



April 2007

International Council of Ophthalmology

ICO International Clinical Guidelines

Cheratitis batterica (Valutazione Iniziale)

(**Valutazioni:** A: estremamente importante, B: moderatamente importante, C: rilevante ma non critico. **Livello di evidenza:** I: forte, II: sostanziale ma carente di qualcosa rispetto a I, III: consenso dell'opinione degli esperti in assenza di evidenza per I e II)

Anamnesi

- Sintomi oculari (A: III)
- Uso delle lenti a contatto (A: II)
- Anamnesi oculare (A: III)
- Anamnesi e terapie sistemiche (A: III)
- farmaci oculari attuali e recenti (A: III)
- Farmacoallergie (A: III)

Esame obiettivo

- Acuità visiva (A: III)
- Aspetto generale del paziente (B: III)
- Esame del volto (B: III)
- Palpebre e loro chiusura (A: III)
- Congiuntiva (A: III)
- Apparato nasolacrimale (B: III)
- Sensibilità corneale (A: III)
- Biomicroscopia alla lampada a fessura
 - Margini palpebrali (A: III)
 - Congiuntiva (A: III)
 - Sclera (A: III)
 - Cornea (A: III)
 - Camera anteriore (A: III)
 - Vitreo anteriore (A: III)
- Occhio controlaterale (A: III)

Test diagnostici

- Gestire la maggior parte dei casi acquisiti in comunità con la terapia empirica, senza strisci o colture.
- Indicazioni per strisci e colture:
 - Cheratite severa o minacciosa, di sospetta origine microbica, prima di iniziare la terapia **(A: III)**
 - Un grande infiltrato corneale che si estende fino alla metà dello stroma profondo **(A: III)**
 - Di natura cronica **(A: III)**
 - Non responsiva alla terapia antibiotica ad ampio spettro **(A: III)**
 - Caratteristiche cliniche suggestive di cheratite fungina, amebica o micobatterica **(A: III)**
- L' ipopion, che si verifica in occhi con cheratite batterica, di solito è sterile, e non deve essere eseguito il prelievo di acqueo o vitreo a meno che non vi sia un sospetto elevato di endoftalmite microbica. **(A: III)**
- Gli scrapings corneali per la coltura devono essere inoculati direttamente su terreni di coltura appropriati per massimizzare la resa della coltura. **(A: III)** Se questo non è fattibile, posizionare il campione in mezzi di trasporto. **(A: III)** In entrambi i casi, incubare immediatamente le colture o portarle tempestivamente al laboratorio. **(A: III)**

Gestione

- I colliri antibiotici sono preferiti nella maggioranza dei casi. **(A: III)**
- Inizialmente uso topico di antibiotici ad ampio spettro nel trattamento empirico di presunte cheratiti batteriche. **(A: III)**
- Per cheratiti centrali o gravi (p.es., profondo coinvolgimento stromale o infiltrato più grande di 2 mm con vasta suppurazione), utilizzare una dose di carico (p.es., ogni 5-15 minuti per le prime 1-3 ore), seguita da applicazioni frequenti (p.es., ogni 30-60 minuti circa). **(A: III)** Per cheratiti meno gravi, è appropriato un regime di dosaggio meno frequente. **(A: III)**
- Usare la terapia sistemica per le cheratiti gonococciche. **(A: II)**
- In generale, modificare la terapia iniziale, quando vi è una mancanza di miglioramento o di stabilizzazione entro 48 ore. **(A: III)**
- Per i pazienti trattati con corticosteroidi topici oculari, al momento della presentazione della sospetta cheratite batterica, ridurre o eliminare gli steroidi fino a quando l'infezione è stata controllata. **(A: III)**
- Quando gli infiltrati corneali compromettono l'asse visivo, si può aggiungere la terapia con corticosteroidi topici dopo almeno 2 o 3 giorni di progressivo miglioramento con il trattamento antibiotico topico. **(A: III)** Continuare gli antibiotici topici ad alti livelli con una diminuzione graduale. **(A: III)**
- Esaminare i pazienti entro 1-2 giorni dopo l'inizio della terapia con corticosteroidi topici. **(A: III)**

Prefazione alle linee guida:

Le Linee guida Cliniche Internazionali sono formulate e distribuite dall'International Council of Ophthalmology a nome della International Federation of Ophthalmological Societies.

Queste Linee guida hanno uno scopo di supporto ed educativo per gli oculisti di tutto il mondo. Le suddette linee guida si prefiggono l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza oculistica a beneficio dei pazienti. In molti casi sono state adattate partendo da documenti analoghi (Benchmarks of Care) creati dall'American Academy of Ophthalmology sulla base dei loro modelli di pratica clinica preferenziale.

Sebbene si possa essere tentati di equiparare queste linee guida a degli standard, non è possibile né tanto meno appropriato farlo. Le molteplici situazioni geografiche, la disponibilità di attrezzature, la variabilità del paziente e le strutture adibite alla pratica clinica impediscono l'identificazione di un singolo standard.

D'altro canto le linee guida sono una chiara dichiarazione di aspettative. Esse includono considerazioni sul livello preferito di rendimento in presenza di condizioni che consentano l'accesso a risorse strumentali, farmaceutiche e chirurgiche ottimali.

Pertanto, viene stabilita un'aspettativa di base e se la situazione è ottimale possono essere messi in pratica i principi ideali di diagnosi, trattamento e follow up. Anche in mancanza di condizioni ottimali può essere fornito un trattamento eccellente, appropriato ed efficace.

La semplice osservazione delle linee guida non garantisce un risultato favorevole. E' risaputo che, data l'unicità di ogni paziente e della sua particolare condizione, è necessario fare ricorso al giudizio del medico. Questo processo può risultare in una modifica nell'applicazione di una linea guida in situazioni individuali.

L'esperienza medica è stata la base per la compilazione di queste linee guida, che sono, laddove possibile, basate sull'evidenza. Ciò significa che queste linee guida sono il frutto delle più recenti informazioni scientifiche disponibili. L'ICO si impegna a fornire aggiornamenti a queste linee guida con frequenza costante (approssimativamente ogni 2 o 3 anni).

(Consulta anche l'Introduzione alle ICO International Guidelines al sito <http://www.icoph.org/guide/guideintro.html> e la lista delle altre Guidelines all'indirizzo <http://www.icoph.org/guide/guideintro.html> .)

Traduzione a cura di:

Dr. Maria Elisa Scarale – Dr. Nicole Balducci
Medico in formazione specialistica
Scuola di Specializzazione in Oftalmologia
Alma Mater Studiorum- Università di Bologna
Bologna - Italia

Revisione a cura di:

Dr. Emilio C. Campos

Professore Ordinario di Oftalmologia - Malattie dell'Apparato Visivo

Direttore,

Scuola di Specializzazione in Oftalmologia

Alma Mater Studiorum- Università di Bologna

Bologna - Italia



International Council of Ophthalmology
945 Green Street
San Francisco, CA 94133
United States of America
Fax: (415) 409-8403
Web: www.icoph.org