



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)

Kératites Bactériennes (Evaluation Initiale)

Interrogatoire Initial

- Symptômes oculaires (ex : Intensité de la douleur, rougeur, sécrétions, flou visuel, photophobie, durée des symptômes, circonstances de l'apparition des symptômes) (*III, BQ, SR*)
- Notion de port de lentilles de contact (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) (*II+, BQ, SR*)
- Revue des autres antécédents oculaires, notamment des facteurs de risque tels que kératite herpétique, kératite zostérienne, kératite bactérienne, traumatisme, sécheresse oculaire et chirurgie oculaire, y compris chirurgie réfractive (*III, BQ, SR*)
- Revue des autres pathologies médicales (*III, BQ, SR*)
- Médicaments oculaires en cours ou utilisés récemment (*III, BQ, SR*)
- Allergies médicamenteuses (*III, BQ, SR*)

Examen Physique Initial

- Acuité visuelle (*III, BQ, SR*)
- Etat général du patient, y compris affections cutanées (*III, BQ, SR*)
- Examen de la face (*III, BQ, SR*)
- Position des globes oculaires (*III, BQ, SR*)
- Paupières et fermeture palpébrale (*III, BQ, SR*)
- Conjonctive (*III, BQ, SR*)
- Appareil lacrymo- nasal (*III, BQ, SR*)
- Sensibilité cornéenne (*III, BQ, SR*)
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente :
 - Bords des paupières (*III, BQ, SR*)
 - Conjonctive (*III, BQ, SR*)
 - Sclère (*III, BQ, SR*)
 - Cornée (*III, BQ, SR*)
 - Chambre antérieure pour déterminer sa profondeur et la présence d'une inflammation, notamment sous forme de phénomène de Tyndall cellulaire ou protéique, hypopion, fibrine, ou hyphéma (*III, BQ, SR*)
 - Vitré antérieur (*III, BQ, SR*)
 - Examen de l'œil adelphe pour déceler des indices relatifs à l'étiologie et à une éventuelle pathologie sous-jacente similaire (*III, BQ, SR*)

Tests Diagnostiques

- Gérer la majorité des infections communautaires avec un traitement empirique sans examen microbiologique. (*III, IQ, DR*)
- Indications des examens directs et des cultures microbiologiques :
 - Kératites sévères ou menaçant la vision d'origine microbienne présumée avant de débiter tout traitement (*III, IQ, DR*)
 - Large infiltrat cornéen central avec extension au stroma moyen ou profond (*III, IQ, DR*)

- Evolution chronique (*III, IQ, DR*)
- Infection ne répondant pas à une antibiothérapie à large spectre (*III, IQ, DR*)
- Aspects cliniques suggérant une kératite fongique, amibienne, ou mycobactérienne (*III, IQ, DR*)

- Les hypopions survenant sur des kératites bactériennes sont habituellement stériles et les ponctions de l'humeur aqueuse ou du vitré ne devraient pas être effectuées sauf en cas de suspicion d'endophtalmie microbienne (*III, BQ, DR*)
- Les prélèvements cornéens pour culture devraient être inoculés immédiatement sur les milieux appropriés pour maximiser le rendement des cultures. (*III, IQ, DR*) Si cela n'est pas possible, placer les prélèvements dans un milieu de transport adapté. (*II+, MQ, DR*) Dans tous les cas, il faut immédiatement mettre les cultures en incubation ou les acheminer rapidement vers le laboratoire. (*III, BQ, SR*)

Stratégie des Soins

- Les collyres antibiotiques topiques sont la méthode de choix dans la majorité des cas. (*III, BQ, SR*)
- Utilisation en première intention des antibiotiques topiques à large spectre pour le traitement empirique des kératites bactériennes présumées. (*III, IQ, DR*)
- Pour les kératites centrales ou graves (ex: atteinte du stroma profond ou infiltrat de plus de 2 mm de diamètre 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). (*III, IQ, DR*) Pour les kératites moins sévères, des applications moins fréquentes sont appropriées. (*III, IQ, DR*)
- Utiliser un traitement systémique en cas de kératite gonococcique. (*III, IQ, DR*)
- Pour les patients traités par corticostéroïdes topiques au moment de la survenue d'une kératite bactérienne probable, réduire ou arrêter les corticoïdes jusqu'au contrôle de l'infection. (*III, BQ, SR*)
- Quand les infiltrats cornéens atteignent l'axe visuel, il est possible de rajouter des corticoïdes topiques après 2 ou 3 jours d'amélioration progressive sous antibiotiques topiques. (*III, IQ, DR*) Continuer les antibiotiques topiques à fortes doses avec dégression graduelle. (*III, IQ, DR*)
- Examiner les patients 1 à 2 jours après le début du traitement corticoïde topique. (*III, IQ, DR*)

