

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ****IMI Κλινικές Πρακτικές Διαχείρισης της Μυωπίας**

**Monica Jong, PhD BOptom**  
Executive Director IMI  
Brien Holden Vision Institute Sydney  
Visiting Fellow School of Optometry and Vision Science, University of New South Wales, Sydney,  
Australia

**Kate L. Gifford, BAppSc(Optom) PhD**  
IMI Committee Chair  
Private Practice and Queensland University of Technology, Australia

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**Η** αναφορά αυτή περιγράφει λεπτομερώς τις βέλτιστες τεκμηριωμένες πρακτικές για τη διαχείριση της μυωπίας, συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης των παραγόντων κινδύνου, της διαδικασίας εξέτασης, της επιλογής στρατηγικών θεραπείας και κατευθυντήριων γραμμών για τη συνεχή διαχείριση. Αναλύονται λεπτομερώς οι εκτιμήσεις του επαγγελματία οφθαλμικής υγείας όπως η λήψη συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση και η επικοινωνία με τους ασθενείς και τους γονείς.

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ****Προσδιορισμός παραγόντων κινδύνου**

Η μυωπία αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό διαθλαστικό σφάλμα και θεωρείται παραδοσιακά ως συνέπεια της αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικών, φυλετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου. Η ακόλουθη ενότητα επισημαίνει αυτούς τους παράγοντες κινδύνου:

- Νεότερη ηλικία εμφάνισης:** Ο κίνδυνος εμφάνισης μυωπίας σε ένα παιδί μπορεί να αναγνωρισθεί συγκρίνοντας το διαθλαστικό του σφάλμα με το αναμενόμενο για τη δεδομένη ηλικία (Πίνακας 1). Χαμηλότερη υπερμετρωπία από τη φυσιολογική για την ηλικία μπορεί να υποδηλώνει κίνδυνο ανάπτυξης μυωπίας; οι μελλοντικοί μύωπες εμφανίζουν λιγότερη υπερμετρωπία έως και 4 έτη πριν την έναρξη της μυωπίας, σε σύγκριση με συνομήλικους που παρέμειναν εμμέτρωπες. Ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στην ταχύτερη εξέλιξη της μυωπία στην παιδική ηλικία είναι η νεότερη ηλικία εμφάνισής της, ενώ αυτός ο παράγοντας είναι ανεξάρτητος από το φύλλο, την εθνικότητα, το σχολείο, το χρόνο που αφιερώνεται στο διάβασμα (κοντινή εργασία) και τη γονική μυωπία.
- Τα φυσιολογικά όρια των ηλικιών βαζίζονται σε μία μελέτη εθνοτικού διαχωρισμού σε περισσότερα από 4.500 παιδιά (στις ΗΠΑ).**

Ηλικία (έτη)	Διάθλαση
6	+0.75 D ή λιγότερο
7 έως 8	+0.50 ή λιγότερο
9 έως 10	+0.25 D ή λιγότερο
11	εμμέτρωπία

3. **Μυωπικοί γονείς:** Η ύπαρξη ενός ή δύο μυωπικών γονέων αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης μυωπίας, σε συνδυασμό με τον περιορισμένο χρόνο που αφιερώνεται σε εξωτερικούς χώρους και τον αυξημένο χρόνο που αφιερώνεται στο διάβασμα.
4. **Ασιατική εθνικότητα:** Το εθνικό υπόβαθρο έχει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της μυωπίας, με μεγαλύτερη προδιάθεση στα άτομα Ασιατικής εθνικότητας.
5. **Διαταραχές διόφθαλμης όρασης:** Πριν την εμφάνιση της μυωπίας, μπορεί να εμφανιστούν συγκεκριμένες διαταραχές στη διόφθαλμη συνεργασία, όπως μειωμένες αποκρίσεις προσαρμογής, αυξημένη υπο-προσαρμογή, υψηλότερος λόγος AC/A. Το αποτέλεσμα της διαχείρισης αυτών των διαταραχών στην ανάπτυξη της μυωπίας δεν έχει ακόμα καθοριστεί.
6. Αφού εμφανιστεί η μυωπία, υπάρχουν υποθέσεις για το κατά πόσο τα σφάλματα προσαρμογής αποτελούν χαρακτηριστικό παρά αίτιο της μυωπίας.
7. **Οπτικό περιβάλλον:** Τα παιδιά που γίνονται μύωπες φαίνεται να αφιερώνουν λιγότερο χρόνο σε εξωτερικούς χώρους σε σύγκριση με τους μη μύωπες της ηλικίας τους. Επιπλέον, ο κίνδυνος ανάπτυξης και εξέλιξης της μυωπίας σχετίζεται σημαντικά με την ανάγνωση σε πολύ κοντινές αποστάσεις (<20 cm) και για συνεχόμενες χρονικές περιόδους (>4 min), παρά με τον συνολικό χρόνο που αφιερώνεται σε όλες τις κοντινές δραστηριότητες.

