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 abilitățile 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

Degenerescenţa Maculară Legată de Vârstă (Evaluare iniţială şi Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)
- Simptome (metamorfopsii, scăderea acuităţii vizuale) *(II–, GQ, SR)*
- Medicamente şi suplimente alimentare *(II+, GQ, SR)*
- Anamneza afecţiunilor ocular *(II+, GQ, SR)*
- Antecedente personale sistemice (orice reacţie de hipersensibilitate)
- Antecedente heredocolaterale, în special membrii familiei cu DMLV *(II+, GQ, SR)*
- Condiţii de viaţă şi muncă, în special fumatul. *(III, GQ, SR)*

Examinarea oftalmologică iniţială (Elemente cheie)
- Acuitate vizuală *(II++, GQ, SR)*
- Examinare stereo biomicroscopică a maculei *(III, GQ, SR)*

Teste de diagnostic
Tomografia în coerenţă optică este importantă în diagnosticul şi urmărirea pacienţilor cu DMLV, în special pentru vizualizarea lichidului subretinian şi îngroşării retiniene *(III, GQ, SR)*. OCT-ul este o metodă de vizualizare a retinei sub formă de secţiuni, ce nu este posibilă prin alte mijloace imagistice. Poate depista prezenţa lichidului care nu vizibil la examenul biomicroscopic al fundului de ochi. Evaluează de asemenea, răspunsul retinei şi al EPR la terapie, prin vizualizarea modificărilor structurale. *(II+, GQ, SR)*

Angiografia cu fluoresceină a fundului de ochi cu injectare intravenoasă pentru determinarea stadiului clinic, este indicată:
- Când pacientul relatează prezenţa de noi metamorfopsii
- Când pacientul prezintă vedere în ceaţă inexplicabilă
- Când examenul oftalmologic ne dezvăluie elevaţia EPR sau a retinei, hemoragie subretiniană, exudate dure sau fibroză subretiniană *(II–, GQ, SR)*
- Pentru a detecta prezenţa sau pentru a determina întinderea, tipul, mărimea şi locaţia NVC şi pentru a calcula procentul leziunii compuse sau care conţine NVC clasic *(III, IQ, DR)*
- Pentru a ghida tratamentul (fotocoagulare laser sau verteporfină PDT) *(III, IQ, DR)*
- Pentru a detecta NVC persistentă sau recurentă în urma tratamentului *(III, IQ, DR)*
- Pentru a ajuta la determinarea cauzei care a dus la pierderea vederii şi nu a putut fi explicată în urma examenului oftalmologic *(III, IQ, DR)*

Fiecare unitate în care se realizează angiografie trebuie să aibă un plan de îngrijire, sau un plan în caz de urgenţă, cu un protocol care să minimizeze riscul şi eventualele complicaţii. *(III, GQ, SR)*

Urmărire şi istoric
- Simptome vizuale, incluzând scăderea acuităţii vizuale şi metamorfopsiile *(II–, GQ, SR)*
- Schimbări ale medicamentelor şi ale suplimentelor alimentare *(III, GQ, SR)*
- Anamneza afecţiunilor ocular şi sistemice între examinări *(II+, GQ, SR)*
- Schimbări ale condiţiilor de viaţă şi muncă, în special fumatul *(III, GQ, SR)*

Urmărirea oftalmologică
- Acuitate vizuală *(III, GQ, SR)*
- Examinare biomicroscopică a fundului de ochi *(III, GQ, SR)*

Urmărirea după tratamentul formei neovasculare a DMLV
- Pacienţii care au urmat tratament cu injecţii intravitreene cu aflibercept, ranibizumab, bevacizumab, vor fi examinaţi la aproximativ 4 săptămâni după tratament *(III, GQ, SR)*
- Se examinează şi se efectuează o angiografie cu fluoresceină din 3 în 3 luni, timp de aproximativ 2 ani, la pacienţii care au urmat tratament cu verteporfină PDT
- Pacienţii care au beneficiat de fotocoagulare laser se examinează la aproximativ 2-4 săptămâni după tratament şi apoi la 4-6 săptămâni *(III, GQ, SR)*
- OCT, angiografia cu fluoresceină şi retinografia trebuie să fie realizate când au indicaţie clinică. Examinările subsecvente trebuie efectuate în funcţie de simptomele clinice şi în funcţie de indicaţiile medicului oftalmolog curant *(III, GQ, SR)*

