



TERCİH EDİLEN YAKLAŞIM MODELİ KILAVUZLARI İÇİN ÖZET KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMELER

Giriş

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

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

Tercih edilen yaklaşım modelleri bireysel kişi bakımı için değil, uygulama modeli için kılavuzluk sağlar.

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

Tercih edilen yaklaşım modeli kılavuzları bütün bireysel durumlarda uyulması gereken tıbbi standartlar değildir.

Akademi buradaki mevcut bilgilerin ve önerilerin kullanılmasından dolayı doğabilecek herhangi bir yaralanma ve hasarı, ihmalkarlık ve benzeri durumlarda oluşabilecek her türlü talebi ve yükümlülüğü özellikle reddetmektedir.

Her bir major hastalık durumu için öykü, fizik muayene ve yardımcı testleri ayrıca bakım yönetimi, izlem ve hasta eğitimini içeren öneriler özetlenmiştir. Her bir tercih edilen yaklaşım modeli için PUBMED ve Cochrane kütüphanesinde İngilizce yayınlanmış makalelerden ayrıntılı bir literatür taraması yapılmıştır. Sonuçlar, uzmanlar paneli tarafından değerlendirilmiş ve yeterli kanıt varlığında kanıtın gücünü gösteren bir orantıya verilerek önerilerin hazırlanması için kullanılmıştır.

Her bir çalışmayı değerlendirmek için, İskoçya Intercollegiate Guideline Network (SIGN) skalası kullanılmıştır. Her bir çalışmayı değerlendirmek için kullanılan kanıt tanımları ve seviyeleri aşağıdaki gibidir:

- I++: Yüksek kalitede meta-analizler, randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) sistematik derlemesi, veya çok düşük riskte önyargılı olabilecek randomize kontrollü çalışmalar
- I+: İyi yapılmış meta-analizler, randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) sistematik derlemesi, veya düşük riskte önyargılı olabilecek randomize kontrollü çalışmalar
- I-: Meta-analizler, randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) sistematik derlemesi, veya yüksek riskte önyargılı olabilecek randomize kontrollü çalışmalar
- II++: Yüksek kalitede, sistematik olgu-kontrollü veya kohort çalışmaları; çok düşük riskli kafa karıştırıcı veya önyargılı olabilecek ve ilişkili olma ihtimalinin yüksek olduğu, yüksek kalitede olgu-kontrollü veya kohort çalışmaları
- II+: Düşük riskli kafa karıştırıcı veya önyargılı olabilecek ve ilişkili olma ihtimalinin orta derecede olduğu, iyi düzenlenmiş, olgu-kontrollü veya kohort çalışmaları
- II-: Yüksek riskli kafa karıştırıcı veya önyargılı olabilecek ve ilişkili olma ihtimalinin rastlantısal olmadığı, olgu-kontrollü veya kohort çalışmaları
- III: Analitik olmayan çalışmalar (örn: olgu sunumu, olgu serisi)

Bakım tavsiyeleri, kanıt varlığına dayanarak oluşturulmuştur. Kanıt kalitesinin değerlendirilmesi, Tavsiye Değerlendirme, Geliştirme ve Ölçme Derecelendirmesi (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation –GRADE) ile aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

- İyi kalite (GQ): Yapılacak yeni çalışmaların, etki tahmini üzerindeki güveni değiştirmesi çok düşük ihtimal
- Orta kalite (MQ): Yapılacak yeni çalışmaların etki tahmini üzerine etkisi ve tahmini değiştirme ihtimali güvenimiz üzerinde önemli bir etkiye sahip
- Yetersiz kalite (IQ): Yapılacak yeni çalışmalar, etkinin tahmini belirsiz

TERCİH EDİLEN YAKLAŞIM MODELİ KILAVUZLARI İÇİN ÖZET KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMELER

Giriş

Anahtar bakım tavsiyeleri, Tavsiye Değerlendirme, Geliştirme ve Ölçme Derecelendirmesi (GRADE) ile aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

- Kuvvetli tavsiye (SR): bir girişimin istenen etkileri, istenmeyen etkilerine göre çok daha ağır basıyorsa veya net olarak istenmeyen etki yoksa kullanılmıştır
- Temkinli tavsiye (DR): risk-getiri dengesi daha az belirgin olduğunda –düşük kalitede kanıt olduğunda veya kanıt, istenen ve istenmeyen etkilerin yakın dengede olduğunu gösterdiğinde kullanılmıştır.

