



SUMAR DE REFERINȚĂ AL GHIDULUI PENTRU ABORDAREA CLINICĂ DE PREFERAT

Cuprins

Sumar de referință al ghidului pentru Abordarea Clinică de Preferat

Sumar de referință al ghidului pentru Abordarea Clinică de Preferat 1

Glaucumul

Glaucumul primitiv cu unghi deschis (Evaluare inițială) 3

Glaucumul primitiv cu unghi deschis (Urmărire) 4

Pacienții cu Suspiciune de Glaucom Primitiv cu Unghi Deschis
(Evaluare inițială și Urmărire) 5

Unghi cameral închis (Evaluare Inițială și Tratament) 6

Retina

Degenerescenta Maculară Legată de Vârstă (Evaluare inițială și Urmărire) 7

Degenerescenta Maculară Legată de Vârstă (Recomandări de conduită) 8

Retinopatia diabetică (Evaluare inițială și Urmărire) 9

Retinopatia diabetică (Recomandări de conduită) 10

Membranele epiretiniene idiopatice și tracțiunea vitreomaculară
(Evaluare inițială și Tratament) 11

Gaura maculară idiopatică (Evaluare inițială și Tratament) 12

Decolarea posterioară de vitros, rupturi retiniene și degenerescentă retiniană periferică
(Evaluare inițială și Tratament) 13

Ocluzia Arterei Centrale a Retinei și a Arterei Oftalmice (Evaluare Inițială și Terapie) 14

Ocluziile venoase retiniene (Evaluare inițială și Tratament) 15

Cataracta/Segmentul anterior

Cataracta (Evaluare inițială și Urmărire postoperatorie) 16

Corneea/Boli ale suprafeței oculare

Keratita bacteriană (Evaluare inițială) 18

Keratita bacteriană (Recomandări de conduită) 19

Blefarita (Evaluare inițială și Urmărire) 20

Conjunctivita (Evaluare inițială) 21

Conjunctivita (Recomandări de conduită) 22

Ectazia corneană (Evaluare inițială și Urmărire) 23

Edemul și opacifierea corneei (Evaluare inițială) 24

Edemul și opacifierea corneei (Recomandări de conduită) 25

Sindromul de ochi uscat (Evaluare inițială) 26

Sindromul de ochi uscat (Recomandări de conduită) 27

Oftalmologie pediatrică

Ambliopia (Evaluare inițială și Urmărire) 28

Esotropia (Evaluare inițială și Urmărire) 29

Exotropia (Evaluare inițială și Urmărire) 30

Chirurgie refractivă

Chirurgie refractivă (Evaluare inițială și Urmărire postoperatorie) 31

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 funcție de nivelul de dovezi, atunci când există suficiente dovezi.

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

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

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

- Calitate bună (GQ): Cercetarea ulterioară este puțin 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 și poate modifica estimările
- Calitate insuficientă (IQ): Cercetarea ulterioară este foarte probabilă de a avea un impact important asupra încrederii noastre în estimarea efectului și este posibilă modificarea estimărilor; orice estimare a efectului este foarte nesigură

SUMAR DE REFERINȚĂ AL GHIDULUI PENTRU ABORDAREA CLINICĂ DE PREFERAT

Introducere (continuare)

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

- Recomandări puternice (SR): Folosite atunci când efectele dorite ale intervenției depășesc clar efectele nedorite sau nu există
- Recomandări discreționare (DR): Folosite atunci când compromisurile sunt mai puțin sigure - fie din cauza calității scăzute a nivelului de evidență, fie nivelul de evidență sugerează că atât efectele dorite cât și 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 și 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).

Glaucom primitiv cu unghi deschis (Evaluare inițială)

Anamneza (Elemente cheie)

- Istoric afecțiuni oculare
- Rasă/etnie
- Istoric familial
- Istoric afecțiuni sistemice
- Revizuirea datelor relevante
- Medicația actuală
- Chirurgie oculară

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)

- Testarea acuității vizuale
- Examinarea pupilară
- Examenul biomicroscopic al segmentului anterior ocular
- Măsurarea TIO
- Grosimea centrală a corneei
- Gonioscopie
- Evaluarea capului nervului optic și a stratului de fibre nervoase prin vizualizare stereoscopică mărită, la biomicroscopul cu fantă și prin pupilă dilatată (*I+*, *MQ*, *SR*)
- Examinarea aspectului capului nervului optic trebuie să fie documentată seriat, prin stereofotografie color sau prin analiza computerizată a imaginilor (*I+*, *MQ*, *SR*)
- Examinarea fundului de ochi (prin pupilă dilatată când este posibil)
- Evaluarea câmpului vizual, de preferat prin perimetrie statică automată cu valoare prag
- Evaluarea discului nervului optic
- Subțierea inferioară și/sau superioară a inelului neuroretinian

Managementul pacienților care au indicație terapeutică

- Stabilirea unei tensiuni intraoculare țintă cu cel puțin 25% mai mică față de tensiunea dinaintea începerii tratamentului. Alegerea unei tensiuni țintă mai mici de atât, poate fi justificată dacă există leziuni severe de nerv optic
- Tensiunea intraoculară țintă este estimativă și trebuie individualizată și/sau ajustată pe parcursul evoluției bolii (*III*, *IQ*, *DR*)
- Scopul tratamentului este de a menține TIO între anumite valori presionale, în așa fel încât pierderea de câmp vizual să nu influențeze semnificativ calitatea vieții pacientului (*II+*, *MQ*, *DR*)
- În prezent, terapia farmacologică este cea mai frecventă formă inițială de scădere a tensiunii intraoculare; în alegerea terapiei, trebuie luate în considerare reacțiile adverse și eficiența în alegerea unei terapii maxime optime și toleranța pentru obținerea scăderii TIO dorite pentru fiecare pacient
- Dacă apare progresia la tensiunea intraoculară țintă atinsă, trebuie reevaluate variațiile presionale nedetectate și aderența la tratament, înaintea unei ajustări ulterioare a terapiei de scădere TIO țintă
- Evaluarea reacțiilor adverse oculare locale și sistemice și toxicitatea la pacientul cu tratament antiglaucomatos

- Trabeculoplastia laser poate fi luată în considerare ca metodă terapeutică inițială la anumiți pacienți, sau ca alternativă pentru pacienții cu risc înalt de necompliance la terapia farmacologică, care nu pot sau nu urmează tratamentul din cauza costurilor, dificultăților de memorie, sau de instilare a picăturilor, sau de intoleranță la tratament (*I+*, *GQ*, *DR*)
- Trabeculectomia este eficientă în scăderea TIO și este de obicei indicată atunci când medicația și tratamentul laser adecvat este insuficient, pentru a menține boala sub control și poate fi luată în considerare ca opțiune terapeutică inițială la anumiți pacienți (*I+*, *GQ*, *SR*)

Procedura chirurgicală și îngrijirea pacienților cu trabeculoplastie laser

- Oftalmologul care efectuează intervențiile chirurgicale, are următoarele responsabilități:
 - Obținerea acordului informat
 - Să se asigure că evaluarea preoperatorie justifică nevoia intervenției
 - Să măsoare tensiunea intraoculară cel puțin o dată în intervalul 30 minute – 2 ore de la intervenție
 - Reexaminarea pacientului în primele 6 luni de la intervenție, sau mai devreme dacă sunt leziuni de nerv optic cauzate de tensiunea intraoculară

Procedura chirurgicală și îngrijirea postoperatorie în cazul pacienților cu proceduri filtrante

- Oftalmologul care efectuează intervențiile chirurgicale, are următoarele responsabilități:
 - Obținerea acordului informat
 - Să se asigure ca evaluarea preoperatorie justifică nevoia intervenției
 - Să se prescrie corticosteroizi topici postoperator
 - Control postoperator în primele 12-36 ore după operație și cel puțin un control în primele 1-2 săptămâni
 - Dacă nu există complicații, al doilea control este programat în primele 6 săptămâni
 - Sunt necesare controale mai dese dacă apar complicații
 - Dacă este necesar, se aplică tratament suplimentar pentru a maximiza șansele unui rezultat favorabil pe termen lung

Educarea pacienților sub tratament medicamentos

- Trebuie discutate diagnosticul, severitatea afecțiunii, prognosticul, planul de tratament și posibilitatea că terapia poate dura tot restul vieții
- Să fie instruiți pacienții despre cum se produce ocluzia naso-lacrimală, pentru a reduce efectele adverse ale absorbției sistemice a preparatelor topice
- Sfătuiți pacienții să vă informeze asupra oricăror simptome fizico-emoționale ce pot apărea în urma tratamentului.

Glaucom primitiv cu unghi deschis (Urmărire)

Anamneza

- Istoricul ocular dintre vizite
- Istoricul afecțiunilor sistemice dintre vizite
- Efectele adverse ale medicației topice
- Frecvența și ora instilării ultimei picături și verificarea administrării medicației

Examenul oftalmologic

- Testarea acuității vizuale
- Examenul biomicroscopic
- Măsurarea tensiunii intraoculare
- Evaluarea capului nervului optic și a câmpurilor vizuale (vezi tab. de mai jos)
- Măsurarea grosimii corneene centrale trebuie repetată după fiecare procedură ce o poate schimba (ex., chirurgie refractivă)

Managementul pacienților aflați sub terapie medicamentoasă

- În cadrul fiecărei examinări notați doza și frecvența instilărilor, discutați despre complianța la tratament și rețineți răspunsul pacientului cu privire la alternativele terapeutice și procedurile diagnostice
- Efectuați un examen gonioscopic dacă există suspiciunea unui unghi închis, îngustarea camerei anterioare sau anomalii ale unghiului cameral, sau dacă apare o schimbare inexplicabilă de tensiune intraoculară; gonioscopia trebuie efectuată periodic

- Reevaluați terapia medicamentoasă dacă tensiunea intraoculară țintă nu este atinsă, iar beneficiile schimbării terapiei sunt mai mari ca riscurile
- Restabiliți o tensiune intraoculară țintă mai mică dacă există progresie în afectarea stratului fibrelor nervoase sau a câmpului vizual
- Factorii care determină frecvența vizitelor la oftalmolog includ severitatea afecțiunii, rata progresiei, diferența între tensiunea intraoculară și tensiunea țintă și alți factori semnificativi ce presupun risc de afectare a nervului optic.