Informarea pacientului (educarea)
- Educarea pacienţilor în legătură cu prognosticul şi potenţialele beneficii ale tratamentului în funcţie de starea oftalmologică şi funcţională a acestuia *(III, GQ, SR)*
- Încurajarea pacienţilor care au o formă incipientă de DMLV, să meargă la controale regulate ale fundului de ochi, pentru a putea determina din timp formele intermediare de DMLV
- Educarea pacienţilor, care au o formă de risc înalt al fenotipului de DMLV, în legătură cu metodele noi de determinare a NVC şi adresarea precoce la medical oftalmolog *(III, GQ, SR)*
- Instruirea pacienţilor cu DMLV unilaterală să îşi monitorizeze acuitatea vizuală la celalalt ochi şi să revină periodic, în absenţa simptomelor, la un consult oftalmologic de rutină sau de urgenţă în cazul apariţiei unor noi simptome sau la agravarea celor existente *(III, GQ, SR)*
- Instruirea pacienţilor să raporteze simptomele sugestive pentru o endoftalmită, incluzând durerea sau jena oculară, înroşirea ochiului, vederea scăzută sau în ceaţă, sensibilitatea crescută la lumină sau creşterea bruscă a numărului de flocoane vitreene *(III, GQ, SR)*
- Încurajarea pacienţilor să renunţe la fumat deoarece există studii care susţin relaţia cauzală între fumat şi DMLV şi existenţa altor beneficii pentru sănătate *(I++, GQ, SR)*
- Redirecţionarea pacienţilor cu funcţie vizuală redusă pentru reabilitarea vederii (vezi www.aao.org/smart-sight-low-vision) şi pentru servicii sociale *(III, GQ, SR)*

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

Degenerescenţa Macular Legată de Vârstă (Recomandări de conduită)

Recomandările tratamentului şi planul de reexaminări pentru DMLV

Tratamentul recomandat	Diagnostice eligibile pentru tratament	Recomandările la reexaminări
Observaţii în absenţa terapiilor medicamentoase sau chirurgicale	Fără semne clinice de DMLV (AREDS categoria 1) DMLV în faza incipientă (AREDS categoria 2) DMLV forma avansată cu atrofie geografică subfoveolară bilaterală sau cicatrici disciforme	Aşa cum se recomandă în Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation. Examinarea de control la 6 până la 24 luni dacă este asimptomatic sau control de urgenţă în caz de simptome noi sugestive pentru NVC. Examinare de control între 6 şi 24 luni dacă este asimptomatic sau control de urgenţă în caz de simptome noi sugestive pentru NVC. Angiografia cu fluoresceină sau retinofotografia nu se efectuează decât în cazul în care pacientul este simptomatic.
Suplimente cu vitamine antioxidanţi şi minerale după cum se recomandă în raporturile AREDS	DMLV forma intermediară (AREDS categoria 3) DMLV forma avansată doar la un ochi (AREDS categoria 4)	Monitorizarea monoculară a vederii de aproape (citit/grilă Amsler) Examinare de control între 6 şi 24 luni dacă este asimptomatic sau control de urgenţă în caz de simptome noi sugestive pentru NVC. Retinofotografie, după caz. Angiografie cu fluoresceină dacă există dovezi ale unui edem sau alte semne şi simptome de NVC
Injecţii intravitreene cu ranibizumab 2.0 mg după recomandările din literatura de specialitate	NVC subfoveolar	Pacienţii trebuie instruiţi să anunţe urgent orice simptom sugestiv pentru endoftalmită, incluzând durerea sau jena oculară, înroşirea ochiului, vederea scăzută sau în ceaţă, sensibilitatea crescută la lumină sau creşterea bruscă a numărului de flocoane vitreene. Examinare de control la aproximativ 4 săptămâni după tratament; următoarea reexaminare depinde de descopeririile clinice şi de indicaţiile medicul oftalmolog curant. Monitorizarea monoculară a vederii de aproape (citit/grilă Amsler).
Injecţii intravitreene cu bevacizumab 1.25 mg după cum sunt descrise în rapoartele publicate. Medicul oftalmolog trebuie să furnizeze consimţământul informat corespunzător cu statutul off-label	NVC subfoveolar	Pacienţii trebuie instruiţi să anunţe urgent orice simptom sugestiv pentru endoftalmită, incluzând durerea sau jena oculară, înroşirea ochiului, vederea scăzută sau în ceaţă, sensibilitatea crescută la lumină sau creşterea bruscă a numărului de flocoane vitreene. Examinare de control la aproximativ 4 săptămâni după tratament; următoarea reexaminare depinde de descoperirile clinice şi de indicaţiile medicul oftalmolog curant. Monitorizarea monoculară a vederii de aproape (citit/grilă Amsler).
Injecţii intravitreene cu pegaptanib sodium 0.5 mg după recomandările din literatura de specialitate	NVC subfoveolară,	Pacienţii trebuie instruiţi să anunţe urgent orice simptom sugestiv pentru endoftalmită, incluzând durerea sau jena oculară, înroşirea ochiului, vederea scăzută sau în ceaţă, sensibilitatea crescută la lumină sau creşterea bruscă a numărului de flocoane vitreene. Examinare de control pentru repetarea tratamenului o dată la 4 săptămâni după cum este indicat. Monitorizarea monoculară a vederii de aproape (citit/grila Amsler).
PDT cu verteporfină după cum este recomandat în rapoartele TAP şi VIP	NVC subfoveolară, nouă sau recurentă, unde componenta clasică este >50% din leziune şi întreaga leziune este ≤5400 microni din diametru cel mai mare. NVC ascunsă poate fi considerată pentru PDT cu vedere < 20/50 sau dacă NVC este < 4 MPS din suprafaţa discului când vederea este >20/50.	Examinare de control aproximativ din 3 în 3 luni până la stabilizare, cu repetarea tratamentului după cum este indicat. Monitorizarea monoculară a vederii de aproape (citit/grilă Amsler).
Fotocoagulare laser aşa cum este recomandat în rapoartele MPS	NVC clasic extrafoveolară, nouă sau recurentă. Poate fi considerată pentru NVC juxtapapilar	Examinare de control pentru angiografie cu fluoresceină la aproximativ 2 - 4 săptămâni după tratament şi apoi la 4-6 săptămâni, ulterior în funcţie de descopeririile clinice şi angiofluorografice. Repetarea tratamentului după cum este indicat. Monitorizarea monoculară a vederii de aproape (citit/grilă Amsler).

