

## PUNTI DI RIFERIMENTO SOMMARI PER LE LINEE GUIDA PREFERRED PRACTICE PATTERN®

### Introduzione

I seguenti sono dei punti di riferimento sommari per le linee guida Preferred Practice Pattern® (PPP) dell'Academy. Le linee guida Preferred Practice Pattern sono state formulate sulla base di tre principi:

- Ogni Preferred Practice Pattern dovrebbe avere rilevanza clinica ed essere sufficientemente specifica da fornire informazioni utili alla pratica clinica.
- Ogni raccomandazione che viene fatta dovrebbe essere accompagnata da un esplicito punteggio che indichi la sua importanza nell'ambito dell'attività assistenziale.
- Ogni raccomandazione dovrebbe essere corredata da un esplicito punteggio che dimostri la forza dell'evidenza che supporta tale raccomandazione e che rifletta la migliore evidenza disponibile.

### **I Preferred Practice Patterns forniscono un'indicazione per un modello di pratica clinica, non per l'assistenza di un individuo in particolare.**

Se da un lato i PPP dovrebbero essere in grado di andare incontro alle necessità della maggior parte dei pazienti, non è comunque detto che rappresentino la migliore raccomandazione per tutti i pazienti. Pertanto il rispetto di questi PPP non assicura di un risultato soddisfacente in qualsiasi situazione. Questi modelli di pratica non dovrebbero essere giudicati comprensivi di tutti i metodi assistenziali appropriati ovvero manchevoli di altri metodi assistenziali che siano ragionevolmente orientati ad ottenere i migliori risultati. Può essere necessario affrontare in modi differenti le diverse esigenze dei pazienti. Il medico deve formulare il giudizio definitivo riguardo alla tipologia di assistenza da adottare nei confronti di un particolare paziente alla luce di tutte le caratteristiche proprie di quel paziente. L'American Academy of Ophthalmology è in grado di fornire assistenza ai suoi membri per risolvere questioni etiche che sorgano nel corso dell'attività clinica.

**Le linee guida Preferred Practice Pattern non sono degli standard della Medicina ai quali conformarsi in ogni situazione individuale.** L'Academy declina specificamente ogni responsabilità per lesioni o altri danni di ogni natura, derivanti da negligenza o da altre cause, e per ogni rivendicazione che possa derivare dall'uso di qualsiasi raccomandazione o altra informazione tratta da questo documento.

Per ogni condizione patologica di maggior rilievo, sono riassunte le raccomandazioni per il processo assistenziale, comprensive di anamnesi, esame obiettivo ed esami supplementari, nonché le raccomandazioni principali riguardo alla gestione assistenziale, al follow-up e alla educazione del paziente.

Per ogni PPP viene condotta una ricerca dettagliata della letteratura pertinente in lingua inglese fra gli articoli presenti su Pubmed e sulla Cochrane

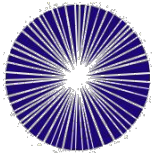
Library. I risultati sono esaminati da una commissione di esperti e sono utilizzati per preparare le raccomandazioni, alle quali viene dato un punteggio che mostra la forza dell'evidenza qualora esista una sufficiente evidenza.

Per valutare i singoli studi, si utilizza una scala basata sul Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). Le definizioni e i livelli di evidenza per valutare i singoli studi sono le seguenti:

- I++: metanalisi di alta qualità, revisioni sistematiche di trials randomizzati controllati (TRC), o TRC con un rischio molto basso di bias.
- I+: metanalisi ben condotte, revisioni sistematiche di TRC, o TRC con un basso rischio di bias
- I-: metanalisi, revisioni sistematiche di TRC, o TRC con un alto rischio di bias
- II++: revisioni sistematiche di alta qualità di studi caso-controllo o di coorte; studi caso-controllo o di coorte di alta qualità con un rischio molto basso di confondimento o bias ed una alta probabilità che la relazione sia casuale
- II+: studi caso-controllo o di coorte ben condotti con un basso rischio di confondimento o bias e una probabilità moderata che la relazione sia casuale
- II-: studi di coorte o caso-controllo con un alto rischio di confondimento o bias e un rischio significativo che la relazione non sia casuale
- III: studi non analitici (es, case reports e case series)

Le raccomandazioni per la gestione sono sostanzialmente basati sui dati di evidenza. Le valutazioni qualitative dei dati di evidenza sono definite dal Grading od Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) come segue:

- Buona Qualità (BQ): ulteriori ricerche non modificherebbe la nostra fiducia nell'effetto stimato
- Qualità Moderata (MQ): ulteriori ricerche potrebbero avere un impatto rilevante sulla nostra fiducia nell'effetto stimato e potrebbero modificare la valutazione
- Qualità Insufficiente (IQ): ulteriori ricerche avrebbero molto probabilmente un impatto rilevante sulla nostra fiducia nell'effetto stimato e potrebbero cambiare la nostra valutazione. Ogni valutazione effettuata è molto incerta



## PUNTI DI RIFERIMENTO SOMMARI PER LE LINEE GUIDA PREFERRED PRACTICE PATTERN®

### **Introduzione** *(continuazione)*

Le raccomandazioni chiave di gestione sono definite dal GRADE come segue:

- Forte raccomandazione (FR): quando gli effetti desiderabili di un intervento superano chiaramente gli effetti indesiderabili o chiaramente non li superano
- Raccomandazione discrezionale (DR): o a causa di un'evidenza di bassa qualità o perché l'evidenza suggerisce che gli effetti desiderabili e indesiderabili sono quasi bilanciati

Nei PPP, prima del 2011, la commissione da un punteggio alla raccomandazione relativamente alla sua importanza nel processo assistenziale. Questo punteggio relativo alla "importanza nel processo assistenziale" rappresenta quella cura che nell'opinione della commissione potrebbe migliorare la qualità dell'assistenza al paziente in modo sostanziale. I punteggi di importanza sono suddivisi in tre livelli:

- Livello A, definito come importanza massima
- Livello B, definito come moderatamente importante
- Livello C, definito come rilevante ma non critico

La commissione ha anche valutato ogni raccomandazione sulla base della forza dell'evidenza disponibile in letteratura a supporto della raccomandazione fatta. I "punteggi di forza dell'evidenza" sono a loro volta divisi in 3 livelli:

- Il livello I fa riferimento a un'evidenza ottenuta da almeno un trial controllato, randomizzato, ben ideato e condotto modo appropriato.
- Il livello II fa riferimento a un'evidenza ottenuta dalle seguenti fonti:
  - Trials controllati ben ideati ma senza randomizzazione
  - Studi di coorte o studi analitici caso-controllo ben ideati, meglio se condotti da più di un centro
  - Serie in tempi successivi con o senza intervento
- Il livello III fa riferimento a un'evidenza ottenuta dalle seguenti fonti:
  - Studi descrittivi
  - Case reports
  - Reports di comitati/organizzazioni di esperti (per es., il consenso del comitato PPP con la revisione di pari esterni)

Tuttavia, quest'approccio formale sarà eventualmente abbandonato non appena l'Academy adotterà i sistemi di rating e di grading SIGN e GRADE.

I PPP devono essere intesi come guide nell'assistenza al paziente, con un'enfasi particolare agli aspetti tecnici.

Nell'applicazione di tale conoscenza, è essenziale tener presente che la vera eccellenza nella pratica medica viene raggiunta unicamente quando le competenze sono applicate in maniera tale che le esigenze del paziente siano prese nella massima considerazione. L'AAO è disponibile a fornire assistenza ai suoi membri per risolvere questioni etiche che sorgano nel corso dell'attività clinica. (Codice di Etica dell'AAO).

## Ambliopia (Valutazione Iniziale E Follow-Up)

### Anamnesi iniziale (elementi chiave)

- Sintomi e segni oculari
- Anamnesi oculare
- Anamnesi sistemica: peso alla nascita, età gestazionale, anamnesi prenatale e perinatale, precedenti ospedalizzazioni ed interventi chirurgici, salute generale e sviluppo
- Anamnesi familiare, riguardante le condizioni oculari e le malattie sistemiche di rilevanza clinica

### Esame obiettivo iniziale (elementi chiave)

- Test del riflesso rosso del fondo binoculare (test di Brückner)
- Test di binocularità/stereopsi
- Valutazione della acuità visiva e/o pattern di fissazione
- Valutazione dell'allineamento binoculare e della motilità oculare
- Refrazione/retinoscopia in cicloplegia
- Valutazione del fondo oculare

### Gestione

- In tutti i bambini affetti da ambliopia si deve tentare un trattamento, indipendentemente dall'età
- Scegliere il trattamento in base all'età del paziente, acuità visiva, aderenza e risposta ai trattamenti precedenti; stato fisico, sociale e psicologico
- L'obiettivo della terapia è di ottenere un'equalizzazione dell'acuità visiva in entrambi gli occhi
- Una volta ottenuta la massima acuità visiva, la terapia dovrebbe essere ridotta o, eventualmente sospesa

