



**SOI**  
Società Oftalmologica Italiana

Associazione Medici Oculisti Italiani  
ENTE MORALE  
dal 1869 a difesa della vista

Raccomandazioni di Buona Pratica Clinica  
SOI  
**Prevenzione dell'endoftealmite postoperatoria**  
Approvata dalla SOI aprile 2013

### Premessa

L'endoftealmite è una rara complicanza della chirurgia oculare spesso associata ad una grave e permanente riduzione della capacità visiva con possibile perdita anatomica del bulbo oculare.

Circa il 90% delle endoftealmiti si sviluppa dopo chirurgia della cataratta per il fatto che questa è la chirurgia oftalmica più praticata.

Il principale fattore di rischio per lo sviluppo di endoftealmite sembra essere l'integrità della ferita chirurgica. Nella maggior parte dei casi il paziente è portatore del germe responsabile.

### Introduzione

#### **Fattori di rischio**

I principali fattori di rischio locali preoperatori sono rappresentati dalle anomalie degli annessi e della superficie oculare: entropion, ectropion, blefarite, congiuntivite, canaliculite, ostruzione delle vie lacrimali, uso di lenti a contatto, uso di protesi oculare nell'occhio controlaterale.

Sul piano generale sono da considerare a maggior rischio i soggetti che abbiano già avuto infezioni oculari, i soggetti immunodepressi (diabetici, dializzati, in terapia immunosoppressiva (steroidi), in terapia prolungata con antibiotici a largo spettro, con processi infettivi in atto) ed i soggetti di età avanzata (oltre 80 anni).

#### **Fonti dell'infezione**

La superficie oculare e gli annessi sono una importante possibile fonte di agenti infettivi. Sostanze e strumenti chirurgici utilizzati prima, durante e dopo l'intervento sono una fonte di infezione. Anche alcuni materiali delle IOL ed alcune sostanze viscoelastiche (idrossipropilmetilcellulosa, sodio ialuronato) possono rappresentare un veicolo dell'infezione. Un'importante fonte di infezione è rappresentata dalle stesse mani del paziente sia durante le manovre di automedicazione sia quando toccano l'occhio nell'immediato post operatorio (contro l'indicazione del chirurgo oculista) con mani non pulite. Questa situazione assume particolare gravità e significatività dopo essersi recati in bagno per espletare bisogni fisiologici o prestando assistenza a parenti malati cronici allettati.



### **Agenti eziologici**

L'eziologia dell'endofthalmite varia in modo significativo a seconda dell'area geografica studiata. Lo spettro microbiologico può essere considerato simile per l'Europa ed il Nord America. In queste aree geografiche il 94.2% delle colture positive in corso di endofthalmite sono da Gram Positivi. Di queste il 70% sono da *Stafilococchi Coagulasi Negativi*, il 9.9% sono da *Stafilococco Aureo*, il 9% sono da *Streptococchi*, il 2.2% sono da *Enterococchi*, il 3% da altre specie Gram Positive. Nel 5.9% dei casi sono coinvolti germi Gram Negativi.

In oltre il 30% dei casi di endofthalmite l'esame colturale è negativo. I motivi più frequenti sono rappresentati da una popolazione microbica troppo scarsa, da una spontanea sterilizzazione in risposta al processo infiammatorio (in particolare per alcune specie come lo *Stafilococco Epidermidis*), da una infiammazione non settica (Toxic Anterior Segment Syndrome - TASS).

### Prima della chirurgia

Oltre alle consuete raccomandazioni sull'erogazione del consenso informato si raccomanda di evidenziare sempre nella cartella clinica la presenza di fattori di rischio locali o sistemici.

I portatori di lenti a contatto devono sospendere l'uso delle lenti in entrambi gli occhi prima dell'intervento.

I portatori di protesi oculare nell'orbita controlaterale devono sospendere l'uso della protesi prima dell'intervento.

Nei soggetti in terapia immunosoppressiva è opportuno valutare insieme all'immunologo la durata dell'eventuale sospensione della terapia.

A giudizio del medico, può essere considerata la somministrazione di colliri antibiotici nei due giorni precedenti l'intervento.

### Il giorno dell'intervento

1. ritiro dell'atto di consenso debitamente compilato
2. verifica che il paziente abbia rispettato eventuali indicazioni preoperatorie circa l'uso di lenti a contatto, protesi o farmaci
3. verifica che il paziente abbia assunto l'eventuale terapia sistemica con cui è abitualmente in trattamento e che le condizioni generali e locali siano rimaste invariate
4. verifica che entrambi gli occhi non abbiano in corso eventuali processi infiammatori od infettivi
5. preparazione del personale di sala operatoria: tutto il personale di sala operatoria deve essere in condizioni di minimo rischio di contaminazione dell'ambiente chirurgico (copricapo, mascherina che copra naso e bocca, divisa e calzari dedicati)
6. preparazione del chirurgo: il chirurgo deve essere in condizioni di sterilità (copricapo, mascherina che copra naso e bocca, divisa e calzari dedicati, camice sterile, guanti sterili). Il camice ed i guanti devono essere sostituiti al termine di ogni procedura chirurgica.



7. preparazione del paziente prima dell'accesso alla sala operatoria:
  - a. somministrazione di eventuali altre terapie locali oculari come ad esempio midriatici ed antibiotici
  - b. il paziente deve essere preparato per accedere alla sala operatoria in condizioni di minimo rischio di contaminazione dell'ambiente chirurgico (copricapo, sovrascarpe e vestaglia monouso)
8. preparazione del paziente in sala operatoria:
  - a. posizionamento sul lettino operatorio
  - b. eventuale accesso venoso
  - c. monitoraggio cardiorespiratorio con ossimetro e bracciale della pressione a cura dell'anestesista
9. preparazione dell'occhio da operare:
  - a. confermare se occhio destro o sinistro
  - b. **accurata disinfezione della cute periorbitaria e periorbitaria con soluzione di iodopovidone al 5% per uso oftalmico monouso**
  - c. **accurata disinfezione del sacco congiuntivale mediante instillazione ripetuta di soluzione di iodopovidone al 5% per uso oftalmico monouso**
  - d. apposizione di telo monouso sterile con accesso adesivo al bulbo oculare avendo cura di coprire integralmente le ciglia
  - e. apposizione del blefarostato
  - f. lavaggio accurato con soluzione salina bilanciata
10. esecuzione dell'intervento:

A giudizio del chirurgo valutare l'opportunità di somministrare in camera anteriore 1 mg di cefuroxime in 0.1 ml di soluzione salina allo 0.9% per uso oftalmico monouso
11. medicazione del paziente: a giudizio del chirurgo l'occhio viene medicato con collirio antibiotico chinolonico monouso
12. i dati identificativi - codice a barre - di tutto il materiale utilizzato per l'intervento - IOL, viscoelastica, antibiotico, ecc. - devono essere allegati alla cartella clinica;
- 13 controllo da parte del personale di sala delle condizioni psicofisiche del paziente e trasferimento in sala attesa/dimissioni
14. rilascio di istruzioni scritte per il periodo postoperatorio durante il quale non è da ritenere utile la somministrazione di antibiotici per via generale

#### Dopo l'intervento

Necessità di visita oculistica di controllo entro 72 ore dalla procedura chirurgica.

La comparsa di eventuali complicanze infettive deve essere segnalata in cartella clinica e comunicata anche al CTS della SOI ad apposito indirizzo e mail dedicato: [cts.soi@sedesoi.com](mailto:cts.soi@sedesoi.com).