



STABILITAS  
ΑΘΗΝΑ 1965

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΩΝ

### Πρόεδρος

Γ. Μαστοράκος

Αθήνα 16/10/2014

Αριθμ. Πρωτ: 28

### Αντιπρόεδρος

Ε. Διαμάντη-Κανδαράκη

Προς Ιατρική Εταιρεία Αθηνών

κ. Ε. Θηραίο

### Γενικός Γραμματέας

Μ. Τζανέλα

Κοινοποίηση:

Γεν. Γραμ. Δημόσιας Υγείας

κα Χ. Παπανικολάου

### Ταμίας

Α. Θωμόπουλος

Αγαπητοί Κύριοι,

### Ειδικοί Γραμματείς

Δ. Κιόρτσης

Μ. Μιχαλάκη

### Μέλος

Α. Κούρτης

Μετά από συνεχή και επίμονα παράπονα των μελών μας επανερχόμαστε στα προβλήματα που δημιουργεί η εφαρμογή του ΦΕΚ 2243/2014 που αφορά στις διαγνωστικές εξετάσεις. Αναγνωρίζουμε βέβαια τον στόχο του νομοθέτη να περιορίσει την χωρίς έλεγχο παραπομπή ασθενών για διαγνωστικές εξετάσεις από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, όμως δυστυχώς ο βασισμένος σε αριθμητικά στοιχεία περιορισμός κάποιων διαγνωστικών εξετάσεων που αφορούν την ειδικότητα μας δημιουργεί περισσότερα προβλήματα από όσα υπόσχεται να επιλύσει.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα που είναι απόσπασμα του παραρτήματος του ΦΕΚ 2243/2014.

Αριθμητικό όριο	Κατηγορία ιατρικών πράξεων	περιεχόμενο
1	04	Μαστογραφία, αξονικές τομογραφίες, μέτρηση οστικής μάζας
3	16	Ορμονικές ELISA
2	48	Ορμονικές RIA

1. Δεν δίνεται η δυνατότητα στον ενδοκρινολόγο να ελέγξει ασθενείς
2. πχ. σε θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης με οιστρογόνα, δεδομένου ότι με το όριο της μίας μαστογραφίας το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εκδίδει παραπεμπτικό για έλεγχο μόνο του ενός μαστού!!! Η λύση που προτείνει το ΦΕΚ είναι σε 4 ημέρες να ξαναέρθει η ασθενής ώστε να της δοθεί παραπεμπτικό για μαστογραφία του άλλου μαστού, αλλά θα συμφωνήσετε μαζί μας ότι αυτό συνεπάγεται έξοδο και ταλαιπωρία.
3. Το όριο των 3 + 2 ορμονικών εξετάσεων (να σημειωθεί εδώ ότι οι περισσότερες ορμόνες προσδιορίζονται με αυτοματοποιημένους αναλυτές χημειοφωταύγειας και μερικές με RIA αλλά σχεδόν καμία με ELISA) απαγορεύει την διενέργεια διεγερτικών ή ανασταλτικών δοκιμασιών που απαιτούν την μέτρηση ορμονών σε πολλούς χρόνους συνήθως κάθε 15-30 λεπτά για 1 ή 2 ώρες. Οι δυναμικές αυτές δοκιμασίες είναι απολύτως απαραίτητες για την διάγνωση ορμονικής υπερέκκρισης ή ανεπάρκειας (πχ Αυξητικής Ορμόνης, Κορτιζόλης ..) και χωρίς αυτές δεν μπορεί να ασκηθεί η ειδικότητά μας με αξιοπιστία και ασφάλεια. Επιπλέον σε σειρά σοβαρών ορμονικών διαταραχών (πχ κακοήθης ορμονοπαραγωγός όγκος σε γυναίκα με αυξημένη τριχοφυΐα νεοπλασίες της υπόφυσης· αрайομηνόρροια κλπ) τρεις ορμονικές εξετάσεις είναι αδύνατον να βοηθήσουν στον αποκλεισμό ή την επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Έτσι και η άσκηση της ειδικότητάς μας γίνεται προβληματική και ελοχεύει ο κίνδυνος επιπρόσθετης δαπάνης για τον ΕΟΠΥΥ και ταλαιπωρίας των ασθενών αφού για να ολοκληρωθεί σωστά η διαγνωστική προσέγγιση θα χρειαστούν πολλαπλές ιατρικές επισκέψεις.

