

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΒΑΣΕΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ

Στα πλαίσια της σύννομης και αναγκαίας παραπομπής ασθενών για διαγνωστικές πράξεις και μέχρι την ολοκλήρωση των διαγνωστικών πρωτοκόλλων θεσπίζονται άμεσα οι κατευθυντήριες οδηγίες. Η μη τήρηση των κατευθυντηρίων οδηγιών από τους θεράποντες ιατρούς αποτελεί για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ένδειξη για τη διενέργεια στοχευμένου ελέγχου των παραπεμπτικών για τις διαγνωστικές πράξεις που συνταγογράφησε ο συγκεκριμένος ιατρός, ο οποίος υποχρεούται να αιτιολογήσει την αναγκαιότητα της διαγνωστικής πράξης. Ο εν λόγω ιατρός υποχρεούται να αιτιολογήσει την αναγκαιότητα της διαγνωστικής πράξης σε σχέση με το ICD-10.

Φερριτίνη ορού.....	3
Φερριτίνη ορού.....	3
Σίδηρος.....	3
Τρανσφερρίνη ορού.....	3
Ολική σιδηροδεσμευτική ικανότητα ορού	3
Βιταμίνη B12 ορού.....	4
Φυλλικά ορού.....	5
Αντιπυρηγικά αντισώματα	5
Ορμόνες θυρεοειδικής λειτουργίας	6
Πρόληψη καρκίνου ωοθηκών.....	8
Δοκιμασία τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου.....	8
PSA με δακτυλική εξέταση	9
Καρκινικοί δείκτες	10
Μέτρηση οστικής πυκνότητας.....	11
Triplex καρδιάς	12
Triplex αορτικού τόξου	13
Triplex κοιλιακής αορτής.....	14
Triplex αρτηριών κάτω άκρων και δείκτης πίεσης σφυρών-βραχιονίου (ABI)	15
Triplex αρτηριών άνω άκρων	16
Triplex καρωτίδων και σπονδυλοβασικών αρτηριών	17
Triplex νεφρικών αρτηριών.....	18
Triplex μεσεντερίων αρτηριών.....	18
Triplex φλεβών κάτω άκρων	19
Triplex λαγονίων φλεβών και κάτω κοίλης φλέβας	19
Triplex φλεβών άνω άκρων.....	20
Triplex νεφρικών φλεβών.....	20
Triplex ηπατοπυλαίου φλεβικού συστήματος	20
Πρόληψη καρκίνου μαστού.....	21
MRI οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης επί οσφυαλγίας	22
Απεικονιστικός έλεγχος αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης επί χρόνιας αυχεναλγίας	23
Απεικονιστικός έλεγχος σε οξύ άλγος ώμου	24

Φερριτίνη ορού

Δεν δικαιολογείται έλεγχος ολόκληρου του πληθυσμού

Δικαιολογείται έλεγχος σε:

- Διερεύνηση υποχρωμίας στη γενική αίματος ή αποδεδειγμένης αναιμίας ή ενδαγγειακής αιμόλυσης
- Κλινική υπόνοια σιδηροπενίας: Απόπτωση τριχών, δυσανεξία στο ψύχος, εύκολη κόπωση
- Γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας
- Έγκυες - θηλάζουσες
- Παιδιά
- Υποθρεψία – Αποκλειστική φυτοφαγία
- Αλκοολισμός – Ηλικία > 75 ετών
- Αθλήματα αντοχής
- Παθήσεις πεπτικού που διαταράσσουν την πρόσληψη σιδήρου
- Φάρμακα που διαταράσσουν την πρόσληψη σιδήρου
- Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Πηγή: Δικτυακός τόπος Ministry of Health British Columbia www.bcguidelines.ca. Iron Deficiency – Investigation and Management.
http://www.bcguidelines.ca/guideline_iron_deficiency.html#screening (11.11.2012).

Σίδηρος

Τρανσφερρίνη ορού

Ολική σιδηροδεσμευτική ικανότητα ορού

Δικαιολογείται έλεγχος σε:

- Παθολογικές τιμές φερριτίνης

Πηγή: Δικτυακός τόπος Ministry of Health British Columbia www.bcguidelines.ca. Iron Deficiency – Investigation and Management.
http://www.bcguidelines.ca/guideline_iron_deficiency.html#screening (11.11.2012).

Βιταμίνη B12 ορού

Δεν δικαιολογείται έλεγχος ολόκληρου του πληθυσμού

Στους ενήλικες δικαιολογείται έλεγχος σε:

- Ευρήματα στη γενική αίματος συμβατά με μακροκυττάρωση (MCV>100 fL) ή νορμόχρωμη αναιμία, συνυπάρχουσα με μειωμένη φερριτίνη ορού. Διαταραχή ωρίμανσης κυττάρων λευκής σειράς, δυσμεγακαρυοποίηση ή παγκυτταροπενία
- Απότομη αλλαγή της διανοητικής κατάστασης ή της συμπεριφοράς, διαταραχές μνήμης.
- Περιφερική νευροπάθεια
- Γλωσσίτιδα Hunter με ή χωρίς βαρείες εξελκώσεις του στοματικού βλεννογόνου
- Ηλικία > 75 ετών
- Υποθρεψία, αποκλειστική φυτοφαγία
- Παθήσεις πεπτικού που προκαλούν δυσαπορρόφηση B12
- Φάρμακα που προκαλούν δυσαπορρόφηση: μακροχρόνια χρήση αναστολέων υποδοχέων H₂, αναστολέων αντλίας πρωτονίων (> 12 μήνες) ή μετφορμίνης (> 4 μήνες)
- Νεοπλάσματα

Πηγή: Δικτυακός τόπος Ministry of Health British Columbia www.bcguidelines.ca.
Cobalamin (vitamin B12 Deficiency) – Investigation and Management.
http://www.bcguidelines.ca/guideline_cobalamin.html (11.11.2012).