Panel, 2011 öncesi olan PPP'lerde öneriyi bakım sürecindeki önemine göre puanlandırmıştır. Bu 'bakım sürecinin önemi' sınıflaması bakımın, uzmanlara göre hasta bakımının kalitesini anlamlı yönde iyileştireceğini düşündükleri puanlamayı göstermektedir. Önem sıralaması üç seviyeye ayrılmıştır.

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

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

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

Ancak, daha önceki yaklaşım, AAO SIGN ve Grade derecelendirme ve değerlendirme sistemlerini benimsedikçe zamanla, aşamalı olarak devre dışı kalmıştır.

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

Primer Açık Açılı Glokom (İlk Değerlendirme)

İlk Muayenede Anamnez (Anahtar öğeler)

- Oküler hikaye
- Irk/ Etnik köken
- Aile hikayesi
- Sistemik hikaye
- Uygun kayıtların gözden geçirilmesi
- Kullanılan ilaçlar
- Oküler cerrahi

İlk Fizik Muayene (Anahtar öğeler)

- Görme keskinliği ölçümü
- Pupil muayenesi
- Ön segment biyomikroskopisi
- GİB ölçümü
- Santral kornea kalınlığı
- Gonyoskopi
- Biyomikroskopta, büyütülmüş stereoskopik görüntü ile dilate pupilden, optik sinir başı ve retina sinir lifi tabakasının değerlendirilmesi (I+, MQ, SR)
- Optik sinir başı görünümü renkli stereofotografik muayene veya bilgisayar tabanlı görüntü analizi ile dokümanite edilmelidir (I+, MQ, SR)
- Fundus değerlendirilmesi (uygun olduğunda dilate pupilden)
- Tercihen otomatik statik eşik perimetri ile görme alanı değerlendirilmesi
- Optik disk değerlendirmesi
- Inferior ve/veya superior nöroretinal kenar incelemesi

Tedavi Endikasyonu Olan Hastalarda Yönetim Planı

- Başlangıç hedef basıncı, tedavi öncesi ölçülen GİB'dan en az %25 düşük olacak şekilde ayarlanmalıdır. Eğer daha ağır optik sinir hasarı varsa, daha düşük hedef GİB değeri seçilebilir.
- Hedef GİB, tahmini bir değer olup, hastalık sürecinde bireyselleştirilmeli ve/veya ayarlanmalıdır (III, IQ, DR)
- Tedavinin amacı, görme alanı kaybının, hastanın hayatı boyunca yaşam kalitesini belirgin derecede azaltma ihtimalini en aza indirecek GİB aralığının sağlanmasıdır. (II+, MQ, DR)
- GİB'i düşürmek için en sık tercih edilen ilk tedavi yöntemi tıbbi tedavidir; her hasta için hedeflenen GİB azaltılmasına ulaşmak için maksimum etki ve tolerans gösterecek rejim tercihinde etkinlik ve yan etki arasındaki denge göz önünde bulundurulmalıdır.
- Hedef basınç ile ilerleme olursa, hedef GİB değerini daha düşük düzeyde ayarlamadan önce, tesbit edilmeyen GİB oynamaları ve tedaviye uyum yeniden değerlendirilmelidir.
- Glokom tedavisi altındaki hasta, lokal oküler ve sistemik yan etkiler ve toksisite açısından değerlendirilir.
- Seçilmiş hastalarda laser trabeküloplasti ilk tedavi yöntemi olarak veya maliyeti, hafıza problemleri,

damlatma güçlükleri veya ilaç intoleransı nedeniyle ilaç kullanmayacak veya kullanamayacak, medikal tedaviye uyumsuzluğu yüksek riskli olan hastalarda alternatif düşünülebilir (I+, GQ, DR)