### Εξέταση

Σχήμα 1. Κλινικές δοκιμές για τη διαχείριση της μυωπίας.



1. **Λήψη ιστορικού:** Ηλικία, φύλο, ιστορικό οφθαλμικής και γενικής υγείας, οφθαλμική επέμβαση, ιστορικό γονικής μυωπίας, ηλικία έναρξης μυωπίας, ιστορικό προηγούμενης εξέλιξης της μυωπίας (αν υπάρχει), προηγούμενες θεραπείες ελέγχου μυωπίας και οπτικές συνήθειες όπως μέση καθημερινή ενασχόληση με κοντινή εργασία και χρόνο σε εξωτερικούς χώρους.
2. **Διάθλαση:** Μη κυκλοπληγική και κυκλοπληγική διάθλαση όπως υποδεικνύεται. Η συνιστώμενη δοσολογία για την κυκλοπληγική διάθλαση είναι 2 σταγόνες τροπικαμίδης 1% ή κυκλοπεντολάτης με καθυστέρηση 5 λεπτών. Η κυκλοπληγική διάθλαση πρέπει να πραγματοποιείται 30 έως 45 λεπτά αργότερα.
3. Οπτική οξύτητα με τη χρήση της βέλτιστης διόρθωσης.
4. **Διόφθαλμη όραση και δοκιμασία προσαρμογής** Αξιολόγηση των συστημάτων προσαρμογής και σύγκλισης. Οι δύο βασικές δοκιμασίες της προσαρμογής είναι α) η ακρίβεια της προσαρμοστικής ικανότητας η οποία κλινικά καταγράφεται ως υπέρ-προσαρμογή (accommodative lead) ή υπό-προσαρμογή (accommodative lag) και η αξιολόγηση του εύρους προσαρμογής ή της μέγιστης προσαρμοστικής ικανότητας (σε D). Επιπρόσθετα, η προσαρμοστική ικανότητα, μετριέται συχνά για να αξιολογηθεί η ικανότητα ενός ατόμου να προσαρμοστεί σε ερεθίσματα που αλλάζουν απότομα απόσταση προσαρμογής.
5. **Αξιολόγηση οφθαλμικής ακεραιότητας του πρόσθιου οφθαλμού:** αξιολόγηση στη σχισμοειδή λυχνία και μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης.
6. **Τοπογραφία κερατοειδούς:** Εφόσον ενδείκνυται (για παράδειγμα, για εφαρμογή φακών επαφής) και ιδανικά να αξιολογηθεί με χρήση κερατοειδικού τοπογράφου.
7. **Αξονικό μήκος:** Η μέτρηση του αξονικού μήκους δεν είναι διαδεδομένη στην κλινική πράξη, και προς το παρόν δεν υπάρχουν καθιερωμένα κριτήρια για φυσιολογική ή επιταχυνόμενη αξονική επιμήκυνση σε συγκεκριμένο άτομο. Είναι ευρέως γνωστό ότι κατά τη διάρκεια της εμμετροποίησης, η αξονική επιμήκυνση είναι ταχύτερη στα νεότερα (6 έως 10 ετών) σε σχέση με τα μεγαλύτερα (12 έως 16 ετών) παιδιά. Ωστόσο, παρατηρείται ένα ευρύ φάσμα, με τους εμμέτρους να διαθέτουν ένα τυπικό αξονικό μήκος ανάμεσα στα 22 έως 24mm και τη μυωπία να σχετίζεται συνήθως με αξονικό μήκος μεγαλύτερο των 25mm. Η αύξηση κατά περίπου 0.1 χιλιοστά ανά έτος έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με τη φυσιολογική ανάπτυξη των ματιών, ενώ η αύξηση κατά 0.2 έως 0.3 ανά έτος σχετίζεται με την αύξηση της μυωπίας, χωρίς να περιορίζεται σε αυτό. Όπου υπάρχει διαθεσιμότητα, η μέτρηση με μια συσκευή μη-επαφής, όπως για παράδειγμα, το IOL Master (Zeiss) ή το LENSTAR (Haag-Streit), είναι ιδανική.
8. **Εξέταση και απεικόνιση βυθού:** Εξέταση του κεντρικού και του περιφερειακού αμφιβληστροειδούς υπό την επίδραση κυκλοπληγίας, σε ετήσια βάση για τους υψηλούς μύopes ενώ στους υπόλοιπους οφθαλμούς ανάλογα με τις αλλαγές που προκύπτουν από τα ευρήματα της απεικόνισης με χρήση της Οπτικής Τομογραφίας Συνοχής (OCT) και/ή με φωτογραφία βυθού.

