

## Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

### Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Συμπτώματα (μεταμορφωψία, μειωμένη όραση, σκότωμα, φωταγία, δυσκολίες στη βραδινή προσαρμογή) (II-, GQ, SR)
- Φαρμακευτικές αγωγές και συμπληρώματα διατροφής (II+, GQ, SR)
- Οφθαλμολογικό ιστορικό (II+, GQ, SR)
- Ιστορικό άλλων παθήσεων (οποιοσδήποτε αντιδράσεις υπερευαισθησίας)
- Οικογενειακό ιστορικό, ιδιαίτερα οικογενειακό ιστορικό HEΩ (II+, GQ, SR)
- Κοινωνικό ιστορικό, ιδιαίτερα κάπνισμα (III, GQ, SR)

### Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Υποκειμενική Οφθαλμολογική Εξέταση (II++, GQ, SR)
- Στερεοσκοπική βιομικροσκόπηση της ωχράς κηλίδας στη σχισμοειδή λυχνία (III, GQ, SR)

### Διαγνωστικά Τεστ

Η OCT είναι απαραίτητη για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της εκφύλισης της ωχράς κηλίδας, στην αναζήτηση παρουσίας υποαμφιβληστροειδικού υγρού και εκτίμηση της αμφιβληστροειδικής πάχυνσης. (III, GQ, SR)

Κύριο πλεονέκτημα της OCT έναντι άλλων απεικονιστικών μεθόδων είναι η απεικόνιση της αρχιτεκτονικής του αμφιβληστροειδούς σε εγκάρσιες τομές. Βοηθά στην ανίχνευση υποαμφιβληστροειδικού υγρού (το οποίο δεν είναι δυνατό να γίνει μόνο με βιομικροσκόπηση) καθώς και στην επάρκεια των θεραπευτικών μεθόδων, μελετώντας την ανταπόκριση του αμφιβληστροειδούς και του μελάγχρου επιθηλίου. (II+, GQ, SR)

Στα κλινικά πλαίσια της HEΩ, ενδείκνυται η ενδοφλέβια φλουροαγγειογραφία βυθού:

- Όταν ο ασθενής αναφέρει νέα μεταμορφωψία
- Όταν ο ασθενής παρουσιάζει ανεξήγητα θολή όραση
- Όταν η κλινική εξέταση εντοπίζει αύξηση του RPE ή του αμφιβληστροειδούς, υποαμφιβληστροειδική αιμορραγία, «σκληρά» εξιδρώματα ή υποαμφιβληστροειδική ίνωση (II-, GQ, SR)
- Για την ανεύρεση της ύπαρξης και τον καθορισμό της έκτασης του τύπου, του μεγέθους και του εντοπισμού της χοριοειδικής νεοαγγείωσης (CNV) και για τον υπολογισμό του ποσοστού της βλάβης που αποτελείται από κλασσική CNV (III, IQ, DR)
- Για καθοδήγηση της θεραπείας (χειρουργική επέμβαση φωτοπηξίας με laser ή φωτοδυναμική θεραπεία με verteporfin) (III, IQ, DR)
- Για τον εντοπισμό επίμονης ή επανεμφανιζόμενης CNV κατόπιν της θεραπείας (III, IQ, DR)
- Για να βοηθήσει στον καθορισμό των αιτιών απώλειας της όρασης που δεν εντοπίζονται από την κλινική εξέταση (III, IQ, DR)

Κάθε μονάδα αγγειογραφίας πρέπει να διαθέτει ένα σχέδιο φροντίδας ή ένα επείγον σχέδιο και ένα πρωτόκολλο για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων και τη διαχείριση τυχόν επιπλοκών. (III, GQ, SR)

### Ιστορικό Εξέτασης Follow-up

- Οπτικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένης μειωμένης όρασης και μεταμορφωψίας (II-, GQ, SR)
- Αλλαγές στη λήψη φαρμακευτικών αγωγών και συμπληρωμάτων διατροφής (III, GQ, SR)
- Οφθαλμολογικό ιστορικό και ιστορικό άλλων παθήσεων στο ενδιάμεσο διάστημα (II+, GQ, SR)
- Αλλαγές στο κοινωνικό ιστορικό, ιδιαίτερα κάπνισμα (III, GQ, SR)

### Κλινική Εξέταση Follow-up

- Οπτική οξύτητα (III, GQ, SR)
- Στερεοσκοπική βιομικροσκόπηση του βυθού στη σχισμοειδή λυχνία (III, GQ, SR)

### Follow-up μετά τη θεραπεία για Νεοαγγειακή HEΩ

- Εξέταση ασθενών που έχουν λάβει θεραπεία με ενδοαυλοειδική έγχυση anti-VGEF, περίπου 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία (III, GQ, SR)
- Εξέταση και εκτέλεση φλουροαγγειογραφίας τουλάχιστον κάθε 3 μήνες μετά τη θεραπεία με φωτοδυναμική θεραπεία με verteporfin μέχρι τη σταθεροποίηση της κατάστασης.
- Εξέταση ασθενών που έχουν λάβει θεραπεία με θερμικό laser, περίπου 2-4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία και μετά στις 4-6 εβδομάδες (III, GQ, SR)
- Οι επόμενες εξετάσεις, η Οπτική Τομογραφία Συνοχής (OCT), η φλουροαγγειογραφία θα πρέπει να γίνονται όπως ενδείκνυται, ανάλογα με τα κλινικά ευρήματα και την κρίση του υπεύθυνου οφθαλμιάτρου (III, GQ, SR)

