



RESUME DES REFERENCES DES GUIDES DES BONNES PRATIQUES MEDICALES

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 particulier. 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 des méthodes différentes. 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'Ophthalmologie 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 auxquels 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, de même décline chaque et toute réclamations qui pourraient surgir à la suite de l'utilisation des 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 selon la force de la preuve quand des preuves suffisantes existent.

Pour classer les études individuelles un score basé sur le « Scottish Intercollegiate Guideline network (SIGN) est utilisé. Les définitions et les niveaux des preuves utilisées pour classer les études individuelles sont comme suit :

- I++ : Des méta-analyses de grande qualité, revue systématique d'études randomisées et contrôlées, ou d'études randomisées et contrôlées avec un très faible risque de biais
- I+ : Des méta-analyses bien conduites, revue systématique d'études randomisées et contrôlées et ou d'études randomisées et contrôlées, avec un faible risque de biais
- I- : Méta-analyses, revue systématique d'études randomisées et contrôlées et ou d'études randomisées et contrôlées, avec un risque élevé de biais
- II++ : Revue systématique de grande qualité d'études Cas / Témoins ou de séries non randomisée de cas ; Etude de grande qualité de type Cas / Témoins ou de séries non randomisée de cas avec un risque très faible de confusion ou de biais et une forte probabilité de lien de cause à effet
- II+ : Etudes de Cas / Témoins ou de séries non randomisées de cas bien conduites, avec un risque faible de confusion ou de biais et une probabilité modérée de lien de cause à effet.
- II- : Etudes de Cas / Témoins ou de séries non randomisée de cas avec un risque important de confusion ou de biais et un risque significatif d'absence de lien de cause à effet.
- III : Etudes non analytiques (exemple : cas cliniques, série de cas)

Les recommandations pour les soins sont basées sur le corps de l'évidence. Les scores de la qualité des corps de preuves sont définis par les Grading of Recommendations Assessments, Development and Evaluation (GRADE) comme suit :

- Bonne Qualité (BQ) : les recherches ultérieures sont peu susceptibles de changer notre confiance dans l'évaluation de l'effet.
- Qualité moyenne (MQ) : les recherches ultérieures sont susceptibles d'avoir un impact important sur notre confiance dans l'évaluation de l'effet et peuvent changer cette évaluation.
- Qualité insuffisante (IQ) : Les recherches ultérieures sont très susceptibles d'avoir un impact important sur notre confiance dans l'évaluation de l'effet et vont très probablement changer cette évaluation ; toute évaluation de l'effet est très incertaine.

RESUME DES REFERENCES DES GUIDES DES BONNES PRATIQUES MEDICALES

Introduction *(à continuer)*

Les Recommandations clés pour le traitement sont définies par GRADE comme suit :

- Recommandation Forte (SR) : utilisée quand les effets indésirables d'une intervention sont nettement supérieurs au résultat désiré ou clairement pas
- Recommandation Facultative (DR) : utilisée quand les compromis sont moins certains, soit à cause de la faible qualité de la preuve soit parce que les effets désirables et indésirables sont équivalents

Avant 2011 Le panel 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 important
- 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)

Cette approche antérieure, va éventuellement être abandonnée parce que l'académie a adopté les systèmes d'évaluation et de classement SIGN et GRADE.

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'Ethique)

Amblyopie (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Symptômes et signes oculaires [A : III]
- Antécédents ophtalmologiques [A : III]
- Antécédents généraux incluant la revue des facteurs médicaux pré, péri et post nataux [A : III]
- Antécédents familiaux incluant l'état ophtalmologique et les maladies générales pertinentes [A : III]

Examen Ophtalmologique Initial (Eléments clés)

- Fixation et acuité visuelle [A : III]
- Alignement binoculaire et oculomotricité [A : III]
- Test de transillumination de Brückner [A : III]
- Examen des pupilles [A : III]
- Inspection [A : III]
- Examen du segment antérieur [A : III]
- Rétinoscopie / réfraction sous cycloplégique [A : III]
- Examen du fond de l'œil [A : III]

Prise en Charge Thérapeutique

- Une tentative de traitement doit être offerte à tous les enfants atteints d'amblyopie, quel que soit leur âge [A : III]
- Choisir le traitement adéquat tenant compte de l'âge du patient, de son acuité visuelle, de son adhésion à un traitement précédent ainsi que de ses conditions physiques, sociales et psychologiques [A : III]
- Le but du traitement est d'obtenir une acuité visuelle égale entre les deux yeux [A : III]

