

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ®

Εισαγωγή:

Αυτά είναι τα συνοπτικά σημεία αναφοράς για τις Προτιμώμενες κατευθυντήριες οδηγίες Κλινικής Πρακτικής® (PPP) της Ακαδημίας. Η σειρά κατευθυντήριων οδηγιών Προτιμώμενης Κλινικής Πρακτικής έχει συνταχθεί βάσει τριών αρχών.

- Κάθε Προτιμώμενη Κλινική Πρακτική θα πρέπει να είναι σχετική κλινικά και αρκετά συγκεκριμένη ώστε να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στους ιατρούς.
- Κάθε σύσταση που περιλαμβάνεται θα πρέπει να συνοδεύεται από σαφή αξιολόγηση που να δείχνει τη σημασία της στη διαδικασία φροντίδας.
- Κάθε σύσταση θα πρέπει επίσης να συνοδεύεται από σαφή αξιολόγηση που να δείχνει το βάρος των αποδεικτικών στοιχείων που υποστηρίζουν τη σύσταση και να αντικατοπτρίζει τα καλύτερα αποδεικτικά στοιχεία που είναι διαθέσιμα.

Οι Προτιμώμενες Κλινικές Πρακτικές παρέχουν καθοδήγηση για τον τρόπο κλινικής πρακτικής, όχι για τη φροντίδα ενός συγκεκριμένου ατόμου.

Αν και γενικά θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των περισσότερων ασθενών, δεν είναι δυνατό να ανταποκρίνονται με τον βέλτιστο τρόπο στις ανάγκες όλων των ασθενών. Η συμμόρφωση σε αυτές τις Προτιμώμενες Κλινικές Πρακτικές δεν θα εξασφαλίσει επιτυχές αποτέλεσμα σε κάθε περίπτωση. Αυτές οι κλινικές πρακτικές δεν θα πρέπει να θεωρούνται ότι περιλαμβάνουν όλες τις κατάλληλες μεθόδους φροντίδας ή ότι εξαιρούν άλλες μεθόδους φροντίδας που λογικά επιδιώκουν τα καλύτερα αποτελέσματα. Μπορεί να είναι απαραίτητη η προσέγγιση των αναγκών διαφορετικών ασθενών με διαφορετικούς τρόπους. Ο ιατρός πρέπει να ασκήσει τελικά την κρίση του σχετικά με την ιδιαιτερότητα της φροντίδας ενός συγκεκριμένου ασθενούς υπό το φως όλων των περιστάσεων που αφορούν αυτό τον ασθενή. Η Αμερικανική Ακαδημία Οφθαλμολογίας είναι πρόθυμη να βοηθήσει τα μέλη της στην επίλυση ηθικών διλημάτων που προκύπτουν κατά την άσκηση της οφθαλμιατρικής πρακτικής.

Οι Προτιμώμενες Κλινικές Πρακτικές δεν αποτελούν ιατρικά στάνταρτς που πρέπει να ακολουθούνται σε κάθε περίπτωση.

Η Ακαδημία συγκεκριμένα αποποιείται κάθε ευθύνη για τραυματισμό ή άλλες βλάβες οποιουδήποτε είδους, από αμέλεια ή άλλο λόγο, για όλες και για κάθε μία αξίωση που μπορεί να προκύψει από τη χρήση οποιουδήποτε συστάσεων ή άλλων πληροφοριών που περιλαμβάνονται στο παρόν.

Για κάθε κύρια πάθηση, γίνεται μία σύνοψη των συστάσεων που αφορούν τη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και των βοηθητικών εξετάσεων, καθώς και των κυριότερων συστάσεων για τη Διαχείριση και Φροντίδα, το follow-up και την εκπαίδευση του ασθενούς. Για κάθε PPP, διεξάγεται μία λεπτομερής αναζήτηση βιβλιογραφίας στη βάση PubMed και την Cochrane Library για άρθρα στην Αγγλική γλώσσα. Τα

αποτελέσματα ανασκοπούνται από ένα πάνελ ειδικών και χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία των συστάσεων, τις οποίες έχουν αξιολογήσει με δύο διαφορετικούς τρόπους.