Educarea pacienților

- Trebuie să explicăm pacienților ce înseamnă afecțiunea de care suferă, motivele și țintele terapeutice, starea actuală a bolii, beneficiile și riscurile diverselor metode terapeutice, astfel încât pacientul să participe la alegerea celor mai bune opțiuni
- Pacienții cu afectare severă a funcției vizuale trebuie încurajați să folosească metode de adaptare specifice și să fie trimiși pentru a beneficia de servicii sociale
- Pacienții care iau în considerare chirurgia refractivă trebuie informați despre posibilitatea scăderii sensibilității de contrast și a acurateții măsurării TIO post-intervenție

Urmărire:

Ghid de consens pentru urmărirea statusului glaucomatos prin evaluarea nervului optic și a câmpului vizual*

PIO țintă atinsă	Progresie	Perioada de control (luni)	Intervalul până la vizita următoare**
Da	Nu	≤6	6
Da	Nu	>6	12
Da	Da	-	1-2
Nu	Da	-	1-2
Nu	Nu	-	3-6

PIO= presiunea intraoculară

*Evaluările constau în examinarea clinică a pacientului inclusiv evaluarea nervului optic (prin stereofotografie periodică color sau prin imagistică computerizată a nervului optic și a structurii fibrelor nervoase retiniene) și evaluarea câmpului vizual.

**Pacienții cu leziuni avansate sau risc crescut de GPUD pot necesita evaluări mai frecvente. Aceste intervale reprezintă perioada maximă recomandată dintre evaluări.

Pacienții cu Suspiciune de Glaucom Primitiv cu Unghi Deschis (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)

- Istoricul afecțiunilor oculare
- Istoricul familial
- Istoricul afecțiunilor sistemice
- Revizuirea datelor relevante
- Medicația actuală
- Chirurgie oculară

Examinarea inițială (Elemente cheie)

- Testarea acuității vizuale
- Examinarea pupilară
- Examenul biomicroscopic cu fantă al segmentului anterior ocular
- Măsurarea TIO
- Grosimea centrală a corneei
- Gonioscopie
- Evaluarea capului nervului optic și a stratului de fibre nervoase prin vizualizare stereoscopică mărită, la biomicroscopul cu fantă și prin pupilă dilatată
- Aspectul capului nervului optic și dacă este posibil, RNFL ar trebui să fie documentat (*II+*, *GQ*, *SR*)
- Examinarea fundului de ochi (prin pupilă dilatată când este posibilă)
- Evaluarea câmpului vizual, de preferat prin perimetrie statică automată cu valoare prag
- Excavația nervului optic
- Subțierea inferioară și/sau superioară a inelului neuroretinian

Planul terapeutic pentru pacienții cărora le este indicat tratamentul

- Scopul inițial este stabilirea unei tensiuni intraoculare țintă cu 20% mai mică față de media tensiunilor intraoculare bazate pe criteriul Studiului de Hipertensiune Intraoculară (*I+*, *MQ*, *DR*)
- Scopul tratamentului este de a menține TIO între anumite valori presionale, în așa fel încât pierderea de câmp vizual este puțin probabilă să scadă semnificativ calitatea vieții pacientului (*II+*, *MQ*, *DR*)
- Dacă apar defecte noi de câmp vizual la un pacient suspectat de glaucom, cel mai bine este să se repete testarea (*II++*, *GQ*, *SR*)
- Clinicienii trebuie să includă toate datele perimetrice și structurale în plus la tehnologia imagistică digitală, atunci când iau deciziile în ceea ce privește managementul pacientului (*III*, *IQ*, *SR*)

Anamneza vizitelor de control

- Istoricul ocular dintre vizite
- Istoricul afecțiunilor sistemice dintre vizite și schimbările în terapia sistemică
- Efectele adverse medicației oculare
- Frecvența și ora instilării ultimei picături

Examenul oftalmologic

- Acuitate vizuală
- Biomicroscopie
- Măsurarea tensiunii intraoculare
- Gonioscopia este indicată în cazurile în care există suspiciunea unei închideri a unghiului camerular, îngustarea camerei anterioare, creștere neexplicată a tensiunii intraoculare

Intervalul de timp dintre controale

- Acest interval de timp este specific fiecărui pacient; depinde de efectele bolii asupra pacientului
- Frecvența evaluărilor nervului optic și a câmpului vizual este dependentă de analiza factorilor de risc. Pacienții ce prezintă grosime corneeană centrală mică, tensiune intraoculară mare, hemoragii la nivelul discului optic, raport mare C/D, valoare mare a deviației mediei standard sau istoric familial de glaucom, au nevoie de controale mai frecvente.

Educarea pacienților aflați sub terapie medicamentoasă

- Trebuie discutate diagnosticul, factorii de risc și severitatea lor, prognosticul, planul de tratament și posibilitatea că terapia poate fi de lungă durată
- Explicați pacienților motivele și rezultatele metodelor terapeutice alese, statusul lor actual, riscurile și beneficiile metodelor de tratament alternative
- Să fie instruiți pacienții cum se produce ocluzia naso-lacrimală pentru a reduce efectele adverse ale absorbției sistemice a preparatelor topice
- Sfătuiți pacienții să vă informeze asupra oricăror simptome fizico-emoționale ce pot apărea în urma tratamentului.

Unghi camerular închis (Evaluare Inițială și Tratament)

Anamneza

- Istoricul ocular (simptome sugestive pentru atacuri de glaucom sublinice)
- Istoricul familial pentru atacul de glaucom
- Istoricul afecțiunilor sistemice (utilizarea medicației topice sau sistemice)

Examenul oftalmologic

- Refractometrie
- Examinarea pupilară
- Biomicroscopie
 - Hiperemie conjunctivală (atacul acut)
 - Reducerea profunzimii camerei anterioare central și periferic
 - Semne inflamatorii în camera anterioară sugestive pentru un atac recent
 - Edem corneean (edem microchistic și edemul stromal sunt frecvente în cazurile acute)
 - Anomalii iriene ce includ atrofii focale sau difuze, sinechii posterioare, afectarea funcției diafragmului irian, pupila cu forma neregulată, pupila în semimidriază (semn de atac recent)
 - Modificări la nivelul cristalinului, incluzând cataracta și glaukomflecken
 - Pierdere de celule endoteliale
- Măsurarea tensiunii intraoculare
- Gonioscopie sau/și imagistică a segmentului anterior
- Examenul fundului de ochi și al nervului optic cu oftalmoscopul direct sau prin biomicroscopie

Managementul pacienților care au ca indicație iridotomia

- Iridotomia laser este indicată la ochii cu unghi închis acut sau glaucom primar cu unghi închis (*I++*, *GQ*, *SR*)
- Iridotomia laser este procedura terapeutică preferată în cazul atacului acut de glaucom, pentru că are un risc favorabil în ceea ce privește raportul privind beneficiul (*II+*, *MQ*, *SR*)
- În atacul acut de glaucom, pentru început, se folosește medicația hipotensoare pentru a scădea tensiunea intraoculară, a reduce durerea și a înlătura edemul corneean. Iridotomia trebuie realizată cât mai curând posibil (*III*, *GQ*, *SR*)
- Iridotomia profilactică se va efectua și la ochiul congener dacă unghiul camerular este îngust, întrucât jumătate dintre ochii congenери pot dezvolta atac de glaucom în 5 ani (*II++*, *GQ*, *SR*)

Tehnica chirurgicală și îngrijirea pacienților candidați pentru iridotomie

- Oftalmologul care efectuează intervenția chirurgicală, are următoarele responsabilități:
 - Obținerea acordului informa
 - Să se asigure că evaluarea preoperatorie justifică nevoia intervenției
 - Să măsoare tensiunea intraoculară cel puțin o dată înainte de intervenție și la 30 minute – 2 ore după intervenție
 - Să prescrie corticosteroizi topici în perioada postoperatorie
 - Să se asigure că pacientul primește o îngrijire adecvată postoperator
- Vizitele de control
 - Verificarea permeabilității iridotomiei prin vizualizarea capsulei anterioare
 - Măsurarea tensiunii intraoculare
 - Gonioscopie prin compresie/indentatie, dacă nu a fost efectuată imediat după iridotomie
 - Dilatare pupilară pentru a evita formarea de sinechii posterioare
 - Examinarea fundului de ochi dacă este cazul
- Perioperator se va prescrie medicație hipotensoare pentru a evita creșterea bruscă a tensiunii

Urmărirea pacienților cu iridotomie

- După efectuarea iridotomiei, pacienții cu neuropatie optica glaucomatoasă vor fi urmăriți așa cum este specificat în cazul pacienților cu glaucom primitiv cu unghi deschis
- După efectuarea iridotomiei, pacienții ce prezintă unghi camerular deschis, sau prezintă porțiuni de unghi deschis împreună cu sinechii anterioare periferice, cu sau fără neuropatie optică, trebuie urmăriți cel puțin anual repetând examenul gonioscopic

Educarea pacienților la care nu se efectuează iridotomie

- Pacienții suspectți de glaucom primar cu unghi închis, la care nu s-a realizat iridotomia, trebuie atenționați despre riscul atacului de glaucom și despre anumite medicamente care pot dilata pupila și duce la atac de glaucom (*III*, *MQ*, *DR*)
- Pacienții trebuie informați despre simptomele atacului de glaucoma și instruiți să anunțe imediat oftalmologul dacă apar aceste simptome (*III*, *MQ*, *SR*).