### Εκπαίδευση Ασθενούς

- Εκπαίδευση ασθενών σχετικά με την πρόγνωση και την πιθανή αξία της θεραπείας που ταιριάζει στο δικό τους επίπεδο όρασης και λειτουργικότητας (III, GQ, SR)
- Ενθάρρυνση ασθενών με HEΩ στα αρχικά στάδια να υποβάλλονται σε τακτικές εξετάσεις, μέσω διεσταλμένης κόρης, για τον έγκαιρο εντοπισμό HEΩ βάσει σταδίου
- Εκπαίδευση ασθενών με εικόνα HEΩ υψηλού κινδύνου σχετικά με τις μεθόδους εντοπισμού νέων συμπτωμάτων χοριοειδικής νεοαγγείωσης και σχετικά με την ανάγκη έγκαιρης ενημέρωσης του οφθαλμιάτρου (III, GQ, SR)
- Εντολές προς τους ασθενείς με νόσο στον ένα οφθαλμό να παρακολουθούν την όρασή τους στον άλλο οφθαλμό και να επανεξετάζονται περιοδικά ακόμη και επί της απουσίας συμπτωμάτων, όμως να επανεξετάζονται άμεσα με την εμφάνιση νέων ή σημαντικών συμπτωμάτων στην όρασή τους (III, GQ, SR)
- Εντολές προς τους ασθενείς να αναφέρουν άμεσα τυχόν συμπτώματα που υποδεικνύουν ενδοφθαλμίτιδα, συμπεριλαμβανομένου πόνου στους οφθαλμούς ή αυξημένη ερυθρότητα οφθαλμών, θολή ή μειωμένη όραση, αυξημένη ευαισθησία στο φως ή αυξημένο αριθμό αιωρούμενων σωματιδίων (III, GQ, SR)
- Ενθάρρυνση των ασθενών που καπνίζουν, να διακόψουν το κάπνισμα καθώς υπάρχουν δεδομένα από μελέτες που υποστηρίζουν μία σχέση αιτίου αιτιατού μεταξύ καπνίσματος και HEΩ και άλλα σημαντικά οφέλη στην υγεία τους από τη διακοπή του καπνίσματος. (I++, GQ, SR)
- Παραπομπή των ασθενών με μειωμένη οπτική λειτουργία σε προγράμματα αποκατάστασης όρασης (βλ. [www.aao.org/low-vision-and-vision-rehab](http://www.aao.org/low-vision-and-vision-rehab)) και σε κοινωνικές υπηρεσίες (III, GQ, SR)

# Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας (Συστάσεις Διαχείρισης)

## Προτάσεις Θεραπείας και μετεγχειρητικό πλάνο για HEΩ

Συστηγόμενη Θεραπεία	Διαγνώσεις Κατάλληλες για Θεραπεία	Συστάσεις Follow-up
Παρακολούθηση, χωρίς ιατρικές ή χειρουργικές θεραπείες	Χωρίς κλινικά σημεία HEΩ (κατηγορία 1 κατά AREDS)  Αρχικό στάδιο HEΩ (κατηγορία 2 κατά AREDS)  Προχωρημένη HEΩ με αμφίπλευρη υποβοηθική γεωγραφική ατροφία ή δισκοειδείς ουλές	Σύμφωνα με τις συστάσεις που περιλαμβάνονται στην Ολοκληρωμένη Οφθαλμολογική Εκτίμηση Ενηλίκων (Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation PPP)  Επαναληπτική εξέταση σε 6-24 μήνες αν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός ή άμεση εξέταση για νέα συμπτώματα που υποδεικνύουν CNV  OCT, φλουοροαγγειογραφία και φωτογραφίες βυθού στην κρίση του οφθαλμιάτρου  Επαναληπτική εξέταση σε 6-24 μήνες αν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός ή άμεση εξέταση για νέα συμπτώματα που υποδεικνύουν CNV <sup>[A:III]</sup>  Φωτογραφίες βυθού ή φλουοροαγγειογραφία, εκτός αν πρόκειται για συμπτωματικό ασθενή
Αντιοξειδωτικές βιταμίνες και συμπληρώματα διατροφής με μεταλλικά στοιχεία, όπως συστήνεται στις εκθέσεις AREDS και AREDS2	Μέσο στάδιο HEΩ (κατηγορία 3 κατά AREDS)  Προχωρημένη HEΩ στον ένα οφθαλμό (κατηγορία 4 κατά AREDS)	Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)  Επαναληπτική εξέταση σε 6-18 μήνες αν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός ή άμεση εξέταση για νέα συμπτώματα που υποδεικνύουν CNV  Φωτογραφίες βυθού ή φλουοροαγγειογραφία όπου χρειάζονται  OCT ή/και φλουοροαγγειογραφία αν υπάρχουν στοιχεία για την ύπαρξη CNV
Ενδοϋαλοειδής έγχυση Afibercept 2.0 mg όπως συστήνεται από τη βιβλιογραφία	Υποβοηθική CNV	Στους ασθενείς θα πρέπει να δοθούν εντολές να αναφέρουν άμεσα τυχόν συμπτώματα που υποδεικνύουν ενδοφθαλμίτιδα, συμπεριλαμβανομένου πόνου στους οφθαλμούς ή αυξημένη ενόχληση, επιδεινούμενη ερυθρότητα οφθαλμών, θολή ή μειωμένη όραση, αυξημένη ευαισθησία στο φως ή αυξημένο αριθμό αιωρούμενων σωματιδίων  Επαναληπτική εξέταση με επαναθεραπείες κάθε 4 εβδομάδες σύμφωνα με τις ενδείξεις, τα κλινικά ευρήματα και την κρίση του οφθαλμιάτρου. Κάθε θεραπευτική αγωγή συντήρησης 8 εβδομάδων έχει αποδειχθεί ότι έχει συγκρίσιμα αποτελέσματα σε κάθε 4 εβδομάδες κατά το πρώτο έτος της θεραπείας.  Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)
Ενδοϋαλοειδής έγχυση Bevacizumab 1.25mg όπως περιγράφεται στις δημοσιευμένες εκθέσεις  Ο οφθαλμίατρος θα πρέπει να λαμβάνει την κατάλληλη έγγραφη ενήμερη συγκατάθεση σε σχέση με τη χορήγηση εκτός ενδείξεων (off-label)	Υποβοηθική CNV	Στους ασθενείς θα πρέπει να δοθούν εντολές να αναφέρουν άμεσα τυχόν συμπτώματα που υποδεικνύουν ενδοφθαλμίτιδα, συμπεριλαμβανομένου πόνου στους οφθαλμούς ή αυξημένη ενόχληση, επιδεινούμενη ερυθρότητα οφθαλμών, θολή ή μειωμένη όραση, αυξημένη ευαισθησία στο φως ή αυξημένο αριθμό αιωρούμενων σωματιδίων  Επαναληπτική εξέταση περίπου 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Το περαιτέρω follow-up εξαρτάται από τα κλινικά ευρήματα και την κρίση του υπεύθυνου οφθαλμιάτρου  Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)
Ενδοϋαλοειδής έγχυση Ranibizumab 0.5 mg όπως συστήνεται από τη βιβλιογραφία του ranibizumab	Υποβοηθική CNV	Στους ασθενείς θα πρέπει να δοθούν εντολές να αναφέρουν άμεσα τυχόν συμπτώματα που υποδεικνύουν ενδοφθαλμίτιδα, συμπεριλαμβανομένου πόνου στους οφθαλμούς ή αυξημένη ενόχληση, επιδεινούμενη ερυθρότητα οφθαλμών, θολή ή μειωμένη όραση, αυξημένη ευαισθησία στο φως ή αυξημένο αριθμό αιωρούμενων σωματιδίων  Επαναληπτική εξέταση περίπου 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Το περαιτέρω follow-up εξαρτάται από τα κλινικά ευρήματα και την κρίση του υπεύθυνου οφθαλμιάτρου  Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)
PDT με verteporfin όπως συστήνεται στις εκθέσεις TAP και VIP	Υποβοηθική CNV, νέα ή επανεμφανιζόμενη, όπου το κλασικό στοιχείο είναι >50% της βλάβης και η συνολική βλάβη είναι ≤5400 microns στη μεγαλύτερη γραμμική διάμετρο  Η κρυφία CNV μπορεί να ληφθεί υπόψη για PDT με όραση <20/50 ή αν η CNV είναι μεγέθους <4 MPS θηλαίων διαμέτρων όταν η όραση είναι >20/50  Περιβοηθική CNV είναι μια ανεπίσημη ένδειξη για PDT, και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν σε επιλεγμένα περιστατικά.	Επαναληπτική εξέταση κάθε 3 περίπου μήνες μέχρι τη σταθεροποίηση, με επαναθεραπείες όπου υπάρχει ένδειξη  Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)
Χειρουργική επέμβαση με φωτοπηξία θερμικού laser, όπως συστήνεται στις εκθέσεις MPS <sup>[A:II]</sup>	Εξοβοηθική κλασική CNV, νέα ή επανεμφανιζόμενη  Ο ασθενής μπορεί να εκτιμηθεί για CNV πλησίον της οπτικής θηλής	Επαναληπτική εξέταση με φλουοροαγγειογραφία περίπου 2-4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία και μετά στις 4-6 εβδομάδες και από εκεί και πέρα ανάλογα με τα κλινικά και αγγειογραφικά ευρήματα  Επανάθεραπείες όπου υπάρχει ένδειξη  Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)

