TERCİH EDİLEN YAKLAŞIM MODELİ KILAVUZLARI İÇİN ÖZET KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMELER

Giriş

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

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

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

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

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, Turkish translation April 2014

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

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

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

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

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

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, Turkish translation April 2014

Diyabetik Retinopati (İlk ve Takip Değerlendirmesi)

İlk Muayenede Anamnez (Anahtar öğeler)

- Diyabetin süresi (A:I)
- Geçmişteki glisemik kontrol (Hemoglobin A1c) (A:I)
- Uygulanan tedaviler (A:III)
- Sistemik hikaye (obezite,(A:III) böbrek hastalığı,(A:II) sistemik hipertansiyon,(A:I) serum lipid düzeyi,(A:II) , gebelik ,(A:I) gibi)
- Oküler hikaye (A:III)

İlk Fizik Muayene (Anahtar öğeler)

- Görme keskinliği (A:I)
- GİB ölçümü (A:III)
- Endikasyon durumunda gonyoskopi (iris neovaskülarizasyonu veya artmış GİB için) (A:III)
- Ön segment biyomikroskopisi,(A:III)
- Arka kutbun stereoskopik değerlendirmesini içeren dilate fundus muayenesi(A:I)
- Periferik retina ve vitreusun indirekt oftalmoskopi veya kontakt lens eşliğinde biyomikroskopik olarak değerlendirilmesi (A:III)

Tanı

- Klinik anlamlı makula ödemi varlığını da dikkate alarak diabetik retinopatinin kategorisi ve şiddetine göre her iki gözü sınıflandır. (A:III) Her kategori ilerleme için kendine özgü riske sahiptir.

Takip Anamnezi

- Görsel semptomlar(A:III)
- Sistemik durum (gebelik, kan basıncı, serum kolesterolü, renal durum)(A:III)
- Glisemik durum (Hemoglobin A1c) (A:I)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, Turkish translation April 2014

Takip Muayenesi

- Görme keskinliği (A:I)
- GİB ölçümü (A:III)
- İris değerlendirmesini de içeren ön segment biyomikroskopisi (A:II)
- Gonyoskopi (iris neovaskülarizasyonu şüphesi veya varlığında veya artmış GİB varlığında) (A:II)
- Pupilla dilatasyonundan sonra arka kutbun stereo muayenesi (A:I)
- Endikasyon varlığında periferik retina ve vitreusun değerlendirilmesi (A:II)

Yardımcı Testler

- Minimal diyabetik retinopatisi olan vakalarda veya diyabetik retinopatide bir önceki fotoğrafik görünüme göre değişiklik olmayan durumlarda fundus fotoğrafı nadiren değerlidir (A:III).
- Hastalığın ilerlemesini ve tedaviye yanıtı değerlendirmede fundus fotoğrafı faydalı olabilir. (B:III)
- Flöresein anjiografi, klinik anlamlı makula ödeminin tedavisinde yol gösterici olarak (A:I) ve açıklanamayan görme kayıplarının değerlendirilmesinde(A:III) rehber olarak kullanılabilir. Görme kaybını açıklayabilecek makula ödemi ile sonuçlanan maküler kapiller nonperfüzyon (A:II) veya kapiller sızıntı kaynağı anjiografi ile gösterilebilir
- Flöresein anjiografi diyabetik hasta muayenesinde rutin olarak endike değildir(A:III)
- Klinik anlamlı makula ödemi veya proliferatif diyabetik retinopati tanısı klinik olarak konulmakta, tanı için flöresein anjiografi gerekmemektedir.

Hasta Eğitimi

- Muayene sonuçları ve etkilerini tartış (A:II).
- Diyabetik retinopatisi olmayan diyabet hastalarını dilate fundus muayenesi yönünden cesaretlendir (A:II).

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, Turkish translation April 2014

- Etkili bir diyabetik retinopati tedavisinin iyi bir görme keskinliği varlığı ve oküler bulgu olmamasına rağmen zamanında uygulanan müdaheleye bağlı olduğu konusunda hastayı bilgilendir (A:II).

- Hastaları normal düzeye yakın glikoz ve kan basıncı düzeyi ve serum lipit seviyesini düşürme konusunda bilgilendir(A:III).

