

Le 10 richieste a rischio di inappropriatelyzza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

- 1 PET-TC con 18F-FDG come tecnica di "screening" per le neoplasie nella popolazione sana**
Attualmente l'uso della PET-TC è appropriato in oncologia solo in presenza di un fondato sospetto clinico o laboratoristico di neoplasia. Infatti in soggetti sani la probabilità di evidenziare una neoplasia è bassa (inferiore a 1%) a fronte di un discreto numero di lesioni benigne identificate, da caratterizzare poi con ulteriori indagini anche invasive non prive di rischi.
- 2 PET-TC con 18F-FDG per la diagnosi delle osteomieliti periferiche e per la diagnosi differenziale tra flogosi acuta vs cronica**
Nonostante l'elevata sensibilità della PET-TC con 18F-FDG per la diagnosi di spondilite e spondilodiscite, gli studi di bioimaging con leucociti marcati in tutte le indicazioni legate a patologia flogistica/infettiva restano la modalità di scelta.
- 3 SPECT cerebrale con tracciante presinaptico per il sistema dopaminergico (123I-ioflupane) nella diagnosi differenziale dei Parkinsonismi degenerativi o per convincere il paziente con morbo di Parkinson che ha davvero la malattia**
La SPECT cerebrale con **123I-ioflupane** non può porre diagnosi differenziale tra m. di Parkinson, demenza a corpi di Lewy, atrofia multisistemica, paralisi sopranucleare progressiva e degenerazione corticobasale. Inoltre, quando la presentazione clinica soddisfa i criteri per la diagnosi di m. di Parkinson e la risposta ai farmaci dopaminergici è quella attesa, non è necessario confermare la diagnosi con l'esame SPECT.
- 4 SPECT cerebrale di perfusione/PET cerebrale nella diagnostica della demenza se la diagnosi clinica e radiologica è adeguatamente documentata**
In presenza di una documentata diagnosi clinica e radiologica di demenza e della sua natura, i benefici potenziali dell'uso di tale diagnostica sono dubbi: è improbabile che ulteriori dati possano utilmente rafforzare quanto già acquisito. Tali esami, invece, possono offrire indicazioni utili al processo diagnostico se vi è assenza di alterazioni strutturali indicative di demenza alla RM e/o in quadri clinici atipici per età d'insorgenza o evoluzione, in associazione ad altri accertamenti.
- 5 Scintigrafia ossea e/o PET/TC, per la stadiazione del tumore della prostata, in pazienti candidati a trattamento radioterapico radicale, per i quali il rischio di metastasi è minimo**
Le evidenze di letteratura non supportano l'impiego di queste metodiche nel paziente a basso rischio di metastasi a distanza (Stadio T1c/T2a; PSA < 10 ng/ml e punteggio di Gleason <= 6). L'impiego di tali metodiche diagnostiche, usate in modo inappropriato, può comportare costi non giustificati e un'esposizione non necessaria a radiazioni, nonché ritardare l'inizio del trattamento radioterapico.
- 6 Scintigrafia ossea e/o PET/TC dopo trattamento, in pazienti operate per cancro della mammella, asintomatiche e in assenza di evidenze all'esame clinico**
L'impiego di tali metodiche diagnostiche, appare inappropriato, in pz con esame clinico negativo, asintomatiche e in assenza di rialzi del marker tumorale. L'esame fisico (visita medica) e la mammografia (nelle donne sottoposte a chirurgia conservativa della mammella post-trattamento) pertanto rappresentano l'approccio più mirato e appropriato.
- 7 Linfoscintigrafia e biopsia radioguidata del "linfonodo sentinella" nei pazienti affetti da un melanoma cutaneo di spessore inferiore a 0.75 mm, non ulcerato e con numero di mitosi inferiore a 1/mm²**
In questi pazienti l'asportazione chirurgica del tumore primitivo, data l'ottima prognosi (sopravvivenza a 10 anni del 97%), rende inutile l'esposizione a radiazioni ionizzanti e l'overtreatment chirurgico di asportazione selettiva del LS. La ricerca del LS può essere considerata su base individuale nei pazienti con melanomi di spessore compreso tra 0,75 e <1 mm, è raccomandata in caso di melanomi con Breslow <1 mm con almeno 1 mitosi/mm² o ulcerati e per tutti i melanomi di spessore tra 1 e 4 mm. La biopsia del LS può essere raccomandata per stadiazione e facilitare il controllo locoregionale della malattia in pazienti con melanomi T4 o con spessore di Breslow >4 mm.
- 8 Dopo tiroidectomia totale non trattare con radioiodio i carcinomi differenziati della tiroide a basso rischio ("microcarcinomi" ovvero carcinomi di dimensioni <1 cm, in assenza di fattori prognostici sfavorevoli)**
Le linee guida dell'American thyroid association (Ata) e dell'European association of nuclear medicine (Eanm) concordano su questa posizione, ma in molti casi prevalgono considerazioni di medicina difensiva con somministrazione di radioiodio per eliminare il piccolo residuo (trattamento in ricovero protetto con impatto su liste d'attesa, di tipo radioprotezionistico e in termini di costo/efficacia).
- 9 Scintigrafia miocardica associata a test provocativo in fase di valutazione iniziale di sospetta cardiopatia ischemica, in pazienti a basso rischio.**
Il test è indicato solo in presenza di importanti fattori di rischio: diabete oltre i 40 anni, arteriopatia periferica, rischio Framingham/Cuore superiore al 20%, o in presenza di alterazioni dell'ECG di base, tali da inficiare l'interpretazione della prova da sforzo.
- 10 Scintigrafia miocardica con test provocativo dopo rivascolarizzazione coronarica come parte di un programma di follow up a scadenze prefissate nei pazienti asintomatici.**
La SPECT miocardica stress/rest in pazienti asintomatici fornisce raramente informazioni in grado di modificare la gestione del paziente con un eccesso di esposizione a radiazioni ionizzanti senza alcun impatto sugli esiti clinici. Tale metodica utilizzata come test di routine nel paziente asintomatico può indurre ulteriori test non necessari e talora invasivi. Un'eccezione a questa regola potrebbe essere rappresentata dai casi di pregresso intervento di bypass aortocoronarico da più di cinque anni.