



PODSUMOWANIE ZAŁOŻEŃ DLA ZALECANYCH ALGORYTMÓW POSTĘPOWANIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Wstęp

Jest to podsumowanie wytycznych Amerykańskiej Akademii Okulistyki dla zalecanych algorytmów postępowania (*Preferred Practice Pattern*® – PPP) w praktyce klinicznej. Algorytmy te zostały opracowane w oparciu o trzy podstawowe zasady:

- Każdy zalecany algorytm postępowania powinien być istotny klinicznie i określony w taki sposób, aby dostarczyć użytecznych informacji dla lekarzy praktyków.
- Każda rekomendacja powinna mieć jasno określoną rangę ukazującą jej znaczenie dla optymalnego procesu diagnostyki i leczenia.
- Każda rekomendacja powinna mieć jasno określoną rangę odzwierciedlającą oparcie się na dostępnych aktualnie dowodach klinicznych.

Zalecane algorytmy postępowania stanowią ogólne wskazówki, a nie wzory do stosowania u wszystkich chorych.

Podczas gdy obejmują one potrzeby większości chorych, to jednak mogą nie być optymalne dla wszystkich pacjentów. Postępowanie zgodne z tymi wytycznymi nie stanowi gwarancji sukcesu leczenia w większości przypadków. Te wskazówki nie powinny być traktowane jako zbiór wszystkich właściwych metod postępowania, nie wykluczają one również innych, pominiętych tu metod ukierunkowanych na osiągnięcie najlepszych wyników leczenia. U różnych chorych może być konieczne stosowanie różnorodnych sposobów postępowania. Ostateczna ocena i dobór najwłaściwszej metody postępowania u danego chorego w świetle wszystkich okoliczności należy do lekarza. Amerykańska Akademia Okulistyki (*American Academy of Ophthalmology*) pomaga swoim członkom w rozwiązywaniu dylematów natury etycznej, które pojawiają się w ich codziennej praktyce.

Zalecane algorytmy postępowania (*Preferred Practice Pattern*®) nie stanowią standardów medycznych dla wszystkich sytuacji klinicznych. Akademia nie ponosi odpowiedzialności za żaden uraz ani inne uszkodzenie wynikające z zaniedbań, ani też nie przyjmuje odpowiedzialności za roszczenia, które mogłyby powstać z tytułu stosowania powyższych rekomendacji lub innych informacji zawartych w niniejszym opracowaniu.

Dla każdej większej jednostki chorobowej streszczono zalecenia dla sposobu leczenia, w tym zbierania wywiadu, badania fizykalnego i stosowania badań dodatkowych, a także ważniejsze rekomendacje dotyczące leczenia, badań kontrolnych oraz edukacji chorych. Dla każdej jednostki przeprowadzono dokładny przegląd piśmiennictwa w języku angielskim w takich źródłach, jak PubMed oraz Biblioteka Cochrane'a (*Cochrane Library*). Wyniki tego przeglądu zostały zweryfikowane przez panel ekspertów i użyte do opracowania rekomendacji, które pokazują klasyfikację, która wskazuje na siłę dowodów, jeśli dostateczne dowody istnieją.

Dla oceny pojedynczych badań zastosowano skalę opartą na Szkockiej Międzyuczelnianej Sieci Wytycznych (*Scottish Intercollegiate Guideline Network – SIGN*). Definicje i poziomy dowodów dla oceny indywidualnych badań są następujące:

- I++: Wysokiej jakości metaanalizy, metodyczne prace przeglądowe randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych (RCT – randomized controlled trials) lub RCT z bardzo niskim ryzykiem stronniczych wniosków
- I+: Dobrze przeprowadzone metaanalizy, metodyczne prace przeglądowe RCT lub RCT z niskim ryzykiem stronniczych wniosków
- I–: Metaanalizy, metodyczne prace przeglądowe RCT lub RCT z wysokim ryzykiem stronniczych wniosków
- II++: Wysokiej jakości metodyczne prace przeglądowe badań kliniczno-kontrolnych lub kohortowych; wysokiej jakości badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z bardzo niskim ryzykiem mylących lub stronniczych wniosków i dużym prawdopodobieństwem, że związek jest przyczynowy
- II+: Dobrze przeprowadzone badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z niskim ryzykiem mylących lub stronniczych wniosków i umiarkowanym prawdopodobieństwem, że związek jest przyczynowy
- II–: Badania kliniczno-kontrolne lub kohortowe z wysokim ryzykiem mylących lub stronniczych wniosków i znacznym ryzykiem, że związek nie jest przyczynowy
- III: Nieanalityczne badania (np. opisy przypadków, serie przypadków)

