



ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ®

Πίνακας Περιεχομένων

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ	1
<u>Γλαύκωμα</u>	
Πρωτοπαθές Γλαύκωμα Ανοικτής Γωνίας (Αρχική Αξιολόγηση).....	3
Πρωτοπαθές Γλαύκωμα Ανοικτής Γωνίας (Αξιολόγηση Follow-up).....	4
Υποψία Πρωτοπαθούς Γλαυκώματος Ανοικτής Γωνίας (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση).....	5
Πρωτοπαθής Απόφραξη Γωνίας (Γλαύκωμα κλειστής γωνίας) Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία	6
<u>Αμφιβληστροειδής</u>	
Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση).....	7
Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας (Συστάσεις Διαχείρισης)	8
Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση).....	9
Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (Συστάσεις Διαχείρισης)	10
Ιδιοπαθής Επιχωρική Μεμβράνη και Υαλοειδική Έλξη	11
Ιδιοπαθής Οπή της Ωχράς Κηλίδας (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία).....	112
Οπίσθια Αποκόλληση Υαλοειδούς, Ρωγμές Αμφιβληστροειδούς και Εκφύλιση του Αμφιβληστροειδούς (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)	133
Απόφραξη Κεντρικής Οφθαλμικής Αρτηρίας (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία).....	14
Φλεβικές Θρομβώσεις Αμφιβληστροειδούς (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία).....	15
<u>Καταρράκτης/Πρόσθιο Τμήμα</u>	
Καταρράκτης (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση).....	16
<u>Κερατοειδής</u>	
Βακτηριακή Κερατίτιδα (Αρχική Αξιολόγηση).....	17
Βακτηριακή Κερατίτιδα (Συστάσεις Διαχείρισης).....	18
Βλεφαρίτιδα (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)	19
Επιπεφυκίτιδα (Αρχική Αξιολόγηση)	20
Επιπεφυκίτιδα (Συστάσεις Διαχείρισης)	21
Εκτασία Κερατοειδούς (Αρχική Αξιολόγηση και Follow-up)	22
Οίδημα και Θόλωση Κερατοειδούς (Αρχική Αξιολόγηση)	23
Οίδημα και Θόλωση Κερατοειδούς (Συστάσεις Διαχείρισης)	24
Σύνδρομο Ξηροφθαλμίας (Αρχική Αξιολόγηση).....	25
Σύνδρομο Ξηροφθαλμίας (Συστάσεις Διαχείρισης).....	26
<u>Παιδιατρική Οφθαλμολογία/Στραβισμός</u>	
Αμβλυωπία (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση).....	27
Εσωτροπία (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση).....	28
Εξωτροπία (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)	29
<u>Διαθλαστική Διαχείριση/Παρέμβαση</u>	
Διαθλαστική Χειρουργική του Κερατοειδούς (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση).....	30



ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΟΤΙΜΩΜΕΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ®

Εισαγωγή:

Αυτά είναι τα συνοπτικά σημεία αναφοράς για τις Προτιμώμενες κατευθυντήριες οδηγίες Κλινικής Πρακτικής® (PPP) της Ακαδημίας. Η σειρά κατευθυντήριων οδηγιών Προτιμώμενης Κλινικής Πρακτικής έχει συνταχθεί βάσει τριών αρχών.

- Κάθε Προτιμώμενη Κλινική Πρακτική θα πρέπει να είναι σχετική κλινικά και αρκετά συγκεκριμένη ώστε να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες στους ιατρούς.
- Κάθε σύσταση που περιλαμβάνεται θα πρέπει να συνοδεύεται από σαφή αξιολόγηση που να δείχνει τη σημασία της στη διαδικασία φροντίδας.
- Κάθε σύσταση θα πρέπει επίσης να συνοδεύεται από σαφή αξιολόγηση που να δείχνει το βάρος των αποδεικτικών στοιχείων που υποστηρίζουν τη σύσταση και να αντικατοπτρίζει τα καλύτερα αποδεικτικά στοιχεία που είναι διαθέσιμα.

Οι Προτιμώμενες Κλινικές Πρακτικές παρέχουν καθοδήγηση για τον τρόπο κλινικής πρακτικής, όχι για τη φροντίδα ενός συγκεκριμένου ατόμου. Αν και γενικά θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των περισσότερων ασθενών, δεν είναι δυνατό να ανταποκρίνονται με τον βέλτιστο τρόπο στις ανάγκες όλων των ασθενών. Η συμμόρφωση σε αυτές τις Προτιμώμενες Κλινικές Πρακτικές δεν θα εξασφαλίσει επιτυχές αποτέλεσμα σε κάθε περίπτωση. Αυτές οι κλινικές πρακτικές δεν θα πρέπει να θεωρούνται ότι περιλαμβάνουν όλες τις κατάλληλες μεθόδους φροντίδας ή ότι εξαλείφουν άλλες μεθόδους φροντίδας που λογικά επιδιώκουν τα καλύτερα αποτελέσματα. Μπορεί να είναι απαραίτητη η προσέγγιση των αναγκών διαφορετικών ασθενών με διαφορετικούς τρόπους. Ο ιατρός πρέπει να ασκήσει τελικά την κρίση του σχετικά με την ιδιαιτερότητα της φροντίδας ενός συγκεκριμένου ασθενούς υπό το φως όλων των περιστάσεων που αφορούν αυτό τον ασθενή. Η Αμερικανική Ακαδημία Οφθαλμολογίας είναι πρόθυμη να βοηθήσει τα μέλη της στην επίλυση ηθικών διλημάτων που προκύπτουν κατά την άσκηση της οφθαλμιατρικής πρακτικής.

Οι Προτιμώμενες Κλινικές Πρακτικές δεν αποτελούν ιατρικά στάνταρτς που πρέπει να ακολουθούνται σε κάθε περίπτωση.

Η Ακαδημία συγκεκριμένα αποποιείται κάθε ευθύνη για τραυματισμό ή άλλες βλάβες οποιουδήποτε είδους, από αμέλεια ή άλλο λόγο, για όλες και για κάθε μία αξίωση που μπορεί να προκύψει από τη χρήση οποιουδήποτε συστάσεων ή άλλων πληροφοριών που περιλαμβάνονται στο παρόν.

Για κάθε κύρια πάθηση, γίνεται μία σύνοψη των συστάσεων που αφορούν τη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και των βοηθητικών εξετάσεων, καθώς και των κυριότερων συστάσεων για τη Διαχείριση και Φροντίδα, το follow-up και την εκπαίδευση του ασθενούς. Για κάθε PPP, διεξάγεται μία λεπτομερής αναζήτηση βιβλιογραφίας στη βάση PubMed και την Cochrane Library για άρθρα στην Αγγλική γλώσσα. Τα

αποτελέσματα ανασκοπούνται από ένα πάνελ ειδικών και χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία των συστάσεων, τις οποίες έχουν αξιολογήσει με δύο διαφορετικούς τρόπους.

Για την αξιολόγηση μεμονωμένων μελετών, χρησιμοποιείται μια κλίμακα με βάση το **Διακολλητικό**

Δίκτυο Κατευθυντήριων Οδηγιών Σκοτίας (SIGN). Οι ορισμοί και τα επίπεδα των αποδείξεων για να αξιολογηθούν μεμονωμένες μελέτες έχουν ως εξής:

- I++: Μετα-αναλύσεις υψηλής ποιότητας, συστηματικές ανασκοπήσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών (RCTs), ή RCT με πολύ χαμηλό κίνδυνο μεροληψίας.
- I+: Καλά διεξαγόμενες μετα-αναλύσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις των RCT, ή RCT με χαμηλό κίνδυνο μεροληψίας.
- I-: Μετα-αναλύσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις των RCT, ή RCT με υψηλό κίνδυνο μεροληψίας.
- II++: συστηματικές ανασκοπήσεις υψηλής ποιότητας μελετών ασθενών κατά περίπτωση ή κατά ομάδα. Μελέτες ασθενών κατά περίπτωση ή κατά ομάδα υψηλής ποιότητας με πολύ χαμηλό κίνδυνο σύγχυσης ή μεροληψίας και μια μεγάλη πιθανότητα ότι η σχέση αυτή είναι αιτιώδης.
- II+: Καλά διεξαγόμενες μελέτες ασθενών κατά περίπτωση ή κατά ομάδα με χαμηλό κίνδυνο σύγχυσης ή μεροληψίας και μια μέτρια πιθανότητα ότι η σχέση αυτή είναι αιτιώδης.
- II-: Μελέτες ασθενών κατά περίπτωση ή κατά ομάδα με υψηλό κίνδυνο σύγχυσης και μεροληψίας και με σημαντικό κίνδυνο ότι η σχέση δεν είναι αιτιακή
- III: Μη αναλυτικές μελέτες (π.χ. αναφορές περιστατικών, σειρές περιστατικών)

Οι συστάσεις για την περιθαλψη διαμορφώνονται με βάση τα στοιχεία. Η αξιολόγηση ποιότητας των στοιχείων καθορίζεται από τη Βαθμολόγηση για την Εκτίμηση, Ανάπτυξη και Αξιολόγηση των Συστάσεων (σύστημα GRADE) ως εξής:

- Καλή ποιότητα (GQ): Η περαιτέρω έρευνα είναι πολύ απίθανο να αλλάξει την εμπιστοσύνη μας προς την εκτίμηση του αποτελέσματος
- Μέτρια ποιότητα (MQ): Η περαιτέρω έρευνα είναι πιθανό να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην εμπιστοσύνη μας προς την εκτίμηση του αποτελέσματος και μπορεί να αλλάξει την εκτίμηση αυτή.
- Ανεπαρκής ποιότητα (IQ): Η περαιτέρω έρευνα είναι πολύ πιθανό να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην εμπιστοσύνη μας προς την εκτίμηση του αποτελέσματος και είναι πιθανό να αλλάξει την εκτίμηση αυτή. Η οποιαδήποτε εκτίμηση αυτού του αποτελέσματος είναι πολύ αβέβαιη. Οι βασικές συστάσεις για την περιθαλψη ορίζονται από το σύστημα GRADE ως εξής:
- Ισχυρή σύσταση (SR): Χρησιμοποιείται όταν τα επιθυμητά αποτελέσματα μιας παρέμβασης υπερτερούν ή όχι ξεκάθαρα των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων
- Διακριτική σύσταση (DR): Χρησιμοποιείται όταν οι συμβιβασμοί είναι λιγότερο βέβαιοι, είτε λόγω της χαμηλής ποιότητας των στοιχείων ή γιατί τα στοιχεία δείχνουν ότι τα επιθυμητά και ανεπιθύμητα αποτελέσματα είναι σχεδόν ίσα.

Το πάνελ ειδικών πριν το 2011 αξιολόγησε κάθε σύσταση σύμφωνα με τη σημασία της στη διαδικασία φροντίδας. Αυτή η αξιολόγηση «σημασίας στη διαδικασία φροντίδας» αντιπροσωπεύει τη φροντίδα που το πάνελ πιστεύει ότι θα βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών με ουσιαστικό τρόπο. Οι αξιολογήσεις σημασίας κατηγοριοποιούνται σε τρία επίπεδα.

- Επίπεδο Α, που καθορίζεται ως το πιο σημαντικό
- Επίπεδο Β, που καθορίζεται ως μέτρια σημαντικό
- Επίπεδο C, που καθορίζεται ως σχετικό αλλά όχι ζωτικής σημασίας

Το πάνελ επίσης αξιολόγησε κάθε σύσταση σύμφωνα με το βάρος των αποδεικτικών στοιχείων στην διαθέσιμη βιβλιογραφία, που υποστηρίζει τη σύσταση. Η αξιολόγηση «βάρους αποδεικτικών στοιχείων» κατηγοριοποιείται επίσης σε τρία επίπεδα.

- Επίπεδο Ι, που περιλαμβάνει αποδεικτικά στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από τουλάχιστον μία, σωστά διενεργηθείσα, καλά σχεδιασμένη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη. Θα μπορούσε να περιλαμβάνει μεταanalύσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών.
- Επίπεδο ΙΙ, που περιλαμβάνει αποδεικτικά στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από τα ακόλουθα:
 - ο Καλά σχεδιασμένες ελεγχόμενες μελέτες χωρίς τυχαιοποίηση
 - ο Καλά σχεδιασμένες κοόρτες ή αναλυτικές ελεγχόμενες μελέτες περιστατικών, κατά προτίμηση από περισσότερα του ενός κέντρα
 - ο Πολλαπλές χρονοσειρές με ή χωρίς την παρέμβαση
- Επίπεδο ΙΙΙ, που περιλαμβάνει αποδεικτικά στοιχεία που έχουν συλλεχθεί από ένα από τα ακόλουθα:
 - ο Περιγραφικές μελέτες
 - ο Αναφορές περιστατικών
 - ο Εκθέσεις επιτροπών ειδικών / οργανισμών (π.χ. ομοφωνία του PPP πάνελ με αξιολόγηση εξωτερικών ομότιμων παρατηρητών)

Αυτό το σύστημα όμως θα εξαλειφθεί σταδιακά εφόσον η ΑΑΟ έχει υιοθετήσει τα συστήματα αξιολόγησης SIGN και GRADE.

Οι PPPs έχουν στόχο να λειτουργήσουν ως οδηγοί στη φροντίδα των ασθενών, με τη μεγαλύτερη έμφαση να δίδεται σε τεχνικά ζητήματα. Κατά την εφαρμογή αυτής της γνώσης, είναι απαραίτητο να αναγνωρίζεται ότι η πραγματική ιατρική αριστεία επιτυγχάνεται μόνο όταν οι δεξιότητες εφαρμόζονται με τέτοιο τρόπο που οι ανάγκες των ασθενών αποτελούν την ύψιστη σκέψη. Η Ακαδημία είναι πρόθυμη να βοηθήσει τα μέλη της στην επίλυση ηθικών διλημάτων που προκύπτουν κατά την άσκηση της οφθαλμιατρικής πρακτικής (Κώδικας Ηθικής της ΑΑΟ).

Πρωτοπαθές Γλαύκωμα Ανοικτής Γωνίας (Αρχική Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Βασικά στοιχεία)

- Οφθαλμολογικό ιστορικό
- Φυλή / εθνικότητα
- Οικογενειακό ιστορικό
- Συστηματικό ιστορικό
- Επανεξέταση των σχετικών αρχείων
- Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή
- Οφθαλμολογική επέμβαση

Αρχική Κλινική Εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- Μέτρηση της οπτικής οξύτητας
- Εξέταση και μετρηση της κορης
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία του πρόσθιου τμήματος
- Μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης
- Κεντρικό πάχος του κερατοειδούς
- Γωνιοσκοπία
- Αξιολόγηση της κεφαλής του οπτικού νεύρου και στρώμα νευρικών ινών του αμφιβληστροειδούς χρησιμοποιώντας μεγενθυντική στερεοσκοπική απεικόνιση με βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία και μέσω μυδρίασης (I +, MQ, SR)
- Εξέταση της κεφαλής του οπτικού νεύρου με έγχρωμη στερεογραφία ή ανάλυση εικόνας μέσω υπολογιστή που θα πρέπει να τεκμηριώνονται σειριακά (I +, MQ, SR)
- Αξιολόγηση του βυθού (μέσω μυδρίασης, όποτε είναι εφικτό)
- Οπτική αξιολόγηση του πεδίου, κατά προτίμηση με αυτόματη στατική περιμετρία threshold
- Αξιολόγηση του οπτικού δίσκου
- Λέπτυνση του κατώτερου και / ή ανώτερου νευροαμφιβληστροειδικού χείλους

Σχέδιο Διαχείρισης ασθενών στους οποίους ενδείκνυται Θεραπεία

- Ορίστε μια αρχική πίεση στόχο τουλάχιστον 25% χαμηλότερη από την ΕΟΠ που έχει ο ασθενής πριν τη θεραπεία. Επιλέγοντας ένα χαμηλότερο στόχο ΕΟΠ μπορεί να δικαιολογηθεί αν υπάρξει μια πιο σοβαρή βλάβη του οπτικού νεύρου.
- Η πίεση ως στόχος είναι μια εκτίμηση και πρέπει να εξατομικεύεται και / ή να προσαρμόζεται κατά τη διάρκεια της ασθένειας (III, IQ, DR)
- Ο στόχος της θεραπείας είναι η διατήρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης σε ένα επίπεδο στο οποίο η απώλεια οπτικού πεδίου είναι απίθανο να μειώσει σημαντικά την ποιότητα της υγείας του ασθενούς κατά τη διάρκεια ζωής του (II +, MQ, DR)
- Ιατρική θεραπεία είναι σήμερα η πιο συχνή πρώτη παρέμβαση για τη μείωση της ΕΟΠ. Λάβετε υπόψη την ισορροπία μεταξύ παρενεργειών και αποτελεσματικότητας κατά την επιλογή μιας θεραπείας μέγιστης αποτελεσματικότητας και ανοχής για να επιτευχθεί η επιθυμητή ελάττωση της ΕΟΠ για κάθε ασθενή.
- Εάν η πορεία του ασθενούς κινείται στην πίεση που έχει τεθεί ως στόχο, οι μη ανιχνεύσιμες διακυμάνσεις της ΕΟΠ και η συνέχιση της θεραπείας θα πρέπει να επαναξιολογείται πριν από τη ρύθμιση της ΕΟΠ προς τα κάτω.
- Αξιολογήστε τον ασθενή που υποβάλλεται σε θεραπεία με φάρμακα για το γλαύκωμα για τοπικές οφθαλμικές και συστηματικές παρενέργειες και τοξικότητα
- Η τραμπεκουλοπλαστική με λέιζερ μπορεί να θεωρηθεί ως αρχική θεραπεία σε επιλεγμένους ασθενείς ή σαν εναλλακτική για ασθενείς με υψηλό κίνδυνο με μη συμβατότητα ιατρικής θεραπείας που δεν μπορεί ή δεν θα χρησιμοποιήσει αξιόπιστα φάρμακα λόγω του κόστους, προβλημάτων μνήμης, δυσκολίας με ενστάλαξη, ή μη ανοχή σε φάρμακα (I +, GQ, DR)
- Η τραμπεκουλεκτομή είναι αποτελεσματική στη μείωση της ΕΟΠ. Γενικά ενδείκνυται όταν τα φάρμακα και η κατάλληλη θεραπεία με λέιζερ είναι ανεπαρκή για τον έλεγχο της ασθένειας και μπορεί να θεωρηθεί σε επιλεγμένες περιπτώσεις ως αρχική θεραπεία (I +, GQ, SR)

Χειρουργική Επέμβαση και Μετεγχειρητική Φροντίδα για Ασθενείς που Υπεβλήθησαν σε Τραμπεκουλοπλαστική με Laser

- Ο οφθαλμίατρος που εφαρμόζει την χειρουργική επέμβαση έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:
 - Την έγγραφη συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης
 - Βεβαιωθείτε ότι η προεγχειρητική αξιολόγηση επιβεβαιώνει την ανάγκη για χειρουργική επέμβαση
 - Έλεγχος ενδοφθάλμιας πίεσης IOP μεταξύ 30 λεπτών έως 2 ωρών από την χειρουργική επέμβαση
 - Μετεγχειρητική παρακολούθηση εντός 6 εβδομάδων ή νωρίτερα, αν υπάρξει ανησυχία για την ενδοφθάλμια πίεση IOP όπου σχετίζεται με την βλάβη οπτικού νεύρου.

Χειρουργική επέμβαση και Μετεγχειρητική Φροντίδα για Ασθενείς που υπεβλήθησαν σε χειρουργική γλαυκώματος:

- Ο οφθαλμίατρος που εφαρμόζει την χειρουργική επέμβαση έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:
 - Την έγγραφη συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης
 - Βεβαιώνεται ότι η προεγχειρητική αξιολόγηση αναδύκνει την χειρουργική επέμβαση
 - Ορίζει τοπικά κορτικοστεροειδή αγωγή κατά τη μετεγχειρητική περίοδο
 - Παρακολούθηση αξιολόγησης σχετικά με την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα (12 έως 36 ώρες μετά την επέμβαση) και τουλάχιστον μία φορά κατά τις πρώτες 1 με 2 εβδομάδες
 - Σε περίπτωση απουσίας επιλοκών, να παρέχει συμπληρωματικές μετεγχειρητικές επισκέψεις κατά τη διάρκεια περιόδου 6 εβδομάδων
 - Χρονοδιάγραμμα για πιο συχνές επισκέψεις, ανάλογα με τις ανάγκες για τους ασθενείς με μετεγχειρητικές επιπλοκές
 - Συμπληρωματικές θεραπείες, όπως απαιτείται να μεγιστοποιηθούν οι πιθανότητες για ένα επιτυχές μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα

Εκπαίδευση Ασθενών που έχουν λάβει Θεραπεία

- Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με τη διάγνωση, τη σοβαρότητα της νόσου, το σχέδιο διαχείρισης και την πιθανότητα η θεραπεία να είναι εφ' όρου ζωής.
- Εκπαίδευση σχετικά με το κλείσιμο των βλεφάρων ή την απόφραξη του ρινοδακρυϊκού πόρου όταν χορηγούνται τοπικές θεραπείες για να μειωθεί η συστηματική απορρόφηση.
- Ενθάρρυνση των ασθενών να ειδοποιούν τον οφθαλμίατρό τους για σωματικές ή συναισθηματικές αλλαγές που εμφανίζονται όταν λαμβάνουν φαρμακευτική θεραπεία για το γλαύκωμα.

Πρωτοπαθές Γλαύκωμα Ανοικτής Γωνίας (Αξιολόγηση Follow-up)

Ιστορικό Εξέτασης

- Οφθαλμολογικό ιστορικό στο ενδιάμεσο διάστημα
- Ιστορικό άλλων παθήσεων στο ενδιάμεσο διάστημα
- Παρενέργειες οφθαλμολογικής φαρμακευτικής θεραπείας
- Συχνότητα και χρόνος τελευταίας λήψης φαρμακευτικής θεραπείας για τη μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης, και ανασκόπηση της χρήσης των φαρμάκων.