AMD = Degenerarea macular legată de vârstă; AREDS = Studiul privind bolile oculare legate de vârstă; NVC = Neovascularizarea coroidală; MPS = Studiul fotocoagulării maculare; PDT = Terapia fotodinamică; TAP = Tratamentul degenerării maculare legate de vârstă cu terapie fotodinamică; VIP = Verteporfin în terapia fotodinamică.

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

Retinopatia diabetică (Evaluare iniţială şi Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)
- Durata diabetului zaharat *(II++, GQ, SR)*
- Controlul glicemic (hemoglobina A1c) *(II++, GQ, SR)*
- Medicaţia curentă *(III, GQ, SR)*
- Antecedentele personale patologice (obezitate, afecţiuni renale, hipertensiune arterială, lipidele serice, sarcină) *(II++, GQ, SR)*
- Istoricul afecţiunilor oculare *(III, GQ, SR)*

Examen oftalmologic iniţial (Elemente cheie)
- Acuitatea vizuală *(III, GQ, SR)*
- Examenul biomicroscopic
- Măsurarea tensiunii intraoculare *(III, GQ, SR)*
- Gonioscopie înainte de dilatare, atunci când este indicată (pentru neovascularizaţie iriană sau tensiune intraoculară crescută) *(III, GQ, SR)*
- Examinarea pupilară
- Examinarea fundului de ochi (cu pupila în midriază), incluzând examinarea stereoscopică a polului posterior *(III, GQ, SR)*
- Examinarea retinei periferice şi a vitrosului, preferabil efectuată prin oftalmoscopie indirectă sau la biomicroscop *(III, GQ, SR)*

Diagnostic
- Clasificarea ambilor ochi după categorii şi în funcţie de severitatea retinopatiei diabetice, cu prezenţa/absenţa edemului macular diabetic clinic semnificativ (EMDCS). Fiecare categorie are un risc inerent de progresie.

Urmărire
- Simptome vizuale *(II+, GQ, SR)*
- Statusul sistemic (sarcină, tensiunea arterială, colesterolul seric, statusul renal) *(III, GQ, SR)*
- Statusul glicemic (hemoglobina A1c) *(III, GQ, SR)*

Examenul oftalmologic de urmărire
- Acuitate vizuală *(III, GQ, SR)*
- Măsurarea tensiunii intraoculare *(III, GQ, SR)*
- Examen biomicroscopic cu examinarea irisului *(III, GQ, SR)*
- Gonioscopie (preferabilă înaintea dilatării, dacă este suspectată sau prezentă o neovascularizaţie iriană sau dacă tensiunea intraoculară este crescută) *(III, GQ, SR)*
- Examinarea stereoscopică a polului posterior după dilatarea pupilelor *(III, GQ, SR)*
- Examinarea retinei periferice şi a vitrosului când prezintă indicaţii *(III, GQ, SR)*
- OCT când este indicat *(III, GQ, SR)*

Teste auxiliare
- Tomografia în coerenţă optică este folosită pentru a cuantifica grosimea retiniană, edemul macular, pentru a identifica tracţiunea vitreo-maculară şi pentru a diagnostica alte afecţiuni maculare la pacienţii cu edem macular diabetic *(III, IQ, DR)*. Decizia de a repeta injectarea cu agenţi anti-VEGF, de a schimba agenţii terapeutici (ex. corticosteroizii intraoculari), de a iniţia tratamentul laser şi de a lua în considerare vitrectomia, este bazată pe aspectul OCT.
- Retinofotografia este utilă pentru a documenta prezenţa neovascularizaţiei la nivelul discului, sau în altă zonă, răspunsul la tratament şi nevoia unui tratament adiţional la următoarele consulturi. *(III, IQ, DR)*
- Angiografia cu fluoresceină este folosită ca un ghid pentru tratarea EMDCS și ca un mijloc de a evalua cauza(ele) unei acuităţi vizuale scăzute inexplicabil *(III, IQ, DR)*. Angiografia poate identifica capilarele maculare neperfuzate sau sursa unui leakage capilar, care duce la apariţia edemului macular. *(III, IQ, DR)*
- Angiografia cu fluoresceină nu este indicată de rutină la examinarea pacienţilor cu diabet. *(III, GQ, SR)*
- Ecografia poate evalua, în prezenţa hemoragiei vitreene sau a altor opacităţi, extinderea şi severitatea tracţiunii vitreoretiniene mai ales la ochii diabetici *(III, GQ, SR)*

