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

La Rétinopathie Diabétique (Evaluation Initiale et du lors Suivi)

Traduit par Dr. Imène Ammous

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Durée du diabète [A:I]
- Contrôle précédent de la glycémie (hémoglobine glyquée A1c) [A:I]
- Prise antérieure de médicaments [A:III]
- Antécédents généraux (ex: obésité, [A:III] maladies rénales, [A:II] hypertension artérielle, [A:I] taux des lipides sanguins, [A:II] grossesse [A:I]
- Antécédents ophtalmologiques [A:III]

Examen Ophtalmologique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle corrigée [A:I]
- Tonus oculaire [A:III]
- Goniscopie quand indiquée (rubéose irienne ou élévation de la PIO) [A:III]
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente [A:III]
- Examen du fond d'œil après dilatation pupillaire incluant un examen stéréoscopique du pôle postérieur [A:I]
- Examen du vitré et de la rétine périphérique au mieux en ophtalmoscopie indirecte ou au verre à trois miroirs [A:III]

Diagnostic

- Classification de l'atteinte oculaire en fonction du type et de la sévérité la rétinopathie diabétique (RD) associée ou nom à un OMCS. [A:III] Avec pour chaque type le risque de progression.

Examen de Suivi, Histoire de la Maladie

- Symptômes visuels [A:III]
- Etat général (grossesse, pression sanguine, taux sanguin du cholestérol, statut rénal) [A:III]
- Contrôle glycémique (hémoglobine glyquée A1c) [A:I]

Examen Ophtalmologique lors du Suivi

- Acuité visuelle [A:I]
- Tonus oculaire [A:III]
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente du segment antérieur et de l'iris [A:II]
- Gonioscopie (rubéose irienne présente ou suspecte et/ou hypertonie oculaire) [A:II]
- Examen stéréoscopique du pôle postérieur après dilatation pupillaire [A:I]
- Examen du vitré et de la rétine périphérique quand indiqué [A:II]

Examens Complémentaires

- Les photographies du FO ont rarement de la valeur quand la RD est minime ou en l'absence de changement par rapport à l'aspect photographique antérieur [A:III]
- Les photographies du FO peuvent être utiles pour documenter une évolution significative de la maladie et la réponse au traitement [B:III]
- L'angiographie à la fluorescéine est utilisée comme guide pour le traitement du OMCS [A:I] et un moyen d'évaluation des causes des baisses inexpliquées de l'acuité visuelle. [A:III] L'angiographie peut identifier une non perfusion capillaire maculaire [A:II] ou l'origine d'une fuite capillaire responsable d'un œdème maculaire, comme causes possibles de la baisse visuelle.
- L'angiographie à la fluorescéine n'est pas un examen de routine indiqué chez tout patient diabétique [A:III]
- L'angiographie à la fluorescéine n'est pas indispensable quand au diagnostic de l'OMCS ou de la RDP. Les 2 sont diagnostiqués essentiellement par l'examen clinique.

Education du Patient

- Discuter des résultats des différents examens et leurs implications [A:II]
- Encourager les patients diabétiques sans signes de RD à avoir un contrôle ophtalmologique annuel avec dilatation pupillaire [A:II]
- Informer les patients que l'efficacité du traitement de la RD est fonction du moment de son application malgré une bonne vision et l'absence de symptômes oculaires [A:II]
- Insister sur l'importance de maintenir des valeurs subnormales de la glycémie ainsi que la tension artérielle et les lipides sanguins [A:III]
- Collaborer avec le médecin traitant, le médecin de famille, les autres spécialistes tels que les internistes, les endocrinologues et leur communiquer le degré d'atteinte oculaire. [A:III]
- Fournir au patients chez qui la chirurgie a échoué et dont la maladie est au-dessus de toute ressource thérapeutique l'aide nécessaire, les conseils, l'aide professionnelle, la réhabilitation et les services sociaux comme cela est approprié à son cas [A:III]
- Orienter les patients avec basse vision aux centres de réhabilitation visuelle (voir www.aao.org/smartsight) et aux services sociaux [A:III]

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

La Rétinopathie Diabétique (Recommandations Thérapeutiques)