Κλινική Εξέταση

- Οπτική οξύτητα
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης
- Αξιολόγηση του οπτικού νεύρου της κεφαλής και των οπτικών πεδίων (βλ. παρακάτω πίνακα)
- Οι μετρήσεις του κεντρικού πάχους του κερατοειδούς θα πρέπει να επαναλαμβάνονται μετά από κάθε συμβάν διότι μπορεί να επηρεαστούν

Σχέδιο Διαχείρισης για Ασθενείς που λαμβάνουν Θεραπεία

- Σε κάθε εξέταση, καταγραφή της δόσης και της συχνότητας χρήσης, συζήτηση σχετικά με τη συμμόρφωση στο θεραπευτικό σχήμα και της ανταπόκρισης του ασθενούς στις συστάσεις για εναλλακτικές θεραπείες ή διαγνωστικές εξετάσεις.

- Διεξαγωγή γωνιοσκοπίας αν υπάρχει υποψία κλειστής γωνίας, λέπτυνσης του προσθίου θαλάμου ή ανωμαλίες της γωνίας του προσθίου θαλάμου ή αν υπάρχει κάποια ανεξήγητη αλλαγή στην ενδοφθάλμια πίεση. Διεξαγωγή γωνιοσκοπίας περιοδικά.
- Επαναξιολόγηση του θεραπευτικού σχήματος αν η τιμή στόχος ενδοφθάλμιας πίεσης δεν επιτευχθεί και όταν η αλλαγή θεραπείας δεν εγκυμονεί κινδύνους
- Προσαρμογή της τιμής στόχου για την πίεση σε χαμηλότερο επίπεδο αν οι αλλαγές στον οπτικό δίσκο ή το οπτικό πεδίο εξελίσσονται.
- Εντός των συστηνόμενων διαστημάτων, οι παράγοντες που καθορίζουν τη συχνότητα της αξιολόγησης περιλαμβάνουν τη σοβαρότητα της βλάβης, το ρυθμό εξέλιξης, το βαθμό στον οποίο η ενδοφθάλμια πίεση ξεπερνά την τιμή στόχο και τον αριθμό και σημασία άλλων παραγόντων κινδύνου για βλάβη στο οπτικό νεύρο.

Εκπαίδευση Ασθενών που λαμβάνουν Θεραπεία

- Εκπαίδευση σχετικά με την πρόοδο της νόσου, τη λογική και τους στόχους της παρέμβασης, το επίπεδο εξέλιξης της νόσου, και τα σχετικά οφέλη και κινδύνους των εναλλακτικών παρεμβάσεων, έτσι ώστε οι ασθενείς να μπορούν να συμμετέχουν ουσιαστικά στη δημιουργία ενός κατάλληλου πλάνου δράσης.
- Παραπομπή ή ενθάρρυνση των ασθενών με σημαντικά μειωμένη όραση ή τύφλωση να αποταθούν σε κατάλληλα προγράμματα αποκατάστασης της όρασης και κοινωνικές υπηρεσίες.
- Οι ασθενείς που ενδιαφέρονται για διαθλαστική επέμβαση πρέπει να ενημερώνονται για μείωση ευαισθησίας φωτεινής αντίθεσης και μείωση της ακρίβειας κατά τη μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης.

Follow-Up:

Συνιστώμενες Κατευθυντήριες Οδηγίες για την παρακολούθηση σε Γλαυκώματος, Status εκτιμήσεων στο οπτικό νεύρο και την οπτική αξιολόγηση *

Επίτευξη ενδοφθάλμιας πίεσης	Εξέλιξη βλάβης	Χρονοδιάγραμμα ελέγχου (μήνες)	Προσέγγιση παρακολούθησης-διάστημα (μήνες)**
Ναι	Όχι	≤6	6
Ναι	Όχι	>6	12
Ναι	Ναι	NA	1-2
Όχι	Ναι	NA	1-2
Όχι	Όχι	NA	3-6

IOP= Ενδοφθάλμια πίεση, NA=Δεν εφαρμόζεται

* Οι αξιολογήσεις συνίστανται σε κλινική εξέταση του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης του οπτικού νεύρου της κεφαλής (με περιοδική έγχρωμη στερεογραφία ή ηλεκτρονική απεικόνιση του οπτικού νεύρου και των νευρικών ινών του αμφιβληστροειδούς) και αξιολόγηση οπτικών πεδίων.

**Ασθενείς με πιο προχωρημένες βλάβες ή μεγαλύτερο μακροπρόθεσμο κίνδυνο από Πρωτοπαθές Γλαύκωμα Ανοικτής Γωνίας μπορεί να απαιτούν συχνότερες αξιολογήσεις. Τα διαστήματα αυτά είναι το μέγιστο συνιστώμενο διάστημα μεταξύ των αξιολογήσεων.

Υποψία Πρωτοπαθούς Γλαυκώματος Ανοικτής Γωνίας (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Βασικά στοιχεία)

- Οφθαλμολογικό ιστορικό
- Οικογενειακό ιστορικό
- Συστηματικό ιστορικό
- Επανεξέταση των σχετικών αρχείων
- Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή
- Οφθαλμολογική επέμβαση

Αρχική Κλινική Εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- Μέτρηση της οπτικής οξύτητας
- Εξέταση μεγέθους της κόρης
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία του πρόσθιου τμήματος
- Μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης
- Κεντρικό πάχος του κερατοειδούς
- Γωνιοσκοπία
- Αξιολόγηση της κεφαλής του οπτικού νεύρου και στρώμα νευρικών ινών του αμφιβληστροειδούς χρησιμοποιώντας μεγενθυντική στερεοσκοπική απεικόνιση με βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία και μέσω μυδρίασης
- Εξέταση της κεφαλής του οπτικού νεύρου με έγχρωμη στερεογραφία ή ανάλυσης εικόνας μέσω υπολογιστή που θα πρέπει να τεκμηριώνονται σειριακά (II ++, GQ, SR)
- Αξιολόγηση του βυθού (μέσω μυδρίασης, όποτε είναι εφικτό)
- Οπτική αξιολόγηση του πεδίου, κατά προτίμηση με αυτόματη στατική περιμετρία threshold
- Αξιολόγηση του οπτικού δίσκου
- Λέπτυνση του κατώτερου και / ή ανώτερου νευροαμφιβληστροειδικού χείλους

Σχέδιο Διαχείρισης ασθενών στους οποίους ενδείκνυται Θεραπεία

- Ορίστε μια αρχική πίεση ως στόχο τουλάχιστον 20% χαμηλότερη από το μέσο όρο των διάφορων μετρήσεων της ΕΟΠ βασιζόμενη σε κριτήρια της Μελέτης Οφθαλμικής Υπέρτασης (I+, MQ, DR).
- Ο στόχος της θεραπείας είναι η διατήρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης σε ένα επίπεδο στο οποίο η απώλεια οπτικού πεδίου δε θα μειώσει σημαντικά την ποιότητα της υγείας του ασθενούς κατά τη διάρκεια της ζωής του (II +, MQ, DR)
- Εάν γλαυκωματική ζημία του οπτικού πεδίου ανιχνεύεται εκ νέου σε έναν ασθενή με υποψία γλαυκώματος, είναι καλύτερα να επαναληφθούν οι μετρήσεις (II ++, GQ, SR)
- Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να λάβουν επίσης υπόψη τους όλες τις περιμετρικές και άλλες δομικές πληροφορίες μαζί με την τεχνολογία ψηφιακής απεικόνισης κατά τη λήψη αποφάσεων για την περίθαλψη των ασθενών (III, IQ, SR)

Ιστορικό στο Follow-up

- Οφθαλμολογικό ιστορικό κατά το διάστημα που μεσολάβησε
- Ιστορικό άλλων παθήσεων και αλλαγών συστηματικών φαρμακευτικών θεραπειών κατά το διάστημα που μεσολάβησε
- Παρενέργειες οφθαλμιατρικών φαρμακευτικών αγωγών αν ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία
- Συχνότητα και χρόνος τελευταίας λήψης φαρμακευτικών θεραπειών για το γλαύκωμα και ανασκόπηση χρήσης τους, αν ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία

Κλινική Εξέταση Follow-up

- Οπτική οξύτητα
- Βιομικροσκόπηση μέσω σχισμοειδούς λυχνίας
- Ενδοφθάλμια Πίεση
- Γωνιοσκοπία ενδείκνυται όταν υπάρχει υποψία κλειστής γωνίας, λέπτυνσης πρόσθιου θαλάμου ή ανεξήγητη αλλαγή στην ενδοφθάλμια πίεση

Διαστήματα παρακολούθησης

- Οι επισκέψεις εξαρτώνται ειδικά από τον κάθε ασθενή και την πάθησή του, η οποία είναι μοναδική για κάθε ασθενή.
- Η συχνότητα περιοδικών αξιολογήσεων του οπτικού νεύρου της κεφαλής και των οπτικών πεδίων εκτιμά τον κίνδυνο. Ασθενείς με λεπτό κερατοειδή, υψηλή IOP, αιμορραγία στο δίσκο, μεγαλύτερη κύλιση ή οικογενειακό ιστορικό γλαυκώματος μπορεί να δικαιολογήσει τη στενότερη παρακολούθηση.

Εκπαίδευση Ασθενών που λαμβάνουν Θεραπεία

- Συζήτηση, διάγνωση για τον αριθμό και τη σοβαρότητα των παραγόντων κινδύνου, την πρόγνωση, το σχέδιο διαχείρισης και την πιθανότητα η θεραπεία, αφού γίνει έναρξη, να είναι μακροχρόνια
- Εκπαίδευση σχετικά με τη νόσο, τη λογική και τους στόχους της παρέμβασης, το επίπεδο της νόσου τους και τα σχετικά οφέλη και κινδύνους των εναλλακτικών παρεμβάσεων
- Εκπαίδευση σχετικά με το κλείσιμο των βλεφάρων ή την απόφραξη του ρινοδακρυϊκού πόρου όταν χορηγούνται τοπικές θεραπείες για να μειωθεί η συστηματική απορρόφηση
- Ενθάρρυνση των ασθενών να ειδοποιούν τον οφθαλμίατρο τους για σωματικές ή συναισθηματικές αλλαγές που εμφανίζονται όταν λαμβάνουν φαρμακευτική θεραπεία για το γλαύκωμα

Πρωτοπαθής Απόφραξη Γωνίας (Γλαύκωμα κλειστής γωνίας)

Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Οφθαλμολογικό Ιστορικό (συμπτώματα που υποδεικνύουν επαναλαμβανόμενες εκδηλώσεις απόφραξης γωνίας)
- Οικογενειακό ιστορικό οξέος γλαυκώματος κλειστής γωνίας
- Ιστορικό άλλων παθήσεων (π.χ. χρήση τοπικών ή συστηματικών φαρμακευτικών θεραπειών)

Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Διαθλαστικό σφάλμα
- Κόρες
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία
 - Υπεραιμία επιπεφυκότα (σε σοβαρές περιπτώσεις)
 - Κεντρική και περιφερική στένωση του προσθίου θαλάμου
 - Φλεγμονές προσθίου θαλάμου υποδηλώνουν πρόσφατες ή τρέχουσες εκδηλώσεις
 - Κερατοειδικό οίδημα με ή χωρίς μικροκυστικό οίδημα (σε σοβαρές περιπτώσεις)
 - Ανωμαλίες στην ίριδα, συμπεριλαμβανομένης της διάχυτης ή κεντρικής ατροφίας, οπίσθια συνέχειες, δυσλειτουργία της κόρης, ακανόνιστο σχήμα της κόρης καθώς και ημιδιασταλμένης κόρης (υποδηλώνουν πρόσφατες ή τρέχουσες εκδηλώσεις)
 - Αλλαγές στον φακό, συμπεριλαμβανομένων του καταρράκτη και θολρότητας λόγω γλαυκώματος
 - Απώλεια ενδοθηλιακών κερατοειδικών κυττάρων
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης
- Γωνιοσκοπία και των δύο οφθαλμών
- Αξιολόγηση του βυθού και της κεφαλής του οπτικού νεύρου με χρήση άμεσου οφθαλμοσκοπίου ή βιομικροσκοπίου

Σχέδιο Διαχείρισης ασθενών στους οποίους ενδείκνυται ιριδοτομή

- Η ιριδοτομή ενδείκνυται για τα μάτια με PAC ή πρωτογενές γλαύκωμα κλειστής γωνίας (I ++, GQ, SR)
- Η ιριδοτομή με Laser είναι η προτιμώμενη χειρουργική θεραπεία για την οξεία κρίση κλειστής γωνίας, επειδή έχει ευνοϊκή αναλογία κινδύνου-οφέλους (II +, MQ, SR)
- Σε οξεία κρίση, χρησιμοποιήστε πρώτα ιατρική αγωγή για να μειώσετε την ενδοφθάλμια πίεση ώστε να μειωθεί ο πόνος και το οίδημα του κερατοειδούς. Η ιριδοτομή πρέπει στη συνέχεια να γίνει όσο το δυνατόν συντομότερα. (III, GQ, SR)
- Εκτελέστε προφυλακτική ιριδοτομή στο άλλο μάτι, εάν η γωνία του θαλάμου είναι ανατομικά στενή, καθώς σχεδόν το άλλο μάτι σχεδόν των μισών ασθενών μπορεί να αναπτύξει οξεία κρίση εντός 5 ετών (II ++, GQ, SR).

Χειρουργική Επέμβαση και Μετεγχειρητική Φροντίδα για Ασθενείς που Υπεβλήθησαν σε Ιριδοτομή

- Ο οφθαλμίατρος που εφαρμόζει την χειρουργική επέμβαση έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:
 - Λήψη προεγχειρητικής συγκατάθεσης του ασθενή
 - Βεβαιωθείτε ότι η προεγχειρητική αξιολόγηση επιβεβαιώνει την ανάγκη για χειρουργική επέμβαση
 - Έλεγχος Ενδοφθάλμιας Πίεσης IOP μεταξύ 30 λεπτών έως 2 ωρών από την χειρουργική επέμβαση
 - Ορισμός τοπικών κορτικοστεροειδών κατά τη μετεγχειρητική περίοδο
 - Βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής λαμβάνει επαρκή μετεγχειρητική φροντίδα
- Η αξιολόγηση στο Follow-up περιλαμβάνει:
 - Αξιολόγηση της διαπερατότητας της ιριδοτομής
 - Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης
 - Γωνιοσκοπία, αν δεν διενεργηθεί αμέσως μετά την ιριδοτομή
 - Διαστολή κόρων για τη μείωση του κινδύνου δημιουργίας οπίσθιων συνεχειών
 - Εξέταση βυθού σύμφωνα με τις κλινικές ενδείξεις
- Χρήση φαρμακευτικής θεραπείας περιεγχειρητικά για την αποτροπή ξαφνικής αύξησης της ενδοφθάλμιας πίεσης, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σοβαρή νόσο

Follow-Up Ασθενών που Υπεβλήθησαν σε Ιριδοτομή

- Μετά την ιριδοτομή, παρακολούθηση των ασθενών με γλαυκωματική νευροπάθεια όπως καθορίζεται στις οδηγίες για το Πρωτοπαθές Γλαύκωμα Ανοικτής Γωνίας
- Μετά την ιριδοτομή, οι ασθενείς με υπόλοιπο ανοικτής γωνίας ή συνδυασμό ανοικτής γωνίας και κάποιες ΠΑΓ με ή χωρίς γλαυκωματικής οτικής νευροπάθειας θα πρέπει να παρακολουθείτε τουλάχιστον σε ετήσια βάση, με ιδιαίτερη έμφαση στην εξέταση γωνιοσκόπησης.

Εκπαίδευση Ασθενών που Δεν Υποβλήθηκαν σε Ιριδοτομή

- Ενημέρωση των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο οξείας απόφραξης γωνίας σχετικά με τα συμπτώματά της και εντολές να ειδοποιήσουν αμέσως τον οφθαλμίατρό τους αν εμφανιστούν συμπτώματα (III, MQ, DR)
- Προειδοποίηση των ασθενών για φαρμακευτικές θεραπείες που μπορούν να προκαλέσουν διαστολή της κόρης και έτσι να προξενήσουν εκδήλωση απόφραξης γωνίας (III, MQ, SR)

Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Συμπτώματα (μεταμορφωψία, μειωμένη όραση, σκότωμα, φωταγία, δυσκολίες στη βραδινή προσαρμογή) (II-, GQ, SR)
- Φαρμακευτικές αγωγές και συμπληρώματα διατροφής (II+, GQ, SR)
- Οφθαλμολογικό ιστορικό (II+, GQ, SR)
- Ιστορικό άλλων παθήσεων (οποιοσδήποτε αντιδράσεις υπερευαισθησίας)
- Οικογενειακό ιστορικό, ιδιαίτερα οικογενειακό ιστορικό HEΩ (II+, GQ, SR)
- Κοινωνικό ιστορικό, ιδιαίτερα κάπνισμα (III, GQ, SR)

Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Υποκειμενική Οφθαλμολογική Εξέταση (II++, GQ, SR)
- Στερεοσκοπική βιομικροσκόπηση της ωχράς κηλίδας στη σχισμοειδή λυχνία (III, GQ, SR)

Διαγνωστικά Τεστ

Η OCT είναι απαραίτητη για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της εκφύλισης της ωχράς κηλίδας, στην αναζήτηση παρουσίας υποαμφιβληστροειδικού υγρού και εκτίμηση της αμφιβληστροειδικής πάχυνσης. (III, GQ, SR)

Κύριο πλεονέκτημα της OCT έναντι άλλων απεικονιστικών μεθόδων είναι η απεικόνιση της αρχιτεκτονικής του αμφιβληστροειδούς σε εγκάρσιες τομές. Βοηθά στην ανίχνευση υποαμφιβληστροειδικού υγρού (το οποίο δεν είναι δυνατό να γίνει μόνο με βιομικροσκόπηση) καθώς και στην επάρκεια των θεραπευτικών μεθόδων, μελετώντας την ανταπόκριση του αμφιβληστροειδούς και του μελάγχρου επιθηλίου. (II+, GQ, SR)

Στα κλινικά πλαίσια της HEΩ, ενδείκνυται η ενδοφλέβια φλουοροαγγειογραφία βυθού:

- Όταν ο ασθενής αναφέρει νέα μεταμορφωψία
- Όταν ο ασθενής παρουσιάζει ανεξήγητα θολή όραση
- Όταν η κλινική εξέταση εντοπίζει αύξηση του RPE ή του αμφιβληστροειδούς, υποαμφιβληστροειδική αιμορραγία, «σκληρά» εξιδρώματα ή υποαμφιβληστροειδική ίνωση (II-, GQ, SR)
- Για την ανεύρεση της ύπαρξης και τον καθορισμό της έκτασης του τύπου, του μεγέθους και του εντοπισμού της χοριοειδικής νεοαγγείωσης (CNV) και για τον υπολογισμό του ποσοστού της βλάβης που αποτελείται από κλασσική CNV (III, IQ, DR)
- Για καθοδήγηση της θεραπείας (χειρουργική επέμβαση φωτοπηξίας με laser ή φωτοδυναμική θεραπεία με verteporfin) (III, IQ, DR)
- Για τον εντοπισμό επίμονης ή επανεμφανιζόμενης CNV κατόπιν της θεραπείας (III, IQ, DR)
- Για να βοηθήσει στον καθορισμό των αιτιών απώλειας της όρασης που δεν εντοπίζονται από την κλινική εξέταση (III, IQ, DR)

Κάθε μονάδα αγγειογραφίας πρέπει να διαθέτει ένα σχέδιο φροντίδας ή ένα επείγον σχέδιο και ένα πρωτόκολλο για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων και τη διαχείριση τυχόν επιπλοκών. (III, GQ, SR)

Ιστορικό Εξέτασης Follow-up

- Οπτικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένης μειωμένης όρασης και μεταμορφωψίας (II-, GQ, SR)
- Αλλαγές στη λήψη φαρμακευτικών αγωγών και συμπληρωμάτων διατροφής (III, GQ, SR)
- Οφθαλμολογικό ιστορικό και ιστορικό άλλων παθήσεων στο ενδιάμεσο διάστημα (II+, GQ, SR)
- Αλλαγές στο κοινωνικό ιστορικό, ιδιαίτερα κάπνισμα (III, GQ, SR)

Κλινική Εξέταση Follow-up

- Οπτική οξύτητα (III, GQ, SR)
- Στερεοσκοπική βιομικροσκόπηση του βυθού στη σχισμοειδή λυχνία (III, GQ, SR)

Follow-up μετά τη θεραπεία για Νεοαγγειακή HEΩ

- Εξέταση ασθενών που έχουν λάβει θεραπεία με ενδοαυλοειδική έγχυση anti-VGEF, περίπου 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία (III, GQ, SR)
- Εξέταση και εκτέλεση φλουοροαγγειογραφίας τουλάχιστον κάθε 3 μήνες μετά τη θεραπεία με φωτοδυναμική θεραπεία με verteporfin μέχρι τη σταθεροποίηση της κατάστασης.
- Εξέταση ασθενών που έχουν λάβει θεραπεία με θερμικό laser, περίπου 2-4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία και μετά στις 4-6 εβδομάδες (III, GQ, SR)
- Οι επόμενες εξετάσεις, η Οπτική Τομογραφία Συνοχής (OCT), η φλουοροαγγειογραφία θα πρέπει να γίνονται όπως ενδείκνυται, ανάλογα με τα κλινικά ευρήματα και την κρίση του υπεύθυνου οφθαλμιάτρου (III, GQ, SR)

