

a jejich význam je diagnostický (pomůže potvrdit diagnózu autoimunitní tyreopatie/AIT). Jakmile je diagnóza AIT stanovena, nemá smysl opakovaně titry anti-tyroidálních protilátek stanovovat. U těhotných eutyreózních žen v riziku rozvoje tyreopatie (v rámci doporučeného skríningu TSH, FT4, anti-TPO) může pozitivita anti-TPO ovlivnit frekvenci skríningu hypothyreózy graviditě. Stanovení protilátek v naprosté většině případů neovlivní management pacienta (36).

Brazílská endokrinologická společnost se na základě shody expertů také vyjádřila proti opakovanému vyšetřování antityroidálních protilátek u pacientů se známou autoimunitní tyreoiditidou (37).

Sonografie štítné žlázy

Americká radiologická společnost (38) nedoporučuje rutinně indikovat sonografické vyšetření u nízkorizikových pacientů s incidentálním nálezem uzlu ve štítné žláze, který nesplní doporučená rozměrová kritéria či nejeví suspektní známky malignity, při CT vyšetření či sonografickém vyšetření krku primárně nezaměřeném na štítnou žlázu (typicky sono karotid). Tato vyšetření velmi často odhalí ložiskovou strukturální patologii štítné žlázy, naprostá většina těchto lézí je benigních, a pokud jsou maligní, často s indolentním průběhem. Následná FNAC (aspirační cytologie) v nemalé části případů nevyjde benigně (vyšetření má své limity) a pacient je pak zbytečně indikován k lobektomii či totální tyroidektomii. Pacienti bez rizikových faktorů, kterým byl náhodně při CT, MR či netyroidálním ultrazvuku/US krku zjištěn uzel, by měli být odesláni k diagnostickému ultrazvuku štítné žlázy pouze v případě, že se jedná o osobu mladší 35 let s normální očekávanou délkou života a velikostí uzlu nad 1 cm či osoby starší 35 let s uzlem nad 1,5 cm. Studie publikované na toto téma prokázaly, že při dodržování tohoto algoritmu dojde k poklesu počtu odeslaných pacientů o 35–46 %. Za CT, MR či US suspektní lézi považujeme uzel se známkami lokální invaze či při přítomnosti abnormálních lymfatických uzlin (zvětšené nad 1,5 cm v krátké ose pro jugulodigastrické uzliny a nad 1 cm v krátké ose pro všechny ostatní uzliny; uzliny cysticky změněné, kalcifikované či postkontrastně se sytící; patologické uzliny ve skupině IV. a VI. jsou suspektní z metastázy tyroidálního karcinomu). Za klinické rizikové faktory jsou považovány radiace v oblasti hlavy, krku či hrudníku, rodinná anamnéza tyroidální malignity, či přítomnost onemocnění, která zvyšují riziko tyroidální malignity (39–44).

Také Endokrinologická společnost (3) a Kanadská společnost endokrinologie a metabolismu (4) nedoporučuje rutinně indikovat sonografii u pacientů s patologickou funkcí štítné žlázy, pokud současně není hmatná struma či uzel. Náhodný nález uzlů je velmi častý, extenzivní indikace sonografie jistě často povede k odhalení uzlů, které však nejsou spojeny s funkcí štítné žlázy.

Supresní léčba u pacientů s tyroidální malignitou

V recentních doporučeních ATA (American Thyroid Association) se uvádí, že doporučená suprese TSH < 0,1 mIU/l je indikována pouze u pacientů po operaci karcinomu štítné žlázy s vysokým (extratyroidální šíření, nekompletní resekce tumoru, vzdálené metastázy či uzliny

nad 3 cm) a středním rizikem (malé extratyroidální šíření, agresivní histologie, cévní invaze, více než 5 uzlinových metastáz (0,2–3 cm)). Zatímco u nízkorizikových pacientů (intratyroidální karcinom, méně než 5 uzlinových mikrometastáz pod 0,2 cm) bychom měli TSH cílit na hodnoty při či lehce pod dolní hranici normy (0,1–0,5 mIU/l) (45). Recentně publikovaná práce, která zkoumala, jak odborní lékaři reflektují tato doporučení, zjistila, že 48,8 % lékařů doporučuje supresi TSH pod 0,5 mIU/l u nízkorizikových pacientů s papilárním karcinomem a téměř 30 % u pacientů velmi nízké rizikových (46).

Přitom suprese TSH u nízké a středně rizikových pacientů s papilárním karcinomem byla spojena s vyšším rizikem osteoporózy (47).

Vyšetření a léčba mužského hypogonadismu

Další aktivitou, proti které je v rámci endokrinologické iniciativy Choosing wisely brojeno, je předepisování testosteronu bez ohledu na biochemické známky jeho deficitu (3).

Příznaky mužského hypogonadismu zahrnují i projevy, které jsou velmi nespecifické a mohou být průvodním jevem celé řady jiných patologických stavů, ale také fyziologického stárnutí. Terapie testosteronem není prostá rizik a měla by být indikována pouze u pacientů s jasně prokázaným hypogonadismem (opakovně sníženou hladinou celkového testosteronu při standardním ranním odběru). Navíc s rostoucí incidencí obezity a diabetu pravděpodobně poroste počet mužů s nižší hladinou testosteronu, kteří zcela nesplní diagnostická kritéria hypogonadismu. Diagnóza hypogonadismu by dle současných doporučení měla být založena na konzistentních symptomech v kombinaci s nízkou hladinou testosteronu. Hladina testosteronu by měla být měřena pouze u pacientů, kteří jasně symptomy androgenního deficitu udávají (48, 49).

Denzitometrie

V rámci iniciativy Choosing wisely je uváděno doporučení, že by se u nízkorizikových pacientů neměl provádět denzitometrický skrínink osteoporózy. Dle Společnosti metabolických onemocnění skeletu a Mezinárodní společnosti klinické denzitometrie (50, 51) by měla být denzitometrie indikována u postmenopauzálních žen a mužů při anamnéze atraumatické či nízkotraumatické zlomeniny (s výjimkou fraktur lebky, hlezna, drobných kostí končetin a prstů rukou a nohou), kumulaci rizikových faktorů zlomenin, anamnéze onemocnění s negativním vlivem na kostní hmotu, probíhající nebo plánované léčbě glukokortikoidy a při poklesu tělesné výšky o ≥ 2 cm (srovnání s předchozím pravidelným měřením) nebo o ≥ 6 cm (srovnání s maximální dosaženou výškou v mládí).

Závěr

Doporučení v rámci iniciativy Choosing wisely nejsou závazná, spíše nás, nejen v rámci metabolických a endokrinních onemocnění, nutí zamyslet se nad racionalizací péče, hlavně nad omezením diagnostických či léčebných postupů, které prokazatelně nepřinášejí žádný benefit, naopak jsou často spojeny s vyššími náklady a někdy i vyšším rizikem pro pacienta.