



Veselības ministrija

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.3.0/15/I/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros"

Ļaundabīgo audzēju recidīvu primārā un sekundārā diagnostika, nosakot secīgu izmeklējumu nepieciešamību noteiktu simptomu vai iepriekšējo izmeklējumu rezultātu gadījumā un iekļaujot vienotu konsīliju veidlapu

Sarkoma (dažādas lokalizācijas)

KLĪNISKAIS CEĻŠ

Izstrādāts LATVIJAS ĀRSTU BIEDRĪBĀ projekta "Klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un kvalitātes indikatoru izstrāde onkoloģijā un bērnu (sākot ar neonatālo periodu) aprūpes jomā" (Iepirkuma identifikācijas Nr.VM 2022/29/ESF) ietvaros

Darba grupas dalībnieki: Ilze Aizsilniece, ģimenes ārste, Aija Geriņa-Bērziņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Viktors Kozirovskis, onkologs ķīmijterapeits, Eva Vecvagare, onkoloģe ķīmijterapeite, Sigita Hasnere, onkoloģe ķīmijterapeite, Elīna Sīviņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Līga Keiša-Ķirse, onkoloģe ķīmijterapeite, prof. Ardis Platkājis, radiologs diagnostis, Zaiga Kalnbērza-Ribule, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Anna Millere, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Lauris Repša, traumatologs, ortopēds

