

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

## Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS)

1	<p>Non richiedere il dosaggio del testosterone libero nel sospetto clinico di ipogonadismo maschile.</p> <p>Le metodiche immunometriche ad oggi disponibili tendono a sottostimare i livelli di testosterone e pertanto non sono affidabili per la determinazione del testosterone libero. Metodiche più accurate sono rappresentate dalla dialisi all'equilibrio e dalla spettrometria di massa. Queste ultime sono complesse, costose e disponibili in pochi laboratori. Nei soggetti sintomatici con testosterone totale nella norma o in quelli in cui si sospetti una modificazione dei livelli di sex hormone binding globulin (SHBG) tale da sovra o sottostimare i valori di testosterone totale possono essere utilizzati degli algoritmi (come l'equazione di Vermeulen) che prendono in considerazione la concentrazione di testosterone totale, SHBG e albumina per il calcolo del testosterone libero.</p>
2	<p>Non utilizzare terapia con nutraceutici in tutti gli uomini con alterazione dei parametri seminali.</p> <p>Il ricorso a terapia antiossidante e/o all'impiego di nutraceutici è frequente nella pratica clinica andrologica, per il trattamento empirico dell'infertilità maschile. Non vi sono evidenze di efficacia nell'infertilità secondaria ad altre patologie, mentre esistono evidenze deboli nell'infertilità idiopatica. Pertanto, l'impiego della terapia antiossidante e/o nutraceutici deve essere rivolto ai soli casi di infertilità idiopatica. Non è stata documentata la superiorità di uno specifico antiossidante e/o nutraceutico rispetto ad un altro; non appare del tutto chiaro il concetto relativo al dosaggio ottimale di ogni singolo antiossidante e/o nutraceutico.</p>
3	<p>Non prescrivere inibitori della fosfodiesterasi 5 (PDE5i) nella disfunzione erettile senza adeguato iter diagnostico.</p> <p>Prescrivere un PDE5i senza prima effettuare un adeguato iter diagnostico per individuare le morbilità associate alla disfunzione erettile (DE) è un'occasione persa poiché in questi pazienti la stratificazione del rischio cardiovascolare è semplice, non invasiva e può svelare una patologia asintomatica, fornendo una grande opportunità di prevenzione secondaria.</p> <p>Anche in caso di DE psicogena non vi è l'indicazione a trattare senza aver effettuato un adeguato iter diagnostico di primo livello: in questa categoria di pazienti, infatti, l'utilizzo "al bisogno" dei PDE5i può indurre a una sfiducia nella capacità spontanea di erezione e condurre a una sorta di dipendenza psicologica dal farmaco, peggiorando l'ansia da prestazione e alimentando in definitiva il circolo vizioso alla base del disturbo.</p>
4	<p>Non eseguire test genetici e lo studio della frammentazione del DNA spermatico in tutti gli uomini con alterazione dei parametri seminali.</p> <p>L'esecuzione di test genetici nel paziente con alterazione dei parametri seminali e storia di infertilità di coppia va riservata a situazioni specifiche. Un utilizzo su larga scala di tali test rappresenta una pratica inappropriata sia sotto il profilo clinico sia sotto quello economico. L'analisi del cariotipo e delle microdelezioni del cromosoma Y sono indicati in soggetti con azoospermia o grave oligozoospermia (numero di spermatozoi inferiore a 5-10 milioni/ml) non ostruttive. Lo screening per le mutazioni del gene CFTR dovrebbe riservato ai casi con assenza congenita dei vasi deferenti. In soggetti affetti da ipogonadismo centrale è consigliabile l'analisi di un pannello di geni candidati (10-30 geni). Solo in casi molto selezionati è indicata l'analisi di mutazioni del gene del recettore androgenico e dei geni DPY19L2c e AURKC.</p> <p>I test disponibili per la determinazione della frammentazione del DNA spermatico sono molto eterogenei tra loro per il tipo di danno rivelato, per il metodo utilizzato e per i diversi cut-off considerati, rendendo queste metodiche non comparabili tra di loro e non standardizzate. I dati esistenti relativi alla relazione tra integrità anomala del DNA ed esiti riproduttivi sono troppo limitati per raccomandare l'utilizzo di questi test nella routine del maschio infertile.</p>
5	<p>Non utilizzare fitoestrogeni per i sintomi sessuali in menopausa.</p> <p>Non esistono evidenze scientifiche di alto grado a favore dell'impiego dei fitoestrogeni per il trattamento dei sintomi sessuali (desiderio sessuale ipoattivo, disturbo dell'eccitazione, disturbo orgasmico, dispareunia, vaginismo) e/o vampate di calore della donna in menopausa. Le azioni biologiche sono condizionate da: molteplicità dei siti di azione, numero relativo dei vari sottotipi di recettori, differente distribuzione tissutale di co-attivatori e co-repressori funzionali, possibile azione non genomica di estrogeni presenti anche in cellule prive di recettori. I fitoestrogeni presentano le stesse controindicazioni generali dei preparati on label a base di estrogeni.</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

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS) in stretto rapporto con la commissione Linee Guida della stessa società ha individuato dopo adeguata discussione le 5 pratiche a maggior rischio di in appropriatezza da una prima lista di 20 proposte. La commissione Linee Guida ha elaborato successivamente il testo delle raccomandazioni che sono state discusse in più tempi con il Presidente, il Segretario Generale e con due delegati nominati dal Consiglio Direttivo, di cui uno nella figura del Presidente Eletto.