### **Επιλογή κατάλληλων στρατηγικών θεραπείας**

1. **Προσδιορισμός του ρυθμού εξέλιξης:** Στην προσπάθεια ελέγχου της εξέλιξης της μυωπίας, η κατανόηση ή η εκτίμηση του ρυθμού με τον οποίο εξελίσσεται η μυωπία για κάθε άτομο μπορεί να βοηθήσει στον προσδιορισμό της κατάλληλης στρατηγικής για τον έλεγχο του ρυθμού εξέλιξης της μυωπίας.
2. **Επιλογή θεραπείας:** Τα παιδιά που διαθέτουν πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου μπορεί να απαιτούν ιδιαίτερη στρατηγική διαχείριση και συχνή παρακολούθηση, σε σύγκριση με τα παιδιά με ελάχιστους ή καθόλου σχετιζόμενους παράγοντες κινδύνου. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται

με τον ασθενή και τη θεραπεία και αναμένεται να επηρεάσουν επίσης την επιλογή της θεραπείας:

- a. Το διαθλαστικό σφάλμα κατά την έναρξη της μυωπίας και η ηλικία (η νεότερη ηλικία οδηγεί γενικότερα σε ταχύτερη εξέλιξη)
- b. Η κατάσταση της δίοφθαλμης όρασης (για παράδειγμα, καλύτερα αποτελέσματα στον έλεγχο της εξέλιξης της μυωπίας με πολυεστιακά γυαλιά οράσεως, καταγράφηκαν σε παιδιά με μεγαλύτερα σφάλματα υπό-προσαρμογής και εσωφορία για κοντά)
- c. Η εθνικότητα (για παράδειγμα, σε πρόσφατη μελέτη μετά-ανάλυσης αναφέρεται μεγαλύτερη επίδραση της θεραπείας ατροπίνης σε παιδιά Ασιατικής εθνικότητας σε σύγκριση με τα παιδικά Ευρωπαϊκής εθνικότητας)
- d. Εκτιμήσεις για θέματα ασφάλειας, συμμόρφωσης και κόστους