Informarea pacientului
- Se discută rezultatele examinării şi implicaţiile.
- Încurajarea pacienţilor cu diabet, dar fără retinopatie diabetică, să meargă anual la un examen de fund de ochi (cu pupila în midriază). *(II++, GQ, SR)*
- Informarea pacienţilor în legătură cu eficacitatea tratamentului pentru retinopatia diabetică, recomandarea fiind să se facă precoce, chiar dacă vederea este bună şi nu există simptome oculare.
- Informarea pacienţilor despre importanţa menţinerii unei glicemii în limite normale, a unei tensiuni arteriale cât mai bune şi un nivel cât mai scăzut al lipidelor serice. *(III, GQ, SR)*
- Diagnosticul oftalmologic trebuie comunicat atât medicului de familie, endocrinologului cât şi medicului internist. *(III, GQ, SR)*
- Furnizarea pacienţilor ale căror condiţii medicale nu răspund intervenţiilor chirurgicale şi pentru care tratamentul viitor este indisponibil, suport profesional adecvat şi oferirea recomandărilor pentru consiliere, reabilitare sau servicii sociale după caz. *(III, GQ, SR)*
- Redirecţionarea pacienţilor cu funcţie vizuală redusă pentru reabilitarea vederii (vezi www.aao.org/smart-sight-low-vision şi servicii sociale. *(III, GQ, SR)*

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

Retinopatia diabetică (Recomandări de conduită)

Managementul recomandărilor pentru pacienţii cu diabet

Severitatea retinopatiei	Prezenţa edemului macular	Urmărire (luni)	Fotocoagulare laser panretiniană (Scatter)	Laser grid şi/sau focal*	Injectare intravitreană cu agenţi anti-VEGF
RDNP minimă sau normală	Nu	12	Nu	Nu	Nu
RDNP uşoară	Nu	12	Nu	Nu	Nu
	EMD	4-6	Nu	Nu	Nu
	EMDCS†	1*	Nu	Câteodată	Câteodată
RDNP moderată	Nu	12‡	Nu	Nu	Nu
	EMD	3-6	Nu	Nu	Nu
	EMDCS†	1*	Nu	Câteodată	Câteodată
RDNP severă	Nu	4	Uneori	Nu	Nu
	EMD	2-4	Uneori	Nu	Nu
	EMDCS†	1*	Uneori	Câteodată	Câteodată
RDP fără risc crescut	Nu	4	Uneori	Nu	Nu
	EMD	2-4	Uneori	Nu	Nu
	EMDCS†	1*	Uneori	Câteodată	Câteodată
RDP cu risc crescut	Nu	4	Recomandat	Nu	La alegere [1,2]
	EMD	4	Recomandat	Câteodată	Uzual
	EMDCS†	1*	Recomandat	Câteodată	Uzual

Anti-VEGF= anti factor de creştere vasculară endotelială; EMDCS = edem macular diabetic clinic semnificativ; RDNP = retinopatie diabetică neproliferativă; RDP= retinopatie diabetică proliferativă

* Tratamentul adjuvant care poate fi luat în considerare include corticosterioizi intravitreeni sau agenţi anti-VEGF (folosire off-label cu excepţia ranibizumab). Datele de la Diabetic Retinopathy Clinical Research Network din 2011 demonstrează că, după 2 ani de urmărire, ranibizumabul intravitreean cu tratament laser aplicat prompt sau amânat a avut ca rezultat o îmbunătăţire a acuităţii vizuale, la fel şi triamcinolonul acetonid intravitreean asociat cu tratament laser a dus la o îmbunătăţire a acuităţii vizuale la ochii cu pseudofak, în comparaţie cu ochii trataţi doar cu laser. Pacienţii la care se injectează ranibizumab intravitrean pot fi reexaminaţi la o lună după injecţie.

† Excepţiile includ: hipertensiune sau retenţie de fluide asociate cu insuficienţă cardiacă, insuficienţă renală, sarcină sau orice altă cauză care poate agrava edemul macular. Amânarea fotocoagulării laser pentru a face o scurtă perioadă tratamentul medical, poate fi recomandată în aceste cazuri. De asemenea, se poate amâna tratamentul EMDCS, atunci când centrul maculei nu este afectat, acuitatea vizuală este bună, pacientul înţelege riscurile şi revine în scurt timp la control.

