



SOI
Società Oftalmologica Italiana

Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 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.

Circa il 90% delle endoftealmiti si sviluppa dopo chirurgia della cataratta e un recente studio di metanalisi indica un incremento di questa complicanza negli ultimi 20 anni.

Il principale fattore di rischio per lo sviluppo di endoftealmite sembra essere l'integrità della ferita chirurgica.

Nella chirurgia della cataratta sembra che il tunnel in cornea chiara non suturato abbia un maggiore rischio di endoftealmite.

Nella vitrectomia l'uso di tecniche mininvasive (23 e 25 g senza sutura) è associato ad un maggiore rischio di endoftealmite rispetto alla tecnica standard in 20 g con sutura.

L'endoftealmite è fortemente associata alle iniezioni intravitreali per le quali la SOI ha già pubblicato delle raccomandazioni.

La cheratoplastica perforante, la trabeculectomia e gli impianti drenanti hanno un rischio di endoftealmite superiore alla chirurgia della cataratta. In particolare la trabeculectomia con uso di agenti antimetabolici.

Introduzione

Fattori di rischio

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

Sul piano sistemico sono da considerare a maggior rischio 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 la principale fonte di agenti infettivi. Sostanze e strumenti chirurgici utilizzati prima, durante e dopo l'intervento sono una ulteriore fonte di infezione. Anche alcuni materiali delle IOL ed alcune sostanze viscoelastiche (idrossipropilmetilcellulosa, sodio ialuronato) possono rappresentare un veicolo dell'infezione. Una importante fonte di infezione è rappresentata dalle stesse mani del paziente durante le manovre di automedicazione ed anche dai flaconi dei farmaci se maneggiati con mani non perfettamente pulite.

Agenti eziologici

L'eziologia dell'endoftealmite 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 endoftealmite 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 endoftalmite 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 almeno 20 giorni prima dell'intervento.

I portatori di protesi oculare nell'orbita controlaterale devono sospendere l'uso della protesi almeno 20 giorni 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 chinolonici 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 (copicapo, mascherina che copra naso e bocca, divisa e calzari dedicati)
6. preparazione del chirurgo: il chirurgo deve essere in condizioni di sterilità (copicapo, 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 (copicapo, 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 perioculare e periorbitaria con soluzione di iodopovidone al 5% per uso oftalmico monouso, ripetuta almeno 3 volte**
 - c. **instillazione nel sacco congiuntivale di soluzione di iodopovidone al 5% per uso oftalmico monouso lasciata agire per almeno 3 minuti**



- 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:

b. a giudizio del chirurgo valutare la somministrazione di 1 mg di cefuroxime in 0.1 ml di soluzione salina allo 0.9% in camera anteriore

c. verificare la perfetta tenuta del tunnel corneale e se necessario suturare il tunnel corneale

11. medicazione del paziente: 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, 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.