### 3. Ειδικές κατευθυντήριες γραμμές:

- a. **Πολυεστιακοί μαλακοί φακοί επαφής:** Επειδή οι διαθέσιμοι πολυεστιακοί φακοί επαφής ενδέχεται να μειώσουν την ποιότητα της όρασης του χρήστη, είναι σημαντικό να αξιολογείται η οπτική οξύτητα και η ποιότητα της όρασης από τον εφαρμοστή. Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής εμφανίζει σημαντική μείωση στην οπτική οξύτητα ή/και στην υποκειμενική ποιότητα όρασης με συγκεκριμένο φακό επαφής, χρειάζεται να πραγματοποιηθεί επιδιάθλαση και να ενσωματωθεί στην τελική ισχύ του φακού. Εναλλακτικά, το addition για κοντά μπορεί να μειωθεί μέχρι να εξασφαλιστεί ικανοποιητική όραση, είτε να επιλεγεί από τον εφαρμοστή διαφορετικός σχεδιασμός φακού επαφής. Η επίδραση του addition στην δίοφθαλμη λειτουργική όραση θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί.
- b. **Γυαλιά οράσεως:** Στην κλινική πράξη, είναι συνήθως πιο πρακτικό να συνταγογραφείται το κοντινό addition που απαιτείται για τη διαχείριση τυχόν διαταραχών της προσαρμογής ή της σύγκλισης, ώστε να εξασφαλισθεί οπτική άνεση. Αν και υπάρχουν ενδείξεις από συγκεκριμένες κλινικές μελέτες ότι οι διπλεστικά φακοί οράσεως έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα συγκριτικά από τους πολυεστιακούς, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει κατά τη συνταγογράφηση να συνυπολογίσει οποιοδήποτε ζήτημα αισθητικής ή συμμόρφωσης του χρήστη καθώς και την κατάλληλη επιλογή και εφαρμογή του σκελετού στο πρόσωπο.
  - i. **Διπλεστικά:** Η διαχωριστική γραμμή στα διπλεστικά γυαλιά που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της μυωπίας θα πρέπει να βρίσκεται υψηλότερα από αυτή που χρησιμοποιείται παραδοσιακά για την πρεσβυωπική διόρθωση, ώστε μεγαλύτερο τμήμα της μυωπικά αφεστιασμένης περιοχής να εκτίθεται στον ανώτερο αμφιβληστροειδή.
  - ii. **Ο σκελετός** θα πρέπει να ρυθμίζεται στο πρόσωπο σε τακτική βάση ώστε να διασφαλίζεται η σωστή εφαρμογή του.
  - iii. **Πολυεστιακοί φακοί (προοδευτικής διόρθωσης):** Η επιλογή πολυεστιακών φακών με στενό οπτικό κανάλι εξασφαλίζει παρομοίως ότι το παιδί θα βλέπει περισσότερο μέσω του τμήματος κοντινής διόρθωσης.

### *Επικοινωνία με τον ασθενή*

1. **Εκπαίδευση και παράγοντες κινδύνου:** Οι ασθενείς (τα παιδιά) και οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται για τις πιθανές αιτίες και τους παράγοντες κινδύνου για τη μυωπία, προκειμένου να κατανοήσουν το προφίλ κινδύνου του παιδιού τους και να μειώσουν την έκθεσή του σε κινδύνους που μπορούν να αποφευχθούν. Η γραπτή ενημέρωση είναι σημαντική για την εμπέδωση

της προφορικής εκπαίδευσης στο γραφείο και χρησιμεύει ως αναφορά μεταξύ επισκέψεων και συζητήσεων με τους γονείς των παιδιών σε κίνδυνο ανάπτυξης μυωπίας, καθώς και εκείνων που είναι ήδη μύωπες.

