

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Medici Endocrinologi (AME)

1	<p>Non richiedere/eseguire di routine l'ecografia tiroidea nei soggetti senza segni e/o sintomi di patologie tiroidee e non appartenenti a gruppi a rischio per carcinoma tiroideo e limitare l'indicazione e l'esecuzione di agoaspirati su noduli a basso rischio.</p> <p>L'ecografia tiroidea è un esame fondamentale nella diagnostica delle patologie tiroidee; il suo impiego, tuttavia, deve avvenire in un contesto clinico appropriato. Piccoli noduli tiroidei sono molto frequenti nella popolazione generale e, nella maggior parte dei casi, benigni. Nelle ultime decadi, inoltre, si è registrato un notevole incremento di diagnosi di carcinoma tiroideo (spesso differenziato e di piccole dimensioni), non associato ad aumento della mortalità, evidenziandosi in tal modo una condizione di overdiagnosis. L'esecuzione indiscriminata dell'ecografia non solo individua un numero elevato di noduli tiroidei privi di "peso patologico" ma può essere causa di ansia nel paziente e di un aumento delle procedure diagnostiche e degli interventi chirurgici (possibile overtreatment), con conseguenti costi ingiustificati per la collettività, oltre che possibili danni per il paziente. Si raccomanda pertanto 1) di evitare gli screening ecografici su popolazione non a rischio per carcinoma tiroideo; 2) evitare frequenti controlli ecografici in soggetti con tiroidite cronica autoimmune e senza noduli; 3) limitare l'indicazione e l'esecuzione di agoaspirati su noduli che, in base alla stratificazione del rischio di malignità all'ecografia appartengano alle classi a basso rischio.</p>
2	<p>La ripetizione dell'indagine densitometrica ossea è raramente giustificata ad intervalli minori di due anni.</p> <p>La densità minerale ossea valutata con tecnica DXA è da considerarsi la metodica d'elezione nella valutazione della massa ossea; i controlli, corretti solo utilizzando strumenti identici, sono opportuni per monitorare l'efficacia della terapia e nei soggetti che "perdono osso" troppo velocemente (terapia con steroidi). Nelle valutazioni periodiche bisogna considerare che: a) la perdita annua di massa ossea nelle donne in menopausa è dello 0.5-2%; b) la maggior parte delle terapie incrementa la densità ossea dell'1-6%; c) la variazione minima registrabile dalla tecnica utilizzata (LSC) è del 2-4%. È quindi giustificata una rivalutazione della DXA solo dopo 16-24 mesi dall'inizio o dal cambiamento di terapia, salvo rare eccezioni.</p>
3	<p>Non richiedere il dosaggio del testosterone libero nel sospetto diagnostico di ipogonadismo e di iperandrogenismo.</p> <p>Il testosterone è l'androgeno più importante dell'organismo. La misura della sua concentrazione trova indicazione in numerose condizioni cliniche sia nel maschio che nella femmina. Tuttavia sussistono problematiche analitiche tali da rendere non sempre trasparente l'interpretazione e l'utilizzo del dosaggio della quota libera; il metodo di riferimento, dialisi all'equilibrio, non è attuabile su larga scala. È pertanto preferibile non proporre questo tipo di valutazione ma basarsi sul testosterone totale.</p>
4	<p>Non prescrivere il dosaggio della FT3 (triiodotironina libera) per la valutazione iniziale dello stato funzionale tiroideo e nel controllo periodico dell'ipotiroidismo in terapia.</p> <p>I dosaggi ormonali sono utile conferma biochimica di una disfunzione tiroidea in presenza di segni e sintomi manifesti ed indispensabile riferimento per i successivi controlli in corso di terapia. E' però abbastanza comune che al Medico si rivolgano soggetti che presentano solo disturbi aspecifici (ansia, depressione, dislipidemia, obesità, turbe del ritmo cardiaco.....) e nei quali la probabilità di patologia è molto bassa. In questi casi è corretto dosare soltanto il TSH e completare la valutazione dosando gli ormoni tiroidei (FT4 e raramente FT3) solo se si riscontrano valori di TSH patologici. Nel monitoraggio della terapia sostitutiva dell'ipotiroidismo con L-tiroxina il dosaggio dell'FT3 non è utile per valutare l'adeguatezza della posologia.</p>
5	<p>Non trattare con L-tiroxina i pazienti con gozzo nodulare se non in casi selezionati.</p> <p>La crescita dei noduli tiroidei, la comparsa di altri noduli e l'aumento di volume della tiroide possono essere parzialmente prevenuti dal trattamento con levotiroxina a scopo TSH-soppressivo. Una riduzione volumetrica clinicamente significativa si realizza però solo con terapie a lungo termine ed in una minoranza di pazienti (noduli colloidei piccoli, di recente diagnosi). La crescita dei noduli non è infatti influenzata solo dal TSH ma anche da altri fattori di crescita. La terapia soppressiva con L-tiroxina realizza, peraltro, una condizione di tireotossicosi subclinica che può risultare rischiosa in specie per le donne in menopausa (favorendo l'osteoporosi) e per gli anziani (per il possibile peggioramento di cardiopatie pre-esistenti o insorgenza di fibrillazione atriale). Tale terapia può essere quindi presa in considerazione solo in soggetti giovani, in casi selezionati, mentre, se già in corso, va sospesa in caso di donne in menopausa e soggetti anziani, rivalutando nel tempo la funzione tiroidea.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