Zalecenia dotyczące opieki są formułowane na podstawie materiału dowodowego. Wskaźniki jakości materiału dowodowego są zdefiniowane przez system stopniowania jakości danych naukowych GRADE – Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation w następujący sposób:

- Dobra jakość – Good quality (GQ): Jest mało prawdopodobne, że dalsze badania zmienią nasze zaufanie do oceny wyników
- Umiarkowana jakość – Moderate quality (MQ): Jest prawdopodobne, że dalsze badania mogą mieć znaczny wpływ na nasze zaufanie do oceny wyników i mogą zmienić tę ocenę
- Niewystarczająca jakość – Insufficient quality (IQ): Jest bardzo prawdopodobne, że dalsze badania mogą mieć znaczny wpływ na nasze zaufanie do oceny wyników i mogą zmienić tę ocenę; każda ocena wyników jest bardzo niepewna



PODSUMOWANIE ZAŁOŻEŃ DLA ZALECANYCH ALGORYTMÓW POSTĘPOWANIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Wstęp (ciąg dalszy)

Kluczowe rekomendacje dla opieki zdefiniowane przez system GRADE są następujące:

- Silna rekomendacja – Strong recommendation (SR): Stosowane kiedy pożądane efekty interwencji wyraźnie przeważają nad niepożądanymi efektami lub odwrotnie, niepożądane efekty wyraźnie przeważają nad pożądanymi
- Dyskrecjonalna rekomendacja – Discretionary recommendation (DR): Stosowane kiedy bilans jest mniej pewny— albo z powodu niskiej jakości dowodów, albo ponieważ dowody sugerują, że korzystne i niekorzystne wyniki są niemal równoważne.

W PPP przed 2011 r. eksperci oceniali algorytmy według ich znaczenia dla procesu leczenia. Klasyfikacja „znaczenia dla procesu leczenia” przedstawia rekomendacje postępowania mające w istotny sposób poprawić jakość opieki nad chorym. Ocena danej rekomendacji została podzielona na trzy poziomy:

- Poziom A – najważniejszy dla procesu leczenia.
- Poziom B – o pośrednim znaczeniu.
- Poziom C – o znaczeniu istotnym, ale nie krytycznym.

Eksperti oceniali każdą rekomendację również na podstawie wspierających ją dowodów naukowych dostępnych w literaturze. Tutaj również „wiarygodność dowodów” została podzielona na trzy poziomy.

- Poziom I – zawiera dowody uzyskane w przynajmniej jednym, właściwie przeprowadzonym, dobrze zaprojektowanym randomizowanym badaniu klinicznym. Mogły to być również metaanalizy randomizowanych badań klinicznych.
- Poziom II – zawiera dowody uzyskane z następujących źródeł:
 - Dobrze zaprojektowane kontrolowane badanie bez randomizacji.
 - Dobrze zaprojektowane badanie dużej grupy chorych lub analiza serii przypadków, najlepiej z więcej niż jednego ośrodka.
 - Analiza szeregów czasowych przypadków z/lub bez interwencji leczniczej.
- Poziom III – zawiera dowody uzyskane z następujących źródeł:
 - Badania opisowe.
 - Opisy przypadków.
 - Raporty komisji/organizacji ekspertów (np. konsensus panelu PPP z zewnętrznym recenzentem).

To wcześniejsze podejście jednak będzie ostatecznie zaniechane, ponieważ Akademia przyjęła systemy SIGN i GRADE do oceny i klasyfikacji rekomendacji.

