AMERICAN ACADEMY™
OF OPHTHALMOLOGY

SUMAR DE REFERINȚĂ AL GHIDULUI PENTRU ABORDAREA CLINICĂ DE PREFERAT

Introducere

Acesta e sumarul de referință pentru ghidul de recomandări privind abordarea clinică de preferat (Preferred Practice Pattern - PPP) al Academiei Americane de Oftalmologie (AAO). Seria de ghiduri PPP a fost scrisă având la baza 3 principii:

- Fiecare PPP trebuie să fie relevant clinic și îndeajuns de specific încât să ofere date utile celor care îl utilizează.
- Fiecărei recomandări date trebuie să îi fie acordat un anumit scor de evaluare (rating), care să arate importanța procesului de îngrijire.
- Fiecărei recomandări trebuie să-i fie acordat un anumit scor de evaluare (rating), care să demonstreze tăria dovezii ce sprijină recomandarea și să arate totodată cea mai bună dovadă disponibilă.

Abordarea clinică de preferat (PPP) oferă îndrumare pentru modelul de practică, dar nu și pentru îngrijirea individuală specifică. Chiar dacă recomandările pot îndeplini în general nevoile pacienților, nu pot îndeplini cel mai bine nevoile tuturor pacienților. Respectarea acestor ghiduri nu va asigura cel mai bun rezultat în orice situație.
Aceste modele de practică nu trebuie să fie considerate exclusive pentru sistemul medical, putând exista și alte metode de diagnostic, sau tratament care pot avea rezultate bune. Poate fi necesar să abordăm diferit nevoile pacienților. Medicul trebuie să ia ultima hotărâre în ceea ce privește îngrijirea unui pacient, ținând cont de circumstanțele fiecăruia. Academia Americană de Oftalmologie este disponibilă să asiste la rezolvarea problemelor etice care pot rezulta în urma acestui curs de practică oftalmologică.

Ghidul de abordare clinică de preferat (PPP) nu reprezintă standardul medical care trebuie aplicat tuturor cazurilor individuale. Academia nu-și asumă responsabilitatea pentru orice vătămare sau daună de vreun fel, pentru neglijență sau pentru oricare revendicare, ce poate rezulta din aplicarea recomandărilor sau a altor informații dintre cele oferite în ghidul de față.

Pentru fiecare patologie majoră, recomandările procesului de îngrijire incluzând antecedentele, examenul fizic, testele auxiliare sunt rezumate alături de recomandările cele mai importante pentru managementul îngrijirii, urmărirea și educarea pacientului. Pentru fiecare PPP sunt conduse cercetări detaliate în literatura de specialitate, în PubMed și Cochrane Library pentru articole în limba engleză. Rezultatele sunt verificate de către o comisie de experți și sunt folosite pentru a pregăti recomandările, care sunt evaluate în funcţie de nivelul de dovezi, atunci când există suficiente dovezi.

Pentru a evalua studiile individuale este folosită scala Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Definiţiile şi nivelul de dovezi pentru evaluarea studiilor individuale sunt următoarele:

- I++: Meta-analize de calitate înaltă, revizuiri sistematice ale studiilor de control randomizate (RCT-uri), sau RCT-uri cu un risc foarte scăzut de părtinire
- I+: Meta-analize bine-conduse, revizuiri sistematice ale RCT-urilor, sau RCT-uri cu un risc foarte scăzut de părtinire
- I-: Meta-analize, revizuiri sistematice ale RCT-urilor, sau RCT-uri cu un risc crescut de părtinire
- II++: Revizuiri sistematice de calitate înaltă ale studiilor de tip caz-martor sau de cohortă, cu un risc foarte scăzut de părtinire sau intricare şi o probabilitate mare ca relaţia să fie cauzală
- II+: Studii caz-martor bine-conduse sau de cohortă cu un risc scăzut de părtinire sau intricare şi o probabilitate moderată ca relaţia să fie cauzală
- II-: Studii de tip caz-martor sau de cohortă cu un risc înalt de părtinire sau intricare şi cu un risc semnificativ ca relaţia sa nu fie cauzală
- III: Studii non-analitice (ex., studii de caz, serii de cazuri)

Recomandările de îngrijire sunt realizate după nivelul de evidenţă. Calitatea nivelulului de evidenţă este definită de „Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation” (GRADE) după cum urmează:

- Calitate bună (GQ): Cercetarea ulterioară este puţin probabilă să schimbe încrederea noastră în estimarea efectului
- Calitate moderată (MQ): Cercetarea ulterioară este probabilă să aibă un impact important asupra încrederii noastre în estimarea efectului şi poate modifica estimările
- Calitate insuficientă (IQ): Cercetarea ulterioară este foarte probabilă de a avea un impact important asupra încrederii noastre în estimarea efectului şi este posibilă modificarea estimărilor; orice estimare a efectului este foarte nesigură

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Introducere (continuare)

Recomandările esenţiale de îngrijire sunt definite de GRADE după cum urmează:

- Recomandări puternice (SR): Folosite atunci când efectele dorite ale intervenţiei depăşesc clar efectele nedorite sau nu există
- Recomandări discreţionare (DR): Folosite atunci când compromisurile sunt mai puţin sigure - fie din cauza calităţii scăzute a nivelului de evidenţă, fie nivelul de evidenţă sugerează că atât efectele dorite cât şi cele nedorite sunt echilibrate

În PPP-urile înainte de 2011, comisia evalua fiecare recomandare raportându-se la importanța sa, în procesul de îngrijire. Această evaluare a „importanței procesului de îngrijire" reprezintă modul în care comisia consideră că poate îmbunătăți semnificativ calitatea îngrijirii pacientului. Această evaluare a importanței este împărțită pe 3 niveluri.

- Nivelul A, definit ca fiind cel mai important
- Nivelul B, definit ca fiind moderat important
- Nivelul C, definit ca relevant, dar nu critic.

De asemenea, comisia evalua fiecare recomandare în funcție de tăria dovezilor existente în literatura de specialitate pentru a susține recomandarea făcută. Aceasta evaluare este de asemenea împărțită pe 3 niveluri.