### Follow-Up

- Le visite di follow up dovrebbe riguardare:
  - Anamnesi relativa al periodo di follow up
  - Aderenza al piano terapeutico
  - Effetti collaterali del trattamento
  - Acuità visiva di ciascun occhio
- La visita di follow up viene in genere fissata da 2 a 3 mesi dopo l'inizio del trattamento
- Le tempistiche variano a seconda dell'intensità del trattamento e dell'età del bambino
- E' necessario un monitoraggio continuo poichè un quarto dei bambini trattati con successo sperimenta una recidiva entro il primo anno post-trattamento

### Educazione dei pazienti

- Discussione della diagnosi, gravità della malattia, pianificazione della prognosi e della terapia con il paziente, con i genitori e/o tutori
- Spiegare la patologia e coinvolgere la famiglia per un approccio collaborativo alla terapia

## Esotropia (Valutazione Iniziale E Follow-Up)

### Anamnesi iniziale (elementi chiave)

- Sintomi e segni oculari
- Anamnesi oculare (momento dell'insorgenza e della frequenza di deviazione, presenza o assenza di diplopia)
- Anamnesi sistemica peso alla nascita, età gestazionale, anamnesi prenatale e perinatale, precedenti ospedalizzazioni ed interventi chirurgici, salute generale e sviluppo
- Anamnesi familiare (strabismo, ambliopia, tipo di occhiali e storia di utilizzo, chirurgia sui muscoli extraoculari o altra chirurgia oculare, malattie genetiche)
- Caratteristiche sociali (scolarizzazione, difficoltà di apprendimento, problemi comportamentali e sociali)

### Esame obiettivo iniziale (elementi chiave)

- Controllo del potere delle lenti con un lensometro
- Pattern di fissazione e acuità visiva
- Parallelismo degli assi visivi per lontano e per vicino in posizione primaria di sguardo, in supraduzione ed infraduzione e nelle posizioni orizzontali, se possibile; se le lenti risultassero rovinare, la valutazione dell'allineamento oculare andrebbe eseguita con correzione
- Funzionalità dei muscoli extraoculari (duzioni e versioni, includendo le forme incomitanti come si riscontra negli atteggiamenti ad A e a V)
- Presenza del nistagmo latente o manifesto
- Valutazione dello stato sensoriale
- Refrazione/retinoscopia in cicloplegia
- Valutazione del fondo oculare
- Test del nistagmo optocinetico in monocolare e binocolare per asimmetria naso-temporale del pursuit

### Gestione

- Considerare la possibilità di trattamento e di riallineamento binocolare per tutte le forme di esotropia il prima possibile
- Prescrivere lenti correttive per ogni forma di difetto refrattivo significativo come trattamento iniziale
- Se l'uso degli occhiali e il trattamento dell'ambliopia non sono efficaci per determinare il parallelismo oculare, allora è raccomandato l'intervento chirurgico
- Trattare l'ambliopia significativa prima di intervenire chirurgicamente in quanto il risultato della chirurgia dell'esotropia è minore in presenza di ambliopia profonda piuttosto che in caso di ambliopia lieve o in sua assenza

### Follow-Up

- Sono necessarie valutazioni periodiche a causa del rischio di sviluppare ambliopia, perdere la visione binoculare e sperimentare una recidiva
- I bambini con un buon parallelismo degli assi visivi e non affetti da ambliopia possono essere sottoposti a follow up ogni 4-6 mesi
- La frequenza delle visite di follow up può essere ridotta con il passare degli anni
- Reperti nuovi o modificati possono indicare la necessità di visite di follow up più frequenti
- L'ipermetropia deve essere valutata almeno su base annuale e più di frequente se l'acuità visiva diminuisce o se l'esotropia aumenta
- Esami della refrazione in cicloplegia ripetuti sono indicati se l'esotropia non risponde all'iniziale prescrizione per ipermetropia o se l'esotropia recidiva dopo l'intervento chirurgico

### Educazione dei pazienti

- Discutere la diagnosi con il paziente, con i genitori/tutori per migliorare la comprensione dei disturbi e ottenere una collaborazione nell'attuazione della terapia
- Predisporre un piano terapeutico in collaborazione con il paziente e/o familiari/tutori