2023

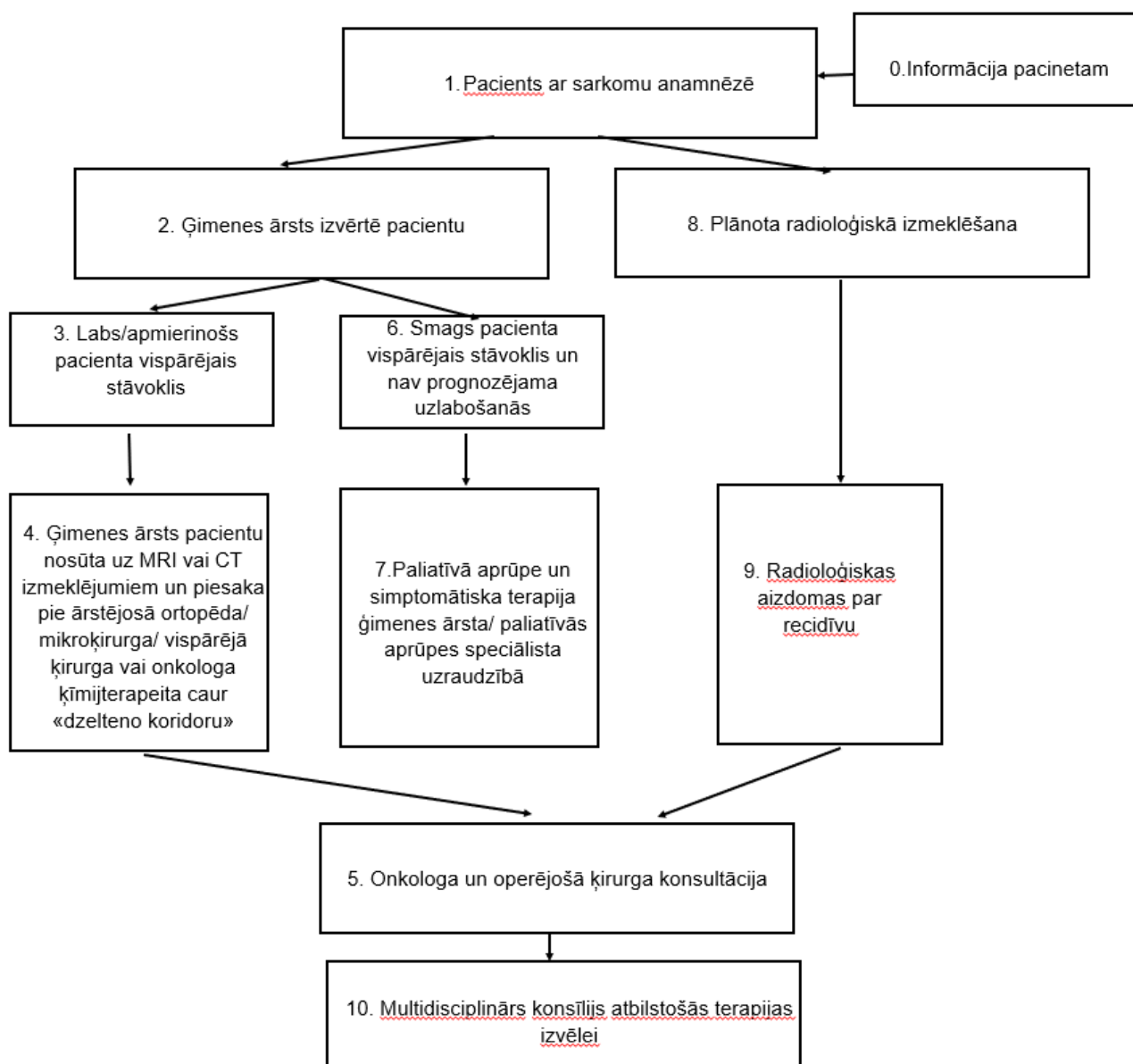
Klīniskā ceļa lietotāju mērķa grupa

- Pacienti
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)*
- Onkologi ķīmijterapeiti (P 16)*
- Ķirurgi (P 03)*
- Traumatologi, ortopēdi (P 13) *
- Radiologi terapeiti (P 31)*
- Radiologi (P 32)*
- Atbilstošu specialitāšu rezidenti

Saīsinājumi

CT	– datortomogrāfija
ECOG	– <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
i/v	– intravenoza
k/v	– kontrastviela
MR	– magnētiskā rezonanse

Klīniskā ceļa shēma



Paskaidrojumi par klīniskā ceļa shēmu

0. Informācija pacientam.

Ja iepriekš ir bijusi diagnosticēta sarkoma neatkarīgi no lokalizācijas, ir pastiprināti jāpievērš uzmanība savam veselības stāvoklim. Sarkomas recidīvu vai metastāžu risks vienmēr pastāv. Vislielākā vēriba jāpievērš pirmajos 3 gados, kas ir lielākā recidīvu vai metastāžu iespējamība. Pēc sarkomas ārstēšanas tiks nozīmēts novērošanas protokols - izmeklējumi, kas jāveic regulāri. Uz tiem nosūta ģimenes ārsts, ārsts speciālists vai onkologs (*Šeit būtu svarīgi, ka uz konsīlija nozīmētajiem izmeklējumiem var nosūtīt ģimenes ārsts, nevis tikai speciālists*) kā arī pašam pacientam jāpievērš uzmanība savam veselības stāvoklim, tā izmaiņām. Ja tiek novērotas lokālā vai vispārējā stāvokļa novirzes (operētajā vietā vai citā ķermeņa daļā veidojums, kurš palielinās izmēros, sāpes ekstremitātēs, nespēks, svarā krišanās, vēdera darbības traucējumi, neskaidras galvassāpes, ieildzis klepus) un 3 nedēļu laikā tās nepāriet, primāri jāvēstas pie ģimenes ārsta, kurš nosūtīs uz atbilstošiem turpmākiem izmeklējumiem diagnozes precizēšanai. Ja ģimenes ārstam pēc veiktajiem izmeklējumiem radīsies aizdomas par sarkomas recidīvu vai disemināciju, tad caur "dzelteno koridoru" pacientu nosūta pie onkologa vai ārstējošā ārsta turpmākai diagnostikai un ārstēšanai. Ja veselības stāvoklis ir stabils, nav klīnisku aizdomu par recidīvu, ir jāveic iepriekš nozīmētie izmeklējumi, jo sākotnēji sarkomām sūdzību nav. Pēc literatūras datiem 50% recidīvu tiek konstatēti rutīnas izmeklējumos. Ja radioloģiskajos izmeklējumos konstatē aizdomas par recidīvu vai disemināciju, tad caur " dzelteno koridoru" ģimenes ārsts nosūta pie ārsta-speciālista vai onkologa.

1. Pacients, kuram anamnēzē veikta sarkomas ārstēšana, ir jāturpina novēroties mūža garumā. Vislielākais risks sarkomu recidīviem ir pirmie trīs gadi – 80% no recidīviem rodas šajā laika posmā. 95% no visiem recidīviem ir pirmo piecu gadu laikā pēc primārās ārstēšanas.

Pacientam jāveic aktīva pašnovērošana – jāseko līdzi savam vispārējam veselības stāvoklim, reizi mēnesī jāveic pašizmeklēšana operētajai lokalizācijai.