‡ Sau la intervale mai scurte dacă apar semne de RDNP severă

Referinţe:

1. Writing Committee for the Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. Panretinal photocoagulation vs intravitreous ranibizumab for proliferative diabetic retinopathy:a randomized clinical trial. JAMA 2015;314:2135-6

2. Olsen Tw. Anti-VEGF Pharmacotherapy as an Alternative to Panretinal Laser Photocoagulation for Proliferative Diabetic Retinopathy JAMA 2015 314:213

.

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

(Evaluare iniţială şi Tratament)

Anamneza (Elemente cheie)
- Istoricul afecţiunilor oculare (ex., decolare posterioară de vitros, uveită, rupturi retiniene, ocluzii venoase retiniene, retinopatie diabetică proliferativă, afecţiuni inflamatorii oculare, leziuni recente în recuperare)
- Durata simptomelor (ex., metamorfopsii, dificultăţi ale vederii binoculare şi diplopie)
- Rasa/etnie
- Istoricul antecedentelor sistemice

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)
- Acuitatea vizuală
- Măsurarea TIO
- Examenul biomicroscopic al segmentului anterior
- OCT de tip spectral domain pentru a diagnostica modificările maculare sau retiniene (ex., proliferarea epiteliului pigmentar retinian şi/sau a celulelor retiniene gliale) *(III, GQ, SR)*
- Identificarea materialului matricial extracelular, laminocitelor, şi/sau a celulelor vitreene
- MER şi TVM se asociază împreună frecvent (modificările OCT în TVM sunt asemănătoare, dar hialoida posterioară rămâne parţial ataşată de maculă)
- Angiofluorografia poate fi de ajutor în evaluarea MER şi/sau TVM, precum şi în alte patologii retiniene asociate

Management
- Decizia de a interveni chirurgical la pacienţii cu MER/TVM depinde de obicei de severitatea simptomelor, în special de impactul asupra activităţilor zilnice
- Pacienţii trebuie informaţi ca majoritatea MER vor rămâne stabile şi nu necesită tratament *(GQ, SR)*
- Pacienţii trebuie informaţi că există o procedură chirurgicală care ar avea succes dar, care ar putea duce la agravarea simptomelor sau la scăderea acuităţii vizuale *(GQ, SR)*
- Riscurile versus beneficiile vitrectomiei trebuie discutate. Riscurile includ cataracta, rupturi retiniene, dezlipire de retină şi endoftalmita

Chirurgia şi îngrijirea postoperatorie
- Vitrectomia este de obicei indicată la pacienţii cu scădere a acuităţii vizuale, metamorfopsii şi diplopie *(II, MQ, DR)*
- Starea pacienţilor fără vitrectomie nu se îmbunătăţeşte atunci când zona de TVM este întinsă (>1500 µm), când există şi patologii asociate cu decolarea retinei, sau când acuitatea vizuală la prezentare este scăzută *(III, IQ, DR)*
- Vitrectomia pentru MER sau TVM duce de obicei, la îmbunătăţirea acuităţii vizuale întrucât straturile externe ale retinei, zona elipsoidă, segmentul extern al fotoreceptorilor , se pot normaliza postoperator *(III, IQ, DR)*
- Pacienţii cu MER trebuie infomaţi că este puţin probabil ca ocriplasmina intravitreană să fie un tratament eficient *(III, GQ, SR)*
- Hipotonia şi TIO crescute pot fi complicaţii ale vitrectomiei şi trebuie ca TIO să fie monitorizată postoperator
- Pacienţii trebuie examinaţi postoperator la o zi şi apoi la 1-2 săptămâni după intervenţie, sau mai devreme dacă apar simptome noi, sau dacă la examinarea postoperatorie apar modificări *(GQ, SR)*

Educarea pacienţilor şi urmărirea
- Comparând imaginile OCT-urile între ochiul afectat şi ochiul normal poate ajuta pacientul să înţeleagă afecţiunea de care suferă
- Pacienţii trebuie încurajaţi să îşi testeze periodic vederea centrală monoculară, pentru a observa dacă apar schimbări în timp, spre exemplu scotoame centrale de dimensiuni mici *(GQ, SR)*
- Pacienţii trebuie informaţi să se prezinte repede la oftalmolog dacă au simptome ca: accentuarea miodezopsiilor, defecte de câmp vizual, metamorfopsii, sau scăderea acuităţii vizuale *(III, GQ, SR)*

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

Gaura maculară idiopatică (Evaluare inițială și Tratament)

Anamneza (Elemente cheie)

- Durata simptomelor *(III, GQ, DR)*
- Antecedente patologice oculare: glaucom sau alte afecțiuni oculare preexistente, traumatisme, intervenții chirurgicale sau alte tratamente; privitul prelungit la soare *(III, GQ, DR)*
- Medicație ce poate fi corelată cu apariția
- chistelor maculare *(III, GQ, DR)*

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)

- Acuitate vizuală *(III, GQ, SR)*
- Examinarea biomicroscopică cu lampa cu fantă a maculei și a interfeței vitreo-retiniene *(III, GQ, SR)*
- Examinarea periferică retiniană *(III, GQ, SR)*