Algorytmy (PPP) mają służyć jako przewodniki do postępowania z chorymi, z położeniem nacisku na aspekty techniczne. Stosując tę wiedzę, należy pamiętać, że doskonałość w sztuce medycznej osiąga się tylko wtedy, gdy umiejętności wykorzystuje się przede wszystkim dla zaspokojenia potrzeb chorego. AAO prowadzi doradztwo dla swoich członków w zakresie problemów natury etycznej, które mogą pojawić się w codziennej praktyce (AAO kodeks etyki – AAO Code of Ethics).

Niedowidzenie (badanie wstępne i badania kontrolne)

Wstępny wywiad (elementy kluczowe)

- Oczne objawy podmiotowe i przedmiotowe.
- Wywiad okulistyczny.
- Wywiad ogólny, waga urodzeniowa, wiek ciążowy, wywiad prenatalny i okołoporodowy, przebyte hospitalizacje i operacje oraz ogólny stan zdrowia i rozwój.
- Wywiad rodzinny, także dotyczący stanu oczu i istotnych chorób ogólnych.

Wstępne badanie fizykalne (elementy kluczowe)

- Obecność obuocznego różowego refleksu z dna oczu (test Brücknera).
- Badanie widzenia obuocznego i stereoskopowego.
- Ocena ostrości wzroku i/lub charakteru fiksacji.
- Ocena obuocznego ustawienia i ruchomości oczu.
- Retinoskopia/badanie refrakcji po porażeniu akomodacji z subiektywnym doprecyzowaniem jeśli wskazane.
- Badanie dna oka.

Dalsze postępowanie

- Wszystkim dzieciom z niedowidzeniem należy zaoferować próbę leczenia niezależnie od wieku.
- Należy wybrać sposób leczenia w zależności od wieku chorego; ostrości widzenia; współpracy chorego przy dotychczasowym leczeniu oraz od statusu fizycznego, społecznego i psychologicznego.
- Celem leczenia jest uzyskanie jednakowej ostrości wzroku w obu oczach.
- Po osiągnięciu najlepszej możliwej (maksymalnej) ostrości wzroku intensywność leczenia należy zmniejszać aż do całkowitego zaprzestania.

Badania kontrolne

- Badania kontrolne powinny obejmować:
 - aktualny wywiad;
 - stosowanie się do zaleceń;
 - uboczne efekty leczenia;
 - ostrość wzroku każdego oka.
- Badania kontrolne zwykle planuje się 2 do 3 miesięcy od rozpoczęcia leczenia.
- Częstotliwość waha się w zależności od intensywności leczenia i wieku dziecka.
- Wskazana jest dalsza stała obserwacja, ponieważ u około ¼ dzieci po skutecznym leczeniu dochodzi do nawrotu po zaprzestaniu leczenia.

Edukacja chorych

- Należy przedyskutować z chorym, jego rodzicami lub opiekunami rozpoznanie, rokowanie oraz omówić plan leczenia.
- Należy wyjaśnić istotę choroby oraz nakłonić rodzinę do ścisłej współpracy przy leczeniu.

Zez zbieżny (badanie wstępne i badania kontrolne)

Wstępny wywiad (elementy kluczowe)

- Oczne objawy podmiotowe i przedmiotowe.
- Wywiad okulistyczny (data wystąpienia i częstość pojawiania się odchylenia, obecność lub brak dwojenia, zezowania, zamykania jednego oka lub innych objawów wzrokowych).
- Wywiad ogólny, waga urodzeniowa, wiek ciążowy, wywiad prenatalny i okołoporodowy, przebyte hospitalizacje i operacje oraz ogólny stan zdrowia i rozwój.
- Wywiad rodzinny (zez, niedowidzenie, rodzaj okularów i wywiad dotyczący ich stosowania, operacje na mięśniach zewnątrzgałkowych, choroby genetyczne).
- Wywiad środowiskowy (np. która klasa w szkole, trudności w nauce, problemy z zachowaniem lub problemy w interakcjach społecznych).