HEΩ = Ηλικιακή Εκφύλιση Ωχράς Κηλίδας, AREDS = Μελέτη Age-Related Eye Disease, CNV = Χοριοειδική Νεοαγγείωση, MPS = Μελέτη Macular Photocoagulation, PDT = Φωτοδυναμική Θεραπεία, TAP = Θεραπεία Ηλικιακής Εκφύλισης της Ωχράς Κηλίδας με Φωτοδυναμική Θεραπεία, VIP = χρήση Verteporfin στη Φωτοδυναμική Θεραπεία

## Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

### Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Διάρκεια του διαβήτη (II+, GQ, SR)
- Προηγούμενα στοιχεία γλυκαιμικού ελέγχου (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη A1c) (II+, GQ, SR)
- Φαρμακευτικές θεραπείες (III, GQ, SR)
- Ιστορικό άλλων παθήσεων (π.χ. παχυσαρκία, νεφρική νόσος, συστηματική υπέρταση, επίπεδα λιπιδίων ορού, κύηση) (II+, GQ, SR)
- Οφθαλμολογικό ιστορικό (III, GQ, SR)

### Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Οπτική οξύτητα (III, GQ, SR)
- Βιομικροσκοπηση με σχισμοειδή λυχνία (III, GQ, SR)
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσεως (IOP) (III, GQ, SR)
- Γωνιοσκοπία όταν υπάρχει ένδειξη (για νεοαγγείωση της ίριδας ή αυξημένη IOP) (III, GQ, SR)
- Έλεγχος κορικών ανταντακλαστικών
- Βυθοσκόπηση μέσω διεσταλμένης κόρης, συμπεριλαμβανομένης στερεοσκοπικής εξέτασης του οπίσθιου πόλου (III, GQ, SR)
- Εξέταση περιφερικά του αμφιβληστροειδούς και του υαλώδους, που διεξάγεται καλύτερα με έμμεση οφθαλμοσκόπηση ή με βιομικροσκοπηση μέσω σχισμοειδούς λυχνίας, σε συνδυασμό με έναν φακό επαφής (III, GQ, SR)

### Διάγνωση

- Κατηγοριοποίηση και των δύο οφθαλμών ως προς την κατηγορία και τη σοβαρότητα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, με παρουσία / απουσία CSME. (III, GQ, SR) Κάθε κατηγορία έχει έναν συνυφασμένο κίνδυνο πρόοδου της νόσου.

### Ιστορικό κατά το Follow-up

- Οπτικά συμπτώματα (II+, GQ, SR)
- Γενική κατάσταση (κύηση, αρτηριακή πίεση, χοληστερόλη ορού, νεφρική λειτουργία) (III, GQ, SR)
- Γλυκαιμική κατάσταση (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη A1c) (III, GQ, SR)

### Κλινική Εξέταση Follow-up

- Οπτική οξύτητα (III, GQ, SR)
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσεως (III, GQ, SR)
- Βιομικροσκοπηση με σχισμοειδή λυχνία, συμπεριλαμβανομένης εξέτασης της ίριδας (III, GQ, SR)
- Γωνιοσκοπία (αν υπάρχει υποψία ή παρουσία νεοαγγείωσης ή αν η ενδοφθάλμια πίεση είναι αυξημένη) (III, GQ, SR)
- Στερεοσκοπική εξέταση του οπίσθιου πόλου μετά από διαστολή της ίριδας στους οφθαλμούς (III, GQ, SR)
- Εξέταση περιφερικά του αμφιβληστροειδούς και του υαλώδους όταν υπάρχει ένδειξη (III, GQ, SR)
- OCT όταν κριθεί απαραίτητο (III, GQ, SR)

### Βοηθητικές Εξετάσεις

- Η OCT βοηθά στον υπολογισμό του πάχους του αμφιβληστροειδούς, στην μελέτη του ωχρικού οιδήματος, στην ανίχνευση υαλοειδοωχρικής έλξης καθώς και στην αναγνώριση άλλων παθήσεων της ωχράς σε ασθενείς με διαβητικό οίδημα ωχράς. (III, IQ, DR) Τα ευρήματα της OCT έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη συνέχεια της θεραπείας με anti-VEGF παράγοντα, στην αλλαγή θεραπείας (χρήση κορτικοστεροειδών), στην έναρξη θεραπείας με laser ή και στο ενδεχόμενο βιτρεκτομής.
- Η φωτογράφιση του βυθού μπορεί να είναι χρήσιμη για την τεκμηρίωση σημαντικής πρόοδου της νόσου και ανταπόκρισης στη θεραπεία και ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία. (III, IQ, DR)
- Η φλουοροαγγειογραφία χρησιμοποιείται ως οδηγός για τη θεραπεία CSME και ως μέσο εκτίμησης των αιτιών ανεξήγητα μειωμένης οπτικής οξύτητας. (III, IQ, DR) η αγγειογραφία μπορεί να εντοπίσει μη διαπερατότητα τριχοειδών στην ωχρά κηλίδα ή πηγές διαρροής από τα τριχοειδή που προκαλούν οίδημα της ωχράς κηλίδας, ως πιθανές εξηγήσεις για την απώλεια όρασης. (III, IQ, DR)
- Η φλουοροαγγειογραφία δεν ενδείκνυται ως εξέταση ρουτίνας στην εξέταση ασθενών με διαβήτη (III, GQ, SR)
- Η οφθαλμική υπερηχογραφία μελετά τη δομή του αμφιβληστροειδούς όταν υπάρχουν θολά διαθλαστικά μέσα (όπως στην περίπτωση της υαλοειδικής αιμορραγίας). Επίσης βοηθά στη μελέτη της σοβαρότητας και έκτασης της υαλοειδοωχρικής έλξης, ιδιαίτερα σε διαβητικούς ασθενείς. (III, GQ, SR)