Φυλλικά ορού

Δεν δικαιολογείται έλεγχος ολόκληρου του πληθυσμού

Σε ενήλικες δικαιολογείται έλεγχος σε:

- Ευρήματα στη γενική αίματος συμβατά με μακροκυττάρωση (MCV>100 fL) ή νορμόχρωμη αναιμία, συνυπάρχουσα με μειωμένη φερριτίνη ορού. Διαταραχή ωρίμανσης κυττάρων λευκής σειράς, δυσμεγακαρυοποίηση ή παγκυτταροπενία
- Γλωσσίτιδα Hunter με ή χωρίς βαρείες εξελκώσεις του στοματικού βλεννογόνου
- Υποθρεψία, αλκοολισμό
- Κύηση και προγραμματισμό κύησης, μητρικό θηλασμό
- Παχυσαρκία (BMI >35)
- Ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη
- Επιληψία
- Νεοπλάσματα
- Παθήσεις πεπτικού συστήματος (π.χ. νηστιδεκτομή, φλεγμονώδεις εντεροπάθειες)
- Φάρμακα που προκαλούν δυσαπορρόφηση ή φάρμακα που προκαλούν κατανάλωση φυλλικών (π.χ. φαινυτοΐνη, τριμεθοπρίμη, πυριμεθαμίνη, μεθοτρεξάτη, αντισυλληπτικά, σουλφασαλαζίνη)

Πηγή: Δικτυακός τόπος Ministry of Health British Columbia www.bcguidelines.ca. Cobalamin (vitamin B12 Deficiency) – Investigation and Management. http://www.bcguidelines.ca/guideline_folate.html (11.11.2012).

Αντιπυρηνικά αντισώματα

Ενδεικνύμενες εξετάσεις:

- Αντιπυρηνικά αντισώματα
- Αντι-SSA
- Αντι-Jo1

Ενδεικνύμενες εξετάσεις μόνο επί θετικών αντιπυρηνικών αντισωμάτων:

- Αντι-DNA ds
- Αντι-Sm
- Αντι-RNP
- Αντι-SSB
- Αντι-Scl 70
- Αντικεντρομεριδιακό

Πηγή:

Δικτυακός τόπος American Board of Internal Medicine. Five things physicians and patients should question. www.choosingwisely.org <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-college-of-rheumatology/> (29.04.14).

Ορμόνες θυρεοειδικής λειτουργίας

Δεν δικαιολογείται πληθυσμιακός έλεγχος (screening) σε ασυμπτωματικούς ενήλικες.

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

Ομάδες ενηλίκων σε υψηλό κίνδυνο για θυρεοειδοπάθεια:

- Ατομικό ή ισχυρό οικογενειακό ιστορικό θυρεοειδοπάθειας
- Γυναίκες >50 ετών και άνδρες >70 ετών
- Έως 6 μήνες μετά τον τοκετό
- Διεγνωσμένα αυτοάνοσα νοσήματα
- Ιστορικό ακτινοθεραπείας τραχήλου
- Φαρμακευτική αγωγή, όπως με λίθιο ή αμιοδαρόνη

Σημεία και συμπτώματα συμβατά με θυρεοειδοπάθεια

Υποθυρεοειδισμός	Υπερθυρεοειδισμός
<ul style="list-style-type: none">• Αύξηση σωματικού βάρους• Τριχόπτωση, ξηροδερμία• Λήθαργος, γνωσιακές διαταραχές, κατάθλιψη• Δυσκοιλιότητα• Μηνορραγία• Βρογχοκήλη• Δυσανεξία στο ψυχρό	<ul style="list-style-type: none">• Απώλεια σωματικού βάρους• Τριχόπτωση• Ταχυκαρδία, κολλική μαρμαρυγή, αίσθημα έκτακτων συστολών• Αμηνόρροια, ολιγομηνόρροια• Αυξημένη διαφορική πίεση, υπέρταση• Μυϊκή αδυναμία• Βρογχοκήλη• Δυσανεξία στο θερμό, υπεριδρωσία

Για τον έλεγχο του θυρεοειδούς στις ομάδες υψηλού κινδύνου ή και επί παρουσίας σημείων και συμπτωμάτων συμβατών με θυρεοειδοπάθεια συνιστάται ως εξέταση εκλογής η TSH.

- Αν η TSH είναι φυσιολογική, δεν ενδείκνυται περαιτέρω έλεγχος, εκτός αν οι τιμές δεν συμφωνούν με τα κλινικά ευρήματα, οπότε ο περαιτέρω έλεγχος ζητείται μόνο από ειδικό ενδοκρινολόγο.
- Αν η TSH είναι εκτός φυσιολογικών ορίων:
 - ενδείκνυται μέτρηση ελεύθερης θυροξίνης (fT4) για επιβεβαίωση της διάγνωσης.
 - αν η TSH είναι μειωμένη με φυσιολογική fT4, ενδείκνυται και μέτρηση fT3. Αντίθετα, δεν ενδείκνυται fT3 επί υποθυρεοειδισμού.
 - δεν ενδείκνυται πλέον διενέργεια ολικής T3 και T4.
- Παρακολούθηση θυρεοειδικής λειτουργίας (εξετάσεις ζητούνται μόνο από ειδικό ενδοκρινολόγο):
 - Υποθυρεοειδισμός: Επί αλλαγής φαρμακευτικής αγωγής ή δοσολογίας, συνιστάται επανέλεγχος ανά 6-12 εβδομάδες. Σε σταθερά ρυθμισμένη θυρεοειδική λειτουργία, επανέλεγχος ανά έτος.
 - 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.

