AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY
The Eye M.D. Association

RESUME DES REFERENCES DES GUIDES DES BONNES PRATIQUES MEDICALES

Traduit par Dr. Amel Ouertani

Introduction

Ceux-ci sont les résumés des références des guides des bonnes pratiques médicales (BPM) de l'Académie. Ces séries des guides des bonnes pratiques médicales ont été déterminées sur la base de 3 principes:

- Chaque modèle de bonne pratique médicale devrait être cliniquement pertinent et suffisamment spécifique pour fournir des informations utiles aux praticiens
- Chaque recommandation faite devrait recevoir un classement explicite qui montre son importance dans le processus de soin
- Chaque recommandation faite devrait recevoir un classement explicite qui montre la force de la preuve qui soutient la recommandation et reflète la meilleure preuve disponible

Les guides des bonnes pratiques médicales ne fournissent pas des directives pour la prise en charge d'un patient unique. Alors qu'ils devraient généralement répondre aux besoins de la plupart des patients, ils ne peuvent répondre aux besoins de tous les patients. L'adhésion à ces à ces guides des bonnes pratiques médicales n'assurera pas un bon résultat dans toutes les situations. Ces guides des bonnes pratiques médicales ne doivent pas être considérées comme incluant toutes les méthodes de soin appropriées ni excluant d'autres méthodes de soin visant raisonnablement à obtenir les meilleurs résultats. Il pourrait être nécessaire de répondre aux besoins de patients différents par différentes méthodes. Le praticien doit émettre le jugement final quand à l'opportunité du traitement d'un patient particulier à la lumière de toutes les circonstances présentées par ce patient en particulier. L'Académie Américaine d'Ophtalmologie est disponible pour assister ses membres à résoudre les dilemmes éthiques qui pourraient apparaitre lors de la pratique ophtalmologique.

Les guides des bonnes pratiques médicales ne sont pas des standards médicaux à qui adhérer dans toutes les situations individuelles. L'Académie décline spécifiquement chaque et toute réclamations pour tout traumatisme ou tout dommage quels qu'ils soient, dûs à la négligence ou autre, pour chaque et toute réclamations qui pourraient surgir à la suite de l'utilisation de ces recommandations ou autres informations contenues ici.

Pour chaque situation pathologique grave, les recommandations pour le processus de soin, incluant l'historique, l'examen physique et les tests complémentaires, sont résumées en même temps que les recommandations majeures pour la prise en charge thérapeutique, le suivi et l'éducation du patient. Pour chaque BPM, une recherche bibliographique détaillée de PubMed et de la Cochrane Library (pour les articles en Anglais) est entreprise. Les résultats sont revus par un panel d'experts habitués à préparer les recommandations qu'ils classent de 2 façons.

Le panel a d'abord classé chaque recommandation selon sa valeur dans le processus de soin. Cette classification de la "valeur dans le processus de soin" représente le soin que le panel a considéré comme pouvant améliorer la qualité de prise en charge du patient de façon significative. La classification de la valeur est divisée en 3 niveaux.

- Niveau A, défini comme le plus élevé
- Niveau B, défini comme modérément important
- Niveau C, défini comme pertinent mais pas fondamental

Le panel a aussi classé chaque recommandation sur la force des preuves rapportées dans la littérature disponible, pour étayer cette recommandation. La "classification de la force des preuves" est aussi divisée en 3 niveaux.

- Niveau I inclut les preuves obtenues au moins par un essai contrôlé, randomisé, bien conçu et bien conduit. Elle pourrait inclure des méta-analyses d'essais contrôlés et randomisés.
- Niveau II inclut les preuves obtenues à partir de:
  - Essais bien conçus, contrôlés, et sans randomisation
  - Des études analytiques bien conçues, de cohorte ou de cas témoins, de préférence multicentrique
  - Séries échelonnées dans le temps avec ou sans intervention
- Niveau III inclut des preuves fournies par l'un des cas suivants:
  - Etudes descriptives
  - Cas cliniques
  - Rapports d'expert comités / organisations (ex: panel du consensus des BPM, revues par un pair externe)

Le but des BPM est de servir de guides dans le soin des patients reposant particulièrement sur les aspects techniques. En appliquant ces guides, il est essentiel de reconnaitre que la vraie excellence médicale est atteinte quand les connaissances sont utilisées de façon à ce que les besoins du patient constituent le but essentiel. L'AAO est disponible pour assister ses membres à résoudre les dilemmes éthiques qui apparaissent lors de la pratique ophtalmologique. (AAO, Code d'Ethique)

Copyright © American Academy of Ophthalmology October 2013; French translation February 2014

Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA) (Evaluation Initiale et lors Suivi)