Sūdzības, kas varētu liecināt par audzēja recidīvu:

- palpējams veidojums operācijas zonā vai tās tuvumā;
 - strauji (3–4 nedēļu laikā) pieaugoša mīksto audu tūska operācijas rajonā;
 - pieaugošas sāpes iepriekš veiktās operācijas vietā;
 - palpējami veidojumi cirkšņos vai padusēs, kas iepriekš nav bijuši;
 - gastrointestinālas sūdzības – sāpes vēderā, aizcietējumi, caurejas, apetītes trūkums, palpējams veidojums vēderā;
 - galvassāpes, vemšana;
 - progresējošs nespēks, vispārējā stāvokļa pasliktināšanās;
 - klepus bez citām vīrusu slimībām raksturīgām pazīmēm, kurš progresē.
2. Pacients ar sūdzībām dodas pie primārās aprūpes ārsta (ģimenes ārsts), kuram, noskaidrojot anamnēzi un izmeklējot pacientu, rodas aizdomas par iespējamu sarkomas recidīvu vai metastāzēm. Ģimenes ārsts veic pacienta fizikālu izmeklēšanu, vispārējā stāvokļa izvērtēšanu un rutīnas analīzes. Ja pacientam ir simptomi, kas apdraud dzīvību, tad pacients tiek nosūtīts uz neatliekamās medicīnas centru.

3. Tālāka izmeklēšana ir mērķtiecīga, ja pacienta vispārējais stāvoklis ir labs/apmierinošs un izmeklēšanai varēs sekot specifiska terapija.
4. Ja ģimenes ārstam ir aizdomas par audzēja lokālu recidīvu vai audzēja attālām metastāzēm, tad pacients paātrinātā kārtā tiek nosūtīts uz atbilstošu MR un CT izmeklējumu krūškurvim/vēderam ar i/v k/v un tiek pieteikts uz konsultāciju pie ārstējošā ortopēda/mikroķirurga/vispārējā ķirurga vai onkologa ķīmijterapieta metastāžu gadījumā. Ģimenes ārsts izsniedz nosūtījumu.
5. Onkologa un operējošā ķirurga konsultācijas laikā izvērtē klīnisko un/vai radioloģisko atradi. Izmantojot “dzeltenu koridoru”, papildus nozīmē radioloģiskos, laboratorijas izmeklējumus. Nepieciešamības gadījumā veic biopsiju. Ja audzēja recidīvs vai diseminācija apstiprinās, nosūta uz multidisciplināru konsīliju.
6. Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir smags (ECOG ≥ 3) un nav prognozējama tā uzlabošanās, tad tālāka izmeklēšana nav mērķtiecīga un pacients turpinās saņemt simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi.
ECOG 3 – pacients dienas lielāko daļu – vairāk nekā 50% – pavada gultā un spējīgs veikt tikai ierobežotu pašaprūpi.
ECOG 4 – pacients ir pilnībā piesaistīts gultai un nevar veikt nekādu pašaprūpi.
7. Ja pacienta vispārējais stāvoklis ir smags, turpmāka izmeklēšana nav mērķtiecīga, jo tai nevarēs sekot specifiska pretvēža terapija. Šādos gadījumos ģimenes ārsts nodrošina simptomātisku terapiju savas kompetences robežās. Pacientam un viņa radniekiem rekomendē vērsties pie paliatīvās aprūpes speciālista un uztura speciālista, ja pacientam vēro svāra zudumu. Nosūtījumu izsniedz ģimenes ārsts.

Arī pacientiem, kam jau iepriekš multidisciplinārs konsīlijs ir lēmis par tālāko simptomātisku terapiju un paliatīvu aprūpi (pacients atrodas slimības terminālā fāzē un visas specifiskās pretvēža terapijas metodes jau ir izsmeltas vai nav bijušas iespējamās), simptomu progresijas un jaunu simptomu parādīšanās gadījumā simptomātisku terapiju savas kompetences robežās nodrošina ģimenes ārsts sadarbībā ar paliatīvās aprūpes speciālistu.

8. Plānota radioloģiskā izmeklēšana. G2 un G3 (zemu diferencētiem) audzējiem radioloģisko izmeklējumu biežums ir ik pēc 3–4 mēnešiem pirmos trīs gadus, pēc tam reizi sešos mēnešos nākamajos divus gadus. Ja ir pagājuši vairāk nekā pieci gadi kopš primārās ārstēšanas, izmeklējumi veicami reizi gadā.
Radioloģiskie izmeklējumi sarkomu gadījumā ir lokāli MR ar i/v kontrastvielu, pārskata rentgenogrāfija ekstremitātēm kaulu audzēju gadījumā un CT ar i/v kontrastvielu abdominālām sarkomām, CT plaušām.
Precīzu novērošanas algoritmu nosaka multidisciplinārs konsīlijs.
Nosūtījumu uz rentgenu, sonogrāfiju, datortomogrāfiju izsniedz ģimenes ārsts, uz magnētisko rezonansi - ārsts speciālists.
Ja nav aizdomu par recidīvu, pacients turpina aktīvu pašnovērošanos un radioloģiskos izmeklējumus pēc iepriekš noteiktā protokola.
9. Ja radioloģiskajos izmeklējumos ir aizdomas par recidīvu, izmeklējumu rezultātus izvērtē ģimenes ārsts. Ja slēdzienā minētas patoloģiskas izmaiņas,