Έλεγχος αντιθυρεοειδικών, αντιμιτοχονδριακών κτλ. αντισωμάτων ενδείκνυται επί ενδείξεων και μόνο από ενδοκρινολόγο.

Για να υπάρχει δυνατότητα διενέργειας fT4 ή και fT3, τα εργαστήρια καλούνται σε κάθε εξέταση TSH να διατηρούν δείγμα ορού για έως 7 ημέρες, προκειμένου να προβαίνουν σε περαιτέρω έλεγχο επί παθολογικής TSH.

Πηγή: Δικτυακός τόπος Ministry of Health British Columbia www.bcguidelines.ca. Thyroid Function Tests in the Diagnosis and Monitoring of Adults.
http://www.bcguidelines.ca/guideline_thyroid.html (09.05.14).

Πρόληψη καρκίνου ωοθηκών

Ca-125 δικαιολογείται σε γυναίκες που παρουσιάζουν:

- Συχνό ή επίμονο μετεωρισμό ή αίσθημα πληρότητας κοιλίας (ιδιαίτερα >12 ημέρες το μήνα)
- Συχνό ή επίμονο πυελικό άλγος (ιδιαίτερα >12 ημέρες το μήνα)
- Συχνουρία χωρίς ευρήματα στη γενική ούρων
- Γυναίκες άνω των 50 ετών που πρωτοεμφανίζουν συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου
- Ευρήματα από υπερηχογράφημα κάτω κοιλίας, ύποπτα για κακοήθεια.

Σε γυναίκες < 40 ετών με κλινική υπόνοια καρκίνου ωοθηκών, δικαιολογείται, πέραν του Ca-125, και έλεγχος **β-γοριακής γοναδοτροπίνης (β-hCG)** και **α-φετοπρωτεΐνης (α-FP)** (μη επιθηλιακή νεοπλασία ωοθηκών)

Αν οι καρκινικοί δείκτες είναι θετικοί (Ca-125 > 35 IU/ml), ενδείκνυται υπερηχογράφημα άνω και κάτω κοιλίας.

Υπερηχογράφημα πυελικών οργάνων ενδείκνυται και σε:

- ψηλαφητή διόγκωση μήτρας/εξαρτημάτων
- διαταραχές εμμηνου ρύσεως

Αν το υπερηχογράφημα δείξει καρκίνο ωοθηκών, επόμενη εξέταση είναι η **αξονική τομογραφία** άνω και κάτω κοιλίας ή/και θώρακος. **Μαγνητική τομογραφία** κοιλίας δεν ενδείκνυται.

Πηγή: Ovarian Cancer. The recognition and initial management of ovarian cancer. Δικτυακός τόπος National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

<http://guidance.nice.org.uk/CG122/NICEGuidance/pdf/English> (15.05.14)

Δοκιμασία τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου

Δεν ενδείκνυται σε:

- Γυναίκες < 21 ετών
- Γυναίκες > 65 ετών με αρνητικούς προηγούμενους ελέγχους¹
- Γυναίκες μετά από ολική υστερεκτομή με αρνητική βιοψία τραχήλου

Ενδείκνυται σε:

- Γυναίκες ηλικίας 21-65 ετών, με συχνότητα μία φορά ανά τριετία.
- Κάθε γυναίκα με προηγούμενη τραχηλική ενδοεπιθηλιακή δυσπλασία CIN2, CIN3 ή αδενοκαρκίνωμα in situ, τακτικός επανέλεγχος για τουλάχιστον 20 έτη (ακόμη και μετά την ηλικία των 65 ετών).
- Προηγούμενος εμβολιασμός για HPV δεν αναιρεί την ανάγκη για δοκιμασία Παπανικολάου

1. Αρνητικός προηγούμενος έλεγχος: τουλάχιστον 3 διαδοχικές αρνητικές κυτταρολογικές εξετάσεις

Πηγή: American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. Διαδικτυακός τόπος National Guideline Clearinghouse. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=36834> (30.04.14)

PSA με δακτυλική εξέταση

Δεν δικαιολογείται εξέταση σε:

- Γυναίκες
- Άνδρες ηλικίας < 40 ετών και > 75 ετών
- Βαρειές συνυπάρχουσες νόσους με προσδόκιμο επιβίωσης < 10 ετών

Δικαιολογείται εξέταση σε:

- Άνδρες άνω των 50 ετών
- Άνδρες 45-50 ετών, εφόσον έχουν πατέρα ή αδελφό που έχει προσβληθεί από καρκίνο προστάτη σε ηλικία κάτω των 65 ετών
- Άνδρες 40-45 ετών, εφόσον έχουν πολλαπλούς συγγενείς που έχουν προσβληθεί από καρκίνο προστάτη σε ηλικία κάτω των 65 ετών.

Αν οι τιμές είναι φυσιολογικές, η εξέταση γίνεται

- κάθε χρόνο, εφόσον η προηγούμενη PSA έχει τιμές > 2 ng/mL.
- ανά διετία για τιμές < 2 ng/mL.

Επί διαπιστωθείσας αύξησης της τιμής της PSA, δικαιολογείται επανάληψη όσο συχνά απαιτείται, ζητούμενη μόνο από ειδικό ουρολόγο.