Το πάνελ ειδικών αξιολόγησε κάθε σύσταση σύμφωνα με τη σημασία της στη διαδικασία φροντίδας. Αυτή η αξιολόγηση «σημασίας στη διαδικασία φροντίδας» αντιπροσωπεύει τη φροντίδα που το πάνελ πιστεύει ότι θα βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών με ουσιαστικό τρόπο. Οι αξιολογήσεις σημασίας κατηγοριοποιούνται σε τρία επίπεδα.

- Επίπεδο Α, που καθορίζεται ως το πιο σημαντικό
- Επίπεδο Β, που καθορίζεται ως μέτρια σημαντικό
- Επίπεδο C, που καθορίζεται ως σχετικό αλλά όχι ζωτικής σημασίας

Το πάνελ επίσης αξιολόγησε κάθε σύσταση σύμφωνα με το βάρος των αποδεικτικών στοιχείων στην διαθέσιμη βιβλιογραφία, που υποστηρίζει τη σύσταση. Η αξιολόγηση «βάρους αποδεικτικών στοιχείων» κατηγοριοποιείται επίσης σε τρία επίπεδα.

- Επίπεδο Ι, που περιλαμβάνει αποδεικτικά στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από τουλάχιστον μία, σωστά διενεργηθείσα, καλά σχεδιασμένη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη. Θα μπορούσε να περιλαμβάνει μεταanalύσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών.
- Επίπεδο ΙΙ, που περιλαμβάνει αποδεικτικά στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από τα ακόλουθα:
 - Καλά σχεδιασμένες ελεγχόμενες μελέτες χωρίς τυχαιοποίηση
 - Καλά σχεδιασμένες κοόρτες ή αναλυτικές ελεγχόμενες μελέτες περιστατικών, κατά προτίμηση από περισσότερα του ενός κέντρα
 - Πολλαπλές χρονοσειρές με ή χωρίς την παρέμβαση
- Επίπεδο ΙΙΙ, που περιλαμβάνει αποδεικτικά στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από ένα από τα ακόλουθα:
 - Περιγραφικές μελέτες
 - Αναφορές περιστατικών
 - Εκθέσεις επιτροπών ειδικών / οργάνισμών (π.χ. ομοφωνία του PPP πάνελ με αξιολόγηση εξωτερικών ομότιμων παρατηρητών)

Οι PPPs έχουν στόχο να λειτουργήσουν ως οδηγοί στη φροντίδα των ασθενών, με τη μεγαλύτερη έμφαση να δίδεται σε τεχνικά ζητήματα. Κατά την εφαρμογή αυτής της γνώσης, είναι απαραίτητο να αναγνωρίζεται ότι η πραγματική ιατρική αριστεία επιτυγχάνεται μόνο όταν οι δεξιότητες εφαρμόζονται με τέτοιο τρόπο που οι ανάγκες των ασθενών αποτελούν την ύψιστη σκέψη. Η Ακαδημία είναι πρόθυμη να βοηθήσει τα μέλη της στην επίλυση ηθικών διλημάτων που προκύπτουν κατά την άσκηση της οφθαλμιατρικής πρακτικής (Κώδικας Ηθικής της ΑΑΟ).

Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Διάρκεια του διαβήτη ^[A:1]
- Προηγούμενα στοιχεία γλυκαιμικού ελέγχου (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη A1c) ^[A:1]
- Φαρμακευτικές θεραπείες ^[A:III]
- Ιστορικό άλλων παθήσεων (π.χ. παχυσαρκία, ^[A:III] νεφρική νόσος, ^[A:III] συστηματική υπέρταση, ^[A:1] επίπεδα λιπιδίων ορού, ^[A:III] κύηση ^[A:1])
- Οφθαλμολογικό ιστορικό ^[A:III]

Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Οπτική οξύτητα ^[A:1]
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης (IOP) ^[A:III]
- Γωνιοσκοπία όταν υπάρχει ένδειξη (για νεοαγγείωση της ίριδας ή αυξημένη IOP) ^[A:III]
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία ^[A:III]
- Βυθοσκόπηση μέσω διεσταλμένης κόρης, συμπεριλαμβανομένης στερεοσκοπικής εξέτασης του οπίσθιου πόλου ^[A:1]
- Εξέταση περιφερικά του κερατοειδούς και του υαλώδους, που διεξάγεται καλύτερα με έμμεση οφθαλμοσκόπηση ή με βιομικροσκόπηση μέσω σχισμοειδούς λυχνίας, σε συνδυασμό με έναν φακό επαφής ^[A:III]

Διάγνωση

- Κατηγοριοποίηση και των δύο οφθαλμών ως προς την κατηγορία και τη σοβαρότητα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, με παρουσία / απουσία CSME. ^[A:III] Κάθε κατηγορία έχει έναν συνυφασμένο κίνδυνο προόδου της νόσου.

Ιστορικό κατά το Follow-up

- Οπτικά συμπτώματα ^[A:1]
- Γενική κατάσταση (κύηση, αρτηριακή πίεση, χοληστερόλη ορού, νεφρική λειτουργία) ^[A:III]
- Γλυκαιμική κατάσταση (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη A1c) ^[A:1]

Κλινική Εξέταση Follow-up

- Οπτική οξύτητα ^[A:1]
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης ^[A:III]
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία, συμπεριλαμβανομένης εξέτασης της ίριδας ^[A:III]
- Γωνιοσκοπία (αν υπάρχει υποψία ή παρουσία νεοαγγείωσης ή αν η ενδοφθάλμια πίεση είναι αυξημένη) ^[A:III]
- Στερεοσκοπική εξέταση του οπίσθιου πόλου μετά από διαστολή της ίριδας στους οφθαλμούς ^[A:1]
- Εξέταση περιφερικά του αμφιβληστροειδούς και του υαλώδους όταν υπάρχει ένδειξη ^[A:III]

Βοηθητικές Εξετάσεις

- Η φωτογράφιση του βυθού σπάνια έχει αξία σε περιστατικά πολύ ήπιας διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή όταν η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια δεν παρουσιάζει αλλαγές σε σχέση με την εικόνα της στην προηγούμενη φωτογράφιση ^[A:III]
- Η φωτογράφιση του βυθού μπορεί να είναι χρήσιμη για την τεκμηρίωση σημαντικής προόδου της νόσου και ανταπόκρισης στη θεραπεία ^[B:III]
- Η φλουοροαγγειογραφία χρησιμοποιείται ως οδηγός για τη θεραπεία CSME ^[A:1] και ως μέσο εκτίμησης των αιτίων ανεξήγητα μειωμένης οπτικής οξύτητας. ^[A:III] η αγγειογραφία μπορεί να εντοπίσει μη διαπερατότητα τριχοειδών στην ωχρά κηλίδα ^[A:III] ή πηγές διαρροής από τα τριχοειδή που προκαλούν οίδημα της ωχράς κηλίδας, ως πιθανές εξηγήσεις για την απώλεια όρασης.
- Η φλουοροαγγειογραφία δεν ενδείκνυται ως εξέταση ρουτίνας στην εξέταση ασθενών με διαβήτη ^[A:III]
- Η φλουοροαγγειογραφία δεν είναι απαραίτητη για τη διάγνωση CSME ή PDR, που και οι δύο διαγιγνώσκονται μέσω της κλινικής εξέτασης.