- Nivelul I include dovezi obținute de la cel puțin un studiu randomizat, controlat și bine realizat. Acesta poate include meta-analize ale studiilor randomizate controlate.
- Nivelul II include dovezi obținute de la următoarele:
  - Studii controlate, bine realizate, nerandomizate
  - Studii analitice de cohortă sau caz control bine realizate, de preferință de la mai mult de un centru
  - Serii de cazuri realizate în mai multe momente, cu sau fără intervenție
- Nivelul III include dovezi obținute de la următoarele:
  - Studii descriptive
  - Cazuri raportate
  - Rapoarte ale comisiilor de experți

Această clasificare nu se va mai folosi întrucât AAO va folosi doar sistemele GRADE şi SIGN.

Modelele de abordare clinică de preferat sunt destinate pentru a servi drept ghiduri în îngrijirea pacientului, punându-se accent pe aspectele tehnice. În aplicarea acestor cunoștințe, este esențial să recunoaștem că, adevărata excelență medicală este realizată numai atunci când abilitațile medicale sunt aplicate, în așa fel încât nevoile pacientului sunt pe primul plan. AAO este disponibilă pentru a asista membrii săi în rezolvarea dilemelor etice care apar în timpul practicii de zi cu zi (Codul de Etică AAO).

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Keratita bacteriană (Evaluare iniţială)

Anamneza

- Simptome oculare (gradul durerii, hiperemie, secreţii, vedere înceţoşată, fotofobie, durata simptomelor, circumstanţele în care au apărut simptomele ş.a.) *(III, GQ, SR)*
- Anamneza pacienţilor purtători cronici de lentile de contact (orar de purtare a lentilelor, purtarea lentilelor în timpul nopţii, tipul lentilelor, tipul soluţiei pentru lentile, protocolul de îngrijire zilnică al lentilelor de contact, înot, utilizarea lentilelor în cadă sau în duş) *(II+, GQ, SR)*
- Revizuirea antecedentelor personale patologice oculare, incluzând factori de risc precum: keratita cu virus herpes simplex, keratita cu virus varicelo-zoosterian, keratite bacteriene în antecedente, traumatisme, sindrom de ochi uscat şi antecedente de chirurgie oculară, inclusiv chirurgie refractive *(III, GQ, SR)*
- Revizuirea altor probleme medicale *(III, GQ, SR)*
- Medicaţie oculară folosită în prezent sau recentă *(III, GQ, SR)*
- Alergii medicamentoase *(III, GQ, SR)*

Examenul oftalmologic

- Acuitate vizuală *(III, GQ, SR)*
- Aspectul general al pacientului, incluzând starea tegumentelor *(III, GQ, SR)*
- Examinare facială *(III, GQ, SR)*
- Poziţia globului *(III, GQ, SR)*
- Închiderea pleoapelor *(III, GQ, SR)*
- Conjunctiva *(III, GQ, SR)*
- Aparatul nasolacrimal *(III, GQ, SR)*
- Sensibilitate corneană *(III, GQ, SR)*
- Examen biomicroscopic: *(III, GQ, SR)*
  - Pleoape *(III, GQ, SR)*
  - Conjunctiva *(III, GQ, SR)*
  - Sclera *(III, GQ, SR)*
  - Cornee *(III, GQ, SR)*
  - Camera anterioară - profunzime, prezenţa inflamaţiei, incluzând celule, hipopion, fibrină, hiphemă *(III, GQ, SR)*
  - Vitros anterior *(III, GQ, SR)*
  - Ochiul congener pentru indicii privind etiologia, dar şi pentru a diagnostica o patologie asemănătoare *(III, GQ, SR)*

Teste de diagnostic

- Majoritatea cazurilor dobândite comunitar beneficiază de o conduită terapeutică empirică, nefiind nevoie de frotiu sau cultură. *(III, IQ, DR)*
- Când este indicat să se efectueze frotiu sau cultură:
  - când este ameninţată vederea sau este o keratită severă şi se suspectează o etiologie bacteriană înainte de iniţierea tratamentului *(III, IQ, DR)*
  - când este un infiltrat cornean mare situat central ce se extinde în profunzime spre mijlocul stromei *(III, IQ, DR)*
  - când evoluţia are caracter cronic
  - când nu apare răspuns la tratamentul cu antibiotice cu spectru larg *(III, IQ, DR)*
  - când există suspiciunea clinică de infecţie fungică, cu amoeba sau cu micobacterii *(III, IQ, DR)*
- Hipopionul care apare la ochii cu keratita bacteriană este de obicei steril; frotiuri din vitros sau umor apos se efectuează doar în cazul în care se suspectează o endoftalmită microbiană. *(III, IQ, DR)*
- Raclajul cornean pentru culturi trebuie inoculat direct pe un mediu de cultură adecvat pentru a mării randamentul culturii. *(III, IQ, DR)* Dacă acest lucru nu este posibil, specimenul se aşază pe un mediu de transport. *(II+, MQ, DR)* În oricare dintre situaţii, se incubează imediat culturile sau se duc repede la laborator. *(III, GQ, SR)*

Conduita terapeutică

- Metoda de preferat în majoritatea cazurilor este reprezentată de tratamentul local cu antibiotice sub formă de coliruri. *(III, GQ, SR)*
- Tratamentul iniţial al keratitei bacteriene este empiric, folosind coliruri cu antibiotice cu spectru larg. *(III, IQ, SR)*
- În cazul keratitelor centrale sau severe (afectare stromală profundă, infiltrat mai mare de 2 mm cu supuraţie extinsă) se foloseşte o doză de încărcare (la fiecare 5-15 minute în primele 30-60 minute), urmat de aplicări frecvente (la fiecare 30 minute sau 1 oră pe parcursul întregii zile). *(III, IQ, DR)* În cazul keratitelor mai puţin severe se recomandă tratament local în doze mici. *(III, IQ, DR)*
- În cazul keratitei gonococice este indicat tratamentul sistemic. *(III, IQ, DR)*
- Pacienţii care la prezentare, urmează un tratament topic pe bază de corticosteroizi scad sau opresc administrarea acestora până când infecţia este controlată. *(III, GQ, SR)*
- Dacă infiltratul cornean compromite axul optic, se pot adauga corticosteroizi topici, ce urmează unui tratament de cel puţin 2-3 zile cu antibiotice topice. *(III, IQ, DR)* Se continuă tratamentul antibiotic topic la nivele înalte şi se scade doza progresiv. *(III, IQ, DR)*
- Se examinează pacientul la 1-2 zile după iniţierea tratamentului local cu corticosteroizi. *(III, IQ, DR)*