Kératites Bactériennes (Recommandations Thérapeutiques)

Education du Patient

- Informer les patients ayant des facteurs de risque prédisposant aux kératites bactériennes sur les risques inhérents à cette infection, sur les signes et les symptômes de cette infection, et sur le besoin de consulter très rapidement un ophtalmologiste si des signes d'alarmes surviennent (*III, BQ, SR*)
- Eduquer au sujet de la nature dévastatrice des kératites bactériennes et de la nécessité d'une observance stricte du traitement (*III, BQ, SR*)
- Discuter la possibilité d'une perte définitive de la vision et du besoin d'une réhabilitation visuelle dans l'avenir (*III, BQ, SR*)
- 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 la bonne hygiène et entretien des lentilles de contact (*II+, BQ, SR*)
- 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/smart-sight-low-vision)

Traitement Antibiotique des Kératites Bactériennes

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

* Quelques cocci gram-positifs sont plus résistants à la gatifloxaciné et moxifloxaciné qu'aux autres fluoroquinolones.

† Besifloxaciné 6mg/ml ; ciprofloxacine 3 mg/ml ; gatifloxaciné 3 mg/ml ; levofloxacine 15 mg/ml ; moxifloxaciné 5 mg/ml ; ofloxacine 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 grams 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.

Blépharites (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Symptômes et signes oculaires (ex : rougeur, irritation, brûlure, larmoiement, démangeaison, agglutination des cils, adhérence des paupières, intolérance aux lentilles de contact, photophobie, fréquence de clignement accrue) (*III, BQ, SR*)
- Moment de la journée où les symptômes s'aggravent
- Durée des symptômes
- Atteinte unilatérale ou bilatérale
- Conditions d'exacerbation (ex : fumée tabac, allergènes, vent, lentilles de contact, faible humidité, rétinoïdes, régime et consommation d'alcool, maquillage des yeux)
- Symptômes associés à des maladies systémiques (ex : rosacée, allergie) (*III, IQ, DR*)
- Médicaments systémiques ou topiques en cours ou récents (ex : antihistaminiques ou médicaments à effets anticholinergiques, ou médicaments utilisés antérieurement qui pourraient avoir un effet sur la surface oculaire [par exemple, isotrétinoïne]) (*III, BQ, SR*)
- Exposition récente à un individu infecté (ex : pédiculose palpébrale [*Pthirus pubis*])
- Antécédents oculaires (ex : chirurgie palpébrale ou intraoculaire, traumatisme oculaire incluant les agressions mécaniques, thermiques, chimiques et par radiations, antécédents de blépharoplastie esthétique, antécédents d'orgelets et/ou de chalazions) (*III, BQ, SR*)

Examen Physique Initial

- Acuité visuelle (*III, BQ, SR*)
- Inspection
 - Peau (*III, BQ, SR*)
 - Paupières (*III, BQ, SR*)
- Biomicroscopie à la lampe à fente
 - Film lacrymal (*III, BQ, SR*)
 - Marge palpébrale antérieure (*III, BQ, SR*)
 - Cils (*III, BQ, SR*)
 - Marge palpébrale postérieure (*III, BQ, SR*)
 - Conjonctive tarsale (éversion des paupières) (*III, BQ, SR*)
 - Conjonctive bulbaire (*III, BQ, SR*)
 - Cornée (*III, BQ, SR*)

Examens Diagnostiques

- Les cultures peuvent être indiquées pour les patients avec des blépharites antérieures récidivantes avec inflammation sévère et pour les patients ne répondant pas au traitement. (*III, IQ, DR*)
- Biopsie des paupières pour exclure un carcinome en cas d'asymétrie marquée, résistance au traitement ou chalazion récidivant unilatéral répondant mal au traitement. (*III, IQ, DR*)
- Consulter un pathologiste avant la biopsie en cas de suspicion de carcinome sébacé. (*III, BQ, SR*)

Prise en Charge Thérapeutique

- Traiter initialement les patients avec blépharite avec des compresses oculaires tiède et une hygiène palpébrale. (*III, IQ, DR*)
- Un antibiotique topique tel que la bacitracine ou l'érythromycine peuvent être prescrits avec application une à plusieurs fois par jour ou au coucher sur les paupières pendant une à plusieurs semaines (*III, IQ, DR*)
- Pour les patients avec dysfonction des glandes meibomiennes, dont les signes et symptômes ne sont pas contrôlés de façon adéquate par l'hygiène palpébrale, des tétracyclines orales et des antibiotiques topiques peuvent être prescrits (*I-, MQ, DR*)
- Un traitement corticostéroïde topique de courte durée peut être utile pour une inflammation palpébrale ou de la surface oculaire. La dose minimale efficace de corticoïdes devrait être utilisée et une corticothérapie au long cours devrait être évitée si possible. (*III, BQ, SR*)