Degenerescenta Maculară Legată de Vârstă (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)

- Simptome (metamorfopsii, scăderea acuității vizuale) (II–, GQ, SR)
- Medicamente și suplimente alimentare (II+, GQ, SR)
- Anamneza afecțiunilor oculare (II+, GQ, SR)
- Antecedente personale sistemice (orice reacție de hipersensibilitate)
- Antecedente heredocolaterale, în special membrii familiei cu DMLV (II+, GQ, SR)
- Condiții de viață și muncă, în special fumatul. (III, GQ, SR)

Examinarea oftalmologică inițială (Elemente cheie)

- Acuitate vizuală (II++, GQ, SR)
- Examinare stereo biomicroscopică a maculei (III, GQ, SR)

Teste de diagnostic

Tomografia în coerență optică este importantă în diagnosticul și urmărirea pacienților cu DMLV, în special pentru vizualizarea lichidului subretinian și îngroșării retiniene (III, GQ, SR). OCT-ul este o metodă de vizualizare a retinei sub formă de secțiuni, ce nu este posibilă prin alte mijloace imagistice. Poate depista prezența lichidului care nu vizibil la examenul biomicroscopic al fundului de ochi. Evaluează de asemenea, răspunsul retinei și 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 prezența de noi metamorfopsii
- Când pacientul prezintă vedere în ceață inexplicabilă
- Când examenul oftalmologic ne dezvăluie elevația EPR sau a retinei, hemoragie subretiniană, exudate dure sau fibroză subretiniană (II–, GQ, SR)
- Pentru a detecta prezența sau pentru a determina întinderea, tipul, mărimea și locația NVC și pentru a calcula procentul leziunii compuse sau care conține 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 și 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 urgență, cu un protocol care să minimizeze riscul și eventualele complicații. (III, GQ, SR)

Urmărire și istoric

- Simptome vizuale, incluzând scăderea acuității vizuale și metamorfopsiile (II–, GQ, SR)

- Schimbări ale medicamentelor și ale suplimentelor alimentare (III, GQ, SR)
- Anamneza afecțiunilor oculare și sistemice între examinări (II+, GQ, SR)
- Schimbări ale condițiilor de viață și 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

- Pacienții care au urmat tratament cu injecții intravitreene cu aflibercept, ranibizumab, bevacizumab, vor fi examinați la aproximativ 4 săptămâni după tratament (III, GQ, SR)
- Se examinează și se efectuează o angiografie cu fluoresceină din 3 în 3 luni, timp de aproximativ 2 ani, la pacienții care au urmat tratament cu verteporfină PDT
- Pacienții care au beneficiat de fotocoagulare laser se examinează la aproximativ 2-4 săptămâni după tratament și apoi la 4-6 săptămâni (III, GQ, SR)
- OCT, angiografia cu fluoresceină și retinografia trebuie să fie realizate când au indicație clinică. Examinările subsecvente trebuie efectuate în funcție de simptomele clinice și în funcție de indicațiile medicului oftalmolog curant (III, GQ, SR)

Informarea pacientului (educarea)

- Educarea pacienților în legătură cu prognosticul și potențialele beneficii ale tratamentului în funcție de starea oftalmologică și funcțională a acestuia (III, GQ, SR)
- Încurajarea pacienților 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 pacienților, care au o formă de risc înalt al fenotipului de DMLV, în legătură cu metodele noi de determinare a NVC și adresarea precoce la medical oftalmolog (III, GQ, SR)
- Instruirea pacienților cu DMLV unilaterală să își monitorizeze acuitatea vizuală la celalalt ochi și să revină periodic, în absența simptomelor, la un consult oftalmologic de rutină sau de urgență în cazul apariției unor noi simptome sau la agravarea celor existente (III, GQ, SR)
- Instruirea pacienților să raporteze simptomele sugestive pentru o endoftalmită, incluzând durerea sau jena oculară, înroșirea ochiului, vederea scăzută sau în ceață, sensibilitatea crescută la lumină sau creșterea bruscă a numărului de flocoane vitreene (III, GQ, SR)
- Încurajarea pacienților să renunțe la fumat deoarece există studii care susțin relația cauzală între fumat și DMLV și existența altor beneficii pentru sănătate (I++, GQ, SR)
- Redirecționarea pacienților cu funcție vizuală redusă pentru reabilitarea vederii (vezi www.aaao.org/smart-sight-low-vision) și pentru servicii sociale (III, GQ, SR)

Degenerescenta Maculară Legată de Vârstă (Recomandări de conduită)

Recomandările tratamentului și planul de reexaminări pentru DMLV

Tratamentul recomandat	Diagnostiche eligibile pentru tratament	Recomandările la reexaminări
Observații în absența terapilor 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	Așa cum se recomandă în Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation. Examinarea de control la 6 până la 24 luni dacă este asimptomatic sau control de urgență în caz de simptome noi sugestive pentru NVC. Examinare de control între 6 și 24 luni dacă este asimptomatic sau control de urgență 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 antioxidanți și 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 și 24 luni dacă este asimptomatic sau control de urgență în caz de simptome noi sugestive pentru NVC. Retinofotografie, după caz. Angiografie cu fluoresceină dacă există dovezi ale unui edem sau alte semne și simptome de NVC
Injectii intravitreene cu ranibizumab 2.0 mg după recomandările din literatura de specialitate	NVC subfoveolar	Pacienții trebuie instruiți să anunțe urgent orice simptom sugestiv pentru endoftalmită, incluzând durerea sau jena oculară, înroșirea ochiului, vederea scăzută sau în ceață, sensibilitatea crescută la lumină sau creșterea bruscă a numărului de flocoane vitreene. Examinare de control la aproximativ 4 săptămâni după tratament; următoarea reexaminare depinde de descoperirile clinice și de indicațiile medicul oftalmolog curant. Monitorizarea monoculară a vederii de aproape (citit/grilă Amsler).
Injectii intravitreene cu bevacizumab 1.25 mg după cum sunt descrise în rapoartele publicate. Medicul oftalmolog trebuie să furnizeze consimțământul informat corespunzător cu statutul off-label	NVC subfoveolar	Pacienții trebuie instruiți să anunțe urgent orice simptom sugestiv pentru endoftalmită, incluzând durerea sau jena oculară, înroșirea ochiului, vederea scăzută sau în ceață, sensibilitatea crescută la lumină sau creșterea bruscă a numărului de flocoane vitreene. Examinare de control la aproximativ 4 săptămâni după tratament; următoarea reexaminare depinde de descoperirile clinice și de indicațiile medicul oftalmolog curant. Monitorizarea monoculară a vederii de aproape (citit/grilă Amsler).
Injectii intravitreene cu pegaptanib sodium 0.5 mg după recomandările din literatura de specialitate	NVC subfoveolară,	Pacienții trebuie instruiți să anunțe urgent orice simptom sugestiv pentru endoftalmită, incluzând durerea sau jena oculară, înroșirea ochiului, vederea scăzută sau în ceață, sensibilitatea crescută la lumină sau creșterea bruscă a numărului de flocoane vitreene. Examinare de control pentru repetarea tratamentului o dată la 4 săptămâni după cum este indicat. Monitorizarea monoculară a vederii de aproape (citit/grilă Amsler).
PDT cu verteporfină după cum este recomandat în rapoartele TAP și VIP	NVC subfoveolară, nouă sau recurentă, unde componenta clasică este >50% din leziune și 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 suprafața 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 așa 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 și apoi la 4-6 săptămâni, ulterior în funcție de descoperirile clinice și angiofluorografice. Repetarea tratamentului după cum este indicat. Monitorizarea monoculară a vederii de aproape (citit/grilă Amsler).

AMD = Degenerarea maculară 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.

Retinopatia diabetică (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)

- Durata diabetului zaharat (*II++*, *GQ*, *SR*)
- Controlul glicemic (hemoglobina A1c) (*II++*, *GQ*, *SR*)
- Medicația curentă (*III*, *GQ*, *SR*)
- Antecedentele personale patologice (obezitate, afecțiuni renale, hipertensiune arterială, lipidele serice, sarcină) (*II++*, *GQ*, *SR*)
- Istoricul afecțiunilor oculare (*III*, *GQ*, *SR*)

Examen oftalmologic inițial (Elemente cheie)

- Acuitatea vizuală (*III*, *GQ*, *SR*)
- Examenul biomicroscopic
- Măsurarea tensiunii intraoculare (*III*, *GQ*, *SR*)
- Gonioscopie înainte de dilatare, atunci când este indicată (pentru neovascularizație 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 și a vitrosului, preferabil efectuată prin oftalmoscopie indirectă sau la biomicroscop (*III*, *GQ*, *SR*)

Diagnostic

- Clasificarea ambilor ochi după categorii și în funcție de severitatea retinopatiei diabetice, cu prezența/absența 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 neovascularizație iriană sau dacă tensiunea intraoculară este crescută) (*III*, *GQ*, *SR*)
- Examinarea stereoscopică a polului posterior după dilatarea pupilelor (*III*, *GQ*, *SR*)
- Examinarea retinei periferice și a vitrosului când prezintă indicații (*III*, *GQ*, *SR*)
- OCT când este indicat (*III*, *GQ*, *SR*)

Teste auxiliare

- Tomografia în coerență optică este folosită pentru a cuantifica grosimea retiniană, edemul macular, pentru a identifica tracțiunea vitreo-maculară și pentru a diagnostica alte afecțiuni maculare la pacienții cu edem macular diabetic (*III*, *IQ*, *DR*). Decizia de a repeta injectarea cu agenți anti-VEGF, de a schimba agenții terapeutici (ex. corticosteroizii intraoculari), de a iniția tratamentul laser și de a lua în considerare vitrectomia, este bazată pe aspectul OCT.
- Retinofotografia este utilă pentru a documenta prezența neovascularizației la nivelul discului, sau în altă zonă, răspunsul la tratament și nevoia unui tratament adițional 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(ile) unei acuități vizuale scăzute inexplicabil (*III*, *IQ*, *DR*). Angiografia poate identifica capilarele maculare neperfuzate sau sursa unui leakage capilar, care duce la apariția edemului macular. (*III*, *IQ*, *DR*)
- Angiografia cu fluoresceină nu este indicată de rutină la examinarea pacienților cu diabet. (*III*, *GQ*, *SR*)
- Ecografia poate evalua, în prezența hemoragiilor vitreene sau a altor opacități, extinderea și severitatea tracțiunii vitreoretiniene mai ales la ochii diabetici (*III*, *GQ*, *SR*)

Informarea pacientului

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

Retinopatia diabetică (Recomandări de conduită)

Managementul recomandărilor pentru pacienții cu diabet

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

Anti-VEGF= anti factor de creștere 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 corticosteroizi intravitreeni sau agenți anti-VEGF (folosire off-label cu excepția ranibizumab). Datele de la Diabetic Retinopathy Clinical Research Network din 2011 demonstrează că, după 2 ani de urmărire, ranibizumabul intravitrean cu tratament laser aplicat prompt sau amânat a avut ca rezultat o îmbunătățire a acuității vizuale, la fel și triamcinolonul acetonid intravitrean asociat cu tratament laser a dus la o îmbunătățire a acuității vizuale la ochii cu pseudofak, în comparație cu ochii tratați doar cu laser. Pacienții la care se injectează ranibizumab intravitrean pot fi reexaminați la o lună după injecție.

† Excepțiile includ: hipertensiune sau retenție de fluide asociate cu insuficiență cardiacă, insuficiență 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 înțelege riscurile și revine în scurt timp la control.

