

TERCİH EDİLEN YAKLAŞIM MODELİ KILAVUZLARI İÇİN ÖZET KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMELER

Giriş

Bunlar Akademinin tercih edilen yaklaşım modeli kılavuzlarının özet kriterleridir. Tercih edilen yaklaşım model kılavuz serileri üç prensip temelinde yazılmıştır.

- Her tercih edilen tedavi modeli klinik olarak anlamlı olmalıdır ve uygulayıcılara faydalı bilgiler sağlayacak kadar özgün olmalıdır.
- Yapılan her öneri için bakım sürecinde önemini gösterecek açık bir sıralama verilmelidir.
- Ayrıca yapılan her öneriye, öneriyi destekleyen kanıtların gücünü gösterecek ve ulaşılabilen en iyi kanıtları yansıtacak açık bir sınıflama verilmelidir.

Tercih edilen yaklaşım modelleri bireysel kişi bakımı için değil, uygulama modeli için kılavuzluk sağlar. Genel anlamda hastaların çoğunun ihtiyacını karşılaması beklenirken, bütün hastaların ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılayamayabilir. Tercih edilen tedavi modelleri uyulması her durumda başarılı bir sonuç elde etmeyi garanti etmeyecektir. Bu yaklaşım modellerinin bakımdaki bütün uygun metodları içerdiği varsayılmamalıdır veya en iyi sonucu elde etmede mantıklı olabilecek diğer bakım yöntemlerini dışlamamalıdır. Farklı hastaların ihtiyaçlarına farklı yollarla yaklaşmak gerekebilir. Klinisyen, belirli bir hastanın bakımının uygunluğu için son kararını, hastanın ortaya koyduğu bütün şartlar ışığında vermelidir. Amerikan Academy of Ophthalmology, üyelerine oftalmik uygulama sırasında doğabilecek etik ikilemlerin çözümüne yardımcı olmak için ulaşılabilir durumdadır.

Tercih edilen yaklaşım modeli kılavuzları bütün bireysel durumlarda uyulması gereken tıbbi standartlar değildir. Akademi buradaki mevcut bilgilerin ve önerilerin kullanılmasından dolayı doğabilecek herhangi bir yaralanma ve hasarı, ihmalkarlık ve benzeri durumlarda oluşabilecek her türlü talebi ve yükümlülüğü özellikle reddetmektedir. Her bir major hastalık durumu için öykü, fizik muayene ve yardımcı testleri ayrıca bakım yönetimi, izlem ve hasta eğitimini içeren öneriler özetlenmiştir. Her bir tercih edilen yaklaşım modeli için PUBMED ve Cochrane kütüphanesinde İngilizce yayınlanmış makalelerden ayrıntılı bir literatür taraması yapılmıştır. Sonuçlar uzmanlar paneli tarafından değerlendirilmiş ve iki yolla puanlandırılarak önerilerin hazırlanması için kullanılmıştır.

Panel ilk olarak her öneriyi bakım sürecindeki önemine göre puanlandırmıştır. Bu ‘bakım sürecinin önemi’ sınıflaması bakımın uzmanlara göre hasta bakımının kalitesini anlamlı yönde iyileştireceğini düşündükleri puanlamayı göstermektedir. Önem sıralaması üç seviyeye ayrılmıştır.

- Seviye A, en önemli olarak tanımlanmıştır
- Seviye B, orta derecede önemli olarak tanımlanmıştır.
- Seviye C, ilişkili ancak kritik değil şeklinde tanımlanmıştır.

Panel ayrıca her öneriyi literatürdeki kanıtların gücüne göre puanlamıştır. ‘Kanıt gücü puanlaması ayrıca üç seviyeye ayrılmaktadır.

- Seviye I en az bir iyi düzenlenmiş, uygun şekilde yürütülmüş randomize kontrollü çalışmadan elde edilen kanıtı içerir. Randomize kontrollü çalışmaların meta analizlerini içerebilir.
- Seviye II aşağıdakilerden elde edilen kanıtları içerir
 - Randomize olmayan iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalar
 - İyi tasarlanmış kohort ve vaka-kontrollü analitik çalışmalar, tercihen çok merkezli olanlar
 - Girişimle birlikte olsun veya olmasın çoklu zaman serileri
- Seviye III aşağıdakilerden birinden elde edilen kanıtı içerir
 - Tanımlayıcı çalışmalar
 - Vaka raporları
 - Uzman komite/organizasyonların raporları (örn.tercih edilen yaklaşım modeli uzmanlarının dışardan bir danışman ile fikir birliği)

Tercih edilen yaklaşım modelleri teknik açıdan daha fazla vurgulama ile hasta bakımında kılavuz olarak hizmet etmesi amacıyla yönelik olarak düşünülmüştür. Bu bilgiyi uygulamada, gerçek tıbbi mükemmelliğin sadece becerilerin hastanın ihtiyaçlarına öncelik verilerek uygulandığında elde edilebileceğinin anlaşılması gereklidir. AAO üyelerinin pratik uygulamalarından kaynaklanan etik ikilemlerini çözmede yardımcı olacaktır. (AAO Etik Kurallar)

Bakteriyel Keratit (İlk Değerlendirme)

İlk Muayenede Anamnez

- Oküler semptomlar ^(A:III) (örn, ağrı derecesi, kırmızılık, çapaklanma, bulanık görme, fotofobi, şikayetlerin süresi, şikayetlerin başlangıcında eşlik eden durumlar)
- Kontak lens hikayesi ^(A:III) (örn, kullanma programı, gece gözde kalması, kontak lens tipi, kontak lens solüsyonu, kontak lens hijyen protokolü, musluk suyu ile kontak lens yıkanması, yüzme, sıcak banyo veya saunada kontak lens kullanımı, veya kontak lens gözdeyken duş alma)
- Herpes simpleks viral keratiti, varisella zoster viral keratiti, daha önce geçirilmiş bakteriyel keratiti, travma, kuru göz gibi risk faktörleri ve refraktif cerrahi de dahil geçirilmiş göz cerrahilerini içeren diğer oküler hikayenin tekrar gözden geçirilmesi ^(A:III)
- Diğer tıbbi problemlerin tekrar gözden geçirilmesi ^(A:III)
- Daha önce veya güncel alınan oküler ilaçlar ^(A:III)
- İlaç allerjisi ^(A:III)

İlk Fizik Muayene

- Görme keskinliği ^(A:III)
- Cilt durumunda dahil hastanın genel görünümü ^(B:III)
- Yüz incelemesi ^(:III)
- Glob pozisyonu ^(A:III)
- Gözkapakları ve gözkapaklarının kapanması ^(A:III)
- Konjonktiva ^(A:III)
- Nazolakrimal aparat ^(B:III)
- Kornea hissi ^(A:III)
- Biyomikroskopi
 - Gözkapığı kenarları ^(A:III)
 - Konjonktiva ^(A:III)
 - Sklera ^(A:III)
 - Kornea ^(A:III)
 - Ön kamara derinliği ve hücre ve flare, hipopiyon, fibrin, hifemayı da içeren enflamasyon varlığı ^(A:III)
 - Ön vitreus ^(A:III)

- Etyoloji ve altta yatan muhtemel benzer patoloji ipuçları için diğer göz^(A:III)

Teşhise Yönelik Testler

- Toplumsal edinsel vakaların çoğunluğunu ampirik tedavi yöntemleri ile, sürüntü veya kültür olmadan tedavi et^(A:III)
- Sürüntü ve kültür endikasyonları:
 - Görmeyi tehdit eden veya mikrobiyal kökenli olduğundan şüphe edilen şiddetli keratitde tedaviye başlamadan önce^(A:III)
 - Stromanın ortasına veya derinine uzanan büyük santral korneal infiltrat^(A:III)
 - Kronik seyirli^(A:III)
 - Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine yanıt olmadığında^(A:III)
 - Klinik özellikleri fungal, amibik veya mikobakteriyel keratiti düşündürdüğünde^(A:III)
- Bakteriyel keratitlerde oluşan hipopiyon sıklıkla sterildir, ve mikrobiyal endoftalmi şüphesi kuvvetli olmadığında aköz veya vitreus tap yapılmamalıdır.^(A:III)
- Kültürden elde edilecek sonucu arttırmak için kültür için alınan kornea sürüntüleri direk olarak uygun kültür ortamına inoküle edilmelidir.^(A:III) Bu mümkün olmadığında, spesimen taşıma ortamına konmalıdır.^(A:III) Her iki durumda da, kültür hemen inkübe edilmeli veya laboratuara götürülmelidir.^(A:III)

Bakım Yönetimi

- Çoğu olguda topikal antibiyotikli göz damlaları tercih edilir.^(A:III)
- Bakteriyel keratit olduğu kabul edilen olgularda ampirik tedavi olarak başlangıçta geniş spektrumlu topikal antibiyotik kullanılır.^(A:III)
- Santral veya şiddetli keratit için (örn, derin stromal tutulum veya belirgin sekresyonlu 2 mmden büyük infiltrat) yükleme dozunun ardından (örn, ilk 30-60 dakika için her 5-15 dakikada) sık uygulama (örn, her yarım saatte veya saatbaşlarında) ile devam edilir.^(A:III) Daha az şiddetli keratitlerde, daha az sıklıkta uygulanan tedavi rejimi uygundur.
- Gonokokal keratit için sistemik tedavi kullanılır^(A:III)
- İlk başvurduğunda oküler topikal kortikosteroid ile tedavi edilen bakteriyel keratit kabul edilen hastada, enfeksiyon kontrol altına alınana dek steroid azaltılmalı veya kesilmelidir^(A:III)

- Kornea infiltratı görme aksını tehdit ettiğinde, en az 2-3 günlük topikal antibiyotik tedavisi ile progresif iyileşmenin ardından topikal kortikosteroid tedavisi eklenebilir. (A:III) Topikal antibiyotik yavaş yavaş azaltılarak, yüksek düzeyde devam edilir. (A:III)
- Topikal kortikosteroid tedavisinin başlanmasından ardından hasta 1-2 günde muayene edilir.

Bakteriyel Keratit (Bakım Önerileri)

Hasta Eğitimi

- Bakteriyel keratite zemin hazırlayan risk faktörleri ve hastanın rölatif riskleri, enfeksiyonun belirti ve bulguları ve benzer uyarıcı belirti ve bulgular olduğunda en kısa sürede göz doktoruna başvurmaları hakkında hastayı bilgilendirin. ^(A:III)
- Bakteriyel keratitin zarar verici seyri ve tedaviye çok sıkı uyulma gerekliliği hakkında eğitilmelidir. ^(A:III)
- Kalıcı görme kaybı ihtimali ve ilerde olabilecek görsel rehabilitasyon ihtiyacı tartışılmalıdır. ^(A:III)
- Kontak lens kullanımı ile olabilecek artmış enfeksiyon riski, gece kullanımı ve kontak lens hijyeni tekniklerine uyulmasının önemi ile ilgili kontak lensleri ile ilgili eğitim verilmelidir. ^(A:III)
- Cerrahi için uygun aday olmadığında, belirgin görme kaybı veya körlük olan hasta görsel rehabilitasyona yönlendirilmelidir. ^(A:III)

Bakteriyel Keratitte Antibiyotik Tedavisi ^(A:III)

Organizma	Antibiyotik	Topikal Konsanstrasyon	Subkonjonktival Doz
Organizma Bulunmadığında	Sefazolin ve Tobramycine veya gentamisin	50mg/ml 9-14mg/ml	0.5ml'de 100 mg 0.5 ml'de 20 mg
Veya birden olduğunda	veya Florokinolonlar*	Değişken†	
Gram + koklar	Sefazolin Vankomisin‡ Basitrasın‡ Florokinolonlar*	50mg/ml 15-50mg/ml 10.000IU Değişken†	0.5ml'de 100 mg 0.5ml'de 25 mg
Gram – rodlar	Tobramisin veya gentamisin Seftazidim Florokinolonlar	9-14mg/ml 50mg/ml Değişken†	0.5 ml'de 20 mg 0.5 ml'de 100 mg
Gram – koklar§	Seftriakson Seftazidim Florokinolonlar	50mg/ml 50 mg/ml Değişken†	0.5 ml'de 100 mg 0.5 ml'de 100 mg

Tüberküloz olmayan	Amikasin	20-40mg/ml	0.5 ml'de 20 mg
Mikobakteriler	Klaritromisin	10mg/ml	
	Azitromisin¶	10mg/ml	
	Florokinolonlar	Değişken†	
Nokardia	Sulfasetamid	100mg/ml	
	Amikasin	20-40mg/ml	0.5 ml'de 20 mg
	Trimetoprim/sulfametaksazol:		
	Trimetoprim	16mg/ml	
	Sulfametaksazol	80mg/ml	

* Daha az gram-pozitif kok, diğer florokinolonlara göre gatifloxacin ve moxifloxacin'e dirençlidir.

† Besifloxacin 6mg/ml; ciprofloxacin 3mg/ml; gatifloxacin 3mg/ml; levofloxacin 15 mg/ml; moxifloxacin 5mg/ml; ofloxacin 3 mg/ml, tümü bu konsantrasyonlarda ticari olarak bulunmaktadır.

‡ Dirençli Enterokok ve Stafilokok türleri ve penisilin allerjisi. Vancomycine ve basitrasin gram-negatif aktiviteye sahip değildirler ve bakteriyel keratitin ampirik tedavisinde tek ilaç olarak kullanılmamalıdır.

§ Gonokok enfeksiyonundan şüphelenildiğinde sistemik tedavi gereklidir

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