Πηγές:

American Cancer Society guidelines for the early detection of prostate cancer. Δικτυακός τόπος National Guideline Clearinghouse. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24814> (30.04.14)

Καρκινικοί δείκτες

Δικαιολογούνται μόνο στις εξής περιπτώσεις:

- PSA, με τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στο σχετικό κεφάλαιο
- Ca-125, με τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στο κεφάλαιο περί πρόληψης καρκίνου ωοθηκών (γυναίκες με κλινική υπόνοια καρκίνου ωοθηκών)
- β-hCG και α-FP, σε γυναίκες < 40 ετών με κλινική υπόνοια καρκίνου ωοθηκών
- Κάθε καρκινικός δείκτης σε περίπτωση διαγνωσμένου καρκίνου, για παρακολούθηση της πορείας της νόσου

Στις υπόλοιπες περιπτώσεις δεν δικαιολογείται η ζήτησή τους (γνωμοδότηση ΚΕΣΥ από 02.06.2008).

Μέτρηση οστικής πυκνότητας

Μετρήσεις οστικής πυκνότητας μπορούν να γίνονται ανά διαιτία και πλέον στις εξής ομάδες:

- Έναρξη θεραπείας που επηρεάζει την οστική πυκνότητα, π.χ. γλυκοκορτικοειδή, ορμονοθεραπεία για καρκίνο προστάτη
- Παρακολούθηση ανταπόκρισης στην αγωγή με αντιοστεοπορωτικά φάρμακα
- Γυναίκες άνω των 65 ετών και άνδρες άνω των 75 ετών
- Γυναίκες 50-64 ετών και άνδρες 50-74 ετών με παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση ή οστεοπορωτικά κατάγματα:
 - προηγμένη κάταγμα ευθραυστότητας, περιλαμβανομένων και συμπιεστικών σπονδυλικών παραμορφώσεων,
 - ιστορικό πτώσεων,
 - ιστορικό κατάγατος ισχίου στους γονείς,
 - ρευματοειδής αρθρίτιδα,
 - χρήση κορτικοστεροειδών ≥ 5 mg/d πρεδνιζόνης για ≥ 3 μήνες, στο παρόν ή παλαιότερα
 - άλλα αίτια δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης,
 - χαμηλό σωματικό βάρος (BMI $< 18,5$ kg/m²)
 - κάπνισμα (στο παρόν)
 - μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών (> 3 ποτά ημερησίως)
- Άτομα 40-49 ετών βάσει FRAX για παράγοντες κινδύνου - πιθανότητα κατάγατος εντός δεκαετίας:
 - ισχίου > 3%,
 - μειζόνων οστεοπορωτικών καταγμάτων >20%

Άτομα άνω των 65 χωρίς παράγοντες κινδύνου και με φυσιολογική οστική πυκνότητα: επανεξέταση ανά πενταετία.

Πηγές:

1. Δικτυακός τόπος National Osteoporosis Foundation nof.org. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis.

nof.org/files/nof/public/content/file/344/upload/159.pdf (Πρόσβαση: 29.04.14)

2. Δικτυακός τόπος American Board of Internal Medicine. Five things physicians and patients should question. www.choosingwisely.org <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-college-of-rheumatology/> (29.04.14).

Triplex καρδιάς

Δικαιολογείται έλεγχος στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Ως αρχικός έλεγχος καρδιάς:
 - σε ασθενείς με καρδιακά συμπτώματα
 - επί παθολογικών ηλεκτροκαρδιογραφικών ευρημάτων
 - σε πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη ηλικίας > 40 ετών
 - επί περιφερικής αρτηριοπάθειας
 - σε άτομα με ετήσια πιθανότητα καρδιακών επεισοδίων > 2%.
- Ως επόμενος έλεγχος καρδιάς:
 - εφόσον υπάρχει μεταβολή στην κλινική εικόνα
 - > 5 έτη μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη
 - > 2 έτη μετά από αγγειοπλαστική

Σε κάθε περίπτωση το Triplex καρδιάς δικαιολογείται μόνο εφόσον τα αποτελέσματα της εξέτασης δύνανται να επηρεάσουν τις θεραπευτικές αποφάσεις.

Triplex αορτικού τόξου

Δικαιολογείται έλεγχος:

μόνο σε περιπτώσεις σοβαρής υπερτασικής νόσου, η οποία δημιουργεί υπόνοιες ανευρσματικής διάτασης της ανιούσης αορτής, καθώς και σε σπανιότερες παθήσεις της καρδιάς, όπως συγγενείς ανωμαλίες.

Απόφαση ΚΕΣΥ 7377/31.12.97

Triplex κοιλιακής αορτής

Δικαιολογείται έλεγχος σε:

- Γενικός πληθυσμιακός έλεγχος (screening):
 - Ηλικία > 60 ετών με συγγενή πρώτου βαθμού με ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής
 - Ηλικία > 65 ετών με ιστορικό καπνίσματος
- Παρουσία ύποπτων συμπτωμάτων/σημείων
 - Διαλείπουσα χωλότητα κάτω άκρων
 - Σφύζουσα ψηλαφητή κοιλιακή μάζα
 - Μείωση ή απουσία ψηλαφητού σφυγμού μηριαίας
 - Φύσημα κοιλίας ή μηρού
 - Υπόνοια αρτηριακής εμβολής κάτω άκρων
 - Υπόνοια ανευρύσματος κοιλιακής αορτής από ακτινογραφίες
 - Ανεύρυσμα θωρακικής αορτής ή ανεύρυσμα μηριαίας ή ιγνυακής αρτηρίας
 - Έλεγχος μηριαίας αρτηρίας ενδεικτικός ανευρύσματος κοιλιακής αορτής
- Παρακολούθηση διεγνωσμένου ανευρύσματος κοιλιακής αορτής
 - Νέα συμπτώματα ή επιδείνωση συμπτωμάτων
 - Σταθερά συμπτώματα, ανεύρυσμα διαμέτρου 3,0-3,9 cm: ανά έτος (επί ταχείας επιδείνωσης μετά το πρώτο έτος, να γίνεται ανά εξάμηνο)
 - Σταθερά συμπτώματα, ανεύρυσμα διαμέτρου 4,0-5,4 cm: σε 6-8 μήνες και ακολούθως ανά έτος (επί ταχείας επιδείνωσης μετά το πρώτο έτος, να γίνεται ανά εξάμηνο)
 - Σταθερά συμπτώματα, ανεύρυσμα διαμέτρου >5,5 cm: σε 3-5 μήνες και ακολούθως ανά εξάμηνο.
- Μετεγχειρητική παρακολούθηση (μετά από ενδομόσχευμα ή αορτολαγόνια αγγειοπλαστική)
 - Εντός του πρώτου μετεγχειρητικού μήνα (σε ενδομόσχευμα ή αγγειοπλαστική)
 - Επί επιδείνωσης συμπτωμάτων (σε ενδομόσχευμα ή αγγειοπλαστική)
 - Επί σταθερών συμπτωμάτων, μετά από ενδομόσχευμα, 6 μήνες μετεγχειρητικά και ακολούθως ανά έτος (ανά εξάμηνο, εφόσον αναδεικνύεται διαρροή)

Πηγή: ACCF/ACR/AIUM/ASE/ASN/ICAVL/SCAI/SCCT/SIR/SVM/SVS 2012 Appropriate Use Criteria for Peripheral Vascular Ultrasound and Physiological Testing Part I: Arterial Ultrasound and Physiological Testing. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American College of Radiology, American Institute of Ultrasound in Medicine, American Society of Echocardiography, American Society of Nephrology, Intersocietal Commission for the Accreditation of Vascular Laboratories, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, Society for Interventional Radiology, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery.

<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1216177> (09.05.14)

Triplex αρτηριών κάτω άκρων και δείκτης πίεσης σφυρών-βραχιονίου (ABI)

Έλεγχος με Triplex αρτηριών κάτω άκρων και ABI δικαιολογείται σε:

- Παρουσία ύποπτων συμπτωμάτων/σημείων
 - Διαλείπουσα χωλότητα κάτω άκρων ή άλγος ανάπαυσης κνήμης-ποδός-δακτύλων
 - Εξέλκωση ή γάγγραινα άκρου ποδός ή δακτύλου
 - Λοίμωξη κνήμης/ποδός χωρίς ψηλαφητές σφύξεις
 - Υπόνοια οξείας ισχαιμίας κάτω άκρου
- Παρακολούθηση διεγνωσμένης αρτηριοπάθειας κάτω άκρων, εφόσον υπάρχει επιδείνωση ενοχλήσεων ή νέα ενοχλήματα
- Μετεγχειρητική παρακολούθηση σε επεμβάσεις επαναγγείωσης (αγγειοπλαστική ή παράκαμψη):
 - Ένα μήνα μετά την επαναγγείωση
 - 6-8 μήνες μετεγχειρητικά και ακολούθως ανά έτος

Έλεγχος με Triplex αρτηριών κάτω άκρων και ABI δεν δικαιολογείται σε:

- Νυχτερινές κράμπες με φυσιολογικές σφύξεις κάτω άκρων
- Απώλεια τριχοφυΐας στη ράχη δακτύλου ή του ποδός με φυσιολογικές σφύξεις
- Οίδημα κάτω άκρου με φυσιολογικές σφύξεις
- Διαβήτη με περιφερική νευροπάθεια με φυσιολογικές σφύξεις
- Διεγνωσμένη αρτηριοπάθεια χωρίς συμπτώματα ή με σταθερά συμπτώματα

Έλεγχος μόνο με ABI δικαιολογείται σε:

- Μείωση σφύξεων κάτω άκρου
- Φύσημα μηριαίας αρτηρίας
- Ηλικία >50 ετών με ιστορικό καπνίσματος ή και διαβήτη
- Ηλικία >70 ετών

Έλεγχος μόνο με Triplex αρτηριών κάτω άκρων δικαιολογείται σε:

- Σφύζουσα βουβωνική μάζα
- Φύσημα ή ροίζο στη βουβωνική χώρα
- Σημαντικό αιμάτωμα στη μηροβουβωνική χώρα
- Έντονο άλγος βουβωνικής χώρας μετά από επέμβαση.

Πηγή: ACCF/ACR/AIUM/ASE/ASN/ICAVL/SCAI/SCCT/SIR/SVM/SVS 2012 Appropriate Use Criteria for Peripheral Vascular Ultrasound and Physiological Testing Part I: Arterial Ultrasound and Physiological Testing. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American College of Radiology, American Institute of Ultrasound in Medicine, American Society of Echocardiography, American Society of Nephrology, Intersocietal Commission for the Accreditation of Vascular Laboratories, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, Society for Interventional Radiology, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery.
<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1216177> (09.05.14)

Triplex αρτηριών άνω άκρων

Δικαιολογείται έλεγχος μόνο σε:

- Παρουσία ύποπτων συμπτωμάτων ή σημείων:
 - ο Διαλείπουσα χωλότητα άνω άκρου
 - ο Δυσχρωμία ή εξέλκωση δακτύλων, ψυχρό επώδυνο χέρι
 - ο Κακώσεις άνω άκρου με υπόνοια αγγειακής βλάβης
 - ο Εικόνα αρτηριακής απόφραξης λόγω θέσης (π.χ. σύνδρομο θωρακικής εξόδου)
 - ο Προεγχειρητικά όταν προγραμματίζεται λήψη κερκιδικής αρτηρίας
 - ο Φύσημα ή σφύζουσα μάζα ή ισχαιμία άκρας χειρός μετά από εισαγωγή αρτηριακής γραμμής.
- Μετεγχειρητική παρακολούθηση μετά από επεμβάσεις επαναγγείωσης
 - ο Εντός του πρώτου μετεγχειρητικού μήνα
 - ο Επί επιδείνωσης συμπτωμάτων
 - ο Επί σταθερών συμπτωμάτων, μετά από επεμβάσεις παράκαμψης, 6 μήνες μετεγχειρητικά και ακολούθως ανά έτος

Δεν δικαιολογείται έλεγχος σε:

- Φαινόμενο Raynaud
- Διαφορά αρτηριακής πίεσης μεταξύ των δύο άκρων
- Περικλειδικό φύσημα

Πηγή: ACCF/ACR/AIUM/ASE/ASN/ICAVL/SCAI/SCCT/SIR/SVM/SVS 2012 Appropriate Use Criteria for Peripheral Vascular Ultrasound and Physiological Testing Part I: Arterial Ultrasound and Physiological Testing. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American College of Radiology, American Institute of Ultrasound in Medicine, American Society of Echocardiography, American Society of Nephrology, Intersocietal Commission for the Accreditation of Vascular Laboratories, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, Society for Interventional Radiology, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery.

<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1216177> (09.05.14)

Triplex καρωτίδων και σπονδυλοβασικών αρτηριών

Δικαιολογείται έλεγχος σε:

- Νέα ή επιδεινούμενα νευρολογικά συμπτώματα (διερεύνηση παροδικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου)
- Σημεία συμβατά με εμβολή από τη βυθοσκόπηση (πλάκα Hollenhorst)
- Συγκοπτικό επεισόδιο αδιευκρίνιστης αιτιολογίας μετά την αρχική καρδιαγγειακή εκτίμηση
- Υπόνοια διαχωρισμού καρωτίδος
- Σφύζων τραχηλικός όγκος
- Φύσημα τραχηλικής χώρας χωρίς προηγηθείσα εξέταση καρωτίδος
- Ζάλη ή διαταραχές όρασης κατά την εξέταση του άνω άκρου (πιθανό σύνδρομο υποκλοπής σπονδυλικής-υποκλειδίου)
- Συμπτώματα συμβατά με απόφραξη σπονδυλοβασικού συστήματος (π.χ. ίλιγγος, αταξία, διπλωπία, δυσαρθρία, δυσφαγία)
- Αθηρωμάτωση σε άλλα αγγεία
- Σε διαγνωσμένη στένωση καρωτίδας >50% (ανά έτος από 50% έως 69%, ανά εξάμηνο από 70% και άνω)
- Μετά από επεμβάσεις στην καρωτίδα (ενδαρτηρεκτομή ή αγγειοπλαστική), επανέλεγχος 1 μήνα μετεγχειρητικά, 6-8 μήνες μετεγχειρητικά, και ακολούθως ανά έτος. Επί παθολογικών ευρημάτων, βλ.

Πηγή: ACCF/ACR/AIUM/ASE/ASN/ICAVL/SCAI/SCCT/SIR/SVM/SVS 2012 Appropriate Use Criteria for Peripheral Vascular Ultrasound and Physiological Testing Part I: Arterial Ultrasound and Physiological Testing. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American College of Radiology, American Institute of Ultrasound in Medicine, American Society of Echocardiography, American Society of Nephrology, Intersocietal Commission for the Accreditation of Vascular Laboratories, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, Society for Interventional Radiology, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery.

<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1216177> (05.05.14)

Triplex νεφρικών αρτηριών

Δικαιολογείται έλεγχος μόνο σε:

- Υπέρταση, κακοήθη, ανθεκτική ή επιδεινούμενη ή σε άτομα < 35 ετών
- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια επί ρήξης ανευρύσματος αορτης.
- Επιγαστρικό φύσημα
- Αύξηση κρεατινίνης, ανεξήγητη ή μετά από λήψη αναστολέων μετατρεπτικού ενζύμου
- Ανθεκτική καρδιακή ανεπάρκεια
- Επεμβάσεις επαναγγείωσης νεφρών, επί υποτροπής ή επιδείνωσης συμπτωμάτων

Triplex μεσεντερίων αρτηριών

Δικαιολογείται έλεγχος σε:

- Πόνο μετά τα γεύματα και απώλεια βάρους, αφού έχει προηγηθεί γαστρεντερολογικός έλεγχος
- Επεμβάσεις επαναγγείωσης, επί υποτροπής ή επιδείνωσης συμπτωμάτων

Πηγή: ACCF/ACR/AIUM/ASE/ASN/ICAVL/SCAI/SCCT/SIR/SVM/SVS 2012 Appropriate Use Criteria for Peripheral Vascular Ultrasound and Physiological Testing Part I: Arterial Ultrasound and Physiological Testing. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American College of Radiology, American Institute of Ultrasound in Medicine, American Society of Echocardiography, American Society of Nephrology, Intersocietal Commission for the Accreditation of Vascular Laboratories, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, Society for Interventional Radiology, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery.