2. **Συγκατάθεση:** Θα πρέπει να παρέχονται στους γονείς πληροφορίες σχετικά με την αναμενόμενη αποτελεσματικότητα των θεραπειών/τεχνικών ελέγχου της εξέλιξης της μυωπίας καθώς και τα πιθανά οφέλη αυτών.
- a. **Πρόγνωση:** Καμία ήδη υπάρχουσα θεραπεία ελέγχου της μυωπίας δεν μπορεί να σταματήσει μόνιμα ή να αντιστρέψει την εξέλιξη της μυωπίας. Γενικότερα, για τα μυωπικά παιδιά που χρησιμοποιούν παραδοσιακά μονοεστιακά γυαλιά ή φακούς επαφής, η μυωπία θα συνεχίζει να αυξάνεται κατά περίπου 0.50 έως 1.00D ετησίως. Οι θεραπείες ελέγχου της μυωπίας αναμένεται να επιβραδύνουν το ρυθμό εξέλιξης. Το αποτέλεσμα της θεραπείας ελέγχου της μυωπίας για ένα μεμονωμένο παιδί μπορεί να είναι υψηλότερο ή χαμηλότερο από το μέσο όρο. Η αποτελεσματικότητα των τεχνικών ελέγχου της μυωπίας σε βάθος χρόνου δεν είναι πλήρως κατανοητή καθώς τα διαθέσιμα δεδομένα είναι από 1 έως 5 χρόνια θεραπείας.
- b. **Πιθανοί κίνδυνοι και ανεπιθύμητες ενέργειες:** Οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται για πιθανούς κινδύνους και ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τις θεραπείες ελέγχου της μυωπίας:
- i. **Φακοί επαφής:** Ο σημαντικότερος κίνδυνος που σχετίζεται με τους φακούς επαφής είναι η μικροβιακή κερατίτιδα, η οποία σε ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές της όρασης. Το ποσοστό των νέων περιστατικών μικροβιακής κερατίτιδας σε παιδιά που χρησιμοποιούν Ορθοκερατολογικούς φακούς επαφής κατά τη διάρκεια της νύχτας είναι 13 στα 10.000 ανά έτος. Για τους μαλακούς φακούς επαφής, το ποσοστό εμφάνισης της μικροβιακής κερατίτιδας (MK) σε ενήλικες που χρησιμοποιούν φακούς επαφής ημερήσιας χρήσης είναι 2 περιστατικά ανά 10.000 ετησίως, ενώ 12 ανά 10.000 ετησίως σε μαλακούς φακούς επαφής καθημερινής χρήσης. Αυτά τα ποσοστά της MK δεν έχουν μελετηθεί ειδικά σε παιδιά; εντούτοις το ποσοστό των περιστατικών που εμφανίζουν κερατοειδικές διηθήσεις είναι περίπου 15 ανά 10.000 ετησίως για παιδιά ηλικίας 13-17 ετών. Ο ρυθμός εμφάνισης μικροβιακής κερατίτιδας για παιδιά ηλικίας 8-12 ετών που χρησιμοποιούν φακούς επαφής φαίνεται να είναι μικρότερος από αυτό των ενηλίκων ή των εφήβων, αλλά δεν μπορεί να εκτιμηθεί με ακρίβεια με τα διαθέσιμα δεδομένα.
- ii. **Ορθοκερατολογία και Πολυεστιακοί Μαλακοί Φακοί Επαφής:** Σε σύγκριση με τα γυαλιά, τα παιδιά ενδέχεται να παρατηρήσουν ελαφρά θολή όραση είτε διακυμάνσεις στην εστίασή τους είτε με την ορθοκερατολογία είτε με τη χρήση πολυεστιακών μαλακών φακών επαφής.
- iii. **Ατροπίνη:** Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη χρήση σταγόνων ατροπίνης είναι ένα προσωρινό τσούξιμο ή κάψιμο των ματιών, θολή όραση και ευαισθησία στο φως. Χαμηλότερες χορηγούμενες δόσεις ενδέχεται να μειώσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι επιπτώσεις της μακροχρόνιας χρήσης ατροπίνης είναι προς το παρόν άγνωστες.
- iv. **Γυαλιά οράσεως:** Αν και γενικότερα παρουσιάζουν χαμηλότερη αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες τεχνικές ελέγχου της μυωπίας, οι κίνδυνοι ανεπιθύμητων ενεργειών με διόρθωση με οφθαλμικούς φακούς οράσεως είναι ελάχιστοι.