- Une fois l'acuité visuelle maximale est atteinte, le traitement devrait être progressivement diminué et éventuellement arrêté [A : III]

Evaluation lors du Suivi

- Les visites de contrôle doivent comporter :
 - L'évolution dans l'intervalle des consultations [A : III]
 - L'adhésion à la stratégie de traitement [A : III]
 - Les effets secondaires du traitement [A : III]
 - L'acuité visuelle de chaque œil [A : III]
- L'examen de suivi est généralement prévu 2 à 3 mois après le début du traitement [A : III]
- Ce délai varie en fonction de l'intensité du traitement et de l'âge de l'enfant [A : III]
- Une surveillance continue est nécessaire parce qu'environ un quart des enfants traités avec succès subissent une rechute au cours de la première année suivant l'arrêt du traitement [A : III]

Education du Patient

- Discuter le diagnostic, la sévérité de la maladie, le pronostic ainsi que la stratégie thérapeutique avec le patient, ses parents et/ou tuteurs [A : III]
- Expliquer la pathologie et impliquer la famille dans la prise en charge thérapeutique [A : III]

Esotropie (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Symptômes et signes oculaires [A : III]
- Antécédents ophtalmologiques [A : III]
- Antécédents généraux incluant la revue des facteurs médicaux pré, péri et post nataux [A : III]
- Antécédents familiaux incluant l'état ophtalmologique et les maladies générales pertinentes [A : III]

Examen Ophtalmologique Initial (Eléments clés)

- Fixation et acuité visuelle [A : III]
- Alignement binoculaire et oculomotricité [A : III]
- Test de transillumination de Brückner [A : III]
- Examen des pupilles [A : III]
- Inspection [A : III]
- Examen du segment antérieur [A : III]
- Rétinoscopie / réfraction sous cycloplégique [A : III]
- Examen du fond de l'œil [A : III]

Prise en Charge Thérapeutique

- Une tentative de traitement doit être offerte à tous les enfants atteints d'amblyopie, quel que soit leur âge [A : III]
- Choisir le traitement adéquat tenant compte de l'âge du patient, de son acuité visuelle, de son adhésion à un traitement précédent ainsi que de ses conditions physiques, sociales et psychologiques [A : III]
- Le but du traitement est d'obtenir une acuité visuelle égale entre les deux yeux [A : III]

- Une fois l'acuité visuelle maximale est atteinte, le traitement devrait être progressivement diminué et éventuellement arrêté [A : III]

Evaluation du Suivi

- Des examens répétés sont nécessaires en raison du risque d'amblyopie, de perte de la vision binoculaire et de rechute [A : III]
- Les enfants qui n'ont ni strabisme ni amblyopie peuvent être suivis tous les 4 à 6 mois [A : III]
- La fréquence des visites de suivi peut être réduite à mesure que l'enfant grandit [A : II]
- De nouvelles données pourront indiquer le besoin d'accroître la fréquence des examens de suivi [A : III]
- L'hyperopie doit être évaluée au moins une fois par an, et plus fréquemment si l'acuité visuelle diminue ou si l'esotropie augmente [A : III]
- Une réfraction cycloplégique répétée est indiquée lorsque l'esotropie ne répond pas à la prescription initiale de réfraction hyperopique ou lorsque l'esotropie réapparaît après la chirurgie [A : II]

Education du Patient

- Expliquer au patient et à ses parents ou tuteurs les données de l'examen dans le but de les aider à comprendre la pathologie et de les impliquer dans la prise en charge thérapeutique [A : III]
- Formuler la stratégie thérapeutique en collaboration avec le patient, les parents et/ou la famille ou tuteurs [A : III]

Exotropie (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Interrogatoire Initial (Eléments clés)

- Symptômes et signes oculaires [A : III]
- Antécédents ophtalmologiques (la date de début et la fréquence de la déviation, la présence ou l'absence de diplopie [A : III])
- Antécédents généraux incluant la revue des facteurs médicaux pré, péri et post nataux [A : III]
- Antécédents familiaux (strabisme, amblyopie, type of lunettes et port, chirurgie des muscles oculomoteurs, maladies génétiques) [A : III]

