

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 dà 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).

Cheratite Batterica (Valutazione Iniziale)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Nicole Balducci e Dott.ssa Cecilia Benedetti
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi

- Sintomi oculari ^[A:III] (per es., dolore, rossore, secrezione, visione annebbiata, fotofobia, durata dei sintomi, esordio dei sintomi)
- Uso delle lenti a contatto ^[A:III] (per es., calendario di utilizzo, uso durante la notte, tipo di lenti a contatto, tipo di soluzione per lenti, igiene, lavaggio con acqua di rubinetto, utilizzo per nuotare, in vasca idromassaggio o sotto la doccia)
- Anamnesi oculare, ^[A:III] inclusi fattori di rischio come la cheratite erpetica, pregresse cheratiti batteriche, traumi, occhio secco e pregressa chirurgia oculare inclusa la chirurgia refrattiva
- Anamnesi patologica generale ^[A:III]
- Farmaci oculari attuali e recenti ^[A:III]
- Farmacoallergie ^[A:III]

Esame obiettivo

- Acuità visiva ^[A:III]
- Aspetto generale del paziente, comprese le condizioni della cute ^[B:III]
- Esame del volto ^[B:III]
- Posizione del bulbo oculare ^[A:III]
- Palpebre e loro chiusura ^[A:III]
- Congiuntiva ^[A:III]
- Apparato nasolacrimale ^[B:III]
- Sensibilità corneale ^[A:III]
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
 - Margini palpebrali ^[A:III]
 - Congiuntiva ^[A:III]
 - Sclera ^[A:III]
 - Cornea ^[A:III]
 - Camera anteriore, valutandone la profondità e la presenza di flogosi ^[A:III]
 - Vitreo anteriore ^[A:III]
 - Occhio controlaterale per ricercare una possibile patologia sottostante ^[A:III]

Test diagnostici

- Gestire la maggior parte dei casi acquisiti in comunità con la terapia empirica, senza strisci o colture ^[A:III]
- Indicazioni per strisci e colture:
 - Cheratite severa o minacciosa, di sospetta origine microbica, prima di iniziare la terapia ^[A:III]
 - Un grande infiltrato corneale centrale che si estende fino alla metà dello stroma profondo ^[A:III]
 - Di natura cronica ^[A:III]
 - Non responsiva alla terapia antibiotica ad ampio spettro ^[A:III]
 - Caratteristiche cliniche suggestive di cheratite fungina, amebica o micobatterica ^[A:III]
- L'ipopion, che si verifica in occhi con cheratite batterica, di solito è sterile, e non dovrebbe essere eseguito il prelievo di acqueo o vitreo a meno che non vi sia un sospetto elevato di endoftalmite microbica ^[A:III]
- Gli scraping corneali per la coltura dovrebbero essere inoculati direttamente su terreni di coltura appropriati per massimizzare la resa della coltura. ^[A:III] Se questo non è fattibile, posizionare il campione in mezzi di trasporto. ^[A:III] In entrambi i casi, incubare immediatamente le colture o portarle tempestivamente al laboratorio. ^[A:III]

Gestione

- I colliri antibiotici rappresentano il trattamento di scelta nella maggioranza dei casi ^[A:III]
- Usare inizialmente antibiotici topici ad ampio spettro nel trattamento empirico di presunte cheratiti batteriche ^[A:III]
- Per cheratiti centrali o gravi (per es., coinvolgimento stromale profondo o infiltrato più grande di 2 mm con vasta suppurazione), utilizzare una dose di carico (per es., ogni 5-15 minuti per le prime 30-60 minuti), seguita da applicazioni frequenti (per es., ogni 30-60 minuti circa). ^[A:III] Per cheratiti meno gravi, è appropriato un regime di dosaggio meno frequente. ^[A:III]
- Usare la terapia sistemica per le cheratiti gonococciche ^[A:III]
- Al momento della presentazione della sospetta cheratite batterica, per i pazienti in trattamento con corticosteroidi topici oculari, ridurre o eliminarne l'utilizzo fino a quando l'infezione non sia stata controllata ^[A:III]
- Si può aggiungere un corticosteroide topico quando l'infiltrato corneale compromette l'asse visivo, dopo almeno 2-3 giorni di progressivo miglioramento in seguito al trattamento con antibiotici topici. ^[A:III] Continuare gli antibiotici topici ad alto dosaggio e scararli gradualmente. ^[A:III]
- Esaminare i pazienti entro 1-2 giorni dopo l'inizio della terapia con corticosteroidi topici ^[A:III]

