PUNTI DI RIFERIMENTO SOMMARI PER LE LINEE GUIDA PREFERRED PRACTICE PATTERN®
Indice dei Contenuti

Punti di Riferimento Sommari per le Linee Guida Preferred Practice Pattern
Introduzione 1

Glaucoma
Glaucoma Primario ad Angolo Aperto (Valutazione Iniziale) 2
Glaucoma Primario ad Angolo Aperto (Valutazione di Follow-Up) 3
Sospetto di Glaucoma Primario ad Angolo Aperto (Valutazione di Partenza e Follow–up) 4
Chiusura d'angolo Primaria (Valutazione Iniziale e Terapia) 5

Retina
Degenerazione Maculare Legata all'età (Valutazione Iniziale e Follow-up) 6
Degenerazione Maculare Legata all'eta (Indicazioni per la Gestione) 7
Retinopatia Diabetica (Valutazione Iniziale e di Follow-up) 9
Retinopatia Diabetica (Raccomandazioni per la Gestione) 10
Foro Maculare Idiopatico (Valutazione Iniziale e Terapia) 11
Distacco Posteriore di Vitreo, Rotture Retiniche e Degenerazione a Lattice
(Valutazione Iniziale e Follow-up) 12

Cataratta / Segmento Anteriore
Cataratta (Valutazione Iniziale e Follow-up) 13

Cornea / Patologie esterne
Cheratite Batterica (Valutazione Iniziale) 14
Cheratite Batterica (Raccomandazioni per la Gestione) 15
Blefariti (Valutazione Iniziale e di Follow-up) 16
Congiuntiviti (Valutazione Iniziale) 17
Congiuntiviti (Raccomandazioni per la Gestione) 18
Ectasia Corneale (Valutazione iniziale e Follow-up) 19
Edema ed Opacità Corneali (Valutazione iniziale) 20
Edema ed Opacità Corneali (Raccomandazioni per la Gestione) 21
Sindrome Dell'occhio Secco (Valutazione Iniziale) 22
Sindrome Dell'occhio Secco (Raccomandazioni nella Gestione) 23

Oftalmologia Pediatrica / Strabismo
Ambliopia (Valutazione Iniziale e in Follow-up) 24
Esotropia (Valutazione Iniziale e Follow-up) 25
Exotropia (Valutazione Iniziale e Follow-up) 26

Rifrazione Gestione / Intervento
Chirurgia Refrattiva (Valutazione Iniziale e Follow-up) 27

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

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).

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

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

- Assicurasi 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

- Assicurasi 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 ridurne 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]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

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:II]

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 sopravanzano il rischio [A:III]
- Riconsiderare il regime di trattamento se la target IOP non viene raggiunta e i benefici di una modifica della terapia sopravanzano 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.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Sospetto di Glaucoma Primario ad Angolo Aperto (Valutazione iniziale e Follow–up)

Traduzione a cura di: Dott.Corrado Gizzi e Dott. Alessandro Finzi
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi alla visita iniziale (Elementi chiave)

- Anamnesi oculare [A:III]
- Anamnesi sistemica [A:III]
- Anamnesi familiare [A:III]
- Revisione dei referti pertinenti [A :III]
- Verifica dell'impatto della funzione visiva nella vita quotidiana e nelle attività svolte [A:III]

Esame obiettivo iniziale (Elementi chiave)

- Acuità visiva [A:III]
- Pupille [B:II]
- Biomicroscopia del segmento anteriore alla lampada a fessura [A:III]
- Misura della pressione intraoculare (IOP) [A:I]
- Spessore corneale centrale [A:II]
- Gonioscopia [A:III]
- Valutazione della testa del nervo ottico a dello strato delle fibre nervose retiniche, con visualizzazione stereoscopica ingrandita [A:III]
- Documentazione della morfologia del nervo ottico, meglio se eseguita con stereofotografia o analisi computer-assistita di un'immagine [A:II]
- Valutazione del fondo dell'occhio (attraverso una pupilla dilatata quando possibile) [A:III]
- Valutazione del campo visivo, preferibilmente tramite perimetria automatica di soglia statica [A:III]

Piano di gestione dei pazienti per i quali è indicata una terapia:

- Un obiettivo iniziale appropriato è di fissare la pressione target a un valore più basso del 20% rispetto alla media di diverse misure della IOP [A:I]
- Scegliere un regime di massima efficacia e tollerabilità per raggiungere la risposta terapeutica desiderata [A:III]

Anamnesi alla visita di follow-up

- Anamnesi oculare intercorsa [A:III]
- Anamnesi medica sistemica intercorsa e qualsiasi cambiamento dei medicinali sistemici [B:III]
- Effetti collaterali dei medicinali ad uso oftalmico se il paziente è in trattamento [A:III]
- Frequenza di utilizzo e momento dell'ultima somministrazione del medicinale per il glaucoma, e revisione dell'uso dei medicinali se il paziente è in trattamento [B:III]

Esame obiettivo di follow-up

- Acuità visiva [A:III]
- Biomicroscopia alla lampada a fessura [A:III]
- IOP [A:III]
- La gonioscopia è indicata quando c'è il sospetto di una componente di chiusura d'angolo, di una scarsa profondità della camera anteriore o quando si verifica un cambiamento inspiegabile della IOP [A:III]

Intervallo di follow-up

- La durata dell'intervallo tra una visita e la successiva è dettata dall'interazione, unica per ogni paziente, tra il paziente e la patologia [A:III]
- La frequenza con cui effettuare analisi periodiche della testa del nervo ottico e del campo visivo si basa sulla valutazione del rischio. I pazienti con cornee più sottili, IOP più alta, emorragie discali, rapporti cup-to-disk elevati, valori di pattern standard deviation media più alti, o con una storia familiare di glaucoma possono richiedere un follow-up più ravvicinato.

Educazione del paziente per pazienti in terapia medica:

- Discutere la diagnosi, il numero e la gravità dei fattori di rischio, la prognosi, il piano di gestione e la probabilità che la terapia, una volta iniziata, sarà a lungo termine [A:III]
- Informare riguardo al processo patologico, al razionale e agli obiettivi dell'intervento, allo stato della loro condizione, e ai relativi benefici e rischi di interventi alternativi [A:III]
- Educare a proposito della chiusura delle palpebre e della occlusione del condotto nasolacrimale al momento dell'applicazione del medicinale topico per ridurre l'assorbimento sistemico [B:II]
- Incoraggiare i pazienti ad avvertire i loro oculisti riguardo a variazioni fisiche o emotive che intervengono con l'assunzione di medicinali per il glaucoma [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Chiusura d'angolo Primaria (Valutazione Iniziale e Terapia)

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 (sintomi suggestivi di attacchi intermittenti da chiusura d'angolo) [A:III]
- Anamnesi familiare di glaucoma acuto da chiusura d'angolo [B:II]
- Anamnesi sistemica (per es., uso di farmaci topici o sistemici) [A:III]

Esame obiettivo iniziale (Elementi chiave)

- Stato refrattivo [A:III]
- Pupille [A:III]
- Biomicroscopia con lampada a fessura [A:III]
  - Iperemia congiuntivale (in casi acuti)
  - Restringimento profondità della camera anteriore centralmente e perifericamente
  - Camera di infiammazione anteriore suggestiva di un attacco di recente o in corso
  - Edema corneale con o senza edema microcistico (in casi acuti)
  - Anomalie dell'iride che includono atrofia focale o diffusa, sinechie posteriori, alterata motilità pupillare, pupilla di forma irregolare ed una pupilla in media midriasi (suggestiva di un attacco recente o in corso)
  - Modificazioni del cristallino, includendo cataratta e glaukomflecken
  - Perdita di cellule endoteliali corneali
- Misurazione della IOP [A:III]
- Gonioscopia di entrambi gli occhi [A:III]
- Valutazione del fondo e della testa del nervo ottico usando l'oftalmoscopia diretta o indiretta [A:III]

Iter di gestione per quei pazienti nei quali l'iridotomia è indicata

- Trattare una chiusura d'angolo primaria con iridotomia laser o iridectomia chirurgica se l'iridotomia laser non può essere eseguita con successo [A:III]
- Negli attacchi acuti da chiusura d'angolo, usare in primis la terapia medica per abbassare la IOP, ridurre il dolore e l'edema corneale in vista della iridotomia [A:III]
- Eseguire una iridotomia profilattica nell'occhio adelfo se l'angolo irido-corneale è anatomicamente stretto [A:II]

Chirurgia e terapia post-operatoria per i pazienti con iridotomia

- Assicurarsi che il paziente riceva una terapia post-operatoria adeguata. L'iter pre e post iridotomia include:
  - Consenso informato [A:III]
  - Almeno una valutazione preoperatoria da parte del chirurgo [A:III]
  - Almeno un controllo pressorio tra 30 e 120 minuti dopo l'intervento laser [A:II]
  - Uso di agenti anti-infiammatori topici nel periodo post-operatorio, qualora non controindicati [A:III]
  - Assicurarsi che il paziente riceva un'adeguata assistenza post-operatoria
- Le visite di follow up includono:
  - Valutazione della pervietà dell'iridotomia [A:III]
  - Misurazione della IOP [A:III]
  - Gonioscopia, se non eseguita immediatamente dopo l'iridotomia [A:III]
  - Dilatazione pupillare per ridurre il rischio di formazione di sinechie posteriori [A:III]
  - Valutazione del fundus oculi [A:III]
- Usare peri-operatoriamente farmaci per evitare improvvisi spikes pressori, specie in pazienti con malattia severa. [A:III]