Managementul găurii maculare – recomandări

Stagiu	Management	Urmărire
1 - A și 1 - B	Urmărire	La fiecare 2-4 luni în absența simptomatologiei Reevaluare la apariția de noi simptome
2	Tratament chirurgical*	La 1-2 zile post-operator, apoi la 1-2 săptămâni Frecvența și momentul următoarelor reevaluări depind de rezultatul chirurgical și de simptomatologia pacientului Dacă nu se recurge la chirurgie, urmărire la 2-4 luni
2	Vitreopharmacolysis┼	Urmărirea la o săptămână și 4 săptămâni sau cu noi simptome (adică simptome de detașare a retinei)
3 - 4	Tratament chirurgical	La 1-2 zile post-operator, apoi la 1-2 săptămâni Frecvența și momentul următoarelor reevaluări depind de rezultatul chirurgical și de simptomatologia pacientului

*Chiar dacă se recurge de obicei la tratament chirgical, urmărirea fără chirurgie este de asemenea adecvată

┼ Deși ocriplasminul a fost aprobat de către U.S Food and Drug Administration Pentru adeziunea vitreomaculară, utilizarea sa pentru tratamentul orificiului macular idiopatic fără tracțiune sau aderență vitreomaculară ar fi în prezent considerată în afara utilizării etichetei.

Tratamentul chirurgical și îngrijirea post-operatorie, în cazul în care se recurge la terapie

- Informarea pacientului cu privire la riscurile relative, beneficii și alternative la chirurgie, precum și necesitatea utilizării gazelor expansibile intraocular sau adoptarea unei poziții adecvate post-operator *(III, GQ, SR)*
- Formularea și informarea pacientului asupra unui plan de îngrijire post-operator *(III, GQ, SR)*
- Informarea pacienților cu glaucom asupra posibilității creșterii TIO perioperator *(III, GQ, SR)*
- Examinarea post-operatorie la 1-2 zile și apoi la 1-2 săptămâni după operaţie *(III, GQ, DR)*

Educarea pacientului

- Informarea pacientului de a anunța imediat oftalmologul la apariția unor simptome precum: creșterea în densitate a miodezopsiilor, o pierdere a câmpului vizual sau o scădere a acuității vizuale *(III, GQ, SR)*
- Informarea pacientului asupra evitării transportului aerian, altitudinilor înalte și anesteziei generale cu oxid de azot până când tamponamentul cu gaz este aproape resorbit *(III, GQ, SR)*
- Informarea pacienților cu GM de riscul de 10-20% de a dezvolta afecțiunea și la ochiul congener, în special în cazul în care hialoida posterioară rămâne atașată de retina *(III, GQ, SR)*
- Îndrumarea pacienților cu deficit vizual debilitant post-operator către servicii de reabilitare vizuală (vezi www.aao.org/smart-sight-low-vision) și socială *(III, GQ, SR)*

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

Decolarea posterioară de vitros, rupturi retiniene și degenerescență retiniană periferică tip lattice (Evaluare inițială și Tratament)

Anamneza (Elemente cheie)
- Simptomatologie DPV *(II+, GQ, SR)*
- Antecedente heredo-colaterale *(II-, GQ, SR)*
- Istoric de traumatism ocular *(III, GQ, SR)*
- Miopie *(II+, GQ, SR)*
- Chirurgie oculară în antecedente inclusiv schimbarea cristalinului în scop refractiv și chirurgia cataractei *(II++, GQ, SR)*

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)
- Evaluarea câmpurilor vizuale şi identificarea defectului relativ pupilar *(III, GQ, SR)*
- Examinarea vitrosului pentru decelarea de semne precum hemoragia, decolarea sau existența de celule pigmentate *(II+, GQ, SR)*
- Examinarea retinei periferice cu indentație sclerală; metoda preferată de evaluare a patologiei periferice vitreo-retiniene este oftalmoscopia indirectă combinată cu indentația sclerală *(III, GQ, SR)*

Testari auxiliare
- OCT-ul poate ajuta la evaluarea stadiului DPV
- Utilizarea ecografiei oculare în mod B dacă retina nu poate fi evaluată; se recomandă reevaluări frecvente în cazul în care nu se evidențiază nimic patologic *(III, IQ, DR)*

Tratamentul chirurgical și îngrijirea post-operatorie în cazul în care se optează pentru intervenție
- Informarea pacientului asupra riscurilor relative, beneficiilor și alternativelor la chirurgie *(III, GQ, SR)*
- Informarea pacientului asupra unui plan de urmărire post-operatorie *(III, GQ, SR)*
- Sfătuirea pacientului de a anunța imediat oftalmologul în cazul unor modificări substanțiale a simptomatologiei precum: apariția de noi miodezopsii sau pierdere de câmp vizual. *(II+, GQ, SR)*

Urmărire
- Simptomatologia vizuală *(III, GQ, SR)*
- Istoricul traumatismelor sau chirurgiei intraoculare *(III, GQ, SR)*

