

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)

Cataracte (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Traduit par Dr. Omar Beltaief

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Symptômes [A:II]
- Antécédents oculaires [A:III]
- Antécédents systémiques [A:III]
- Evaluation de l'état de la fonction visuelle [A:II]

Examen Physique Initial

- Acuité visuelle avec correction actuelle [A:III]
- Mesure de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) (avec réfraction quand nécessaire) [A:III]
- Inspection [A:III]
- Parallélisme oculaire et motricité oculaire [A:III]
- Réactivité et fonction pupillaire [A:III]
- Mesure de la PIO [A:III]
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente [A:III]
- Examen sous dilatation pupillaire du cristallin, de la macula, de la rétine périphérique, du nerf optique et du vitré [A:III]
- Evaluation des aspects pertinents de l'état mental et physique du patient [B:III]

Stratégie des Indications

- Le traitement est indiqué quand la fonction visuelle ne répond plus aux besoins du patient et que la chirurgie de la cataracte permet d'envisager une bonne probabilité d'amélioration [A:II]
- L'extraction de la cataracte est aussi indiquée quand il existe des preuves de pathologies induites par le cristallin ou en cas de nécessité de visualiser le fond d'œil dans un œil avec un potentiel visuel [A:III]
- La chirurgie ne devrait pas être indiquée dans les circonstances suivantes : [A:III] correction réfractive tolérable permettant une vision compatible avec les besoins et les souhaits du patient ; chirurgie ne permettant probablement pas d'améliorer la fonction visuelle et absence de toute autre indication pour l'ablation du cristallin ; patient ne pouvant pas être opéré sans risque du fait des pathologies oculaires ou générales associées ; soins postopératoires adéquats ne pouvant pas être assurés ; incapacité du patient ou de la personne parlant en son nom à donner un consentement éclairé pour une intervention chirurgicale non urgente
- Indications pour la chirurgie du deuxième œil sont les mêmes que pour le premier œil [A:II] (en tenant compte des besoins d'une fonction binoculaire).

Soins Préopératoires

L'ophtalmologiste qui doit réaliser la chirurgie a les responsabilités suivantes:

- Examiner le patient en préopératoire [A:III]
- S'assurer que l'évaluation préopératoire note avec précision les symptômes, signes d'examen et les indications du traitement [A:III]

- Informer le patient au sujet des risques, bénéfiques, et des résultats escomptés de la chirurgie [A:III]
- Formuler un protocole chirurgical, incluant la sélection de l'implant intraoculaire [A:III]
- Revoir les résultats des évaluations préopératoires et diagnostiques avec le patient [A:III]
- Formuler un protocole postopératoire et informer le patient des mesures à prendre [A:III]

Evaluation lors du Suivi

- Les patients à haut risque doivent être revus durant les 24 heures suivant la chirurgie [A:III]
- Les autres patients doivent être revus durant les 48 heures suivant la chirurgie [A:III]
- La fréquence et rythme des visites ultérieures dépendra de la réfraction, fonction visuelle et de l'état oculaire
- Des visites postopératoires plus fréquentes sont nécessaires pour les patients à haut risque
- Chaque examen postopératoire devra comprendre:
 - L'évolution depuis le dernier examen, incluant les nouveaux symptômes et l'usage de médicaments en postopératoire [A:III]
 - Evaluation de l'état de la fonction visuelle du patient [A:III]
 - Evaluation de la fonction visuelle (acuité visuelle, test au trou sténopéique) [A:III]
 - Mesure de la PIO [A:III]
 - Examen biomicroscopique à la lampe à fente [A:III]

Capsulotomie au Laser Nd:YAG

- Traitement indiqué quand l'opacification capsulaire postérieure induit une baisse de la vision préjudiciable au patient ou interfère sévèrement avec la visualisation du fond d'œil [A:III]
- Informer les patients sur les symptômes de décollement postérieur du vitré, déchirure rétinienne et décollement de rétine et la nécessité d'un examen immédiat en cas d'apparition de ces symptômes [A:III]

Education du Patient

- Pour les patients qui sont fonctionnellement monophthalmes, discuter particulièrement les bénéfices et risques de la chirurgie, incluant le risque de cécité [A:III]