

## **PUNTI DI RIFERIMENTO SOMMARI PER LE LINEE GUIDA PREFERRED PRACTICE PATTERN®**

### **Introduzione:**

I seguenti sono dei punti di riferimento sommari per le linee guida Preferred Practice Pattern® (PPP) dell'Academy. Le linee guida Preferred Practice Pattern sono state formulate sulla base di tre principi:

- Ogni Preferred Practice Pattern dovrebbe avere rilevanza clinica ed essere sufficientemente specifica da fornire informazioni utili alla pratica clinica.
- Ogni raccomandazione che viene fatta dovrebbe essere accompagnata da un esplicito punteggio che indichi la sua importanza nell'ambito dell'attività assistenziale.
- Ogni raccomandazione dovrebbe essere corredata da un esplicito punteggio che dimostri la forza dell'evidenza che supporta tale raccomandazione e che rifletta la migliore evidenza disponibile.

### **I Preferred Practice Patterns forniscono un'indicazione per un modello di pratica clinica, non per l'assistenza di un individuo in particolare.**

Se da un lato i PPP dovrebbero essere in grado di andare incontro alle necessità della maggior parte dei pazienti, non è comunque detto che rappresentino la migliore raccomandazione per tutti i pazienti. Pertanto il rispetto di questi PPP non assicura di un risultato soddisfacente in qualsiasi situazione. Questi modelli di pratica non dovrebbero essere giudicati comprensivi di tutti i metodi assistenziali appropriati ovvero manchevoli di altri metodi assistenziali che siano ragionevolmente orientati ad ottenere i migliori risultati. Può essere necessario affrontare in modi differenti le diverse esigenze dei pazienti. Il medico deve formulare il giudizio definitivo riguardo alla tipologia di assistenza da adottare nei confronti di un particolare paziente alla luce di tutte le caratteristiche proprie di quel paziente. L'American Academy of Ophthalmology è in grado di fornire assistenza ai suoi membri per risolvere questioni etiche che sorgano nel corso dell'attività clinica.

**Le linee guida Preferred Practice Pattern non sono degli standard della Medicina ai quali conformarsi in ogni situazione individuale.** L'Academy declina specificamente ogni responsabilità per lesioni o altri danni di ogni natura, derivanti da negligenza o da altre cause, e per ogni rivendicazione che possa derivare dall'uso di qualsiasi raccomandazione o altra informazione tratta da questo documento.

Per ogni condizione patologica di maggior rilievo, sono riassunte le raccomandazioni per il processo assistenziale, comprensive di anamnesi, esame obiettivo ed esami supplementari, nonché le raccomandazioni principali riguardo alla gestione assistenziale, al follow-up e alla educazione del paziente. Per ogni PPP viene condotta una ricerca dettagliata

della letteratura pertinente in lingua inglese fra gli articoli presenti su Pubmed e sulla Cochrane Library. I risultati sono esaminati da una commissione di esperti e sono utilizzati per preparare le raccomandazioni, che vengono valutate in due modi.

La commissione in primo luogo da un punteggio alla raccomandazione relativamente alla sua importanza nel processo assistenziale. Questo punteggio relativo alla "importanza nel processo assistenziale" rappresenta quella cura che nell'opinione della commissione potrebbe migliorare la qualità dell'assistenza al paziente in modo sostanziale. I punteggi di importanza sono suddivisi in tre livelli:

- Livello A, definito come importanza massima
- Livello B, definito come moderatamente importante
- Livello C, definito come rilevante ma non critico

La commissione ha anche valutato ogni raccomandazione sulla base della forza dell'evidenza disponibile in letteratura a supporto della raccomandazione fatta. I "punteggi di forza dell'evidenza" sono a loro volta divisi in 3 livelli:

- Il livello I fa riferimento a un'evidenza ottenuta da almeno un trial controllato, randomizzato, ben ideato e condotto modo appropriato.
- Il livello II fa riferimento a un'evidenza ottenuta dalle seguenti fonti:
  - Trials controllati ben ideati ma senza randomizzazione
  - Studi di coorte o studi analitici caso-controllo ben ideati, meglio se condotti da più di un centro
  - Serie in tempi successivi con o senza intervento
- Il livello III fa riferimento a un'evidenza ottenuta dalle seguenti fonti:
  - Studi descrittivi
  - Case reports
  - Reports di comitati/organizzazioni di esperti (per es., il consenso del comitato PPP con la revisione di pari esterni)

I PPP devono essere intesi come guide nell'assistenza al paziente, con un'enfasi particolare agli aspetti tecnici. Nell'applicazione di tale conoscenza, è essenziale tener presente che la vera eccellenza nella pratica medica viene raggiunta unicamente quando le competenze sono applicate in maniera tale che le esigenze del paziente siano prese nella massima considerazione. L'AAO è disponibile a fornire assistenza ai suoi membri per risolvere questioni etiche che sorgano nel corso dell'attività clinica. (Codice di Etica dell'AAO).