Examenul oftalmologic de urmărire
- Acuitate vizuală *(III, GQ, SR)*
- Evaluarea statusului vitrosului, cu o deosebită atenție acordată prezenței de pigment, hemoragiei sau sinerezisului *(III, GQ, SR)*
- Examinarea retinei periferice cu indentație sclerală *(III, GQ, SR)*
- OCT dacă este prezentă TVM *(III, GQ, SR)*
- Ecografie oculară în modul B în cazul opacizării mediilor *(III, GQ, SR)*

Educarea pacientului
- Informarea pacienților cu risc crescut de dezlipire de retină despre simptomatologia DPV şi a dezlipirii retiniene precum și importanța examinării periodice *(III, GQ, SR)*
- Instruirea tuturor pacienților cu risc crescut de dezlipire de retină, de a anunța imediat oftalmologul în cazul modificării bruște a simptomatologiei ca: creșterea în densitate a flocoanelor vitreene, pierdere de câmp vizual sau scăderea acuității vizuale *(II+, GQ, SR)*

Management terapeutic

Opțiuni de management

Tipul leziunii	Tratament*
Rupturi “în potcoavă” acute simptomatice	Tratament precoce
Rupturi operculate acute simptomatice	Tratamentul poate să nu fie necesar
Dializele acute simptomatice	Tratament precoce
Rupturi retiniene post-traumatice	De obicei se tratează
Rupturi “în potcoavă” asimptomatice	Pot fi urmărite fără tratament
Rupturi operculate asimptomatice	Tratamentul este rareori recomandat
Găuri rotunde atrofice asimptomatice	Tratamentul este rareori recomandat
Degenerescența lattice asimptomatică fără prezența de găuri	Nu se tratează decât atunci când DPV poate produce rupturi
Degenerescența lattice asimptomatică cu găuri	De obicei nu se tratează
Dializa retiniană asimptomatică	Nu există un consens asupra tratamentului; dovezi insuficiente pentru ghidarea terapeutică
Găuri atrofice, degenerescența lattice sau rupturi “în potcoavă” asimptomatice în ochiul congener	Nu există un consens asupra tratamentului; dovezi insuficiente pentru ghidarea terapeutică

DPV = decolare posterioară de vitros

*Nu există suficiente dovezi pentru a recomanda profilaxia rupturilor retiniene asimptomatice la pacienții ce urmează să fie operați de cataractă.

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

Ocluzia Arterei Centrale a Retinei şi a Arterei Oftalmice (Evaluare Iniţială şi Terapie)

Examen Iniţial (Elemente cheie)

- Examenul iniţial trebuie să includă toate aspectele unei evaluări medicale oftalmologice laborioase pentru adulţi (pentru detalii vezi Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation PPP), acordând atenţie specială elementelor patologice vasculare retiniene *(II+, MQ, SR)*
- Istoricul medical trebuie să includă o atenţie specială asupra patologiei şi simptomatologiei cu potenţial emboligen (de ex. simptome ischemice tranzitorii, hemiplegie, slăbiciune unilaterală, parestezii)
- Este necesar ca simptomele sugestive pentru Arterita cu Celule Gigante (ACG) să fie recunoscute (cefalee, sensibilitatea scalpului, stare de rău general, fatigabilitate, sensibilitate temporală, febră, istoric de polimialgie reumatică)

Examen Fizic (Elemente cheie)

- Acuitatea vizuală
- Determinarea TIO
- Biomicroscopie la lampa cu fantă
- Examinarea extremei periferii retiniene în oftalmoscopie indirectă, cu pupilele midriatice, pentru a determina prezenţa: hemoragiilor retiniene, exudatelor vătoase, embolilor retinieni, segmentării vaselor retiniene și a neovascularizației discului optic
- Gonioscopie (înaintea realizării midriazei farmacolgice), atunci când TIO este crescută sau când se suspicionează neovascularizație iriană
- Evaluarea defectului pupilar aferent relativ
- Examinarea biomicroscopică la lampa cu fantă a polului posterior

Teste Diagnostice

- Retinofotografie color şi aneritră
- Angiografie cu fluoresceină
- Tomografie în coerenţă optică
- Ultrasonografie în cazul unor opacităţi semnificative ale mediilor oculare

Conduită de Îngrijire

- Simptomatologia acută a ocluziei arterei oftalmice (OAO), a ACR sau a unui ram arterial al ACR reprezintă o urgenţă oftalmologicăşi necesită evaluare promtă
- Clinicienii trebuie să ia imediat în considerare ACG în cazul pacienţilor de 50 de ani sau peste
- În cazul ACG, medicul trebuie să iniţieze urgent corticoterapie sistemică pentru a preveni scăderea vederii la ochiul congener sau o obstrucţie vasculară în alt teritoriu (*I-/I+, GQ, SR)*
- La pacienţii diabetici este necesară monitorizarea atentă întrucât corticoterapia sistemică poate dezechilibra controlul glicemic

În funcţie de natura ocluziei retiniene, medicul oftalmolog trebuie să îndrume pacientul cu patologie vasculară retiniană la un centru potrivit.