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Keratita bacteriană (Recomandări de conduită)

Educarea pacientului

- Informaţi pacienţii în legătură cu factorii de risc ce îi predispun la keratita bacteriană, în legătură cu semnele şi simptomele infecţiei şi să consulte de urgenţă un medic oftalmolog dacă apar astfel de semne şi simptome. *(III, GQ, SR)*
- Instruiţi pacienţii despre natura distructivă a keratitei bacteriene şi despre nevoia unei complianţe stricte la tratament. *(III, IQ, SR)*
- Discutaţi posibilitatea pierderii permanente a acuităţii vizuale şi despre nevoia unei viitoare recuperări vizuale. *(III, IQ, SR)*
- Instruiţi pacienţii purtători de lentile de contact în legătură cu riscul crescut de infecţie asociat utilizării lentilelor de contact, a purtării lor nocturne şi cu importanţa unei igiene riguroase. *(II+, IQ, SR)*
- Îndrumaţi pacienţii nevăzători sau cu deteriorarea semnificativă a vederii, care nu sunt candidaţi pentru chirurgie (vezi www.aao.org/smart-sight-low-vision), către recuperare vizuală.

Tratamentul antibiotic în keratita bacteriană

Microorganism	Antibiotic	Concentraţie administrare topică	Doza administrare subconjunctivală
Niciunul sau mai multe microorganisme identificate	Cefazolin cu Tobramicina *sau* Gentamicina	50 mg/ml 9 – 14 mg/ml	100 mg în 0.5ml 20 mg în 0.5ml
	Fluorochinolone*	Variat †	
Coci Gram pozitiv	Cefazolin	50 mg/ml	100 mg în 0.5ml
	Vancomicina ‡	15 – 50 mg/ml	25 mg în 0.5ml
	Bacitracina ‡	10.000 UI	
	Fluorochinolone*	Variat †	
Bacili Gram negativ	Tobramicina *sau* Gentamicina	9 – 14 mg/ml	20 mg în 0.5ml
	Ceftazidime	50 mg/ml	100 mg în 0.5ml
	Fluorochinolone	Variat †	
Coci Gram negativ§	Ceftriaxone	50 mg/ml	100 mg în 0.5ml
	Ceftazidime	50 mg/ml	100 mg în 0.5ml
	Fluorochinolone	Variat †	
Mycobacterii non-tuberculoase	Amikacina	20 – 40 mg/ml	20 mg în 0.5ml
	Claritromicina	10 mg/ml	
	Azitromicina//	10 mg/ml	
	Fluorochinolone	Variat †	
Nocardia	Sulfacetamide	100 mg/ml	
	Amikacina	20-40 mg/ml	20 mg în 0.5ml
	Trimetropin/ Sulfamethoxazole:		
	Trimetroprim	16 mg/ml	
	Sulfametoxazol	80 mg/ml	

* Un număr mai mic de coci gram poziţiv sunt rezistenţi la Gatifloxacin şi Moxifloxacin faţă de alte Fluorochinolone.

† Besifloxacin 6mg/ml; Ciprofloxacin 3mg/ml; Gatifloxacin 3mg/ml; Levofloxacin 15mg/ml; Moxifloxacin 5mg/ml; Ofloxacin 3mg/ml; toate valabile comercial la aceste concentraţii.

‡ Pentru enterococi şi speciile de stafilococi rezistente şi alergii la penicilină. Vancomicina şi Bacitracina nu au activitate gram negativă şi nu ar trebui utilizate că monoterapie în tratamentul empiric al keratitei bacteriene.

§ Terapia sistemică este necesară dacă se suspectează o infecţie gonococică.

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

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Blefarita (Evaluare iniţială şi Urmărire)

Anamneza
- Simptome şi semne oculare: roşeaţă, iritaţie, arsură, lăcrimare, mâncărime, cruste ale genelor, lipirea pleoapelor, intoleranţă la lentile de contact, fotofobie, creşterea frecvenţei clipitului *(III, GQ, SR)*
- Perioada din zi în care simptomele sunt mai intense
- Durata simptomelor
- Manifestarea uni- sau bilaterală
- Condiţii de exacerbare (fumat, alergeni, vânt, lentile de contact, umiditate scâzută, retinoizi, dietă şi consum de alcool, machiaj)
- Simptome legate de afecţiuni sistemice: alergii, acnee rozacee *(III, IQ, DR)*
- Medicamente topice sau sistemice actuale sau în antecedente (antihistaminice sau medicamente cu efecte anticolinergice sau medicamente folosite anterior ce pot afecta suprafaţa oculară - isotretinoin) *(III, GQ, SR)*
- Contact recent cu o persoana infectată – pediculoza palpebrală cu Phthirus pubis
- Istoric ocular (antecedente de chirurgie palpebrală sau intraoculară, traumatisme locale – mecanice, termice, chimice, radiaţii, antecedente de blefaroplastie cosmetică, istoric de orjelet şi/sau chalazion) *(III, GQ, SR)*

Examenul oftalmologic
- Acuitate vizuală *(III, GQ, SR)*
- Examen extern:
  - Piele *(III, GQ, SR)*
  - Pleoape *(III, GQ, SR)*
- Examen biomicroscopic:
  - filmul lacrimal *(III, GQ, SR)*
  - marginea anterioară a pleoapei *(III, GQ, SR)*
  - gene *(III, GQ, SR)*
  - marginea posterioară a pleoapei *(III, GQ, SR)*
  - conjunctiva tarsală (eversia pleoapei) *(III, GQ, SR)*
  - conjunctiva bulbară *(III, GQ, SR)*
  - corneea *(III, GQ, SR)*

Teste diagnostice
- Culturile pot fi indicate la pacienţii cu blefarită anterioară recurentă, cu inflamaţie severă şi de asemenea la pacienţii care nu răspund la tratament *(III, IQ, DR)*
- Biopsia pleoapei pentru a exclude existenţa carcinomului poate fi indicată în cazurile cu

  asimetrie marcată, rezistenţa la terapie sau chalazion unifocal recurent care nu răspunde bine la terapie. *(III, IQ, DR)*
- Consult anatomopatologic înainte de efectuarea biopsiei, dacă este suspectat carcinomul scuamos. *(III, GQ, SR)*