Evaluation du Suivi

- Les visites du suivi devraient inclure :
 - Evolution des symptômes durant l'intervalle des consultations (*III, BQ, SR*)
 - Mesure de l'acuité visuelle (*III, BQ, SR*)
 - Inspection (*III, BQ, SR*)
 - Examen biomicroscopique à la lampe à fente (*III, BQ, SR*)
- Si des corticostéroïdes sont prescrits, réévaluer le patient après quelques semaines pour déterminer la réponse à la thérapie, mesurer la pression intra-oculaire, et estimer la compliance au traitement (*III, BQ, SR*)

Education du Patient

- Conseiller les patients à propos du risque de passage à la chronicité et des récurrences de la maladie (*III, BQ, SR*)
- Informer les patients que les symptômes peuvent être fréquemment améliorés mais rarement éliminés (*III, BQ, SR*)
- Les patients présentant une lésion inflammatoire palpébrale suspecte de malignité doivent être référés à un spécialiste approprié (*III, BQ, SR*)

Conjonctivites (Examen Initial)

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Les symptômes oculaires (ex : démangeaisons, sécrétions, irritation, douleur, photophobie, flou visuel)
- La durée des symptômes et leur évolution dans le temps
- Les facteurs aggravants
- Atteinte uni ou bilatérale
- Caractéristiques des sécrétions
- Contact récent avec une personne infectée
- Traumatisme oculaire (mécanique, chimique, par rayons ultraviolets)
- Mucosités
- Port de lentilles de contact (type de lentille, qualité de l'entretien, fréquence de port)
- Signes en faveur d'une atteinte systémique (ex : pertes génito-urinaires, dysurie, dysphagie, infection des voies hautes respiratoires, lésions de la peau et des muqueuses)
- Allergies, asthme, eczéma
- Utilisation de médicaments topiques et systémiques
- Antécédent oculaires (ex : antécédents de conjonctivite ou de chirurgie oculaire)
- Etat de déficit immunitaire
- Maladies systémiques en cours ou précédentes
- Habitudes et contexte personnel (ex : tabagisme, profession et passe-temps, voyage, activité sexuelle)

Examen Oculaire Initial

- Acuité visuelle (*III, IQ, DR*)
- Inspection (*III, IQ, DR*)
 - Peau (signes de rosacée, eczéma, séborrhée) (*III, IQ, DR*)
 - Anomalies des paupières et des annexes (gonflement, dyschromie, malposition, laxité, ulcération, nodules, ecchymose, néoplasie) (*III, IQ, DR*)
 - Conjonctive (présentation de l'injection, hémorragie sous-conjonctivale, chémosis, remaniement cicatriciel, symblépharon, masses, sécrétions) (*III, IQ, DR*)
- Examen à la lampe à fente (*III, IQ, DR*)
 - Bords palpébraux (inflammation, ulcération, sécrétions, nodules ou vésicules, débris teintés de sang, kératinisation) (*III, IQ, DR*)
 - Cils (chute des cils, agglutination, peau morte, lentes, poux, trichiasis) (*III, IQ, DR*)
 - Méats lacrymaux et Canalicules et (ectropion, sécrétions) (*III, IQ, DR*)
 - Conjonctive tarsale et culs de sac conjonctivaux (*III, IQ, DR*)
 - Conjonctive bulbaire / limbe (follicules, œdème, nodules, chémosis, laxité, papilles, ulcération, cicatrices, phlycténules, hémorragies, corps étrangers, kératinisation) (*III, IQ, DR*)
 - Cornée (*III, IQ, DR*)
 - Chambre antérieure / iris (réaction inflammatoire, synéchies, anomalies mises en évidence par transillumination) (*III, IQ, DR*)
 - Aspect de l'Imprégnation par les colorants (conjonctive et cornée) (*III, IQ, DR*)

