

## 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).

# Retinopatia Diabetica (Valutazione Iniziale e di Follow-up)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Nicole Balducci e Dott.ssa Maria Grazia Tedeschi  
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

## Anamnesi (Elementi chiave)

- Durata del diabete <sup>[A:1]</sup>
- Controllo glicemico dei mesi precedenti (emoglobina A1c) <sup>[A:1]</sup>
- Farmaci <sup>[A:III]</sup>
- Anamnesi generale (per es., obesità, <sup>[A:III]</sup> patologie renali, <sup>[A:II]</sup> ipertensione sistemica, <sup>[A:1]</sup> assetto lipidico, <sup>[A:II]</sup> gravidanza <sup>[A:1]</sup>)
- Anamnesi oculare <sup>[A:III]</sup>

## Esame obiettivo (Elementi chiave)

- Acuità visiva <sup>[A:1]</sup>
- Misurazione della PIO <sup>[A:III]</sup>
- Gonioscopia quando indicata (per neovascolarizzazione dell'iride o incremento della PIO) <sup>[A:III]</sup>
- Biomicroscopia alla lampada a fessura <sup>[A:III]</sup>
- Esame del fondo oculare in midriasi inclusa la valutazione stereoscopica del polo posteriore <sup>[A:1]</sup>
- Esame della periferia retinica e del vitreo, preferibilmente eseguita con l'oftalmoscopia indiretta oppure con l'esame biomicroscopico alla lampada a fessura, combinato con lente a contatto <sup>[A:III]</sup>

## Diagnosi

- Classificare entrambi gli occhi in base alla categoria e alla gravità della retinopatia diabetica, valutando la presenza/assenza di EMCS. <sup>[A:III]</sup> Ciascuna categoria ha un rischio intrinseco di progressione.

## Anamnesi alla vista di follow-up

- Sintomi visivi <sup>[A:III]</sup>
- Salute generale (gravidanza, pressione sistemica, colesterolo sierico, funzionalità renale) <sup>[A:III]</sup>
- Stato glicemico (emoglobina A1c) <sup>[A:1]</sup>

## Esame obiettivo di follow-up

- Acuità visiva <sup>[A:1]</sup>
- Misurazione della PIO <sup>[A:III]</sup>
- Biomicroscopia alla lampada a fessura con valutazione dell'iride <sup>[A:II]</sup>
- Gonioscopia (se si sospetta o se è presente una neovascolarizzazione oppure se è aumentata la PIO) <sup>[A:II]</sup>
- Valutazione stereoscopica del polo posteriore in midriasi <sup>[A:1]</sup>
- Esame della periferia retinica e del vitreo quando indicato <sup>[A:II]</sup>

## Esami ausiliari

- La foto fundus è raramente indicata nei casi di retinopatia diabetica background oppure quando la retinopatia diabetica risulta invariata rispetto alle precedenti fotografie del fondo oculare <sup>[A:III]</sup>
- La foto fundus potrebbe essere utile per documentare una progressione significativa della malattia e la risposta al trattamento <sup>[B:III]</sup>
- L'angiografia con fluoresceina è usata come guida per il trattamento dell'EMCS <sup>[A:1]</sup> e come mezzo per valutare la causa/causa di un decremento inspiegabile dell'acuità visiva. <sup>[A:III]</sup> L'angiografia può identificare una mancata perfusione dei capillari maculari <sup>[A:II]</sup> oppure la fonte di un leakage capillare che determina un edema maculare come possibili spiegazioni di una perdita dell'acuità visiva.
- L'angiografia con fluoresceina non è indicata routinariamente come parte integrante nella valutazione dei pazienti diabetici <sup>[A:III]</sup>
- L'angiografia con fluoresceina non è necessaria alla diagnosi di EMCS o RDP essendo questi diagnosticati principalmente all'esame obiettivo

## Educazione del paziente

- Discutere i risultati dell'esame e le loro implicazioni <sup>[A:II]</sup>
- Invitare il paziente diabetico, ma senza retinopatia diabetica a sottoporsi ad esami annuali del fondo oculare <sup>[A:II]</sup>
- Informare il paziente che un trattamento efficace per la retinopatia diabetica dipende da un intervento tempestivo, nonostante una buona visione e l'assenza di sintomi oculari <sup>[A:II]</sup>
- Educare il paziente riguardo all'importanza di mantenere nei limiti normali il livello glicemico, la pressione sistemica e i livelli di lipidi sierici <sup>[A:III]</sup>
- Informare gli altri medici che seguono il paziente, per es. medico di famiglia, internista, endocrinologo, sui risultati delle visite oculistiche <sup>[A:III]</sup>
- Fornire il proprio supporto professionale ai pazienti le cui condizioni non rispondono alla chirurgia e per i quali non è disponibile alcun trattamento e offrire riferimenti opportuni per consigli, riabilitazione e servizi sociali <sup>[A:III]</sup>
- In Indirizzare i pazienti con una ridotta funzionalità visiva verso la riabilitazione visiva (vedi [www.aao.org/smartsight](http://www.aao.org/smartsight)) e i servizi sociali <sup>[A:III]</sup>