Valutazione e follow up di pazienti con iridotomia

- Dopo l'iridotomia, seguire i pazienti con neuropatia ottica glaucomatosa come specificato nel glaucoma primario ad angolo aperto PPP [A:III]
- Dopo l'iridotomia, i pazienti con angolo aperto residuo o con una combinazione di angolo aperto e PAS con o senza neuropatia ottica glaucomatosa dovrebbero essere seguiti almeno annualmente con particolare attenzione a ripetere la gonioscopia [A:III]

Consigli per quei pazienti in cui l'iridotomia non viene eseguita

- Informare i pazienti a rischio di chiusura acuta d'angolo circa i sintomi di attacchi acuti da chiusura d'angolo ed instruirli a manifestarli immediatamente qualora i sintomi si presentassero [A:III]
- Mettere in guardia i pazienti del pericolo di usare farmaci in grado di causare dilatazione pupillare ed indurre un attacco acuto da chiusura d'angolo [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

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

Esame obiettivo iniziale (Elementi chiave)

- Acuità visiva [A:III]
- Valutazione biomicroscopica bilaterale della macula [A:III]

Test aggiuntivi

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

- quando il paziente lamenta nuove metamorforpie
- 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 [A:III]

Anamnesi alla visita di follow-up

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

Esame obiettivo di follow-up

- Acuità visiva [A:III]
- Valutazione biomicroscopica bilaterale del fondo oculare [A:III]

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 [A:III]
- Valutare il paziente trattato con iniezione intravitreale di Ranibizumab circa 4 settimane dal trattamento [A:III]
- Valutare il paziente trattato con iniezione intravitreale di Bevacizumab dalle 4 settimane dopo il trattamento [A:III]
- Valutare il paziente trattato con iniezione intravitreale di Pegaptanib sodium nelle 6 settimane successive al trattamento [A:III]
- 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 [A:I]
- Esaminare il paziente trattato con fotocoagulazione laser circa 2-4 settimane dopo il trattamento e poi dalle 4 alle 6 settimane [A:III]
- Tomografia ottica a Radiazione Coerente (OCT), [A:III] Fluorangiografia retinica, [A:I] Fotografia del fondo [A:III] 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 [A:III]

Educazione del paziente

- Informare i pazienti della prognosi e delle potenzialità terapeutiche dei trattamenti in rapporto al loro stato funzionale oculare [A:III]
- 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 [A:III]
- 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 [A:III]
- 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 [A:III]
- 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 [A:III]
- Incoraggiare i pazienti fumatori a smettere di fumare [A:I] 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.aao.org/smartsight) e i servizi socili [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Degenerazione Maculare Legata all'eta (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 [A:I]	Non segni clinici di Degenerazione maculare legata all'età (AMD) (AREDS categoria 1) Degenerazione maculare legata all'età (AMD) precoce (AREDS categoria 2) Degenerazione maculare legata all'età (AMD) avanzata con atrofia geografica subfoveale bilaterale o cicatrice disciforme	Come indicato nel "Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation PPP" [A:III] Rivalutare il paziente tra i 6-24 mesi se asintomatico o tempestivamente in caso di nuovi sintomi suggestivi di neovascolarizzazione coroideale (CNV) [A:III] Rivalutare il paziente tra i 6-24 mesi se asintomatico o tempestivamente in caso di nuovi sintomi suggestivi di neovascolarizzazione coroideale (CNV) [A:III] Non foto fundus o fluorangiografia salvo in presenza di sintomatologia [A:I]
Vitamine antiossidanti e integratori minerali come indicato nello studio AREDS [A:I]	Degenerazione maculare legata all'età (AMD) intermedia (AREDS categoria 3) Degenerazione maculare legata all'età (AMD) avanzata in un occhio (AREDS categoria 4)	Monitoraggio della visione per vicino monocularmente (lettura/griglia di Amsler) [A:III] Rivalutare il paziente tra i 6-24 mesi se asintomatico o tempestivamente in caso di nuovi sintomi suggestivi di neovascolarizzazione coroideale (CNV) [A:III] Foto fundus se necessario Fluorangiografia retinica (FAG) se c'è evidenza di edema o se ci sono altri segni o sintomi di CNV
Iniezione intravitreale di Ranibizumab 0.5 mg come indicato dalla letteratura [A:I]	Neovascolarizzazione coroideale (CNV) sottofoveali	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 [A:III] 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 [A:III] Monitorare la visione per vicino monoculare (lettura/griglia di Amsler) [A:III]
Iniezione intravitreale di Bevacizumab come indicato dalla letteratura [A:I] L'oculista dovrebbe provvedere a fornire un consenso informato appropriato nel rispetto dell'uso dei farmaci off-label [A:III]	Neovascolarizzazione coroideale (CNV) sottofoveali	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 [A:III] 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 [A:III] Monitorare la visione per vicino monoculare (lettura/griglia di Amsler) [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Trattamento consigliato	Diagnosi indicata per il trattamento	Follow-up
Iniezione intravitreale di Pegaptanib sodium 0.3 mg come raccomandato dalla letteratura [A:I]	Neovascolarizzazione coroideale (CNV) sottofoveali, nuove o recidivanti, per lesioni prevalentemente classiche di dimensioni ≤12 diametri papillari (MPS) Nelle forme minimamente classiche, o occulte senza componente classica, dove l'intera lesione è ≤12 diametri papillari, emorragie sottoretiniche associate con CNV comprendenti ≤50% della lesione, e /o presenza lipidica e/o paziente che ha perso 15 o più lettere di acuità visiva durante le 12 settimane precedenti	Pazienti dovrebbero essere preparati a riferire prontamente ogni sintomo suggestivo di endoftalmite incluso il dolore oculare o un aumento del fastidio, peggioramento dell'arrossamento, offuscamento o riduzione visiva, aumento della sensibilità alla luce e aumento del numero delle miodesopsie [A:III] Ritrattare ogni 6 settimane se necessario [A:III] Monitorare la visione per vicino monoculare (lettura/griglia di Amsler) [A:III]
Terapia fotodinamica (PDT) con verteporfina come indicato nello studio TAP e VIP [A:I]	Nelle neovascolarizzazioni coroideali (CNV) sottofoveali, nuove o recidivanti, quando la componente classica è maggiore del 50% della lesione e se l'intera lesione è di dimensioni ≤5400 um nel suo diametro lineare maggiore CNV occulte possono essere considerate da trattare con PDT quando la visione è inferiore a 20/50 o se la CNV è <4 diametri papillari (MPS) quando la visione è >20/50	Rivalutare circa ogni 3 mesi finché stabile, con ritrattamento se necessario [A:III] Monitorare la visione per vicino monoculare (lettura/griglia di Amsler) [A:III]
Fotocoagulazione laser come indicato nello studio MPS [A:I]	Neovascolarizzazione coroideale (CNV) classica extrafoveale, nuova o recidivante Potrebbe essere considerato in caso di CNV iuxtapapillari	Rivalutare con fluorangografia circa 2-4 settimane dopo il trattamento poi dopo 4-6 settimane e successivamente in base al riscontro clinico e fluorangiografico [A:III] Ritrattare se necessario Monitorare la visione per vicino monoculare (lettura/griglia di Amsler) [A:III]

AMD: degenerazione maculare legata all'età; AREDS: Age-related Eye Disease study; CNV: neovascolarizzazione coroideale; MPS: Macular photocoagulation study; PDT: terapia fotodinamica; TAP: Trattamento della degenerazione maculare legata all'età con terapia fotodinamica; VIP: Verteporfina in terapia fotodinamic

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

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 [A:I]
- Controllo glicemico dei mesi precedenti (emoglobina A1c) [A:I]
- Farmaci [A:III]
- Anamnesi generale (per es., obesità, [A:III] patologie renali, [A:II] ipertensione sistemica, [A:I] assetto lipidico, [A:II] gravidanza [A:I]
- Anamnesi oculare [A:III]

Esame obiettivo (Elementi chiave)

- Acuità visiva [A:I]
- Misurazione della PIO [A:III]
- Gonioscopia quando indicata (per neovascolarizzazione dell'iride o incremento della PIO) [A:III]
- Biomicroscopia alla lampada a fessura [A:III]
- Esame del fondo oculare in midriasi inclusa la valutazione stereoscopica del polo posteriore [A:I]
- 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 [A:III]

Diagnosi

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

Anamnesi alla vista di follow-up

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

Esame obiettivo di follow-up

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

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 [A:III]
- La foto fundus potrebbe essere utile per documentare una progressione significativa della malattia e la risposta al trattamento [B:III]
- L'angiografia con fluoresceina è usata come guida per il trattamento dell' EMCS [A:I] e come mezzo per valutare la causa/cause di un decremento inspiegabile dell'acuità visiva. [A:III] L'angiografia può identificare una mancata perfusione dei capillari maculari [A:II] 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 [A:III]
- 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 [A:II]
- Invitare il paziente diabetico, ma senza retinopatia diabetica a sottoporsi ad esami annuali del fondo oculare [A:II]
- 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 [A:II]
- Educare il paziente riguardo all'importanza di mantenere nei limiti normali il livello glicemico, la pressione sistemica e i livelli di lipidi sierici [A:III]
- Informare gli altri medici che seguono il paziente, per es. medico di famiglia, internista, endocrinologo, sui risultati delle visite oculistiche [A:III]
- 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 [A:III]
- In Indirizzare i pazienti con una ridotta funzionalità visiva verso la riabilitazione visiva (vedi www.aao.org/smartsight) e i servizi sociali [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

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 acetonide intravitreale 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 fotocoaugulazione 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 fotocoaugulazione 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 panfotocoaugulazione laser.