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

Referințe:

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

(Evaluare inițială și Tratament)

Anamneza (Elemente cheie)

- Istoricul afecțiunilor oculare (ex., decolare posterioară de vitros, uveită, rupturi retiniene, ocluzii venoase retiniene, retinopatie diabetică proliferativă, afecțiuni inflamatorii oculare, leziuni recente în recuperare)
- Durata simptomelor (ex., metamorfopsii, dificultăți ale vederii binoculare și 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 epitelului pigmentar retinian și/sau a celulelor retiniene gliale) (*III, GQ, SR*)
- Identificarea materialului matricial extracelular, laminocitelor, și/sau a celulelor vitreene
- MER și TVM se asociază împreună frecvent (modificările OCT în TVM sunt asemănătoare, dar hialoida posterioară rămâne parțial atașată de maculă)
- Angiofluorografia poate fi de ajutor în evaluarea MER și/sau TVM, precum și în alte patologii retiniene asociate

Management

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

Chirurgia și îngrijirea postoperatorie

- Vitrectomia este de obicei indicată la pacienții cu scădere a acuității vizuale, metamorfopsii și diplopie (*II, MQ, DR*)
- Starea pacienților fără vitrectomie nu se îmbunătățește atunci când zona de TVM este întinsă ($>1500 \mu\text{m}$), când există și 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 îmbunătățirea acuității vizuale întrucât straturile externe ale retinei, zona elipsoidă, segmentul extern al fotoreceptorilor, se pot normaliza postoperator (*III, IQ, DR*)
- Pacienții cu MER trebuie informați că este puțin probabil ca ocriplasma intravitreană să fie un tratament eficient (*III, GQ, SR*)
- Hipotonia și TIO crescute pot fi complicații ale vitrectomiei și trebuie ca TIO să fie monitorizată postoperator
- Pacienții trebuie examinați postoperator la o zi și apoi la 1-2 săptămâni după intervenție, sau mai devreme dacă apar simptome noi, sau dacă la examinarea postoperatorie apar modificări (*GQ, SR*)

Educarea pacienților și urmărirea

- Comparând imaginile OCT-urile între ochiul afectat și ochiul normal poate ajuta pacientul să înțeleagă afecțiunea de care suferă
- Pacienții trebuie încurajați să își testeze periodic vederea centrală monoculară, pentru a observa dacă apar schimbări în timp, spre exemplu scotoame centrale de dimensiuni mici (*GQ, SR*)
- Pacienții trebuie informați să se prezinte repede la oftalmolog dacă au simptome ca: accentuarea miodezopsiilor, defecte de câmp vizual, metamorfopsii, sau scăderea acuității vizuale (*III, GQ, SR*)

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 chirurgical, 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 operație (*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*)

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 chirurgie cataractei (II++, GQ, SR)

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)

- Evaluarea câmpurilor vizuale și 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 și 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 atrofile 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 atrofile, 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.

Ocluzia Arterei Centrale a Retinei și a Arterei Oftalmice (Evaluare Inițială și Terapie)

Examen Inițial (Elemente cheie)

- Examenul inițial trebuie să includă toate aspectele unei evaluări medicale oftalmologice laborioase pentru adulți (pentru detalii vezi Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation PPP), acordând atenție specială elementelor patologice vasculare retiniene (II+, MQ, SR)
- Istoricul medical trebuie să includă o atenție specială asupra patologiei și simptomatologiei cu potențial 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 extremității periferii retiniene în oftalmoscopie indirectă, cu pupilele midriatice, pentru a determina prezența: hemoragiilor retiniene, exudatelor vâtoase, emboliilor retiniene, segmentării vaselor retiniene și a neovascularizației discului optic
- Gonioscopie (înaintea realizării midriazei farmacologice), 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 și aneritră
- Angiografie cu fluoresceină
- Tomografie în coerență optică
- Ultrasonografie în cazul unor opacități 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 urgență oftalmologică și necesită evaluare promptă
- Clinicienii trebuie să ia imediat în considerare ACG în cazul pacienților de 50 de ani sau peste

- În cazul ACG, medicul trebuie să inițieze urgent corticoterapie sistemică pentru a preveni scăderea vederii la ochiul congener sau o obstrucție vasculară în alt teritoriu (I-/I+, GQ, SR)
- La pacienții diabetici este necesară monitorizarea atentă întrucât corticoterapia sistemică poate dezechilibra controlul glicemic

În funcție 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 pacienților asimptomatici care au suferit ocluzia unui ram arterial al ACR, nu există dovezi care să susțină un tratament similar accidentului vascular cerebral

Urmărirea Pacientului

- Se vor urmări extinderea ischemiei retiniene și apariția neovascularizației oculare ischemice. Pacienții cu ischemie marcată necesită controale mai frecvente
- În ciuda numeroaselor opțiuni de tratament, mulți pacienți cu boală vasculară retiniană vor pierde substanțial în vedere și vor trebui îndrumați către departamentele de reabilitare vizuală și asistență socială

Ocluziile venoase retiniene (Evaluare inițială și Tratament)

Anamneza (Elemente cheie)

- Istoricul afecțiunilor oculare (ex., alte afecțiuni oftalmologice, injecții oculare, chirurgie, tratamentul laser al retinei, chirurgia cataractei, chirurgia refractivă)
- Durata și localizarea defectului de câmp vizual
- Medicația curentă
- Istoricul afecțiunilor sistemice (ex., hipertensiunea arterială, diabet, dislipidemia, bolile cardiovasculare, sindromul de apnee în somn, coagulopatiile, afecțiunile trombocitare și embolia pulmonară)

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)

- Acuitatea vizuală
- Măsurarea TIO
- Examenul biomicroscopic pentru identificarea neovaselor iriene discrete
- Examinarea prin pupilă dilatăată a extremității periferii retiniene cu oftalmoscopul indirect
- Gonioscopia se realizează înaintea dilatării pupile; în special la cazurile cu OVCR, atunci când TIO este crescută sau când riscul de a dezvolta neovascularizație 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 coerență optică pentru diagnosticarea afecțiunilor maculare
- Ecografie oculară (ex., atunci când e prezentă hemoragia vitreană)

Conduita terapeutică

- Cea mai bună prevenție este gestionarea factorilor de risc prin optimizarea controlului diabetului, hipertensiunii arteriale, dislipidemiei (I+, GQ, SR)
- Pacienții 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 eficiența agenților anti-VEGF în tratamentul edemului macular asociat cu ocluzia de ram venos (I++, GQ, SR)
- Studii randomizate controlate au arătat eficiența agenților anti-VEGF în tratamentul edemului macular cauzat de OVCR (I++, GQ, SR)
- La toate injecțiile intravitreene se recomandă aplicarea locală a soluțiilor cu betadină și folosirea blefarostatului (III, MQ, DR)

- Injectarea intravitreană a triamcinolonului, dexametazonei și a altor corticosteroizi s-a dovedit a fi eficientă în tratamentul edemului macular asociat OVCR, însă există riscul dezvoltării cataractei și glaucomului (I+, GQ, SR)
- Tratamentul laser rămâne o opțiune chiar dacă durata afecțiunii depășește 12 luni (I+, GQ, SR)
- Panfotocoagularea sectorială este recomandată pentru apariția neovascularizației atunci când se asociază complicații precum hemoragia vitreană sau neovascularizația iriană (I+, GQ, SR)
- Oftalmologii, ce îngrijesc pacienți cu ocluzii retiniene vasculare, trebuie să fie familiarizați cu recomandările studiilor clinice, întrucât diagnosticarea și tratamentul acestor pacienți este complex (I++, GQ, SR)

Urmărirea pacienților

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

Cataracta (Evaluare inițială și Urmărire postoperatorie)

Istoric și Examen Inițial (Elemente cheie)

- Simptome
- Istoric ocular
- Istoric sistemic
- Determinarea statusului funcției vizuale
- medicație curentă utilizată

Examen Fizic Inițial (Elemente cheie)

- Testarea acuității vizuale cu corecția curentă
- Determinarea celei mai bune acuități vizuale corectate (atunci când refracția indică)
- Examinare externă
- Evaluarea motilității și alinierii oculare
- Teste pentru evaluarea "glare-ului" atunci când este indicat
- Reactivitatea și funcția pupilară
- Determinarea TIO
- Biomicroscopia la lampa cu fantă, incluzând gonioscopia
- Examinarea cristalinului, maculei, periferiei retiniene, nervului optic și a vitrosului cu pupila în midriază
- Evaluarea aspectelor relevante ale stării medicale și fizice ale pacientului

Conduită de Îngrijire

- Tratatamentul este indicat când funcția vizuală nu mai coincide cu nevoile pacientului și chirurgia cataractei asigură cu o probabilitate rezonabilă o îmbunătățire a calității vieții
- Înlăturarea cataractei este de asemenea recomandată atunci când există dovezi ale unei patologii induse de cristalin ori atunci când este necesară vizualizarea retinei în ochi cu vedere amenințată
- Operația nu trebuie efectuată în următoarele situații:
 - corecție tolerabilă din punct de vedere refractiv care oferă o acuitate vizuală mulțumitoare pentru nevoile și așteptările pacientului;
 - evaluarea preoperatorie nu indică îmbunătățirea funcției vizuale după chirurgie;
 - nu poate fi asigurată o îngrijire optimă postoperatorie;
 - capacitatea de decizie a pacientului sau a aparținătorului acestuia fac imposibilă exprimarea acordului scris în vederea realizării operației în condiții neimpuse de o situație medicală de urgență
- Indicațiile pentru operarea ochiului congener sunt aceleași ca în cazul primului ochi (cu considerațiile date de necesitatea vederii binoculare)
- Standardul de tratament în Statele Unite ale Americii este facoemulsificarea cu implant de pseudofak foldabil, chirurgie realizată prin incizii mici, atât prin abord coaxial cât și biaxial (I+, GQ, SR)

Conduită Postoperatorie

Medicul chirurg oftalmolog are următoarele responsabilități:

- Să examineze pacientul preoperator
- Să se asigure că evaluarea preoperatorie documentează corect simptomele, semnele și indicația de tratament
- Să informeze pacientul asupra riscurilor, beneficiilor, rezultatelor postoperatorii așteptate incluzând rezultatul refractiv preconizat, experiența chirurgicală
- Să realizeze planul de tratament, incluzând alegerea implantului și tipul anesteziei
- Să revadă împreună cu pacientul rezultatele testelor diagnostice și evaluarea preoperatorie
- Să informeze pacientul asupra posibilității asupra posibilității înrăutățirii vederii după operația de cataractă și asupra potențialului de reabilitare (III, GQ, SR)
- Să formuleze planul de tratament postoperator și să informeze pacientul asupra etapelor de urmat
- Să răspundă la întrebările pacientului legate de operație, îngrijire și costuri
- Determinarea preoperatorie a unor analize de laborator în concordanță cu istoricul și examinarea fizică a pacientului nu este indicată (I+, GQ, SR)

Evaluarea Postoperatorie

- Pacienții cu risc înalt vor fi evaluați în primele 24 de ore după operație
- Toți pacienții vor fi evaluați de rutină în primele 48 de ore după operație
- Frecvența și programarea vizitelor următoare depind de refracție, funcția vizuală și starea medicală a ochiului
- Pacienții cu risc înalt vor fi urmăriți mai frecvent
- Fiecare examinare postoperatorie trebuie să cuprindă:
 - Istoricul între vizite, incluzând simptome noi și utilizarea medicației postoperatorii
 - Determinarea statusului funcției vizuale a pacientului
 - Măsurarea TIO
 - Biomicroscopie la lampa cu fantă
 - Medicul oftalmolog chirurg trebuie să conducă îngrijirea postoperatorie întrucât aceasta este de competența oftalmologului (III, GQ, SR)

Cataracta (Evaluare inițială și Urmărire postoperatorie)

Capsulotomia laser Nd: YAG

- Tratatamentul este indicat atunci când scăderea vederii cauzată de opacifierea capsulei posterioare interferează cu nevoile funcționale ale pacientului sau cu vizualizarea fundului de ochi
- Pacientul trebuie informat asupra simptomatologiei decolării posterioare de vitros, a rupturilor ori dezlipirii retiniene și necesitatea prezentării de urgență la medic în cazul apariției acestora
- Decizia de a realiza capsulotomia va fi luată după analiza beneficiilor și riscurilor tratamentului laser. Capsulotomia posterioară laser nu va fi efectuată în scop profilactic (când capsula este încă neopacifiată). Înainte de realizarea capsulotomiei laser Nd:YAG trebuie documentată absența inflamației oculare și stabilitatea pseudofakului. (*III, GQ, SR*)

Keratita bacteriană (Evaluare inițială)

Anamneza

- Simptome oculare (gradul durerii, hiperemie, secreții, vedere încețoșată, fotofobie, durata simptomelor, circumstanțele în care au apărut simptomele ș.a.) (III, GQ, SR)
- Anamneza pacienților purtători cronici de lentile de contact (orar de purtare a lentilelor, purtarea lentilelor în timpul nopții, tipul lentilelor, tipul soluției pentru lentile, protocolul de îngrijire zilnică al lentilelor de contact, înot, utilizarea lentilelor în cadă sau în duș) (II+, GQ, SR)
- Revizuirea antecedentelor personale patologice oculare, incluzând factori de risc precum: keratita cu virus herpes simplex, keratita cu virus varicelo-zosterian, keratite bacteriene în antecedente, traumatisme, sindrom de ochi uscat și antecedente de chirurgie oculară, inclusiv chirurgie refractivă (III, GQ, SR)
- Revizuirea altor probleme medicale (III, GQ, SR)
- Medicație oculară folosită în prezent sau recentă (III, GQ, SR)
- Alergii medicamentoase (III, GQ, SR)

Examenul oftalmologic

- Acuitate vizuală (III, GQ, SR)
- Aspectul general al pacientului, incluzând starea tegumentelor (III, GQ, SR)
- Examinare facială (III, GQ, SR)
- Poziția globului (III, GQ, SR)
- Închiderea pleoapelor (III, GQ, SR)
- Conjunctiva (III, GQ, SR)
- Aparatul nasolacrimonial (III, GQ, SR)
- Sensibilitate corneană (III, GQ, SR)
- Examen biomicroscopic: (III, GQ, SR)
 - Pleoape (III, GQ, SR)
 - Conjunctiva (III, GQ, SR)
 - Sclera (III, GQ, SR)
 - Corneea (III, GQ, SR)
 - Camera anterioară - profunzime, prezența inflamației, incluzând celule, hipopion, fibrină, hiphemă (III, GQ, SR)
 - Vitros anterior (III, GQ, SR)
 - Ochiul congener pentru indicii privind etiologia, dar și pentru a diagnostica o patologie asemănătoare (III, GQ, SR)

Teste de diagnostic

- Majoritatea cazurilor dobândite comunitar beneficiază de o conduită terapeutică empirică, nefiind nevoie de frotiu sau cultură. (III, IQ, DR)
- Când este indicat să se efectueze frotiu sau cultură:
 - când este amenințată vederea sau este o keratită severă și se suspectează o etiologie bacteriană înainte de inițierea tratamentului (III, IQ, DR)
 - când este un infiltrat cornean mare situat central ce se extinde în profunzime spre mijlocul stromei (III, IQ, DR)

- când evoluția are caracter cronic
- când nu apare răspuns la tratamentul cu antibiotice cu spectru larg (III, IQ, DR)
- când există suspiciunea clinică de infecție fungică, cu amoeba sau cu micobacterii (III, IQ, DR)

- Hipopionul care apare la ochii cu keratita bacteriană este de obicei steril; frotiuri din vitros sau umor apos se efectuează doar în cazul în care se suspectează o endoftalmită microbiană. (III, IQ, DR)
- Raclajul cornean pentru culturi trebuie inoculat direct pe un mediu de cultură adecvat pentru a mări randamentul culturii. (III, IQ, DR) Dacă acest lucru nu este posibil, specimenul se așază pe un mediu de transport. (II+, MQ, DR) În oricare dintre situații, se incubează imediat culturile sau se duc repede la laborator. (III, GQ, SR)

Conduita terapeutică

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

Keratita bacteriană (Recomandări de conduită)

Educarea pacientului

- Informați pacienții în legătură cu factorii de risc ce îi predispun la keratita bacteriană, în legătură cu semnele și simptomele infecției și să consulte de urgență un medic oftalmolog dacă apar astfel de semne și simptome. (*III, GQ, SR*)
- Instruiți pacienții despre natura distructivă a keratitei bacteriene și despre nevoia unei compliance stricte la tratament. (*III, IQ, SR*)
- Discutați posibilitatea pierderii permanente a acuității vizuale și despre nevoia unei viitoare recuperări vizuale. (*III, IQ, SR*)
- Instruiți pacienții purtători de lentile de contact în legătură cu riscul crescut de infecție asociat utilizării lentilelor de contact, a purtării lor nocturne și cu importanța unei igiene riguroase. (*II+, IQ, SR*)
- Îndrumați pacienții nevăzători sau cu deteriorarea semnificativă a vederii, care nu sunt candidați pentru chirurgie (vezi www.aao.org/smart-sight-low-vision), către recuperare vizuală.

Tratamentul antibiotic în keratita bacteriană

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

* Un număr mai mic de coci gram pozitiv sunt rezistenți la Gatifloxacin și Moxifloxacin față de alte Fluorochinolone.

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

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

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

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

Blefarita (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza

- Simptome și semne oculare: roșeață, iritație, arsură, lăcrimare, mâncărime, cruste ale genelor, lipirea pleoapelor, intoleranță la lentile de contact, fotofobie, creșterea frecvenței clipitului (*III, GQ, SR*)
- Perioada din zi în care simptomele sunt mai intense
- Durata simptomelor
- Manifestarea uni- sau bilaterală
- Condiții de exacerbare (fumat, alergeni, vânt, lentile de contact, umiditate scăzută, retinoizi, dietă și consum de alcool, machiaj)
- Simptome legate de afecțiuni sistemice: alergii, acnee rozacee (*III, IQ, DR*)
- Medicamente topice sau sistemice actuale sau în antecedente (antihistaminice sau medicamente cu efecte anticolinergice sau medicamente folosite anterior ce pot afecta suprafața oculară - isotretinoin) (*III, GQ, SR*)
- Contact recent cu o persoană infectată – pediculoza palpebrală cu Phthirus pubis
- Istoric ocular (antecedente de chirurgie palpebrală sau intraoculară, traumatisme locale – mecanice, termice, chimice, radiații, antecedente de blefaroplastie cosmetică, istoric de orjelet și/sau chalazion) (*III, GQ, SR*)

Examenul oftalmologic

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

Teste diagnostice

- Culturile pot fi indicate la pacienții cu blefarită anterioară recurentă, cu inflamație severă și de asemenea la pacienții care nu răspund la tratament (*III, IQ, DR*)
- Biopsia pleoapei pentru a exclude existența carcinomului poate fi indicată în cazurile cu

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

Tratament

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

Reevaluarea

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

Educarea pacientului

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

Conjunctivita (Evaluare inițială)

Anamneza

- Simptome și semne oculare (mâncărime, secreții, iritație durere, fotofobie, încrețșarea vederii)
- Durata simptomelor și evoluție
- Factori exacerbanți
- Manifestare uni- sau bilaterală
- Caracterul secreției
- Contact recent cu o persoană infectată
- Traumatism (mecanic, chimic, ultraviolete)
- Secreții mucoase
- Port de lentile de contact (tipul lentilei, igienă, mod de folosire)
- Simptome și semne ce pot fi specifice unor afecțiuni sistemice (scurgeri genitourinare, disurie, disfație, infecții de tract respirator superior, leziuni tegumentare sau de mucoase)
- Alergie, astm, eczeme
- Utilizare medicamente topice sau sistemice
- Istoric ocular (episoade precedente de conjunctivită, chirurgie oculară)
- Compromiterea statusului imun
- Afecțiuni sistemice curente sau în antecedente
- Istoric social (fumat, ocupații, călătorii, activitate sexuală)

Examenul oftalmologic

- Acuitate vizuală (*III, IQ, DR*)
- Examen extern:
 - Piele (semne de acnee rozacee, eczemă, seboree)
 - Modificări ale pleoapelor și anexelor: tumefiere, decolorare, malpoziție, laxitate, ulcerații, noduli, echimoze, neoplazii (*III, IQ, DR*)
 - Conjunctiva: modelul hiperemiei, hemoragie subconjunctivală, chemozis, modificări cicatriceale, simblefaron, mase, secreții. (*III, IQ, DR*)
- Examen biomicroscopic
 - marginea pleoapei: inflamații, ulcerații, secreții, noduli sau vezicule, detritusuri hemactice, keratinizare. (*III, IQ, DR*)