# Degenerazione Maculare Legata all'età (Valutazione Iniziale e Follow-up)

Traduzione a cura di: Dott. Ernesto Strobbe e Dott. Alessandro Finzi

Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

## Anamnesi alla visita iniziale (Elementi chiave)

- Sintomi (metamorfopsie e riduzione visiva) <sup>[A:II]</sup>
- Farmaci e integratori alimentari <sup>[B:III]</sup>
- Anamnesi oculare <sup>[B:II]</sup>
- Anamnesi generale (ogni reazione di ipersensibilità) <sup>[B:II]</sup>
- Anamnesi familiare, in particolare precedenti casi di Degenerazione maculare legata all'età (AMD) <sup>[B:II]</sup>
- Stile di vita, in particolare fumo <sup>[B:II]</sup>

## Esame obiettivo iniziale (Elementi chiave)

- Acuità visiva <sup>[A:III]</sup>
- Valutazione biomicroscopica bilaterale della macula <sup>[A:III]</sup>

## Test aggiuntivi

Per la stadiazione della Degenerazione maculare legata all'età (AMD) è indicata la Fluorangiografia retinica (FAG): <sup>[A:I]</sup>

- quando il paziente lamenta nuove metamorfopsie
- quando il paziente ha un ingiustificato annebbiamento visivo
- quando l'esame obiettivo rivela un sollevamento dell'EPR o della retina, emorragie sottoretiniche, essudati duri o fibrosi sottoretinica
- per evidenziare la presenza della neovascolarizzazione coroideale (CNV) e determinarne l'entità, il tipo, la dimensione e la localizzazione e calcolare la percentuale della lesione costituita da neovascolarizzazione coroideale classica (CNV)
- per stabilire il trattamento (fotocoagulazione laser o terapia fotodinamica (PDT) con verteporfina)
- per identificare la persistenza o la recidiva di neovascolarizzazione coroideale (CNV)
- per determinare la causa di calo visivo non spiegabile con esami clinici

Ogni centro di fluorangiografia dovrebbe essere dotato di un piano di emergenza e di un protocollo per minimizzare i rischi e la gestione di ogni complicanza <sup>[A:III]</sup>

## Anamnesi alla visita di follow-up

- Sintomi visivi, tra cui riduzione visiva e metamorfopsie <sup>[A:II]</sup>
- Cambiamenti della terapia e degli integratori alimentari <sup>[B:III]</sup>
- Anamnesi oculare relativa al periodo di follow-up <sup>[B:III]</sup>
- Anamnesi generale relativa al periodo di follow-up <sup>[B:III]</sup>
- Cambiamenti dello stile di vita in particolare fumo <sup>[B:II]</sup>

## Esame obiettivo di follow-up

- Acuità visiva <sup>[A:III]</sup>
- Valutazione biomicroscopica bilaterale del fondo oculare <sup>[A:III]</sup>

## Follow-up dopo trattamento per degenerazione maculare legata all'età (AMD) neovascolare

- Valutare rischi, benefici e complicanze con il paziente, e ottenere il consenso informato <sup>[A:III]</sup>
- Valutare il paziente trattato con iniezione intravitreale di Ranibizumab circa 4 settimane dal trattamento <sup>[A:III]</sup>
- Valutare il paziente trattato con iniezione intravitreale di Bevacizumab dalle 4 settimane dopo il trattamento <sup>[A:III]</sup>
- Valutare il paziente trattato con iniezione intravitreale di Pegaptanib sodium nelle 6 settimane successive al trattamento <sup>[A:III]</sup>
- Valutare ed effettuare una fluorangiografia retinica (FAG) al massimo ogni 3 mesi per i 2 anni seguenti al trattamento con terapia fotodinamica (PDT) con verteporfina <sup>[A:I]</sup>
- Esaminare il paziente trattato con fotocoagulazione laser circa 2-4 settimane dopo il trattamento e poi dalle 4 alle 6 settimane <sup>[A:III]</sup>
- Tomografia ottica a Radiazione Coerente (OCT), <sup>[A:III]</sup> Fluorangiografia retinica, <sup>[A:I]</sup> Fotografia del fondo <sup>[A:III]</sup> potrebbero essere utili per determinare segni di essudazione e dovrebbero essere effettuati quando clinicamente indicato
- Successive valutazioni dovrebbero essere effettuate in relazione all'evidenza clinica e in base al parere dell'oculista curante <sup>[A:III]</sup>