‖ E preferibile eseguire prima la fotocoaugulazione focale poi la fotocoaugulazione panretinica per minimizzare la esacerbazione dell'edema maculare indotto dal trattamento laser pan retinico.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Foro Maculare Idiopatico (Valutazione Iniziale e Terapia)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Laura Sapigni e Dott. Roberto Gattegna
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi alla visita iniziale (Elementi chiave)

- Durata dei sintomi [A:III]
- Anamnesi oculare: glaucoma o altre precedenti patologie oculari, traumi, interventi chirurgici o altri trattamenti; prolungata esposizione al sole [A:III]
- Farmaci che potrebbero essere correlati con la formazione di cisti maculari [A:III]

Esame obiettivo iniziale (Elementi chiave)

- Acuità visiva [A:III]
- Valutazione biomicroscopica alla lampada a fessura della macula e dell'interfaccia vitreo-retinica [A:III]

Indicazioni per la gestione del foro maculare

Stadio	Gestione	Follow-up [A:III]
1-A	Osservazione [A:II]	Sollecita rivalutazione alla comparsa di nuova sintomatologia Ogni 4-6 mesi in assenza di sintomi
1-B	Osservazione [A:II]	Sollecita rivalutazione alla comparsa di nuova sintomatologia Ogni 4-6 mesi in assenza di sintomi
2	Intervento chirurgico [A:II]*	Valutazione 1-2 giorni dopo l'intervento e dopo 1-2 settimane Frequenza e intervallo delle visite successive variabile in base all'esito dell'intervento ed alla sintomatologia del paziente Se non operato, ogni 4-8 mesi
3	Intervento chirurgico [A:I]	Valutazione 1-2 giorni dopo l'intervento e dopo 1-2 settimane Frequenza e intervallo delle visite successive variabile in base all'esito dell'intervento ed alla sintomatologia del paziente
4	Intervento chirurgico [A:I]	Valutazione 1-2 giorni dopo l'intervento e dopo 1-2 settimane Frequenza e intervallo delle visite successive variabile in base all'esito dell'intervento ed alla sintomatologia del paziente

* Sebbene spesso venga eseguita la terapia chirurgia l'osservazione è comunque consigliata.

Provvedimenti Chirurgici e Post-chirurgici nei Pazienti Sottopost a Intervento

- Informare il paziente dei rischi relativi, benefici dell'intervento e alternative chirurgiche, e sull'eventualità di dover usare gas intraoculari espansibili o sulla necessità che il paziente assuma particolari posizioni del capo nel periodo post-operatorio [A:III]
- Formulare un piano di cure post-operatorie e informare il paziente a riguardo [A:III]
- Informare il paziente glaucomatoso di possibili aumenti della pressione intra oculare (IOP) nel periodo peri-operatorio [A:III]
- Visitare il paziente entro 1-2 giorni dall'intervento e a distanza di 1-2 settimane dallo stesso [A:III]

Educazione del Paziente

- Informare il paziente di rivolgersi urgentemente al suo oculista in caso di aumento delle miodesopsie, riduzione del campo visivo e riduzione dell'acuità visiva [A:II]
- Informare il paziente che, i viaggi in aereo, le elevate altitudini o l'anestesia generale con ossido nitrico dovrebbero essere evitati finché il gas tamponante non sia completamente riassorbito [A:III]
- Informare il paziente, che ha avuto un foro maculare in un occhio, della possibilità aumentata del 10-20% che si manifesti anche nel controlaterale, soprattutto se la ialoide è adesa [A:III]
- Informare il paziente con funzionalità visiva residua limitata nel post intervento riguardo la riabilitazione visiva (vedi www.aao.org/smartsight) e i servizi sociali [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Distacco Posteriore di Vitreo, Rotture Retiniche e Degenerazione a Lattice (Valutazione Iniziale e Follow-up)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Laura Sapigni e Dott. Roberto Gattegna
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi alla visita iniziale (Elementi chiave)

- Sintomi del distacco posteriore di vitreo (DPV) [A:I]
- Anamnesi familiare [A:II]
- Precedenti traumi oculari [A:III]
- Miopia [A:II]
- Precedenti interventi chirurgici inclusa la sostituzione del cristallino [A:II]

Esame obiettivo iniziale (Elementi chiave)

- Valutazione del vitreo: cellule pigmentate, emorragie e addensamenti vitreali [A:III]
- Esame della periferia del fondo con indentazione sclerale. [A:III] Il metodo preferenziale per la valutazione di patologie della periferia vitreoretinica è l'oftalmoscopia indiretta con depressione sclerale. [A:III]

Esami complementari

- Se non può essere valutata la periferia retinica, effettuare l'ecografia B-scan. [A:II] Se non vengono riscontrate anormalità sono consigliati frequenti controlli. [A:III]

Chirurgia e cure postoperatorie per i pazienti che ricevono trattamento

- Informare il paziente sui rischi relativi all'intervento, sui benefici e sulle alternative alla chirurgia [A:III]
- Formulare un piano di cure post-operatorio e informare il paziente di queste disposizioni [A:III]
- Avvisare il paziente di contattare prontamente un oculistica se si manifestano nuovi sintomi come nuove miodesopsie o una riduzione del campo visivo [A:II]

Anamnesi alla visita di follow-up

- Anamnesi oculare relativa al periodo di follow-up [A:I]
- Traumi oculari, inclusa la chirurgia, relativi al periodo di follow-up [A:II]

Esame obiettivo di follow-up

- Acuità visiva [A:III]
- Valutazione delle condizioni del vitreo con attenzione alla presenza di pigmento, emorragie o aderenze [A:II]
- Esame della periferia del fondo con indentazione sclerale [A:II]
- Se i mezzi diottrici sono opachi eseguire ultrasonografia B-scan [A:II]
- I pazienti con emovitreo tale da oscurare i dettagli retinici e con ecografia B-scan negativa, dovrebbero essere visitati periodicamente. Negli occhi in cui si sospetta una lesione retinica bisognerebbe ripetere il B-scan dopo 4 settimane. [A:III]

Educazione del paziente

- Spiegare al paziente ad alto rischio di distacco di retina i sintomi del distacco posteriore di vitreo (DPV) e del distacco di retina, e dell'importanza di controlli ripetuti [A:II]
- Spiegare ai pazienti ad alto rischio di distacco di retina l'importanza di informare il proprio oculista immediatamente, se dovessero manifestare un incremento delle miodesopsie, una riduzione del campo visivo o dell'acuità visiva [A:III]

Cura la gestione

Opzioni

Tipo di lesione	Trattamento
Lesione a ferro di cavallo acuta sintomatica	Trattamento immediato [A:II]
Lesione opercolata acuta sintomatica	Trattamento non necessario [A:III]
Rottura retinica traumatica	Solitamente da trattare [A:III]
Lesione a ferro di cavallo asintomatica	Solitamente può essere monitorata senza trattamento [A:III]
Lesione opercolata asintomatica	Trattamento raramente raccomandato [A:III]
Foro atrofico asintomatico	Trattamento raramente raccomandato [A:III]
Degenerazione a lattice asintomatica senza fori	Non trattare a meno che il distacco posteriore di vitreo (DPV) causi una lesione a ferro di cavallo [A:III]
Degenerazione a lattice asintomatica con fori	Solitamente il trattamento non è richiesto [A:III]
Dialisi asintomatica	Non vi è consenso unanime al trattamento e assenza di evidenza al trattamento
Foro atrofico, degenerazione a lattice o lesioni a ferro di cavallo asintomatiche controlaterali	Non vi è consenso unanime al trattamento e assenza di evidenza al trattamento

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Cataratta (Valutazione Iniziale e Follow-up)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Laura Sapigni e Dott. Roberto Gattegna
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi alla visita iniziale

- Sintomi [A:II]
- Anamnesi oculare [A:III]
- Anamnesi sistemica [A:III]
- Valutazione della funzionalità visiva soggettiva [A:II]

Esame obiettivo iniziale

- Acuità visiva, con correzione [A:III]
- Valutazione della miglior acuità visiva (con correzione quando indicato) [A:III]
- Esame obiettivo esterno [A:III]
- Parallelismo degli assi visivi oculare e motilità [A:III]
- Funzionalità e reattività pupillare [A:III]
- Misurazione della pressione intraoculare (IOP) [A:III]
- Biomicroscopia con lampada a fessura [A:III]
- Valutazione delle condizioni mediche e fisiche [B:III]