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Εκπαίδευση ασθενών σχετικά με την πρόγνωση και την πιθανή αξία της θεραπείας που ταυριάζει στο δικό τους επίπεδο όρασης και λειτουργικότητας (III, GQ, SR)
- Ενθάρρυνση ασθενών με HEΩ στα αρχικά στάδια να υποβάλλονται σε τακτικές εξετάσεις, μέσω διεσταλμένης κόρης, για τον έγκαιρο εντοπισμό HEΩ βάσει σταδίου
- Εκπαίδευση ασθενών με εικόνα HEΩ υψηλού κινδύνου σχετικά με τις μεθόδους εντοπισμού νέων συμπτωμάτων χοριοειδικής νεοαγγείωσης και σχετικά με την ανάγκη έγκαιρης ενημέρωσης του οφθαλμιάτρου (III, GQ, SR)
- Εντολές προς τους ασθενείς με νόσο στον ένα οφθαλμό να παρακολουθούν την όρασή τους στον άλλο οφθαλμό και να επανεξετάζονται περιοδικά ακόμη και επί της απουσίας συμπτωμάτων, όμως να επανεξετάζονται άμεσα με την εμφάνιση νέων ή σημαντικών συμπτωμάτων στην όρασή τους (III, GQ, SR)
- Εντολές προς τους ασθενείς να αναφέρουν άμεσα τυχόν συμπτώματα που υποδεικνύουν ενδοφθαλμίτιδα, συμπεριλαμβανομένου πόνου στους οφθαλμούς ή αυξημένη ερόχληση, επιδεινούμενη ερυθρότητα οφθαλμών, θολή ή μειωμένη όραση, αυξημένη ευαισθησία στο φως ή αυξημένο αριθμό αιωρούμενων σωματιδίων (III, GQ, SR)
- Ενθάρρυνση των ασθενών που καπνίζουν, να διακόψουν το κάπνισμα καθώς υπάρχουν δεδομένα από μελέτες που υποστηρίζουν μία σχέση αιτίου αιτιατού μεταξύ καπνίσματος και HEΩ και άλλα σημαντικά οφέλη στην υγεία τους από τη διακοπή του καπνίσματος. (I++, GQ, SR)
- Παραπομπή των ασθενών με μειωμένη οπτική λειτουργία σε προγράμματα αποκατάστασης όρασης (βλ. www.aao.org/low-vision-and-vision-rehab) και σε κοινωνικές υπηρεσίες (III, GQ, SR)

Ηλικιακή Εκφύλιση της Ωχράς Κηλίδας (Συστάσεις Διαχείρισης)

Προτάσεις Θεραπείας και μετεγχειρητικό πλάνο για HEΩ

Συστηγόμενη Θεραπεία	Διαγνώσεις Κατάλληλες για Θεραπεία	Συστάσεις Follow-up
Παρακολούθηση, χωρίς ιατρικές ή χειρουργικές θεραπείες	Χωρίς κλινικά σημεία HEΩ (κατηγορία 1 κατά AREDS) Αρχικό στάδιο HEΩ (κατηγορία 2 κατά AREDS) Προχωρημένη HEΩ με αμφίπλευρη υποβοηθική γεωγραφική ατροφία ή δισκοειδείς ουλές	Σύμφωνα με τις συστάσεις που περιλαμβάνονται στην Ολοκληρωμένη Οφθαλμολογική Εκτίμηση Ενηλίκων (Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation PPP) Επαναληπτική εξέταση σε 6-24 μήνες αν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός ή άμεση εξέταση για νέα συμπτώματα που υποδεικνύουν CNV OCT, φλουοροαγγειογραφία και φωτογραφίες βυθού στην κρίση του οφθαλμιάτρου Επαναληπτική εξέταση σε 6-24 μήνες αν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός ή άμεση εξέταση για νέα συμπτώματα που υποδεικνύουν CNV ^[A:III] Φωτογραφίες βυθού ή φλουοροαγγειογραφία, εκτός αν πρόκειται για συμπτωματικό ασθενή
Αντιοξειδωτικές βιταμίνες και συμπληρώματα διατροφής με μεταλλικά στοιχεία, όπως συστήνεται στις εκθέσεις AREDS και AREDS2	Μέσο στάδιο HEΩ (κατηγορία 3 κατά AREDS) Προχωρημένη HEΩ στον ένα οφθαλμό (κατηγορία 4 κατά AREDS)	Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler) Επαναληπτική εξέταση σε 6-18 μήνες αν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός ή άμεση εξέταση για νέα συμπτώματα που υποδεικνύουν CNV Φωτογραφίες βυθού ή φλουοροαγγειογραφία όπου χρειάζονται OCT ή/και φλουοροαγγειογραφία αν υπάρχουν στοιχεία για την ύπαρξη CNV
Ενδοϋαλοειδής έγχυση Afibercept 2.0 mg όπως συστήνεται από τη βιβλιογραφία	Υποβοηθική CNV	Στους ασθενείς θα πρέπει να δοθούν εντολές να αναφέρουν άμεσα τυχόν συμπτώματα που υποδεικνύουν ενδοφθαλμίτιδα, συμπεριλαμβανομένου πόνου στους οφθαλμούς ή αυξημένη ενόχληση, επιδεινούμενη ερυθρότητα οφθαλμών, θολή ή μειωμένη όραση, αυξημένη ευαισθησία στο φως ή αυξημένο αριθμό αιωρούμενων σωματιδίων Επαναληπτική εξέταση με επαναθεραπείες κάθε 4 εβδομάδες σύμφωνα με τις ενδείξεις, τα κλινικά ευρήματα και την κρίση του οφθαλμιάτρου. Κάθε θεραπευτική αγωγή συντήρησης 8 εβδομάδων έχει αποδειχθεί ότι έχει συγκρίσιμα αποτελέσματα σε κάθε 4 εβδομάδες κατά το πρώτο έτος της θεραπείας. Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)
Ενδοϋαλοειδής έγχυση Bevacizumab 1.25mg όπως περιγράφεται στις δημοσιευμένες εκθέσεις Ο οφθαλμίατρος θα πρέπει να λαμβάνει την κατάλληλη έγγραφη ενήμερη συγκατάθεση σε σχέση με τη χορήγηση εκτός ενδείξεων (off-label)	Υποβοηθική CNV	Στους ασθενείς θα πρέπει να δοθούν εντολές να αναφέρουν άμεσα τυχόν συμπτώματα που υποδεικνύουν ενδοφθαλμίτιδα, συμπεριλαμβανομένου πόνου στους οφθαλμούς ή αυξημένη ενόχληση, επιδεινούμενη ερυθρότητα οφθαλμών, θολή ή μειωμένη όραση, αυξημένη ευαισθησία στο φως ή αυξημένο αριθμό αιωρούμενων σωματιδίων Επαναληπτική εξέταση περίπου 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Το περαιτέρω follow-up εξαρτάται από τα κλινικά ευρήματα και την κρίση του υπεύθυνου οφθαλμιάτρου Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)
Ενδοϋαλοειδής έγχυση Ranibizumab 0.5 mg όπως συστήνεται από τη βιβλιογραφία του ranibizumab	Υποβοηθική CNV	Στους ασθενείς θα πρέπει να δοθούν εντολές να αναφέρουν άμεσα τυχόν συμπτώματα που υποδεικνύουν ενδοφθαλμίτιδα, συμπεριλαμβανομένου πόνου στους οφθαλμούς ή αυξημένη ενόχληση, επιδεινούμενη ερυθρότητα οφθαλμών, θολή ή μειωμένη όραση, αυξημένη ευαισθησία στο φως ή αυξημένο αριθμό αιωρούμενων σωματιδίων Επαναληπτική εξέταση περίπου 4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Το περαιτέρω follow-up εξαρτάται από τα κλινικά ευρήματα και την κρίση του υπεύθυνου οφθαλμιάτρου Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)
PDT με verteporfin όπως συστήνεται στις εκθέσεις TAP και VIP	Υποβοηθική CNV, νέα ή επανεμφανιζόμενη, όπου το κλασικό στοιχείο είναι >50% της βλάβης και η συνολική βλάβη είναι ≤5400 microns στη μεγαλύτερη γραμμική διάμετρο Η κρυφία CNV μπορεί να ληφθεί υπόψη για PDT με όραση <20/50 ή αν η CNV είναι μεγέθους <4 MPS θηλαίων διαμέτρων όταν η όραση είναι >20/50 Περιβοηθική CNV είναι μια ανεπίσημη ένδειξη για PDT, και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν σε επιλεγμένα περιστατικά.	Επαναληπτική εξέταση κάθε 3 περίπου μήνες μέχρι τη σταθεροποίηση, με επαναθεραπείες όπου υπάρχει ένδειξη Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)
Χειρουργική επέμβαση με φωτοπηξία θερμικού laser, όπως συστήνεται στις εκθέσεις MPS ^[A:II]	Εξοβοηθική κλασική CNV, νέα ή επανεμφανιζόμενη Ο ασθενής μπορεί να εκτιμηθεί για CNV πλησίον της οπτικής θηλής	Επαναληπτική εξέταση με φλουοροαγγειογραφία περίπου 2-4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία και μετά στις 4-6 εβδομάδες και από εκεί και πέρα ανάλογα με τα κλινικά και αγγειογραφικά ευρήματα Επανάθεραπείες όπου υπάρχει ένδειξη Παρακολούθηση της κοντινής όρασης σε κάθε οφθαλμό (διάβασμα / πίνακας Amsler)

HEΩ = Ηλικιακή Εκφύλιση Ωχράς Κηλίδας, AREDS = Μελέτη Age-Related Eye Disease, CNV = Χοριοειδική Νεοαγγείωση, MPS = Μελέτη Macular Photocoagulation, PDT = Φωτοδυναμική Θεραπεία, TAP = Θεραπεία Ηλικιακής Εκφύλισης της Ωχράς Κηλίδας με Φωτοδυναμική Θεραπεία, VIP = χρήση Verteporfin στη Φωτοδυναμική Θεραπεία

Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Διάρκεια του διαβήτη (II+, GQ, SR)
- Προηγούμενα στοιχεία γλυκαιμικού ελέγχου (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη A1c) (II+, GQ, SR)
- Φαρμακευτικές θεραπείες (III, GQ, SR)
- Ιστορικό άλλων παθήσεων (π.χ. παχυσαρκία, νεφρική νόσος, συστηματική υπέρταση, επίπεδα λιπιδίων ορού, κύηση) (II+, GQ, SR)
- Οφθαλμολογικό ιστορικό (III, GQ, SR)

Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Οπτική οξύτητα (III, GQ, SR)
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία (III, GQ, SR)
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσεως (IOP) (III, GQ, SR)
- Γωνιοσκοπία όταν υπάρχει ένδειξη (για νεοαγγείωση της ίριδας ή αυξημένη IOP) (III, GQ, SR)
- Έλεγχος κορικών αντανάκλαστικών
- Βυθοσκόπηση μέσω διεσταλμένης κόρης, συμπεριλαμβανομένης στερεοσκοπικής εξέτασης του οπίσθιου πόλου (III, GQ, SR)
- Εξέταση περιφερικά του αμφιβληστροειδούς και του υαλώδους, που διεξάγεται καλύτερα με έμμεση οφθαλμοσκόπηση ή με βιομικροσκόπηση μέσω σχισμοειδούς λυχνίας, σε συνδυασμό με έναν φακό επαφής (III, GQ, SR)

Διάγνωση

- Κατηγοριοποίηση και των δύο οφθαλμών ως προς την κατηγορία και τη σοβαρότητα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, με παρουσία / απουσία CSME. (III, GQ, SR) Κάθε κατηγορία έχει έναν συνυφασμένο κίνδυνο προόδου της νόσου.

Ιστορικό κατά το Follow-up

- Οπτικά συμπτώματα (II+, GQ, SR)
- Γενική κατάσταση (κύηση, αρτηριακή πίεση, χοληστερόλη ορού, νεφρική λειτουργία) (III, GQ, SR)
- Γλυκαιμική κατάσταση (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη A1c) (III, GQ, SR)

Κλινική Εξέταση Follow-up

- Οπτική οξύτητα (III, GQ, SR)
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσεως (III, GQ, SR)
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία, συμπεριλαμβανομένης εξέτασης της ίριδας (III, GQ, SR)
- Γωνιοσκοπία (αν υπάρχει υποψία ή παρουσία νεοαγγείωσης ή αν η ενδοφθάλμια πίεση είναι αυξημένη) (III, GQ, SR)
- Στερεοσκοπική εξέταση του οπίσθιου πόλου μετά από διαστολή της ίριδας στους οφθαλμούς (III, GQ, SR)
- Εξέταση περιφερικά του αμφιβληστροειδούς και του υαλώδους όταν υπάρχει ένδειξη (III, GQ, SR)
- OCT όταν κριθεί απαραίτητο (III, GQ, SR)

Βοηθητικές Εξετάσεις

- Η OCT βοηθά στον υπολογισμό του πάχους του αμφιβληστροειδούς, στην μελέτη του ωχρικού οιδήματος, στην ανίχνευση υαλοειδοωχρικής έλξης καθώς και στην αναγνώριση άλλων παθήσεων της ωχράς σε ασθενείς με διαβητικό οίδημα ωχράς. (III, IQ, DR) Τα ευρήματα της OCT έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη συνέχεια της θεραπείας με anti-VEGF παράγοντα, στην αλλαγή θεραπείας (χρήση κορτικοστεροειδών), στην έναρξη θεραπείας με laser ή και στο ενδεχόμενο βιτρεκτομής.
- Η φωτογράφιση του βυθού μπορεί να είναι χρήσιμη για την τεκμηρίωση σημαντικής προόδου της νόσου και ανταπόκρισης στη θεραπεία και ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία. (III, IQ, DR)
- Η φλουοροαγγειογραφία χρησιμοποιείται ως οδηγός για τη θεραπεία CSME και ως μέσο εκτίμησης των αιτιών ανεξήγητα μειωμένης οπτικής οξύτητας. (III, IQ, DR) η αγγειογραφία μπορεί να εντοπίσει μη διαπερατότητα τριχοειδών στην ωχρά κηλίδα ή πηγές διαρροής από τα τριχοειδή που προκαλούν οίδημα της ωχράς κηλίδας, ως πιθανές εξηγήσεις για την απώλεια όρασης. (III, IQ, DR)
- Η φλουοροαγγειογραφία δεν ενδείκνυται ως εξέταση ρουτίνας στην εξέταση ασθενών με διαβήτη (III, GQ, SR)
- Η οφθαλμική υπερηχογραφία μελετά τη δομή του αμφιβληστροειδούς όταν υπάρχουν θολά διαθλαστικά μέσα (όπως στην περίπτωση της υαλοειδικής αιμορραγίας). Επίσης βοηθά στη μελέτη της σοβαρότητας και έκτασης της υαλοειδοωχρικής έλξης, ιδιαίτερα σε διαβητικούς ασθενείς. (III, GQ, SR)

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων και τις πιθανές επιπτώσεις
- Ενθάρρυνση των διαβητικών ασθενών που δεν έχουν διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια να κάνουν ετήσιες οφθαλμολογικές εξετάσεις με διεσταλμένη κόρη (II+, GQ, SR)
- Ενημέρωση των ασθενών ότι η αποτελεσματική θεραπεία της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας εξαρτάται από την έγκαιρη παρέμβαση, παρά την ύπαρξη καλής όρασης και την απουσία συμπτωμάτων από τους οφθαλμούς
- Εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη σημασία διατήρησης των επιπέδων της γλυκόζης, της αρτηριακής πίεσης όσο το δυνατόν πιο κοντά στις φυσιολογικές τιμές και της μείωσης των επιπέδων των λιπιδίων (III, GQ, SR)
- Επικοινωνία με τον υπεύθυνο ιατρό, π.χ. οικογενειακό ιατρό, παθολόγο ή ενδοκρινολόγο, σχετικά με τα οφθαλμολογικά ευρήματα (III, GQ, SR)
- Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη χειρουργική επέμβαση και για τους οποίους δεν υπάρχει περαιτέρω θεραπεία, παροχή κατάλληλης επαγγελματικής υποστήριξης και παραπομπή σε συμβουλευτικές υπηρεσίες, υπηρεσίες αποκατάστασης ή σε κοινωνικές υπηρεσίες (III, GQ, SR)
- Παραπομπή των ασθενών με μειωμένη οπτική λειτουργία σε υπηρεσίες αποκατάστασης της όρασης (βλ. www.aao.org/low-vision-and-vision-rehab) και σε κοινωνικές υπηρεσίες (III, GQ, SR)

Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (Συστάσεις Διαχείρισης)

Συστάσεις Διαχείρισης για Ασθενείς με Διαβήτη

Σοβαρότητα αμφιβληστροειδοπάθειας	Παρουσία CSME*	Follow-up (μήνες)	Παναμφιβληστροειδική Φωτοπηξία με (Scatter) Laser	Εστιακό και/ή Τμηματικό Laser	Anti-VEGF†
Φυσιολογική ή ελάχιστη NPDR	Όχι	12	Όχι	Όχι	Όχι
Ήπια NPDR	Όχι	12	Όχι	Όχι	Όχι
	ME	4-6	Όχι	Όχι	Όχι
	CSME‡	1*	Όχι	Μερικές φορές	Μερικές φορές
Μεσαία NPDR	Όχι	12‡	Όχι	Όχι	Όχι
	ME	3-6	Όχι	Όχι	Όχι
	CSME‡	1*	Όχι	Μερικές φορές	Μερικές φορές
Σοβαρή NPDR	Όχι	4	Μερικές φορές	Όχι	Όχι
	ME	2-4	Μερικές φορές	Όχι	Όχι
	CSME‡	1*	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές
Όχι υψηλού κινδύνου PDR	Όχι	4	Μερικές φορές	Όχι	Όχι
	ME	2-4	Μερικές φορές	Όχι	Όχι
	CSME‡	1*	Μερικές φορές	Μερικές φορές	Μερικές φορές
Υψηλού κινδύνου PDR	Όχι	4	Συνιστάται	Όχι	Ως εναλλακτική λύση
	ME	4	Συνιστάται	Μερικές φορές	Συνήθως
	CSME‡	1*	Συνιστάται	Μερικές φορές	Συνήθως

CSME = κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς κηλίδας, ME = μη κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς κηλίδας NPDR = μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, PDR = παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

†Στις εξαιρέσεις περιλαμβάνονται: υπέρταση ή κατακράτηση υγρών που συνδέονται με καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια, κύηση, ή οποιαδήποτε άλλα αίτια που μπορεί να επιδεινώσουν το οίδημα της ωχράς κηλίδας. Η αναβολή της φωτοπηξίας για ένα σύντομο χρονικό διάστημα της θεραπείας μπορεί να ληφθεί υπόψη σε αυτά τα περιστατικά. Επίσης, η αναβολή της θεραπείας CSME αποτελεί μία επιλογή όταν το κέντρο της ωχράς κηλίδας δεν εμπλέκεται, η οπτική οξύτητα είναι άριστη, είναι δυνατή η στενή παρακολούθηση και ο ασθενής κατανοεί τους κινδύνους.

*Οι συμπληρωματικές θεραπείες που μπορούν να ληφθούν υπόψη περιλαμβάνουν χρήση κορτικοστεροειδών εντός του υαλώδους ή παράγοντες κατά της αγγειακής ενδοθηλιακής ανάπτυξης (χρήση εκτός ένδειξης, εκτός του ranibizumab). Δεδομένα από το Δίκτυο Κλινικής Έρευνας Αμφιβληστροειδοπάθειας, του 2011, έδειξαν ότι στα δύο έτη παρακολούθησης follow up, η ενδοουλοειδική έγχυση ranibizumab με άμεση ή μεταγενέστερη επέμβαση με laser, είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο όφελος στη βελτίωση της οπτικής οξύτητας και η ενδοουλοειδική χρήση triamcinolone acetonide μαζί με επέμβαση με laser επίσης είχε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο οπτικό όφελος σε ψευδοφακικούς οφθαλμούς, σε σύγκριση με επέμβαση με laser μόνο. Τα άτομα που έλαβαν τις ενδοουλοειδικές εγχύσεις αντιαγγειακών ενδοθηλιακών αυξητικών παραγόντων μπορούν να εξεταστούν ένα μήνα κατόπιν της έγχυσης.

‡ ή σε συχνότερες επαναλήψεις εάν υπάρχουν ενδείξεις για σοβαρή NPDR.

Πηγές

1. Writing Committee for the Diabetic Retinopathy Clinical Research Network. Panretinal photocoagulation vs intravitreal ranibizumab for proliferative diabetic retinopathy: a randomized clinical trial JAMA 2015;314:2137-46
2. Olsen TW. Anti-VEGF pharmacotherapy as an alternative to panretinal laser photocoagulation for proliferative diabetic retinopathy JAMA 2015;314:2135-6

Ιδιοπαθής επιωχρική μεμβράνη και υαλοειδοωχρική έλξη (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία)

Αρχική Κλινική Εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- Οφθαλμολογικό ιστορικό (π.χ., οπίσθια αποκόλληση του υαλοειδούς σώματος, ραγοειδίτιδα, ρωγμές αμφιβληστροειδούς, θρομβώσεις αμφιβληστροειδούς, παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, οφθαλμικές φλεγμονώδεις παθήσεις, πρόσφατη επιούλωση του τραύματος)
- Διάρκεια συμπτωμάτων (π.χ., μεταμορφοψία, δυσκολία στη χρήση και των δύο ματιών μαζί και διπλωπία)
- Φυλή / εθνικότητα
- Συστηματική ιστορία

Κλινική εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- Οπτική οξύτητα
- Μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης
- Βιομικροσκοπηση με σχισμοειδή λυχνία του πρόσθιου τμήματος
- OCT φασματικής περιοχής για να διαγνώσει αλλαγές ωχράς κηλίδας και αμφιβληστροειδούς (π.χ., πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων χρωστικής του αμφιβληστροειδούς και / ή νευρογλοιακών κυττάρων του αμφιβληστροειδούς) (III, GQ, SR)
- Προσδιορισμός παρουσίας εξωκυτταρικού μητρικού υλικού, lamipocytes, και / ή υαλοειδών κυττάρων
- Η ιδιοπαθής επιωχρική μεμβράνη και υαλοειδοωχρική έλξη (ERM και VMT) συχνά εμφανίζονται μαζί (τα ευρήματα του OCT για VMT είναι παρόμοια, αλλά το οπίσθιο μέρος υαλοειδούς παραμένει εν μέρει συνδεδεμένο με την ωχρά κηλίδα)
- Η αγγειογραφία φλουορεσκεϊνης μπορεί να είναι χρήσιμη για την αξιολόγηση ERM ή / και VMT και σχετίζεται με τις παθολογίες του αμφιβληστροειδούς.