Tests Diagnostiques

- Les cultures, les prélèvements pour cytologie et les colorations spéciales sont indiqués en cas de suspicion de conjonctivites infectieuses néonatales (*II-, IQ, DR*)
- Les prélèvements pour cytologie et les colorations spéciales sont recommandés en cas de suspicion de conjonctivite gonococcique (*II-, IQ, DR*)
- Confirmer le diagnostic de conjonctivite à Chlamydia chez l'adulte et le nouveau-né par les tests immunologiques et / ou les cultures
- Dans un œil présentant une inflammation active, pratiquer une biopsie de la conjonctive bulbaire, prélever un spécimen d'une zone intacte adjacente au limbe en cas de suspicion de pemphigoïde muqueuse oculaire (*II-, IQ, DR*)
- Une biopsie palpébrale de pleine épaisseur est indiquée en cas de suspicion de carcinome sébacé (*III, IQ, DR*)
- La microscopie confocale peut être utile pour évaluer certaines formes de conjonctivite (ex : Atopie, KLS) (*II-, MQ, DR*)
- Les patients sans pathologie thyroïdienne connue et présentant une KLS et doivent avoir un bilan thyroïdien. (*III, IQ, DR*)

Conjonctivites (Recommandations Thérapeutiques)

Prise en Charge Thérapeutique

- Éviter l'usage non raisonné des antibiotiques et des corticostéroïdes topiques parce que les antibiotiques peuvent induire une toxicité et les corticostéroïdes peuvent éventuellement prolonger la durée des infections à adénovirus et aggraver les infections herpétiques (*III, BQ, SR*)
- Traiter la conjonctivite allergique légère le long du nyctémère avec des antihistaminiques/ vasoconstricteurs ou des collyres antagonistes des récepteurs H1 à l'histamine de 2ème génération. En cas d'atteinte plus sévère utiliser des antidégranulants mastocytaires. (*I++*, *BQ, SR*)
- Pour la kérato-conjonctivite en rapport avec le port de lentilles de contact, arrêter le port des lentilles de contact pendant 2 semaines ou plus (*III, IQ, DR*)
- Si les corticostéroïdes sont indiqués, prescrire la posologie et la fréquence d'instillation minimales en se basant sur la réponse du patient au traitement et sa tolérance (*III, IQ, DR*)
- Si les corticostéroïdes sont utilisés il faut effectuer une mesure de référence de la pression intraoculaire, la répéter périodiquement et faire une dilatation pupillaire (*III, IQ, DR*)
- Utiliser un traitement systémique par antibiotiques pour la conjonctivite due à *Neisseria gonorrhoeae* ou à *Chlamydia trachomatis* (*III, IQ, DR*)
- Traiter les partenaires sexuels afin de minimiser les récurrences et la propagation de la maladie, lorsque la conjonctivite est associée à des maladies sexuellement transmissibles et diriger les patients et leurs partenaires sexuels à un spécialiste approprié (*III, BQ, SR*)
- Orienter les patients ayant des signes d'une maladie systémique au spécialiste approprié (*III, BQ, SR*)

Evaluation lors du Suivi

- Les visites de suivi devraient inclure
 - L'évolution depuis la dernière visite (*III, IQ, DR*)
 - L'acuité visuelle (*III, IQ, DR*)
 - Examen à la lampe à fente (*III, IQ, DR*)
- Si les corticostéroïdes sont utilisés, effectuer des mesures périodiques de la pression intraoculaire et des dilatations pupillaires à la recherche de cataracte et de glaucome. (*III, IQ, DR*)

Education du Patient

- Conseiller les patients ayant des atteintes contagieuses afin de minimiser et de prévenir la propagation de la maladie dans la communauté (*III, IQ, DR*)
- Informer les patients qui peuvent avoir besoin d'un traitement répété par corticostéroïdes topiques de courte durée, des complications possibles de leur utilisation
- Informer les patients avec conjonctivite allergique que le lavage fréquent des vêtements, les bains/douches avant le sommeil peuvent être utiles (*III, IQ, DR*)

Ectasie cornéenne (Evaluation Initiale et Suivi)

Interrogatoire Initial

- Début de la maladie et son évolution
- Altération de la vision
- Les antécédents ophtalmologiques et médicaux personnels et familiaux

Examen Ophtalmologique Initial

- Evaluation de la fonction visuelle
- Inspection
 - Protrusion cornéenne
 - Paupières, peau péri-orbitaire
- Examen à la lampe à fente
 - Présence, localisation et étendue de l' amincissement cornéen ou de la protrusion
 - Signes d'une chirurgie oculaire antérieure
 - Présence de stries de Vogt, hypertrophie des nerfs cornéens
 - Anneau de Fleischer ou autres dépôts ferriques
 - Présence d'une cicatrice cornéenne, de séquelles d'hydrops ou d'hypertrophie de nerfs cornéens.
- Mesure de la pression intraoculaire (III, IQ, DR)
- Examen du fond d'œil : évaluation de la lueur pupillaire à la recherche de zones sombres et examen de la rétine à la recherche d'une dégénérescence tapéto-rétinienne (III, IQ, DR)