Cheratite Batterica (Raccomandazioni per la Gestione)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Nicole Balducci e Dott. Giuseppe Giannaccare

Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Educazione del paziente

- Informare i pazienti con fattori di rischio predisponenti a cheratiti batteriche riguardo al loro rischio relativo, ai segni e sintomi di infezione, e raccomandare loro di consultare immediatamente un oculista qualora si manifestassero segni o sintomi di allarme ^[A :III]
- Educare sulla natura distruttiva della cheratite batterica e sulla necessità di un rigoroso rispetto della terapia ^[A:III]
- Informare circa la possibilità di perdita visiva permanente e la necessità di una futura riabilitazione visiva ^[A:III]
- Educare i pazienti portatori di lenti a contatto circa l'aumentato rischio di infezione associato al loro utilizzo, all'uso durante la notte, e all'importanza di seguire le tecniche di igiene delle lenti a contatto ^[A:III]
- Riabilitazione visiva, se non sono candidati alla chirurgia (vedi www.aao.org/smartsight) ^[A:III]

Terapia antibiotica della cheratite batterica ^[A:III]

Organismo	Antibiotico	Concentrazione topica	Dose sottocongiuntivale
Nessun organismo o più tipi di organismi indetificati	Cefazolina	50 mg/ml	100 mg in 0.5 ml
	Tobramicina o gentamicina o fluorochinoloni *	9-14 mg/ml	20 mg in 0.5 ml
		Variabile †	
Cocchi Gram-positivi	Cefazolina	50 mg/ml	100 mg in 0.5 ml
	Vancomicina ‡	15-50 mg/ml	25 mg in 0.5 ml
	Bacitracina ‡	10.000 UI	
	Fluorochinoloni *	Variabile †	
Bastoncelli Gram-negativi	Tobramicina o gentamicina	9-14 mg/ml	20 mg in 0.5 ml
	Ceftazidime	50 mg/ml	100 mg in 0.5 ml
	Fluorochinoloni	Variabile †	
Cocchi Gram-negativi §	Ceftriaxone	50 mg/ml	100 mg in 0.5 ml
	Ceftazidime	50 mg/ml	100 mg in 0.5 ml
	Fluorochinoloni	Variabile †	
Micobatteri non tubercolari	Amikacina	20-40 mg/ml	20 mg in 0.5 ml
	Clarithromicina	10 mg/ml	
	Azithromicina	10 mg/ml	
	Fluorochinoloni	Variabile †	
Nocardia	Sulfacetamide	100 mg/ml	20 mg in 0.5 ml
	Amikacina	20-40 mg/ml	
	Trimetoprim/ Sulfametossazolo:		
	Trimetoprim	16 mg/ml	
	Sulfametossazolo	80 mg/ml	

* Pochi cocchi gram-positivi sono resistenti a gatifloxacina e moxifloxacina rispetto agli altri fluorochinoloni.

† Besifloxacina 6 mg / ml; ciprofloxacina 3 mg / ml; gatifloxacina 3 mg / ml; levofloxacina 15 mg / ml; moxifloxacina 5 mg / ml; ofloxacina 3 mg / ml; tutte disponibili in commercio a tali concentrazioni.

‡ Per le specie di Enterococcus e Staphylococcus resistenti e per i pazienti con allergia alla penicillina. Vancomicina e bacitracina non hanno alcuna attività verso i gram-negativi e non dovrebbero essere utilizzate come agente singolo nel trattamento empirico della cheratite batterica.

§ La terapia sistemica è necessaria per sospetta infezione da gonococco.

|| Dati tratti da Chandra NS, Torres MF, Winthrop KL. Cluster Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. Am J Ophthalmol 2001; 132:819-30.