Wstępne badanie fizykalne (elementy kluczowe)

- Weryfikacja korekcji okularowej dioptrymierzem.
- Ocena obuocznego ustawienia gałek ocznych do dali i bliży przy patrzeniu na wprost, do góry i do dołu oraz w kierunkach poziomych, jeśli możliwe; jeśli noszone są okulary badanie ustawienia należy wykonać z korekcją.
- Ocena funkcji mięśni zewnątrzgałkowych (dukcje i wersje, w tym odchylenia takie jak obserwowane w zespołach A i V).
- Wykrycie utajonego lub jawnego oczopląsu.
- Testy sensoryczne, w tym badanie fuzji i stereoskopii.
- Retinoskopia/badanie refrakcji po porażeniu akomodacji.
- Badanie dna oka.
- Jednooczne i obuoczne badanie oczopląsu optokinetycznego celem wykrycia asymetrii ruchów wodzących nosowo-skroniowych.

Dalsze postępowanie

- Należy uwzględnić wszystkie rodzaje zezu zbieżnego przy wdrażaniu leczenia i uzyskać prawidłowe ustawienie gałek ocznych tak szybko, jak to możliwe.
- Należy przepisać odpowiednie szkła korekcyjne w każdej klinicznie istotnej wadzie refrakcji jako leczenie początkowe.

- Jeżeli korekcja okularowa i leczenie niedowidzenia są nieskuteczne w leczeniu zezu, wskazany jest zabieg chirurgiczny.
- Należy rozpocząć leczenie niedowidzenia przed operacją, ponieważ chirurgiczne leczenie zezu zbieżnego przy umiarkowanym i ciężkim niedowidzeniu ma mniejszy odsetek dobrych wyników niż u chorych bez lub z niewielkim niedowidzeniem.

Badania kontrolne

- Okresowa ocena okulistyczna jest konieczna z powodu ryzyka rozwoju niedowidzenia i utraty obuocznego widzenia oraz nawrotu.
- Dzieci z prawidłowym ustawieniem oczu i bez niedowidzenia mogą być badane co 4-6 miesięcy.
- Częstość badań kontrolnych może być zmniejszana w miarę dojrzewania dziecka.
- Nowe lub zmieniające się wyniki badań mogą wskazywać na konieczność częstszych wizyt.
- Nadwzroczność powinna być oceniana przynajmniej raz na rok, a częściej w przypadku pogarszania się ostrości wzroku lub powiększania się zezu.
- Powtórne badanie refrakcji po porażeniu akomodacji jest wskazane w przypadkach, kiedy kąt zezu nie zmniejsza się po dotychczasowej korekcji lub jeśli zez nawraca po operacji.

Edukacja chorych

- Należy przedyskutować wyniki badań z chorym (o ile to możliwe) i/lub z rodzicami/opiekunami, aby zrozumieli istotę choroby i mogli współpracować w procesie leczenia.
- Plan leczenia należy ustalać po konsultacji z chorym i jego rodziną/opiekunami.

Zez rozbieżny (badanie wstępne i badania kontrolne)

Wstępny wywiad (elementy kluczowe)

- Oczne objawy podmiotowe i przedmiotowe.
- Wywiad okulistyczny (czas pojawienia się i częstość występowania odchylenia, obecność lub brak dwojenia).
- Wywiad ogólny, waga urodzeniowa, wiek ciążowy, wywiad prenatalny i okołoporodowy, przebyte hospitalizacje i operacje oraz ogólny stan zdrowia i rozwój.
- Wywiad rodzinny (zez, niedowidzenie, rodzaj okularów i wywiad dotyczący ich stosowania, operacje na mięśniach zewnątrzgałkowych oraz inne zabiegi, choroby genetyczne).
- Wywiad środowiskowy (np. która klasa w szkole, trudności w nauce, problemy z zachowaniem lub problemy w interakcjach społecznych).