Σχέδιο Διαχείρισης

- Η απόφαση να παρέμβουμε χειρουργικά σε ασθενείς με ERM / VMT εξαρτάται συνήθως από τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, ειδικά τον αντίκτυπο στις καθημερινές δραστηριότητες
- Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ότι η πλειοψηφία των ERM θα παραμείνει σταθερή και δεν απαιτεί θεραπεία (GQ, SR)
- Οι ασθενείς πρέπει να είναι βέβαιοι ότι υπάρχει μια πολύ επιτυχημένη χειρουργική διαδικασία που θα μπορούσε να αντιμετωπίσει την επιδείνωση των συμπτωμάτων ή τη μείωση της οπτικής οξύτητας (GQ, SR)
- Θα πρέπει να συζητηθούν οι κίνδυνοι σε σχέση με τα οφέλη της χειρουργικής επέμβασης υαλοειδεκτομής. Κίνδυνοι μπορεί να είναι ο καταρράκτης, τα δάκρυα του αμφιβληστροειδούς, η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς και η ενδοφθαλμίτιδα.

Χειρουργική επέμβαση και μετεγχειρητική φροντίδα

- Η χειρουργική επέμβαση υαλοειδεκτομής συχνά ενδείκνυται σε ασθενείς που έχουν μια μείωση στην οπτική οξύτητα και μεταμορφοψία, και οπτική οξύτητα (II, MQ, DR)
- Οι ασθενείς συνήθως δεν βελτιώνονται χωρίς χειρουργική επέμβαση υαλοειδεκτομής, όταν η περιοχή της VMT είναι ευρεία (> 1500 μm), όταν υπάρχει ταυτόχρονη παθολογική αποκόλληση της ωχράς κηλίδας, ή όταν η παρουσίαση οπτικής οξύτητας είναι περιορισμένη (III, IQ, DR)
- Η χειρουργική επέμβαση υαλοειδεκτομής για ERM ή VMT συνήθως οδηγεί σε βελτίωση της οπτικής οξύτητας εφόσον ο εξωτερικός αμφιβληστροειδής, η ελλεινοειδής ζώνη, και το μήκος του εξωτερικού τμήματος φωτοϋποδοχέων μπορεί να βελτιωθούν ή ακόμη και να ομαλοποιηθούν μετά την επέμβαση (III, IQ, DR)
- Ένας ασθενής με ERM θα πρέπει να ενημερωθεί ότι είναι απίθανο η ενδοϋαλώδης οκρίπλασμή να οδηγήσει σε αποτελεσματική θεραπεία (III, GQ, SR)
- Η αύξηση ή μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης είναι ένας γνωστός κίνδυνος της χειρουργικής επέμβασης υαλοειδεκτομής και θα πρέπει να παρακολουθείται μετεγχειρητικά.
- Απαιτείται μετεπεμβατική παρακολούθηση την πρώτη ημέρα και στη συνέχεια επανεξέταση μία με δύο εβδομάδες μετεπεμβατικά, ή και νορτίτερα ανάλογα με τα νέα συμπτώματα ή νέα ευρήματα κατά την πρώτη μετεπεμβατική εξέταση.

Ενημέρωση ασθενών και Follow-up

- Η σύγκριση των OCT εικόνων του κανονικού και με πρόβλημα οφθαλμού μπορεί να βοηθήσει τους ασθενες στην κατανόηση
- Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να ελέγχουν περιοδικά την κεντρική μονόφθαλμη όραση τους για να ανιχνεύουν αλλαγές που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια του χρόνου, όπως μικρά μαύρα σημάδια (GQ, SR)
- Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν να ενημερώνουν τον οφθαλμίατρό τους αμέσως εάν έχουν συμπτώματα, όπως μυγακία, απώλεια του οπτικού πεδίου, μεταμορφοψία, ή μείωση της οπτικής οξύτητας (III, GQ, SR)

Ιδιοπαθής Οπή της Ωχράς Κηλίδας (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Διάρκεια συμπτωμάτων (III, GQ, DR)
- Οφθαλμολογικό ιστορικό: γλαύκωμα ή άλλες προηγηθείσες παθήσεις των οφθαλμών, τραυματισμοί, χειρουργικές επεμβάσεις, παρατεταμένη έκθεση των οφθαλμών στον ήλιο (III, GQ, DR)
- Φαρμακευτικές αγωγές που μπορεί να συνδέονται με κύστεις της ωχράς κηλίδας (III, GQ, DR)

Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Οπτική οξύτητα (III, GQ, SR)
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία της ωχράς κηλίδας και του οπίσθιου πόλου /υαλο-αμφιβληστροειδικού δεσμού (III, GQ, SR)
- Έμμεση περιφερική βυθοσκόπηση (III, GQ, SR)

Συστάσεις Διαχείρισης Οπή της Ωχράς

Στάδιο	Διαχείριση	Follow-up
1-A και 1-B	Παρακολούθηση	Στους 2-4 μήνες αν δεν εμφανιστούν νέα συμπτώματα Άμεση επανεξέταση αν εμφανιστούν νέα συμπτώματα Κάθε 4 με 6 μήνες επί της απουσίας συμπτωμάτων Ενδείκνυται μέτρηση μονόφθαλμης οπτικής οξύτητας με το Amsler Grid
2	Vitreoretinal Surgery*	1-2 ημέρες μετεγχειρητικά, μετά 1-2 εβδομάδες Η συχνότητα και ο χρόνος των επόμενων επισκέψεων ποικίλει, ανάλογα με το αποτέλεσμα της επέμβασης και τα συμπτώματα του ασθενούς Αν δεν γίνει επέμβαση, κάθε 2-4 μήνες
2	Vitreopharmacolysis †	Στη 1 εβδομάδα και στις 4 εβδομάδες ή εάν παρουσιαστούν νέα συμπτώματα (πχ πιθανή αποκόλληση αμφιβληστροειδούς)
3 or 4	Vitreoretinal surgery	1-2 ημέρες μετεγχειρητικά, μετά 1-2 εβδομάδες Η συχνότητα και ο χρόνος των επόμενων επισκέψεων ποικίλει, ανάλογα με το αποτέλεσμα της επέμβασης και τα συμπτώματα του ασθενούς

*Αν και συχνά διενεργείται χειρουργική επέμβαση, η παρακολούθηση είναι επίσης κατάλληλη.

† Although ocriplasmin has been approved by the US Food and Drug Administration for vitreomacular adhesion, its use for treatment of idiopathic macular hole without vitreomacular traction or adhesion would currently be considered off-label use.

Χειρουργική και Μετεγχειρητική Φροντίδα αν ο ασθενής λάβει θεραπεία

- Ενημέρωση του ασθενούς για τους σχετικούς κινδύνους, οφέλη, και εναλλακτικές αντί της χειρουργικής επέμβασης, και για την ανάγκη χρήσης αερίου αργής απορρόφησης εντός του οφθαλμού ή για ειδική τοποθέτηση και στάση του ασθενούς μετεγχειρητικά (III, GQ, SR)
- Διαμόρφωση μετεγχειρητικού σχεδίου φροντίδας και ενημέρωση του ασθενούς για αυτό (III, GQ, SR)
- Ενημέρωση των ασθενών που πάσχουν από γλαύκωμα για την πιθανή περιεγχειρητική αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης (III, GQ, SR)
- Εξέταση μετεγχειρητικά εντός 1 ή 2 ημερών και πάλι 1-2 εβδομάδες μετά την επέμβαση (III, GQ, SR)

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Ενημέρωση των ασθενών να ειδοποιήσουν άμεσα τον οφθαλμίατρό τους αν εμφανίσουν συμπτώματα όπως αύξηση των αιωρουμένων σωματιδίων, απώλεια οπτικού πεδίου ή μείωση της οπτικής οξύτητας (III, GQ, SR)
- Ενημέρωση των ασθενών ότι τα αεροπορικά ταξίδια, τα υψηλά υψόμετρα ή η γενική αναισθησία με νιτράδες οξειδίου θα πρέπει να αποφεύγονται μέχρι η φυσαλίδα του αερίου να έχει σχεδόν ολοκληρωτικά εξαφανιστεί (III, GQ, SR)
- Ενημέρωση των ασθενών που εμφανίσαν οπή ωχράς κηλίδας στον ένα οφθαλμό ότι έχουν μία πιθανότητα 10%-20% να εμφανίσουν οπή ωχράς κηλίδας και στον άλλο οφθαλμό, ιδιαίτερα αν το υαλώδες σώμα παραμείνει προσκολλημένο (III, GQ, SR)
- Παραπομπή ασθενών με μετεγχειρητική μείωση της όρασης που περιορίζει τη λειτουργικότητά τους σε κέντρα αποκατάστασης της όρασης (βλ. www.aao.org/low-vision-and-vision-rehab) και σε κοινωνικές υπηρεσίες (III, GQ, SR)

Οπίσθια Αποκόλληση Υαλοειδούς, Ρωγμές Αμφιβληστροειδούς και Εκφύλιση του Αμφιβληστροειδούς (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Συμπτώματα οπίσθιας αποκόλλησης υαλοειδούς (II+, GQ, SR)
- Οικογενειακό ιστορικό αποκολλήσεων και σχετικών γενετικών ανωμαλιών (II-, GQ, SR)
- Προηγούμενοι τραυματισμοί στους οφθαλμούς (III, GQ, SR)
- Μυωπία (II+, GQ, SR)
- Ιστορικό οφθαλμολογικής χειρουργικής επέμβασης συμπεριλαμβανομένης της αλλαγής φακού και της επέμβασης καταρράκτη (II++, GQ, SR)

Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Εξέταση οπτικού πεδίου με τη μέθοδο αντιπαράθεσης (confrontation test) και έλεγχος παρουσίας RAPD (+) (III, GQ, SR)
- Εξέταση του υαλοειδούς για αιμορραγία, αποκόλληση και παρουσία κυττάρων με χρωστική (II+, GQ, SR)
- Εξέταση του περιφερικού βυθού με πίεση του σκληρού χιτώνα. Η προτιμώμενη μέθοδος αξιολόγησης της παθολογίας του υαλοειδούς και του αμφιβληστροειδούς είναι με έμμεση οφθαλμωσκόπηση, σε συνδυασμό με πίεση του σκληρού χιτώνα. (III, GQ, SR)

Βοηθητικές Εξετάσεις

- OCT για την αξιολόγηση και σταδιοποίηση της αποκόλλησης του υαλώδους (II+, MQ, DR)
- Διενέργεια υπερήχου B-scan αν η περιφέρεια του αμφιβληστροειδούς δεν μπορεί να εκτιμηθεί. ^[A,III] Αν δεν εντοπιστούν ανωμαλίες, συστήνονται συχνές επανεξετάσεις follow-up. (III, IQ, DR)

Χειρουργική και Μετεγχειρητική Φροντίδα, αν ο Ασθενής υποβληθεί σε Θεραπεία:

- Ενημέρωση του ασθενούς για τους σχετικούς κινδύνους, οφέλη και εναλλακτικές λύσεις αντί χειρουργικής επέμβασης (III, GQ, SR)
- Μορφοποίηση μετεγχειρητικού σχεδίου φροντίδας και ενημέρωση του ασθενούς για αυτό (III, GQ, SR)
- Συστάσεις προς τους ασθενείς να επικοινωνήσουν άμεσα με οφθαλμίατρο αν τους παρουσιαστεί κάποια σημαντική αλλαγή στα συμπτώματα, όπως νέα αιωρούμενα σωματίδια ή απώλεια οπτικού πεδίου (II+, GQ, SR)

Διαχείριση και Φροντίδα

Επιλογές Διαχείρισης

Είδος βλάβης	Θεραπεία *
Οξείες συμπτωματικές πεταλοειδείς ρωγμές	Άμεση θεραπεία ^[A,III]
Οξείες συμπτωματικές επιποματισμένες ρωγμές	Η θεραπεία μπορεί να μην είναι απαραίτητη
Οξεία συμπτωματική διάλυση	Άμεση θεραπεία
Ρωγμές αμφιβληστροειδούς από τραυματισμό	Συνήθως υποβάλλεται σε θεραπεία
Ασυμπτωματικές πεταλοειδείς ρωγμές	Συνήθως μπορεί να παρακολουθείται χωρίς θεραπεία
Ασυμπτωματικές επιποματισμένες ρωγμές	Σπάνια συνιστάται θεραπεία
Ασυμπτωματικές στρογγυλές οπές ατροφίας	Σπάνια συνιστάται θεραπεία
Ασυμπτωματική εκφύλιση του αμφιβληστροειδούς χωρίς οπές	Χωρίς θεραπεία εκτός αν η PVD προκαλεί πεταλοειδή ρωγμή
Ασυμπτωματική εκφύλιση του αμφιβληστροειδούς με οπές	Συνήθως δεν απαιτεί θεραπεία
Ασυμπτωματική διάλυση	Δεν έχει επιτευχθεί ομοφωνία σχετικά με τη θεραπεία και δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία που να καθοδηγούν τη διαχείριση
Ο άλλος οφθαλμός με οπές ατροφίας, εκφύλιση του αμφιβληστροειδούς ή ασυμπτωματικές πεταλοειδείς ρωγμές	Δεν έχει επιτευχθεί ομοφωνία σχετικά με τη θεραπεία και δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία που να καθοδηγούν τη διαχείριση

PVD = Οπίσθια Αποκόλληση Υαλοειδούς

Ιστορικό κατά το Follow-up

- Οφθαλμολογικά συμπτώματα (III, GQ, SR)
- Ιστορικό τραυματισμού στους οφθαλμούς ή χειρουργική επέμβαση στους οφθαλμούς κατά το ενδιάμεσο διάστημα (III, GQ, SR)

Κλινική Εξέταση Follow-up

- Οπτική οξύτητα (III, GQ, SR)
- Αξιολόγηση της κατάστασης του υαλοειδούς, με προσοχή στην παρουσία χρωστικής, αιμορραγίας ή συναίρεσης (III, GQ, SR)
- Εξέταση του περιφερικού βυθού με πίεση του σκληρού χιτώνα (III, GQ, SR)
- Διενέργεια OCT εφόσον υπάρχει υαλοειδοωχρική έλξη (III, GQ, SR)
- Υπέρηχος B-scan αν το υλικό είναι αδιαφανές (III, GQ, SR)

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Εκπαίδευση των ασθενών με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς για τα συμπτώματα της αποκόλλησης υαλοειδούς και για την αξία των περιοδικών εξετάσεων follow-up. (III, GQ, SR)
- Συμβουλευτείτε τους ασθενείς με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης αποκόλλησης αμφιβληστροειδούς να ειδοποιήσουν άμεσα τον οφθαλμίατρο τους αν τους παρουσιαστεί κάποια σημαντική αλλαγή στα συμπτώματα όπως αύξηση των αιωρούμενων σωματιδίων, απώλεια οπτικού πεδίου ή μείωση της οπτικής οξύτητας. (II+, GQ, SR)

Απόφραξη κεντρικής οφθαλμικής αρτηρίας (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία)

Αρχική Κλινική Εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- η αρχική κλινική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία του υποκειμενικού οφθαλμολογικού ελέγχου δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή σε αγγειακά αμφιβληστροειδικά ευρήματα. (Π+, MQ, SR)
- στο ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για εμβολικές νόσους όπως παροδικά ισχαιμικά συμπτώματα, παράπλευρη αδυναμία και παραισθησίες.
- Θα πρέπει να εξετάζονται συμπτώματα γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας (ΓΚΑ) (πχ πονοκέφαλοι, υπερευαίσθησία κρανίου, αδυναμία, κροταφική ευαισθησία, πυρετός, ιστορικό πολυμυαλγίας, ρευματισμοί)

Κλινική Εξέταση

- Οπτική οξύτητα
- Μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία
- Περιφερική βυθοσκόπηση μετά από διαστολή με το έμμεση μικροσκόπιο
- Γωνιοσκοπία όταν υπάρχει αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και όταν υποπτευόμαστε νεοαγγείωση της ίριδας (πριν από τη μυδρίαση)
- Βυθοσκόπηση
- RAPD
- Εξέταση του οπισθίου πόλου στη σχισμοειδή λυχνία
- Περιφερική βυθοσκόπηση (χρήση έμμεσου οφθαλμοσκοπίου με μυδρίαση κόρης) προκειμένου να εκτιμηθούν: αμφιβληστροειδικές αιμορραγίες, βαμβακοφόρες κηλίδες, αμφιβληστροειδικά έμβολα, retinal vascular boxcarring, και νεοαγγείωση οπτικού δίσκου

Διαγνωστικά τεστ

- Έγχρωμες και red-free φωτογραφίες βυθού
- Φλουροαγγειογραφία
- OCT
- B-Scan (σε μια διαυγή διαθλαστικά μέσα)

Αντιμετώπιση

- Οξεία συμπτωματική ΟΑΟ, CRAO, BRAO αποτελούν επείγουσες οφθαλμικές καταστάσεις και απαιτούν άμεση εκτίμηση
- Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς άνω των 50 ετών.
- Στην περίπτωση γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας θα πρέπει να γίνει επείγοντως έναρξη συστηματικής θεραπείας με κορτικοστεροειδή ώστε να προληφθεί η απώλεια όρασης στο άλλο μάτι ή η αγγειακή απόφραξη οπουδήποτε αλλού (I-/I+, GQ, SR)
- Η διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να ελέγχονται προσεκτικά διότι η συστηματική θεραπεία με κορτικοστεροειδή μπορεί να αποσταθεροποιήσει τον γλυκαιμικό έλεγχο.

Οι οφθαλμίατροι θα πρέπει να παραπέμπουν τους ασθενείς με αγγειακές νόσους του αμφιβληστροειδούς για ανάλογο συστηματικό έλεγχο ο οποίος εξαρτάται από τη φύση της αμφιβληστροειδικής απόφραξης.

- οι οξείες συμπτωματικές ΟΑΟ ή CRAO με εμβολικές αιτιολογίες θα πρέπει να παραπέμπονται **άμεσα** σε αγγειολόγους
- Έως σήμερα δεν έχει αποδειχθεί η ανάγκη αντιμετώπισης - με εκτεταμένο αγγειολογικό έλεγχο - ασυμπτωματικού ασθενούς με προηγηθείσα BRAO

Παρακολούθηση των ασθενών

- θα πρέπει να ελέγχεται από την έκταση της αμφιβληστροειδικής ή οφθαλμικής νεοαγγείωσης λόγω ισχαιμίας. Οι ασθενείς με μεγαλύτερη ισχαιμία απαιτούν συχνότερο έλεγχο.
- Αρκετοί ασθενείς με αμφιβληστροειδικές αγγειακές νόσους θα χάσουν σημαντική όραση παρά τις διάφορες μεθόδους αντιμετώπισης και θα πρέπει να παραπέμπονται στις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες και κέντρα οπτικής αποκατάστασης

Φλεβικές Θρομβώσεις Αμφιβληστροειδούς (Αρχική Αξιολόγηση και Θεραπεία)

Αρχική Κλινική Εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- Οφθαλμολογικό ιστορικό (π.χ., γλαύκωμα, άλλες οφθαλμολογικές διαταραχές, οφθαλμικές ενέσεις, χειρουργική επέμβαση, συμπεριλαμβανομένης θεραπείας αμφιβληστροειδούς με λέιζερ, χειρουργική επέμβαση καταρράκτη, διαθλαστική επέμβαση)
- Θέση και διάρκεια της απώλειας όρασης
- Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή
- Συστηματικό ιστορικό (π.χ. συστηματική υπέρταση, διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, καρδιαγγειακή νόσος, άπνοια ύπνου, διαταραχές της πήξης, θρομβοπάθειες και πνευμονική εμβολή)

Κλινική Εξέταση (Βασικά στοιχεία)

- Οπτική οξύτητα
- Μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία για την ανίχνευση νεοαγγείωσης
- Εξέταση μυδρίασης του περιφερικού αμφιβληστροειδούς με έμμεση οφθαλμοσκόπηση
- Γωνιοσκοπία πριν από τη διαστολή της κόρης, ιδίως σε περιπτώσεις ισχαιμικών θρομβώσεων αμφιβληστροειδούς (CRVO), όταν η ΕΟΠ είναι αυξημένη, ή όταν κίνδυνος νεοαγγείωσης της ίριδας είναι υψηλός
- Διοφθαλμική βυθοσκοπική αξιολόγηση του οπίσθιου πόλου

Διαγνωστικές Εξετάσεις

- Έγχρωμη φωτογραφία βυθού για να τεκμηριώνει τα ευρήματα του αμφιβληστροειδούς
- Αγγειογραφία φλουορεσκεινής για την αξιολόγηση του βαθμού αγγειακής απόφραξης
- Οπτική τομογραφία συνοχής για την ανίχνευση της ασθένειας ωχράς κηλίδας
- Υπερηχογράφημα (π.χ., όταν υπάρχει αιμορραγία του υαλοειδούς)

Διαχείριση φροντίδας

- Καλύτερη πρόληψη είναι η επιθετική διαχείριση των παραγόντων κινδύνου με τη βελτιστοποίηση του ελέγχου του σακχαρώδη διαβήτη, υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας (I +, GQ, SR)
- Οι συμμετέχοντες που έλαβαν θεραπεία με 4 mg κορτικοστεροειδή είχαν υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης καταρράκτη, χειρουργικής επέμβασης καταρράκτη, και αυξημένης ΕΟΠ, δείχνοντας μια προτίμησή για δόση 1-mg δόση (I ++, GQ, SR)
- Πολλαπλές μελέτες έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα των παραγόντων αντι-VEGF στη θεραπεία του οιδήματος της ωχράς κηλίδας που σχετίζεται με BRVO (I ++, GQ, SR)
- Τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα των παραγόντων αντι-VEGF στη θεραπεία του οιδήματος της ωχράς κηλίδας που σχετίζονται με CRVO (I ++, GQ, SR)
- Οι αντισηπτικές σταγόνες Betadine και ένα κάτοπτρο συνιστάται κατά τη διάρκεια όλων των ενδοϋαλώδων ενέσεων (III, MQ, DR)
- Η ενδοϋαλώδους τριαμκινολόνη, η δεξαμεθαζόνη, και άλλα κορτικοστεροειδή έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά για το οίδημα της ωχράς κηλίδας που σχετίζεται με CRVO, αλλά υπάρχει ακόμη σχετικός κίνδυνος για καταρράκτη και γλαύκωμα (I +, GQ, SR)
- Η αγωγή με λέιζερ παραμένει μια βιώσιμη θεραπεία για τα μάτια με BRVO, ακόμη και αν η διάρκεια της ασθένειας είναι μεγαλύτερη από 12 μήνες (I +, GQ, SR)
- Τοπική παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία επίσης συνιστάται για νεοαγγείωση όταν εμφανίζονται επιπλοκές, όπως αιμορραγία του υαλώδους ή νεοαγγείωση ίριδας (I+, GQ, SR)
- Οφθαλμίατροι που φροντίζουν ασθενείς με αγγειακή θρόμβωση του αμφιβληστροειδούς θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με συγκεκριμένες συστάσεις των σχετικών κλινικών δοκιμών λόγω της πολυπλοκότητας της διάγνωσης και της θεραπείας (I ++, GQ, SR)

Παρακολούθηση των ασθενών

- Ο οφθαλμίατρος πρέπει να παραπέμπει τους ασθενείς με RVO σε ένα γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας για την κατάλληλη διαχείριση της συστημικής κατάστασή τους και να κοινοποιούν τα αποτελέσματα στο γιατρό που αναλαμβάνει τη συνεχή φροντίδα του ασθενούς (I +, GQ, SR)
- Ο πρωτογενής φορέας παροχής φροντίδας και ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθούν για τον κίνδυνο που μπορεί να υπάρξει και στο άλλο μάτι (I +, MQ, SR)
- Οι ασθενείς των οποίων η κατάσταση δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία και όταν δεν είναι διαθέσιμη περαιτέρω θεραπεία, θα πρέπει να παρέχονται με την επαγγελματική υποστήριξη και θα πρέπει να παρέχεται επαγγελματική υποστήριξη και να χορηγείται παραπεμπτικό για συμβουλευτική, αποκατάσταση της όρασης ή κοινωνικές υπηρεσίες, ανάλογα με την περίπτωση (I ++, GQ, SR).