Tratament
- Tratamentul iniţial al pacienţilor cu blefarită implică igiena pleoapei şi folosirea de comprese calde *(III, IQ, DR)*
- Un antibiotic topic ca bacitracina sau eritromicina poate fi prescris spre a fi aplicat, o dată sau de mai multe ori pe zi, sau la culcare, pe pleoape, una sau mai multe săptămâni *(III, IQ, DR)*
- Pentru pacienţii cu disfuncţie de glandă meibomiană, ale căror semne şi simptome cronice nu sunt controlate prin igiena pleoapei, se pot prescrie tetracicline orale şi antibiotice topice. *(I-, MQ, DR)*
- O cură scurtă de corticosteroizi topici poate fi utilă în caz de inflamaţie a pleoapei sau a suprafeţei oculare. Se foloseşte doza minimă eficace de corticosteroizi şi se evită pe cât posibil terapia de lungă durată cu corticosteroizi. *(III, GQ, SR)*

Reevaluarea
- Controalele ulterioare trebuie să includă:
  - istoric *(III, GQ, SR)*
  - măsurarea acuităţii vizuale *(III, GQ, SR)*
  - examinare externă *(III, GQ, SR)*
  - biomicroscopie *(III, GQ, SR)*
- Dacă se foloseşte terapia cu corticosteroizi, reevaluarea pacientului se face la câteva săptămâni pentu a reevalua răspunsul la terapie, tensiunea intraoculară şi pentru testarea complianţei. *(III, GQ, SR)*

Educarea pacientului
- Consilierea pacientului cu privire la cronicitatea şi recurenţa afecţiunii *(III, GQ, SR)*
- Informarea pacientului că simptomele pot fi frecvent îmbunătăţite, dar rar dispar *(III, GQ, SR)*
- Pacientul cu o leziune inflamatorie a pleoapei care ridică suspiciune de malignitate trebuie îndrumat către specialist. *(III, GQ, SR)*

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Conjunctivita (Evaluare iniţială)

Anamneza

- Simptome şi semne oculare (mâncărime, secreţii, iritaţie durere, fotofobie, înceţoşarea vederii)
- Durata simptomelor şi evoluţie
- Factori exacerbanți
- Manifestare uni- sau bilaterală
- Caracterul secreţiei
- Contact recent cu o persoană infectată
- Traumatism (mecanic, chimic, ultraviolete)
- Secreţii mucoase
- Port de lentile de contact (tipul lentilei, igienă, mod de folosire)
- Simptome şi semne ce pot fi specifice unor afecţiuni sistemice (scurgeri genitourinare, disurie, disfagie, infecţii de tract respirator superior, leziuni tegumentare sau de mucoase)
- Alergie, astm, eczeme
- Utilizare medicamente topice sau sistemice
- Istoric ocular (episoade precedente de conjunctivită, chirurgie oculară)
- Compromiterea statusului imun
- Afecţiuni sistemice curente sau în antecedente
- Istoric social (fumat, ocupaţii, călatorii, activitate sexuală)

Examenul oftalmologic

- Acuitate vizuală *(III, IQ, DR)*
- Examen extern:
  - Piele (semne de acnee rozacee, eczemă, seboree)
  - Modificări ale pleoapelor şi anexelor: tumefiere, decolorare, malpoziţie, laxitate, ulceraţii, noduli, echimoze, neoplazii *(III, IQ, DR)*
  - Conjunctiva: modelul hiperemiei, hemoragie subconjunctivală, chemozis, modificări cicatriceale, simblefaron, mase, secreţii. *(III, IQ, DR)*
- Examen biomicroscopic
  - marginea pleoapei: inflamaţii, ulceraţii, secreţii, noduli sau vezicule, detritusuri hematice, keratinizare. *(III, IQ, DR)*
  - Gene (pierdere de gene, cruste, matreaţă, ouă de paraziţi, pediculoză, trichiazis) *(III, IQ, DR)*
  - Puncte lacrimale şi canaliculi: ocluzie, scurgeri *(III, IQ, DR)*
  - Conjunctiva tarsală şi forniceală *(III, IQ, DR)*
  - Conjunctiva bulbară/limbică (foliculi, edem, noduli, chemozis, laxitate, papile, ulceraţii, cicatrici, flictene, hemoragii, corpuri straine, keratinizare) *(III, IQ, DR)*
  - Cornee *(III, IQ, DR)*
  - Camera anterioară, iris (reacţie inflamatorie, sinechii, defecte de transiluminare) *(III, IQ, DR)*
  - Distribuţia colorantului – conjunctivă şi cornee *(III, IQ, DR)*

Teste de diagnostic

- Culturi, secreţii pentru citologie şi coloraţii speciale în suspiciunea de conjunctivită infecţioasă neonatală sau suspiciune de conjunctivită gonococică *(II–, IQ, DR)*
- Confirmarea diagnosticului de conjunctivită chlamidiană neonatală sau a adultului prin teste imunodiagnostice şi/sau cultură
- Biopsia conjunctivei bulbare şi obţinerea unei mostre dintr-o zona neimplicată, adiacentă limbului la un ochi cu inflamaţie activă, în suspiciunea de pemfigoid al membranelor mucoase. *(II–, IQ, DR)*
- În caz de suspiciune de carcinom sebaceu este indicată o biopsie în întreaga grosime a pleoapei *(III, IQ, DR)*
- Microscopia confocală poate fi utilă în evaluarea anumitor forme de conjunctivită (atopică, keratoconjunctivită limbică superioară) *(II–, MQ, DR)*
- Testarea funcţiei tiroidiene este indicată la pacienţii cu: keratoconjunctivită limbică superioară cărora nu le este cunoscută afecţiunea tiroidiană *(III, IQ, DR)*

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Conjunctivita (Recomandări de conduită)