## Educazione del paziente

- Informare i pazienti della prognosi e delle potenzialità terapeutiche dei trattamenti in rapporto al loro stato funzionale oculare <sup>[A:III]</sup>
- Incoraggiare i pazienti con degenerazione maculare legata all'età (AMD) precoce a sottoporsi a visite del fondo oculare con dilatazione per porre diagnosi precoce di AMD intermedia <sup>[A:III]</sup>
- Informare i pazienti allo stadio intermedio riguardo i metodi di identificazione dei nuovi sintomi di neovascolarizzazione coroideale (CNV) e la necessità di informare l'oculista curante <sup>[A:III]</sup>
- Istruire il paziente con il problema unilaterale a monitorare la vista nell'occhio controlaterale e di sottoporsi a visite periodicamente anche in assenza di sintomi e tempestivamente dopo l'insorgenza di nuovi e significativi sintomi visivi <sup>[A:III]</sup>
- Istruire i pazienti a riferire prontamente ogni sintomo suggestivo di endoftalmite incluso il dolore oculare o un aumento di fastidi, peggioramento dell'arrossamento, offuscamento o riduzione visiva, aumento della sensibilità alla luce e aumento del numero delle miodesopsie <sup>[A:III]</sup>
- Incoraggiare i pazienti fumatori a smettere di fumare <sup>[A:I]</sup> poiché esistono dati osservazionali che supportano una relazione causale tra il fumo e la degenerazione maculare
- Indirizzare i patient con una ridotta funzionalità visiva verso la riabilitazione visiva (vedi [www.aaopt.org/smartsight](http://www.aaopt.org/smartsight)) e i servizi sociali <sup>[A:III]</sup>

## Degenerazione Maculare Legata all'età (Indicazioni per la Gestione)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Laura Sapigni e Dott. Roberto Gattegna

Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

### Indicazioni al trattamento e follow-up per la degenerazione maculare senile

Trattamento consigliato	Diagnosi indicata per il trattamento	Follow-up
Osservazione senza trattamento sia medico che chirurgico <sup>[A:I]</sup>	<p>Non segni clinici di Degenerazione maculare legata all'età (AMD) (AREDS categoria 1)</p> <p>Degenerazione maculare legata all'età (AMD) precoce (AREDS categoria 2)</p> <p>Degenerazione maculare legata all'età (AMD) avanzata con atrofia geografica subfoveale bilaterale o cicatrice disciforme</p>	<p>Come indicato nel "Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation PPP" <sup>[A:III]</sup></p> <p>Rivalutare il paziente tra i 6-24 mesi se asintomatico o tempestivamente in caso di nuovi sintomi suggestivi di neovascolarizzazione coroideale (CNV) <sup>[A:III]</sup></p> <p>Rivalutare il paziente tra i 6-24 mesi se asintomatico o tempestivamente in caso di nuovi sintomi suggestivi di neovascolarizzazione coroideale (CNV) <sup>[A:III]</sup></p> <p>Non foto fundus o fluorangiografia salvo in presenza di sintomatologia <sup>[A:I]</sup></p>
Vitamine antiossidanti e integratori minerali come indicato nello studio AREDS <sup>[A:I]</sup>	<p>Degenerazione maculare legata all'età (AMD) intermedia (AREDS categoria 3)</p> <p>Degenerazione maculare legata all'età (AMD) avanzata in un occhio (AREDS categoria 4)</p>	<p>Monitoraggio della visione per vicino monocolarmente (lettura/griglia di Amsler) <sup>[A:III]</sup></p> <p>Rivalutare il paziente tra i 6-24 mesi se asintomatico o tempestivamente in caso di nuovi sintomi suggestivi di neovascolarizzazione coroideale (CNV) <sup>[A:III]</sup></p> <p>Foto fundus se necessario</p> <p>Fluorangiografia retinica (FAG) se c'è evidenza di edema o se ci sono altri segni o sintomi di CNV</p>
Iniezione intravitreale di Ranibizumab 0.5 mg come indicato dalla letteratura <sup>[A:I]</sup>	Neovascolarizzazione coroideale (CNV) sottofoveali	<p>Pazienti dovrebbero essere istruiti a riferire prontamente ogni sintomo suggestivo di endoftalmite incluso il dolore oculare o un aumento di fastidi, peggioramento dell'arrossamento, offuscamento o riduzione visiva, aumento della sensibilità alla luce e aumento del numero delle miodesopsie <sup>[A:III]</sup></p> <p>Rivalutare circa dopo 4 settimane dal trattamento; successive valutazioni dovrebbero essere effettuate in relazione all'evidenza clinica e in base al parere dell'oculista curante <sup>[A:III]</sup></p> <p>Monitorare la visione per vicino monoculare (lettura/griglia di Amsler) <sup>[A:III]</sup></p>
Iniezione intravitreale di Bevacizumab come indicato dalla letteratura <sup>[A:I]</sup>  L'oculista dovrebbe provvedere a fornire un consenso informato appropriato nel rispetto dell'uso dei farmaci off-label <sup>[A:III]</sup>	Neovascolarizzazione coroideale (CNV) sottofoveali	<p>Pazienti dovrebbero essere istruiti a riferire prontamente ogni sintomo suggestivo di endoftalmite incluso il dolore oculare o un aumento di fastidi, peggioramento dell'arrossamento, offuscamento o riduzione visiva, aumento della sensibilità alla luce e aumento del numero delle miodesopsie <sup>[A:III]</sup></p> <p>Rivalutare dopo circa 4 settimane dal trattamento; successive valutazioni dovrebbero essere effettuate in relazione all'evidenza clinica e in base al parere dell'oculista curante <sup>[A:III]</sup></p> <p>Monitorare la visione per vicino monoculare (lettura/griglia di Amsler) <sup>[A:III]</sup></p>