Καταρράκτης (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης

- Συμπτώματα
- Οφθαλμολογικό ιστορικό
- Ιστορικό άλλων παθήσεων
- Εκτίμηση λειτουργικότητας όρασης
- Φαρμακευτική αγωγή

Αρχική Κλινική Εξέταση

- Οπτική οξύτητα με την τρέχουσα διόρθωση
- Μέτρηση καλύτερα βελτιωμένης οπτικής οξύτητας BCVA (με διάθλαση όταν υπάρχει ένδειξη)
- Εξωτερική εξέταση
- Οπτική ευθυγράμμιση και κινητικότητα
- Glare Test όταν ενδείκνυται
- Αντιδραστικότητα και λειτουργία κόρης
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσεως (IOP)
- Εξέταση/μικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία (και γωνιοσκοπία)
- Εξέταση υπό διαστολή του φακού, της ωχράς κηλίδας, του περιφερικού αμφιβληστροειδή, του οπτικού νεύρου και του θύλου
- Εκτίμηση σχετικών παραμέτρων της σωματικής και ψυχικής κατάστασης του ασθενούς

Διαχείριση και Φροντίδα

- Θεραπεία ενδείκνυται όταν η οπτική λειτουργία δεν ανταποκρίνεται πλέον στις ανάγκες του ασθενούς και η εγχείριση καταρράκτη παρέχει μία λογική πιθανότητα βελτίωσης.
- Η αφαίρεση του καταρράκτη ενδείκνυται επίσης όταν υπάρχει αποδεδειγμένη νόσος που προκαλείται από το φακό ή όταν είναι αναγκαίο να είναι ορατός ο βυθός σε ένα μάτι που έχει τη δυνατότητα όρασης.
- Χειρουργική επέμβαση δεν θα πρέπει να διενεργείται κάτω από τις ακόλουθες περιστάσεις:
 - Ανεκτή διαθλαστική διόρθωση προσφέρει επίπεδο όρασης που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενούς / η εγχείριση δε θα βελτιώσει τη λειτουργικότητα της όρασης και δεν υπάρχει άλλη ένδειξη για αφαίρεση του φακού/
 - ο ασθενής δεν μπορεί με ασφάλεια να υποβληθεί σε εγχείριση εξαιτίας συνοδών ιατρικών ή οφθαλμολογικών παθήσεων /
 - δεν μπορεί να εξασφαλιστεί η κατάλληλη μετεγχειρητική φροντίδα /
 - ο ασθενής ή ο κηδεμόνας του ασθενούς που έχει επιλεγεί να λαμβάνει αποφάσεις, δε δύναται να δώσει τη συγκατάθεση του για μη-επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις.
- Οι ενδείξεις για χειρουργική επέμβαση στο δεύτερο οφθαλμό είναι οι ίδιες όπως και για τον πρώτο (λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες χρησιμοποίησης και των δύο οφθαλμών).
- Η κλασική θεραπευτική αντιμετώπιση στις ΗΠΑ είναι μικρής τομής φακοθρυψία με ένθεση αναδιπλούμενου ενδοφακού (είτε με μία τομή είτε με μια τομή και δεύτερη μικρότερη συμπληρωματική τομή)

Προεγχειρητική Φροντίδα

Ο οφθαλμίατρος που θα διενεργήσει την εγχείριση έχει την ευθύνη για τα ακόλουθα:

- Εξέταση του ασθενούς προεγχειρητικά
- Εξασφάλιση ότι η αξιολόγηση τεκμηριώνει με ακρίβεια τα συμπτώματα, τα ευρήματα και τις ενδείξεις για θεραπεία

- Ενημέρωση του ασθενούς για τους κινδύνους, τα οφέλη και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης
- Διαμόρφωση χειρουργικού σχεδίου, συμπεριλαμβανομένης της επιλογής ενός IOL
- Ανασκόπηση των αποτελεσμάτων των προεγχειρητικών και διαγνωστικών αξιολογήσεων από κοινού με τον ασθενή
- Ενημέρωση του ασθενούς για την πιθανότητα μείωσης της όρασης ύστερα από επέμβαση καταρράκτη και το ενδεχόμενο επανάκτησης. (III, GQ, SR)
- Διαμόρφωση μετεγχειρητικών σχεδίων και ενημέρωση του ασθενούς για αυτά
- Απάντηση στις ερωτήσεις του ασθενούς σχετικά με την επέμβαση, τη φροντίδα και το κόστος.
- Προεγχειρητικά, ο εργαστηριακός έλεγχος ρουτίνας σε συνδυασμό με το ιστορικό και τη φυσική εξέταση δεν ενδείκνυται. (I+, GQ, SR)

Αξιολόγηση Follow-up

- Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου θα πρέπει να επανεξετάζονται εντός 24 ωρών από την επέμβαση.
- Οι συνήθεις ασθενείς θα πρέπει να επανεξετάζονται εντός 48 ωρών από την επέμβαση.
- Η συχνότητα και ο χρόνος των επόμενων επισκέψεων εξαρτάται από τη διάθλαση, την οπτική λειτουργία και την ιατρική κατάσταση του οφθαλμού.
- Πιο συχνό follow-up είναι συνήθως απαραίτητο για ασθενείς υψηλού κινδύνου.
- Στα στοιχεία κάθε μετεγχειρητικής εξέτασης θα πρέπει να περιλαμβάνονται:
 - Ιστορικό στον ενδιάμεσο χρόνο, συμπεριλαμβανομένων νέων συμπτωμάτων και χρήση μετεγχειρητικών φαρμακευτικών αγωγών.
 - Αξιολόγηση λειτουργικότητας όρασης (οπτική οξύτητα, εξέταση λεπτής οπής).
 - Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσεως (IOP).
 - Εξέταση/μικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία.
 - Οι μετεγχειρητικές οδηγίες δίνονται στον ασθενή από τον εκάστοτε θεράποντα χειρουργό οφθαλμίατρο. (III, GQ, SR)

Καψουλοτομή YAG Laser

- Η θεραπεία ενδείκνυται όταν η όραση εμποδίζεται από οπίσθια θόλωση του φακού και δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες λειτουργικότητας του ασθενούς ή όταν εμποδίζει σε σημαντικό βαθμό την οπτική εξέταση του βυθού.
- Εκπαίδευση του ασθενούς για τα συμπτώματα της αποκόλλησης υαλώδους, ρωγμών και αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς και την ανάγκη για άμεση ιατρική εξέταση αν αντιληφθεί αυτά τα συμπτώματα.
- Η απόφαση για διενέργεια καψουλοτομής θα πρέπει να ληφθεί έχοντας λάβει υπόψη τα πλεονεκτήματα και τις πιθανές παρενέργειες της χρήσης laser. Η laser οπίσθια καψουλοτομή δε θα πρέπει να διενεργείται προληπτικά (πχ όταν το περιφάρκιο είναι διανυγές). Ο πρόσθιος θάλαμος θα πρέπει να είναι άνευ στοιχείων φλεγμονής και ο ενδοφακός σταθερός πριν από τη διενέργεια Nd:YAG laser καψουλοτομής (III, GQ, SR)

Βακτηριακή Κερατίτιδα (Αρχική Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης

- Οφθαλμικά συμπτώματα (π.χ. ένταση πόνου, ερυθήματος, εκκρίσεων, θαμπή όραση, φωτοφοβία, διάρκεια των συμπτωμάτων, συνθήκες κατά την εμφάνιση των συμπτωμάτων)
- Ιστορικό χρήσης φακών επαφής, (πρόγραμμα χρήσης, νυχτερινή χρήση, είδος φακών επαφής, διάλυμα φακών επαφής, πρωτόκολλο υγιεινής φακών επαφής, πλύσιμο των φακών με νερό βρύσης, κολύμπι, χρήση λουτρού ή ντους όταν φοράτε φακούς επαφής, τρόπο αγοράς, για παράδειγμα μέσω ίντερνετ, και καλλωπιστική χρήση φακών επαφής)
- Ανασκόπηση άλλου οφθαλμολογικού ιστορικού, συμπεριλαμβανομένων επικίνδυνων παραγόντων όπως κερατίτιδα από τον ιό του έρπητα, κερατίτιδα από τον ιό της ανεμευλογίας – ζωστήρα, προηγούμενη βακτηριακή κερατίτιδα, τραυματισμό, ξηροφθαλμία και προηγούμενη επέμβαση στους οφθαλμούς, συμπεριλαμβανομένης και της διαθλαστικής χειρουργικής
- Ανασκόπηση άλλων ιατρικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένης της κατάστασης του ανοσοποιητικού συστήματος, systemic medication, ή ιστορικό MRSA
- Τρέχουσες και πρόσφατα χρησιμοποιηθείσες φαρμακευτικές αγωγές
- Αλλεργίες σε φαρμακευτικές αγωγές

Αρχική Κλινική Εξέταση

- Οπτική οξύτητα
- Γενική εικόνα του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων δερματικών παθήσεων
- Εξέταση προσώπου
- Τοποθεσία βολβού
- Βλέφαρα και κλείσιμο βλεφάρων
- Επιπεφυκότας
- Ρινοδακρυϊκό δίκτυο
- Αίσθηση κερατοειδούς
- Βιομικροσκοπική ή σχισμοειδή λυχνία
 - Όρια βλεφάρων
 - Επιπεφυκότας
 - Σκληρός χιτώνας
 - Κερατοειδής χιτώνας
 - Πρόσθιος θάλαμος για βάθος και παρουσία φλεγμονής, συμπεριλαμβανομένων κυττάρων και ερυθήματος, υπόπυο, ινική, ύφαιμα
 - Πρόσθιο υαλώδες σώμα για ύπαρξη φλεγμονής
 - Ετερόπλευρος οφθαλμός για στοιχεία αιτιότητας καθώς και πιθανή παρόμοια υποκείμενη παθολογία

Διαγνωστικές Εξετάσεις

- Διαχείριση των περιστατικών με λοίμωξη της κοινότητας με εμπειρική θεραπεία, χωρίς τη λήψη δειγμάτων ή καλλιέργειες.
- Ενδείξεις για λήψεις δειγμάτων και καλλιέργειες:
 - Απειλητική για την όραση ή σοβαρή κερατίτιδα με υποψία μικροβιακού αιτίου προ της έναρξης θεραπείας. (III, IQ, SR)
 - Μεγάλη διήθηση του κερατοειδούς κεντρικά που εκτείνεται στο στρώμα έως τη μέση έως εν τω βάθει. (III, IQ, SR)

- Χρονίας φύσεως
- Που δεν ανταποκρίνεται σε θεραπεία με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος.
- Κλινικά στοιχεία που υποδεικνύουν κερατίτιδα από μύκητες, αμοιβάδες ή μυκοβακτηρίδια.
- Το υπόπυο που εμφανίζεται σε οφθαλμούς με βακτηριακή κερατίτιδα είναι συνήθως στείρο και δεν θα πρέπει να διεξάγονται αναρροφήσεις υδατώδους υγρού εκτός αν υπάρχει σημαντική υποψία μικροβιακής ενδοφθαλμίτιδας, πχ μετά από ενδοφθάλμια επέμβαση... ή σήψη.
- Ο αποξεδυμένος από τον κερατοειδή ιστός προς καλλιέργεια, θα πρέπει να τοποθετείται απευθείας εντός του κατάλληλου υλικού καλλιέργειας, ώστε να μεγιστοποιείται η απόδοση της καλλιέργειας. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, τα δείγματα θα πρέπει να τοποθετούνται εντός υλικού μεταφοράς. Σε οποιαδήποτε περίπτωση, οι καλλιέργειες θα πρέπει να τοποθετούνται αμέσως εντός του κλιβάνου ή να μεταφέρονται έγκαιρα στο εργαστήριο.

Διαχείριση και Φροντίδα

- Η τοπική χρήση αντιβιοτικών σταγόνων προτιμάται στις περισσότερες περιπτώσεις καθώς έχει ως αποτέλεσμα υψηλά επίπεδα ιστού
- Θεραπεία με φλουοροκινολόνη είναι εξίσου αποτελεσματική με συνδυαστική θεραπεία ενισχυμένων αντιβιοτικών (I+, GQ, SR). Δεν υπάρχει διαφορά στο βαθμό κερατοειδικής διαπερατότητας ανάμεσα στις τάξεις τοπικών αντιβιοτικών (I+, GQ, SR)
- Θεραπεία με κορτικοστεροειδή μπορεί να είναι επωφελής αλλά η βιβλιογραφία δεν έχει δείξει διαφορές στα κλινικά αποτελέσματα.
- Υποεπιπεφυκοτική έγχυση αντιβιοτικών μπορεί να βοηθήσει όπου υπάρχει επικείμενη προσβολή του σκληρού ή διάτρηση
- Για κεντρική ή σοβαρή κερατίτιδα (π.χ. εμπλοκή του στρώματος εν τω βάθει ή διήθηση μεγαλύτερη από 2 mm με υπερβολική εμπύηση), χρήση μίας δόσης εφόδου (π.χ. κάθε 5 έως 15 λεπτά για τα πρώτα 30 έως 60 λεπτά), ακολουθούμενες από συχνές εφαρμογές (π.χ. κάθε 1 ώρα). Σοβαρά περιστατικά θα πρέπει να παρακολουθούνται καθημερινά, τουλάχιστον μέχρι να σταθεροποιηθούν ή να δείξουν βελτίωση.
- Χρήση συστηματικής θεραπείας για τη γονοκοκκική κερατίτιδα. (III, IQ, DR)
- Για ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με οφθαλμικά τοπικά κορτικοστεροειδή κατά τη στιγμή της εμφάνισης της υποπευδόμενης βακτηριακής κερατίτιδας, μείωση ή διακοπή των κορτικοστεροειδών μέχρι να ελεγχθεί η λοίμωξη. (III, GQ, SR)
- Όταν η διήθηση του κερατοειδούς επηρεάζει τον οπτικό άξονα, μπορεί να γίνει προσθήκη θεραπείας με τοπικά κορτικοστεροειδή ακολουθώντας τουλάχιστον 2 έως 3 ημέρες σταδιακής βελτίωσης με θεραπεία με τοπικά αντιβιοτικά συνήθως μετά από αναγνώριση παθογόνων οργανισμών.
- Εξέταση ασθενών εντός 1 έως 2 ημερών μετά την έναρξη θεραπείας με τοπικά κορτικοστεροειδή και παρακολούθηση ενδοφθάλμιας πίεσης.
- Ενδείκνυται η προσαρμογή της αρχικής θεραπείας εάν δεν υπάρχει βελτίωση ή σταθεροποίηση μέσα σε 48 ώρες.

Βακτηριακή Κερατίτιδα (Συστάσεις Διαχείρισης)

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Ενημέρωση ασθενών που έχουν παράγοντες κινδύνου που τους δημιουργούν προδιάθεση για βακτηριακή κερατίτιδα για τον σχετικό τους κίνδυνο, τα σημεία και συμπτώματα λοίμωξης και να επισκεφθούν έγκαιρα έναν οφθαλμίατρο αν τους παρουσιαστούν τέτοια προειδοποιητικά σημεία και συμπτώματα
- Εκπαίδευση ασθενών για την καταστροφική φύση της βακτηριακής κερατίτιδας και την ανάγκη αυστηρής συμμόρφωσης με τη θεραπεία
- Συζήτηση σχετικά με την πιθανότητα μόνιμης απώλειας της όρασης και ανάγκη για μελλοντική αποκατάστασή της
- Εκπαίδευση ασθενών που χρησιμοποιούν φακούς επαφής σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης που συνδέεται με τους φακούς επαφής, τη χρήση τους στον ύπνο και τη σημασία συμμόρφωσης στις τεχνικές που προάγουν την υγιεινή των φακών επαφής
- Παραπομπή ασθενών με σημαντική δυσκολία στην όραση ή με τύφλωση, σε υπηρεσίες αποκατάστασης όρασης αν δεν είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση (βλ. www.aao.org/low-vision-and-vision-rehab)

Αντιβιοτική Θεραπεία της Βακτηριακής Κερατίτιδας

Μικροοργανισμός	Τοπικό Αντιβιοτικό	Υποεπιπεφυκοτική Συγκέντρωση	Δόση
Δεν αναγνωρίστηκε οργανισμός ή πολλαπλοί οργανισμοί	Κεφαζολίνη ή Βανκομυκίνη με	25-50 mg/ml	100 ή 25 mg σε 0.5 ml
	Τομπραμυκίνη ή γενταμυκίνη ή	9-14 mg/ml	20 mg σε 0.5 ml
	Φθοριοκινολόνες*	Διάφορες†	
Gram-θετικοί κόκκοι	Κεφαζολίνη	50 mg/ml	100 mg σε 0.5 ml
	Βανκομυκίνη‡	10-50 mg/ml	25 mg σε 0.5 ml
	Βακτριακίνη‡	10,000 IU	
	Φθοριοκινολόνες*	Διάφορες†	
Gram-αρνητικά Ραβδία	Τομπραμυκίνη ή γενταμυκίνη	9-14 mg/ml	20 mg σε 0.5 ml
	Κεφταζιντίμη	50 mg/ml	100 mg σε 0.5 ml
	Φθοριοκινολόνες*	Διάφορες†	
Gram-αρνητικοί κόκκοι§	Κεφτριαξόνη	50 mg/ml	100 mg σε 0.5 ml
	Κεφταζιντίμη	50 mg/ml	100 mg σε 0.5 ml
	Φθοριοκινολόνες	Διάφορες†	
Gram-θετικά Ραβδία (Μυκοβακτηρίδια μη-φυματικά)	Αμικασίνη	20-40 mg/ml	20 mg σε 0.5 ml
	Κλαριθρομυκίνη	10 mg/ml	
	Αζιθρομυκίνη//	10 mg/ml	
	Φθοριοκινολόνες	Διάφορες†	
Gram-θετικά Ραβδία (Nocardia)	Σουλφακεταμίδη	100 mg/ml	
	Αμικασίνη	20-40 mg/ml	20 mg σε 0.5 ml
	Τριμεθοπρίμη /		
	Σουλφαμεθοξάζολη:		
	Τριμεθοπρίμη	16 mg/ml	
	Σουλφαμεθοξάζολη	80 mg/ml	

Αναπροσαρμοσμένο με άδεια από την American Academy of Ophthalmology Basic and Clinical Science Course Subcommittee

*Λιγότεροι Gram-θετικοί κόκκοι εμφανίζουν αντίσταση στη gatifloxacin και moxifloxacin από ότι στις άλλες φθοριοκινολόνες

† Besifloxacin 6 mg/ml, ciprofloxacin 3 mg/ml, gatifloxacin 3 mg/ml, levofloxacin 15mg/ml, moxifloxacin 5 mg/ml, ofloxacin 3 mg/ml, όλες εμπορικά διαθέσιμες σε αυτές τις συγκεντρώσεις

‡ Για ανθεκτικά στελέχη *Enterococcus* και *Staphylococcus* και αλλεργία στην πενικιλίνη. Η βανκομυκίνη και η βακτριακίνη δεν έχουν δράση σε gram-αρνητικά και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως μονοθεραπεία στην εμπειρική θεραπεία της βακτηριακής κερατίτιδας.

§ Η συστηματική θεραπεία είναι απαραίτητη όταν υπάρχει υποψία για γονοκοκκικές λοιμώξεις.