Τα προφανή αποτελέσματα είναι κατά τη γνώμη μας τα ακόλουθα:

1. Μη αποκλεισμός της επικίνδυνης κατά τη διαφορική διάγνωση νόσου (όταν δεν υπάρχει) και εξακολούθηση της αναζήτησης ίσως με προσθήκη υπερβολικών απεικονιστικών εξετάσεων που τελικώς θα αυξήσουν το κόστος αντιμετώπισης.
2. Ο ασθενής αντιλαμβανόμενος τη σπουδαιότητα των αποκλεισθέντων εξετάσεων θα της ζητήσει από το εργαστήριο καλύπτοντας το κόστος αποκλειστικά εξ ιδίων πόρων.
3. Ακόμη χειρότερα ο ασθενής δεν εκτελεί εξ ιδίων πόρων τις εξετάσεις που αποκλείστηκαν και εάν έχει το νόσημα επιβαρύνει τελικώς την πολιτεία στο πολλαπλάσιο καθώς η διάγνωση δεν έγινε εγκαίρως.

Η απλή καταγραφή αυτών των παρατηρήσεων γίνεται αφενός για να μπορεί η Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία να υποστηρίξει στο μέλλον,

όταν θα αναφυσούν σε πληθυσμιακό επίπεδο όλα τα προαναφερθέντα προβλήματα, ότι είχε εγκαίρως προειδοποιήσει για την ατελέσφορη πρακτική συνταγογράφησης μόνον τριών ορμονικών εξετάσεων και αφετέρου για να αντιπροτείνει ότι για την μείωση της διάγνωσης και της παρακολούθησης των ενδοκρινικών νοσημάτων αρκεί να ακολουθηθούν οι διαγνωστικοί αλγόριθμοι που η Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία έχει ήδη καταθέσει. Οι τελευταίοι είναι σύμφωνοι με τους παγκοσμίως ακολουθούμενους.

Προτείνουμε λοιπόν, δεδομένου ότι έχουμε καταθέσει εμπρόθεσμα στην επιτροπή που λειτουργεί στο υπουργείο υπό την Γ.Γ. κ Χ. Παπανικολάου τα διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτοκόλλα που αφορούν στην Ενδοκρινολογία να ανασταλεί η εφαρμογή του άρθρου 3 του ΦΕΚ και των παραρτημάτων Β και Γ που το συνοδεύουν.

Σας ευχαριστούμε για την προσοχή σας

Με εκτίμηση,

Ο Πρόεδρος

Η Γεν. Γραμματέας



Γ. Μαστοράκος

Μ. Τζανέλα

ΥΓ. Σας αποστέλλουμε τις παρατηρήσεις μας στις **κατευθυντήριες οδηγίες** που περιλαμβάνονται στο ΦΕΚ με βάση την διεθνή βιβλιογραφία που περιλαμβάνεται στην τελευταία σελίδα.

(με πλάγια και υπογραμμισμένα γράμματα είναι ότι αναφέρεται στο ΦΕΚ και στη συνέχεια το σχόλιο μας)

1. Έλεγχος ενδείκνυται σε ομάδες υψηλού κινδύνου και σε ασθενείς με συμπτώματα συμβατά με θυρεοειδοπάθεια.

Γυναίκες >50 ετών και άνδρες >70 ετών

Η Αμερικανική Θυρεοειδολογική Εταιρεία, προτείνει screening με μέτρηση TSH σε όλες τις γυναίκες και τους άνδρες >35 ετών και επί φυσιολογικών ευρημάτων επανάληψη κάθε 5 έτη. Επιπλέον προτείνει μέτρηση TSH σε όλες τις ακόλουθες περιπτώσεις

Those with autoimmune disease, such as type 1 diabetes (20,21)

\_ Those with pernicious anemia (109,110)

\_ Those with a first-degree relative with autoimmune thyroid disease (19)

\_ Those with a history of neck radiation to the thyroid gland including radioactive iodine therapy for hyperthyroidism and external beam radiotherapy for head and neck malignancies (111–113)

\_ Those with a prior history of thyroid surgery or dysfunction

\_ Those with an abnormal thyroid examination

\_ Those with psychiatric disorders (114)

\_ Patients taking amiodarone (37) or lithium (32–34)