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων και τις πιθανές επιπτώσεις ^[A:III]
- Ενθάρρυνση των διαβητικών ασθενών που δεν έχουν διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια να κάνουν ετήσιες οφθαλμολογικές εξετάσεις με διεσταλμένη κόρη ^[A:III]
- Ενημέρωση των ασθενών ότι η αποτελεσματική θεραπεία της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας εξαρτάται από την έγκαιρη παρέμβαση, παρά την ύπαρξη καλής όρασης και την απουσία συμπτωμάτων από τους οφθαλμούς ^[A:III]
- Εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη σημασία διατήρησης των επιπέδων της γλυκόζης, της αρτηριακής πίεσης όσο το δυνατόν πιο κοντά στις φυσιολογικές τιμές και της μείωσης των επιπέδων των λιπιδίων ^[A:III]
- Επικοινωνία με τον υπεύθυνο ιατρό, π.χ. οικογενειακό ιατρό, παθολόγο ή ενδοκρινολόγο, σχετικά με τα οφθαλμολογικά ευρήματα ^[A:III]
- Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη χειρουργική επέμβαση και για τους οποίους δεν υπάρχει περαιτέρω θεραπεία, παροχή κατάλληλης επαγγελματικής υποστήριξης και παραπομπή σε συμβουλευτικές υπηρεσίες, υπηρεσίες αποκατάστασης ή σε κοινωνικές υπηρεσίες ^[A:III]
- Παραπομπή των ασθενών με μειωμένη οπτική λειτουργία σε υπηρεσίες αποκατάστασης της όρασης (βλ. www.aao.org/smartsight) και σε κοινωνικές υπηρεσίες ^[A:III]

Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (Συστάσεις Διαχείρισης)

Συστάσεις Διαχείρισης για Ασθενείς με Διαβήτη

Σοβαρότητα αμφιβληστροειδοπάθειας	Παρουσία CSME*	Follow-up (μήνες)	Παναμφιβληστροειδική Φωτοπηξία με (Scatter) Laser	Φλουοροαγγειογραφία	Laser Εστιακό και/ή πλέγματος [†]
1. Φυσιολογική ή ελάχιστη NPDR	Όχι	12	Όχι	Όχι	Όχι
2. Ήπια έως μέτρια NPDR	Όχι Ναι	6–12 2–4	Όχι Όχι	Όχι Συνήθως	Όχι Συνήθως ^{*‡}
3. Σοβαρή NPDR	Όχι Ναι	2–4 2–4	Μερικές φορές [§] Μερικές φορές [§]	Σπανίως Συνήθως	Όχι Συνήθως [‡]
4. Όχι υψηλού κινδύνου PDR	Όχι Ναι	2–4 2–4	Μερικές φορές [§] Μερικές φορές [§]	Σπανίως Συνήθως	Όχι Συνήθως [‡]
5. Υψηλού κινδύνου PDR	Όχι Ναι	2–4 2–4	Συνήθως Συνήθως	Σπανίως Συνήθως	Όχι Συνήθως [‡]
6. Ανενεργή /επαναφορά σε πρότερη κατάσταση PDR	Όχι Ναι	6–12 2–4	Όχι Όχι	Όχι Συνήθως	Συνήθως Συνήθως

CSME = κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς κηλίδας, NPDR = μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, PDR = παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

*Στις εξαιρέσεις περιλαμβάνονται: υπέρταση ή κατακράτηση υγρών που συνδέονται με καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια, κύηση, ή οποιαδήποτε άλλα αίτια που μπορεί να επιδεινώσουν το οίδημα της ωχράς κηλίδας. Η αναβολή της φωτοπηξίας για ένα σύντομο χρονικό διάστημα της θεραπείας μπορεί να ληφθεί υπόψη σε αυτά τα περιστατικά. Επίσης, η αναβολή της θεραπείας CSME αποτελεί μία επιλογή όταν το κέντρο της ωχράς κηλίδας δεν εμπλέκεται, η οπτική οξύτητα είναι άριστη, είναι δυνατή η στενή παρακολούθηση και ο ασθενής κατανοεί τους κινδύνους.