Tratament

- Folosirea cu prudenţă a antibioticelor topice sau corticosteroizilor, deoarece antibioticele pot induce toxicitate, iar corticosteroizii pot prelungi infecţiile adenovirale sau să înrăutăţească infecţiile cu herpes simplex *(III, GQ, SR)*
- Conjunctivitele alergice uşoare se tratează cu agenţi antihistaminici/vasoconstrictori sau agonişti de receptori H1 histaminici topici. Dacă afecţiunea recidivează frecvent sau este persistentă se folosesc stabilizatori de mastocite. *(I++, GQ, SR)*
- În caz de keratoconjunctivită legată de portul lentilelor de contact, se opreşte portul acestora pentru 2 sau mai multe săptămâni *(III, IQ, DR)*
- Dacă sunt indicaţi corticosteroizii, se vor folosi cei cu potenţa cea mai mică, în doza cea mai mică, având la baza răspunsul pacientului şi toleranţa *(III, IQ, DR)*
- Dacă se folosesc corticosteroizi se determină tensiunea intraoculară la începutul administrării, iar apoi periodic şi se evaluază dilatarea pupilară *(III, IQ, DR)*
- Conjunctivita cu Neisseria Gonorrhoeae sau Chlamydia Trachomatis se tratează cu antibiotic sistemic. *(III, IQ, DR)*
- Tratarea partenerilor sexuali pentru a scădea recurenţa şi raspândirea infecţiei, atunci când conjunctivita se asociază cu boli cu transmitere sexuală şi îndrumarea pacienţilor şi a partenerilor lor sexuali către un specialist *(III, GQ, SR)*
- Îndrumarea pacienţilor cu manifestările unei afecţiuni sistemice către un specialist *(III, GQ, SR)*

Reevaluare

- Reevaluările trebuie să includă:
  - Istoric *(III, IQ, DR)*
  - acuitate vizuală. *(III, IQ, DR)*
  - examen biomicroscopic *(III, IQ, DR)*
- Dacă se folosesc corticoizi: măsurarea periodică a tensiunii intraoculare şi dilatarea pupilei pentru evaluarea cataractei, glaucomului. *(III, IQ, DR)*
- Consilierea pacientului cu forme contagioase pentru scăderea și prevenirea răspândirii afecţiunii în comunitate *(III, IQ, DR)*
- Informarea pacienţilor care necesită tratament repetat, de scurtă durată cu corticosteroizi asupra potenţialelor complicaţii ale folosirii corticosteroizilor
- Educarea pacienţilor cu forme alergice de conjunctivită că spălarea frecventă a hainelor şi spălarea înainte de culcare – baie/duş, poate ameliora simptomatologia. *(III, IQ, DR)*

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Ectazia corneană (Evaluare iniţială şi Urmărire)

Anamneza
- Apariţia şi evoluţia afecţiunii
- Scăderea vederii
- Istoric ocular, familial, medical

Examenul oftalmologic
- Determinarea funcţiei vizuale
- Examen extern:
  - Protruzie corneana
  - Pleoape şi piele periorbitară
- Examen biomicroscopic:
  - Prezenţa, extinderea şi localizarea subţierii corneene sau protruziei
  - Indicaţii anterioare de chirurgie oculară
  - Prezenţa de striuri Vogt, nevi corneeni proeminenţi, inel Fleischer sau alte depozite de fier
  - Semne de cicatrici corneene sau hidrops anterior şi prezenţa de nevi corneeni proeminenţi
- Măsurarea tensiunii intraoculare *(III, IQ, DR)*
- Examinarea fundului de ochi: examinarea reflexului roşu pentru evidenţierea de arii întunecate şi a retinei pentru degenerescenţe tapetoretiniene *(III, IQ, DR)*

Teste de diagnostic
- Keratometrie *(II+, MQ, DR)*
- Topografie corneană *(II-, MQ, SR)*
- Harta topografică a puterii dioptrice
- Harta topografică a elevaţiei (proeminenţelor) *(II+, MQ, DR)*
- Pahimetrie corneană *(II++, GQ, SR)*

Tratament
- Terapia este individualizată în funcţie de afectarea vederii şi posibilităţile terapeutice.
- Vederea poate fi corectată cu ochelari, dar în caz de progresie a keratoconusului pot fi necesare lentilele de contact.
- Lentilele de contact rigide, permeabile la gaz pot masca neregularităţile corneene. Noile lentile de contact hibride asigură o mai mare permeabilitate a oxigenului şi o joncţiune mai strânsă gaz permeabil-hidrogel; lentilele de contact 'piggyback' pot fi folosite în cazurile cu cicatrici corneene sau descentrarea conicităţii. Lentilele sclerale pot fi indicate când lentilele de contact gaz permeabile rigide sau cele hibride eşuează.
- Implantarea segmentară de inele intrastromale corneene poate îmbunătăţi toleranţa lentilelor de contact precum şi cea mai bună acuitate vizuală cu corecţie la pacienţii cu ectazie corneană, cornee clară şi intoleranţă la lentile de contact. *(II-, MQ, DR)*
- Crosslinkingul cornean poate îmbunătăţi rigiditatea corneană prin creşterea legăturilor dintre fibre.
- Keratoplastia lamelară folosind DALK poate fi luată în considerare pentru keratoconusul progresiv, fără cicatrizare semnificativă sau hidrops. *(II++, MQ, DR)* Keratoplastia lamelară « în semilună » este o opţiune atunci când subţierea maximală este la marginea corneei. *(III, IQ, DR)*
- Subţierea periferică şi ectazia pot fi manageriate printr-o procedură lamelară descentrată standard, pentru suport tectonic, urmată de keratoplastie penetrantă central mai târziu. *(III, IQ, DR)*
- Keratoplastia penetrantă este indicată când un pacient nu mai poate folosi ochelari sau lentile de contact, sau când apare edemul cornean persistent după hidrops. *(III, IQ, DR)* DSEK nu poate corecta afecţiunile ectatice.
- Keratoplastia penetrantă este preferată DALK în caz de cicatrice stromală profundă. *(III, IQ, DR)*
- Grefa lamelară poate fi folosită pentru suport tectonic când ectazia apare în periferia îndepărtată a corneei. *(III, IQ, DR)*