\_ Patients with ICD-9 diagnoses as presented in Table 9

TABLE 9. ICD-9-CM CODES TO SUPPORT  
THYROTROPIN TESTING

Adrenal insufficiency	255.41
Alopecia	704.00
Anemia, unspecified deficiency	281.9
Cardiac dysrhythmia, unspecified	427.9
Changes in skin texture	782.8
Congestive heart failure	428.0
Constipation	564.00
Dementia	294.8BA
Diabetes mellitus, type 1	250.01
Dysmenorrhea	625.3
Hypercholesterolemia	272.0
Hypertension	401.9
Mixed hyperlipidemia	272.2
Malaise and fatigue	780.79
Myopathy, unspecified	359.9
Prolonged QT interval	794.31
Vitiligo	709.01
Weight gain	783.9M

2. Στα συμπτώματα του υποθυρεοειδισμού επιπλέον περιλαμβάνεται το βράγχος φωνής, διαταραχές εμμήνου ρύσεως και όχι μόνο μηννορραγία, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα.

3. "αν η TSH είναι μειωμένη με φυσιολογική fT4, ενδείκνυται και μέτρηση fT3.

Δεν ενδείκνυται πλέον διενέργεια ολικής T3 και T4"

- τι σημαίνει μειωμένη TSH;

- δεν συστήνεται η μέτρηση FT3 (Αμερικανική Θυρεοειδολογική Εταιρεία, 2011) αλλά της ολικής T3, λόγω της ύπαρξης σοβαρών μεθοδολογικών προβλημάτων στην μέτρηση της με αποτέλεσμα η τιμή της FT3 να μην είναι αξιόπιστη.

4. Υποθυρεοειδισμός: Επί αλλαγής φαρμακευτικής αγωγής ή δοσολογίας, συνιστάται επανέλεγχος ανά 6-12 εβδομάδες. Σε σταθερά ρυθμισμένη θυρεοειδική λειτουργία, επανέλεγχος ανά έτος.

- Δεν αναφέρεται ποιες είναι οι απαραίτητες εξετάσεις καταρχήν για τη διάγνωση και για τη θεραπεία στην συνέχεια

- η Αμερικανική Θυρεοειδολογική Εταιρεία με οδηγίες που εξέδωσε το 2012 προτείνει μέτρηση FT4, TSH και μέτρηση αντισωμάτων κατά της θυρεοειδικής υπεροξειδάσης και στη συνέχεια μέτρηση FT4, TSH στον ορό 2 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας, εάν ο ασθενής είναι ευθυρεοειδικός, επανάληψη σε 6 μήνες και εάν παραμένει ευθυρεοειδικός σε 1 έτος.

- Κεντρικός υποθυρεοειδισμός παρακολούθηση με μέτρηση FT4

5. Υπερθυρεοειδισμός: Επί αλλαγής φαρμακευτικής αγωγής ή δοσολογίας, η TSH επαναλαμβάνεται μετά τρίμηνο. Για το ενδιάμεσο χρονικό διάστημα, μετράται η fT4 ή και η fT3. Μετά τη σταθεροποίηση της ρύθμισης της θυρεοειδικής λειτουργίας, επανέλεγχος TSH ανά έτος.

Στον υπερθυρεοειδισμό η Αμερικανική Θυρεοειδολογική Εταιρεία με οδηγίες που εξέδωσε το 2011 προτείνει για τη διάγνωση μέτρηση T3, FT4, TSH και TSI ενώ για την παρακολούθηση υπερθυρεοειδικού ασθενούς υπό αντιθυρεοειδικά φάρμακα:

- Μέτρηση T3, FT4, TSH στον ορό ανά 1-2 μήνες μέχρι τον ευθυρεοειδισμό
- Όταν είναι ευθυρεοειδικοί με την ελάχιστη δόση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων έλεγχος T3, FT4, TSH στον ορό κάθε 2-3 μήνες

Τέλος δεν γίνεται καμιά αναφορά στον έλεγχο της θυρεοειδικής λειτουργίας στην κύηση, στον καρκίνο του θυρεοειδούς και σε επιπρόσθετες απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις όπως το σπινθηρογράφημα και υπερηχογράφημα θυρεοειδούς.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Clinical and professional ethics guidelines for the practice of thyroidology Thyroid 23(10): 1203-1211, 2013
2. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of clinical endocrinologists and the American Thyroid Association Thyroid 22(12):1200-1235, 2012

3. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum. J Clin Endocrinol Metab 97:2543-2565, 2012
4. Revised American Thyroid Association Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 19(11):1187-1214, 2009
5. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: Management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. Thyroid 21(6) 2011