- Trabekülektomi GİB'nı düşürmede etkilidir; genellikle ilaçlar ve uygun laser tedavisi hastalığı kontrol etmede yetersiz kaldığında endikedir ve seçilmiş olgularda ilk tedavi olarak düşünülebilir (I+, GQ, SR)

Laser Trabeküloplasti Uygulanan Hastalarda Cerrahi ve Postoperatif Bakım

- Cerrahiye uygulayan göz hekimi aşağıda sıralanan sorumluluklara sahiptir:
 - Aydınlatılmış onam formu almak
 - Preoperatif değerlendirmenin cerrahiye gerektirdiğinden emin olmak
 - Cerrahiden sonraki 30 dakika ile 2 saat içinde en az bir GİB ölçümü
 - GİB artışına bağlı optik sinir hasarı düşünüyorsa daha erken olmak üzere cerrahiden sonraki 6 hafta içinde veya daha erken kontrol muayenesi

İnsizyonel Glokom Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Cerrahi ve Postoperatif Bakım

- Cerrahiye uygulayan göz hekimi aşağıda sıralanan sorumluluklara sahiptir:
 - Aydınlatılmış onam formu almak
 - Preoperatif değerlendirmenin tam olarak bulguları ve cerrahi endikasyonları belgelediğinden kesin olarak emin olmak
 - Postoperatif dönemde topikal kortikosteroid başlamak
 - Takip değerlendirmesi postoperatif birinci gün (cerrahiden 12-36 saat sonra) ve en azından ilk 1-2 hafta içinde bir kez
 - Komplikasyon olmadığında, daha sonraki postoperatif kontrolleri 6 haftalık aralıklarla yapmak
 - Postoperatif komplikasyon gelişen hastalarda gerektiği şekilde daha sık ziyaret yapmak
 - Başarılı uzun dönem sonuç elde etmeyi arttırmak için gerekli ise ek tedaviler uygulamak

Tıbbi Tedavi Uygulanan Hastalarda Hasta Eğitimi

- Hastalığın tanısı, şiddet, prognoz ve yönetim planını ve tedavinin ömür boyu sürebilme olasılığını tartışmak
- Topikal tedavi uygulama esnasında göz kapağını kapatma ve sistemik emilimi azaltmak amacıyla nazolakrimal oklüzyon uygulama hakkında hastayı bilgilendirmek
- Glokom tedavisi altında iken fiziksel ve duygusal değişiklik durumunda hastayı göz hekimine başvurması konusunda cesaretlendirmek

Primer Açık Açılı Glokom (Takip Değerlendirmesi)

Anamnez

- Oküler özgeçmiş aralığı
- Sistemik tıbbi özgeçmiş aralığı
- Oküler tedavinin yan etkileri
- En son kullanılan GİB düşürücü tedavinin sıklığı ve süresi, daha önce kullanılan tedaviler

Fizik Muayene

- Görme keskinliği ölçümü
- Biyomikroskopi
- GİB ölçümü
- Optik sinir başı ve görme alanının değerlendirilmesi (aşağıdaki tabloya bakınız)
- Santral kornea kalınlığını değiştirecek her türlü durum varlığında santral kornea kalınlığı ölçümü tekrarlanmalıdır (örn: refraktif cerrahi)

Tıbbi Tedavi Uygulanan Hastalarda Yönetim

Planı

- Her kontrolde ilacın kullanım dozu ve sıklığını kaydet, tedaviye uyumu değerlendir, terapötik alternatifler veya tanısal prosedürler için yapılan önerilere hastanın cevabını değerlendir
- Açık kapanması şüphesi, ön kamara darlığı, ön kamara-açık anormallliği veya göz içi basınçta açıklanamayan yükselme varsa gonyoskopi yap Periyodik olarak gonyoskopiye tekrarla

- Hedeflenen göz içi basıncına ulaşılmazsa ve tedavi değişiminin faydası riskinden fazla ise tedavi rejimini gözden geçir
- Optik disk hasarı, retina sinir lifi tabakası veya görme alanı değişikliği ilerleme gösteriyorsa hedef göz içi basıncını daha aşağı çek
- Tavsiye edilen aralık döneminin her birinde, hasarın şiddetini, ilerleme hızını, GİB'nin hedef basınçtan ne kadar fazla olduğunu ve optik sinir hasarı için diğer risk faktörlerinin belirginliği ve sayısını içeren değerlendirmeye göre sıklık belirlenir.