Urmărire
- Reevaluarea şi frecvenţa vizitelor sunt dictate de tratament şi progresia afecţiunii. *(III, IQ, DR)*
- Se recomandă o reevaluare anuală în caz de ectazie dacă pacientul nu suferă modificări semnificative ale funcţiei vizuale. *(III, IQ, DR)*
- Pacienţii trebuie avertizaţi asupra semnelor de reject şi trebuie să ceară ajutor medical prompt dacă apar simptome. *(III, IQ, SR)* Medicul oftalmolog trebuie să fie avizat de semnele biomicroscopice de reject epitelial, stromal sau endotelial. *(III, IQ, SR)*

Consultanţă şi îndrumare
- Când terapia medicală cu ochelari şi/sau lentile de contact nu poate îmbunătăţi funcţia vizuală, este indicată îndrumarea către un oftalmolog specialist în tratamentul chirurgical al ectaziilor corneene. *(III, GQ, SR)*
- Pacienţii cu istoric de alergii sau atopii se îndrumă către un alergolog sau dermatolog. *(III, GQ, SR)*
- Pacienţii cu pleoape laxe pot fi cel mai bine manageriaţi de un specialist în oculoplastie, iar adresarea şi către alţi specialişti poate fi deasemenea necesară. *(III, GQ, SR).*

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Edemul şi opacifierea corneei (Evaluare iniţială)

Anamneza
- Simptome: vedere înceţoşată, fotofobie, roşeaţă, lacrimare, senzaţie de corp străin, durere
- Vârsta de debut
- Rapiditatea debutului
- Persistenţa
- Afectarea unilaterală sau bilaterală
- Moderarea simptomelor, ca îmbunătăţirea vederii în relație cu factorii de mediu
- Antecedente oculare şi medicale
- Medicaţie topică sau sistemică
- Traumatisme
- Purtarea lentilelor de contact
- Antecedente heredocolaterale

Examenul oftalmologic
- Acuitatea vizuală
- Examinarea:
  - Evidenţierea proptozisului, ptozei, lagoftalmosului, blefarospasm
  - Asimetrie facială sau a pleoapelor, cicatrici
- Examen biomicroscopic *(III, IQ, DR)*
  - Semne unilaterale sau bilaterale
  - Edem difuz
  - Edem epitelial sau stromal
  - Evidenţierea afectării epiteliale, infiltraţii stromale, striuri, îngroşare corneană, cicatrici, înceţoşare corneană (haze), inflamaţie, neovascularizaţie stromală
  - Evidenţierea corneei guttata, rupturi descemetice, vezicule, precipitate, sinechii anterioare
  - Afectarea gazdei sau a grefonului
  - Evidenţierea edemului sectorial şi a precipitatelor sau reacţie inflamatorie în camera anterioară
  - Aspectul, forma şi poziţia pupilei
  - Evidenţierea aspectului vitrosului
  - Aspectul şi poziţia cristalinului
- Măsurarea tensiunii intraoculare
- Examen FO
- Gonioscopie

Teste de diagnostic
- Pahimetrie *(III, IQ, DR)*
- Scheimpflug
- Microscopie specular *(III, IQ, DR)*
- OCT de segment anterior *(III, IQ, DR)*
- Ecografie

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Edemul şi opacifierea corneei (Recomandări de conduită)

Conduita terapeutică

- Controlul cauzei edemului şi creşterii calităţii vieţii pacientului prin îmbunătăţirea acuităţii vizuale şi confortului
- Tratamentul începe cu managementul medical, iar chirurgia poate fi în cele din urmă o soluţie
- Edemul cornean - management medical :
  - Scăderea TIO crescute poate ajuta
  - Inhibitorii de anhidrază carbonică topici nu trebuie să fie folosiţi ca primă terapie când este suspectată disfuncţia endotelială *(II–, MQ, SR)*
  - Corticosteroizii topici pot controla inflamaţia odată ce infecţia a fost înlaturată *(III, GQ, SR)*
  - Microchisturile sau keratopatia buloasă pot produce un disconfort şi durere, necesitând aplicarea unei lentile de contact. *(III, GQ, SR)*
  - Aceasta trebuie schimbată periodic *(III, GQ, DR)*
- Edemul cornean - management chirurgical :
  - Pacienţii cu edem cornean şi disconfort, dar limitat, sunt în general candidaţi pentru următoarele proceduri :
    - Keratectomie fototerapeutică *(III, GQ, DR)*
    - Flapul conjunctival tip Gunderson *(III, IQ, DR)*
    - Transplant de cornee
    - Keratoplastie endotelială
    - Keratoplastie penetrantă *(III, GQ, SR)*
- Opacifierea corneană - management terapeutic
  - Tratamentul se divide în doua faze : a) Managementul procesului iniţial, principal (ex infecţia, traumatismul) şi b) managementul efectelor secundare (eroziuni corneene, neregularităţi, cicatrici, subţieri şi neovascularizaţie)
  - Tratamentul convenţional include picături cu antibiotice sau unguente pentru a proteja împotriva infecţiilor bacteriene *(III, IQ, DR)*
  - Ocluzia pleoapelor prin lipire temporară cu diverse substanţe, tarsorafia, poate fi de folos când închiderea pleoapelor sau clipitul sunt inadecvate *(III, IQ, DR)*
  - O lentilă de contact poate fi folosită în cazurile cu vindecare întârziată *(III, IQ, DR)*
  - O lentilă rigidă gaz permeabilă – sau lentilă hibrid/ sclerală cu o stabilitate mai mare poate fi necesară – va îmbunătăţi vederea când neregularitatea corneană este cauza scăderii acuităţii vizuale; aceste lentile pot exclude necesitatea unor tehnici mai invazive *(III, IQ, DR)*
- Opacifierea corneană - management chirurgical :
  - Strategia chirurgicală depinde de stratul cornean implicat:
    - Debridările epiteliale sunt cele mai utile în leziunile anterioare ale membranei Bowman *(III, IQ, DR)*
    - EDTA-ul poate fi folosit în îndepărtarea calcificărilor întâlnite în keratopatia în bandă *(III, IQ, DR)*
    - Mitomycina C pentru cicatricile de la nivel subepitelial, Bowman şi stroma anterioară poate ajuta în cazul recidivelor *(III, IQ, DR)*
    - Tatuajul cornean poate masca leucoamele corneene