Come si è giunti alla creazione della lista

L'Associazione Medici Endocrinologi (AME) ha costituito al suo interno un gruppo di lavoro (AME per una Medicina Sostenibile). I 4 medici partecipanti dopo una prima fase di ricerca individuale e successive riunioni hanno individuato le 5 pratiche; la lista delle procedure ad alto rischio di inappropriata è stata approvata dal Consiglio Direttivo della Società e portata all'attenzione di tutti i soci. L'interesse per l'argomento è molto forte e sarà oggetto di una Sessione del prossimo Congresso Nazionale AME. Il gruppo di lavoro sta lavorando alla stesura di un'altra lista e programmando altre iniziative vicine allo spirito di Slow Medicine. Le raccomandazioni sono state riviste a novembre 2021.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> Gharib H and the AACE /AME/ETA Task Force on Thyroid Nodules. AACE, AME, and ETA medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. J Endocrinol Invest executive summary 2010, 33: 287. Huang TW, et al. Systematic review of clinical practice guidelines in the diagnosis and management of thyroid nodules and cancer. BMC Medicine 2013, 11: 191. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Sosa JA, Steward DL, Tuttle RM, Wartofsky L. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016 Jan;26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020. PMID: 26462967; PMCID: PMC4739132. Brito JP, Morris JC, Montori VM. Thyroid cancer: zealous imaging has increased detection and treatment of low risk tumours BMJ 2013; 347:f4706. Davies L, Welch HG. Current thyroid cancer trends in the United States. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Apr;140(4):317-22.
2	<ol style="list-style-type: none"> 2013 ISCD Officials Positions-adult http://www.iscd.org/official positions 2013. Watts NB, Bilezikian JP, Camacho PM et al American Association of Clinical Endocrinologist. Medical guidelines for Clinical Practice for the diagnosis and treatment of postmenopausal. Osteoporosis Endocr Pract 2010;16 suppl 3:1. http://www.siomms.it/download/LINEE-GUIDA-DIAGNOSI-PREVENZIONE-TERAPIA-OSTEOPOROSI-2012.pdf
3	<ol style="list-style-type: none"> Miller KK, Rosner W, Lee H, Hier J, Sesmilo G, Schoenfeld D, Neubauer G, Klibanski A. Measurement of free testosterone in normal women and women with androgen deficiency: comparison of methods. J Clin Endocrinol Metab. 2004 Feb;89(2):525-33. Position Statement dell'Endocrine Society. J Clin Endocrinol Metab 2010;95(6):2536-59. Fritz KS, McKean AJS, Nelson JS et al. Analog based free testosterone methods linked to total testosterone concentrations, not free testosterone concentrations. Clin Chem 2008, 54 (3): 512-6. Caputo M, Monti S. Gonadi femminili: le valutazioni ormonali. In ENDOWIKI, Lo stato dell'arte in Endocrinologia. www.endowiki.it