Wstępne badanie fizykalne (elementy kluczowe)

- Testy sensoryczne, w tym badanie fuzji i stereoskopii.
- Weryfikacja korekcji okularowej dioptrymierzem.
- Ocena obuocznego ustawienia gałek ocznych do dali i bliży przy patrzeniu na wprost, do góry i do dołu oraz w kierunkach poziomych, jeśli możliwe; jeśli noszone są okulary badanie ustawienia należy wykonać z korekcją.
- Ocena funkcji mięśni zewnątrzgałkowych (dukcje i wersje, w tym odchylenia takie jak obserwowane w zespołach A i V).
- Wykrycie utajonego lub jawnego oczopląsu.
- Retinoskopia/badanie refrakcji po porażeniu akomodacji.
- Badanie dna oka.
- Jednooczne i obuoczne badanie oczopląsu optokinetycznego celem wykrycia asymetrii ruchów wodzących nosowo-skroniowych.

Dalsze postępowanie

- Wszystkie postaci zezu rozbieżnego należy monitorować, niektóre będą wymagały leczenia.
- Małe dzieci z okresowym zezem i dobrą kontrolą fuzji mogą być obserwowane bez operacji.
- Odchylenia występujące przez większość czasu lub na stałe wymagają leczenia.
- Należy przepisać odpowiednie szkła korekcyjne w każdej klinicznie istotnej wadzie refrakcji, która powoduje obniżenie widzenia w jednym lub w obydwu oczach.
- Optymalne leczenie zezu rozbieżnego, długotrwałe korzyści wczesnej korekcji chirurgicznej i względne zalety chirurgii obuocznej w stosunku do jednoocznej nie są dokładnie ustalone.
- Niedowidzenie jest rzadkie u pacjentów z naprzemiennym zezem rozbieżnym, ale, jeśli występuje, powinno być leczone.

Badania kontrolne

- Częstość badań kontrolnych ustala się na podstawie wieku dziecka, możliwości uzyskania odpowiedniej ostrości wzroku oraz kontroli odchylenia.
- Dzieci z dobrą kontrolą fuzji i okresowym zezem zwykle są badane co 6 do 12 miesięcy.
- W wieku od 7 do 10 lat, częstość badań może być zmniejszona.
- Badanie kontrolne obejmuje: częstość odchylenia, stosowanie się do zaleconego leczenia (o ile było wdrożone) oraz ocenę ruchomości oczu.

Edukacja chorych

- Należy przedyskutować wyniki badań z chorym (o ile to możliwe) i/lub z rodzicami/opiekunami, aby zrozumieli istotę choroby i mogli współpracować w procesie leczenia.
- Plan leczenia należy ustalać po konsultacji z chorym i jego rodziną/opiekunami.

Klauzula zrzeczenia się odpowiedzialności za tłumaczenie Podsumowania Założeń

Ta publikacja jest tłumaczeniem publikacji Amerykańskiej Akademii Okulistyki zatytułowanej Summary Benchmarks. Tłumaczenie odzwierciedla aktualną praktykę w Stanach Zjednoczonych w momencie opublikowania oryginalnej wersji przez Akademię i może zawierać pewne modyfikacje odzwierciedlające praktykę w danym kraju. To nie Amerykańska Akademia Okulistyki tłumaczyła tę publikację na język w niej użyty i nie ponosi ona żadnej odpowiedzialności za wszelkie modyfikacje, błędy, przeoczenia i inne możliwe wady w tłumaczeniu. Akademia dostarcza niniejszy materiał wyłącznie w celach edukacyjnych. Nie ma on na celu być ustanowieniem jedynej lub najlepszej metody lub procedury w każdym przypadku, lub zastąpienia własnej opinii lekarza ani dostarczania konkretnych zaleceń postępowania dla danego przypadku. Uwzględnienie wszystkich wskazań, przeciwwskazań, efektów ubocznych i alternatywy dla każdego leku lub metody leczenia nie wchodzi w zakres tego materiału. Wszystkie informacje i rekomendacje powinny być przed zastosowaniem zweryfikowane z aktualnym zaleceniem producenta lub innymi niezależnymi źródłami i rozważone w świetle wywiadu i stanu pacjenta. Akademia w szczególności wyrzeka się wszelkiej odpowiedzialności za obrażenia lub inne jakiegokolwiek szkody spowodowane zaniedbaniem lub inną przyczyną, oraz za wszelkie roszczenia które mogą wyniknąć na skutek stosowania zaleceń i innych informacji zawartych w tym materiale.

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.