### Εκπαίδευση Ασθενούς

- Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων και τις πιθανές επιπτώσεις
- Ενθάρρυνση των διαβητικών ασθενών που δεν έχουν διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια να κάνουν ετήσιες οφθαλμολογικές εξετάσεις με διεσταλμένη κόρη (II+, GQ, SR)
- 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
- 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 (III, GQ, SR)
- Επικοινωνία με τον υπεύθυνο ιατρό, π.χ. οικογενειακό ιατρό, παθολόγο ή ενδοκρινολόγο, σχετικά με τα οφθαλμολογικά ευρήματα (III, GQ, SR)
- 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 (III, GQ, SR)
- Παραπομπή των ασθενών με μειωμένη οπτική λειτουργία σε υπηρεσίες αποκατάστασης της όρασης (βλ. [www.aao.org/low-vision-and-vision-rehab](http://www.aao.org/low-vision-and-vision-rehab)) και σε κοινωνικές υπηρεσίες (III, GQ, SR)

## Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (Συστάσεις Διαχείρισης)

### Συστάσεις Διαχείρισης για Ασθενείς με Διαβήτη

Σοβαρότητα αμφιβληστροειδοπάθειας	Παρουσία CSME*	Follow-up (μήνες)	Παναμφιβληστροειδική Φωτοπηξία με (Scatter) Laser	Εστιακό και/ή Τμηματικό Laser	Anti-VEGF <sup>†</sup>
Φυσιολογική ή ελάχιστη NPDR	Όχι	12	Όχι	Όχι	Όχι
Ήπια NPDR	Όχι	12	Όχι	Όχι	Όχι
	ME	4-6	Όχι	Όχι	Όχι
	CSME <sup>‡</sup>	1*	Όχι	Μερικές φορές	Μερικές φορές
Μεσαία NPDR	Όχι	12 <sup>‡</sup>	Όχι	Όχι	Όχι
	ME	3-6	Όχι	Όχι	Όχι
	CSME <sup>‡</sup>	1*	Όχι	Μερικές φορές	Μερικές φορές
Σοβαρή NPDR	Όχι	4	Μερικές φορές	Όχι	Όχι
	ME	2-4	Μερικές φορές	Όχι	Όχι
	CSME <sup>‡</sup>	1*	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές
Όχι υψηλού κινδύνου PDR	Όχι	4	Μερικές φορές	Όχι	Όχι
	ME	2-4	Μερικές φορές	Όχι	Όχι
	CSME <sup>‡</sup>	1*	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές
Υψηλού κινδύνου PDR	Όχι	4	Συνίσταται	Όχι	Ως εναλλακτική λύση
	ME	4	Συνίσταται	Μερικές φορές	Συνήθως
	CSME <sup>‡</sup>	1*	Συνίσταται	Μερικές φορές	Συνήθως

CSME = κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς κηλίδας, ME = μη 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 ενδοαλοειδική έγχυση ranibizumab με άμεση ή μεταγενέστερη επέμβαση με laser, είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο όφελος στη βελτίωση της οπτικής οξύτητας και η ενδοαλοειδική 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 ενδοαλοειδικές εγχύσεις αντιαγγειακών ενδοθηλιακών αυξητικών παραγόντων μπορούν να εξεταστούν ένα μήνα κατόπιν της έγχυσης.

‡ ή σε συχνότερες επαναλήψεις εάν υπάρχουν ενδείξεις για σοβαρή NPDR.

#### Πηγές

1. Writing Committee for the Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. Panretinal photocoagulation vs intravitreal ranibizumab for proliferative diabetic retinopathy: a randomized clinical trial JAMA 2015;314:2137-46
2. Olsen TW. Anti-VEGF pharmacotherapy as an alternative to panretinal laser photocoagulation for proliferative diabetic retinopathy JAMA 2015;314:2135-6

## Ιδιοπαθής επιωχρική μεμβράνη και υαλοειδοωχρική έλξη (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία)

### Αρχική Κλινική Εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- Οφθαλμολογικό ιστορικό (π.χ., οπίσθια αποκόλληση του υαλοειδούς σώματος, ραγοειδίτιδα, ρωγμές αμφιβληστροειδούς, θρομβώσεις αμφιβληστροειδούς, παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, οφθαλμικές φλεγμονώδεις παθήσεις, πρόσφατη επιούλωση του τραύματος)
- Διάρκεια συμπτωμάτων (π.χ., μεταμορφοψία, δυσκολία στη χρήση και των δύο ματιών μαζί και διπλωπία)
- Φυλή / εθνικότητα
- Συστηματική ιστορία

### Κλινική εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- Οπτική οξύτητα
- Μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης
- Βιομικροσκοπηση με σχισμοειδή λυχνία του πρόσθιου τμήματος
- OCT φασματικής περιοχής για να διαγνώσει αλλαγές ωχράς κηλίδας και αμφιβληστροειδούς (π.χ., πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων χρωστικής του αμφιβληστροειδούς και / ή νευρογλοιακών κυττάρων του αμφιβληστροειδούς) (III, GQ, SR)
- Προσδιορισμός παρουσίας εξωκυτταρικού μητρικού υλικού, lamipocytes, και / ή υαλοειδών κυττάρων
- Η ιδιοπαθής επιωχρική μεμβράνη και υαλοειδοωχρική έλξη (ERM και VMT) συχνά εμφανίζονται μαζί (τα ευρήματα του OCT για VMT είναι παρόμοια, αλλά το οπίσθιο μέρος υαλοειδούς παραμένει εν μέρει συνδεδεμένο με την ωχρά κηλίδα)
- Η αγγειογραφία φλουορεσκεϊνης μπορεί να είναι χρήσιμη για την αξιολόγηση ERM ή / και VMT και σχετίζεται με τις παθολογίες του αμφιβληστροειδούς.