<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1216177> (05.05.14)

Triples φλεβών κάτω άκρων

Δικαιολογείται έλεγχος για:

1. Διάγνωση πιθανής φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου επί συμπτωμάτων ή σε άτομα υψηλού κινδύνου χωρίς συμπτώματα
2. Πνευμονική εμβολή
3. Ασθενείς με ανοικτό ωοειδές τρήμα και αρτηριακή εμβολή
4. Φλεβική ανεπάρκεια και κίρσους κάτω άκρων
5. Προεγχειρητικά επί επεμβάσεων όπου θα απαιτηθεί λήψη φλεβικών μοσχευμάτων.
6. Πρώιμα μετεγχειρητικά επί ενδοφλεβικής εξάλειψης κίρσων (ablation)
7. Παρακολούθηση ασθενών με γνωστή φλεβική θρόμβωση επί αντενδείξεων αντιπηκτικής αγωγής (εντός 2 εβδομάδων από τη διάγνωση) ή επί υποτροπής/επιδείνωσης των συμπτωμάτων παρά την αντιπηκτική αγωγή.

Δεν δικαιολογείται έλεγχος στις εξής περιπτώσεις:

1. Ασυμπτωματικά άτομα (συμπεριλαμβανομένης και της παρατεταμένης νοσηλείας σε ΜΕΘ/ΜΑΦ ή μετά από ορθοπαιδικές επεμβάσεις)
2. Επί συγγενούς θρομβοφιλίας ή επί θετικής δοκιμασίας D-dimers.

Triples λαγονίων φλεβών και κάτω κοίλης φλέβας

Δικαιολογείται έλεγχος μόνο:

1. Μετά από θετικό triples φλεβών κάτω άκρων
2. Σε τοποθέτηση φίλτρου κάτω κοίλης φλέβας, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επί πιθανής απόφραξης.

Πηγή:

1. ACR–AIUM–SRU practice guideline for the performance of peripheral venous ultrasound examination. Διαδικτυακός τόπος National Guidance Clearinghouse.
<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=32534> (30.04.14).
2. ACCF/ACR/AIUM/ASE/IAC/SCAI/SCVS/SIR/SVM/SVS/SVU 2013 Appropriate Use Criteria for Peripheral Vascular Ultrasound and Physiological Testing Part II: Testing for Venous Disease and Evaluation of Hemodialysis Access A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force.
<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1717213> (05.05.14).

Triplex φλεβών άνω άκρων

Δικαιολογείται έλεγχος στις εξής περιπτώσεις:

1. Συμπτώματα συμβατά με θρομβοφλεβίτιδα άνω άκρου
2. Υποτροπή συμπτωμάτων επί γνωστής εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας άνω άκρου
3. Προεγχειρητικά, όπου απαιτείται λήψη φλεβικών μοσχευμάτων από το άνω άκρο, επί απουσίας διαθέσιμων μοσχευμάτων στο κάτω άκρο
4. Προεγχειρητικά επί σχεδιασμού αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (fistula) που θα πραγματοποιηθεί εντός τριμήνου από την εξέταση και
5. Μετεγχειρητικά μετά από τοποθέτηση fistula, επί δυσχέρειας καθετηριασμού ή επί σημείων δυσλειτουργίας κατά την αιμοδιάλυση, ή επί κλινικών σημείων αποτυχίας ωρίμανσης (> 6 εβδομάδες μετεγχειρητικά), θρόμβωσης ή συνδρόμου υποκλοπής.

Δεν δικαιολογείται έλεγχος στις εξής περιπτώσεις:

3. Ασυμπτωματικά άτομα (συμπεριλαμβανομένης και της παρατεταμένης νοσηλείας σε ΜΕΘ/ΜΑΦ)
4. Προ της εμφύτευσης βηματοδότη ή απινιδωτή
5. Επί συγγενούς θρομβοφιλίας ή επί θετικής δοκιμασίας D-dimers.

Triplex νεφρικών φλεβών

Δικαιολογείται μόνο επί οξείας νεφρικής ανεπάρκειας

Triplex ηπατοπυλαίου φλεβικού συστήματος

Δικαιολογείται έλεγχος στις εξής περιπτώσεις:

1. Κίρρωση ήπατος με ή χωρίς ασκίτη
2. Πυλαία υπέρταση
3. Υπερηχογραφικά επιβεβαιωμένα ηπατομεγαλία ή σπληνομεγαλία
4. Μετεγχειρητική παρακολούθηση επί διασφαγιτιδικής ηπατοσυστηματικής αποσυμπίεσης πυλαίας (TIPS)

Δεν δικαιολογείται έλεγχος στις εξής περιπτώσεις:

1. Αρχική διερεύνηση ικτέρου
2. Πυρετός αγνώστου αιτιολογίας
3. Καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική εμβολή

Πηγή: ACCF/ACR/AIUM/ASE/IAC/SCAI/SCVS/SIR/SVM/SVS/SVU 2013 Appropriate Use Criteria for Peripheral Vascular Ultrasound and Physiological Testing Part II: Testing for Venous Disease and Evaluation of Hemodialysis Access A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force.

<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1717213> (05.05.14).

Πρόληψη καρκίνου μαστού

Μαστογραφία:

- Γυναίκες άνω των 40 ετών: Μαστογραφία κάθε χρόνο και για όσο χρόνο δεν πάσχουν από βαρέα, χρόνια νοσήματα, όπως συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια κτλ.

Κλινική εξέταση μαστού:

- Γυναίκες 20-40 ετών: Κάθε τρία χρόνια
- Γυναίκες > 40 ετών: Κάθε χρόνο

Υπερηχογράφημα μαστού:

- Δεν αποτελεί εργαλείο πληθυσμιακού ελέγχου (screening)
- Για τη διαφοροδιάγνωση μεταξύ κύστης και συμπαγούς όγκου

Μαγνητική τομογραφία μαστού:

- Δεν αποτελεί εργαλείο γενικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening)
- Μαζί με μαστογραφία μόνο σε γυναίκες υψηλού κινδύνου:
 - Μετάλλαξη γονιδίων BRCA-1 ή BRCA-2
 - Ακτινοθεραπεία θώρακος σε ηλικίες 10-30 ετών
- Μετά τη μαστογραφία, επί παθολογικών ευρημάτων που χρήζουν διερεύνησης ή για προεγχειρητική σταδιοποίηση – σχεδιασμό.