Gestione

- Il trattamento è indicato quando la funzionalità visiva non soddisfa le necessità del paziente e l'intervento di cataratta porterebbe a u n miglioramento visivo [A:II]
- L'intervento di cataratta è indicato quando la riduzione del visus è indotta dalla lente o quando è necessario visualizzare il fundus in un occhio che ha presumibili potenzialità visive [A:III]
- L'intervento non dovrebbe essere eseguito nelle seguenti condizioni: [A:III] lenti o sussidi visivi forniscono un visus che soddisfi le necessità dei pazienti, la chirurgia non può migliorare la funzionalità visiva; il paziente non può sottoporsi con sicurezza all'intervento per la coesistenza di condizioni cliniche o oculari sfavorevoli; non possono essere eseguite le adeguate cure postoperatorie
- Le stesse indicazioni all'intervento sono valide anche per l'occhio controlaterale [A:II] (lo scopo principale è mantenere la funzione binoculare)

Gestione preoperatoria

Il chirurgo ha le seguenti responsabilità:

- Valutare il paziente pre -operatoriamente [A:III]
- Accertarsi che i sintomi, i risultati e le indicazioni all'intervento siano stati valutati accuratamente [A:III]
- Informare il paziente circa i rischi, i benefici e i risultati attesi dall'intervento [A:III]
- Pianificare l'intervento, inclusa la selezione della IOL [A:III]
- Visionare gli esiti delle valutazioni diagnostiche e prechirurgiche con il paziente [A:III]
- Programmare il piano di cure postoperatorio e informare il paziente sulle precauzioni da rispettare [A:III]

Follow-up

- I pazienti ad alto rischio dovrebbero essere visitati entro 24 ore dall'intervento [A:III]
- Solitamente i pazienti dovrebbero essere visitati entro 48 ore dalla chirurgia [A:III]
- La frequenza e la tempistica delle visite successive dipendono dalla refrazione, dalla funzionalità visiva e dalle condizioni dell'occhio.
- Follow-up più frequenti sono solitamente necessari per pazienti ad alto rischio.
- La visita post-operatoria dovrebbe consistere in:
  - Anamnesi, inclusa la comparsa di nuova sintomatologia o l'uso di farmaci nel post-operatorio [A:III]
  - Valutazione della funzionalità visiva soggettiva [A:III]
  - Valutazione della funzionalità visiva (acuità visiva, con e senza foro stenopeico) [A:III]
  - Misurazione della pressione intraoculare (IOP) [A:III]
  - Biomicroscopia alla lampada a fessura [A:III]

Capsulotomia Nd:YAG laser

- Il trattamento è indicato quando la funzionalità visiva non soddisfa le necessità del paziente a causa dell'opacità del sacco capsulare posteriore o quando viene ostacolata la visualizzazione del fundus [A:III]
- Istruire il paziente circa i sintomi del distacco posteriore di vitreo, delle rotture retiniche e del distacco di retina. E sulla necessità di una valutazione immediata qualora si presentino questi sintomi [A:III]

Educazione del paziente

- Informare i pazienti monocoli funzionali circa i benefici e i rischi della chirurgia, incluso quello di cecità [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

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:II] (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:II]
- 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 scalarli gradualmente. [A:III]
- Esaminare i pazienti entro 1-2 giorni dopo l'inizio della terapia con corticosteroidi topici [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

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 raccomandar 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 indentificati	Cefazolina con Tobramicina o gentamicina o fluorochinoloni *	50 mg/ml 9-14 mg/ml Variabile †	100 mg in 0.5 ml 20 mg in 0.5 ml
Cocchi Gram-positivi	Cefazolina Vancomicina ‡ Bacitracina ‡ Fluorochinoloni *	50 mg/ml 15-50 mg/ml 10.000 UI Variabile †	100 mg in 0.5 ml 25 mg in 0.5 ml
Bastoncelli Gram-negativi	Tobramicina o gentamicina Ceftazidime Fluorochinoloni	9-14 mg/ml 50 mg/ml Variabile †	20 mg in 0.5 ml 100 mg in 0.5 ml
Cocchi Gram-negativi §	Ceftriaxone Ceftazidime Fluorochinoloni	50 mg/ml 50 mg/ml Variabile †	100 mg in 0.5 ml 100 mg in 0.5 ml
Micobatteri non tubercolari	Amikacina Claritromicina Azitromicina ‖ Fluorochinoloni	20-40 mg/ml 10 mg/ml 10 mg/ml Variabile †	20 mg in 0.5 ml
Nocardia	Sulfacetamide Amikacina Trimetoprim/ Sulfametossazolo: Trimetoprim Sulfametossazolo	100 mg/ml 20-40 mg/ml 16 mg/ml 80 mg/ml	 20 mg in 0.5 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.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Blefariti (Valutazione Iniziale e di Follow-up)

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

Anamnesi

- Sintomi e segni oculari [A:III] (per es., rossore, irritazione, bruciore, lacrimazione, prurito, residui sulle ciglia, intolleranza alle lenti a contatto, fotofobia, frequente ammiccamento)
- Momento della giornata in cui i sintomi peggiorano [A:III]
- Durata dei sintomi [A:III]
- Presentazione unilaterale o bilaterale [A:III]
- Fattori aggravanti [A:III] (per es., fumo, allergeni, vento, lenti a contatto, bassa umidità, retinoidi, dieta e consumo di alcol, makeup oculare)
- Sintomi correlati a malattie sistemiche [A:III] (per es., rosacea, allergie)
- Terapie topiche e sistemiche attualmente o precedentemente assunte [A:III] (per es., antistaminici o farmaci anticolinergici o farmaci utilizzati in passato che potrebbero avere effetti sulla superfice oculare [per es., isotretinoina])
- Recente contatto con individui infetti [C:III] (per es., pediculosi)
- Anamnesi oculare (per es., precedente chirurgia oculare e palpebrale, traumi locali, comprese le lesioni meccaniche, termiche, chimiche e da radiazioni, blefaroplastica, pregressi orzaioli e calazi)

Esame obiettivo iniziale

- Acuità visiva [A:III]
- Esame obiettivo esterno
  - Cute [A:III]
  - Palpebre [A:III]
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
  - Film lacrimale [A:III]
  - Margine palpebrale anteriore [A:III]
  - Ciglia [A:III]
  - Margine palpebrale posteriore [A:III]
  - Congiuntiva tarsale (palpebre eversione) [A:III]
  - Congiuntiva bulbare [A:III]
  - Cornea [A:III]

Test diagnostici

- Esami colturali possono essere indicati per i pazienti con blefariti anteriori ricorrenti con grave infiammazione così come per i pazienti che non rispondono alla terapia [A:III]
- La biopsia della palpebra può essere indicata per escludere la possibilità di carcinoma in caso di asimmetria marcata, di resistenza alla terapia o per calazi singoli ricorrenti che non rispondono bene alla terapia [A:II]
- Consultarsi con il patologo prima di ottenere la biopsia se si sospetta un carcinoma a cellule sebacee [A:II]

Gestione

- Trattare i pazienti con blefarite inizialmente con impacchi caldi e igiene palpebrale [A:III]
- Può essere prescritto un antibiotico topico, come l'eritromicina o bacitracina, da applicare una o più volte al giorno o prima di coricarsi sulle palpebre, per una o più settimane [A:III]
- Per i pazienti con disfunzione delle ghiandole di Meibomio, i cui sintomi e segni cronici non sono adeguatamente controllati con l'igiene delle palpebre, possono essere prescritte tetracicline per via orale e antibiotici topici [A:III]
- Un breve trattamento a base di corticosteroidi topici può essere utile per l'infiammazione della superficie oculare o delle palpebre. Dovrebbe essere utilizzata la dose minima efficace di corticosteroidi ed evitata la terapia a lungo termine, se possibile. [A:III]

Valutazione di follow-up

- Le visite di follow-up dovrebbero comprendere:
  - Anamnesi [A:III]
  - Misurazione dell'acuità visiva [A:III]
  - Esame obiettivo esterno [A:III]
  - Biomicroscopia alla lampada a fessura [A:III]
- Se viene prescritta la terapia con corticosteroidi, rivalutare il paziente entro un paio di settimane per misurare la PIO, valutare la risposta alla terapia e la compliance al trattamento [A :III]

Educazione del paziente

- Istruire i pazienti sulla cronicità e la possibilità di recidive della malattia [A:III]
- Informare i pazienti che spesso i sintomi possono essere migliorati, ma raramente eliminati [A:III]
- Pazienti affetti da lesioni infiammatorie palpebrali con caratteristiche di sospetta malignità dovrebbero essere inviati ad appropriati specialisti [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Congiuntiviti (Valutazione Iniziale)