### Σχέδιο Διαχείρισης

- Η απόφαση να παρέμβουμε χειρουργικά σε ασθενείς με ERM / VMT εξαρτάται συνήθως από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, ειδικά τον αντίκτυπο στις καθημερινές δραστηριότητες
- Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ότι η πλειοψηφία των ERM θα παραμείνει σταθερή και δεν απαιτεί θεραπεία (GQ, SR)
- Οι ασθενείς πρέπει να είναι βέβαιοι ότι υπάρχει μια πολύ επιτυχημένη χειρουργική διαδικασία που θα μπορούσε να αντιμετωπίσει την επιδείνωση των συμπτωμάτων ή τη μείωση της οπτικής οξύτητας (GQ, SR)
- Θα πρέπει να συζητηθούν οι κίνδυνοι σε σχέση με τα οφέλη της χειρουργικής επέμβασης υαλοειδεκτομής. Κίνδυνοι μπορεί να είναι ο καταρράκτης, τα δάκρυα του αμφιβληστροειδούς, η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς και η ενδοφθαλμίτιδα.

### Χειρουργική επέμβαση και μετεγχειρητική φροντίδα

- Η χειρουργική επέμβαση υαλοειδεκτομής συχνά ενδείκνυται σε ασθενείς που έχουν μια μείωση στην οπτική οξύτητα και μεταμορφοψία, και οπτική οξύτητα (II, MQ, DR)
- Οι ασθενείς συνήθως δεν βελτιώνονται χωρίς χειρουργική επέμβαση υαλοειδεκτομής, όταν η περιοχή της VMT είναι ευρεία (> 1500 μm), όταν υπάρχει ταυτόχρονη παθολογική αποκόλληση της ωχράς κηλίδας, ή όταν η παρουσίαση οπτικής οξύτητας είναι περιορισμένη (III, IQ, DR)
- Η χειρουργική επέμβαση υαλοειδεκτομής για ERM ή VMT συνήθως οδηγεί σε βελτίωση της οπτικής οξύτητας εφόσον ο εξωτερικός αμφιβληστροειδής, η ελλειψοειδής ζώνη, και το μήκος του εξωτερικού τμήματος φωτοϋποδοχέων μπορεί να βελτιωθούν ή ακόμη και να ομαλοποιηθούν μετά την επέμβαση (III, IQ, DR)
- Ένας ασθενής με ERM θα πρέπει να ενημερωθεί ότι είναι απίθανο η ενδοϋαλώδης οκρίπλασμή να οδηγήσει σε αποτελεσματική θεραπεία (III, GQ, SR)
- Η αύξηση ή μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης είναι ένας γνωστός κίνδυνος της χειρουργικής επέμβασης υαλοειδεκτομής και θα πρέπει να παρακολουθείται μετεγχειρητικά.
- Απαιτείται μετεπεμβατική παρακολούθηση την πρώτη ημέρα και στη συνέχεια επανεξέταση μία με δύο εβδομάδες μετεπεμβατικά, ή και νορτίτερα ανάλογα με τα νέα συμπτώματα ή νέα ευρήματα κατά την πρώτη μετεπεμβατική εξέταση.

### Ενημέρωση ασθενών και Follow-up

- Η σύγκριση των OCT εικόνων του κανονικού και με πρόβλημα οφθαλμού μπορεί να βοηθήσει τους ασθενες στην κατανόηση
- Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να ελέγχουν περιοδικά την κεντρική μονόφθαλμη όραση τους για να ανιχνεύουν αλλαγές που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια του χρόνου, όπως μικρά μαύρα σημάδια (GQ, SR)
- Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν να ενημερώνουν τον οφθαλμίατρό τους αμέσως εάν έχουν συμπτώματα, όπως μυγακία, απώλεια του οπτικού πεδίου, μεταμορφοψία, ή μείωση της οπτικής οξύτητας (III, GQ, SR)

## Ιδιοπαθής Οπή της Ωχράς Κηλίδας (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία)

### Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Διάρκεια συμπτωμάτων (III, GQ, DR)
- Οφθαλμολογικό ιστορικό: γλαύκωμα ή άλλες προηγηθείσες παθήσεις των οφθαλμών, τραυματισμοί, χειρουργικές επεμβάσεις, παρατεταμένη έκθεση των οφθαλμών στον ήλιο (III, GQ, DR)
- Φαρμακευτικές αγωγές που μπορεί να συνδέονται με κύστεις της ωχράς κηλίδας (III, GQ, DR)

### Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Οπτική οξύτητα (III, GQ, SR)
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία της ωχράς κηλίδας και του οπίσθιου πόλου /υαλο-αμφιβληστροειδικού δεσμού (III, GQ, SR)
- Έμμεση περιφερική βυθοσκόπηση (III, GQ, SR)

### Συστάσεις Διαχείρισης Οπή της Ωχράς

Στάδιο	Διαχείριση	Follow-up
1-A και 1-B	Παρακολούθηση	Στους 2-4 μήνες αν δεν εμφανιστούν νέα συμπτώματα Άμεση επανεξέταση αν εμφανιστούν νέα συμπτώματα Κάθε 4 με 6 μήνες επί της απουσίας συμπτωμάτων Ενδείκνυται μέτρηση μονόφθαλμης οπτικής οξύτητας με το Amsler Grid
2	Vitreoretinal Surgery*	1-2 ημέρες μετεγχειρητικά, μετά 1-2 εβδομάδες Η συχνότητα και ο χρόνος των επόμενων επισκέψεων ποικίλει, ανάλογα με το αποτέλεσμα της επέμβασης και τα συμπτώματα του ασθενούς Αν δεν γίνει επέμβαση, κάθε 2-4 μήνες
2	Vitreopharmacolysis †	Στη 1 εβδομάδα και στις 4 εβδομάδες ή εάν παρουσιαστούν νέα συμπτώματα (πχ πιθανή αποκόλληση αμφιβληστροειδούς)
3 or 4	Vitreoretinal surgery	1-2 ημέρες μετεγχειρητικά, μετά 1-2 εβδομάδες Η συχνότητα και ο χρόνος των επόμενων επισκέψεων ποικίλει, ανάλογα με το αποτέλεσμα της επέμβασης και τα συμπτώματα του ασθενούς

\*Αν και συχνά διενεργείται χειρουργική επέμβαση, η παρακολούθηση είναι επίσης κατάλληλη.

† Although ocriplasmin has been approved by the US Food and Drug Administration for vitreomacular adhesion, its use for treatment of idiopathic macular hole without vitreomacular traction or adhesion would currently be considered off-label use.

