

## 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)

## Kératites Bactériennes (Evaluation Initiale)

Traduit par Dr. Omar Beltaief

### Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Symptômes oculaires <sup>[A:III]</sup> (ex: degré de douleur, rougeur, sécrétions, flou visuel, photophobie, durée des symptômes, circonstances de l'apparition des symptômes)
- Antécédents de port de lentilles de contact <sup>[A:III]</sup> (ex: horaires de port, port de nuit, type de lentilles de contact, solution pour lentilles de contact, protocole d'hygiène des lentilles de contact, rinçage des lentilles de contact à l'eau du robinet, natation, jacuzzi ou port des lentilles sous la douche)
- Revue des autres antécédents oculaires, <sup>[A:III]</sup> notamment des facteurs de risque tels que kératite herpétique, kératite varicelleuse, kératite bactérienne antérieure, traumatisme, sécheresse oculaire et chirurgie oculaire antérieure, y compris chirurgie réfractive
- Revue des autres pathologies médicales <sup>[A:III]</sup>
- Médications oculaires en cours ou utilisées récemment <sup>[A:III]</sup>
- Allergies médicamenteuses <sup>[A:III]</sup>

### Examen Physique Initial

- Acuité visuelle <sup>[A:III]</sup>
- Etat général du patient, y compris affections cutanées <sup>[A:III]</sup>
- Examen de la face <sup>[B:III]</sup>
- Position des globes oculaires <sup>[A:III]</sup>
- Paupières et fermeture palpébrale <sup>[A:III]</sup>
- Conjonctive <sup>[A:III]</sup>
- Appareil naso-lacrymal <sup>[B:III]</sup>
- Sensibilité cornéenne <sup>[A:III]</sup>
- Biomicroscopie à la lampe à fente :
  - Marges palpébrales <sup>[A:III]</sup>
  - Conjonctive <sup>[A:III]</sup>
  - Sclère <sup>[A:III]</sup>
  - Cornée <sup>[A:III]</sup>
  - Chambre antérieure pour déterminer sa profondeur et la présence d'une inflammation, notamment sous forme de phénomène de Tyndall, hypopion, fibrine, hyphéma <sup>[A:III]</sup>
  - Vitré antérieur <sup>[A:III]</sup>
  - De l'œil adelphe pour déceler des indices relatifs à l'étiologie et à une éventuelle pathologie sous-jacente similaire <sup>[A:III]</sup>

### Tests Diagnostiques

- Gérer la majorité des cas communautaires avec un traitement empirique sans frottis ou cultures) <sup>[A:III]</sup>
- Indications des frottis et cultures:
  - Kératites sévères ou menaçant la vision suspectées d'origine microbienne avant de débiter le traitement <sup>[A:III]</sup>
  - Large infiltrat cornéen central avec extension au stroma moyen ou profond <sup>[A:III]</sup>
  - Evolution chronique <sup>[A:III]</sup>
  - Ne répondant pas à une antibiothérapie à large spectre <sup>[A:III]</sup>
  - Aspects cliniques suggérant une kératite fongique, amibienne, ou mycobactérienne <sup>[A:III]</sup>
- Les hypopions survenant sur des yeux avec kératite bactérienne sont habituellement stériles et des ponctions de l'humeur aqueuse ou du vitré ne devraient pas être effectuées sauf en cas de suspicion d'endophtalmie microbienne <sup>[A:III]</sup>
- Les grattages cornéens pour culture devraient être inoculés sur des milieux appropriés pour maximiser les rendements des cultures. <sup>[A:III]</sup> Si cela n'est pas réalisable, placer les spécimens dans un milieu de transport adapté. <sup>[A:III]</sup> Dans tous les cas, il faut immédiatement mettre les cultures en incubation ou les acheminer vers le laboratoire. <sup>[A:III]</sup>

### Stratégie des Soins

- Les collyres antibiotiques topiques sont la méthode de choix dans la majorité des cas. <sup>[A:III]</sup>
- User les antibiotiques topiques à large spectre initialement pour le traitement empirique des kératites bactériennes présumées. <sup>[A:III]</sup>
- Pour les kératites centrales ou graves (ex: atteinte du stroma profond ou infiltrat de plus de 2 mm de large avec suppuration extensive), utiliser une dose de charge (ex: toutes les 5 à 15 minutes pendant 30 à 60 minutes), suivie d'applications fréquentes (ex: toutes les 30 à 60 minutes pendant 24 heures). <sup>[A:III]</sup> Pour les kératites moins sévères, des applications moins fréquentes sont appropriées. <sup>[A:III]</sup>
- Utiliser un traitement systémique en cas de kératite gonococcique. <sup>[A:II]</sup>
- Pour les patients traités par corticostéroïdes topiques au moment de la survenue d'une kératite bactérienne probable, réduire ou éliminer les corticoïdes jusqu'à l'obtention du contrôle de l'infection. <sup>[A:III]</sup>
- Quand les infiltrats cornéens compromettent l'axe visuel, possibilité de rajouter des corticoïdes topiques après 2 ou 3 jours d'amélioration progressive sous antibiotiques topiques. <sup>[A:III]</sup> Continuer les antibiotiques topiques à fortes doses avec dégression graduelle. <sup>[A:III]</sup>
- Examiner les patients 1 à 2 jours après le début du traitement corticoïde topique. <sup>[A:III]</sup>

## Kératites Bactériennes (Recommandations Thérapeutiques)

Traduit par Dr. Omar Beltaief

### Education du Patient

- Informer les patients avec facteurs de risque les prédisposant aux kératites bactériennes sur leurs risques relatifs, sur les signes et symptômes de l'infection, et sur le besoin de consulter très rapidement un ophtalmologiste si ces signes d'alarmes surviennent <sup>[A:III]</sup>
- Eduquer au sujet de la nature destructrice des kératites bactériennes et de la nécessité d'une observance stricte du traitement <sup>[A:III]</sup>
- Discuter la possibilité d'une perte définitive de la vision et du besoin d'une réhabilitation visuelle dans l'avenir <sup>[A:III]</sup>
- Informer les patients porteurs de lentille de contact sur le risque accru d'infection associé aux lentilles de contact, à leur port nocturne, et de l'importance de l'adhésion aux techniques qui améliorent l'hygiène des lentilles de contact <sup>[A:III]</sup>
- Référer les patients avec un handicap visuel significatif ou cécité vers une réhabilitation visuelle s'ils ne sont pas candidats à la chirurgie (voir le site [www.aao.org/smartsight](http://www.aao.org/smartsight)) <sup>[A:III]</sup>

### Thérapie Antibiotique des Kératites Bactériennes [A:III]

Organisme	Antibiotique	Concentration collyre	Dose Sous-conjonctivale
Aucun organisme identifié ou organismes multiples	Cefazoline avec Tobramycine ou gentamicine ou Fluoroquinolones *	50 mg/ml 9–14 mg/ml Variables †	100 mg dans 0.5 ml 20 mg dans 0.5 ml
Cocci Gram-plus	Cefazoline Vancomycine ‡ Bacitracine ‡ Fluoroquinolones *	50 mg/ml 15–50 mg/ml 10,000 IU Variables †	100 mg dans 0.5 ml 25 mg dans 0.5 ml
Bacilles Gram-moins	Tobramycine ou gentamicine Ceftazidime Fluoroquinolones	9–14 mg/ml 50 mg/ml Variables †	20 mg dans 0.5 ml 100 mg dans 0.5 ml
Cocci Gram-moins§	Ceftriaxone Ceftazidime Fluoroquinolones	50 mg/ml 50 mg/ml Variables †	100 mg dans 0.5 ml 100 mg dans 0.5 ml
Mycobactérie Non tuberculeuse	Amikacine Clarithromycine Azithromycine    Fluoroquinolones	20–40 mg/ml 10 mg/ml 10 mg/ml Variables †	20 mg dans 0.5 ml
Nocardia	Sulfacetamide Amikacine Trimethoprime/ Sulfamethoxazole Trimethoprime Sulfamethoxazole	100 mg/ml 20–40 mg/ml 16 mg/ml 80mg/ml	20 mg dans 0.5 ml

\* Quelques cocci gram-positifs sont plus résistants à la gatifloxacin et moxifloxacin qu'aux autres fluoroquinolones.

† Besifloxacin 6mg/ml; ciprofloxacin 3 mg/ml; gatifloxacin 3 mg/ml; levofloxacin 15 mg/ml; moxifloxacin 5 mg/ml; ofloxacin 3 mg/ml, tous disponibles commercialement à ces concentrations.

‡ Pour les *Entérocoques* et *Staphylocoques* résistants et allergie à la pénicilline. Vancomycine et bacitracine n'ont pas d'activité sur les gram négatifs et de doivent pas être utilisés seuls dans le traitement empirique des kératites bactériennes.

§ Thérapie systémique nécessaire en cas de suspicion d'infection gonococcique.

|| Données selon Chandra NS, Torres MF, Winthrop KL. Cluster of Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. Am J Ophthalmol 2001;132:819–30.