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

Anamnesi

- Segni e sintomi oculari (per es., prurito, secrezione, irritazione, dolore, fotofobia, visione offuscata) [A:III]
- Durata dei sintomi e decorso temporale [A:III]
- Fattori esacerbanti [A:III]
- Presentazione unilaterale o bilaterale [A:III]
- Caratteristiche della secrezione [A:III]
- Recente contatto con un individuo infetto [A:III]
- Trauma (meccanico, chimico, ultravioletto) [A:III]
- Mucus fishing
- Utilizzo di lenti a contatto (tipo di lenti, igiene e regime di utilizzo) [A:III]
- Sintomi e segni potenzialmente correlati a malattie sistemiche (per es., infezioni del tratto genitourinario, disuria, disfagia, infezioni delle vie respiratorie superiori, lesioni della pelle e delle mucose) [A:III]
- Allergie, asma, eczema [A:III]
- Uso di farmaci sistemici o topici [A:III]
- Anamnesi patologica oculare (per es., precedenti episodi di congiuntiviti [A:III] e precedente chirurgia oculare [B:III]
- Compromissione del sistema immunitario [B:III]
- Malattie sistemiche attuali o pregresse [B:III]
- Abitudini di vita (per es., fumo, [C:III] lavoro e hobby, [C:III] viaggi [C:III] e attività sessuale [C:III]

Esame obiettivo iniziale

- Acuità visiva [A:III]
- Esame obiettivo esterno
  - Cute [A:III] (segni di rosacea, eczema, seborrea)
  - Anomalie delle palpebre e degli annessi [A:III] (gonfiore, decolorazione, mal posizionamento, lassità, ulcerazione, noduli, ecchimosi, neoplasia)
  - Congiuntiva [A:III] (pattern di iniezione, emorragia sottocongiuntivale, chemosi, cambiamento cicatriziale, simblefaron, masse, secrezione)
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
  - Margini palpebrali [A:III] (infiammazione, ulcerazione, secrezione, noduli o vescicole, detriti di colore ematico, cheratinizzazione)
  - Ciglia [A:III] (perdita di ciglia, croste, squame cutanee, lendini, trichiasi)
  - Puntini e canalini lacrimali [B:III] (protrusione, secrezione)
  - Congiuntiva tarsale e del fornice [A:II]
  - Congiuntiva bulbare/limbus [A:II] (follicoli, edema, noduli, chemosi, lassità, papille, ulcerazione, cicatrizzazione, flittene, emorragie, corpi estranei, cheratinizzazione)
  - Cornea [A:I]
  - Camera anteriore/iride [A:III] (reazione infiammatoria, sinechie, difetti di transilluminazione)
  - Coloranti vitali [A:III] (congiuntiva e cornea)

Test diagnostici

- Esami culturali, strisci per la citologia e colorazioni speciali sono indicati nei casi di sospetta congiuntivite neonatale infettiva [A:I]
- In caso di sospetta congiuntivite gonococcica sono raccomandati strisci per la citologia e colorazioni speciali [A:II]
- Confermare la diagnosi della congiuntivite da Clamidia dell'adulto e del neonato con test immunodiagnostici e/o culturali [A:III]
- Eseguire una biopsia della congiuntiva bulbare e prendere di un campione da un'area sana adiacente al limbus in un occhio con infiammazione attiva quando si sospetta un pemfigoide oculare [A:III]
- Una biopsia a tutto spessore della palpebra è indicata nei casi di sospetto carcinoma sebaceo [A:II]
- La microscopia confocale può essere utile per valutare alcune forme di congiuntivite (es: atopica, cheratocongiuntivite limbare superiore)
- Gli esami della funzionalità tiroidea sono indicati nei pazienti con cheratoccongiuntivite limbare superiore che non hanno patologie tiroidee note.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Congiuntiviti (Raccomandazioni nella Gestione)

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

Gestione

- Evitare l'uso indiscriminato di antibiotici topici o corticosteroidi perché gli antibiotici possono indurre tossicità e i corticosteroidi può potenzialmente prolungare infezioni da adenovirus e peggiorare le infezioni da virus dell' herpes simplex [A:III]
- Trattare la congiuntivite allergica lieve con un agente antiistaminico/vasocostrittore da banco o antagonisti del recettore H1 dell'istamina di seconda generazione per via topica. [A:I] Se la condizione è ricorrente o persistenti, utilizzare uno stabilizzatore dei mastociti. [A:I]
- Per le cheratocongiuntiviti correlate all'utilizzo di lenti a contatto, interrompere l'utilizzo delle lenti a contatto per 2 o più settimane [A:III]
- Se sono indicati i corticosteroidi, prescrivere la minima potenza e frequenza basandosi sulla risposta del paziente e sulla tollerabilità [A:III]
- Se vengono utilizzati corticosteroidi, eseguire la misurazione della pressione intraoculare basale e a intervalli periodici ed effettuare la dilatazione della pupilla [A:III]
- Utilizzare antibiotici sistemici per congiuntiviti causate da *Neisseria gonorrhoeae* [A:I] o *Chlamydia trachomatis*. [A:II]
- Trattare i partner sessuali per ridurre al minimo la reiterazione e la diffusione della malattia quando la congiuntivite è associata a malattie sessualmente trasmesse e inviare i pazienti e i loro partner sessuali al medico specialista appropriato. [A:III]
- Inviare i pazienti con manifestazione di una malattia sistemica da un medico specialista appropriato. [A:III]

Valutazione di follow-up

- Le visite di follow-up dovrebbero includere
  - Anamnesi relativa al periodo di follow-up [A:III]
  - Acuità visiva [A:III]
  - Biomicroscopia alla lampada a fessura [A:III]
- Se vengono utilizzati corticosteroidi, eseguire una misurazione periodica della pressione intraoculare e un esame in midriasi per valutare cataratta e glaucoma [A:III]

Educazione del paziente

- Istruire i pazienti con forme contagiose come ridurre o evitare la diffusione della patologia nella comunità [A:III]
- Informare i pazienti che possono richiedere terapie ripetute a breve termine con corticosteroidi topici sulle potenziali complicanze legate al loro utilizzo [A:III]
- Avvisare i pazienti con congiuntivite allergica che potrebbe essere utile il lavaggio frequente dei vestiti e un bagno/doccia prima di andare a dormire [B:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Ectasia corneale (Valutazione Iniziale e Follow-up)

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

Valutazione anamnestica iniziale

- Insorgenza della patologia e decorso
- Riduzione acuità visiva
- Anamnesi oculare, sistemica e familiare

Esame obiettivo iniziale

- Valutazione funzionalità visiva
- Esame esterno
  - Protrusione della cornea
  - Palpebre e cute periorbitaria
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
  - Presenza, estensione e localizzazione dell'assottigliamento o della protrusione corneale
  - Segni di una precedente chirurgia oculare
  - Presenza delle strie di Vogt, di nervi corneali prominenti, dell'anello di Fleischer o di altri depositi di ferro
  - Evidenza di una cicatrice corneale o di una precedente idrope e presenza di nervi corneali prominenti
- Misurazione della pressione intraoculare
- Esame del fondo oculare: ricerca di aree scure nel riflesso rosso della retina per escludere degenerazioni tapetoretiniche

Test diagnostici

- Cheratometria
- Topografia corneale
- Mappa topografica del potere
- Mappa topografia di elevazione
- Pachimetria corneale

Trattamento

- La terapia è personalizzata al singolo paziente, e dipende dalla riduzione dell'acuità visiva e dell'opzione/i di trattamento.
- Il vizio refrattivo può essere corretto con occhiali anche se le lenti a contatto possono essere richieste in caso di pregressione del cheratocono
- Le lenti a contatto rigide gas-permeabili (RGP) possono mascherare le irregolarità corneali. Le nuove lenti a contatto ibride forniscono una più elevata permeabilità all'ossigeno ed una più grande resistenza a livello della giunzione RGP/idrogel. Le lenti a contatto piggyback possono essere utilizzate nei casi di cicatrice corneale o coni decentrati. Le lenti sclerali possono essere indicate quando le lenti RGP o ibride falliscono.
- L'impianto di un segmento di anello corneale intrastromale può migliorare la tolleranza alle lenti a contatto e l'acuità visiva corretta (best-corrected visual acuity) nei pazienti con ectasia corneale, cornea trasparente ed intolleranza alle lenti a contatto.
- Il crosslinking del collagene può migliorare la rigidità corneale aumentando i legami tra le fibre.
- La cheratoplastica lamellare con l'utilizzo delle tecniche descemetiche (DALK) può essere considerata nei cheratoconi progressivi senza una significativa cicatrice o idrope. La cheratoplastica lamellare a semiluna è un'opzione quando l'assottigliamento corneale è massimo a livello della periferia della cornea.
- L'assottigliamento della periferia e l'ectasia possono essere trattate con una procedura lamellare standard decentrata a scopo tettonico seguita successivamente da una cheratoplastica perforante centrale.
- La cheratoplastica perforante è indicata quando il paziente non può più raggiungere una adeguata funzionalità visiva per mezzo di occhiali o lenti a contatto, o quando in seguito all'idrope corneale si ha un edema corneale persistente. La cheratoplastica endoteliale con stripping della Descemet (DSAEK) non può correggere una patologia ectasica.
- La cheratoplastica perforante è preferita alla cheratoplastica lamellare descemetica (DALK) nei casi di cicatrici stromali profonde.
- Un trapianto lamellare può essere effettuato a scopo tettonico quando l'ectasia si sviluppa nell'estrema periferia della cornea.

Follow-up

- Una valutazione del follow-up e gli intervalli delle visite dipendono dal trattamento e dalla progressione della patologia.
- Un follow-up annuale è raccomandato nei casi di ectasia in assenza di significativi cambiamenti della funzionalità visiva.
- I pazienti dovrebbero essere resi edotti dei segni di allarme del rigetto e dovrebbero ricorrere prontamente ad una valutazione medica qualora questi segni insorgano. Il medico dovrebbe riconoscere i segni biomicroscopici del rigetto epiteliale, stromale ed endoteliale.