Tests Diagnostiques

- Kératométrie (II+, MQ, DR)
- Topographie cornéenne (II-, MQ, SR)
- Carte topographique des puissances kératométriques
- Carte topographique des élévations cornéennes (II+, MQ, DR)
- Pachymétrie cornéenne (II++, BQ, SR)

Prise en Charge Thérapeutique

- Le traitement est indiqué au cas par cas en fonction de l'altération visuelle et des options thérapeutiques
- La vision peut être corrigée par lunettes, mais les lentilles de contact peuvent devenir nécessaires si le kératocône progresse
- Les lentilles de contact rigides perméables aux gaz peuvent masquer les irrégularités cornéennes. Les nouvelles lentilles de contact hybrides assurent une meilleure perméabilité à l'oxygène et une jonction plus solide entre la partie rigide et souple de ces lentilles. Les nouvelles lentilles Piggyback peuvent être indiquées en cas de cicatrices cornéennes ou de kératocône décentré. Les lentilles Sclérales peuvent être indiquées en cas d'échec des lentilles rigides classiques et/ ou des lentilles de contact hybrides.
- Les anneaux intra-cornéens peuvent améliorer la tolérance des lentilles de contact et la MAVC chez

les patients avec ectasie cornéenne, cornée claire et intolérance aux lentilles de contact. (II-, MQ, DR)

- Le cross-linking du collagène peut améliorer la rigidité cornéenne en renforçant les liaisons entre les fibres de collagène
- La kératoplastie lamellaire antérieure profonde pré-descemétique peut être envisagée pour les kératocônes évolutifs sans cicatrices cornéennes ni hydrops. (II++, MQ, DR) Une kératoplastie lamellaire en croissant est une option quand le maximum d'amincissement est à la périphérie de la cornée. (III, IQ, DR)
- L'amincissement et l'ectasie périphériques peuvent être traités par une procédure lamellaire décentrée standard à but architectonique, suivie plus tard par une kératoplastie transfixiante. (III, IQ, DR)
- La kératoplastie est indiquée quand un patient ne peut plus avoir de vision utile avec les lunettes ou les lentilles de contact, ou en cas d'œdème persistant après hydrops. La kératoplastie endothéliodescemétique ne peut pas corriger les ectasies. (III, IQ, DR)
- La kératoplastie transfixiante est préférée à la kératoplastie lamellaire antérieure profonde pré-descemétique en cas de cicatrice stromale profonde. (III, IQ, DR)
- Une greffe lamellaire peut être pratiquée à but architectonique quand l'ectasie survient à l'extrême périphérie de la cornée. (III, IQ, DR)

Evaluation lors du suivi

- Le suivi et la fréquence des contrôles sont conditionnés par le traitement et l'évolution de la maladie (III, IQ, DR)
- Un suivi annuel est indiqué pour les ectasies sauf si le patient présente des changements significatifs de sa fonction visuelle (III, IQ, DR)
- Les patients doivent être informés des symptômes du rejet et doivent consulter en urgence au moindre signe. (III, BQ, SR) Le praticien doit connaître les signes biomicroscopiques du rejet épithélial, stromal et endothélial (III, BQ, SR)

Conseil et Orientation

- Quand Le traitement médical avec lunettes et/ou lentille de contact ne peut pas améliorer la fonction visuelle, l'orientation du patient vers un spécialiste en chirurgie cornéenne est indiqué (III, BQ, SR)
- Les patients avec des antécédents d'allergie et d'atopie pourraient être orienté vers un dermatologue ou un allergologue (III, BQ, SR)
- Les patients avec syndrome de laxité palpébrale pourraient être mieux pris en charge par des spécialistes en oculoplastie. Leur orientation vers d'autres médecins spécialistes pourrait être nécessaire (III, BQ, SR)

Edème et opacification cornéens (Evaluation Initiale)

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Symptômes : vision fluctuante ou brouillée, photophobie, rougeur, larmoiement, sensation intermittente de corps étranger, douleur
- L'âge d'apparition,
- La rapidité d'installation
- Persistance
- Uni ou bilatéralité des symptômes
- Les facteurs modérateurs : comme une amélioration visuelle due à des facteurs environnementaux
- Antécédents oculaires et médicaux
- Médications topiques et systémiques
- Traumatisme
- Port de lentille de contact
- Les antécédents familiaux et sociaux