Πηγή: American Cancer Society. Breast Cancer: Early detection. The importance of finding breast cancer early.

<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-importance-of-finding-early> (15.05.14)

MRI οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης επί οσφυαλγίας

Δικαιολογείται στις εξής περιπτώσεις:

A. Μετά από ακτινογραφία οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης με ασαφή ευρήματα:

- Πρόσφατη σημαντική κάκωση
- Γνωστή οστεοπόρωση
- Παρατεταμένη χρήση υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών
- Ηλικία > 70 ετών
- Παιδιά
- Διάρκεια συμπτωμάτων > 6 εβδομάδες

B. Ως πρώτη εξέταση:

- Εντοπισμένα ή πολυεστιακά νευρολογικά ελλείμματα, προϊόντα νευρολογικά ελλείμματα ή ιππουριδική συνδρομή
- Ιστορικό νεοπλασίας
- Πρόσφατη ανεξήγητη απώλεια βάρους
- Πυρετός αγνώστου αιτιολογίας ή πρόσφατη μικροβιακή λοίμωξη
- Ανοσοανεπάρκεια ή ανοσοκαταστολή, σακχαρώδης διαβήτης ή χρήση ενδοφλεβίων φαρμάκων-ουσιών
- Προεγχειρητικός έλεγχος
- Προηγηθείσες επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης

Τονίζεται ότι σε απλή οσφυαλγία ή και ισχιαλγία χωρίς νευρολογικό έλλειμμα, χωρίς υποψία φλεγμονής ή νεοπλασίας, με διάρκεια συμπτωμάτων < 6 εβδομάδων, που δεν είναι υποψήφια για χειρουργική αποκατάσταση, δεν απαιτείται καμμία απεικονιστική εξέταση.

Πηγή: American College of Radiology. *ACR Appropriateness Criteria®. Condition: Low back pain*. 2011.

<http://www.acr.org/~media/ACR/Documents/AppCriteria/Diagnostic/LowBackPain.pdf>
(07.11.2012).

Απεικονιστικός έλεγχος αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης επί χρόνιας αυχεναλγίας

Πρώτη εξέταση σε κάθε περίπτωση χρόνιας αυχεναλγίας, ακόμη και επί ιστορικού κακοήθειας ή προηγηθείσας χειρουργικής επέμβασης, είναι η κλασσική ακτινογραφία.

MRI ΑΜΣΣ δικαιολογείται στις εξής περιπτώσεις χρόνιας αυχεναλγίας:

- Παρουσία νευρολογικών ελλειμμάτων
 - χωρίς ευρήματα στις απλές ακτινογραφίες, ή
 - με ευρήματα εκφυλιστικών αλλοιώσεων ή
 - με ευρήματα παλαιάς κάκωσης στις ακτινογραφίες
- Ακτινογραφικά ευρήματα καταστροφής της τελικής πλάκας ή ενδεικτικά λοίμωξης ή κακοήθειας.

CT ΑΜΣΣ δικαιολογείται σε προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση με ακτινογραφίες χωρίς ευρήματα και σε κάθε περίπτωση όπου ενδείκνυται MRI ΑΜΣΣ αλλά υπάρχει αντένδειξη.

Πηγή: American College of Radiology. *ACR Appropriateness Criteria®. Condition: Chronic neck pain.* 2013.

<https://acsearch.acr.org/docs/69426/Narrative/> (23.06.2014)

Απεικονιστικός έλεγχος σε οξύ άλγος ώμου

Σε κάθε περίπτωση οξέος άλγους ώμου πρέπει να προηγείται κλασσική ακτινογραφία.

Υπερηχογράφημα ή MRI ώμου δικαιολογείται όταν η κλασσική ακτινογραφία δεν δίνει σαφή ευρήματα, σε:

- Κλινική υπόνοια ρήξης επιχειλίου χόνδρου, σε άτομα ηλικίας < 35 ετών, με ή χωρίς κλινικά σημεία αστάθειας
- Κλινική υπόνοια πλήρους ρήξεως στροφικού πετάλου.
- Συρραφείσα ρήξη στροφικού πετάλου και υπόνοια νέας ρήξης
- Υπόνοια σηπτικής αρθρίτιδας (υπερηχογράφημα)

Σε υπόνοια μερικής ρήξεως στροφικού πετάλου το υπερηχογράφημα και η MRI δεν έχουν αποδειχθεί αξιόπιστα. Δεν έχει αποδειχθεί η διαγνωστική αξία του μαγνητικού αρθρογραφήματος ώμου σε περιπτώσεις μερικής ρήξης στροφικού πετάλου.

Πηγές:

1. Ultrasound, magnetic resonance imaging and magnetic resonance arthrography. Στο: Evidence-based clinical guidelines for the diagnosis, assessment and physiotherapy management of shoulder impingement syndrome. The chartered society of physiotherapy. (<http://www.csp.org.uk/publications/evidence-based-clinical-guidelines-diagnosis-assessment-physiotherapy-management-shoulder-impingement-syndrome.htm>) (23.06.14).
2. Πηγή: American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria®. Clinical Condition: Acute shoulder pain. 2010. <https://acsearch.acr.org/docs/69433/Narrative/> (23.06.2014).