Gestione

- Nei casi in cui il trattamento con occhiali o lenti a contatto non riesce ad aumentare la funzionalità visiva è indicato inviare il paziente ad un oftalmologo esperto nei trattamenti chirurgici delle ectasie corneali.
- Può essere indicato inviare allo specialista dermatologo o allergologo i pazienti con storia di allergia e atopia.
- I pazienti affetti dalla sindrome della lassità delle palpebre (floppy eyelid syndrome) possono essere meglio gestiti da uno specialista di oculoplastica e può essere necessario inviarli ad altri specialisti clinici.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Edema ed opacizzazione corneale (Valutazione Iniziale)

Traduzione a cura di: Dott. Alessandro Finzi e Dott. Giuseppe Giannaccare
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi iniziale

- Sintomi: visione offuscata o alterata; fotofobia; arrossamento; lacrimazione; intermittente sensazione di corpo estraneo; dolore
- Età di esordio
- Rapidità di esordio
- Persistenza
- Presentazione unilaterale o bilaterale
- Fattori di moderazione, come miglioramento visivo legato a fattori ambientali
- Storia medica ed oculare passata
- Farmaci topici e sistemici
- Trauma
- Lenti a contatto
- Storia famigliare e sociale

Esame obiettivo iniziale

- Valutazione funzione visiva
- Esame delle strutture esterne
  - Evidenza di proptosi, ptosi, lagoftalmo, o floppy eyelid syndrome
  - Asimmetria facciale o palpebrale, cicatrici e malfunzionamenti
- Biomicroscopia con lampada a fessura
  - Segni unilaterali o bilaterali
  - Edema localizzato o diffuso
  - Edema prevalentemente epiteliale o stromale
  - Evidenza di rottura dell'epitelio, infiltrazione stromale, epithelial ingrowth, strie, ispessimento focale, assottigliamento, cicatrici, haze dell'interfaccia, strie o infiammazione, o vascolarizzazione stromale
  - Evidenza di cornea guttata, rottura o distacco della membrana di Descemet, vescicole endoteliali, precipitati cheratici (KP), sinechie periferiche anteriori pigmentate
- Misurazione della IOP
- Esame del fondo oculare
- Gonioscopia

Test diagnostici

- Potential acuity meter
- Lenti a contatto a contatto rigide ipercorrette
- Pachimetria
- Scheimpflug Imaging
- Microscopia confocale e speculare
- Tomografia a coerenza ottica del segmento anteriore
- Biomicroscopia ad ultrasuoni.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Edema ed opacizzazione corneale (Raccomandazioni per la Gestione)

Traduzione a cura di: Dott. Alessandro Finzi e Dott. Giuseppe Giannaccare
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Gestione del trattamento

- L'obiettivo terapeutico è quello di controllare la causa dell'edema o dell'opacità corneale e migliorare la qualità della vita del paziente, migliorando l'acuità visiva ed il comfort
- Il trattamento inizia con la gestione medica, ma la chirurgia può essere necessaria in ultima analisi
- Edema corneale: gestione medica
  - La riduzione della IOP elevata è utile
  - Gli inibitori dell'anidrasi carbonica topici non dovrebbero rappresentare la prima linea di terapia quando si sospetta una disfunzione endoteliale
  - I corticosteroidi topici possono controllare l'infiammazione una volta che sia stata esclusa una infezione
  - Una epiteliopatia bollosa o microcistica possono produrre disagio o dolore che richiede l'applicazione di lenti a contatto terapeutiche. E' consigliato il ricambio periodico delle lenti in caso di utilizzo a lungo termine.
- Edema corneale: trattamento chirurgico
  - I pazienti con edema corneale e disagio persistente, ma con potenziale visivo limitato o nullo, sono generalmente i candidati migliori per le seguenti procedure :
    - Cheratectomia fototerapeutica
    - Lembo congiuntivale di Gunderson
    - Trapianto di cornea
    - Cheratoplastica endoteliale
    - Cheratoplastica penetrante
- Opacizzazione corneale: gestione medica
  - Il trattamento di una opacità corneale può essere diviso in due fasi: a) gestione della causa principale iniziale (cioè infezioni, traumi) e b) la gestione dei problemi derivanti (ad esempio, erosioni ed irregolarità della superficie, cicatrici, assottigliamento e neovascolarizzazione)
  - Il trattamento convenzionale consiste nell'uso di colliri o pomate antibiotiche allo scopo di prevenire infezioni batteriche secondarie
  - L'uso di una colla temporanea, la tarsoraffia o dei tutori palpebrali possono essere utili quando l'ammiccamento o la chiusura palpebrale è inadeguata
  - Una lente a contatto terapeutica può essere utile in casi di guarigione ritardata
  - Lenti rigide gas permeabili - o ibride o sclerali quando è necessaria una maggiore stabilità - spesso migliorano la visione quando l'irregolarità della superficie è una delle cause; queste lenti possono precludere la necessità di procedure più invasive
- Opacizzazione corneale: trattamento chirurgico
  - La strategia chirurgica per la gestione delle opacità corneali dipende da quali sono gli strati tessutali coinvolti:
    - Il debridement dell'epitelio è più utile con lesioni anteriori allo strato di Bowman
    - L'acido etilendiamminotetracetico (EDTA) può essere usato per rimuovere le calcificazioni nella cheratopatia a bandelletta
    - La Mitomicina-C per cicatrici sottoepiteliali, nello strato di Bowman, e nello stroma anteriore può aiutare in casi di possibile recidiva
    - Un tatuaggio corneale può mascherare leucomi corneali esteticamente sgradevoli
    - Lesioni corneali anteriori, che si estendono al di là strato della Bowman nello stroma anteriore o mediale, richiedono un trattamento più esteso, come cheratectomia superficiale, lamellare o cheratoplastica penetrante, e cheratoprotesi

Gestione del follow-up

- Nella gestione dell'edema corneale, il follow-up è essenziale per controllare la disfunzione endoteliale
- Nella gestione di una opacizzazione corneale, il follow-up è necessario per monitorare la trasparenza della cornea e l'irregolarità della superficie
- Problemi coesistenti, in particolare l'infiammazione intraoculare e la IOP, hanno bisogno di una rivalutazione periodica

Assistenza e Competenza

- E' importante la discussione dettagliata delle cause di edema o di opacità corneale, e sulle varie opzioni di trattamento.
- Rivolgersi ad uno specialista della cornea è consigliato quando sono necessari sofisticati approcci diagnostici o terapeutici (ad esempio, nei casi che superano le capacità del medico curante). Può anche essere necessario rivolgersi ad esperti di retina, glaucoma, o oftalmologia pediatrica. Una volta che la condizione è stata risolta, o il quadro si è stabilizzato, è opportuno il rinvio all'oculista generico.
- Quando la patologia o la sua gestione è complessa, ogni sforzo dovrebbe essere fatto al fine di consigliare il paziente in merito a tali evenienze in modo da consentire adeguate aspettative e un processo decisionale informato.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Sindrome Dell'occhio Secco (Valutazione Iniziale)

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

Anamnesi

- Sintomi e segni oculari [A:III] (per es.: irritazione, lacrimazione, bruciore, senso di puntura, sensazione di secchezza o di corpo estraneo, lieve prurito, fotofobia, visione offuscata, intolleranza alle lenti a contatto, rossore, secrezione mucosa, aumento della frequenza di ammiccamento, affaticamento oculare, fluttuazione diurna, sintomatologia che peggiora nel corso della giornata)
- Fattori esacerbanti [B:III] (per es.: vento, viaggi aerei, minore umidità, prolungato sforzo visivo associato a una ridotta frequenza di ammiccamento come avviene durante la lettura e l'utilizzo del computer)
- Durata dei sintomi [A:III]
- Anamnesi oculare, tra cui
  - Farmaci topici utilizzati e il loro effetto sui sintomi [A:III] (es: lacrime artificiali, lavaggi oculari, antistaminici, farmaci per il glaucoma, vasocostrittori, corticosteroidi, preparati omeopatici o di erboristeria)
  - Lenti a contatto, tipo di ricambio e cura [A:III]
  - Congiuntivite allergica [A:III]
  - Anamnesi chirurgica oculare [A:III] (per es., precedente cheratoplastica, chirurgia della cataratta, chirurgia refrattiva)
  - Malattie della superficie oculare [A:III] (per es., virus dell'herpes simplex, virus varicella-zoster, pemfigoide, sindrome di Stevens-Johnson, aniridia, graft-versus-host disease)
  - Chirurgia del puntino lacrimale [A:III]
  - Chirurgia delle palpebre [A:III] (per es., precedente correzione della ptosi, blefaroplastica, entropion / correzione ectropion)
  - Paralisi di Bell [A:III]
- Anamnesi generale, tra cui
  - Fumo o esposizione al fumo passivo [A:III]
  - Malattie dermatologiche [A:III] (per es., rosacea, psoriasi)
  - Tecnica e frequenza della pulizia del viso, compresa l'igiene delle palpebre e delle ciglia [A:III]
  - Atopia [A:III]
  - Menopausa [A:III]
  - Malattie sistemiche infiammatorie [A:III] (per es., Sindrome di Sjogren, graft-versus-host disease, artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia)
  - Altre condizioni sistemiche [A:III] (per es., linfoma, sarcoidosi)
  - Farmaci sistemici [A:III] (per es., antistaminici, diuretici, ormoni ed antagonisti ormonali, antidepressivi, farmaci cardiaci antiaritmici, isotretinoina, difenoxilato / atropina, antagonisti beta-adrenergici, agenti chemioterapici, qualsiasi altro farmaco con effetto anticolinergico)
  - Trauma [B:III] (per es., meccanico, chimico, termico)
  - Infezioni virali croniche [B:III] (per es., epatite C, virus dell'immunodeficienza umana)
  - Chirurgia non oculare [B:III] (per es., trapianto di midollo osseo, chirurgia della testa e del collo, chirurgia per la nevralgia del trigemino)
  - Radiazione dell' orbita [B:III]
  - Condizioni neurologiche [B:III] (per es., morbo di Parkinson, paralisi di Bell, sindrome di Riley-Day, nevralgia del trigemino)
  - Secchezza delle fauci, carie, ulcere orali [B:III]
  - Affaticamento
  - Dolori articolari e muscolari