Examen Oculaire Initial

- Evaluation de la fonction visuelle
- Inspection
 - Proptosis, ptosis, lagophtalmie, ou syndrome de laxité palpébrale
 - Asymétrie palpébrale ou faciale, cicatrice, dysfonctionnement palpébral
- Examen à la lampe à fente (*III, IQ, DR*)
 - Uni ou bilatéralité des symptômes
 - Œdème diffus ou local
 - Œdème épithélial ou stromal prédominant
 - Présence, d'une déficience épithéliale, infiltration stromale, invasion épithéliale, stries, épaissement focal, amincissement, cicatrice, haze de l'interface, stries ou inflammation ou vascularisation stromale
 - Présence d'une guttata, déchirure ou décollement de la descemet, vésicules endothéliales, précipités cornéens, synéchies antérieures périphériques pigmentées
 - Atteinte de la cornée du donneur ou du receveur
 - Œdème cornéen sectoriel, et précipités cornéens ou une réaction de la chambre antérieure
 - Etat, forme, et position de la pupille et de l'iris
 - Présence de mèche vitrénne ou dispersion pigmentaire
 - Etat et position du cristallin
- Mesure de la pression intraoculaire
- Examen du fond d'œil
- Gonioscopie

Tests Diagnostiques

- Mesure de l'acuité visuelle potentielle
- Réfraction sur lentille de contact rigide
- Pachymétrie cornéenne (*III, IQ, DR*)
- Imagerie Scheimpflug
- Microscopie spéculaire et confocale (*III, IQ, DR*)
- Tomographie en cohérence optique du segment antérieur (*III, IQ, DR*)
- Ultrabiomicroscopie

Edème et opacification cornéens (Recommandations Thérapeutiques)

Prise en Charge Thérapeutique

- Le but du traitement est de contrôler la cause de l'œdème cornéen ou l'opacité et améliorer la qualité de vie du patient en améliorant son acuité visuelle et son confort
- Le traitement initial est médical mais la chirurgie peut devenir le recours ultime
- Edème de cornée : traitement médical
 - Diminuer une tension oculaire élevée est utile
 - Les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique topiques ne devraient pas être une indication initiale quand un dysfonctionnement de l'endothélium est suspecté (*II-, MQ, SR*)
 - Les corticostéroïdes topiques peuvent contrôler l'inflammation quand l'infection a été contrôlée (*III, BQ, SR*)
 - L'existence de microkystes ou de bulles épithéliales peuvent causer un inconfort ou douleur nécessitant la mise en place d'une lentille pansement. (*III, BQ, SR*) Un changement périodique de la lentille est conseillé quand utilisée au long cours. (*III, IQ, DR*)
- Edème De Cornée : Traitement Chirurgical
 - Les patients présentant un œdème de cornée et un inconfort persistant, mais sans potentiel visuel sont généralement candidats aux procédures suivantes :
 - Kératectomie photothérapeutique (*III, IQ, DR*)
 - Volet conjonctival de Gunderson (*III, IQ, DR*)
 - Transplantation cornéenne
 - Kératoplastie endothéliale
 - Kératoplastie transfixiante (*III, BQ, SR*)
- Opacités De La Cornée : Traitement Médical
 - Le traitement des opacités cornéennes peut être divisé en 2 phases : a) traitement de la maladie causale (Ex infection, trauma), et b) traitement des séquelles (ulcérations superficielles et irrégularités, cicatrices, amincissement et vascularisation)
 - Le traitement conventionnel inclut les antibiotiques en collyres ou pommades pour éviter une infection bactérienne secondaire (*III, IQ, DR*)
 - Une colle temporaire, une tarsorrhaphie, ou attelle palpébrale peuvent aider si le clignement ou l'occlusion palpébrale sont inadéquats (*III, IQ, DR*)
 - Une lentille pansement peut être utile en cas de guérison lente (*III, BQ, SR*)
 - Les lentilles rigides perméables aux gaz -ou hybrides ou sclérales quand une plus grande stabilité est nécessaire amélioreront souvent la vision en cas d'irrégularité de la surface ; de telles lentilles peuvent annoncer le besoin de recourir à des procédés plus invasifs (*III, IQ, DR*)
- Opacités de la cornée : traitement chirurgical
 - La stratégie du traitement chirurgical des opacités cornéennes dépend du siège de l'atteinte :
 - Un débridement épithélial est plus utile dans les lésions antérieures à la membrane de Bowman (*III, IQ, DR*)
 - L'ETDA peut être utilisé pour traiter les kératites en bandelette calcifiée (*III, IQ, DR*)
 - Dans les cicatrices sous-épithéliales, de la Bowman et du stroma antérieur, La mitomycine C peut être utile en cas d'éventualité de récurrence (*III, IQ, DR*)
 - Le tatouage peut camoufler des leucomes cornéens inesthétiques
 - Les lésions cornéennes antérieures étendues derrière la Bowman au stroma antérieur ou moyen nécessite des traitements plus invasifs comme une kératectomie superficielle, une kératoplastie lamellaire ou transfixiante et kératoprothèses (*III, BQ, SR*)