- Göz bulguları ile ilgili olarak, aile hekimi, iç hastalıkları hekimi veya endokrinolog gibi klinisyenlerle ilişki içinde ol (A:III)

- Cerrahiden yanıt alamayacak veya ileri tedavilerin uygun olmadığı hastalara uygun profesyonel destek sağla ve uygunsa rehabilitasyon veya sosyal servislere yönlendir(A:III)

- Görme fonksiyonu düşük olan hastaları görme rehabilitasyonuna ve sosyal servislere yönlendir(A:III)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, Turkish translation April 2014

Diyabetik Retinopati (Yönetim Önerileri)

Diyabetik Hastalarda Tedavi Önerileri

Retinopati şiddeti	**KAMÖ* Varlığı**	**Takip (ay)**	**Panretinal (dağınık) Laser Fotokoagülasyon**	**Flöresein Anjiografi**	**Fokal ve/veya grid laser ɪ**
Normal veya Minimal NPDR	Yok	12	Hayır	Hayır	Hayır
Hafif-Orta şiddetli NPDR	Yok	6-12	Hayır	Hayır	Hayır
	Var	2-4	Hayır	Sıklıkla	Sıklıkla* ɪ
Şiddetli NPDR	Yok	2-4	Arasıra$	Nadiren	Hayır
	Var	2-4	Arasıra$	Sıklıkla	Sıklıkla[II]
Yüksek riskli olmayan PDR	Yok	2-4	Arasıra$	Nadiren	Hayır
	Var	2-4	Arasıra$	Sıklıkla	Sıklıkla ɪ
Yüksek riskli PDR	Yok	2-4	Sıklıkla	Nadiren	Hayır
	Var	2-4	Sıklıkla	Sıklıkla	Sıklıkla[II]
İnaktif/Gerilemiş PDR	Yok	6-12	Hayır	Hayır	Sıklıkla
	Var	2-4	Hayır	Sıklıkla	Sıklıkla

KAMÖ: Klinik anlamlı makula ödemi; NPDR: nonproliferatif diyabetik retinopati; PDR: proliferatif diyabetik retinopati

*Hariç olanlar: Hipertansiyon veya kalp yetmezliğine bağlı sıvı retansiyonu, böbrek yetmezliği, gebelik veya maküler ödemi arttırabilecek diğer sebepler. Bu vakalarda kısa süreli medikal tedavi için fotokoagülasyonun ertelenmesi düşünülebilir. Ayrıca santral makula tutulumu olmadığında, görme keskinliği iyi ise, yakın takip mümkünse ve hasta risklerin farkındaysa KAMÖ tedavisinin ertelenmesi bir seçenektir.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, Turkish translation April 2014

ɨ İntravitreal kortikosteroid veya anti-vasküler endotelyal büyüme faktörü ajanları (ranibizumab hariç endikasyon dışı) kullanılarak yardımcı tedaviler uygulanabilir. 2011 yılında yapılan Diyabetik Retinopati Klinik Araştırma Ağı verileri, iki yıllık takip sürecinde hemen veya ertelenmiş laserle birlikte uygulanan intravitreal ranibizumab uygulamasının büyük bir görme keskinliği kazanımı sağladığı, ayrıca pseudofakik gözlerde laserle birlikte intravitreal triamsinolon asetonid uygulamasının, tek başına laser uygulamasına göre daha fazla görme keskinliği kazanımı ile sonuçlandığını göstermiştir. İntravitreal anti-vasküler endotelyal büyüme faktörü ajanı enjeksiyonu uygulanan kişiler enjeksiyondan 1 ay sonra muayene edilebilir

I Santral makula tutulumu olmadığında, görme keskinliği iyi ise, yakın takip mümkünse ve hasta risklerin farkındaysa KAMÖ için fokal fotokoagülasyonun ertelenmesi bir seçenektir. Fakat yine de fokal fotokoagülasyonun görmeyi geliştirmekten çok, var olan görmeyi koruması nedeniyle fokal fotokoagülasyon ile tedaviye başlama düşünülebilir. Foveal avasküler zona yakın lezyonların tedavisi santral görme hasarı ve zamanla laser skarlarının yayılımı ile ilerleyen görme hasarı şeklinde sonuçlanabilir. Gelecek çalışmalar, laser fotokoagülasyonun güvenli bir şekilde uygulanamadığı hastalarda kortikosteroidler ve anti-vasküler endotelyal büyüme faktörü ajanlarını içeren intravitreal tedavilerin kullanımı konusunda yol gösterici olabilir. Klinik olarak anlamlı olmayan makula ödeminde yakın takip gerekli olabilir.

$ Yüksek riskli PDR için risk taşıyan hastalarda panretinal fotokoagülasyon düşünülebilir. Erken panretinal fotokoagülasyonun, şiddetli nonproliferatif veya daha şiddetli retinopati evresinde olan tip 2 diyabetiklerde, tip 1 diyabetiklere göre yararı daha fazladır. Tedavi, şiddetli NPDR ve tip 2 diyabetler için düşünülmelidir. Düzenli takibe uyumsuzluk, katarakt cerrahisi veya gebelik ve diğer gözün durumu gibi diğer faktörler panretinal fotokoagülasyonun zamanlanmasını belirlemede yardımcıdır.

II Panretinal laser fotokoagülasyonun tetiklediği maküler ödemde artışı en az düzeyde tutmak için panretinal fotokoagülasyondan önce fokal fotokoagülasyon uygulaması düşünülebilir.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2013, Turkish translation April 2014