†Οι συμπληρωματικές θεραπείες που μπορούν να ληφθούν υπόψη περιλαμβάνουν χρήση κορτικοστεροειδών εντός του υαλώδους ή παράγοντες κατά της αγγειακής ενδοθηλιακής ανάπτυξης (χρήση εκτός ένδειξης, εκτός του ranibizumab). Δεδομένα από το Δίκτυο Κλινικής Έρευνας Αμφιβληστροειδοπάθειας, του 2011, έδειξαν ότι στα δύο έτη παρακολούθησης follow up, η ενδοουλοειδική έγχυση ranibizumab με άμεση ή μεταγενέστερη επέμβαση με laser, είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο όφελος στη βελτίωση της οπτικής οξύτητας και η ενδοουλοειδική χρήση triamcinolone acetonide μαζί με επέμβαση με laser επίσης είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο οπτικό όφελος σε ψευδοφακικούς οφθαλμούς, σε σύγκριση με επέμβαση με laser μόνο. Τα άτομα που έλαβαν τις ενδοουλοειδικές εγχύσεις αντιαγγειακών ενδοθηλιακών αυξητικών παραγόντων μπορούν να εξεταστούν ένα μήνα κατόπιν της έγχυσης.

‡Η αναβολή της εστιακής φωτοπηξίας για CSME αποτελεί μία επιλογή όταν το κέντρο της ωχράς κηλίδας δεν εμπλέκεται, η οπτική οξύτητα είναι άριστη, είναι δυνατή η στενή παρακολούθηση και ο ασθενής κατανοεί τους κινδύνους. Ωστόσο, η έναρξη της θεραπείας με εστιακή φωτοπηξία θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη γιατί αν και η θεραπεία με εστιακή φωτοπηξία είναι λιγότερο πιθανό να βελτιώσει την όραση, είναι περισσότερο πιθανό να σταθεροποιήσει την τρέχουσα οπτική οξύτητα. Η θεραπεία βλαβών κοντά στην ανάγεια ζώνη μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα βλάβη της κεντρικής όρασης και με την πρόοδο του χρόνου, τέτοιες ουλές από επεμβάσεις με laser μπορούν να διευρυνθούν και να προκαλέσουν περαιτέρω επιδείνωση της όρασης. Μελλοντικές μελέτες μπορεί να βοηθήσουν στο να καθοδηγήσουν τη χρήση των ενδοουλοειδικών θεραπειών, συμπεριλαμβανομένων των κορτικοστεροειδών και των αντιαγγειακών ενδοθηλιακών αυξητικών παραγόντων σε αυτά τα περιστατικά στα οποία η φωτοπηξία με laser δεν μπορεί να διενεργηθεί με ασφάλεια.

§ Η χειρουργική επέμβαση παναμφιβληστροειδικής φωτοπηξίας μπορεί να ληφθεί υπόψη καθώς οι ασθενείς πλησιάζουν προς υψηλού κινδύνου PDR. Το όφελος της έγκαιρης παναμφιβληστροειδικής φωτοπηξίας στη σοβαρή μη παραγωγική ή στο χειρότερο στάδιο της αμφιβληστροειδοπάθειας είναι μεγαλύτερο σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 από ότι σε εκείνους με διαβήτη τύπου 1. Η θεραπεία θα πρέπει να ληφθεί υπόψη για ασθενείς με σοβαρή NPDR και διαβήτη τύπου 2. Άλλοι παράγοντες, όπως η κακή συμμόρφωση στην παρακολούθηση, η επικείμενη αφαίρεση καταρράκτη ή η κύηση και η κατάσταση του άλλου οφθαλμού θα βοηθήσουν στον καθορισμό του χρόνου διεξαγωγής της παναμφιβληστροειδικής φωτοπηξίας.

‡ Είναι προτιμότερο πρώτα να διενεργείται εστιακή φωτοπηξία, πριν από την παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία, για να ελαχιστοποιηθεί η επιδείνωση του οιδήματος της ωχράς κηλίδας που οφείλεται στην παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία με laser.