

APPROPRIATEZZA IN PATOLOGIA TIROIDEA

medici di medicina generale e specialisti
a confronto

Conclusioni e proposte

Belluno, 30 settembre – 1 ottobre 2011

**VISITA ENDOCRINOLOGICA
in PATOLOGIA TIROIDEA:
CRITERI di
PRIORITARIZZAZIONE**

URGENTE

codice U – in giornata tramite PS

- Qualora il MMG richieda comunque, per particolari motivate circostanze, una visita con codice U, il paziente transiterà per il PS dove saranno presi i provvedimenti del caso.

BREVE

(codice B – entro 10 giorni)

- ipertiroidismo franco
- ipotiroidismo franco
- ipertiroidismo subclinico in pazienti con aritmie
- alterazioni della funzione tiroidea in corso di gravidanza

Il problema del nodo

Tenuto conto che

- il numero di noduli tiroidei sta avendo una espansione epidemica, con aumento soprattutto dei noduli di incidentale riscontro
- il rischio assoluto di malignità è basso

Sono da considerare candidati a visita B

- i noduli che presentino **caratteristiche ecografiche o cliniche esplicitamente sospette per lesione maligna** (nodulo fisso di consistenza aumentata alla palpazione, concomitanza di linfadenopatia cervicale). Qualora lo ritenga indicato, lo specialista attiverà un canale prioritario per la esecuzione dell'esame citologico e la pronta diagnosi del caso.

La visita breve è da ritenersi inappropriata in caso di:

- -semplice positività di Ab anti-TPO
- -ipo- o ipertiroidismo subclinico semplice
- -nodulo tiroideo e gozzo multinodulare non sospetto per malignità
- -sola sintomatologia clinica di distiroidismo

DIFFERITA

(codice D – entro 30 gg)

- ipotiroidismo subclinico
- ipertiroidismo subclinico semplice
- nodulo tiroideo sospetto per malignità

PROGRAMMATA

(codice P – entro 180 gg)

- L'auspicio sottostante alla stesura di questo protocollo è che la maggior appropriatezza delle richieste di visita endocrinologica possa tradursi in una riduzione delle liste tale da rendere del tutto eccezionale una attesa dell'ordine dei 180 giorni. Comunque, a fronte della situazione attuale non appare disdicevole un'attesa superiore ai 30 giorni per
 - nodulo tiroideo sospetto per malignità
 - gozzo multinodulare non sospetto per malignità
 - sola sintomatologia clinica di distiroidismo (salvo casi conclamati)
 - semplice positività di Ab anti-TPO

**VISITA ENDOCRINOLOGICA
in PATOLOGIA TIROIDEA:
Criteri per la consulenza
specialistica**

IPOTIROIDISMO

Criteri per la consulenza specialistica.1

- In generale, il paziente con ipotiroidismo subclinico viene seguito dal MMG.
- La consulenza specialistica è appropriata:
 - se il TSH è o diventa nel tempo $>10 \mu\text{U/ml}$;
 - se si realizzano condizioni per le quali è da prendere in considerazione il trattamento sostitutivo con tiroxina, con particolare riferimento ai pazienti con storia di scompenso cardiaco o con sintomatologia ipotiroidea;
 - in caso di gravidanza.

IPOTIROIDISMO

Criteri per la consulenza specialistica.2

Lo specialista:

- conferma l'eventuale indicazione al trattamento
- suggerisce lo schema di terapia
- rinvia il/la paziente al MMG

Il MMG:

- segue il/la paziente con controlli annuali come sopra specificato
- monitorizza le ragioni che hanno motivato l'inizio del trattamento
- consulta lo specialista nel caso di significativa variazione del quadro clinico o quando possa essere considerata la sospensione della terapia.

IPERTIROIDISMO

Criteri per la consulenza specialistica.1

- Qualora si realizzino condizioni per le quali può essere consigliato il trattamento, lo specialista viene consultato per la conferma della indicazione al trattamento, la programmazione dello stesso e la impostazione del follow-up.
- Di norma, il paziente rimane poi in gestione allo specialista, almeno fino a stabilizzazione del quadro. In seguito il paziente potrà essere seguito dal MMG, a seconda della della risposta individuale alla terapia e delle fasi della malattia.

IPERTIROIDISMO

Criteri per la consulenza specialistica.2

- Nel caso di guarigione (trattamento non più necessario) il paziente verrà nuovamente seguito dal MMG.
- In caso di evoluzione in ipotiroidismo per effetto delle terapie ablativo (radioiodio o chirurgia) si seguiranno i criteri stabiliti per l'ipotiroidismo iatrogeno, in larga misura affidato alla gestione del MMG.

NODULO TIROIDEO


Criteri per la consulenza specialistica.1

- Il riscontro di una formazione nodulare tiroidea richiede innanzitutto una chiara definizione ecografica del livello di rischio di malignità.
- Se l'ecografista non indica esplicitamente l'indicazione ad agoaspirato, è importante che riporti nel referto gli elementi che consentano al clinico di definire il livello di rischio di malignità del nodulo.
- In mancanza di una esplicita definizione ecografica l'endocrinologo valuta il caso (funzionalità tiroidea, eventuale ripetizione ecografica) e programma l'eventuale esame citologico.

NODULO TIROIDEO

Criteri per la consulenza specialistica.2

- Una volta riconosciuto il nodulo come benigno e normofunzionante, la gestione ritorna al MMG.
- Tenuto conto della storia naturale del nodulo tiroideo, di norma è sufficiente il monitoraggio clinico biennale o, in caso di nodulo stabile, triennale.
- Il rinvio allo specialista si renderà necessario solo in caso di significativo aumento volumetrico nel tempo del nodulo o in caso di comparsa di caratteristiche ecografiche sospette prima non esistenti. Altrimenti, la rivalutazione specialistica non è di norma necessaria.

A painting depicting a Roman Senate chamber. A speaker in a white toga stands on the left, addressing a large assembly of senators seated in a semi-circular arrangement. The senators are dressed in white togas. In the foreground, a senator is seated, looking down with a weary or frustrated expression. A speech bubble is overlaid on the scene, containing Latin text.

...usque tandem, Tiroxina,
abutere patientia nostra ?

GRAZIE !