Leziunile corneene anterioare extinse după Bowman în stroma anterioară necesită un tratament mai intens reprezentat de keratotomii superficiale, keratoplastie penetrantă sau lamelară, sau keratoproteză *(III, GQ, SR)*

Urmărire

- În managementul edemului cornean, urmărirea este esenţială pentru a monitoriza disfuncţia endotelială
- În managementul opacifierii corneene, urmărirea clarităţii şi a neregularităţii corneene sunt necesare *(III, GQ, SR)*
- Problemele coexistente, inflamaţia intraoculară şi TIO necesită reevaluare regulată *(III, GQ, SR)*

Consiliere şi adresare spre alţi specialişti

- Discuţiile detaliate ale cauzelor edemului sau opacităţilor corneene şi opţiunile variate de tratament sunt importante *(III, GQ, SR)*
- Consultul unui specialist în cornee este recomandat când sunt necesare diagnostice sau terapii complexe. *(III, GQ, SR)* Consultul unui specialist în retină, glaucom sau oftalmopediatru poate fi necesar. *(III, GQ, SR)* Odată ce afecţiunea a fost tratată, sau stabilizată, pacientul se reîntoarce la oftalmologul său curant. *(III, GQ, SR)*
- Când patologia este complexă, trebuie informat permanent pacientul de opţiunile de tratament şi aşteptările acestuia. *(III, GQ, SR)*

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Sindromul de ochi uscat (Evaluare iniţială)

Anamneza

- Semne şi simptome oculare (iritaţie, lăcrimare, arsură, senzaţie de corp străin, senzaţie de mâncărime, fotofobie, vedere înceţoşată, intoleranţă în purtarea lentilelor de contact, roşeaţă, secreţii mucoase, creşterea frecvenței clipitului, oboseală oculară, fluctuaţii diurne - simptomele devenind mai accentuate în cursul serii, etc) *(III, GQ, SR)*
- Exacerbarea simptomelor în funcţie de condiţii (de ex: vânt, călătoriile cu avionul, scăderea umidităţii, efort vizual prelungit asociat cu scăderea frecvenţei clipitului, ca de exemplu cititul şi folosirea calculatorului) *(III, GQ, SR)*
- Durata simptomelor *(III, GQ, SR)*
- Istoricul oftalmologic include :
  - Medicaţie topică utilizată şi efectul acesteia asupra simptomelor (de ex: lacrimi artificiale, antihistaminice, medicaţie antiglaucomatoasă, vasoconstrictoare, corticosteroizi, preparate homeopate, etc) *(III, GQ, SR)*
  - Purtător de lentile de contact, program și îngrijire *(III, GQ, SR)*
  - Conjunctivite alergice *(III, GQ, SR)*
  - Istoric chirurgical oftalmologic (transplant cornean, chirurgia cataractei, chirurgie refractivă) *(III, GQ, SR)*
  - Patologie a suprafeţei oculare (virus herpes simplex, virus varicelo-zosterian, pemfigoid, sindrom Stevens- Johnson, aniridie, rejet cornean) *(III, GQ, SR)*
  - Chirurgia căilor lacrimale *(III, GQ, SR)*
  - Chirurgia pleoapelor (ptoza palpebrală, blefaroplastie, entropion/ ectropion) *(III, GQ, SR)*
  - Paralizie nerv facial *(III, GQ, SR)*
- Istoric medical, incluzând:
  - Fumat sau fumatul pasiv *(II+, GQ, SR)*
  - Boli dermatologice (rozacee, psoriazis) *(II++, GQ, SR)*
  - Tehnica şi frecvenţa toaletei faciale inclusiv a pleoapelor şi igiena genelor *(II++, GQ, SR)*
  - Atopii *(II++, GQ, SR)*
  - Menopauza *(II++, GQ, SR)*
  - Boli inflamatorii sistemice (Sjögren, rejet cornean, artrita reumatoidă, lupus, sclerodermie) *(II++, GQ, SR)*
  - Alte patologii sistemice (limfoame, sarcoidoză) *(II++, GQ, SR)*
  - Medicaţie sistemică (antihistaminice, diuretice, antagonişti hormonali şi hormoni, antidepresive, antiaritmice, atropina, antagonişti beta-adrenergici, chimioterapie sau alte medicamente cu efect anticolinergic) *(II++, GQ, SR)*
  - Traume (mecanice, chimice, termice)
  - *(II++, GQ, SR)*
  - Infecţii virale cronice (hepatita C, HIV) *(II++, GQ, SR)*
  - Intervenţii chirurgicale non-oculare (transplant medular, chirurgia capului sau gâtului, chirurgia pentru nevralgia de trigemen) *(II++, GQ, SR)*
  - Iradierea orbitei *(II++, GQ, SR)*
  - Patologii neurologice (Boala Parkinson, paralizia de nerv VII, sdr Riley-Day, nevralgia de trigemen) *(II++, GQ, SR)*
  - Gura uscată, ulcere ale mucoasei bucale, carii dentare *(II++, GQ, SR)*
  - Oboseală *(II++, GQ, SR)*
  - Dureri articulare sau musculare *(II++, GQ, SR)*

Examenul oftalmologic

- Acuitate vizuală
- Examen clinic general:
  - Pielea (sclerodermie, rozacee, seboree)
  - Pleoape malpoziţii sau defect de ocluzie, clipit incomplet sau neregulat, margine ciliară eritematoasă, secreţii anormale, entropion, ectropion)
  - Anexe (puncte lacrimale dilatate)
  - Afecţiuni ale nervilor cranieni (trigemen, facial)
  - Mâini (deformări caracteristice poliartritei reumatoide, Sdr Raynaud, hemoragii în aşchie sub unghii)
- Examen biomicroscopic:
  - Filmul lacrimal (înălţimea meniscului, depozite, creşterea vâscozităţii, mucus, timpul de rupere al filmului lacrimal)
  - Gene (trichiazis, distichiazis, madaroză, depozite)
  - Margini palpebrale (anomalii ale glandelor Meibomius – metaplazia, reducerea exteriorizării meibomiului, atrofie; caracterul secreţiei glandelor – tulbure, îngroşat, spumos, deficient; vascularizaţie la nivelul joncţiunii musculo-cutanate; keratinizare, mâncărime)
  - Punctul lacrimal (permeabilitate, poziţie, prezenţa şi eventuala poziţie a dopurilor lacrimale)
  - Fornixul inferior şi conjunctiva tarsal (cicatrici, eritem, reacţii papilare, lărgirea foliculilor, keratinizare, simblefaron)
  - Conjunctiva bulbară (colorare punctată cu roz Bengal, verde de lizamină sau fluoresceină; hiperemie, uscare localizată, keratinizare, chemozis, chalazis, foliculi)
  - Cornea (uscăciune localizată interpalpe-bral, eroziuni punctate superficiale, filamente, deficite epiteliale, neregularităţi ale membranelor bazale, plăci mucoase, keratinizare, pannus, subţiere, infiltrate,cicatrici,neovascularizaţie, evidenţierea sechelelor chirurgiei refractiv)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