Traduit par Dr. Imène Ammous

Recommandations de Gestion pour les Patients Diabétiques

Sévérité de la RD	Présence d'un OMCS *	Suivi (mois)	Pan-photocoagulation Rétinienne	Angiographie à la fluorescéine	Traitement focal/ grille †
RD absente ou RDNP minime	Non	12	Non	Non	Non
RDNP légère à modérée	Non	6–12	Non	Non	Non
	Oui	2–4	Non	Habituellement	Habituellement *‡
RDNP sévère	Non	2–4	Parfois §	Rarement	Non
	Oui	2–4	Parfois §	Habituellement	Habituellement ||
RDP non à risque élevé	Non	2–4	Parfois §	Rarement	Non
	Oui	2–4	Parfois §	Habituellement	Habituellement ‡
RDP à risque élevé	Non	2–4	Habituellement	Rarement	Non
	Oui	2–4	Habituellement	Habituellement	Habituellement ||
RDP involuée	Non	6–12	Non	Non	Habituellement
	Oui	2–4	Non	Habituellement	Habituellement

OMCS = œdème maculaire cliniquement significatif; RD = rétinopathie diabétique; RDNP = rétinopathie diabétique non proliférante; RDP = rétinopathie diabétique proliférante

* Les exceptions comprennent l'hypertension artérielle, la rétention liquidienne associée une insuffisance cardiaque, rénale, grossesse ou tout autre facteur pouvant aggraver l'œdème maculaire. La photocoagulation panrétinienne sera différée et un traitement médical de courte durée sera envisagé dans ces cas. Différer le traitement de l'OMCS est aussi envisageable si le centre de la macula n'est pas touché, l'acuité visuelle excellente, un suivi rapproché est possible et si le patient comprend les risques.

† Un traitement adjuvent peut être envisageable telles que les injections intra vitréennes de corticostéroïdes ou d'anti VEGF (utilisation off-label, à l'exception du ranibizumab). Les données de la «Diabetic Retinopathy Clinical Research Network» en 2011 ont démontré, qu'à deux ans de suivi, l' injection intra vitréenne de ranibizumab associée à un traitement laser immédiat ou différé induit une amélioration du gain visuel et que l' injection intra-vitréenne de triamcinolone acétonide associée à un traitement laser permet dans les yeux pseudophaques, une amélioration plus importante de l'acuité visuelle que le traitement laser seul. Les patients recevant des injections intra vitréennes d'anti VEGF peuvent être examinés un mois après injection.

‡ Un traitement différé de l'OMCS est envisageable si le centre de la macula est épargné, l'acuité visuelle excellente, un suivi rapproché est possible et si le patient comprend les risques. Cependant, le traitement focal doit être parfois initié car même s'il ne permet pas une récupération de l'acuité visuelle, il permet de la stabiliser. Le traitement au laser des lésions proches de la zone avasculaire fovéalaire pourrait entrainer une atteinte de la vision centrale et avec le temps les cicatrices laser peuvent s'étendre et provoquer plus de baisse visuelle. Les études futures pourraient guider les indications des injections intra-vitréennes incluant les corticoïdes et les anti VEGF dans ces cas où la photocoagulation laser ne peut se pratiquer sans risque. Un suivi rapproché pourrait être nécessaire dans l'œdème maculaire non cliniquement significatif.

§ La photocoagulation panrétinienne confluente peut être envisagé en cas de RDP à haut risque. Le bénéfice d'une photocoagulation panrétinienne précoce dans les RDNP sévères ou des formes plus sévères de la rétinopathie est plus important chez les patients ayant un diabète type 2 que chez les diabétiques de type 1. Un traitement doit être indiqué chez les patients avec une RDNP sévères et un diabète type 2. D'autres facteurs, comme une mauvaise coopération du patient avec un suivi irrégulier, une chirurgie de la cataracte, une grossesse, et l'état de l'œil adelphe entrent dans la détermination du moment où la photocoagulation panrétinienne doit être pratiquée.

|| Il est préférable de commencer par un traitement focal avant d'entamer la photocoagulation panrétinienne, afin de minimiser l'exacerbation de l'œdème maculaire induite par la photocoagulation panrétinienne au laser.

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