La versione finale degli elaborati è stata quindi sottoposta al Consiglio Direttivo e approvata in data 23/10/2017

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Isidori AM, Buvat J, Corona G, Goldstein I, Jannini EA, Lenzi A, Porst H, Salonia A, Traish AM, Maggi M. A critical analysis of the role of testosterone in erectile function: from pathophysiology to treatment-a systematic review. <i>Eur Urol.</i> 2014;65:99-112.</li> <li>2. Isidori AM, Balercia G, Calogero AE, Corona G, Ferlin A, Francavilla S, Santi D, Maggi M. Outcomes of androgen replacement therapy in adult male hypogonadism: recommendations from the Italian society of endocrinology. <i>J Endocrinol Invest.</i> 2015;38:103-12.</li> <li>3. Rosner W, Auchus RJ, Azziz R, Sluss PM, Raff H. Position statement: Utility, limitations, and pitfalls in measuring testosterone: an Endocrine Society position statement. <i>Clin Endocrinol Metab.</i> 2007; 92:405-13.</li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calogero AE, Condorelli RA, Russo GI, La Vignera S. Conservative Nonhormonal Options for the Treatment of Male Infertility: Antibiotics, Anti-Inflammatory Drugs, and Antioxidants. <i>Biomed Res Int.</i> 2017;2017:4650182.</li> <li>2. Calogero AE, Aversa A, La Vignera S, Corona G, Ferlin A. The use of nutraceuticals in male sexual and reproductive disturbances: position statement from the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS). <i>J Endocrinol Invest.</i> 2017;40:1389-1397.</li> <li>3. Showell MG, Mackenzie-Proctor R, Brown J, Yazdani A, Stankiewicz MT, Hart RJ. Antioxidants for male subfertility. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2014;(12):CD007411.</li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Corona G, Forti G, Maggi M. Why can patients with erectile dysfunction be considered lucky? The association with testosterone deficiency and metabolic syndrome. <i>Aging Male.</i> 2008;11:193-9.</li> <li>2. Foresta C, Ferlin A, Lenzi A, Montorsi P and Italian Study Group on Cardiometabolic Andrology. The great opportunity of the andrological patient: cardiovascular and metabolic risk assessment and prevention. <i>Andrology</i> 2017; 5:408-413.</li> <li>3. Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J, Carson CC, Cunningham GR, Ganz P, Goldstein I, Guay AT, Hackett G, Kloner RA, Kostis J, Montorsi P, Ramsey M, Rosen R, Sadovsky R, Seftel AD, Shabsigh R, Vlachopoulos C, Wu FC. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. <i>Mayo Clin Proc</i> 2012; 87:766-78.</li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ferlin A. Sperm DNA fragmentation testing as a diagnostic and prognostic parameter of couple infertility. <i>Transl Androl Urol.</i> 2017 Sep;6(Suppl 4):S618-S620.</li> <li>2. Jungwirth A, Giwercman A, Tournaye H, Diemer T, Kopa Z, Dohle G, Krausz C; European Association of Urology Working Group on Male Infertility. European Association of Urology guidelines on Male Infertility: the 2012 update. <i>Eur Urol.</i> 2012;62:324-32.</li> <li>3. Krausz C, Hoefsloot L, Simoni M, Tüttelmann F; European Academy of Andrology; European Molecular Genetics Quality Network. EAA/EMQN best practice guidelines for molecular diagnosis of Y-chromosomal microdeletions: state-of-the-art 2013. <i>Andrology</i> 2014; 2: 5-19.</li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Worsley R, Santoro N, Miller KK, Parish SJ, Davis SR. Hormones and Female Sexual Dysfunction: Beyond Estrogens and Androgens--Findings from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. <i>J Sex Med.</i> 2016;13:283-90</li> <li>2. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, Santen RJ. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab.</i> 2015;100:3975-4011.</li> <li>3. Wierman ME, Arlt W, Basson R, Davis SR, Miller KK, Murad MH, Rosner W, Santoro N. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab.</i> 2014;99:3489-510.</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- Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di in appropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: [www.choosingwiselyitaly.org](http://www.choosingwiselyitaly.org); [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

**La SIAMS (Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità)** è un'associazione no profit, con oltre 400 iscritti, tra medici endocrinologi, urologi, internisti, biologi e psicologi distribuiti su tutto il territorio nazionale. La SIAMS ha come obiettivi quelli di promuovere l'informazione, la formazione e la ricerca di base, traslazionale e clinica nel campo delle scienze andrologiche e della medicina della sessualità, con particolare attenzione agli aspetti fisiopatologici, clinici, endocrini, neuroendocrini e psicosessuali nell'arco di vita dell'individuo e della coppia, sia dal punto di vista riproduttivo che sessuale. <http://www.siams.info/>