Esame obiettivo iniziale

- Acuità visiva [A:III]
- Esame obiettivo esterno
  - Cute [A:III] (per es.: sclerodermia, cambiamenti della faccia compatibili con rasacea, seborrea)
  - Palpebre [A:III] (chiusura incompleta/mal posizionamento, ammiccamento incompleto o infrequente, ritardo palpebrale, eritema dei margini palpebrali, depositi anomali o secrezioni, entropion, ectropion)
  - Annessi [A:III] (ingrandimento delle ghiandole lacrimali)
  - Proptosi [B:III]
  - Funzione dei nervi cranici [A:III] (per es.: V nervo cranico [trigemino], VII nervo cranico [faciale])
  - Mani [B:III] (deformità articolari caratteristiche dell'artrite reumatoide, fenomeno di Raynaud, emorragie a scheggia del letto ungueale)
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
  - Film lacrimale [A:III] (altezza del menisco, detriti, aumentata viscosità, tralci di muco, schiuma, break-up time e suo pattern)
  - Ciglia [A:III] (trichiasi, distichiasi, madarosi, depositi)
  - Margine palpebrale anteriore e posteriore [A:III] (anomalie delle ghiandole di Meibomio [per es.: metaplasia degli orifizi, ridotta espressibilità del mebo, atrofia], caratteristiche della secrezione delle ghiandole di Meibomio [per es., torbida, ispessita, schiumosa, deficitaria], vascolarizzazione che attraversa la giunzione mucocutanea, cheratinizzazione, cicatrizzazione
  - Puntino lacrimale [A:III] (pervietà, posizione, presenza e posizione dei plugs)
  - Fornice inferiore e congiuntiva tarsale [A:III] (per es.: filamenti di muco, cicatrizzazione, eritema, reazione papillare, ingrandimento dei follicoli, cheratinizzazione, restringimento, simblefaron)
  - Congiuntiva bulbare [A:III] (per es.,colorazione puntata con rosa bengala, verde di lissamina o fluoresceina; iperemia, secchezza localizzata; cheratinizzazione, chemosi, calasi, follicoli)
  - Cornea [A:III] (secchezza localizzata interpalpebrale, erosioni puntate epiteliali, colorazione puntata con rosa bengala o fluoresceina, filamenti, difetti epiteliali, irregolarità della membrana basale, placche di muco, cheratinizzazione, formazione di panno, assottigliamento, infiltrati, ulcerazione, cicatrizzazione, neovascolarizzazione, evidenza di chirurgia corneale o rifrattiva)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Sindrome Dell'occhio Secco (Raccomandazioni per la Gestione)

Traduzione a cura di: Dott.ssa. Nicole Balducci e Dott. Giuseppe Giannaccare
Revisione a cura di: Prof. Emilio Campos

Gestione

- Trattare ciascun fattore causale suscettibile di trattamento, in quanto i sintomi dell' occhio secco hanno spesso cause multifattoriali [A:III]
- La sequenza e la combinazione delle terapie sono determinate in base alle esigenze del paziente, alle sue preferenze e al giudizio del medico oculista curante [A:III]
- Per secchezza oculare lieve, sono appropriate le seguenti misure:
  - Educazione e modifiche dei fattori ambientali [A:III]
  - Eliminazione dei farmaci dannosi topici o sistemici [A:III]
  - Aumento della componente acquosa utilizzando sostituti lacrimali, gel / unguenti [A:III]
  - Terapia delle palpebre (impacchi caldi e igiene palpebrale) [A:III]
  - Trattamento dei vari fattori oculari causali come blefarite o meibomite [A:III]
  - Correzione di anomali della palpebra
- Per secchezza oculare moderata, in aggiunta ai trattamenti di cui sopra, sono appropriate le seguenti misure:
  - Farmaci anti-infiammatori (ciclosporina topica [A:I] e corticosteroidi, [A:II] integratori sistemici a base di acidi grassi omega-3[A:II])
  - Punctal plugs [A:III]
  - Protezioni laterali per occhiali e camere umide [A:III]
- Per secchezza oculare grave, in aggiunta ai trattamenti di cui sopra, sono appropriate le seguenti misure:
  - Agonisti colinergici sistemici [A:I]
  - Farmaci anti-infiammatori sistemici [A:III]
  - Agenti mucolitici [A:III]
  - Lacrime a base di siero autologo [A:III]
  - Lenti a contatto [A:III]
  - Correzione delle anomalie della palpebra [A:III
  - Occlusione permanente del puntino lacrimale [A:III]
  - Tarsorrafia [A:III]
- Monitorare i pazienti a cui sono prescritti corticosteroidi per gli effetti collaterali, come aumento della pressione intraoculare, melting corneale, e insorgenza di cataratta [A:III]

Educazione del paziente

- Informare i pazienti riguardo la natura cronica della sindrome dell'occhio secco e la sua storia naturale [A:III]
- Fornire istruzioni specifiche per i regimi terapeutici [A:III]
- Rivalutare periodicamente la complianza del paziente e la comprensione della sua malattia, i rischi per le alterazioni strutturali associate e le realistiche aspettative di un trattamento efficace, e rafforzare l' educazione del paziente [A:III]
- Inviare i pazienti con manifestazione di una malattia sistemica ad uno specialista medico adeguato [A:III]
- Informare i pazienti con pre-esistente secchezza oculare che la chirurgia keratorefractive, in particolare LASIK, possono peggiorare la loro condizione [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Ambliopia (Valutazione Iniziale e in Follow-up)

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

Anamnesi iniziale (Elementi chiave)

- Sintomi e segni oculari [A:III]
- Anamnesi oculare [A:III]
- Anamnesi sistemica, compreso esame delle patologie prenatali, perinatali e postnatali [A:III]
- Anamnesi familiare, riguardante condizioni oculari e malattie sistemiche di rilevanza clinica [A:III]

Esame obiettivo iniziale (Elementi chiave)

- Valutazione del pattern di fissazione e dell'acuità visiva [A:III]
- Parallelismo degli assi visivi e motilità oculare [A:III]
- Test del riflesso rosso del fondo binoculare (test di Brückner) [A:III]
- Valutazione della reattività e funzionalità pupillare [A:III]
- Esame obiettivo esterno [A:III]
- Valutazione del segmento anteriore [A:III]
- Refrazione in cicloplegia/retinoscopia [A:III]
- Valutazione del fondo oculare [A:III]

Gestione

- In tutti i bambini affetti da ambliopia si deve tentare un trattamento, indipendentemente dall'età [A:III]
- Scegliere il trattamento in base all'età del paziente, acuità visiva, aderenza ai trattamenti precedenti; stato fisico, sociale e psicologico [A:III]
- Obiettivo della terapia è di ottenere l'equalizzazione dell'acuità visiva in entrambi gli occhi [A:III]
- Una volta ottenuta la massima acuità visiva, la terapia dovrebbe essere ridotta o, eventualmente, sospesa [A:III]

Valutazione in follow-up

- Le visite di follow-up dovrebbero riguardare:
  - Anamnesi relativa al periodo di follow-up [A:III]
  - Aderenza al piano terapeutico [A:III]
  - Effetti collaterali del trattamento
  - Acuità visiva di ciascun occhio
- La visita di follow-up viene in genere fissata da 2 a 3 mesi dopo l'inizio del trattamento [A:III]
- Le tempistiche variano a seconda dell'intensità del trattamento e dell'età del bambino [A:III]
- È necessario un monitoraggio continuo poiché un quarto dei bambini trattati con successo sperimenta una recidiva entro il primo anno post-trattamento [A:III]

Educazione del paziente

- Discussione della diagnosi, gravità della malattia, pianificazione della prognosi e della terapia con il paziente, con i genitori e/o tutori [A:III]
- Spiegare la patologia e coinvolgere la famiglia per un approccio collaborativo alla terapia [A :III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Esotropia (Valutazione Iniziale e Follow-up)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Laura Sapigni e Dott. Roberto Gattegna
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi alla visita iniziale (Elementi chiave)