### Χειρουργική και Μετεγχειρητική Φροντίδα αν ο ασθενής λάβει θεραπεία

- Ενημέρωση του ασθενούς για τους σχετικούς κινδύνους, οφέλη, και εναλλακτικές αντί της χειρουργικής επέμβασης, και για την ανάγκη χρήσης αερίου αργής απορρόφησης εντός του οφθαλμού ή για ειδική τοποθέτηση και στάση του ασθενούς μετεγχειρητικά (III, GQ, SR)
- Διαμόρφωση μετεγχειρητικού σχεδίου φροντίδας και ενημέρωση του ασθενούς για αυτό (III, GQ, SR)
- Ενημέρωση των ασθενών που πάσχουν από γλαύκωμα για την πιθανή περιεγχειρητική αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης (III, GQ, SR)
- Εξέταση μετεγχειρητικά εντός 1 ή 2 ημερών και πάλι 1-2 εβδομάδες μετά την επέμβαση (III, GQ, SR)

### Εκπαίδευση Ασθενούς

- Ενημέρωση των ασθενών να ειδοποιήσουν άμεσα τον οφθαλμίατρό τους αν εμφανίσουν συμπτώματα όπως αύξηση των αιωρουμένων σωματιδίων, απώλεια οπτικού πεδίου ή μείωση της οπτικής οξύτητας (III, GQ, SR)
- Ενημέρωση των ασθενών ότι τα αεροπορικά ταξίδια, τα υψηλά υψόμετρα ή η γενική αναισθησία με νιτράδες οξειδίου θα πρέπει να αποφεύγονται μέχρι η φυσαλίδα του αερίου να έχει σχεδόν ολοκληρωτικά εξαφανιστεί (III, GQ, SR)
- Ενημέρωση των ασθενών που εμφανίσαν οπή ωχράς κηλίδας στον ένα οφθαλμό ότι έχουν μία πιθανότητα 10%-20% να εμφανίσουν οπή ωχράς κηλίδας και στον άλλο οφθαλμό, ιδιαίτερα αν το υαλώδες σώμα παραμείνει προσκολλημένο (III, GQ, SR)
- Παραπομπή ασθενών με μετεγχειρητική μείωση της όρασης που περιορίζει τη λειτουργικότητά τους σε κέντρα αποκατάστασης της όρασης (βλ. [www.aao.org/low-vision-and-vision-rehab](http://www.aao.org/low-vision-and-vision-rehab)) και σε κοινωνικές υπηρεσίες (III, GQ, SR)

## Οπίσθια Αποκόλληση Υαλοειδούς, Ρωγμές Αμφιβληστροειδούς και Εκφύλιση του Αμφιβληστροειδούς (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

### Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Συμπτώματα οπίσθιας αποκόλλησης υαλοειδούς (II+, GQ, SR)
- Οικογενειακό ιστορικό αποκολλήσεων και σχετικών γενετικών ανωμαλιών (II-, GQ, SR)
- Προηγούμενοι τραυματισμοί στους οφθαλμούς (III, GQ, SR)
- Μυωπία (II+, GQ, SR)
- Ιστορικό οφθαλμολογικής χειρουργικής επέμβασης συμπεριλαμβανομένης της αλλαγής φακού και της επέμβασης καταρράκτη (II++, GQ, SR)

### Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Εξέταση οπτικού πεδίου με τη μέθοδο αντιπαράθεσης (confrontation test) και έλεγχος παρουσίας RAPD (+) (III, GQ, SR)
- Εξέταση του υαλοειδούς για αιμορραγία, αποκόλληση και παρουσία κυττάρων με χρωστική (II+, GQ, SR)
- Εξέταση του περιφερικού βυθού με πίεση του σκληρού χιτώνα. Η προτιμώμενη μέθοδος αξιολόγησης της παθολογίας του υαλοειδούς και του αμφιβληστροειδούς είναι με έμμεση οφθαλμοσκόπηση, σε συνδυασμό με πίεση του σκληρού χιτώνα. (III, GQ, SR)

### Βοηθητικές Εξετάσεις

- OCT για την αξιολόγηση και σταδιοποίηση της αποκόλλησης του υαλώδους (II+, MQ, DR)
- Διενέργεια υπερήχου B-scan αν η περιφέρεια του αμφιβληστροειδούς δεν μπορεί να εκτιμηθεί. <sup>[A,III]</sup> Αν δεν εντοπιστούν ανωμαλίες, συστήνονται συχνές επανεξετάσεις follow-up. (III, IQ, DR)

### Χειρουργική και Μετεγχειρητική Φροντίδα, αν ο Ασθενής υποβληθεί σε Θεραπεία:

- Ενημέρωση του ασθενούς για τους σχετικούς κινδύνους, οφέλη και εναλλακτικές λύσεις αντί χειρουργικής επέμβασης (III, GQ, SR)
- Μορφοποίηση μετεγχειρητικού σχεδίου φροντίδας και ενημέρωση του ασθενούς για αυτό (III, GQ, SR)
- Συστάσεις προς τους ασθενείς να επικοινωνήσουν άμεσα με οφθαλμίατρο αν τους παρουσιαστεί κάποια σημαντική αλλαγή στα συμπτώματα, όπως νέα αιωρούμενα σωματίδια ή απώλεια οπτικού πεδίου (II+, GQ, SR)

### Διαχείριση και Φροντίδα

#### Επιλογές Διαχείρισης

Είδος βλάβης	Θεραπεία *
Οξείες συμπτωματικές πεταλοειδείς ρωγμές	Άμεση θεραπεία <sup>[A,III]</sup>
Οξείες συμπτωματικές επιποματισμένες ρωγμές	Η θεραπεία μπορεί να μην είναι απαραίτητη
Οξεία συμπτωματική διάλυση	Άμεση θεραπεία
Ρωγμές αμφιβληστροειδούς από τραυματισμό	Συνήθως υποβάλλεται σε θεραπεία
Ασυμπτωματικές πεταλοειδείς ρωγμές	Συνήθως μπορεί να παρακολουθείται χωρίς θεραπεία
Ασυμπτωματικές επιποματισμένες ρωγμές	Σπάνια συνιστάται θεραπεία
Ασυμπτωματικές στρογγυλές οπές ατροφίας	Σπάνια συνιστάται θεραπεία
Ασυμπτωματική εκφύλιση του αμφιβληστροειδούς χωρίς οπές	Χωρίς θεραπεία εκτός αν η PVD προκαλεί πεταλοειδή ρωγμή
Ασυμπτωματική εκφύλιση του αμφιβληστροειδούς με οπές	Συνήθως δεν απαιτεί θεραπεία
Ασυμπτωματική διάλυση	Δεν έχει επιτευχθεί ομοφωνία σχετικά με τη θεραπεία και δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία που να καθοδηγούν τη διαχείριση
Ο άλλος οφθαλμός με οπές ατροφίας, εκφύλιση του αμφιβληστροειδούς ή ασυμπτωματικές πεταλοειδείς ρωγμές	Δεν έχει επιτευχθεί ομοφωνία σχετικά με τη θεραπεία και δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία που να καθοδηγούν τη διαχείριση

PVD = Οπίσθια Αποκόλληση Υαλοειδούς

### Ιστορικό κατά το Follow-up

- Οφθαλμολογικά συμπτώματα (III, GQ, SR)
- Ιστορικό τραυματισμού στους οφθαλμούς ή χειρουργική επέμβαση στους οφθαλμούς κατά το ενδιάμεσο διάστημα (III, GQ, SR)

### Κλινική Εξέταση Follow-up

- Οπτική οξύτητα (III, GQ, SR)
- Αξιολόγηση της κατάστασης του υαλοειδούς, με προσοχή στην παρουσία χρωστικής, αιμορραγίας ή συναίρεσης (III, GQ, SR)
- Εξέταση του περιφερικού βυθού με πίεση του σκληρού χιτώνα (III, GQ, SR)
- Διενέργεια OCT εφόσον υπάρχει υαλοειδοωχρική έλξη (III, GQ, SR)
- Υπέρηχος B-scan αν το υλικό είναι αδιαφανές (III, GQ, SR)

### Εκπαίδευση Ασθενούς

- Εκπαίδευση των ασθενών με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς για τα συμπτώματα της αποκόλλησης υαλοειδούς και για την αξία των περιοδικών εξετάσεων follow-up. (III, GQ, SR)
- Συμβουλευτείτε τους ασθενείς με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς να ειδοποιήσουν άμεσα τον οφθαλμίατρο τους αν τους παρουσιαστεί κάποια σημαντική αλλαγή στα συμπτώματα όπως αύξηση των αιωρούμενων σωματιδίων, απώλεια οπτικού πεδίου ή μείωση της οπτικής οξύτητας. (II+, GQ, SR)

## Απόφραξη κεντρικής οφθαλμικής αρτηρίας (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία)

### Αρχική Κλινική Εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- η αρχική κλινική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία του υποκειμενικού οφθαλμολογικού ελέγχου δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή σε αγγειακά αμφιβληστροειδικά ευρήματα. (II+, MQ, SR)
- στο ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για εμβολικές νόσους όπως παροδικά ισχαιμικά συμπτώματα, παράπλευρη αδυναμία και παραισθησίες.
- Θα πρέπει να εξετάζονται συμπτώματα γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας (ΓΚΑ) (πχ πονοκέφαλοι, υπερευαίσθησία κρανίου, αδυναμία, κροταφική ευαισθησία, πυρετός, ιστορικό πολυμυαλγίας, ρευματισμοί)

### Κλινική Εξέταση

- Οπτική οξύτητα
- Μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία
- Περιφερική βυθοσκόπηση μετά από διαστολή με το έμμεση μικροσκόπιο
- Γωνιοσκοπία όταν υπάρχει αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και όταν υποπτευόμαστε νεοαγγείωση της ίριδας (πριν από τη μυδρίαση)
- Βυθοσκόπηση
- RAPD
- Εξέταση του οπισθίου πόλου στη σχισμοειδή λυχνία
- Περιφερική βυθοσκόπηση (χρήση έμμεσου οφθαλμοσκοπίου με μυδρίαση κόρης) προκειμένου να εκτιμηθούν: αμφιβληστροειδικές αιμορραγίες, βαμβακοφόρες κηλίδες, αμφιβληστροειδικά έμβολα, retinal vascular boxcarring, και νεοαγγείωση οπτικού δίσκου

### Διαγνωστικά τεστ

- Έγχρωμες και red-free φωτογραφίες βυθού
- Φλουροαγγειογραφία
- OCT
- B-Scan (σε μια διαυγή διαθλαστικά μέσα)

### Αντιμετώπιση

- Οξεία συμπτωματική ΟΑΟ, CRAO, BRAO αποτελούν επείγουσες οφθαλμικές καταστάσεις και απαιτούν άμεση εκτίμηση
- Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς άνω των 50 ετών.
- Στην περίπτωση γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας θα πρέπει να γίνει επείγοντως έναρξη συστηματικής θεραπείας με κορτικοστεροειδή ώστε να προληφθεί η απώλεια όρασης στο άλλο μάτι ή η αγγειακή απόφραξη οπουδήποτε αλλού (I-/I+, GQ, SR)
- Η διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να ελέγχονται προσεκτικά διότι η συστηματική θεραπεία με κορτικοστεροειδή μπορεί να αποσταθεροποιήσει τον γλυκαιμικό έλεγχο.

*Οι οφθαλμίατροι θα πρέπει να παραπέμπουν τους ασθενείς με αγγειακές νόσους του αμφιβληστροειδούς για ανάλογο συστηματικό έλεγχο ο οποίος εξαρτάται από τη φύση της αμφιβληστροειδικής απόφραξης.*

- οι οξείες συμπτωματικές ΟΑΟ ή CRAO με εμβολικές αιτιολογίες θα πρέπει να παραπέμπονται **άμεσα** σε αγγειολόγους
- Έως σήμερα δεν έχει αποδειχθεί η ανάγκη αντιμετώπισης - με εκτεταμένο αγγειολογικό έλεγχο - ασυμπτωματικού ασθενούς με προηγηθείσα BRAO

### Παρακολούθηση των ασθενών

- θα πρέπει να ελέγχεται από την έκταση της αμφιβληστροειδικής ή οφθαλμικής νεοαγγείωσης λόγω ισχαιμίας. Οι ασθενείς με μεγαλύτερη ισχαιμία απαιτούν συχνότερο έλεγχο.
- Αρκετοί ασθενείς με αμφιβληστροειδικές αγγειακές νόσους θα χάσουν σημαντική όραση παρά τις διάφορες μεθόδους αντιμετώπισης και θα πρέπει να παραπέμπονται στις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες και κέντρα οπτικής αποκατάστασης



## Φλεβικές Θρομβώσεις Αμφιβληστροειδούς (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία)

### Αρχική Κλινική Εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- Οφθαλμολογικό ιστορικό (π.χ., γλαύκωμα, άλλες οφθαλμολογικές διαταραχές, οφθαλμικές ενέσεις, χειρουργική επέμβαση, συμπεριλαμβανομένης θεραπείας αμφιβληστροειδούς με λέιζερ, χειρουργική επέμβαση καταρράκτη, διαθλαστική επέμβαση)
- Θέση και διάρκεια της απώλειας όρασης
- Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή
- Συστηματικό ιστορικό (π.χ. συστηματική υπέρταση, διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, καρδιαγγειακή νόσος, άπνοια ύπνου, διαταραχές της πήξης, θρομβοπάθειες και πνευμονική εμβολή)

### Κλινική Εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- Οπτική οξύτητα
- Μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία για την ανίχνευση νεοαγγείωσης
- Εξέταση μυδρίασης του περιφερικού αμφιβληστροειδούς με έμμεση οφθαλμοσκόπηση
- Γωνιοσκοπία πριν από τη διαστολή της κόρης, ιδίως σε περιπτώσεις ισχαιμικών θρομβώσεων αμφιβληστροειδούς (CRVO), όταν η ΕΟΠ είναι αυξημένη, ή όταν κίνδυνος νεοαγγείωσης της ίριδας είναι υψηλός
- Διοφθαλμική βυθοσκοπική αξιολόγηση του οπίσθιου πόλου

### Διαγνωστικές Εξετάσεις

- Έγχρωμη φωτογραφία βυθού για να τεκμηριώνει τα ευρήματα του αμφιβληστροειδούς
- Αγγειογραφία φλουορεσκεϊνής για την αξιολόγηση του βαθμού αγγειακής απόφραξης
- Οπτική τομογραφία συνοχής για την ανίχνευση της ασθένειας ωχράς κηλίδας
- Υπερηχογράφημα (π.χ., όταν υπάρχει αιμορραγία του υαλοειδούς)

### Διαχείριση φροντίδας

- Καλύτερη πρόληψη είναι η επιθετική διαχείριση των παραγόντων κινδύνου με τη βελτιστοποίηση του ελέγχου του σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας (I +, GQ, SR)
- Οι συμμετέχοντες που έλαβαν θεραπεία με 4 mg κορτικοστεροειδή είχαν υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης καταρράκτη, χειρουργικής επέμβασης καταρράκτη, και αυξημένης ΕΟΠ, δείχνοντας μια προτίμησή για δόση 1-mg δόση (I ++, GQ, SR)
- Πολλαπλές μελέτες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα των παραγόντων αντι-VEGF στη θεραπεία του οιδήματος της ωχράς κηλίδας που σχετίζεται με BRVO (I ++, GQ, SR)
- Τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα των παραγόντων αντι-VEGF στη θεραπεία του οιδήματος της ωχράς κηλίδας που σχετίζονται με CRVO (I ++, GQ, SR)
- Οι αντισηπτικές σταγόνες Betadine και ένα κάτοπτρο συνιστάται κατά τη διάρκεια όλων των ενδοϋαλώδων ενέσεων (III, MQ, DR)
- Η ενδοϋαλώδους τριαμκινόλη, η δεξαμεθαζόνη, και άλλα κορτικοστεροειδή έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά για το οίδημα της ωχράς κηλίδας που σχετίζεται με CRVO, αλλά υπάρχει ακόμη σχετικός κίνδυνος για καταρράκτη και γλαύκωμα (I +, GQ, SR)
- Η αγωγή με λέιζερ παραμένει μια βιώσιμη θεραπεία για τα μάτια με BRVO, ακόμη και αν η διάρκεια της ασθένειας είναι μεγαλύτερη από 12 μήνες (I +, GQ, SR)
- Τοπική παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία επίσης συνιστάται για νεοαγγείωση όταν εμφανίζονται επιπλοκές, όπως αιμορραγία του υαλώδους ή νεοαγγείωση ίριδας (I+, GQ, SR)
- Οφθαλμίατροι που φροντίζουν ασθενείς με αγγειακή θρόμβωση του αμφιβληστροειδούς θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με συγκεκριμένες συστάσεις των σχετικών κλινικών δοκιμών λόγω της πολυπλοκότητας της διάγνωσης και της θεραπείας (I ++, GQ, SR)

### Παρακολούθηση των ασθενών

- Ο οφθαλμίατρος πρέπει να παραπέμπει τους ασθενείς με RVO σε ένα γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας για την κατάλληλη διαχείριση της συστημικής κατάστασή τους και να κοινοποιούν τα αποτελέσματα στο γιατρό που αναλαμβάνει τη συνεχή φροντίδα του ασθενούς (I +, GQ, SR)
- Ο πρωτογενής φορέας παροχής φροντίδας και ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθούν για τον κίνδυνο που μπορεί να υπάρξει και στο άλλο μάτι (I +, MQ, SR)
- Οι ασθενείς των οποίων η κατάσταση δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία και όταν δεν είναι διαθέσιμη περαιτέρω θεραπεία, θα πρέπει να παρέχονται με την επαγγελματική υποστήριξη και θα πρέπει να παρέχεται επαγγελματική υποστήριξη και να χορηγείται παραπεμπτικό για συμβουλευτική, αποκατάσταση της όρασης ή κοινωνικές υπηρεσίες, ανάλογα με την περίπτωση (I ++, GQ, SR).



## **Αποποίηση Ευθυνών σχετικά με την ελληνική μετάφραση των Summary Benchmarks.**

Η παρούσα έκδοση αποτελεί μετάφραση της έκδοσης της Αμερικανικής Ακαδημίας Οφθαλμολογίας με τίτλο *Summary Benchmarks*. Η παρούσα μετάφραση αντικατοπτρίζει την άσκηση της οφθαλμολογικής ειδικότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι την ημερομηνία της πρωτότυπης έκδοσης και πιθανόν να περιλαμβάνει ορισμένες αλλαγές ώστε να παρουσιάζεται ορθότερα η παραπάνω σε εθνικό επίπεδο. Η μετάφραση αυτή στην ελληνική γλώσσα δεν πραγματοποιήθηκε από την Αμερικανική Ακαδημία Οφθαλμολογίας, η οποία και αποποιείται οποιασδήποτε ευθύνης για αλλαγές, λάθη, παραλείψεις και πιθανές μεταφραστικές ασάφειες. Η Ακαδημία διαθέτει το παρόν υλικό αποκλειστικά για εκπαιδευτικούς σκοπούς. Οι παρεχόμενες πληροφορίες δεν έχουν στόχο να αποτελέσουν τη μοναδική ή καλύτερη μέθοδο ή επέμβαση για κάθε μεμονωμένο περιστατικό ή να αντικαταστήσουν την κρίση του εκάστοτε ιατρού ή να αποτελέσουν συγκεκριμένες συμβουλές για τη διαχείριση του εκάστοτε περιστατικού. Ενδείξεις, αντενδείξεις, παρενέργειες και εναλλακτικοί παράγοντες για κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα ή επέμβαση δεν υπόκεινται στο αντικείμενο του παρόντος υλικού. Όλες οι πληροφορίες και προτάσεις θα πρέπει να πιστοποιούνται πριν την εφαρμογή τους με τις τρέχουσες πληροφορίες που συμπεριλαμβάνονται στις εργοστασιακές προδιαγραφές και σε άλλες ανεξάρτητες πηγές και πάντα με βάση την πάθηση και το ιστορικό του εκάστοτε ασθενούς. Η Ακαδημία αποποιείται κάθε ευθύνης για τραυματισμό ή άλλου είδους ζημιά, λόγω αμέλειας και μη, όπως και για οποιονδήποτε ισχυρισμό μπορεί να προκύψει από τη χρήση οποιασδήποτε σύστασης ή άλλης πληροφορίας περιλαμβάνεται στο παρόν εγχειρίδιο.

### **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.