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

Βλεφαρίτιδα (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης

- Οφθαλμολογικά συμπτώματα και σημεία (π.χ. ερυθρή, ερεθισμός, κώνιο, δάκρυα, κνησμός, εφελκίδα των βλεφάρων, κόλλημα των βλεφάρων, θόλωση ή διακύμανση της όρασης, έλλειψη ανοχής στους φακούς επαφής, φωτοφοβία, αυξημένη συχνότητα πεταρίσματος των βλεφάρων, κριθή)
- Ώρα της ημέρας που επιδεινώνονται τα συμπτώματα
- Διάρκεια συμπτωμάτων
- Μονόπλευρη ή αμφίπλευρη εκδήλωση
- Επιβαρυντικές συνθήκες (π.χ. καπνός, αλλεργιογόνα, άνεμος, φακοί επαφής, χαμηλή υγρασία, ρετινοειδή προϊόντα, διατροφή και κατανάλωση αλκοόλ, μακιγιάζ ματιών)
- Συμπτώματα που συνδέονται με συστηματικές νόσους (π.χ. ροδόχρους ακμή, αλλεργία, ατοπία, ψωρίαση και GVDH)
- Τρέχουσες και προηγούμενες συστηματικές και τοπικές φαρμακευτικές αγωγές [π.χ. αντιισταμινικά ή φάρμακα με αντιχολινεργικές επιδράσεις, ή φάρμακα που χρησιμοποιούσε στο παρελθόν και μπορεί να είχαν κάποια επίδραση στην επιφάνεια του οφθαλμού (π.χ. ισотреτινοΐνη)]
- Πρόσφατη έκθεση σε άτομο που νοσούσε [π.χ. φθειρίαση του εφηβαίου (*pediculosis palpebrarum*)]
- Οφθαλμολογικό ιστορικό (π.χ. προηγούμενα χειρουργικά επέμβαση στο εσωτερικό του οφθαλμού ή στο βλέφαρο, τοπικός τραυματισμός, συμπεριλαμβανομένου τραυματισμού μηχανικού, θερμικού, χημικού και από ακτινοβολία, ιστορικό κοσμητικής βλεφαροπλαστικής, ιστορικό κριθής και χαλάζιου) (III, GQ, SR)

Αρχική Κλινική Εξέταση

- Οπτική οξύτητα
- Εξωτερική εξέταση
 - Δέρμα
 - Βλέφαρα
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία
 - Δακρυϊκή στοιβάδα
 - Πρόσθια όρια βλεφάρου
 - Βλεφαρίδες
 - Οπίσθια όρια βλεφάρου
 - Ταρσικός επιπεφυκότας, (αναστροφή βλεφάρων)
 - Βολβικός επιπεφυκότας
 - Κερατοειδής

Διαγνωστικές Εξετάσεις

- Μπορεί να ενδείκνυται καλλιέργειες σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενη πρόσθια βλεφαρίτιδα με σοβαρή φλεγμονή καθώς και σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία.
- Βιοψία του βλεφάρου για αποκλεισμό της πιθανότητας ύπαρξης καρκινώματος μπορεί να ενδείκνυται σε περιπτώσεις έντονης ασυμμετρίας, αντίσταση στη θεραπεία ή μονόπλευρη επαναλαμβανόμενη εμφάνιση χαλαζίων που δεν ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία.
- Συνεννόηση με τον παθολογοανατόμο προ της λήψης βιοψίας αν υπάρχει υποψία καρκινώματος σημηματογόνων αδένων.

Διαχείριση και Φροντίδα

- Θεραπεία των ασθενών με βλεφαρίτιδα αρχικά με ένα συνδυασμό ζεστών κομπρεσών και υγιεινής των βλεφάρων.
- Μπορεί να συνταγογραφηθεί ένα τοπικό αντιβιοτικό όπως η βακτριακίνη ή η ερυθρομυκίνη, με εφαρμογή στα βλέφαρα μία ή περισσότερες φορές την ημέρα ή κατά την κατάκλιση, για μία ή περισσότερες εβδομάδες.
- Για ασθενείς με δυσλειτουργία του μείμωμανού αδένου, των οποίων τα χρόνια συμπτώματα και σημεία δεν ελέγχονται επαρκώς με την υγιεινή των βλεφάρων, μπορούν να συνταγογραφηθούν από του στόματος τετρακυκλίνες και τοπικά αντιβιοτικά.
- Τοπικό αζελαϊκό οξύ, τοπική ιβερμεκτίνη, μπριμονιδίνη, δοξκυκλίνη και ισотреτινοΐνη αποτελούν αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με συστηματική ροδόχρους ακμή. (I+, GQ, SR)
- Μία σύντομη θεραπεία με τοπικά κορτικοστεροειδή μπορεί να βοηθήσει στη φλεγμονή των βλεφάρων ή της επιφάνειας του οφθαλμού (μόλυνση επιπεφυκότα, περιφερική κερατίτιδα, φλόκταινα). Θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί η ελάχιστη αποτελεσματική δόση κορτικοστεροειδούς και, αν είναι δυνατό, να αποφεύγεται η μακροχρόνια θεραπεία με κορτικοστεροειδή.
- Θα πρέπει να υποπτευθούμε όγκο βλεφάρου σε ασθενείς με άτυπη φλεγμονή ή αλλοίωση του βλεφαρικού χείλους η οποία δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή και αυτοί οι ασθενείς θα πρέπει να επαναξιολογηθούν με μεγάλη προσοχή.

Αξιολόγηση Follow-up

- Οι επισκέψεις Follow-up θα πρέπει να περιλαμβάνουν:
 - Λήψη ενδιάμεσου ιστορικού
 - Μέτρηση οπτικής οξύτητας
 - Εξωτερική εξέταση
 - Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία
- Αν συνταγογραφηθεί θεραπεία με κορτικοστεροειδή, επανεκτίμηση του ασθενούς εντός λίγων εβδομάδων λίγων εβδομάδων για να καθοριστεί η ανταπόκριση στη θεραπεία, μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης και εκτίμηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τη χρονιότητα και την επανεμφανιζόμενη φύση της νόσου.
- Ενημέρωση των ασθενών ότι τα συμπτώματα συχνά μπορούν να βελτιωθούν αλλά σπάνια εξαλείφονται.
- Ασθενείς με μία φλεγμονώδη βλάβη στο βλέφαρο που φαίνεται ύποπτη για κακοήθεια θα πρέπει να παραπέμπονται στην κατάλληλη ειδικότητα.

Επιπεφυκίτιδα (Αρχική Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης

- Οφθαλμολογικά συμπτώματα και σημεία (π.χ. κνησμός, εκκρίσεις, ερεθισμός, πόνος, φωτοφοβία, θολή όραση)
- Διάρκεια συμπτωμάτων και χρονική πορεία
- Επιβαρυντικοί παράγοντες
- Μονόπλευρη ή αμφίπλευρη παρουσίαση
- Είδος εκκρίσεων
- Πρόσφατη έκθεση σε άτομο που νοσούσε
- Τραυματισμός (μηχανικός, χημικός, υπερϊώδης ακτινοβολία)
- Πρόσφατες επεμβάσεις
- Τρίγυμο ματιών για απομάκρυνση βλέννας και κατά συνέπεια μηχανικός ερεθισμός
- Χρήση φακών επαφής (είδος φακού, υγιεινή και τρόπος χρήσης)
- Συμπτώματα και σημεία που πιθανά συνδέονται με συστηματικές νόσους (π.χ. εκκρίσεις από το γεννητικό-ουροποιητικό, δυσουρία, δυσφαγία, λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού, βλάβες δέρματος και βλεννογόνων)
- Αλλεργία, άσθμα, έκζεμα
- Χρήση τοπικών και συστηματικών φαρμακευτικών θεραπειών
- Οφθαλμολογικό ιστορικό (π.χ. προηγούμενα επεισόδια επιπεφυκίτιδας και προηγούμενες οφθαλμολογικές επεμβάσεις)
- Αδύναμο ανοσοποιητικό (HIV, χημειοθεραπεία, ανοσοκατασταλτικά)
- Τρέχουσες και προηγούμενες συστηματικές νόσοι (ατοπία, SJS/TEN, καρκίνωμα, λευχαιμία, ανεμοβλογιά, GVHD)
- Κοινωνικό ιστορικό (π.χ. κάπνισμα, εργασία και χόμπι, ταξίδια και σεξουαλική δραστηριότητα, ναρκωτικά, άθληση, διαίτα)

Αρχική Κλινική Εξέταση

- Οπτική οξύτητα
- Εξωτερική εξέταση
 - Τοπική λεμφαδενοπάθεια, ιδιαίτερα προωτιαία
 - Δέρμα (σημεία ροδόχρου νόσου, εκζέματος, σημηματόρροιας)
 - Ανωμαλίες των βλεφάρων και εξαρτημάτων (οίδημα, αποχρωματισμός, λανθασμένη θέση, χαλάρωση, εξέλκωση, οζίδια, εκχύμωση, νεοπλασία, ερυθρότητα, πτώση βλεφαρίδων)
 - Κόγχι (σφριγγιλότητα, ασυμμετρία)
 - Επιπεφυκότας (μοτίβο έγχυσης, υπό-επιπεφυκοτική αιμορραγία, χύμωση, ουλώδεις αλλαγές, συμβλέφαρο, μορφώματα, εκκρίσεις)
- Βιομικροσκοπηση με σχισμοειδή λυχνία
 - Όρια βλεφάρων (φλεγμονή, εξέλκωση, υπερμελάγχρωση, δυσλειτουργία μείπομανού αδένου, εκκρίσεις, οζίδια ή κυστίδια, αιματηρά συγκρίματα, κερατινοποίηση)
 - Βλεφαρίδες (απόλεια βλεφάρων, εφελκίδα, σημηματορροϊκή δερματίτιδα, ξηροδερμία, φθείρες, τριχίαση, ακάρεια)
 - Δακρυϊκή αποχετευτική μοίρα και σωληνάριο (εκκρίσεις, οίδημα)
 - Ταρσικός επιπεφυκότας και κόλπωμα (culdesac)
 - Βολβικός επιπεφυκότας/πρόσθιος θάλαμος (θυλάκια, οίδημα, οζίδια, χύμωση, χαλαρότητα, θηλές, εξέλκωση, ουλές, φλύκταινες, αιμορραγία, ξένα σώματα, κερατινοποίηση)
 - Κερατοειδής
 - Πρόσθιος θάλαμος / ίριδα (φλεγμονώδης αντίδραση, συνέχειες, ελαττωματική διαφανοσκόπηση)
 - Διασπορά χρωστικής (επιπεφυκότας και κερατοειδής)

Διαγνωστικές Εξετάσεις

- Καλλιέργειες, δείγματα για κυτταρολογικές εξετάσεις και ειδικές χρώσεις ενδείκνυνται σε περιστατικά όπου υπάρχει υποψία μεταδοτικής νεογνικής επιπεφυκίτιδας.
- Δείγματα για κυτταρολογικές εξετάσεις και ειδικές χρώσεις συστήνονται σε περιστατικά όπου υπάρχει υποψία γονοκοκκικής επιπεφυκίτιδας, χρόνια ή υποτροπιάζουσα επιπεφυκίτιδα σε κάθε ηλικιακή ομάδα.
- Επιβεβαίωση διάγνωσης ενήλικης και νεογνικής γλαυδικής επιπεφυκίτιδας με ανοσοδιαγνωστικές εξετάσεις και/ή καλλιέργεια.
- Βιοψία του βολβικού επιπεφυκότα και λήψη δείγματος από μία μη προσβεβλημένη περιοχή δίπλα από τον πρόσθιο θάλαμο σε έναν οφθαλμό με ενεργή φλεγμονή όταν υπάρχει υποψία πεμφιγοειδούς των οφθαλμικών βλεννογόνων
- Μία βιοψία βλεφάρου πλήρους πάχους ενδείκνυται σε περιστατικά όπου υπάρχει υποψία σημηματοειδούς καρκινώματος
- Εξετάσεις θυρεοειδικής λειτουργίας ενδείκνυνται για ασθενείς με SLK οι οποίοι δεν είναι γνωστό ότι πάσχουν από θυρεοειδική νόσο.

Επιπεφυκίτιδα (Συστάσεις Διαχείρισης)

Διαχείριση και Φροντίδα

- Οι περισσότερες περιπτώσεις επιπεφυκίτιδας σε ενήλικο πληθυσμό είναι ιογενείς και αυτοπεριοριζόμενες και δεν απαιτούν αντιμικροβιακή θεραπεία. Δεν υπάρχει αποδεδειγμένη θεραπεία για την ιογενή μόλυνση. Τεχνητά δάκρυα, τοπικά αντιισταμινικά, τοπικά στεροειδή, αναλγητικά ή κρύες κομπρέσες μπορούν να περιορίσουν τα συμπτώματα. Αποφυγή της αδιάκριτης χρήσης τοπικών αντιβιοτικών ή κορτικοστεροειδών γιατί τα αντιβιοτικά μπορούν να προκαλέσουν τοξικότητα και τα κορτικοστεροειδή μπορούν ενδεχομένως να παρατείνουν λοιμώξεις από αδενοϊούς και να επιδεινώσουν λοιμώξεις από ερπητοϊούς
- Ανοσοθεραπεία ειδική για αλλεργιογόνα είναι επωφελής για τον περιορισμό της αλλεργικής επιπεφυκίτιδας, κυρίως στα παιδιά. (I+, GQ, SR)
- Θεραπεία της ήπιας αλλεργικής επιπεφυκίτιδας με μη-συνταγογραφούμενο αντιισταμινικό / αγγειοσυσταλτικό ή δεύτερης γενιάς τοπικούς ανταγωνιστές των H1-υποδοχέων της ισταμίνης. (I+, GQ, SR) Αν η πάθηση επανεμφανίζεται συχνά ή επιμένει, χρήση σταθεροποιητών μαστοκυττάρων. (I++, GQ, SR)
- Η θεραπεία εαρινής/ατοπικής επιπεφυκίτιδας περιλαμβάνει αλλαγές στο περιβάλλον και χρήση κρύων κομπρεσών και οφθαλμικών λιπαντικών. Για οξείες εξάρσεις χρειάζονται τοπικά κορτικοστεροειδή. Τοπική κυκλοσπορίνη είναι αποτελεσματική σε σοβαρά περιστατικά (I+, GQ, SR)
- Για κερατοεπιπεφυκίτιδα που σχετίζεται με φακούς επαφής, διακοπή της χρήσης φακών επαφής για 2 ή περισσότερες εβδομάδες.
- Για σοβαρά περιστατικά υπάρχει και η επιλογή με τοπική κυκλοσπορίνη ή τακρόλιμους (I+, GQ, SR)
- Χρήση συστηματικής αντιβιοτικής θεραπείας για επιπεφυκίτιδα που οφείλεται σε *Neisseria gonorrhoeae*^[A-1] ή *Chlamydia trachomatis*.
- Θεραπεία και των σεξουαλικών συντρόφων για ελαχιστοποίηση του κινδύνου επανεμφάνισης και διασποράς της νόσου όταν η επιπεφυκίτιδα συνδέεται με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και παραπομπή των ασθενών και των σεξουαλικών τους συντρόφων σε ιατρό της κατάλληλης ειδικότητας.
- Παραπομπή ασθενών με εκδήλωση συστηματικής νόσου σε ιατρό της κατάλληλης ειδικότητας.

Αξιολόγηση Follow-up

- Οι επισκέψεις Follow-up θα πρέπει να περιλαμβάνουν:
 - Ιστορικό κατά το ενδιάμεσο διάστημα
 - Οπτική οξύτητα
 - Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία
- Αν γίνεται χρήση κορτικοστεροειδών, διενέργεια περιοδικών μετρήσεων ενδοφθάλμιας πίεσης και διαστολή της κόρης για εξέταση για καταρράκτη και γλαύκωμα

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Συμβουλές προς τους ασθενείς που πάσχουν από μεταδοτικά στελέχη να ελαχιστοποιήσουν ή να εφαρμόσουν μέτρα πρόληψης της διασποράς νόσων στην κοινότητα (πχ να μην έρθουν σε επαφή με άλλους για 10-14 ημέρες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων)
- Ενημέρωση των ασθενών που πιθανό να χρειαστούν επαναλαμβανόμενη σύντομη θεραπεία με τοπικά κορτικοστεροειδή για τις πιθανές επιπλοκές που οφείλονται στη χρήση κορτικοστεροειδών.
- Συστάσεις προς τους ασθενείς με αλλεργική επιπεφυκίτιδα ότι το συχνό πλύσιμο των ρούχων και το μάνιο/ντους πριν τον ύπνο μπορεί να βοηθήσει

Εκτασία Κερατοειδούς (Αρχική Αξιολόγηση και Follow-up)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης

- Έναρξη νόσου και πορεία νόσου
- Εξασθενημένη όραση
- Οφθαλμολογικό, ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό

Αρχική Κλινική Εξέταση

- Αξιολόγηση οπτικής λειτουργίας
- Εξωτερική εξέταση
 - Βλέφαρα και περικογχικό δέρμα
- Βιομικροσκόπηση με σχισμοειδή λυχνία
 - Παρουσία, έκταση και θέση της μείωσης του πάχους ή της προεξοχής του κερατοειδούς
 - Ενδείξεις προηγηθείσας οφθαλμολογικής χειρουργικής επέμβασης
 - Παρουσία γραμμών Vogt, προεξέχοντα νεύρα κερατοειδούς, δακτύλιος Fleischer, ή άλλη εναπόθεση σιδήρου
 - Στοιχεία ουλοποίησης κερατοειδούς ή προηγηθείς ύδρωπα και παρουσία προεξέχοντων νεύρων κερατοειδούς
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης
- Εξέταση βυθού: αξιολόγηση κόκκινου αντανακλαστικού σε σκοτεινή περιοχή και του αμφιβληστροειδούς για tapetoretinal εκφυλίσεις

Διαγνωστικές Εξετάσεις

- Κερατομετρία
- Τοπογραφία και Τομογραφία κερατοειδούς
 - Τοπογραφικός χάρτης ισχύος
 - Τοπογραφικός χάρτης ανυψώσεων
- Οπτική Τομογραφία Συνοχής (OCT)

Διαχείριση και Φροντίδα

- Η θεραπεία εξατομικεύεται για κάθε ασθενή, ανάλογα με την εξασθένηση της όρασης και τις θεραπευτικές επιλογές.
- Η όραση μπορεί να διορθωθεί με γυαλιά, αλλά μπορεί να απαιτηθεί η χρήση φακών επαφής καθώς ο κερατόκωνος εξελίσσεται ώστε να μειωθεί η παραμόρφωση της όρασης
- Σκληροί αεροδιαπερατοί φακοί επαφής κερατοειδούς μπορεί να «κρύψουν» τις ανωμαλίες του κερατοειδούς. Οι νέοι υβριδικοί φακοί επαφής παρέχουν υψηλότερη διαπερατότητα οξυγόνου και μεγαλύτερη ισχύ της σύνδεσης RGP/υδρογέλης. Οι φακοί επαφής riggyback μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις ουλοποίησης κερατοειδούς ή απόκεντρων κόνων για να περιοριστεί η επιθηλιακή φθορά. Οι φακοί σκληρού χιτώνα μπορεί να έχουν ένδειξη επί αποτυχίας των RGP και/ή των υβριδικών φακών επαφής.
- Η εμφύτευση ενδοστρωματικών δακτυλίων μπορεί να βελτιώσει την ανοχή των φακών επαφής και την καλύτερα διορθωμένη οπτική οξύτητα για ασθενείς με εκτασία κερατοειδούς, καθαρό κερατοειδή και έλλειψη ανοχής φακών επαφής.

- Η διασύνδεση κερατοειδή (CXL Cross-Linking) έχει αποδεδειγμένη μακροπρόθεσμη ασφάλεια και σταθερότητα για ασθενείς με κερατόκωνο σε αρχικά στάδια για να σταματήσει ή να επιβραδύνει την εξέλιξή του.
- Η πεταλοειδής κερατοπλαστική με χρήση τεχνικών DALK μπορεί να ληφθεί υπόψη για εξελισσόμενο κερατόκωνο χωρίς σημαντική ουλοποίηση ή ύδρωπα. Η πεταλοειδής κερατοπλαστική σε σχήμα ημισελήνου αποτελεί μία επιλογή όταν η μέγιστη λέπτυνση εντοπίζεται στην περιφέρεια του κερατοειδούς.
- Η διαμετρής κερατοπλαστική ενδείκνυται όταν ένας ασθενής δεν μπορεί πλέον να επιτύχει λειτουργική όραση με γυαλιά ή φακούς επαφής ή όταν εμφανίζεται επίμονο οίδημα κερατοειδούς κατόπιν ύδρωπα. Η κερατοπλαστική απογύμνωσης της μεμβράνης Descemet δεν μπορεί να διορθώσει την εκτατική διαταραχή.
- Η διαμετρής κερατοπλαστική προτιμάται έναντι της DALK σε περιπτώσεις βαθιάς στρωματικής ουλοποίησης. Δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα ώστε να είναι σαφές ποια από τις δύο μεθόδους επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα. (I+, GQ, DR)
- Ένα πεταλοειδές μόσχευμα μπορεί να γίνει για δομική υποστήριξη όταν η εκτασία εμφανίζεται στην άκρα περιφέρεια του κερατοειδούς σε συνδυασμό με PK για βελτίωση της όρασης.