- Gene (pierdere de gene, cruste, matreață, ouă de paraziți, pediculoză, trichiiazis) (*III, IQ, DR*)
- Puncte lacrimale și canaliculi: ocluzie, scurgeri (*III, IQ, DR*)
- Conjunctiva tarsală și forniceală (*III, IQ, DR*)
- Conjunctiva bulbară/limbică (foliculi, edem, noduli, chemozis, laxitate, papile, ulcerații, cicatrici, fliclene, hemoragii, corpuri străine, keratinizare) (*III, IQ, DR*)
- Corneea (*III, IQ, DR*)
- Camera anterioară, iris (reacție inflamatorie, sinechii, defecte de transiluminare) (*III, IQ, DR*)
- Distribuția colorantului – conjunctivă și corneea (*III, IQ, DR*)

Teste de diagnostic

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

Conjunctivita (Recomandări de conduită)

Tratament

- Folosirea cu prudență a antibioticelor topice sau corticosteroizilor, deoarece antibioticele pot induce toxicitate, iar corticosteroizii pot prelungi infecțiile adenovirale sau să înrăutățească infecțiile cu herpes simplex (*III, GQ, SR*)
- Conjunctivitele alergice ușoare se tratează cu agenți antihistaminici/vasoconstrictori sau agonști de receptori H1 histaminici topici. Dacă afecțiunea recidivează frecvent sau este persistentă se folosesc stabilizatori de mastocite. (*I++*, *GQ, SR*)
- În caz de keratoconjunctivită legată de portul lentilelor de contact, se oprește portul acestora pentru 2 sau mai multe săptămâni (*III, IQ, DR*)
- Dacă sunt indicați corticosteroizii, se vor folosi cei cu potență cea mai mică, în doza cea mai mică, având la baza răspunsul pacientului și toleranța (*III, IQ, DR*)
- Dacă se folosesc corticosteroizi se determină tensiunea intraoculară la începutul administrării, iar apoi periodic și se evaluează dilatarea pupilară (*III, IQ, DR*)
- Conjunctivita cu *Neisseria Gonorrhoeae* sau *Chlamydia Trachomatis* se tratează cu antibiotic sistemic. (*III, IQ, DR*)
- Tratarea partenerilor sexuali pentru a scădea recurența și raspândirea infecției, atunci când conjunctivita se asociază cu boli cu transmitere sexuală și îndrumarea pacienților și a partenerilor lor sexuali către un specialist (*III, GQ, SR*)
- Îndrumarea pacienților cu manifestările unei afecțiuni sistemice către un specialist (*III, GQ, SR*)

Reevaluare

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

Ectazia corneană (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza

- Apariția și evoluția afecțiunii
- Scăderea vederii
- Istoric ocular, familial, medical

Examenul oftalmologic

- Determinarea funcției vizuale
- Examen extern:
 - Protruzie corneana
 - Pleoape și piele periorbitară
- Examen biomicroscopic:
 - Prezența, extinderea și localizarea subțierii corneene sau protruziei
 - Indicații anterioare de chirurgie oculară
 - Prezența de striuri Vogt, nevi corneeni proeminenți, inel Fleischer sau alte depozite de fier
 - Semne de cicatrici corneene sau hidrops anterior și prezența de nevi corneeni proeminenți
- Măsurarea tensiunii intraoculare (*III, IQ, DR*)
- Examinarea fundului de ochi: examinarea reflexului roșu pentru evidențierea de arii întunecate și a retinei pentru degenerescențe tapetoretiniene (*III, IQ, DR*)

Teste de diagnostic

- Keratometrie (*II+, MQ, DR*)
- Topografie corneană (*II-, MQ, SR*)
- Harta topografică a puterii dioptrice
- Harta topografică a elevației (proeminențelor) (*II+, MQ, DR*)
- Pahimetrie corneană (*II++, GQ, SR*)

Tratament

- Terapia este individualizată în funcție de afectarea vederii și posibilitățile terapeutice.
- Vederea poate fi corectată cu ochelari, dar în caz de progresie a keratoconusului pot fi necesare lentilele de contact.
- Lentilele de contact rigide, permeabile la gaz pot masca neregularitățile corneene. Noile lentile de contact hibride asigură o mai mare permeabilitate a oxigenului și o joncțiune mai strânsă gaz permeabil-hidrogel; lentilele de contact 'piggyback' pot fi folosite în cazurile cu cicatrici corneene sau descoperirea conicității. Lentilele sclerale pot fi indicate când lentilele de contact gaz permeabile rigide sau cele hibride eșuează.
- Implantarea segmentară de inele intrastromale corneene poate îmbunătăți toleranța lentilelor de contact precum și cea mai bună acuitate vizuală cu corecție la pacienții cu ectazie corneană, corneă clară și intoleranță la lentile de contact. (*II-, MQ, DR*)
- Crosslinkingul cornean poate îmbunătăți rigiditatea corneană prin creșterea legăturilor dintre fibre.
- Keratoplastia lamelară folosind DALK poate fi luată în considerare pentru keratoconusul

progresiv, fără cicatrizare semnificativă sau hidrops. (*II++, MQ, DR*) Keratoplastia lamelară « în semilună » este o opțiune atunci când subțierea maximală este la marginea corneei. (*III, IQ, DR*)

- Subțierea periferică și ectazia pot fi manageriate printr-o procedură lamelară descentrată standard, pentru suport tectonic, urmată de keratoplastie penetrantă central mai târziu. (*III, IQ, DR*)
- Keratoplastia penetrantă este indicată când un pacient nu mai poate folosi ochelari sau lentile de contact, sau când apare edemul cornean persistent după hidrops. (*III, IQ, DR*) DSEK nu poate corecta afecțiunile ectatice.
- Keratoplastia penetrantă este preferată DALK în caz de cicatrice stromală profundă. (*III, IQ, DR*)
- Grefa lamelară poate fi folosită pentru suport tectonic când ectazia apare în periferia îndepărtată a corneei. (*III, IQ, DR*)

Urmărire

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

Consultanță și îndrumare

- Când terapia medicală cu ochelari și/sau lentile de contact nu poate îmbunătăți funcția vizuală, este indicată îndrumarea către un oftalmolog specialist în tratamentul chirurgical al ectaziilor corneene. (*III, GQ, SR*)
- Pacienții cu istoric de alergii sau atopii se îndrumă către un alergolog sau dermatolog. (*III, GQ, SR*)
- Pacienții cu pleoape laxe pot fi cel mai bine manageriați de un specialist în oculoplastie, iar adresarea și către alți specialiști poate fi de asemenea necesară. (*III, GQ, SR*).

Edemul și opacifierea corneei (Evaluare inițială)

Anamneza

- Simptome: vedere încețoșată, fotofobie, roșeață, lacrimare, senzație de corp străin, durere
- Vârsta de debut
- Rapiditatea debutului
- Persistența
- Afectarea unilaterală sau bilaterală
- Moderarea simptomelor, ca îmbunătățirea vederii în relație cu factorii de mediu
- Antecedente oculare și medicale
- medicație topică sau sistemică
- Traumatisme
- Purtarea lentilelor de contact
- Antecedente heredocolaterale

Teste de diagnostic

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

Examenul oftalmologic

- Acuitatea vizuală
- Examinarea:
 - Evidențierea proptozisului, ptozei, lagofthalmosului, blefarospasm
 - Asimetrie facială sau a pleoapelor, cicatrici
- Examen biomicroscopic (*III, IQ, DR*)
 - Semne unilaterale sau bilaterale
 - Edem difuz
 - Edem epitelial sau stromal
 - Evidențierea afectării epiteliale, infiltrații stromale, striuri, îngroșare corneană, cicatrici, încețoșare corneană (haze), inflamație, neovascularizație stromală
 - Evidențierea corneei guttata, rupturi descemetice, vezicule, precipitate, sinechii anterioare
 - Afectarea gazdei sau a grefonului
 - Evidențierea edemului sectorial și a precipitatelor sau reacție inflamatorie în camera anterioară
 - Aspectul, forma și poziția pupilei
 - Evidențierea aspectului vitrosului
 - Aspectul și poziția cristalinului
- Măsurarea tensiunii intraoculare
- Examen FO
- Gonioscopie

Edemul și opacifierea corneei (Recomandări de conduită)

Conduita terapeutică

- Controlul cauzei edemului și creșterii calității vieții pacientului prin îmbunătățirea acuității vizuale și confortului
- Tratamentul începe cu managementul medical, iar chirurgia poate fi în cele din urmă o soluție
- Edemul cornean - management medical :
 - Scăderea TIO crescute poate ajuta
 - Inhibitorii de anhidrază carbonică topici nu trebuie să fie folosiți ca primă terapie când este suspectată disfuncția endotelială (*II–, MQ, SR*)
 - Corticosteroizii topici pot controla inflamația odată ce infecția a fost înlăturată (*III, GQ, SR*)
 - Microchisturile sau keratopatia buloasă pot produce un disconfort și durere, necesitând aplicarea unei lentile de contact. (*III, GQ, SR*)
 - Aceasta trebuie schimbată periodic (*III, GQ, DR*)
- Edemul cornean - management chirurgical :
 - Pacienții cu edem cornean și disconfort, dar limitat, sunt în general candidați pentru următoarele proceduri :
 - Keratectomie fototerapeutică (*III, GQ, DR*)
 - Flapul conjunctival tip Gunderson (*III, IQ, DR*)
 - Transplant de cornee
 - Keratoplastie endotelială
 - Keratoplastie penetrantă (*III, GQ, SR*)
- Opacifierea corneană - management terapeutic
 - Tratamentul se divide în două faze : a) Managementul procesului inițial, principal (ex infecția, traumatismul) și b) managementul efectelor secundare (eroziuni corneene, neregularități, cicatrici, subțieri și neovascularizație)
 - Tratamentul convențional include picături cu antibiotice sau unguente pentru a proteja împotriva infecțiilor bacteriene (*III, IQ, DR*)
 - Ocluzia pleoapelor prin lipire temporară cu diverse substanțe, tarsorafie, poate fi de folos când închiderea pleoapelor sau clipitul sunt inadecvate (*III, IQ, DR*)
 - O lentilă de contact poate fi folosită în cazurile cu vindecare întârziată (*III, IQ, DR*)
 - O lentilă rigidă gaz permeabilă – sau lentilă hibrid/ sclerală cu o stabilitate mai mare poate fi necesară – va îmbunătăți vederea când neregularitatea corneană este cauza scăderii acuității vizuale; aceste lentile pot exclude necesitatea unor tehnici mai invazive (*III, IQ, DR*)
- Opacifierea corneană - management chirurgical :
 - Strategia chirurgicală depinde de stratul cornean implicat:

- Debridările epiteliale sunt cele mai utile în leziunile anterioare ale membranei Bowman (*III, IQ, DR*)
- EDTA-ul poate fi folosit în îndepărtarea calcificărilor întâlnite în keratopatia în bandă (*III, IQ, DR*)
- Mitomycina C pentru cicatricile de la nivel subepitelial, Bowman și stroma anterioară poate ajuta în cazul recidivelor (*III, IQ, DR*)
- Tatuajul cornean poate masca leucoamele corneene

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

Urmărire

- În managementul edemului cornean, urmărirea este esențială pentru a monitoriza disfuncția endotelială
- În managementul opacifierii corneene, urmărirea clarității și a neregularității corneene sunt necesare (*III, GQ, SR*)
- Problemele coexistente, inflamația intraoculară și TIO necesită reevaluare regulată (*III, GQ, SR*)

Consiliere și adresare spre alți specialiști

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

Sindromul de ochi uscat (Evaluare inițială)

Anamneza

- Semne și simptome oculare (iritație, lăcrimare, arsură, senzație de corp străin, senzație de mâncărime, fotofobie, vedere încețoșată, intoleranță în purtarea lentilelor de contact, roșeață, secreții mucoase, creșterea frecvenței clipitului, oboseală oculară, fluctuații diurne - simptomele devenind mai accentuate în cursul serii, etc) (III, GQ, SR)
- Exacerbarea simptomelor în funcție de condiții (de ex: vânt, călătoriile cu avionul, scăderea umidității, efort vizual prelungit asociat cu scăderea frecvenței clipitului, ca de exemplu cititul și folosirea calculatorului) (III, GQ, SR)
- Durata simptomelor (III, GQ, SR)
- Istoricul oftalmologic include :
 - Medicatie topică utilizată și efectul acesteia asupra simptomelor (de ex: lacrimi artificiale, antihistaminice, medicație antiglaucomatoasă, vasoconstrictoare, corticosteroizi, preparate homeopate, etc) (III, GQ, SR)
 - Purtător de lentile de contact, program și îngrijire (III, GQ, SR)
 - Conjunctivite alergice (III, GQ, SR)
 - Istoric chirurgical oftalmologic (transplant cornean, chirurgia cataractei, chirurgie refractivă) (III, GQ, SR)
 - Patologie a suprafeței oculare (virus herpes simplex, virus varicelo-zosterian, pemfigoid, sindrom Stevens- Johnson, aniridie, rejet cornean) (III, GQ, SR)
 - Chirurgia căilor lacrimale (III, GQ, SR)
 - Chirurgia pleoapelor (ptoza palpebrală, blefaroplastie, entropion/ ectropion) (III, GQ, SR)
 - Paralizie nerv facial (III, GQ, SR)
- Istoric medical, incluzând:
 - Fumat sau fumatul pasiv (II+, GQ, SR)
 - Boli dermatologice (rozacee, psoriazis) (II++, GQ, SR)
 - Tehnica și frecvența toaletei faciale inclusiv a pleoapelor și igiena genelor (II++, GQ, SR)
 - Atopii (II++, GQ, SR)
 - Menopauza (II++, GQ, SR)
 - Boli inflamatorii sistemice (Sjögren, rejet cornean, artrita reumatoidă, lupus, sclerodermie) (II++, GQ, SR)
 - Alte patologii sistemice (limfoame, sarcoidoză) (II++, GQ, SR)
 - Medicație sistemică (antihistaminice, diuretice, antagoniști hormonal și hormoni, antidepresive, antiaritmice, atropina, antagoniști beta-adrenergici, chimioterapie sau alte medicamente cu efect anticolinergic) (II++, GQ, SR)
 - Traume (mecanice, chimice, termice) (II++, GQ, SR)
 - Infecții virale cronice (hepatita C, HIV) (II++, GQ, SR)

- Intervenții chirurgicale non-oculare (transplant medular, chirurgia capului sau gâtului, chirurgia pentru nevralgia de trigemen) (II++, GQ, SR)
- Iradierea orbitei (II++, GQ, SR)
- Patologii neurologice (Boala Parkinson, paralizie de nerv VII, sdr Riley-Day, nevralgia de trigemen) (II++, GQ, SR)
- Gura uscată, ulcere ale mucoasei bucale, carii dentare (II++, GQ, SR)
- Oboseală (II++, GQ, SR)
- Dureri articulare sau musculare (II++, GQ, SR)

Examenul oftalmologic

- Acuitate vizuală
- Examen clinic general:
 - Pielea (sclerodermie, rozacee, seboree)
 - Pleoape malpoziții sau defect de ocluzie, clipit incomplet sau neregulat, margine ciliară eritematoasă, secreții anormale, entropion, ectropion)
 - Anexe (puncte lacrimale dilatate)
 - Afecțiuni ale nervilor cranieni (trigemen, facial)
 - Mâini (deformări caracteristice poliartritei reumatoide, Sdr Raynaud, hemoragii în așchie sub unghii)
- Examen biomicroscopic:
 - Filmul lacrimal (înălțimea meniscului, depozite, creșterea vâscozității, mucus, timpul de rupere al filmului lacrimal)
 - Gene (trichiazis, distichiazis, madaroză, depozite)
 - Margini palpebrale (anomalii ale glandelor Meibomius – metaplazia, reducerea exteriorizării meibomiului, atrofie; caracterul secreției glandelor – turbure, îngroșat, spumos, deficient; vascularizație la nivelul joncțiunii musculo-cutanate; keratinizare, mâncărime)
 - Punctul lacrimal (permeabilitate, poziție, prezența și eventuala poziție a dopurilor lacrimale)
 - Fornixul inferior și conjunctiva tarsal (cicatrici, eritem, reacții papilare, lărgirea foliculilor, keratinizare, simblefaron)
 - Conjunctiva bulbară (colorare punctată cu roz Bengal, verde de lizamină sau fluoresceină; hiperemie, uscare localizată, keratinizare, chemozis, chalazis, foliculi)
 - Cornea (uscăciune localizată interpalpe-bral, eroziuni punctate superficiale, filamente, deficit epiteliale, neregularități ale membranelor bazale, plăci mucoase, keratinizare, pannus, subțiere, infiltrate, cicatrici, neovascularizație, evidențierea sechelelor chirurgiei refractiv)

Sindromul de ochi uscat (Recomandări de conduită)

Conduita terapeutică

- Tratarea tuturor factorilor cauzatori care pot genera simptomele de ochi uscat
- Secvența și combinația terapiei sunt bazate pe nevoile pacientului însă sunt conduse de judecata oftalmologului (*III, GQ, SR*)
- Pentru formele ușoare sunt adecvate următoarele măsuri:
 - Educaționale și de modificare a mediului (*III, GQ, SR*)
 - Înlăturarea medicației topice sau sistemice supărătoare (*III, IQ, DR*)
 - Folosirea lacrimilor artificiale, gel sau unguent (*III, IQ, DR*)
 - Tratatamentul pleoapelor (comprese calde și igiena locală) (*III, IQ, DR*)
 - Tratarea blefaritei/ meibomianitei (*II++*, *GQ, DR*)
 - Corecția anomaliilor palpebrale (*II++*, *MQ, DR*)
- Pentru formele medii, adițional față de măsurile de mai sus, sunt adecvate următoarele:
 - Agenți antiinflamatori (ciclosporina topică, corticosteroizi, Omega 3 sistemic)
 - Dopuri lacrimale (*I++*, *GQ, SR*)
 - Ochelari speciali de protecție și prevăzuți cu o camera de umidifiere (*III, IQ, DR*)
- Pentru formele grave, adițional față de măsurile de mai sus, sunt adecvate următoarele:
 - Agoniști colinergici sistemici
 - Agenți antiinflamatori sistemici
 - Agenți mucolitici (*III, IQ, DR*)
 - Lacrimi cu ser autolog
 - Lentile de contact
 - Corecția anomaliilor palpebrale
 - Ocluzie permanentă a punctelor lacrimale (*III, IQ, DR*)
 - Tarsorafie (*III, IQ, DR*)
 - Monitorizarea pacienților cărora li s-au prescris corticosteroizi pentru reacții adverse legate de creșterea tensiunii intraoculare, melting cornean și apariția cataractei (*III, GQ, SR*)

Educarea pacientului

- Consilierea pacientului despre caracterul cronic al sindromului de ochi uscat și istoria sa naturală (*III, GQ, SR*)
- Instrucțiuni specifice legate de terapia necesară (*III, GQ, SR*)
- Reevaluarea periodică a complianței pacientului și a înțelegerii bolii de către acesta, a riscurilor schimbărilor structurale și setarea unor așteptări realiste (*III, GQ, SR*)
- Recomandarea evaluării pacienților și de către alți specialiști asupra patologiilor generale (*III, GQ, SR*)
- Precauție asupra pacienților cu sindrom de ochi uscat preexistent, care urmează să sufere o intervenție chirurgicală refractivă, în special LASIK, care poate înrăutăți simptomele. (*III, GQ, SR*)

Ambliopia (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)

- Semne și simptome oculare [A:III]
- Istoricul afecțiunilor oculare [A:III]
- Antecedente personale patologice (inclusiv factori prenatali, perinatali, postnatali) [A:III]
- Antecedente personale heredocolaterale (inclusiv afecțiuni oculare și afecțiuni sistemice relevante pentru această patologie) [A:III]

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)

- Măsurarea acuității vizuale și evaluarea fixației [A:III]
- Motilitatea oculară și alinierea binoculară [A:III]
- Test Brückner (reflex roșu binocular) [A:III]
- Examinarea pupilei [A:III]
- Examinarea anexelor oculare [A:III]
- Examenul segmentului anterior [A:III]
- Refracție / Retinoscopie cu cicloplegie [A:III]
- Examenul fundului de ochi [A:III]