- În cazul OAO sau OACR acute simptomatice de etiologie embolică, pacientul trebuie îndrumat imediat către cel mai apropiat centru de tratament al accidentelor vasculare cerebrale
- În prezent, în cazul pacienţilor asimptomatici care au suferit ocluzia unui ram arterial al ACR, nu există dovezi care să susţinăun tratament similar accidentului vascular cerebral

Urmărirea Pacientului

- Se vor urmări extinderea ischemiei retiniene şi apariţia neovascularizaţiei oculare ischemice. Pacienţii cu ischemie marcată necesită controale mai frecvente
- În ciuda numeroaselor opţiuni de tratament, mulţi pacienţi cu boală vasculară retiniană vor pierde substanţial în vedere şi vor trebui îndrumaţi către departamentele de reabilitare vizuală şi asistenţă socială

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

Ocluziile venoase retiniene (Evaluare iniţială şi Tratament)

Anamneza (Elemente cheie)
- Istoricul afecţiunilor oculare (ex., alte afecţiuni oftalmologice, injecţii oculare, chirurgie, tratamentul laser al retinei, chirurgia cataractei, chirurgia refractivă)
- Durata şi localizarea defectului de câmp vizual
- Medicaţia curentă
- Istoricul afecţiunilor sistemice (ex., hipertensiunea arterială, diabet, dislipidemia, bolile cardiovasculare, sindromul de apnee în somn, coagulopatiile, afecţiunile trombocitare şi embolia pulmonară)

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)
- Acuitatea vizuală
- Măsurarea TIO
- Examenul biomicroscopic pentru identificarea neovaselor iriene discrete
- Examinarea prin pupilă dilatată a extremei periferii retiniene cu oftalmoscopul indirect
- Gonioscopia se realizează înaintea dilatării pupilare; în special la cazurile cu OVCR, atunci când TIO este crescută sau când riscul de a dezvolta neovascularizaţie iriană este crescut
- Evaluarea retinoscopică binoculară a segmentului posterior

Teste de diagnostic
- Retinofotografii color pentru documentarea modificărilor retiniene
- Angiofluorografie pentru evaluarea gradului de ocluzie vasculară
- Tomografia în coerenţă optică pentru diagnosticarea afecţiunilor maculare
- Ecografie oculară (ex.,atunci când e prezentă hemoragia vitreană)

Conduita terapeutică
- Cea mai bună prevenţie este gestionarea factorilor de risc prin optimizarea controlului diabetului, hipertensiunii arteriale, dislipidemiei *(I+, GQ, SR)*
- Pacienţii care au primit doza de 4mg/kgc de corticosteroizi au un risc mai mare de a dezvolta cataractă, de a se opera de cataractă, TIO crescută, de aceea se preferă o doză mai mică de 1mg/kgc *(I++, GQ, SR)*
- Studii multiple au demonstrat eficienţa agenţilor anti-VEGF în tratamentul edemului macular asociat cu ocluzia de ram venos *(I++,GQ, SR)*
- Studii randomizate controlate au arătat eficienţa agenţilor anti-VEGF în tratamentul edemului macular cauzat de OVCR *(I++, GQ, SR)*
- La toate injecţiile intravitreene se recomandă aplicarea locală a soluţiilor cu betadină şi folosirea blefarostatului *(III, MQ, DR)*
- Injectarea intravitreană a triamcinolonului, dexametazonei şi a altor corticosteroizi s-a dovedit a fi eficientă în tratamentul edemului macular asociat OVCR, însă există riscul dezvoltării cataractei şi glaucomului *(I+, GQ, SR)*
- Tratamentul laser rămâne o opţiune chiar dacă durata afecţiunii depăşeşte 12 luni *(I+, GQ, SR)*
- Panfotocoagularea sectorială este recomandată pentru apariţia neovascularizaţiei atunci când se asociază complicaţii precum hemoragia vitreană sau neovascularizaţia iriană *(I+, GQ, SR)*
- Oftalmologii, ce îngrijesc pacienţi cu ocluzii retiniene vasculare, trebuie să fie familiarizaţi cu recomandările studiilor clinice, întrucât diagnosticarea şi tratamentul acestor pacienţi este complex *(I++, GQ, SR)*

Urmărirea pacienţilor
- Oftalmologul trebuie să îi recomande pacientului cu ORV consultul la un medic de specialitate internă, pentru un management adecvat al afecţiunilor sale sistemice şi de asemenea să comunice rezultatele tratamentului medicului care îl îngrijeşte *(I+, GQ, SR)*
- Riscul de a dezvolta afecţiunea şi la ochiul congener trebuie să fie comunicat atât pacientului cât şi medicului de familie *(I+, MQ, SR)*
- Pacienţii care nu răspund la tratament şi nu există alte alternative, trebuie să primească sprijin profesional şi consiliere, reabilitare vizuală şi servicii sociale adecvate *(I++, GQ, SR)*

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

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.