Αξιολόγηση Follow-up

- Ενδιάμεσο ιστορικό
 - Οπτική Οξύτητα
 - Εξωτερική Εξέταση
 - Βιομικροσκοπία στη λυχνία
 - Έλεγχος κερατοειδικής επιφάνειας και πάχους με τομογραφία και τοπογραφία
 - Μέτρηση πάχους κερατοειδή
 - Με το CXL ενδείκνυται συχνότερες follow-up επισκέψεις (3-6 μήνες)
- ### Συμβουλευτική και Παραπομπή
- Να αποφεύγεται το τρίψιμο των ματιών
 - Να συζητηθούν εκτενώς τα οφέλη και οι πιθανοί κίνδυνοι του CXL σε ασθενείς με εξέλιξη του κερατόκωνου ή σε όσους χάνουν όραση σταδιακά.
 - Ασθενείς που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση κερατοειδή θα πρέπει να ενημερώνονται για τα σημάδια πιθανής απόρριψης του μοσχεύματος ώστε να αναζητήσουν άμεσα ιατρική βοήθεια εάν παρατηρήσουν σχετική συμπτωματολογία. Ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να έχει υπόψη του τα αποτελέσματα των εξετάσεων στη λυχνία σχετικά με την απόρριψη (επιθήλιο, στρώμα, ενδοθήλιο)

Οίδημα και Θόλωση Κερατοειδούς (Αρχική Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης

- Συμπτώματα: θαμπή ή διακυμαινόμενη όραση συχνά καθόλη τη διάρκεια της ημέρας, φωτοφοβία, ερυθρότητα, δακρύρροια, διαλείπουσα αίσθηση ξένου σώματος, πόνος (έντονος μη ανεκτός που εμποδίζει τις καθημερινές δραστηριότητες)
- Πρόσφατη οφθαλμολογική επέμβαση
- Ηλικία έναρξης
- Ταχύτητα έναρξης
- Επιμονή
- Μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη εντόπιση
- Παράγοντες διαφοροποίησης, όπως βελτίωση όρασης που σχετίζεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες
- Προηγούμενο οφθαλμολογικό και ιατρικό ιστορικό και επεμβάσεις
- Τοπικές και συστηματικές φαρμακευτικές αγωγές
- Τραυματισμός (αμβλύ ή διαττραίνον τραύμα στον οφθαλμό ή στην περιοφθαλμική περιοχή, τοκετός με τη βοήθεια εμβρουολκού, χημικό τραύμα κτλ)
- Χρήση φακών επαφής (συχνότητα, είδος φακών, χρόνος χρήσης, καθαρισμός)
- Οικογενειακό και κοινωνικό ιστορικό

Αρχική Κλινική Εξέταση

- Αξιολόγηση οπτικής λειτουργίας
 - Σύγκριση μέτρησης οπτικής οξύτητας και λειτουργικής όρασης
 - Glare Test
- Εξωτερική εξέταση
 - Στοιχεία πρόπτωσης, πτώσης, λαγόφθαλμος ή σύνδρομο χαλαρού βλεφάρου
 - Ασυμμετρία βλεφάρων ή προσώπου, ουλοποίηση και δυσλειτουργία
 - Κορικά αντανακλαστικά, διάμετρος κερατοειδούς, αξιολόγηση ξηροφθαλμίας
- Βιομικροσκόπηση στη σχισμοειδή λυχνία (III, IQ, DR)
 - Μονόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα σημεία
 - Διάχυτο ή εντοπισμένο οίδημα
 - Κυρίως επιθηλιακό οίδημα ή οίδημα στρώματος
 - Στοιχεία κατάρρευσης επιθηλίου, στρωματική διήθηση, εσωτερική ανάπτυξη επιθηλίου, γραμμές, εστιακή πάχυνση, λέπτυνση, ουλοποίηση, θόλωση διασύνδεσης, γραμμές ή φλεγμονή ή στρωματική αγγείωση ή εναποθέσεις
 - Στοιχεία αποφύσεων σε σχήμα δροσοσταλίδας, ρωγμή ή αποκόλληση της μεμβράνης Descemet, ενδοθηλιακά κυστίδια, ιζήματα κερατοειδούς (KP), pigment peripheral anterior synechiae
 - Εμπλοκή του ιστού του δότη ή του λήπτη
 - Στοιχεία τμηματικού οιδήματος κερατοειδούς και δέσμη ιζημάτων κερατοειδούς, ή αντίδραση πρόσθιου θαλάμου
 - Κατάσταση, σχήμα και θέση της κόρης και της ίριδας
 - Κατάσταση και θέση του κρυσταλλοειδούς φακού ή του ενδοφακού ή άλλων ενθεμάτων
 - Στοιχεία προηγούμενων διαθλαστικών επεμβάσεων
 - Θεραπευμένα ή πρόσφατα κερατοειδοσκληρικά τραύματα, περιοχές λέπτυνσης σκληρού από προηγούμενες επεμβάσεις, χειρουργικά ενθέματα
- Μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης
- Εξέταση βυθού
- Γωνιοσκόπηση

Διαγνωστικές Εξετάσεις

- Μέτρηση Οπτικής Οξύτητας (PAM)
- Σκληρικοί φακοί επαφής με επιδιάθλαση
- Παχυμετρία
- Τοπογραφία
- Φασματική μικροσκοπία
- Συνεστιακή Μικροσκοπία
- Τομογραφία οπτικής συνοχής πρόσθιου θαλάμου
- Βιομικροσκόπηση με υπερήχους

Οίδημα και Θόλωση Κερατοειδούς (Συστάσεις Διαχείρισης)

Διαχείριση και Φροντίδα

- Ο θεραπευτικός στόχος είναι να ελεγχθεί η αιτία του οιδήματος ή της θόλωσης του κερατοειδούς και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του ασθενούς μέσω της βελτίωσης της οπτικής του οξύτητας και της άνεσής του
- Η θεραπεία στις περισσότερες περιπτώσεις ξεκινά με φαρμακευτική διαχείριση, αλλά μπορεί τελικά να απαιτηθεί χειρουργική επέμβαση
- Οίδημα κερατοειδούς: ιατρική διαχείριση
 - Η μείωση αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης είναι βοηθητική
 - Οι τοπικοί αναστολείς της καρβονικής ανυδράσης δεν θα πρέπει να είναι η πρώτη γραμμή θεραπείας όταν υπάρχει υποψία ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας
 - Τα τοπικά κορτικοστεροειδή μπορούν να ελέγξουν τη φλεγμονή μετά τον αποκλεισμό ή τον περιορισμό της λοίμωξης
 - Η μικροκυστική ή φυσαλιδώδης κερατοπάθεια μπορεί να προκαλέσει δυσφορία ή πόνο που να κάνει αναγκαία την τοποθέτηση φακού-επιδέσμου. Αυτοί είναι υψηλής περιεκτικότητας σε οξυγόνο και με υψηλές σταθερές μεταβίβασης οξυγόνου και γ'αυτό επιφέρουν καλύτερα αποτελέσματα.
 - Υποστηρικτική θεραπευτική αγωγή είναι απαραίτητη για να μειώσει φλεγμονή και/ή πόνο σε οξύ ύδρωπα.
- Οίδημα κερατοειδούς: χειρουργική διαχείριση
 - Ασθενείς με οίδημα κερατοειδούς και επίμονη δυσφορία, αλλά με περιορισμένο ή καθόλου δυναμικό όρασης, γενικά αποτελούν καλύτερους υποψηφίους για τις ακόλουθες διαδικασίες:
 - ο Επιπεφυκοτικός κρημνός
 - ο Τοποθέτηση αμνιακής μεμβράνης
 - ο Επουλωτικές επεμβάσεις
 - ο Μεταμόσχευση κερατοειδούς
 - ο Ενδοθηλιακή κερατοπλαστική
 - Κερατεκτομές και κερατοπλαστικές σε ασθενείς με εμμένον οίδημα.
- Θόλωση κερατοειδούς: ιατρική διαχείριση
 - Η θεραπεία της θόλωσης κερατοειδούς μπορεί να διαιεθεί σε δύο φάσεις: α) διαχείριση της κύριας διαδικασίας έναρξης (π.χ. λοίμωξη, τραυματισμός) και β) διαχείριση των προκαλούμενων προβλημάτων (π.χ. διαβρώσεις επιφανείας και ανωμαλίες, ουλοποίηση, λέπτυνση και αγγείωση)
 - Η συμβατική θεραπεία περιλαμβάνει μία σταγόνα αντιβιοτικού ή αλοιφή για προστασία από δευτεροπαθή βακτηριακή λοίμωξη
 - Προσωρινή ταρσοραφή με βοτουλινική τοξίνη ή ράμματα μπορεί να βοηθήσουν όταν υπάρχει ανεπαρκές ανοιγοκλείσιμο των ματιών ή κλείσιμο των βλεφάρων
 - Θεραπευτικός φακός επαφής ή αμνιωτική μεμβράνη μπορεί να είναι χρήσιμοι σε περιπτώσεις καθυστερημένης επούλωσης
 - Η πιεστική επίδεση ήταν η συνήθης πρακτική αντιμετώπισης αλλά μια πρόσφατη έρευνα απέδειξε ότι δεν επιφέρει ανακούφιση ή ταχύτητα επούλωσης (I+, GQ, DR)
 - Σταδιακή λέπτυνση του κερατοειδή ή μικρή διάτρηση συνήθως απαιτείδομική στήριξη με ιστική κόλλα.
 - Τοπικά κορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται συχνά για τη μείωση της ενδοφθάλμιας και κερατοειδικής φλεγμονής. Η ενδοφθάλμια πίεση και ο σχηματισμός καταράκτη θα πρέπει να παρακολουθούνται όταν γίνεται μακροχρόνια χρήση κορτικοστεροειδών

- Ένας σκληρός αεροδιαπερατός φακός – ή υβριδικός φακός ή σκληρικός φακός όταν απαιτείται μεγαλύτερη σταθερότητα – συχνά θα βελτιώσει την όραση όταν αποτελεί παράγοντα η ανωμαλία της επιφανείας. Τέτοιοι φακοί μπορεί να προλάβουν την ανάγκη για περισσότερο επεμβατικές διαδικασίες.
- Θόλωση κερατοειδούς: χειρουργική διαχείριση
 - Η χειρουργική στρατηγική για τη διαχείριση της θόλωσης του κερατοειδούς εξαρτάται από τις στοιβάδες ιστού που εμπλέκονται:
 - ο Επιφανειακή κερατεκτομή για επιφανειακές εναποθέσεις
 - ο Τμηματική κερατοπλαστική για βαθύτερες εναποθέσεις
 - ο Διαμπερής κερατοπλαστική για ακόμη βαθύτερες ενδοκερατοειδικές εναποθέσεις
 - ο Αιθυλενοδιαμινοτετραοξικό οξύ (EDTA) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την απομάκρυνση της αποτιτανωμένης ταινίας της κερατοπάθειας (III, IQ, DR)

Αξιολόγηση Follow-up

- Στη διαχείριση του οιδήματος κερατοειδούς, είναι απαραίτητο το follow-up για παρακολούθηση ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας
- Στη διαχείριση της θόλωσης κερατοειδούς, είναι αναγκαίο το follow-up για παρακολούθηση της διαύγειας του κερατοειδούς και της ανωμαλίας της επιφανείας
- Συνυπάρχοντα προβλήματα, ιδιαίτερος ενδοφθάλμια φλεγμονή και ενδοφθάλμια πίεση, χρειάζονται τακτική επαναξιολόγηση.

Συμβουλευτική και Παραπομπή

- Ρεαλιστικές προσδοκίες ως προς την όραση που θα διατηρηθεί ή θα ανακτηθεί καθώς και λεπτομερής συζήτηση για τους πιθανούς κινδύνους
- Είναι σημαντικό να γίνει λεπτομερής συζήτηση των αιτιών του οιδήματος και της θόλωσης καθώς και των διάφορων θεραπευτικών επιλογών.
- Όταν η πορεία ή η διαχείριση της νόσου είναι πολύπλοκη, θα πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια ενημέρωσης του ασθενούς σχετικά με αυτές τις προκλήσεις ώστε να υπάρχουν οι κατάλληλες αναμονές και να λαμβάνονται ενήμερες αποφάσεις.
- Αν το οικογενειακό ιστορικό και τα κλινικά ευρήματα δεν αρκούν για την πλήρη διάγνωση και αντιμετώπιση του περιστατικού, υπάρχει ειδικό τεστ για Δυστροφία Avellino.

Σύνδρομο Ξηροφθαλμίας (Αρχική Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης

- Οφθαλμολογικά συμπτώματα και σημεία (π.χ. ερεθισμός, δάκρυα, κάψιμο, τσουξίμο, αίσθημα ξηρότητας ή ξένου σώματος, ελαφρύ αίσθημα κνησμού, φωτοφοβία, θαμπή όραση, έλλειψη ανοχής στους φακούς επαφής, ερύθημα, εκκρίσεις των βλεννογόνων, αυξημένη συχνότητα πεταρίσματος των βλεφάρων, κόπωση οφθαλμών, εναλλαγές κατά τη διάρκεια της ημέρας, επιβάρυνση συμπτωμάτων κατά τις βραδινές ώρες)
- Επιβαρυντικές συνθήκες (π.χ. αέρας, αεροπορικά ταξίδια, μειωμένη υγρασία, εκτεταμένες δραστηριότητες σχετιζόμενες με μειωμένο ρυθμό πεταρίσματος, όπως το διάβασμα και η χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή)
- Διάρκεια συμπτωμάτων
- Οφθαλμολογικό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένων:
 - Τοπικές φαρμακευτικές θεραπείες που έχουν χρησιμοποιηθεί και η δράση τους στα συμπτώματα (π.χ. τεχνητά δάκρυα, κολλύριο, αντιϊικά, αντισταμινικά, φαρμακευτική αγωγή για το γλαύκωμα, αγγειοσυσταλτικά, κορτικοστεροειδή, ομοιοπαθητικά ή φυτικά σκευάσματα)
 - Χρήση φακών επαφής, πρόγραμμα και φροντίδα
 - Αλλεργική επιπεφυκίτιδα
 - Οφθαλμολογικό χειρουργικό ιστορικό (π.χ. προηγηθείσα κερατοπλαστική, επέμβαση καταρράκτη, διαθλαστική επέμβαση κερατοειδούς)
 - Νοσήματα της επιφάνειας των οφθαλμών (π.χ. ερπητοΐοι, ανεμοβλογιά-ζωστήρα, πεμφιγοειδές των οφθαλμικών βλεννογόνων, σύνδρομο Stevens-Johnson, ανιριδία, νόσος του δότη κατά του ξενιστή, ανιριδία)
 - Επέμβαση στην αποχετευτική μοίρα
 - Επέμβαση στα βλέφαρα (π.χ. προηγηθείσα επανόρθωση πτώσης, βλεφαροπλαστική, αποκατάσταση για εντρόπιο ή εκτρόπιο)
 - Πάρεση Bell
- Ιατρικό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένων:
 - Κάπνισμα ή έκθεση σε παθητικό κάπνισμα
 - Δερματολογικές παθήσεις (π.χ. ροδόχρους, ψωρίαση, έρπης ζωστήρ)
 - Τεχνική και συχνότητα πλύσιματος του προσώπου συμπεριλαμβανομένης της υγιεινής βλεφάρων και βλεφαρίδων
 - Ατοπική αλλεργία
 - Συστηματικές φλεγμονώδεις νόσοι (π.χ. σύνδρομο Sjogren, νόσος του δότη κατά του ξενιστή, ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, σκληρόδερμα, Stevens-Johnson syndrome, σαρκοειδωση)
 - Άλλες συστηματικές παθήσεις (π.χ. λέμφωμα, σαρκοειδωση)
 - Συστηματικές φαρμακευτικές θεραπείες (π.χ. αντιισταμινικά, διουρητικά, ορμόνες και ορμονικοί ανταγωνιστές, αντικαταθλιπτικά, καρδιολογικά αντιαρρυθμικά, ισοτρετινοΐνης, diphenoxylate/ατροπίνη, β-αδρενεργικοί ανταγωνιστές, οποιοδήποτε άλλο φάρμακο με αντιχολινεργική δράση)

- Τραυματισμός (π.χ. μηχανικός, χημικός, θερμικός)
- Χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις (π.χ. ηπατίτιδα C, ιός ανθρώπινες ανοσοανεπάρκειας)
- Μη οφθαλμολογική χειρουργική επέμβαση (π.χ. μεταμόσχευση μυελού οστών, επέμβαση κεφαλής και τραχήλου, επέμβαση για νευραλγία τριδύμου)
- Ακτινοβολία του κόγχου
- Νευρολογικές παθήσεις (π.χ. νόσος του Πάρκινσον, παράλυση Bell, σύνδρομο Riley-Day, νευραλγία τριδύμου)
- Μη οφθαλμολογικά συμπτώματα (ξηροστομία, οδοντικές κοιλότητες, στοματικά έλκη, κόπωση, πόνοι αρθρώσεων, μυϊκοί πόνοι, εμμηνόπαυση)

Αρχική Κλινική Εξέταση

- Οπτική οξύτητα
- Εξωτερική εξέταση
 - Δέρμα (π.χ. σκληρόδερμα, αλλαγές στο πρόσωπο που είναι συνεπείς με τη ροδόχρου νόσο, σηγγματόρροια)
 - Βλέφαρα (ελλιπές κλείσιμο/λανθασμένη θέση, ανεπαρκές ή μη συχνό πετάρισμα, καθυστέρηση πεταρίσματος ή ανάσπαση, ερύθημα των ορίων των βλεφάρων, ανώμαλα αποθέματα εκκρίσεων, εντρόπιο, εκτρόπιο)
 - Εξαρτήματα (μεγέθυνση των δακρυϊκών αδένων)
 - Πρόπτωση
 - Λειτουργία κρανιακού νεύρου [π.χ. 5^ο κρανιακό νεύρο (τριδύμο), 7^ο κρανιακό νεύρο (προσωπικό)]
 - Χέρια (παραμορφώσεις των αρθρώσεων, χαρακτηριστικές της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, φαινόμενο Raynaud, γραμμοειδής αιμορραγία κάτω από τα νύχια)
- Βιομικροσκοπική με σχισμοειδή λυχνία
 - Δακρυϊκή στοιβάδα (ύψος του μηνίσκου, συντρίμματα, αυξημένο ιξώδες, δεσμίδες βλεννογόνων, αφρός, χρόνος και τρόπος διάλυσης)
 - Βλεφαρίδες (τριχίαση, διστιχίαση, μαδάρωση, εναποθέσεις)
 - Όρια βλεφάρων πρόσθια και οπίσθια [διαταραχές των μείβομιανών αδένων (π.χ. μεταπλασία της σπής, μειωμένη απόκριση των αδένων, ατροφία), φύση των εκκρίσεων των μείβομιανών αδένων (π.χ. θολές, πυκνές, αφρώδεις, ανεπαρκείς), αγγείωση κατά μήκος της βλεννοδερματικής ένωσης, κερατινοποίηση, ουλές, υπεραμία βλεφαρικού χείλους]
 - Αποχετευτική μοίρα (βατότητα, θέση, παρουσία και τοποθεσία των πομάτων)
 - Επιπεφυκότας
 - Κάτω κόλπωμα και ταρσικός επιπεφυκότας (ίνες βλεννογόνου, ουλές, ερύθημα, θηλώδης αντίδραση, μεγέθυνση των θηλών, κερατινοποίηση, σμύκρυνση, συμβλέφαρο)
 - Βολβικός επιπεφυκότας (στικτή χρώση με δοκιμή Rose Bengal, lissamine green, ή χρωστικές φλουορεσκεΐνης / υπεραμία / τοπική ξηρότητα / κερατινοποίηση, χύμωση, χάλαση, θυλάκια)
 - Κερατοειδής (τοπική ενδόμυσοβλεφαρία ξηρότητα, στικτές διαβρώσεις του επιθηλίου, στικτή χρώση με δοκιμή Rose Bengal ή χρωστικές φλουορεσκεΐνης, ίνες, ανεπάρκειες του επιθηλίου, ανωμαλίες βασικής μεμβράνης, πλάκες βλεννογόνων, κερατινοποίηση, ανάπτυξη κοκκιοματώδους ιστού, λέπτυνση, διηθήσεις, εξέλκωση, ουλές, νέα αγγειοποίηση, σημάδια κερατοειδούς ή διαθλαστικού χειρουργείου)

Σύνδρομο Ξηροφθαλμίας (Συστάσεις Διαχείρισης)

Διαγνωστικές Εξετάσεις

- Χρόνος διάσπασης δακρυϊκού φιλμ
- Χρώση οφθαλμικής επιφάνειας
- Schirmer Test
- Tear Function Index
- Ώσμωση της δακρυϊκής στιβάδας

Διαχείριση και Φροντίδα

- Θεραπεία των αιτίων που επιδέχονται θεραπεία καθώς οι ασθενείς με συμπτώματα ξηροφθαλμίας συχνά έχουν πολλαπλούς παράγοντες που συμμετέχουν
- Η ακολουθία και συνδυασμός θεραπειών καθορίζεται βάσει των αναγκών και των προτιμήσεων των ασθενών και την ιατρική κρίση του υπεύθυνου οφθαλμιάτρου
- Τεχνητά δάκρυα (ασφαλή και αποδοτικά)
- Κορτικοστεροειδή μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα οφθαλμικών ερεθισμών, και να βελτιώσουν τη νηματοειδή κερατίτιδα
- Βύσματα σιλκόνης μπορούν να προσφέρουν ανακούφιση απ' τα συμπτώματα σε σοβαρές περιπτώσεις ξηροφθαλμίας.
- Αυτόλογος ορός δακρύων ανακουφίζει από συμπτώματα ξηροφθαλμίας βραχυπρόθεσμα σε σχέση με τα τεχνητά δάκρυα.
- Για ήπια ξηροφθαλμία, είναι κατάλληλα τα ακόλουθα μέτρα:
 - Εκπαίδευση και τροποποιήσεις του περιβάλλοντος
 - Εξάλειψη επιβαρυντικών τοπικών ή συστηματικών φαρμακευτικών αγωγών
 - Υδατική ενίσχυση με τη χρήση υποκατάστατων τεχνητών δακρύων, ζελέ / αλοιφές
 - Θεραπεία βλεφάρων (ζεστές κομπρέσες και υγιεινή βλεφάρων)
 - Θεραπεία των οφθαλμικών παραγόντων που συμμετέχουν, όπως βλεφαρίτιδα ή φλεγμονή των μείβοματιών αδένων
 - Διόρθωση ανωμαλιών των βλεφάρων
- Για μέτρια ξηροφθαλμία, επιπλέον των παραπάνω θεραπειών, είναι κατάλληλα τα ακόλουθα μέτρα:
 - Αντιφλεγμονώδη φάρμακα (τοπική κυκλοσπορίνη και κορτικοστεροειδή, συμπληρώματα διατροφής με Ω3-λιπαρά)
 - Διάνοιξη αποχρεωτικής μοίρας
 - Γυαλιά με πλαϊνά προστατευτικά και θαλάμους υγρασίας
- Για σοβαρή ξηροφθαλμία, επιπλέον των παραπάνω θεραπειών, είναι κατάλληλα τα ακόλουθα μέτρα:
 - Συστηματικοί χολινεργικοί αγωνιστές
 - Συστηματικοί αντιφλεγμονώδεις παράγοντες
 - Βλεννολυτικοί παράγοντες
 - Αυτόλογος ορός δακρύων
 - Φακοί επαφής
 - Διόρθωση ανωμαλιών των βλεφάρων
 - Μόνιμη απόφραξη αποχρεωτικής μοίρας
 - Ταρσορραφή
- Παρακολούθηση ασθενών στους οποίους συνταγογραφήθηκαν κορτικοστεροειδή για ανεπιθύμητες ενέργειες όπως αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση, τήξη κερατοειδούς και δημιουργία καταράκτη

Follow-Up

- Αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία, ανάλογη αναπροσαρμογή της θεραπείας, παρακολούθηση της οφθαλμικής επιφάνειας
- Η συχνότητα της παρακολούθησης εξαρτάται από τη σοβαρότητα του περιστατικού, το είδος και την ανταπόκριση στη θεραπεία

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Η εκπαίδευση των ασθενών αποτελεί σημαντική διάσταση της επιτυχούς διαχείρισης της ξηροφθαλμίας
- Ενημέρωση των ασθενών για τη χρόνια φύση των ξηρών οφθαλμών και τη φυσική ιστορία της πάθησης.
- Θα πρέπει να τεθούν και να συζητηθούν ρεαλιστικές προσδοκίες ως προς του θεραπευτικούς στόχους
- Παροχή συγκεκριμένων οδηγιών για θεραπευτικά σχήματα.
- Περιοδική επανεκτίμηση της συμμόρφωσης του ασθενή και της κατανόησης της νόσου, των κινδύνων για σχετιζόμενες δομικές αλλαγές και ρεαλιστικές προσδοκίες για αποτελεσματική διαχείριση. Επανεπίσχυση της εκπαίδευσης.
- Παραπομπή ασθενών με εκδήλωση κάποιας συστηματικής νόσου σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας.
- Προειδοποίηση των ασθενών με προϋπάρχον σύνδρομο ξηρών οφθαλμών, ότι η διαθλαστική επέμβαση κερατοειδούς, συγκεκριμένα η LASIK, μπορεί να επιδεινώσει την ξηροφθαλμία τους.

