

## Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare Associazione Medici Endocrinologi (AME)

<b>1</b>	<p><b>Non richiedere 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</b></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 delle ecografie 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, con conseguenti costi ingiustificati per la collettività, oltre che possibili danni per il paziente.</p>
<b>2</b>	<p><b>La ripetizione dell'indagine densitometrica ossea è raramente giustificata ad intervalli minori di due anni</b></p> <p>La densità minerale ossea valutata con tecnica DXA e' 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 e' 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%. E' quindi giustificata una rivalutazione della DXA solo dopo 16-24 mesi dall'inizio o dal cambiamento di terapia, salvo rare eccezioni.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non richiedere il dosaggio del testosterone libero nel sospetto diagnostico di ipogonadismo e di iperandrogenismo</b></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 delle problematiche analitiche per le metodiche attualmente in uso nei laboratori tali da rendere non utilizzabili i risultati per il supporto diagnostico per il quale il dosaggio stesso viene richiesto; il metodo di riferimento, dialisi all'equilibrio, non è attuabile su larga scala. E' pertanto preferibile non proporre questo tipo di valutazione ma basarsi sul testosterone totale.</p>
<b>4</b>	<p><b>Non richiedere di routine il dosaggio della FT3 nei pazienti con patologia tiroidea</b></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 ed FT3) solo se si riscontrano valori soppressi di TSH. Nel monitoraggio della terapia sostitutiva dell'ipotiroidismo con L-tiroxina il dosaggio della FT3 non è utile per valutare l'adeguatezza della posologia.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non trattare con L-tiroxina i pazienti con gozzo nodulare se non in casi selezionati</b></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 (con noduli piccoli, di recente diagnosi e citologicamente colloidei). La crescita dei noduli non è infatti influenzata solo dal TSH ma risponde anche ad 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 (osteoporosi) e per gli anziani (peggioramento di cardiopatie pre-esistenti). Tale terapia va quindi presa in considerazione solo in casi selezionati.</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 di inapproprietezze 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.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. 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.</li> <li>3. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR et Al. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2009, 19: 1-48.</li> <li>4. Brito JP, Morris JC, Montori VM. Thyroid cancer: zealous imaging has increased detection and treatment of low risk tumours BMJ 2013; 347:f4706.</li> <li>5. Davies L, Welch HG. Current thyroid cancer trends in the United States. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Apr;140(4):317-22.</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2013 ISCD Officials Positions-adult <a href="http://www.iscd.org/official%20positions%202013">http://www.iscd.org/official positions 2013</a></li> <li>2. 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</li> <li>3. <a href="http://www.siomms.it/down/LINEE-GUIDA-DIAGNOSI-PREVENZIONE-TERAPIA-OSTEOPOROSI-2012.pdf">http://www.siomms.it/down/LINEE-GUIDA-DIAGNOSI-PREVENZIONE-TERAPIA-OSTEOPOROSI-2012.pdf</a></li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. Position Statement dell'Endocrine Society. J Clin Endocrinol Metab 2010;95(6):2536-59</li> <li>3. 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</li> <li>4. Caputo M, Monti S. Gonadi femminili: le valutazioni ormonali. In ENDOWIKI, Lo stato dell'arte in Endocrinologia. <a href="http://www.endowiki.it">www.endowiki.it</a></li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. UK Guidelines for the Use of Thyroid Function Tests (ACB-BTA-BTF), 2006. <a href="http://www.acb.org.uk/">http://www.acb.org.uk/</a></li> <li>2. AACE Medical Guidelines for Clinical Practice for the Evaluation and treatment of Hyperthyroidism and Hypothyroidism. Endocr Pract 2002;8:457-69</li> <li>3. AACE/AME Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. Endocr Pract 2006; 12: 63-102.</li> <li>4. 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.</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. 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.</li> <li>3. Durante C, Costante G, Lucisano G, et Al.. The natural history of benign thyroid nodules. JAMA. 2015 Mar 3;313(9):926-35.</li> <li>4. 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.</li> </ol>

**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"**, in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono invitate a individuare ognuna una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: [www.slowmedicine.it](http://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. E' 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.