Sindromul de ochi uscat (Recomandări de conduită)

Conduita terapeutică

- Tratarea tuturor factorilor cauzatori care pot genera simptomele de ochi uscat
- Secvenţa şi combinaţia terapiilor sunt bazate pe nevoile pacientului însă sunt conduse de judecata oftalmologului *(III, GQ, SR)*
- Pentru formele uşoare sunt adecvate următoarele masuri:
  - Educaţionale şi de modificare a mediului *(III, GQ, SR)*
  - Înlăturarea medicaţiei topice sau sistemice supărătoare *(III, IQ, DR)*
  - Folosirea lacrimilor artificiale, gel sau unguent *(III, IQ, DR)*
  - Tratamentul pleoapelor (comprese calde şi igiena locală) *(III, IQ, DR)*
  - Tratarea blefaritei/ meibomianitei *(II++, GQ, DR)*
  - Corecţia anomaliilor palpebrale *(II++, MQ, DR)*
- Pentru formele medii, adiţional faţă de măsurile de mai sus, sunt adecvate următoarele:
  - Agenţi antiinflamatori (ciclosporina topică, corticosteroizi, Omega 3 sistemic)
  - Dopuri lacrimale *(I++, GQ, SR)*
  - Ochelari speciali de protecţie şi prevăzuţi cu o camera de umidifiere *(III, IQ, DR)*
- Pentru formele grave, adiţional faţă de măsurile de mai sus, sunt adecvate următoarele:
  - Agonişti colinergici sistemici
  - Agenţi antiinflamatori sistemici
  - Agenţi mucolitici *(III, IQ, DR)*
  - Lacrimi cu ser autolog
  - Lentile de contact
  - Corecţia anomaliilor palpebrale
  - Ocluzie permanentă a punctelor lacrimale *(III, IQ, DR)*
  - Tarsorafie *(III, IQ, DR)*
  - Monitorizarea pacienţilor cărora li s-au prescris corticosteroizi pentru reacţii adverse legate de creşterea tensiunii intraoculare, melting cornean şi apariţia cataractei *(III, GQ,SR)*

Educarea pacientului

- Consilierea pacientului despre caracterul cronic al sindromului de ochi uscat şi istoria sa naturală *(III, GQ, SR)*
- Instrucţiuni specifice legate de terapia necesară *(III, GQ, SR)*
- Reevaluarea periodică a complianţei pacientului şi a înţelegerii bolii de către acesta, a riscurilor schimbărilor structurale şi setarea unor aşteptări realiste *(III, GQ, SR)*
- Recomandarea evaluării pacienţilor şi de către alţi specialişti asupra patologiilor generale *(III, GQ, SR)*
- Precauţie asupra pacienţilor cu sindrom de ochi uscat preexistent, care urmează să sufere o intervenţie chirurgicală refractivă, în special LASIK, care poate înrăutăţi simptomele. *(III, GQ, SR)*

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2016, Romanian Translation May 2017

AMERICAN ACADEMY™
OF OPHTHALMOLOGY

Actul de disociere de răspundere al traducerii pentru Rezumatele de Referință

Această publicație este o traducere a materialului Academiei Americane de Oftalmologie intitulat "Summary Benchmarks - Rezumate de Referință". Această traducere reflectă practica curentă în S.U.A. așa cum a fost inițiată în publicația originală a Academiei, dar poate include anumite mofificări ce țin de specificul practicilor naționale. Academia Americană de Oftalmologie nu a tradus această publicație în limba de referință și se disociază de responsabilitatea oricăror modificări, erori, omisiuni sau alte posibile greșeli în traducere. Academia oferă acest material exclusiv în scop educațional. Rezumatele de referință nu se pretind a reprezenta singura sau cea mai bună metodă sau procedură în fiecare caz, nici că pot înlocui propria capacitate de decizie a medicului curant și nici că oferă recomandări specifice pentru managementul anumitor cazuri. Includerea tuturor indicațiilor, contraindicațiilor, efectelor secundare și a alternativelor pentru fiecare medicament sau tratament este dincolo de scopul acestui material. Toate informațiile și recomandărilear trebui să fie verificate, înainte de a fi utilizate, în concordanță cu informațiile curente incluse în prospectele producătorilor sau oferite de către alte surse independente și interpretate în contextul specific oferit de istoricul și starea pacientului. Academia se disociază în mod specific de orice răspundere pentru răniri sau alte daune, prin neglijență sau prin alte mijloace, și de orice revendicare ce ar putea proveni din utilizarea oricărei recomandări sau indicații conținute în acest material.

Summary Benchmark Translation Disclaimer

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks. This translation reflects current practice in the United States of America as of the date of its original publication by the Academy, and may include some modifications that reflect national practices. The American Academy of Ophthalmology did not translate this publication into the language used in this publication and disclaims any responsibility for any modifications, errors, omissions or other possible fault in the translation. The Academy provides this material for educational purposes only. It is not intended to represent the only or best method or procedure in every case, or to replace a physician's own judgment or give specific advice for case management. Including all indications, contraindications, side effects, and alternative agents for each drug or treatment is beyond the scope of this material. All information and recommendations should be verified, prior to use, with current information included in the manufacturers' package inserts or other independent sources, and considered in light of the patient's condition and history. The Academy specifically disclaims any and all liability for injury or other damages of any kind, from negligence or otherwise, for any and all claims that may arise from the use of any recommendations or other information contained herein.