### 3. Συμβουλές και κλινική φροντίδα

- a. Τα παιδιά θα πρέπει να ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν τη μυωπική τους διόρθωση όλες τις ώρες, καθώς η υπό-διόρθωση της μυωπίας, όπως δείχνουν ορισμένες μελέτες, επιταχύνει την εξέλιξη της μυωπίας.
- b. Η χρήση των φακών επαφής για Ορθοκερατολογία πρέπει να γίνεται καθημερινά, τουλάχιστον για 8 ώρες τη νύχτα.
- c. Οι μαλακοί πολυεστιακοί φακοί επαφής πρέπει να χρησιμοποιούνται τουλάχιστον κατά τη διάρκεια τους σχολείου και των εργασιών στο σπίτι, οπωσδήποτε με την επιλογή ενός ζεύγους γυαλιών οράσεως ως εφεδρική λύση.
- d. Οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με το ότι η αυξημένη κοντινή εργασία (σε έντυπα ή ψηφιακές συσκευές) μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη και την εξέλιξη της μυωπίας. Η κοντινή απόσταση ανάγνωσης (<20cm) και η συνεχόμενη κοντινή εργασία (>45 min) έχουν συσχετισθεί με μεγαλύτερο ρίσκο εμφάνισης μυωπίας. Οι υπαίθριες δραστηριότητες σχετίζονται με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης μυωπίας στα παιδιά, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που πραγματοποιούν συνήθως αυξημένη κοντινή εργασία. Αυτό δεν σημαίνει ότι τα παιδιά πρέπει να αποφεύγουν τις κοντινές δραστηριότητες, αλλά πιο σωστά, να ενθαρρύνονται για τακτικά διαλείμματα, κατάλληλες αποστάσεις ανάγνωσης και συχνές αλλαγές της βλεμματικής θέσης. Ενώ αφιερώνουμε χρόνο στο διάβασμα και στις οθόνες, θα πρέπει να ενθαρρύνεται και ο επαρκής χρόνος σε υπαίθριες δραστηριότητες.
- e. Βελτίωση του εσωτερικού φωτισμού, αυξημένη έκθεση στο φυσικό φως και αύξηση του χρόνου που αφιερώνεται σε υπαίθριες δραστηριότητες.
- f. Χρήση φακών επαφής:
  - i. Πλένετε σχολαστικά τα χέρια σας πριν τοποθετήσετε ή αφαιρέσετε τους φακούς επαφής σας.
  - ii. Ποτέ μην κολυμπάτε ή κάνετε ντους με φακούς επαφής και μην εκθέσετε τους φακούς επαφής ή τη θήκη τους σε νερό.
  - iii. Μη χρησιμοποιείτε τους φακούς επαφής σας εάν έχετε κρυολόγημα ή γρίπη.
- iv. Ενθαρρύνεται ισχυρά η χρήση ημερήσιων φακών επαφής. Εφόσον φοράτε φακούς επαφής συχνής αντικατάστασης, χρησιμοποιήστε φρέσκο διάλυμα καθαρισμού κάθε ημέρα και εφόσον απαιτείται χρησιμοποιήστε σχήμα καθαρισμού χωρίς συντηρητικά όπως υπεροξειδίο του υδρογόνου. Αντικαταστήστε τη θήκη αποθήκευσης των φακών σας τουλάχιστον κάθε 3-6 μήνες. Ξεπλύνετε με διάλυμα καθαρισμού φακών επαφής, τρίψτε, σκουπίστε με πετσέτα μιας χρήσης και αφήστε τη θήκη να στεγνώσει με την όψη προς τα κάτω. Αν δεν ζητηθεί από τον εφαρμοστή σας (για παράδειγμα στην ορθοκερατολογία), μην κοιμάστε ποτέ με τους φακούς σας.
- g. Χρήση Ατροπίνης: Στις περιπτώσεις που είναι διαθέσιμα, προτιμώνται τα σκευάσματα ατροπίνης σε μονοδόσεις.

4. **Πρόγραμμα παρακολούθησης (Εικόνα 2):** Σε περίπτωση που θεωρηθεί ότι η εξέλιξη της μυωπίας δεν ελέγχεται επαρκώς, η θεραπεία μπορεί να διακοπεί, να αλλάξει μορφή, να αυξηθεί είτε να συνδυαστεί με άλλη θεραπευτική τεχνική. Η στενή παρακολούθηση από τον κλινικό είναι σημαντική ακόμα και στην περίπτωση διακοπής της θεραπείας, έτσι ώστε οποιαδήποτε φαινομενική επιτάχυνση της εξέλιξης να μπορεί να αντιμετωπιστεί άμεσα, επαναφέροντας τη θεραπεία. Επιπλέον, υπάρχουν νομικά και ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με τη θεραπευτική παρέμβαση, τα οποία μπορεί να χρειαστεί να εξετασθούν.

Εικόνα 2. Πρόγραμμα παρακολούθησης για τη διαχείριση της μυωπίας ανά τύπο θεραπείας.



**Αναφορά :** Gifford KL, Richdale K, Kang P, Aller TA, Lam CS, Liu YM, et al. IMI - Clinical Management Guidelines Report. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2019;60(3):M184-M203. <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2727312>

### Ευχαριστίες

Λίστα των μελών της επιτροπής του IMI, την αναφορά του IMI Clinical Myopia Management Guidelines Report, και την ίδια τη δημοσίευση (white papers) μπορείτε να βρείτε στον παρακάτω σύνδεσμο: <https://www.myopiainstitute.org/imi-white-papers.html>. Ευχαριστίες στην Dr Maria Markoulli for για την επαγγελματική της βοήθεια σε αυτή την περίληψη. Το κόστος έκδοσης της κλινικής περίληψης υποστηρίχθηκε από δωρεές από τους: Brien Holden Vision Institute, Carl Zeiss Vision, Coopervision, Essilor, Alcon και Vision Impact Institute.

### Επικοινωνία

Brien Holden Vision Institute Ltd  
Level 4, North Wing, Rupert Myers Building, Gate 14 Barker Street,  
University of New South Wales, UNSW NSW 2052  
m.jong@bhvi.org  
+612 9385 7516