Hasta Eğitimi

- Uygun tedavi planı geliştirmede hastalar anlamlı şekilde katkıda bulunabilmesi için, hastalık süreci, yapılan müdahalenin gerekçesi ve hedefi, hastanın bulunduğu durum, alternatif müdahalenin göreceli yarar ve riskleri hakkında hastayı bilgilendirmek
- Ciddi görme bozukluğu olan veya kör olan hastaları uygun görme rehabilitasyonu veya sosyal servisleri kullanma konusunda yönlendirmek
- Keratorefraktif cerrahi düşünen hastalar, laser ile görüş düzeltilmenin, kontrast duyarlılık ve GİB ölçümü güvenilirliğini azaltma üzerindeki olası etkileri konusunda bilgilendirilmelidir

Takip:

Optik Sinir ve Görme Alanı İncelemesi ile Glokom Durum Değerlendirilmesinin Takibinde Uzlaşmaya Dayalı Kılavuz*

Hedef GİB'e ulaşma	Hasar progresyonu	Kontrol süresi (ay)	Ortalama takip aralığı (ay)**
Evet	Hayır	≤6	6
Evet	Hayır	>6	12
Evet	Evet	NA	1-2
Hayır	Evet	NA	1-2
Hayır	Hayır	NA	3-6

GİB: Göz içi basınç, NA: uygulanmaz

*Değerlendirmeler optik sinir başı (optik sinir ve retina sinir lifi tabakasının periyodik olarak renkli stereofotografi veya bilgisayarlı görüntüleme ile incelenmesi) ve görme alanı incelemesini kapsayan hasta muayenesini içermektedir.

** Primer açık açılı glokom nedeniyle daha ağır hasarı olan veya ömür boyu daha fazla riski olan hastalar daha sık değerlendirmeye ihtiyaç duyabilir. Bu değerler takipler arasında istenilen maksimum süredir.

Primer Açık-Açılı Glokom Şüphesi (İlk ve Takip Değerlendirmesi)

İlk Muayenede Anamnez (Anahtar öğeler)

- Oküler hikaye
- Aile hikayesi
- hikaye
- Sistemik Uygun kayıtların gözden geçirilmesi
- Halen kullanılan ilaçlar
- Oküler cerrahi

İlk Fizik Muayene (Anahtar öğeler)

- Görme keskinliği ölçümü
- Pupilla muayenesi
- Ön segment biyomikroskopisi
- GİB ölçümü
- Santral kornea kalınlığı
- Gonyoskopi
- Büyütmeli stereoskopik sistem ile ve dilate pupilden optik sinir başı ve retina sinir lifi tabakasının değerlendirilmesi
- Optik sinir başı görünümü ve mümkünse retina sinir lifi tabakası (RNFL) dokümanite edilmelidir (II++, GQ, SR)
- Fundus değerlendirmesi (uygun olduğunda dilate pupilden)
- Tercihen otomatik statik eşik perimetri ile görme alanı değerlendirilmesi
- Optik çukurun ekskavasyonu
- İnferior ve/veya superior neuroretinal rim incelenmesi

Tedavi Endikasyonu Olan Hastalarda Yönetim Planı:

- Anlamlı ilk hedef, birkaç GİB ölçüm değerinin ortalamasının %20'sinden daha düşük hedef GİB elde etmek olmalıdır (I+, MQ, DR)
- Glokom şüphesi olan hastada görme alanında glomatöz hasar yeni tesbit edilmiş ise, testi tekrarlamak en iyisidir (II++, GQ, SR)
- Hastanın tedavi kararlarını belirlerken, klinisyen dijital görüntüleme teknolojisine ek olarak tüm perimetrik ve diğer yapısal bilgileri de gözönünde bulundurulmalıdır (III, IQ, SR)

Kontrol Muayenesinde Anamnez:

- Oküler hikayenin süresi
- Sistemik tıbbi hikayenin süresi ve sistemik tedavideki değişiklikler
- Eğer hasta tedavi altındaysa oküler ilaçların yan etkileri
- Eğer hasta tedavi ediliyorsa en son kullanılan GİB düşürücü tedavinin sıklığı ve süresi, daha önce kullanılan ilaçlar