- Sintomi e segni oculari [A:III]
- Anamnesi oculare (momento dell'insorgenza e della frequenza della deviazione, presenza o assenza di diplopia) [A:III]
- Anamnesi sistemica (valutazione di fattori prenatali - natali- e postnatali) [A:III]
- Anamnesi familiare (strabismo, ambliopia, tipo di occhiali e stato di usura, chirurgia sui muscoli extraoculari, malattie genetiche) [A:III]

Esame obiettivo iniziale (Elementi chiave)

- Pattern di fissazione e acuità visiva [A:III]
- Parallelismo degli assi visivi (per vicino e per lontano) [A:III]
- Funzionalità dei muscoli extraoculari [A:III]
- Test del nistagmo optocinetico in monoculare e binoculare per asimmetria naso-temporale del pursuit
- Presenza di nistagmo latente o manifesto [A:III]
- Valutazione dello stato sensoriale [A:III]
- Refrazione in cicloplegia/schiascopia [A:III]
- Valutazione del fondo oculare [A:III]

Gestione

- Considerare la possibilità di trattamento e di riallineamento tempestivo per tutte le forme di esotropia il prima possibile [A:III]
- Prescrivere lenti correttive per ogni forma di difetto refrattivo significativo [A:I]
- Se l'uso di occhiali e il trattamento dell'ambliopia non sono efficaci nel determinare un parallelismo oculare, allora è raccomandato l'intervento chirurgico [A:III]
- Trattare l'ambliopia significativa, prima di intervenire chirurgicamente sull'esotropia per modificare l'angolo di strabismo e/o aumentare la probabilità di avere visione binoculare [A:III]

Valutazione in follow-up

- Sono necessarie valutazioni periodiche a causa del rischio di sviluppare ambliopia, perdere la visione binoculare e sperimentare una recidiva [A:II]
- I bambini con un buon parallelismo degli assi visivi e non affetti da ambliopia possono essere sottoposti a follow-up ogni 4-6 mesi [A:III]
- La frequenza delle visite di follow-up può essere ridotta quando il bambino matura [A:III]
- Reperti nuovi o modificati possono indicare la necessità di visite di follow-up più frequenti [A:III]
- L'ipermetropia deve essere valutata almeno su base annuale e più di frequente se l'acuità visiva diminuisce o se l'esotropia aumenta [A:III]
- Esami della rifrazione in cicloplegia ripetuti sono indicati se l'esotropia non risponde all'iniziale prescrizione per ipermetropia o se l'esotropia recidiva dopo l'intervento chirurgico [A:III]

Educazione del paziente

- Discutere la diagnosi con il paziente, con i genitori/o tutori, per migliorare la comprensione dei disturbi e ottenere una collaborazione nell'attuazione della terapia [A:III]
- Predisporre un piano terapeutico in collaborazione con il paziente/o familiari/tutori [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Exotropia (Valutazione Iniziale e Follow-up)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Laura Sapigni e Dott. Roberto Gattegna
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi alla visita iniziale (Elementi chiave)

- Sintomi e segni oculari [A:III]
- Anamnesi oculare (momento dell'insorgenza e della frequenza della deviazione, presenza o assenza di diplopia) [A:III]
- Anamnesi sistemica (valutazione di fattori prenatali - natali- e postnatali) [A:III]
- Anamnesi familiare (strabismo, ambliopia, tipo di occhiali e stato di usura, chirurgia sui muscoli extraoculari, malattie genetiche) [A:III]

Esame obiettivo iniziale (Elementi chiave)

- Pattern di fissazione e acuità visiva [A:III]
- Parallelismo degli assi visivi (per vicino e per lontano) [A:III]
- Funzionalità dei muscoli extraoculari [A:III]
- Presenza di nistagmo latente o manifesto [A:III]
- Valutazione dello stato sensoriale [A:III]
- Refrazione in cicloplegia/schiascopia [A:III]
- Valutazione del fondo oculare [A:III]

Gestione

- Tutte le forme di exotropia devono essere monitorate e alcune richiederanno un trattamento [A:III]
- I bambini piccoli affetti da exotropia intermittente con un buon grado di fusione possono essere seguiti senza essere sottoposti a chirurgia [A:III]
- Le deviazioni presenti tutto o la maggior parte del tempo necessitano di trattamento [A:III]
- Prescrivere lenti correttive per ogni forma di difetto refrattivo significativo [A:III]
- Modalità ottimale della terapia non sono ben definiti

Valutazione di follow-up

- La frequenza delle valutazioni di follow-up si basa sull'età del bambino, sulla capacità di ottenere un'acuità visiva accurata e sul controllo della deviazione [A:III]
- I bambini con un buon controllo dell'exotropia intermittente mediante fusione motoria e non affetti da ambliopia vengono in genere esaminati ogni 6-12 mesi [A:III]
- Gli intervalli vengono ridotti una volta raggiunta la maturità visiva [A:III]
- Include l'anamnesi del periodo di follow-up, l'aderenza al trattamento (se presente) e la valutazione della motilità oculare [A:III]

Educazione del paziente

- Discutere la diagnosi con il paziente, con i genitori o tutori, per migliorare la comprensione dei disturbi e ottenere una collaborazione nell'attuazione della terapia [A:III]
- Predisporre un piano terapeutico in collaborazione con il paziente/o familiari/tutori [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014

Chirurgia Refrattiva (Valutazione Iniziale e Follow-up)

Traduzione a cura di: Dott.ssa Chiara Basiricò e Dott. Giuseppe Giannaccare
Revisione a cura di: Prof. Emilio C. Campos

Anamnesi iniziale

- Stato della funzione visiva [A:III]
- Anamnesi oculare [A:III]
- Anamnesi sistemica [A:III]
- Farmaci [A :III]

Esame obiettivo iniziale

- Acuità visiva per lontano con e senza correzioni [A:III]
- Refrazione in libero gioco e se necessario in ciclopegia [A:III]
- Topografia corneale computerizzata [A:III]
- Misura dello spessore corneale centrale [A:III]
- Valutazione del film lacrimale e della superficie oculare [A:III]
- Valutazione del parallelismo e della motilità oculare [A:III]

Gestione

- Interrompere l'utilizzo delle lenti a contatto prima degli esami e delle procedure preoperatorie [A:III]
- Informare il paziente sui potenziali rischi, benefici e alternative delle varie procedure di chirurgia refrattiva [A:III]
- Fornire il consenso informato; al paziente dovrebbe essere data l'opportunità di avere una risposta a tutte le domande prima dell'intervento [A:III]
- Controllare e calibrare la strumentazione prima dell'intervento [A:III]
- Accertarsi dell'identità del paziente, dell'occhio da operare e che i parametri siano stati inseriti correttamente nel computer del laser [A:III]

Valutazione postoperatoria

- Il chirurgo é responsabile della gestione postoperatoria [A:III]
- Per le procedure che prevedono l'ablazione corneale superficiale, è consigliabile visitare il paziente il giorno seguente all'intervento e successivamente ogni due o tre giorni fino a quando l'epitelio non si sia completamente rimarginato [A:III]
- Per il LASIK senza complicanze, visitare entro le 36 ore successive all'intervento, effettuare una seconda visita da 1 a 4 settimane dopo l'intervento e ulteriori visite, se opportune [A:III]

Educazione del paziente

Discutere i rischi e i benefici della procedura pianificata con il paziente. [A:III] Gli argomenti della discussione comprendono i seguenti punti:

- Entità dei miglioramenti refrattivi attesi
- Errori refrattivi residui
- Eventuale correzione con lenti per lontano e per vicino dopo l'intervento
- Riduzione della acuità visiva massima nel tempo.
- Effetti collaterali e complicanze (per se., cheratiti infettive, cheratiti sterili, estasia corneale)
- Variazione della funzione visiva non necessariamente misurata mediante test dell'acuità visiva, compresi bagliori e funzionalità in condizioni di bassa luminosità
- Disturbi in condizioni scotopiche (per se., sensazioni di bagliori, aloni) sviluppati o peggiorati; particolare considerazione deve essere rivolta a questo aspetto per pazienti con alti gradi di ametropia o per individui che richiedono un alto livello di acuità visiva in condizioni di bassa luminanza
- Effetti sull'allineamento oculare
- Sintomi di occhio secco sviluppati o peggiorati
- Sindrome da erosione recidivante
- Limiti della chirurgia refrattiva relativamente a presbiopia e potenziale perdita dell'acuità visiva non corretta che accompagna la correzione della miopia
- Vantaggi e svantaggi della monovisione (per pazienti presbiti)
- Vantaggi e svantaggi delle tecniche di ablazione convenzionale e avanzata
- Vantaggi e svantaggi di una chirurgia refrattiva bilaterale nello stesso giorno rispetto a quella sequenziale. Poiché la visione potrebbe essere ridotta per un periodo successivo alla chirurgia refrattiva effettuata bilateralmente nello stesso giorno, il paziente dovrebbe essere informato che attività come la guida potrebbero non essere possibili per settimane.
- Può influenzare l'accuratezza predittiva nel calcolo della IOL per un successivo intervento di cataratta.
- Programmazione delle cure postoperatorie (definizione della terapia e dei responsabili delle cure)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013; Italian translation January 2014