

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 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 apparaître 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 reconnaître 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'Éthique)

Chirurgie Kérato-réfractive (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Traduit par Dr. Khalil Erraies

Interrogatoire Initial

- Etat actuel de la fonction visuelle ^[A:III]
- Antécédents oculaires ^[A:III]
- Antécédents généraux ^[A:III]
- Traitement en cours ^[A:III]

Examen Oculaire Initial

- Acuité visuelle à distance avec et sans correction ^[A:III]
- Réfraction subjective et si besoin sous cycloplégique ^[A:III]
- Vidéotopographie de la cornée ^[A:III]
- Mesure de l'épaisseur centrale de la cornée ^[A:III]
- Évaluation du film lacrymal et de la surface oculaire ^[A:III]
- Etude de la motilité oculaire et des phories ^[A:III]

Recommandations Avant le Traitement

- Cesser le port des lentilles de contact avant l'examen préopératoire et de la procédure ^[A:III]
- Informer les patients des risques potentiels et des avantages des différents types de chirurgies réfractives qui peuvent être utilisées ^[A:III]
- Remplir un document de consentement éclairé; répondre à toutes les questions du patient avant la chirurgie ^[A:III]
- Vérifier et calibrer les instruments avant la procédure ^[A:III]
- Le chirurgien doit s'assurer de l'identité du patient, du côté à opérer, et que les paramètres sont correctement entrés dans l'ordinateur du laser ^[A:III]

Soins Post-opératoires

- Le chirurgien est responsable du suivi post-opératoire ^[A:III]
- Pour les techniques d'ablation de surface, il est recommandé d'examiner le patient le lendemain de l'intervention, puis tous les 2 à 3 jours jusqu'à ré-épithélialisation complète ^[A:III]
- Pour un LASIK sans incidents opératoires, il faut examiner le patient dans les 36 heures après l'intervention chirurgicale, et puis 1 à 4 semaines après l'opération. D'autres visites seront programmées par la suite en cas de besoin. ^[A:III]

Education du Patient

Discuter avec le patient les risques et les avantages de la procédure prévue. ^[A:III] Les éléments de la discussion comprennent ce qui suit:

- Résultats réfractifs escomptés
- Erreur de réfraction résiduelle
- Correction éventuelle de loin et ou de près après l'opération
- Perte de la meilleure acuité visuelle corrigée
- Les effets secondaires et les complications (ex: la kératite microbienne, l'ectasie cornéenne)
- Changements dans la fonction visuelle autre que ceux appréciés par la mesure de l'acuité visuelle, comprenant le degré d'éblouissement et la fonction visuelle en faible luminosité
- Apparition ou aggravation des symptômes en vision nocturne (ex: éblouissement et halos). Une attention particulière devrait être accordée à cette question pour les patients avec un haut degré d'amétropie ou pour les personnes qui requièrent un haut niveau de fonction visuelle dans des conditions de faible luminosité
- Effet sur les phories
- Sécheresse oculaire: apparition ou aggravation
- Syndrome d'érosion récurrente
- Les limitations de la chirurgie kérato-réfractive en ce qui concerne la presbytie et la perte potentielle de la fonction visuelle non corrigée de près qui accompagne la correction de la myopie
- Avantages et inconvénients de la monovision (pour les patients en âge de la presbytie)
- Avantages et inconvénients des ablations conventionnelles et avancées
- Avantages et inconvénients de la chirurgie simultanée des deux yeux comparativement à la chirurgie séquentielle. Informer le patient qu'après une chirurgie simultanée des deux yeux la vision peut être limitée pendant un certain temps et que certaines activités telles que la conduite peuvent être impossibles pendant quelques semaines.
- Peut influencer la précision prédictive des calculs d'implant intraoculaire concernant une intervention chirurgicale ultérieure pour le traitement d'une cataracte.
- Guide des soins post opératoires (instauration des soins, les responsables des soins)