Conduita terapeutică

- Tratamentul trebuie încercat în cazul tuturor copiilor cu ambliopie, indiferent de vârstă [A:III]
- Alegerea tratamentului trebuie să fie dictată de vârsta pacientului, nivelul acuității vizuale, complianța la tratamentele anterioare și statusul fizic, psihologic și social [A:III]
- Scopul tratamentului este obținerea unei acuități vizuale egale între cei doi ochi [A:III]
- Când acuitatea vizuală maximă a fost obținută, tratamentul trebuie redus și eventual oprit [A:III]

Urmărire

Controlul trebuie să includă:

- Istoricul afecțiunii în perioada dintre consultația inițială și control [A:III]
- Evaluarea complianței la planul de tratament [A:III]
- Efecte adverse ale tratamentului [A:III]
- Măsurarea acuității vizuale [A:III]
- Primul control trebuie efectuat la 2-3 luni după inițierea tratamentului [A:III]
- Intervalul de timp dintre consultația inițială și control poate să fie modificat în funcție de intensitatea tratamentului și vârsta pacientului [A:III]
- Este necesară monitorizarea continuă a pacientului deoarece aproape 25% din pacienții tratați cu succes prezintă o recurență în primul an după oprirea tratamentului [A:III]

Educarea pacientului

- Diagnosticul, severitatea afecțiunii, prognosticul și tratamentul trebuie discutate cu pacientul, părinții și/sau aparținătorii pacientului [A:III]
- Afecțiunea trebuie explicată familiei, iar aceasta trebuie să participe la realizarea planului de tratament. [A:III]

Esotropia (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)

- Semne și simptome oculare [A:III]
- Istoricul afecțiunii oculare (debut, frecvența deviației, prezența sau absența diplopiei) [A:III]
- Antecedente personale patologice (inclusiv factori prenatali, perinatali, postnatali) [A:III]
- Antecedente personale heredocolaterale (strabism, ambliopie, intervenții la nivelul mușchilor extraoculari, afecțiuni genetice, corecție optică cu ochelari) [A:III]

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)

- Măsurarea acuității vizuale și evaluarea fixației [A:III]
- Alinierea binoculară (la distanță și la aproape) [A:III]
- Evaluarea funcției mușchilor extraoculari [A:III]
- Testarea nistagmusului optokinetic monocular și binocular pentru asimetria mișcării de urmărire nazal-temporal [A:III]
- Diagnosticarea nistagmusului latent sau manifest [A:III]
- Teste senzoriale [A:III]
- Refracție / Retinoscopie cu cicloplegie [A:III]
- Examenul fundului de ochi [A:III]

Conduita terapeutică

- Toate formele de esotropie trebuie tratate, iar alinierea oculară trebuie restabilită cât mai precoce [A:III]
- Prescrierea lentilelor de corecție se face pentru toate viciile de refracție clinic semnificative [A:III]
- În cazul în care ochelarii și tratamentul ambliopiei sunt ineficiente în realizarea alinierii oculare, corecția chirurgicală este indicată [A:III]
- Tratamentul ambliopiei trebuie inițiat înainte de intervenția chirurgicală pentru reducerea unghiului de deviație și/sau pentru a favoriza obținerea vederii binoculare [A:III]

Urmărire

- Evaluările periodice sunt necesare datorită riscului de apariție a ambliopiei (cu pierderea vederii binoculare) și datorită recurenței [A:III]
- Controlul trebuie efectuat la interval de 4-6 luni pentru copiii cu o bună aliniere oculară, fără ambliopie [A:III]
- Frecvența controalelor se poate reduce pe măsură ce copilul crește [A:III]
- Frecvența controalelor trebuie crescută în cazul în care apar modificări în evoluția afecțiunii [A:III]
- Pacienții cu hipermetropie trebuie să fie evaluați cel puțin o dată pe an, iar în cazul în care aceștia prezintă scăderea acuității vizuale sau creșterea unghiului de deviație, frecvența controalelor trebuie crescută [A:III]
- Repetarea refracției cu cicloplegie este indicată atunci când esotropia nu este corectată prin corecția optică prescrisă la prima consultație sau în cazul recidivei după intervenția chirurgicală [A:III]

Educarea pacientului

- Afecțiunea trebuie explicată pacientului și familiei, iar aceasta din urmă trebuie să participe la realizarea planului de tratament. [A:III]
- Planul de tratament trebuie elaborat în acord cu pacientul și familia acestuia [A:III]

Exotropia (Evaluare inițială și Urmărire)

Anamneza (Elemente cheie)

- Semne și simptome oculare [A:III]
- Istoricul afecțiunii oculare (debut, frecvența deviației, prezența sau absența diplopiei) [A:III]
- Antecedente personale patologice (inclusiv factori prenatali, perinatali, postnatali) [A:III]
- Antecedente personale heredoaterale (strabism, ambliopie, intervenții la nivelul mușchilor extraoculari, afecțiuni genetice, corecție optică cu ochelari) [A:III]

Examenul oftalmologic (Elemente cheie)

- Măsurarea acuității vizuale și evaluarea fixației [A:III]
- Alinierea binoculară (la distanță și la aproape) [A:III]
- Evaluarea funcției mușchilor extraoculari [A:III]
- Diagnosticarea nistagmusului latent sau manifest [A:III]
- Teste senzoriale [A:III]
- Refracție / Retinoscopie cu cicloplegie [A:III]
- Examenul fundului de ochi [A:III]

Conduita terapeutică

- Toate formele de exotropie trebuie monitorizate, iar unele dintre ele vor necesita tratament [A:III]
- Copiii cu exotropie intermitentă și un bun control al fuziunii se pot monitoriza, fără să fie necesară o intervenție chirurgicală [A:III]
- Deviațiile permanente sau prezente în majoritatea timpului necesită tratament [A:III]
- Prescrierea lentilelor de corecție se face pentru toate viciile de refracție clinic semnificative [A:III]
- Schemele optime de tratament nu sunt încă bine stabilite [A:III]

Urmărire

- Frecvența controalelor este dictată de vârsta pacientului, de acuratețea măsurării acuității vizuale și de gradul de control al deviației [A:III]
- Copiii cu exotropie intermitentă, fără ambliopie și cu un bun control al fuziunii sunt reexaminați la interval de 6-12 luni [A:III]
- Intervalele de timp dintre reevaluări se reduc atunci când se ajunge la maturitate vizuală [A:III]
- Controlul trebuie să includă :
 - Istoricul afecțiunii în perioada dintre consultația inițială și control [A:III]
 - Evaluarea compliancei la planul de tratament [A:III]
 - Evaluarea motilității oculare [A:III]

Educarea pacientului

- Afecțiunea trebuie explicată pacientului și familiei, iar aceasta din urmă trebuie să participe la realizarea planului de tratament. [A:III]
- Planul de tratament trebuie elaborat în acord cu pacientul și familia [A:III]

Chirurgie refractivă (Evaluare inițială și Urmărire postoperatorie)

Anamneza

- Statusul actual al funcției vizuale [A:III]
- Istoric al patologiilor oftalmologice [A:III]
- Istoric al patologiilor sistemice [A:III]
- medicație [A:III]

Examenul oftalmologic

- AV la distanță cu și fără corecție [A:III]
- Refracție manifestă și cicloplegică [A:III]
- Topografie corneană [A:III]
- Măsurarea grosimii corneene centrale [A:III]
- Evaluarea filmului lacrimal și a suprafeței oculare [A:III]
- Evaluarea motilității oculare [A:III]

Management preoperator

- Întreruperea portului lentilelor de contact înainte de investigații și preoperator [A:III]
- Informarea pacientului asupra potențialelor riscuri, beneficii și alternative legate de fiecare tehnică operatorie [A:III]
- Semnarea consimțământului informat; pacientul trebuie să aibă posibilitatea de a primi răspuns la toate întrebările preoperator [A:III]
- Verificarea și calibrarea instrumentelor preoperator [A:III]
- Confirmarea de către chirurg a identității pacientului, a ochiului care urmează să fie operat, și a datelor introduse în computerul laserului [A:III]

Îngrijire postoperatorie

- Chirurgul este responsabil pentru managementul postoperator [A:III]
- Pentru tehnicile de ablație a suprafeței, pacientul trebuie examinat a doua zi postoperator și la fiecare 2-3 zile până când ochiul este reepitelizat [A:III]
- Pentru tehnica LASIK - fără complicații - examinarea are loc în primele 36 ore postoperator, a doua vizită între 1 și 4 săptămâni postoperator, iar vizitele ulterioare în funcție de caz [A:III]

Educarea pacientului

Discutarea riscurilor și beneficiilor tehnicii trebuie planificate cu pacientul. Elementele discuției vor fi următoarele:

- Nivelul de rezultate ale refracției preconizate
- Erori refractive reziduale
- Corecția postoperatorie pentru vederea de aproape și/sau pentru vederea la distanță
- Posibilitatea pierderii celei mai bune acuități vizuale corectate
- Efecte secundare și complicații (ex. keratite microbiene, ectazii corneene)
- Schimbările la nivelul funcției vizuale nu sunt neapărat detectabile la testarea acuității vizuale, deoarece includ efectul de glare (orbire) și acuitatea în condiții de iluminare redusă
- Simptome ale vederii nocturne (glare, halouri) dezvoltate sau înrăutățite. Atenție deosebită trebuie acordată pacienților cu un grad mare de ametropie sau pacienților care necesită un nivel ridicat al acuității în condiții de iluminare redusă
- Efectul la nivelul alinierii globilor oculari
- Apariția sau înrăutățirea sindromului de ochi uscat
- Sindromul de eroziuni recurente
- Limitările chirurgiei refractive, cu menționarea prezbiopiei și a potențialelor pierderi de vedere la aproape fără corecție, ce se întâlnește în cazul tratării pacienților miopi
- Avantajele și dezavantajele tehnicii monovision (pentru pacienții prezbiți)
- Avantajele și dezavantajele tehnicilor convenționale și avansate de ablație
- Avantajele și dezavantajele chirurgiei refractive în aceeași zi bilateral versus tehnica secvențială. Deoarece vederea poate fi scăzută în cazul tehnicii bilaterale în aceeași zi, pacientul trebuie informat că activități precum șofatul nu sunt posibile pentru câteva săptămâni uneori.
- Posibilitatea influențării predictibilității calculării dioptriei implantului pentru operația de cataractă ulterioară
- Planul postoperator (programul de îngrijire, persoanele implicate în îngrijirea postoperatorie)

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 modificări 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 recomandările trebuie 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 răni 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.