-BDT FEV1/FEV6 ja ühes uuringus mõõdeti FEV1/FEV6 peale bronhodilataatori manustamist. Ühte uuringusse (Sichletidis jt 2011) kaasati nii suitsetavad kui ka mitesuitsetavad patsiendid, suitsetavate patsientide osakaal oli 48,8%. Skriiningspiromeetria tundlikkust ja spetsiifilisust KOKi suhtes hinnati antud uuringus eraldi suitsetavate ja mitesuitsetavate patsientide jaoks. Võrdlusstandardiks kõiges kolmes uuringus oli FEV1/FVC <0,7 peale bronhodilataatori manustamist.
d. Kotz et al 2009, McClure et al 2009, Parkes et al 2008, Sippel et al 1999, Risser jt 1990
e. Uuringus osalenud ei olnud võimalik pimendada, kuid uuringu kaasamise kriteeriumid ja väljalangemise kriteeriumid olid selgelt kirjeldatud (v.a Risser, et a 1990 , kus väljalangemise kriteeriumid pole kirjeldatud). Parkes jt 2008 uuringusse kaasati ka eelnevalt kinnitatud KOKi diagnoosiga patsiendid, nende patsientide osakaal oli siiski väike, vaid 7% uuritavatest.
f. Uuritavad erinesid valitud populatsiooni vanuse, suitsetamise staaži ja sekumise (nõustamise) kestvuse ning iseloomu poolest. Ainult ühes uuringus (Kotz 2008) teavitati patsientidele nende positiivne KOKi staatust skriiningu järel. Ülejäänud uuringutes fikseeriti langenud kopsufunktsioon või hinnati "kopsude vanust", täpsustamata patsientide KOKi staatust. See on ainuke uuring, millesse kaasati vaid skriininguga tuvastatud ja suitsetamisest loobuma huvitatud KOKi haiged. Uuringute tulemused varieerusid sõltuvalt abstinentsi kinnitava meetodi valikust - interventsioonirühmas saavutati kõrgem bioloogiliselt kinnitatud abstinentsi määr (statistiliselt oluline tulemus saadi siiski vaid ühes kolmest uuringust). Need uuringud, kus patsiendid hindasid ise oma suitsetamise staatust jälgimisperioodi järel, näitasid vastuolulisi tulemusi või oli suitsetamisest loobunute arv isegi suurem kontrollrühmas.

Viited

- Guirguis-Blake JM, Senger CA, Webber EM, et al.. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency

