

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).

Glaucoma Primario ad Angolo Aperto (Valutazione Iniziale)

Traduzione a cura di: Dott. Ernesto Strobbe e Dott. Corrado Gizzi
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi iniziale (Elementi chiave)

- Anamnesi oculare ^[A:III]
- Anamnesi sistemica ^[A:III]
- Anamnesi familiare ^[A:II]
- Valutazione dell'impatto della funzione visiva sulla vita e le attività quotidiane ^[A:III]
- Rassegna di documentazioni pertinenti ^[A:III]

Esame obiettivo iniziale (Elementi chiave)

- Acuità visiva ^[A:III]
- Pupille ^[B:II]
- Biomicroscopia con lampada a fessura del segmento anteriore ^[A:III]
- Misurazione della IOP ^[A:I]
- Spessore corneale centrale ^[A:II]
- Gonioscopia ^[A:III]
- Valutazione della testa del nervo ottico e dello strato retinico delle fibre del nervo con visualizzazione stereoscopica ad alta risoluzione ^[A:III]
- Documentazione della morfologia del disco ottico, meglio eseguita con stereofotografia a colori o con un'analisi dell'immagine basata su un computer ^[A:II]
- Valutazione del fondo oculare (mediante pupilla dilatata se possibile) ^[A:III]
- Valutazione del campo visivo, preferibilmente con perimetria statica automatica ^[A:III]

Iter di gestione per quei pazienti nei quali la terapia è indicata

- Stabilire una iniziale pressione target di almeno il 25% inferiore alla IOP pretrattamento, assumendo che il range pressorio misurato pretrattamento contribuisca al danno del nervo ottico ^[A:I]
- La pressione target è una stima; tutte le decisioni terapeutiche devono essere individualizzate secondo le necessità del paziente ^[A:III]
- La terapia medica è oggi la più comune forma di intervento iniziale per ridurre la IOP; considerare il bilancio tra gli effetti collaterali e l'efficacia nello scegliere un regime terapeutico di massima efficacia e tollerabilità per raggiungere la desiderata riduzione della IOP per ogni paziente ^[A:III]
- Valutare il paziente che sta assumendo farmaci per il glaucoma per quel che concerne gli effetti collaterali e la tossicità locale oculare e sistemica correlata alla terapia ^[A:III]
- La Laser trabeculoplastica può essere considerato come terapia iniziale in pazienti selezionati ^[A:I]
- La chirurgia filtrante può a volte essere una alternativa terapeutica iniziale appropriata ^[A:I]

Chirurgia e terapia post-operatoria per quei pazienti in cui è stata eseguita la Laser Trabeculoplastica

- Assicurarsi che il paziente riceva una terapia post-operatoria adeguata. L'iter pre e post laser include:
 - Consenso informato ^[A:III]
 - Almeno una valutazione preoperatoria ed una misurazione della IOP da parte del chirurgo ^[A:III]
 - Almeno un controllo pressorio tra 30 e 120 minuti dopo l'intervento laser ^[A:I]
 - Visita entro 6 settimane dall'esecuzione del laser o prima, se preoccupati dal danno al nervo ottico correlato alla IOP ^[A:III]

Chirurgia e terapia post-operatoria per i pazienti con chirurgia filtrante

- Assicurarsi che il paziente riceva una terapia post-operatoria adeguata. L'iter pre e post chirurgia include:
 - Consenso informato ^[A:III]
 - Almeno una valutazione preoperatoria da parte del chirurgo ^[A:III]
 - Uso di corticosteroidi topici nel periodo postoperatorio, se non controindicati ^[A:II]
 - Follow-up al primo giorno (da 12 a 36 ore dopo la chirurgia) ed almeno una volta tra il secondo ed il decimo giorno post-operatorio ^[A:II]
 - In assenza di complicazioni, visite addizionali di routine post-operatorie durante un periodo di 6 settimane ^[A:III]
 - Aggiungere visite più frequenti, se necessario, per pazienti con complicanze post-operatorie ^[A:III]
 - Trattamenti aggiuntivi se necessario per potenziare le chances di successo a lungo termine ^[A:III]

Consigli per quei pazienti trattati con terapia medica

- Discutere sulla diagnosi, la gravità della malattia, la prognosi e l'iter di gestione e sulla probabilità che la terapia sarà duratura per tutta la vita ^[A:III]
- Consigliare la chiusura delle palpebre o l'occlusione nasolacrimale quando si instillano farmaci topici per ridurre l'assorbimento sistemico ^[B:II]
- Incoraggiare i pazienti ad allertare i propri oculisti di riferimento in caso di problemi fisici o psichici che si verificano quando si usano farmaci antiglaucomatosi ^[A:III]

Glaucoma Primario ad Angolo Aperto (Valutazione di Follow-Up)

Traduzione a cura di: Dott. Corrado Gizzi e Dott. Alessandro Finzi

Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi

- Anamnesi oculare intercorsa ^[A:III]
- Anamnesi medica sistemica intercorsa ^[B:III]
- Effetti collaterali della terapia oculare ^[A:III]
- Frequenza di somministrazione e momento dell'ultima instillazione dei medicinali ipotonizzanti oculari e revisione dell'uso di farmaci ^[B:III]

Esame obiettivo

- Acuità visiva ^[A:III]
- Biomicroscopia alla lampada a fessura ^[A:III]
- Misura della pressione intraoculare (IOP) ^[A:I]
- Valutazione della testa del nervo ottico e dei campi visivi (vedi tabella in basso) ^[A:III]
- La misura dello spessore corneale centrale andrebbe ripetuta dopo ogni evento che possa averlo modificato ^[A:III]

Piano di gestione per i pazienti in terapia medica

- Ad ogni visita, registrare la posologia e la frequenza di utilizzo, discutere l'aderenza al regime terapeutico e la reazione del paziente alla proposta di alternative terapeutiche o di procedure diagnostiche. ^[A:III]
- Effettuare una gonioscopia se c'è un sospetto di chiusura d'angolo, una scarsa profondità della camera anteriore o anomalie dell'angolo della camera anteriore o se c'è un inspiegabile variazione della IOP. ^[A:III] Effettuare una gonioscopia periodicamente (es., 1-5 anni). ^[A:III]

- Riconsiderare il regime di trattamento se la target IOP non viene raggiunta e i benefici di una modifica della terapia superano il rischio ^[A:III]
- Riconsiderare il regime di trattamento se la target IOP non viene raggiunta e i benefici di una modifica della terapia superano il rischio ^[A:III]
- Abbassare la pressione target se c'è un progressivo peggioramento del disco ottico o del campo visivo ^[A:III]
- Nell'ambito di ciascuno degli intervalli raccomandati, i fattori che determinano la frequenza di valutazione includono la gravità del danno, il tasso di progressione, il grado di superamento della target IOP e il numero e la significatività di altri fattori di rischio per il danno del nervo ottico. ^[A:III]

Educazione del paziente

- Educare riguardo al processo patologico, al razionale e agli obiettivi dell'intervento terapeutico, allo stato della loro condizione, e ai benefici e rischi relativi di approcci terapeutici alternativi in modo tale che i pazienti possano partecipare in modo significativo nello sviluppo di un appropriato piano di intervento ^[A:III]
- Indirizzare o incoraggiare i pazienti con deficit visivi significativi o non vedenti verso l'uso di una riabilitazione visiva appropriata o dei servizi sociali ^[A:III]

Follow-Up:

Linee guida raccomandate per il follow-up, valutazione dello stato del glaucoma con verifica del nervo ottico e del campo visivo ^[B:III] *

Raggiungimento della target IOP	Progressione del danno	Durata del controllo (mesi)	Intervallo di follow-up approssimativo (mesi)**
Sì	No	≤ 6	6
Sì	No	> 6	12
Sì	Sì	ND	da 1 a 2
No	Sì	ND	da 1 a 2
No	No	ND	da 3 a 6

IOP = pressione intraoculare; ND = non disponibile

* Le valutazioni consistono in un esame clinico del paziente comprensivo dell'analisi della testa del nervo ottico (con l'acquisizione periodica di stereofotografie a colori o imaging computerizzato della struttura del nervo ottico e dello strato delle fibre nervose retiniche) e della verifica del campo visivo.

** I pazienti con danno più avanzato o con maggiore rischio di sviluppare POAG nel corso della vita possono richiedere valutazioni più frequenti. Questi intervalli rappresentano il tempo massimo raccomandato tra le visite.