Evaluation lors du suivi

- Dans le traitement de l'œdème cornéen le suivi est essentiel pour évaluer le dysfonctionnement endothélial
- Dans le traitement de l'opacification cornéenne le suivi est nécessaire pour évaluer la transparence cornéenne et l'irrégularité superficielle (*III, BQ, SR*)
- Les problèmes concomitants particulièrement L'inflammation oculaire et la pression intraoculaire nécessite une réévaluation régulière (*III, BQ, SR*)

Conseil et Orientation

- Une discussion détaillée des causes de l'œdème ou de l'opacification cornéenne et des différentes options thérapeutiques est importante. (*III, BQ, SR*)
- L'orientation vers un spécialiste de la cornée est recommandée quand un diagnostic sophistiqué ou des approches thérapeutiques médicales sont indiqués (dans les cas dépassant les compétences du médecin traitant), (*III, BQ, SR*) L'orientation vers un spécialiste de la rétine, du glaucome et d'ophtalmo-pédiatrie peut être aussi nécessaire (*III, BQ, SR*) Une fois la pathologie soignée ou stabilisée la réorientation vers un ophtalmologiste généraliste est appropriée. (*III, BQ, SR*)
- Quand le processus pathologique ou le traitement sont complexes tous les efforts doivent être faits pour conseiller le patient en fonction de tous les challenges pour lui permettre d'avoir une attente raisonnable et de prendre sa décision en toute connaissance de cause. (*III, BQ, SR*)

Syndrome de sécheresse oculaire (Evaluation initiale)

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Symptômes oculaires (ex : irritation, larmoiement, brûlures, picotements, sécheresse ou sensation de corps étranger, légère démangeaison, photophobie, flou visuel, intolérance aux lentilles de contact, rougeurs, sécrétions muqueuses, fréquence de clignement accrue, fatigue oculaire, fluctuation diurne : symptômes qui s'accroissent en fin de journée) (*III, BQ, SR*)
- Facteurs aggravants (ex : vent, voyage en avion, humidité réduite, efforts visuels prolongés entraînant une diminution de la fréquence de clignement, tels que la lecture ou l'utilisation d'un ordinateur) (*III, BQ, SR*)
- Durée des symptômes (*III, BQ, SR*)
- Antécédents ophtalmologiques :
 - Médicaments topiques utilisés et leur effet sur les symptômes (ex : larmes artificielles, sérum physiologique, antihistaminiques, anti-glaucomeux, vasoconstricteurs, corticostéroïdes, préparation homéopathique ou à base de plantes) (*III, BQ, SR*)
 - Port de lentilles de contact (fréquence de port, qualité de l'entretien) (*III, BQ, SR*)
 - Conjonctivite allergique (*III, BQ, SR*)
 - Antécédents de chirurgie oculaire (ex : kératoplastie, chirurgie de la cataracte, chirurgie réfractive) (*III, BQ, SR*)
 - Pathologie de surface oculaire (ex : virus herpès simplex, virus varicelle zona, pemphigoïde des muqueuses oculaires, syndrome de Stevens-Johnson, aniridie, maladie du greffon contre l'hôte) (*III, BQ, SR*)
 - Chirurgie des points lacrymaux (*III, BQ, SR*)
 - Chirurgie des paupières (ex : antécédents de chirurgie du ptosis, blépharoplastie, chirurgie d'un entropion / ectropion) (*III, BQ, SR*)
 - Paralysie faciale à frigore (*III, BQ, SR*)
- Antécédents médicaux :
 - Le tabagisme actif ou passif (*II+, BQ, SR*)
 - Les maladies dermatologiques (ex : la rosacée, psoriasis) (*II++, BQ, SR*)
 - Technique et fréquence du lavage du visage, y compris l'hygiène des paupières et des cils (*II++, BQ, SR*)
 - Atopie (*II++, BQ, SR*)
 - Ménopause (*II++, BQ, SR*)
 - Maladies inflammatoires systémiques (par exemple : syndrome Sjögren, maladie du greffon contre l'hôte, la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé, la sclérodémie) (*II++, BQ, SR*)
 - Autres pathologies systémiques (ex : lymphome, sarcoïdose) (*II++, BQ, SR*)
 - Médicaments systémiques (ex : les antihistaminiques, les diurétiques, les hormones et les antagonistes hormonaux, les antidépresseurs, les médicaments anti-arythmiques cardiaques, l'isotrétinoïne, diphénoxylate / atropine, antagonistes bêta-adrénergiques, des agents de chimiothérapie, toute autre drogue avec des effets anticholinergiques) (*II++, BQ, SR*)
 - Traumatisme (ex : mécanique, chimique, thermique) (*II++, BQ, SR*)