## Exotropia (Valutazione Iniziale E Follow-Up)

### Anamnesi iniziale (elementi chiave)

- Sintomi e segni oculari
- Anamnesi oculare (momento dell'insorgenza e della frequenza di deviazione, presenza o assenza di diplopia)
- Anamnesi sistemica peso alla nascita, età gestazionale, anamnesi prenatale e perinatale, precedenti ospedalizzazioni ed interventi chirurgici, salute generale e sviluppo
- Anamnesi familiare (strabismo, ambliopia, tipo di occhiali e storia di utilizzo, chirurgia sui muscoli extraoculari o altra chirurgia oculare, malattie genetiche)
- Caratteristiche sociali (scolarizzazione, difficoltà di apprendimento, problemi comportamentali e sociali)

### Esame obiettivo iniziale (elementi chiave)

- Controllo del potere delle lenti con un lensometro
- Pattern di fissazione e acuità visiva <sup>[A:III]</sup>
- Parallelismo degli assi visivi per lontano e per vicino in posizione primaria di sguardo, in supraduzione ed infraduzione e nelle posizioni orizzontali, se possibile; se il paziente porta gli occhiali, la valutazione dell'allineamento oculare andrebbe eseguita con correzione
- Funzionalità dei muscoli extraoculari (duzioni e versioni, includendo le forme incomitanti come si riscontra negli atteggiamenti ad A e a V)
- Presenza del nistagmo latente o manifesto
- Valutazione dello stato sensoriale
- Refrazione/retinoscopia in cicloplegia
- Valutazione del fondo oculare
- Test del nistagmo optocinetico in monoculare e binoculare per asimmetria naso-temporale del pursuit

### Gestione

- Tutte le forme di exotropia devono essere monitorate e alcune richiederanno un trattamento
- I bambini piccoli affetti da exotropia intermittente con un buon grado di fusione possono essere seguiti senza essere sottoposti a chirurgia
- Le deviazioni presenti per tutto o la maggior parte del tempo necessitano di trattamento
- Prescrivere lenti correttive per ogni forma di difetto refrattivo significativo, che causa una riduzione della vista in uno o in entrambi gli occhi
- Le modalità ottimali della terapia dell'exotropia, i benefici a lungo termine di una correzione chirurgica precoce e i risultati di una chirurgia bilaterale o unilaterale non sono ben definiti
- L'ambliopia è poco comune nei pazienti con exotropia intermittente, ma, se presente, deve essere trattata

### Follow-up

- La frequenza delle valutazioni di follow up si basa sull'età del bambino, sulla capacità di ottenere un'acuità visiva accurata e sul controllo della deviazione
- I bambini con un buon controllo dell'exotropia intermittente mediante fusione motoria e non affetti da ambliopia vengono in genere esaminati ogni 6-12 mesi
- Gli intervalli tra i controlli vengono ridotti tra i 7 e i 10 anni d'età
- Includere l'anamnesi sulla frequenza della deviazione, l'aderenza al trattamento (se presente) e la valutazione della motilità oculare e l'eventuale modificazione della correzione refrattiva

### Educazione dei pazienti

- Discutere la diagnosi con il paziente quando appropriato e/o con i genitori/tutori per migliorare la comprensione dei disturbi e ottenere una collaborazione nell'attuazione della terapia
- Predisporre un piano terapeutico in collaborazione con il paziente e/o i familiari/tutori

## **Disconoscimento della traduzione del riassunto delle raccomandazioni**

Questo documento è una traduzione di una pubblicazione della American Academy of Ophthalmology dal titolo “Summary Benchmarks”. La traduzione rispecchia le norme pratiche in atto negli Stati Uniti d’America alla data della pubblicazione e potrebbe includere delle modifiche che riflettono le pratiche nazionali. L’American Academy of Ophthalmology non ha tradotto questa pubblicazione e nega ogni responsabilità per eventuali modifiche, omissioni o altri possibili errori presenti nella traduzione. L’Academy fornisce questo materiale per fini esclusivamente educativi. Esso non intende rappresentare il solo o il migliore metodo in tutti i casi, o sostituirsi al giudizio personale del medico o dare consigli specifici per la gestione dei casi clinici. Includere tutte le indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali ed alternative per ogni farmaco o trattamento esula dallo scopo di questo materiale. Tutte le informazioni e le raccomandazioni dovrebbero essere verificate, prima dell’utilizzo, sulla base delle informazioni attuali incluse nel materiale informativo fornito dal produttore o da altre fonti indipendenti e considerate alla luce delle condizioni e della storia clinica del paziente. La Società, nello specifico, nega ogni responsabilità per danni di qualunque genere, a causa di negligenza o altro, per qualunque richiesta di risarcimento che possa derivare dall’impiego delle raccomandazioni o di altre informazioni contenute nel presente documento.

### **Summary Benchmarks 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.