## Retinopatia Diabetica (Raccomandazioni per la Gestione)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Nicole Balducci e Dott.ssa Maria Grazia Tedeschi

Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

### Raccomandazioni per la gestione del paziente diabetico

Severità della retinopatia diabetica	Presenza di EMCS*	Follow-up (mesi)	Trattamento laser pan retinico (SCATTER)	Angiografia con fluoresceina	Laser focale e/o a griglia†
Normale o minima RDNP	No	12	No	No	No
Lieve o moderata RDNP	No	6-12	No	No	No
	Sì	2-4	No	Spesso	Spesso*‡
Severa RDNP	No	2-4	Qualche volta§	Raramente	No
	Sì	2-4	Qualche volta§	Spesso	Spesso
RDP a non alto rischio	No	2-4	Qualche volta§	Raramente	No
	Sì	2-4	Qualche volta§	Spesso	Spesso‡
RDP ad alto rischio	No	2-4	Spesso	Raramente	No
	Sì	2-4	Spesso	Spesso	Spesso
RDP inattiva/involuta	No	6-12	No	No	Spesso
	Sì	2-4	No	Spesso	Spesso

EMCS= edema maculare clinicamente significativo; RDNP= retinopatia diabetica non proliferante; RDP= retinopatia diabetica proliferante.

\* Le eccezioni includono: ipertensione o ritenzione di liquidi associati a patologie cardiache, patologie renali, gravidanza o altre cause che possono aggravare l'edema maculare. In questi casi si potrebbe considerare di differire la fotocoagulazione a un breve periodo di terapia medica. Inoltre, è possibile differire il trattamento dell'EMCS quando il centro della macula non è coinvolto, l'acuità visiva è eccellente, è possibile uno stretto follow-up ed il paziente ha compreso i rischi.

† Trattamenti aggiuntivi che possono essere considerati includono: corticosteroidi intravitreali o anti fattori di crescita dell'endotelio vascolare (uso off-label, eccetto ranibizumab). Dati tratti dal Diabetic Retinopathy Clinical Research Network 2011, dimostrano che, dopo due anni di follow-up, il Ranibizumab intravitreale associato ad un trattamento laser concomitante o differito porta ad un maggior miglioramento dell'acuità visiva; così come, in occhi pseudofachici, il triamcinolone acetone associato al laser porta ad un maggior miglioramento dell'acuità visiva comparato con il solo trattamento laser. I pazienti che ricevono le iniezioni intravitreali di farmaci anti-fattore di crescita dell'endotelio vascolare possono essere esaminati un mese dopo l'iniezione.

‡ Si può differire la fotocoagulazione focale per l'EMCS quando il centro della macula non è coinvolto, l'acuità visiva è eccellente, è possibile uno stretto follow-up, ed il paziente ha compreso i rischi. Comunque, iniziare il trattamento laser focale dovrebbe essere preso in considerazione poiché, sebbene sia meno probabile che migliori la visione, è più probabile che stabilizzi l'acuità visiva. Il trattamento delle lesioni vicine alla zona avascolare foveale potrebbe portare ad un danno nella visione centrale e nel tempo, poiché le cicatrici laser possono ingrandirsi, causare un ulteriore danneggiamento visivo. Ulteriori studi potrebbero contribuire a guidare l'utilizzo delle terapie intravitreali, inclusi corticosteroidi e farmaci anti-fattore di crescita dell'endotelio vascolare, in quei casi in cui la fotocoagulazione laser non possa essere gestita in modo sicuro. Un più stretto follow-up può essere necessario per l'edema maculare non clinicamente significativo.

§ Nei pazienti con RDP ad alto rischio si può prendere in considerazione il trattamento laser (pan retinico). Il beneficio di un precoce trattamento laser panretinico per la RDNP severa, o per le forme più avanzate, è maggiore nei pazienti con diabete di tipo II, rispetto a quelli con diabete di tipo I. Il trattamento dovrebbe essere preso in considerazione nei pazienti con una severa RDNP e diabete tipo II. Altri fattori come la scarsa compliance al follow-up, la previsione di un intervento di cataratta o di una gravidanza insieme alle condizioni dell'occhio controlaterale, aiuteranno a determinare il timing della panfotocoagulazione laser.

|| È preferibile eseguire prima la fotocoagulazione focale poi la fotocoagulazione panretinica per minimizzare la esacerbazione dell'edema maculare indotto dal trattamento laser pan retinico.