Traduit par Dr. Imène Ammous

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Symptômes (métamorphopsies, baisse visuelle) [A:II]
- Prise médicamenteuse et suppléments alimentaires [B:III]
- Antécédents oculaires [B:II]
- Antécédents généraux (notion d'allergie) [B:II]
- Antécédents familiaux de DMLA [B:II]
- Nouvelles habitudes sociales tel qu'un tabagisme [B:II]

Examen Clinique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle [A:III]
- Examen biomicroscopique de la macula [A:III]

Examens Complémentaires

L'angiographie rétinienne à la fluorescéine est indiquée dans la DMLA comme suit: [A:I]

- Quand le patient décrit de nouvelles métamophopsies
- Quand le patient décrit un flou visuel inexpliqué
- Quand l'examen clinique révèle un décollement de l'EP, une hémorragie sous rétinienne, des exsudats durs ou une fibrose sous rétinienne
- Pour détecter la présence ou déterminer l'étendue, le type, la taille et le siège des néovaisseaux choroïdiens (NVC) et calculer le pourcentage de la lésion composé ou évoquant des NVC classiques
- Pour guider le traitement (photocoagulation au laser ou PDTà la Verteporfin)
- Afin de détecter des NVC persistants ou récurrents après traitement
- Pour aider à déterminer la cause d'une baisse visuelle non expliquée par l'examen clinique

Toute angiographie doit être réalisée avec précaution et avec les moyens d'urgence accessibles afin de minimiser le risque d'éventuelles complications. [A:III]

Examen de Suivi, Histoire de la Maladie

- Symptômes visuels tel qu'une baisse de la vision ou des métamorphopsies [A:II]
- Changement d e traitements ou de compléments alimentaires [B:III]
- Nouveaux éléments dans l'histoire oculaire ou générale dans l'intervalle des visites [B:III]
- Nouvelles habitudes sociales tel qu'un tabagisme [B:III]

Examen lors du Suivi

- Acuité visuelle [A:III]
- Examen stéréo-biomicroscopique du FO [A:III]

Examen de Suivi Post Traitement des Néovaisseaux Choroïdiens

- Discuter les risques, bénéfices et les éventuelles complications avec le patient et obtenir son consentement éclairé [A:III]
- Examiner systématiquement les patients qui on été traités par des injections intra-vitréennes de ranibizumab 4 semaines après traitement [A:III]
- Examiner systématiquement les patients qui ont été traités par des injections intra-vitréennes de bévacizumab 4 semaines après traitement [A:III]
- Examiner systématiquement les patients qui on été traités par des injections intra-vitréennes de pegaptanib sodique 6 semaines après traitement [A:III]
- Examiner le patient et réaliser une angiographie à la fluorescéine tous les 3 mois pendant les 2 premières années après PDT à la Verteporfin [A:III]
- Examiner le patient traité par photo coagulation au laser 2 à 4 semaines après traitement puis après 4 à 6 semaines [A:III]
- La tomographie en cohérence optique, [A:III] l'angiographie à la fluorescéine [A:I] et les photos du FO [A:III] peuvent être utiles quand à la détection des signes exsudatifs et doivent être indiqués quand nécessaire
- Les examens de contrôle doivent être réalisés comme indiqués sur les données cliniques et le jugement de l'ophtalmologiste traitant [A:III]

Education du Patient

- Informer le patient du pronostic et du gain potentiel suite au traitement qui va leur être administré en fonction de leur état [A:III]
- Encourager les patients ayant une DMLA débutante à avoir des examens réguliers sous dilatation pupillaire, afin de détecter précocement une DMLA intermédiaire [A:III]
- Eduquer les patients ayant une DMLA intermédiaire sur les moyens de détecter les nouveaux symptômes des NVC et sur la nécessité de consulter alors rapidement leurs ophtalmologistes [A:III]
- Expliquer aux patients qui présentent une atteinte unilatérale de la nécessité de surveiller l'œil sain et de consulter périodiquement même en l'absence de symptômes et rapidement à l'apparition de symptômes visuels significatifs [A:III]
- Expliquer au patient les différents symptômes d'une endophtalmie tels que douleur oculaire, augmentation d'un inconfort visuel, augmentation de la rougeur oculaire, flou ou diminution de la vision, une sensibilité accrue à la lumière et une augmentation des corps flottants [A:III]
- Encourager les patients fumeurs à arrêter de fumer, [A:I] parce que les études ont montré que le tabagisme est étroitement lié à la genèse de la DMLA [A:II] en plus des autres bénéfices sanitaires considérables dus à ce sevrage
- Adresser les patients considérés comme malvoyants au centre de réhabilitation (voir www.aao.org/smartsight) et aux services sociaux [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology October 2013; French translation February 2014

Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (Recommandations Thérapeutiques)

Traduit par Dr. Imène Ammous

Recommandations pour les Stratégies de Traitement et de Suivi pour la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge

Traitement recommandé	Diagnostic	Recommandations Suivi
Contrôles réguliers sans aucun traitement médical ou chirurgical [A:I]	Aucun signe de DMLA (AREDS catégorie 1) DMLA précoce (AREDS catégorie 2) DMLA évoluée avec atrophie sous fovéale géographique ou cicatrice disciforme bilatérale	Selon les recommandations de la «Comprehensive Medical Eye Evaluation» BPM. [A:III] Contrôle de 6 à 24 mois si sujet asymptomatique ou immédiat si symptômes suggestifs de NVC. [A:III] Contrôle de 6 à 24 mois si sujet asymptomatique ou immédiat si symptômes suggestifs de NVC. [A:III] Pas de photo FO ou angiographie à la fluorescéine si pas de symptômes. [A:I]
Vitamines antioxydants et suppléments minéraux tels que recommandés dans l'étude AREDS [A:I]	- DMLA intermédiaire (AREDS catégorie 3) - DMLA avancée d'1 œil (AREDS catégorie 4)	- Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III] - Contrôle de 6 à 24 mois si sujet asymptomatique ou immédiat si symptômes suggestifs de NVC. [A:III] - Photos du FO comme recommandé. - Angiographie à la fluorescéine si œdème ou autres signes d'activité néovasculaire.
Injection intra-vitréenne de Ranibizumab de 0.5 mg. [A:I] Comme recommandé par la littérature.	NVC sous fovéaux	- Le patient doit être informé sur tout symptôme évoquant une endophtalmie tels que douleur oculaire, augmentation d'un inconfort visuel, augmentation de la rougeur oculaire, flou ou diminution de la vision, une sensibilité accrue à la lumière et une augmentation des corps flottants. [A:III] - Contrôle à 4 semaines après traitement, le suivi va dépendre des données cliniques et l'avis de l'ophtalmologiste. [A:III] - Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III]
Injection intra-vitréenne de Bevacizumab décrite dans plusieurs publications [A:I] L'ophtalmologiste doit donner les informations appropriées au patient et obtenir son consentement en l'informant aux conditions off-label [A:III]	NVC sous fovéaux	- Le patient doit être informé sur tout symptôme évoquant une endophtalmie tels que douleur oculaire, augmentation d'un inconfort visuel, augmentation de la rougeur oculaire, flou ou diminution de la vision, une sensibilité accrue à la lumière et une augmentation des corps flottants. [A:III] - Contrôle à 4 semaines après traitement, le suivi va dépendre des données cliniques et l'avis de l'ophtalmologiste. [A:III] - Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III]
Injection intra-vitréenne de pegaptanib de sodium à 0.3 mg. Littérature sur pegaptanib sodique. [A:I]	- NVC sous fovéaux, nouveaux ou récurrents, pour des lésions classiques dont la taille est ≤12 surfaces papillaires selon la «MPS» - Les NVC à prédominance occulte ou occultes purs avec une surface ≤12 surfaces papillaires, hémorragie sous rétinienne associée à des NVC prenant ≤50% de la lésion et/ou présence d'exsudats lipidiques, et/ou la perte visuelle est de 15 lettres ou plus pendant les 12 semaines précédents	- Le patient doit être informé sur tout symptôme évoquant une endophtalmie tels que douleur oculaire, augmentation d'un inconfort visuel, augmentation de la rougeur oculaire, flou ou diminution de la vision, une sensibilité accrue à la lumière et une augmentation des corps flottants. [A:III] - Contrôle à 6 semaines après traitement, le suivi va dépendre des données cliniques et l'avis de l'ophtalmologiste. [A:III] - Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III]
PDT à la verteporfine comme recommandée dans les études TAP et VIP [A:I]	- NVC sous fovéaux, nouveaux ou récurrents, à prédominance visibles où la composante classique est >50% de la lésion et la lésion entière est ≤5400 microns de grand diamètre - Une PTD peut être indiquée dans les NVC occultes si la vision est <20/50 ou NVC de taille <4 surfaces papillaires selon la «MPS» si la vision est >20/50	- Contrôle ophtalmologique tous les 3 mois, avec retraitement s'il existe une indication. [A:III] - Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III]
Photocoagulation au laser comme recommandée par l'étude MPS [A:I]	- NVC visibles extra-fovéaux, nouveaux ou récurrents - NVC juxtapapillaires peut être indiquée	- Contrôle ophtalmologique avec angiographie à la fluorescéine 2 à 4 semaines après traitement, puis tous les 4 à 6 semaines puis en fonction des données cliniques et angiographiques. [A:III] - Le retraitement est indiqué chaque fois que c'est nécessaire. - Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III]

DMLA = dégénérescence maculaire liée à l'âge; AREDS = age-relared eye disease study ; NVC = neovascularisation choroidienne; MPS = macular photocoagulation study; PDT = photo thérapie dynamique; TAP = treatment of age-related macular degeneratin with photodynamic thérapy; VIP = verteporfin in photodynamic therapy

Copyright © American Academy of Ophthalmology October 2013; French translation February 2014