- kas atbilst audzēja recidīvam vai diseminācijai, tad, izmantojot “dzeltenu koridoru”, pacients tiek nosūtīts pie onkologa un/vai operējošā ķirurga.
10. Pacients tiek nosūtīts uz multidisciplināru konsīliju atbilstošas terapijas izvēlei. Pēc radioloģisko izmeklējumu veikšanas pacients jāizvērtē multidisciplinārā konsīlijā, kurā piedalās ārsts speciālists ar specializāciju sarkomu ārstēšanā, radiologs, staru terapeits, onkologs ķīmijterapeits.

Informācija par pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem

- Konsultācija pie ārsta speciālista vai onkologa ķīmijterapeita tiek segta no valsts budžeta. Papildus nepieciešams segt pacienta līdzmaksājumu.
- CT ar k/v tiek segta no valsts budžeta. Papildus nepieciešams segt pacienta līdzmaksājumu.
- MR ar k/v tiek segta no valsts budžeta. Papildus nepieciešams segt pacienta līdzmaksājumu.
- Ultrasonogrāfija dažādām ķermeņa daļām tiek segta no valsts budžeta. Papildus nepieciešams segt pacienta līdzmaksājumu.
- Pozitronu emisijas tomogrāfija/datortomogrāfija tiek segta no valsts budžeta ar multidisciplinārā konsīlija slēdzienu.

Sakarā ar aizdomām par sarkomas recidīvu vērsties primārajā ārstēšanas iestādē – Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcas Ambulatorajā nodaļā, tālrunis 67399421, vai Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Latvijas Onkoloģijas centra Ambulatorajā nodaļā, tālrunis 67042264.

Atsauces

1. <https://www.esmo.org/for-patients/patient-guides/bone-sarcoma>
2. <https://www.esmo.org/guidelines/guidelines-by-topic/sarcoma-and-gist/soft-tissue-and-visceral-sarcomas>
3. <https://www.esmo.org/guidelines/guidelines-by-topic/sarcoma-and-gist/gastrointestinal-stromal-tumours>
4. Jane Y.C. Hui. Epidemiology and Etiology of Sarcomas. *Surg Clin North Am*, 2016 Oct;96(5):901-14. doi: 10.1016/j.suc.2016.05.005.
5. Chigusa Sawamura, Seiichi Matsumoto, Takashi Shimoji, Atsushi Okawa, Keisuke Ae. How Long Should We Follow Patients With Soft Tissue Sarcomas? *Clin Orthop Relat Res*. 2014 Mar; 472(3): 842–848. Published online 2013 May 29. doi: 10.1007/s11999-013-3076-6
6. Yao Liang, Tianhui Guo, Dongchun Hong, Wei Xiao, Zhiwei Zhou, Xing Zhang. Time to Local Recurrence as a Predictor of Survival in Patients With Soft Tissue Sarcoma of the Extremity and Abdominothoracic Wall. *Front Oncol*. 2020; 10: 599097. Published online 2020 Nov 4. doi: 10.3389/fonc.2020.599097
7. Arvid von Konow, Iman Ghanei, Emelie Styring, Fredrik Vult von Steyern. Late Local Recurrence and Metastasis in Soft Tissue Sarcoma of the Extremities and Trunk Wall: Better Outcome After Treatment of Late Events Compared with Early. *Annals of Surgical Oncology*, 2021, Volume 28: 7891–7902.
8. Hideshi Sugiura, Satoshi Tsukushi, Masahiro Yoshida, Yoshihiro Nishida. What Is the Success of Repeat Surgical Treatment of a Local Recurrence After Initial Wide Resection of Soft Tissue Sarcomas? *Clin Orthop Relat Res*. 2018 Sep;476(9):1791-1800. doi: 10.1007/s11999.000000000000158.
9. Piotr Rutkowski, Iwona Ługowska. Follow-up in soft tissue sarcomas. *Memo*, 2014; 7(2): 92–96. Published online 2014 Jun 13. doi: 10.1007/s12254-014-0146-8