Kontrol Muayenesinde Fizik Muayene

- Görme keskinliği
- Biyomikroskopi
- GİB ölçümü
- Açık kapanması şüphesi, ön kamara darlığı, veya göz içi basınçta açıklanamayan yükselme varlığında gonyoskopi endikedir

Takip Aralığı

- Takip aralığı her hasta için özgün olan, hasta ile hastalık arasındaki ilişkiye bağlıdır
- Periyodik olarak yapılan, optik sinir başı ve görme alanı inceleme sıklığı risk değerlendirmesine bağlıdır. Daha ince kornea kalınlığı olan, yüksek GİB değerleri olan, disk hemorajisi olan, C/D oranı yüksek olan, daha büyük ortalama standard sapma değeri veya ailede glokom öyküsü olan hastalar daha yakın takip edilmelidir.

Tıbbi Tedavi Uygulanan Hastalarda Hasta

Eğitimi

- Hastalık tanısını, risk faktörlerinin sayısı ve şiddetini, prognozu, tedavi planını ve tedavi başlanması durumunda tedavinin uzun dönem sürebilme olasılığını tartış
- Hastalık süreci, yapılan girişimin gerekçesi ve hedefi, hastanın bulunduğu durum, alternatif girişimin göreceli yarar ve riskleri hakkında hastayı bilgilendir
- Topikal tedavi uygulama esnasında göz kapağını kapatma ve sistemik emilimi azaltmak amacıyla nazolakrimal oklüzyon uygulaması hakkında hastayı bilgilendir
- Glokom tedavisi altında iken fiziksel ve duygusal değişiklik durumunda hastayı göz doktoruna başvurması konusunda cesaretlendi

Primer Açık Kapanması (İlk Muayene Ve Tedavi)

İlk Muayenede Anamnez (Anahtar öğeler)

- Oküler hikaye (intermittan açık kapanması atağını düşündürecek semptomlar)
- Akut açık kapanması glokomuna yönelik aile hikayesi
- Sistemik hikaye (topikal veya sistemik tedavi kullanımı gibi)

İlk Fizik Muayene (Anahtar öğeler)

- Refraksiyon durumu
- Pupillalar
- Ön segment biyomikroskopisi
 - Konjonktival hiperemi (akut vakalarda)
 - Santral ve periferik ön kamara açığı darlığı
 - Eski veya yeni atağı düşündürebilecek ön kamara inflamasyonu
 - Korneada şişme. (Mikrokistik ödem ve akut vakalarda stroma ödemi sıktır)
 - Fokal veya difüz atrofi içeren iris bozuklukları, arka sineşi, anormal pupil fonksiyonu, pupil şekil düzensizliği ve middilate pupil gibi iris anormallikleri (eski veya yeni bir atağı düşündürür)
 - Katarakt ve glokom beneklerini içeren lens değişiklikleri
 - Korneal endotelial hücre kaybı
- GİB ölçümü
- Her iki gözün gonyoskopisi ve/veya ön segment görüntülemesi
- Direkt oftalmoskopi veya indirek lens ile biyomikroskopta fundus ve optik sinir başının değerlendirilmesi

İridotomi Endikasyonu Olan Hastalarda Yönetim Planı

- Primer açık kapanması olan gözlerde veya primer açık kapanması glokomunda laser iridotomi endikedir (I++, GQ, SR)
- Akut açık kapanması krizinde, daha iyi risk-yarar oranı olması nedeniyle, laser iridotomi tercih edilen cerrahi tedavidir (II+, MQ, SR)
- Akut açık kapanması krizinde medikal tedaviyi ilk olarak GİB'ını düşürerek ağrıyı azaltmak ve kornea ödemi için kullanılmalıdır. Ardından en kısa sürede laser iridotomi yapılmalıdır (III, GQ, SR)
- Ön kamara açısı anatomik olarak darsa diğer göze profilaktik iridotomi uygula, diğer gözlerin yarısına yakınında 5 yıl içerisinde akut açık kapanması glokomu gelişebilir (II++, GQ, SR)