4	<ol style="list-style-type: none"> Maestri E, Ciardullo AV, Magrini N. Raccomandazioni per la diagnostica delle malattie tiroidee. Piano Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità, 2003 http://www.pnlg.it/lgn_diagnosi_malattie_tiroidee NACB-ATA Guidelines "Laboratory Support for the Diagnosis and Monitoring of Thyroid Disease", 2002. http://www.aacc.org/AACC/members/nacb/LMPG/OnlineGuide/PublishedGuidelines/ThyroidDisease/ UK Guidelines for the Use of Thyroid Function Tests (ACB-BTA-BTF), 2006. http://www.acb.org.uk/ AACE Medical Guidelines for Clinical Practice for the Evaluation and treatment of Hyperthyroidism and Hypothyroidism. Endocr Pract 2002;8:457-69. AACE/AME Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. Endocr Pract 2006; 12: 63-102. Demers LM, Spencer CA. Laboratory medicine practice guidelines: laboratory support for the diagnosis and monitoring of thyroid disease. Clin Endocrinol (Oxf) 2003, 58: 138-40.
5	<ol style="list-style-type: none"> Gharib H, Mazzaferri EL. Thyroxine suppressive therapy in patients with nodular thyroid disease. Ann Intern Med. 1998;128:386-94. Papini E, Petrucci L, Guglielmi R, et Al. Long-term changes in nodular goiter: a 5-year prospective randomized trial of levothyroxine suppressive therapy for benign cold thyroid nodules. J Clin Endocrinol Metab. 1998;83:780-83. La Rosa GL, Ippolito AM, Lupo L, Cercabene G, Santonocito MG, Vigneri R, Belfiore A. Cold thyroid nodule reduction with L-thyroxine can be predicted by initial nodule volume and cytological characteristics. Clin Endocrinol Metab. 1996;81:4385-7. Durante C, Costante G, Lucisano G, et Al.. The natural history of benign thyroid nodules. JAMA. 2015 Mar 3;313(9):926-35. Gharib H, Papini E, Paschke R, Duick DS, Valcavi R, Hegedus L, Vitti P, and the AACE /AME/ETA Task Force on Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), Associazione Medici Endocrinologi (AME), and European Thyroid Association (ETA) medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. J Endocrinol Invest executive summary 2010, 33: 287..

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriata in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

L'AME nasce dall'esigenza di aggregare chi opera quotidianamente nel settore dell'endocrinologia clinica nel nostro Paese ed ha come principali obiettivi il miglioramento dell'assistenza e la difesa dell'Endocrinologia quale disciplina. È un'associazione di non profitto che ha tra gli scopi: tutelare l'immagine professionale e l'identità operativa e culturale dell'endocrinologo; promuovere la cultura e l'aggiornamento in endocrinologia; promuovere iniziative scientifiche e di coordinamento per il progresso nella ricerca endocrinologica. Nell'ambito della formazione e dell'aggiornamento l'AME promuove e organizza periodici incontri, corsi e giornate di studio specificamente rivolti agli aspetti clinico-pratici. Particolare attenzione viene posta a rendere disponibili per i soci Linee-guida, banche dati e strumenti conoscitivi per la gestione dell'attività clinica e della ricerca applicata. <https://www.associazionemediciendocrinologi.it/>