



April 2007

International Council of Ophthalmology

## ICO International Clinical Guidelines

# Retinopatia Diabetica (Valutazione Iniziale e di Follow-Up)

(**Valutazione:** 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 (Elementi Chiave)

- Durata del diabete (A:I)
- Controllo della glicemia del passato (emoglobina A1c) (A:I)
- Farmaci (A:III)
- Anamnesi generale (per es., obesità (A:III), patologie renali (A:II), ipertensione sistemica (A:I), assetto lipidico (A:II), gravidanza (A:I))
- Anamnesi oculare (A:III)

### Esame Obiettivo (Elementi Chiave)

- Acuità visiva (A:I)
- Misurazione della IOP (A:III)
- Gonioscopia quando indicata (per neovascolarizzazione dell'iride o incremento della IOP) (A:III)
- Biomicroscopia alla lampada a fessura (A:III)
- Esame del fondo oculare in midriasi inclusa la valutazione stereoscopica del polo posteriore (A:I)
- Esame della periferia retinica e del vitreo, preferibilmente eseguita con l'oftalmoscopia indiretta oppure con l'esame biomicroscopico alla lampada a fessura, combinato con lente a contatto (A:III)

### Diagnosi

- Classificare entrambi gli occhi in base alla categoria e alla gravità della retinopatia diabetica, valutando la presenza/assenza di CSME (A:III). Ciascuna categoria ha un rischio intrinseco di progressione.

## Anamnesi Alla Visita Di Follow-Up

- Sintomi visivi (A:III)
- Salute generale (per es., gravidanza, pressione sistemica, colesterolo sierico, funzionalità renale) (A:III)
- Stato glicemico (emoglobina A1c) (A:I)

## Esame Obiettivo Di Follow-Up

- Acuità visiva (A:I)
- Misurazione della IOP (A:III)
- Biomicroscopia alla lampada a fessura con valutazione dell'iride (A:II)
- Gonioscopia (se si sospetta o se è presente una neovascolarizzazione oppure se è aumentata la IOP) (A:II)
- Valutazione stereoscopica del polo posteriore in midriasi (A:I)
- Esame della periferia retinica e del vitreo quando indicato (A:II)

## Esami Ausiliari

- La foto fundus è raramente indicata nei casi di retinopatia diabetica background oppure quando la retinopatia diabetica risulta invariata rispetto alle precedenti fotografie del fondo oculare (A:III)
- La fotofundus potrebbe essere utile per documentare una progressione significativa della malattia e la risposta al trattamento (B:III)
- L'angiografia con fluoresceina è usata come guida per il trattamento dell'CSME (A:I) e come mezzo per valutare la causa/cause di un decremento inspiegabile dell'acuità visiva (A:III). L'angiografia può identificare una mancata perfusione dei capillari maculari (A:II) oppure la fonte di un leakage capillare che determina un edema maculare come possibili spiegazioni di una perdita dell'acuità visiva.
- L'angiografia con fluoresceina non è indicata routinariamente come parte integrante nella valutazione dei pazienti diabetici (A:III)
- L'angiografia con fluoresceina non è necessaria alla diagnosi di CSME o PDR essendo questi diagnosticati principalmente all'esame obiettivo

## Educazione Del Paziente

- Discutere i risultati dell'esame e le implicazioni (A:II)
- Invitare il paziente diabetico, ma senza retinopatia diabetica a sottoporsi ad esami annuali del fondo oculare (A:I)
- Informare il paziente che un trattamento efficace per la retinopatia diabetica dipende da un intervento tempestivo, nonostante una buona visione e l'assenza di sintomi oculari (A:II)
- Educare il paziente riguardo all'importanza di mantenere nei limiti normali il livello glicemico, la pressione sistemica e i livelli di lipidi sierici (A:III)
- Informare gli altri medici che seguono il paziente, per es. medico di famiglia, internista, endocrinologo, sui risultati delle visite oculistiche (A:III)
- Fornire il proprio supporto professionale ai pazienti le cui condizioni non rispondono alla chirurgia e per i quali non è disponibile alcun trattamento e offrire riferimenti opportuni per consigli, riabilitazione e servizi sociali (A:III)

- Indirizzare i pazienti con una ridotta funzionalità visiva verso la riabilitazione visiva (vedi [www.ao.org/smartsight](http://www.ao.org/smartsight)) e i servizi sociali (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 Grazia Tedeschi – 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](http://www.icoph.org)