İridotomi Uygulanan Hastalarda Cerrahi ve Postoperatif Bakım

- Cerrahiye gerçekleştiren göz hekimi aşağıda sıralanan sorumluluklara sahiptir:
 - Aydınlatılmış onam almak
 - Preoperatif değerlendirmenin cerrahiye gerektirdiğinden kesin olarak emin olmak
 - Cerrahiden hemen önce ve cerrahinin ardından 30 dakika ile 2 saat içinde en az bir GİB ölçümü almak
 - Postoperatif dönemde topikal kortikosteroid başlamak
 - Hastanın yeterli postoperatif bakımı aldığından emin olmak
- Takip değerlendirmeleri şunları içerir:
 - Anterior lens kapsülünün görülerek iridotomi açıklığının değerlendirilmesi
 - GİB ölçümü
 - Eğer iridotomiden hemen sonra uygulanmamışsa bastırarak/indentasyonlu gonyoskopi
 - Arka sineşi oluşum riskini azaltmak için pupil dilatasyonu
 - Klinik olarak endike olan fundus muayenesi
- Özellikle ciddi hastalığı olanlarda ani GİB yükselişini önlemek için perioperatif dönemde tedavi verilir

İridotomi Uygulanan Hastalarda Takip

- İridotomiden sonra hastaları primer açık açılı glokomda tercih edilen yaklaşım modellerinde belirtildiği gibi glokomatöz optik nöropati gelişimi açısından takip et
- İridotomi sonrası glokomatöz optik nöropati varlığına bakılmaksızın rezidüel açık açılı veya açık açılı ile birlikte periferik ön sineşi varlığında gonyoskopi tekrarına dikkat edilerek hastalar yılda en az bir kez muayene edilmeli

İridotomi Uygulanmayan Hastalarda Eğitim

- İridotomi yapılmamış, primer açık kapanması şüphesi olan hastalar, akut açık kapanması krizi riski taşıdıkları ve bazı ilaçların pupil dilatasyonu ve açık kapanması krizi tetiklenmesi ile ilgili olarak uyarılmalıdır (III, MQ, DR)
- Hastalar, akut açık kapanması krizi şikayetleri ile ilgili bilgilendirilmeli ve şikayetler ortaya çıktığında derhal göz hekimine başvurmaları konusunda uyarılmalıdırlar (III, MQ, SR)



Özet Karşılaştırmalı Değerlendirmeler Çeviri Feragatnamesi

Bu yayın, Amerikan Oftalmoloji Akademisi (AAO), Karşılaştırmalı Değerlendirmeler Özeti başlıklı yayının çevirisidir. Bu çeviri, Amerika Birleşik Devletleri'nde Akademi tarafından original basım tarihindeki güncel uygulamaları yansıtmaktadır, ve ulusal uygulamaları yansıtan bazı farklılıkları içerebilir. Bu yayında kullanılan dile Amerikan Oftalmoloji Akademisi çevirmemiştir ve çeviriden kaynaklanabilecek uygulamaları, hataları, atlamaları veya diğer muhtemel hatalardan dolayı sorumluluk kabul etmemektedir. Akademi, bu materyali sadece eğitim amaçlı sağlamaktadır. Her olgu için en iyi veya tek metod ya da girişim gösterme veya doktorun kendi değerlendirme ya da olgu tedavisi için özgün tavsiye vermesinin yerine geçmesi amaçlanmamaktadır.

Tüm endikasyonları, kontraendikasyonları, yan etkileri ve her ilaç veya tedavi için alternatif ajanları içermek bu materyalin kapsamı dışındadır. Her bilgi ve öneri, kullanım öncesi üretici paketi içindeki güncel bilgilerle veya bağımsız kaynaklardan doğrulanmalıdır ve hastanın durumu ve hikayesi eşliğinde değerlendirilmelidir. Akademi, ihmalden veya diğer durumlardan olabilecek herhangi bir veya tüm zarar veya hasardan, burada bahsi geçen diğer bilgi ve tavsiyelerin kullanımından ortaya çıkabilecek herhangi bir veya tüm iddialardan özellikle sorumluluk kabul etmemektedir.

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.