Αμβλυωπία (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Οφθαλμολογικά συμπτώματα και σημεία
- Οφθαλμολογικό ιστορικό
- Ιστορικό άλλων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένης επιθεώρησης των προγεννητικών, περιγεννητικών και μεταγεννητικών ιατρικών παραγόντων, χρόνος κύησης, βάρος κτλ
- Οικογενειακό ιστορικό, συμπεριλαμβανομένων παθήσεων των οφθαλμών και σχετιζόμενων συστηματικών νόσων

Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Διόφθαλμη ρόδινη αντανάκλαση (Brückner test)
- Διόφθαλμη όραση και στερεοσκόπηση
- Οπτική οξύτητα και προσήλωση
- Εξέταση για αμφίπλευρο κόκκινο αντανάκλαστικό της κόρης των οφθαλμών (αντανάκλαστικό Bruckner)
- Εξέταση κερατοειδούς/διάθλασης με κυκλοπληγία
- Βυθοσκόπηση

Διαχείριση και Φροντίδα

- Σε όλα τα παιδιά με αμβλυωπία πρέπει να προσφέρεται / να επιχειρείται θεραπεία ανεξαρτήτως ηλικίας.
- Επιλογή θεραπείας βάσει της ηλικίας του ασθενούς, οπτικής οξύτητας, συμμόρφωσης σε προηγούμενη θεραπεία, και την σωματική, κοινωνική και ψυχολογική του κατάσταση.
- Ο στόχος της θεραπείας είναι ισορροπημένη οπτική οξύτητα μεταξύ των δύο οφθαλμών.
- Όταν επιτευχθεί η μέγιστη οπτική οξύτητα, η θεραπεία θα πρέπει να μειώνεται σταδιακά και να διακόπτεται.

Αξιολόγηση Follow-up

- Οι επισκέψεις Follow-up θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν:
 - Ιστορικό για το διάστημα που μεσολάβησε
 - Συμμόρφωση με το θεραπευτικό πλάνο
 - Ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας
 - Οπτική οξύτητα του κάθε οφθαλμού
- Follow-up εξέταση, γενικά 2-3 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας
- Ο χρόνος μεταβάλλεται ανάλογα με τη βαρύτητα της θεραπείας και την ηλικία του παιδιού
- Απαιτείται συνεχής παρακολούθηση, καθώς περίπου το ένα τέταρτο των παιδιών που θεραπεύονται επιτυχώς παρουσιάζουν επανεμφάνιση εντός του πρώτου έτους από τη διακοπή της θεραπείας.

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Συζήτηση της διάγνωσης, της σοβαρότητας της νόσου, της πρόγνωσης και του θεραπευτικού σχεδίου με τον ασθενή, τους γονείς και/ή τους φροντιστές.
- Επεξήγηση της διαταραχής και προσπάθεια να εξασφαλιστεί η συμμετοχή της οικογένειας σε μία συνεργατική προσέγγιση της θεραπείας.

Εσωτροπία (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Οφθαλμολογικά συμπτώματα και σημεία
- Οφθαλμολογικό ιστορικό (ημερομηνία έναρξης και συχνότητα της απόκλισης, παρουσία ή απουσία διπλωπίας, κλείσιμο του ενός οφθαλμού και άλλα συμπτώματα)
- Ιστορικό άλλων παθήσεων (ανασκόπηση προγεννητικών, περιγεννητικών και μεταγεννητικών ιατρικών παραγόντων, παλαιότερες επεμβάσεις, γενική υγεία και ανάπτυξη)
- Οικογενειακό ιστορικό (στραβισμός, αμβλυωπία, τύπος γυαλιών και ιστορικό χρήσης, χειρουργική επέμβαση στους εξωφθαλμικούς μύες, γενετικές παθήσεις)
- Κοινωνικό ιστορικό (τάξη σχολείου, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς, κοινωνικές συναναστροφές)

Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Αισθητηριακός έλεγχος
- Επιβεβαίωση συνταγής γυαλιών με φακόμετρο
- Διόφθαλμη ευθυγράμμιση σε μακρινή και κοντινή απόσταση στην πρωτεύουσα και στις λοιπές βλεμματικές θέσεις. Το τεστ ευθυγράμμισης γίνεται με διόρθωση εάν γίνεται χρήση γυαλιών
- Λειτουργία εξωφθαλμικών μυών (κατευθύνσεις και συζυγείς κινήσεις - φαινόμενα τύπου A & V)
- Ανίχνευση λανθάνοντος ή έκδηλου νυσταγμού
- Εξέταση κερατοειδούς/διάθλασης με κυκλοπληγία
- Βυθοσκόπηση
- Οπτικοκινητικός νυσταγμός του ενός ή των δύο οφθαλμών κατά την εξέταση για ασύμμετρη ρινοκροταφική παρακολούθηση

Διαχείριση και Φροντίδα

- Λάβετε υπόψη όλες τις μορφές εσωτροπίας για τη θεραπεία και όσο το δυνατόν συντομότερη αποκατάσταση της ευθυγράμμισης των οφθαλμών
- Συνταγογράφηση διορθωτικών φακών για κάθε κλινικά σημαντική διαθλαστική ανωμαλία.
- Αν η χρήση γυαλιών και η αντιμετώπιση της αμβλυωπίας δεν ευθυγραμμίσει τους οφθαλμούς, τότε ενδείκνυται χειρουργική διόρθωση
- Έναρξη θεραπείας της αμβλυωπίας προ της χειρουργικής επέμβασης καθώς επεμβατική θεραπεία για εσωτροπία παρουσία μέτριας προς σοβαρής αμβλυωπίας έχει χαμηλότερη πιθανότητα επιτυχίας σε σχέση με περιπτώσεις με ελαφρά ή καθόλου αμβλυωπία.

Αξιολόγηση Follow-up

- Είναι αναγκαίες περιοδικές αξιολογήσεις λόγω κινδύνου ανάπτυξης αμβλυωπίας, απόλειας αμφοτερόπλευρης όρασης και επανεμφάνισης
- Παιδιά με ορθό προσανατολισμό και χωρίς αμβλυωπία μπορεί να παρακολουθούνται κάθε 4 με 6 μήνες
- Η συχνότητα των επισκέψεων follow-up μπορούν να ελαττωθούν όσο ωριμάζει το παιδί
- Νέα ή διαφορετικά ευρήματα μπορεί να υποδεικνύουν ανάγκη για πιο συχνές επισκέψεις follow-up
- Θα πρέπει να γίνεται έλεγχος υπερμετροπίας τουλάχιστον ετησίως και πιο συχνά, εάν η οπτική οξύτητα μειώνεται, ή αυξάνεται η εσωτροπία
- Η επανάληψη της κυκλοπληγικής διάθλασης ενδείκνυται όταν η εσωτροπία δεν ανταποκρίνεται στην αρχική συνταγογράφηση για υπερμετροπική διάθλαση ή όταν η εσωτροπία επανεμφανίζεται ύστερα από χειρουργική επέμβαση

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Συζήτηση των ευρημάτων με τον ασθενή όταν είναι δυνατό και/ή με τους γονείς / φροντιστές για την ενίσχυση της κατανόησης της δυσλειτουργίας και προσπάθεια να εξασφαλιστεί η συμμετοχή της οικογένειας σε μία συνεργατική προσέγγιση της θεραπείας.
- Διαμόρφωση θεραπευτικών σχεδίων, σε συνεργασία με τον ασθενή και/ή την οικογένεια/φροντιστές.

Εξωτροπία (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης (Κύρια Στοιχεία)

- Οφθαλμολογικά συμπτώματα και σημεία
- Οφθαλμολογικό ιστορικό (ημερομηνία έναρξης και συχνότητα της απόκλισης, παρουσία ή απουσία διπλωπίας, κλείσιμο του ενός οφθαλμού και άλλα συμπτώματα)
- Ιστορικό άλλων παθήσεων (ανασκόπηση προγεννητικών, περιγεννητικών και μεταγεννητικών ιατρικών παραγόντων, παλαιότερες επεμβάσεις, γενική υγεία και ανάπτυξη)
- Οικογενειακό ιστορικό (στραβισμός, αμβλυωπία, τύπος γυαλιών και ιστορικό χρήσης, χειρουργική επέμβαση στους εξωφθαλμικούς μύες, γενετικές παθήσεις)
- Κοινωνικό ιστορικό (τάξη σχολείου, μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς, κοινωνικές συναναστροφές)

Αρχική Κλινική Εξέταση (Κύρια Στοιχεία)

- Αισθητηριακός έλεγχος
- Επιβεβαίωση συνταγής γυαλιών με φακόμετρο
- Διόφθαλμη ευθυγράμμιση σε μακρινή και κοντινή απόσταση στην πρωτεύουσα και στις λουπές βλεμματικές θέσεις. Το τεστ ευθυγράμμισης γίνεται με διόρθωση εάν γίνεται χρήση γυαλιών
- Εστίαση και οπτική οξύτητα
- Λειτουργία εξωφθαλμικών μυών (κατευθύνσεις και συζυγείς κινήσεις - φαινόμενα τύπου A & V)
- Ανίχνευση λανθάνοντος ή έκδηλου νυσταγμού
- Εξέταση κερατοειδούς/διάθλασης με κυκλοπληγία
- Βυθοσκόπηση
- Οπτικοκινητικός νυσταγμός του ενός ή των δύο οφθαλμών κατά την εξέταση για ασύμμετρη ρινοκροταφική παρακολούθηση

Διαχείριση και Φροντίδα

- Όλες οι μορφές εξωτροπίας πρέπει να παρακολουθούνται και ορισμένες θα απαιτήσουν θεραπεία
- Νεαρά παιδιά με διαλείπουσα εξωτροπία και καλό έλεγχο συγχώνευσης μπορούν να παρακολουθούνται χωρίς χειρουργική επέμβαση
- Αποκλίσεις που εμφανίζονται συχνά ή συνεχώς χρήζουν αντιμετώπισης
- Συνταγογράφηση διορθωτικών φακών για κάθε κλινικά σημαντική διαθλαστική ανωμαλία
- Η αμβλυωπία, αν και σπάνια σε ασθενείς με διαλείπουσα εξωτροπία, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται.
- Η ιδανική θεραπεία για την εξωτροπία, τα μακροπρόθεσμα όφελι της χειρουργικής επέμβασης σε αρχικό στάδιο και τα σχετικά όφελι αμφοτερόπλευρης και μονόπλευρης χειρουργικής αντιμετώπισης δεν είναι σαφώς τεκμηριωμένα.

Αξιολόγηση Follow-up

- Η συχνότητα των επισκέψεων follow-up βασίζεται στην ηλικία του παιδιού, στην ικανότητά του να αποκτήσει ακριβή οπτική οξύτητα και τον έλεγχο των παραλλαγών
- Παιδιά με καλό έλεγχο συγχώνευσης της διαλείπουσας εξωτροπίας και χωρίς αμβλυωπία εξετάζονται συνήθως κάθε 6 με 12 μήνες
- Τα διαστήματα μειώνονται όταν επέλθει οπτική ωρίμανση σε ηλικίες 7-10 ετών
- Περιλαμβάνει ιστορικό για το διάστημα που μεσολάβησε, συμμόρφωση στη θεραπεία (αν ακολουθείται κάποια) και αξιολόγηση της κινητικότητας των οφθαλμών και νέα συνταγή γυαλιών εάν χρειάζεται.

Εκπαίδευση Ασθενούς

- Συζήτηση των ευρημάτων με τον ασθενή όταν είναι δυνατό και/ή με τους γονείς/φροντιστές για την ενίσχυση της κατανόησης της δυσλειτουργίας και προσπάθεια να εξασφαλιστεί η συμμετοχή της οικογένειας σε μία συνεργατική προσέγγιση της θεραπείας.
- Διαμόρφωση θεραπευτικών σχεδίων, σε συνεργασία με τον ασθενή και/ή την οικογένεια/φροντιστές.

Διαθλαστική Χειρουργική του Κερατοειδούς (Αρχική και Follow-up Αξιολόγηση)

Ιστορικό Αρχικής Εξέτασης

- Τρέχουσα κατάσταση όρασης
- Οφθαλμολογικό ιστορικό
- Ιστορικό άλλων παθήσεων
- Φαρμακευτικές αγωγές

Αρχική Κλινική Εξέταση

- Οπτική οξύτητα σε απόσταση με και χωρίς διόρθωση
- Υποκειμενική διάθλαση χωρίς κυκλοπληγία, και όπου χρειάζεται, διάθλαση με κυκλοπληγία
- Τοπογραφία/Τομογραφία κερατοειδούς
- Μέτρηση πάχους στο κέντρο του κερατοειδούς
- Αξιολόγηση δακρυϊκής στοιβάδας και της επιφάνειας των οφθαλμών
- Εκτίμηση κινητικότητας και ευθυγράμμισης οφθαλμών

Διαχείριση και Φροντίδα

- Διακοπή της χρήσης φακών επαφής πριν από την προεγχειρητική εξέταση και την επέμβαση
- Ενημέρωση του ασθενή για τους πιθανούς κινδύνους, οφέλη και εναλλακτικές μεταξύ των διαφορετικών χειρουργικών διαθλαστικών επεμβάσεων
- Λήψη γραπτής ενήμερης συναίνεσης, θα πρέπει να έχει δοθεί στον ασθενή η ευκαιρία να θέσει όλες του τις ερωτήσεις πριν από την επέμβαση
- Έλεγχος και ρύθμιση των οργάνων πριν από την επέμβαση
- Ο χειρουργός επιβεβαιώνει την ταυτότητα του ασθενούς, τον οφθαλμό που θα χειρουργηθεί και ότι οι παράμετροι έχουν εισαχθεί σωστά στον ηλεκτρονικό υπολογιστή του laser.

Μετεγχειρητική Φροντίδα

- Ο χειρουργός είναι υπεύθυνος για τη μετεγχειρητική διαχείριση
- Για τις τεχνικές επιφανειακής επέμβασης (surface ablation), συνίσταται εξέταση την ημέρα μετά την επέμβαση και κάθε 2 με 3 ημέρες από εκεί και μετά μέχρι να επουλωθεί το επιθήλιο
- Για επέμβαση LASIK χωρίς επιπλοκές, εξέταση εντός 36 ωρών μετά την επέμβαση, μία δεύτερη επίσκεψη 1 έως 4 εβδομάδες μετά την επέμβαση και οι περαιτέρω εξετάσεις καθορίζονται ανάλογα.
- Να υπάρχει αρχείο για την κατάσταση των οφθαλμών, συμπεριλαμβανομένων των προεγχειρητικών κερατομετριών και της διάθλασης καθώς και οι σταθερές μετεγχειρητικές διαθλάσεις σε περίπτωση που ο ασθενής χρειαστεί μελλοντικά να πραγματοποιήσει επέμβαση καταρράκτη.

Εκπαίδευση Ασθενούς

Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη της προγραμματισμένης επέμβασης. Στα θέματα προς συζήτηση περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- Εύρος των αναμενόμενων διαθλαστικών αποτελεσμάτων
- Μόνιμη διαθλαστική ανωμαλία
- Διάβασμα και / ή διόρθωση της απόστασης μετεγχειρητικά
- Απώλεια της καλύτερα βελτιωμένης οπτικής οξύτητας
- Παρενέργειες και επιπλοκές (π.χ. μικροβιακή κερατίτιδα, στείρα κερατίτιδα, κερατεκτασία)
- Αλλαγές στην οπτική λειτουργία που δεν μετρώνται απαραίτητα με την εξέταση οπτικής οξύτητας, συμπεριλαμβανομένου του θαμπώματος από λάμψη και της λειτουργίας σε συνθήκες χαμηλού φωτισμού
- Συμπτώματα νυχτερινής όρασης (π.χ. θάμπωμα από λάμψη, άλως) που μπορεί να εξελιχθούν ή να επιδεινωθούν. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε αυτό το θέμα για ασθενείς με υψηλούς βαθμούς αμετροπίας ή για άτομα που χρειάζονται υψηλό επίπεδο οπτικής λειτουργίας σε συνθήκες χαμηλού φωτισμού.
- Επίδραση στην ευθυγράμμιση των οφθαλμών.
- Τα συμπτώματα ξηροφθαλμίας μπορεί να εξελιχθούν ή να επιδεινωθούν.
- Σύνδρομο Επαναλαμβανόμενης Διάβρωσης (RES)
- Οι περιορισμοί της κερατοδιαθλαστικής χειρουργικής επέμβασης σε σχέση με την πρεσβυωπία και την πιθανή απώλεια της μη διορθωμένης κοντινής οπτικής λειτουργίας που συνοδεύει τη διόρθωση της μυωπίας
- Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της μονοόρασης (για ασθενείς σε ηλικία πρεσβυωπίας)
- Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των συμβατικών και προχωρημένων επεμβάσεων
- Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της διενέργειας αμφίπλευρης διαθλαστικής επέμβασης κερατοειδούς την ίδια ημέρα έναντι της επέμβασης σε αλληλουχία. Καθώς η όραση μπορεί να είναι κακή για αρκετό διάστημα μετά την αμφίπλευρη επέμβαση κερατεκτομής την ίδια ημέρα, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί ότι δραστηριότητες όπως η οδήγηση μπορεί να μην είναι εφικτές για διάστημα εβδομάδων
- Μπορεί να επηρεάσει την ακρίβεια της πρόβλεψης των υπολογισμών IOL για μετέπειτα χειρουργικές επεμβάσεις για καταρράκτη
- Σχέδια μετεγχειρητικής φροντίδας (καθορισμός φροντίδας, φροντιστές)



Αποποίηση Ευθυνών σχετικά με την ελληνική μετάφραση των Summary Benchmarks.

Η παρούσα έκδοση αποτελεί μετάφραση της έκδοσης της Αμερικανικής Ακαδημίας Οφθαλμολογίας με τίτλο *Summary Benchmarks*. Η παρούσα μετάφραση αντικατοπτρίζει την άσκηση της οφθαλμολογικής ειδικότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όπως έχει διαμορφωθεί μέχρι την ημερομηνία της πρωτότυπης έκδοσης και πιθανόν να περιλαμβάνει ορισμένες αλλαγές ώστε να παρουσιάζεται ορθότερα η παραπάνω σε εθνικό επίπεδο. Η μετάφραση αυτή στην ελληνική γλώσσα δεν πραγματοποιήθηκε από την Αμερικανική Ακαδημία Οφθαλμολογίας, η οποία και αποποιείται οποιασδήποτε ευθύνης για αλλαγές, λάθη, παραλείψεις και πιθανές μεταφραστικές ασάφειες. Η Ακαδημία διαθέτει το παρόν υλικό αποκλειστικά για εκπαιδευτικούς σκοπούς. Οι παρεχόμενες πληροφορίες δεν έχουν στόχο να αποτελέσουν τη μοναδική ή καλύτερη μέθοδο ή επέμβαση για κάθε μεμονωμένο περιστατικό ή να αντικαταστήσουν την κρίση του εκάστοτε ιατρού ή να αποτελέσουν συγκεκριμένες συμβουλές για τη διαχείριση του εκάστοτε περιστατικού. Ενδείξεις, αντενδείξεις, παρενέργειες και εναλλακτικοί παράγοντες για κάθε φαρμακευτικό σκεύασμα ή επέμβαση δεν υπόκεινται στο αντικείμενο του παρόντος υλικού. Όλες οι πληροφορίες και προτάσεις θα πρέπει να πιστοποιούνται πριν την εφαρμογή τους με τις τρέχουσες πληροφορίες που συμπεριλαμβάνονται στις εργοστασιακές προδιαγραφές και σε άλλες ανεξάρτητες πηγές και πάντα με βάση την πάθηση και το ιστορικό του εκάστοτε ασθενούς. Η Ακαδημία αποποιείται κάθε ευθύνης για τραυματισμό ή άλλου είδους ζημιά, λόγω αμέλειας και μη, όπως και για οποιονδήποτε ισχυρισμό μπορεί να προκύψει από τη χρήση οποιασδήποτε σύστασης ή άλλης πληροφορίας περιλαμβάνεται στο παρόν εγχειρίδιο.

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.