Examen Ophtalmologique Initial (Eléments clés)

- Fixation et acuité visuelle [A : III]
- Alignement binoculaire (de loin et de près) [A : III]
- Etude des champs d'action des muscles oculomoteurs [A : III]
- Recherche de nystagmus latent ou manifeste [A : III]
- Test sensoriel [A : III]
- Etude de la rétinoscopie / réfraction sous cycloplégique [A : III]
- Examen du fond de l'œil [A : III]

Prise en Charge Thérapeutique

- Toutes les formes d'exotropie doivent être surveillées et certaines nécessiteront un traitement [A : III]
- Les jeunes enfants manifestant une exotropie intermittente et un bon contrôle fusionnel peuvent être suivis sans chirurgie [A : II]
- Les déviations qui sont présentes en permanence ou la plupart du temps exigent un traitement [A : III]

- Prescrire une correction optique pour tout trouble de la réfraction cliniquement significative [A : III]
- Les modalités thérapeutiques optimales ne sont pas bien établies

Evaluation du Suivi

- La fréquence des examens de contrôle est basée sur l'âge de l'enfant, la possibilité d'évaluer précisément l'acuité visuelle, et le contrôle de la déviation [A : III]
- Les enfants manifestant un bon contrôle fusionnel d'une exotropie intermittente et exempts d'amblyopie sont généralement examinés tous les 6 à 12 mois [A : III]
- Les examens de contrôle peuvent être espacés une fois la maturité visuelle atteinte [A : III]
- Les examens de contrôle doivent comprendre la détermination de l'évolution durant l'intervalle des visites, l'adhésion au traitement (si prescrit) ainsi qu'une évaluation de l'oculomotricité [A : III]

Education du Patient

- Expliquer au patient et à ses parents ou tuteurs les données de l'examen dans le but de les aider à comprendre la pathologie et de les impliquer dans la prise en charge thérapeutique [A : III]
- Formuler une stratégie du traitement en collaboration avec le patient, le parents et/ou la famille ou les tuteurs [A : III]



Résumé De La Clause De Non-Responsabilité Dans La Traduction

Cette traduction reflète la pratique actuelle aux États-Unis d'Amérique à la date de sa publication originale par l'Académie et peut inclure des modifications qui reflètent les pratiques nationales. L'académie américaine d'ophtalmologie n'a pas traduit cette publication dans la langue utilisée dans cette publication et décline toute responsabilité pour toute modification, erreur, omission ou autre faute possible dans la traduction. L'Académie fournit ce contenu, seulement, à des fins éducatives. Son but n'est pas de représenter la seule ou la meilleure méthode ou procédure dans chaque cas de figure, ou de remplacer le jugement d'un médecin ou de donner des conseils spécifiques pour la gestion des cas. Ce contenu ne prétend pas mentionner de manière exhaustive toutes les indications, ni contre-indications, ni effets secondaires ni les molécules substitutives pour chaque médicament ou traitement. Toutes les informations et recommandations doivent être vérifiées, avant utilisation, avec les informations actuelles figurant dans les notices incluses dans les paquets par le fabricant de la molécule ou d'autres sources indépendantes avec prise en considération de l'état du patient et de ses et des antécédents. L'Académie décline expressément toute responsabilité quant aux dommages ou autres préjudices de quelque nature que ce soit, due à une négligence ou autre et pour toute réclamation pouvant résulter de l'utilisation de toute recommandation ou autre information contenue dans ce document.

Summary Benchmark Translation Disclaimer

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks. This translation reflects current practice in the United States of America as of the date of its original publication by the Academy, and may include some modifications that reflect national practices. The American Academy of Ophthalmology did not translate this publication into the language used in this publication and disclaims any responsibility for any modifications, errors, omissions or other possible fault in the translation. The Academy provides this material for educational purposes only. It is not intended to represent the only or best method or procedure in every case, or to replace a physician's own judgment or give specific advice for case management. Including all indications, contraindications, side effects, and alternative agents for each drug or treatment is beyond the scope of this material. All information and recommendations should be verified, prior to use, with current information included in the manufacturers' package inserts or other independent sources, and considered in light of the patient's condition and history. The Academy specifically disclaims any and all liability for injury or other damages of any kind, from negligence or otherwise, for any and all claims that may arise from the use of any recommendations or other information contained herein.