- Les infections virales chroniques (ex : l'hépatite C, VIH) (*II++, BQ, SR*)
- Chirurgie extra-oculaire (ex : greffe de moelle osseuse, chirurgie de la tête et du cou, chirurgie pour la névralgie du trijumeau) (*II++, BQ, SR*)
- Radiothérapie de l'orbite (*II++, BQ, SR*)
- Atteinte neurologique (ex : la maladie de Parkinson, Paralysie faciale à frigore, le syndrome de Riley-Day, la névralgie du trijumeau) (*II++, BQ, SR*)
- Sécheresse de la bouche, les caries dentaires, ulcères buccaux (*II++, BQ, SR*)
- Fatigue (*II++, BQ, SR*)
- Douleurs articulaires, douleurs musculaires (*II++, BQ, SR*)

Examen Oculaire Initial

- L'acuité visuelle
- Inspection
 - Peau (ex : sclérodémie, modifications de la face en faveur d'une rosacée, séborrhée)
 - Paupières (occlusion incomplète/malposition, clignements incomplets ou peu fréquents, signe de Graefe, asynergie oculo-palpébrale, érythème des bords palpébraux, sécrétions ou dépôts anormaux, entropion, ectropion)
 - Annexes (hypertrophie des glandes lacrymales)
 - Exophtalmie
 - Fonction des nerfs crâniens (ex : Ve nerf crânien [trijumeau], VIle nerf crânien [facial])
 - Mains (déformations articulaires caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde, syndrome de Raynaud, Hémorragies linéaires sous unguéales)
- Examen à la lampe à fente
 - Film lacrymal (hauteur du ménisque, débris, viscosité accrue, filaments muqueux et sécrétions spumeuses, répartition et le temps de rupture du film lacrymal)
 - Cils (trichiasis, distichiasis, madarose, dépôts)
 - Bords antérieur et postérieur des paupières (anomalies des glandes de Meibomius [ex : métaplasie des orifices, expressibilité réduite du meibum, atrophie], caractéristiques des sécrétions des glandes de Meibomius [ex : troubles, épaissies, spumeuses, insuffisantes], vascularisation traversant la jonction cutané-muqueuse, kératinisation, cicatrices)
 - Points lacrymaux (perméabilité, position, présence et position des bouchons)
 - Conjonctive tarsale et culs de sac conjonctivaux inférieurs (ex : filaments muqueux, cicatrices, érythème, réaction papillaire, hypertrophie des follicules, kératinisation, raccourcissement, symblépharon)
 - Conjonctive bulbaire (ex : coloration punctiforme au rose Bengale, au vert de lissamine ou à la fluorescéine, hyperémie, sécheresse localisée, kératinisation, chemosis, chalasis, follicules)
 - Cornée (sécheresse localisée dans l'aire interpalpébrale, kératite ponctuée superficielle, coloration punctiforme au rose Bengale ou à la fluorescéine, filaments, défauts épithéliaux, irrégularités de la membrane basale, plaques muqueuses, kératinisation, formation de pannus, amincissement, infiltrats, ulcération, cicatrices, néovascularisation, signes de chirurgie cornéenne ou réfractive)

Syndrome de Sécheresse Oculaire (Recommandations Thérapeutiques)

Prise en Charge Thérapeutique

- La sécheresse oculaire ayant des causes multiples, son traitement doit être multifactoriel
- La stratégie thérapeutique est fonction des besoins et des préférences des patients et des indications de l'ophtalmologiste (*III, BQ, SR*)
- Pour la sécheresse oculaire légère, les mesures suivantes sont indiquées :
 - L'éducation et la modification de l'environnement (*III, BQ, SR*)
 - Élimination des médicaments topiques ou systémiques potentiellement toxiques. (*III, IQ, DR*)
 - Lubrification à l'aide de larmes artificielles, gels et pommades (*III, IQ, DR*)
 - Hygiène des paupières (compresses chaudes et massage) (*III, IQ, DR*)
 - Traitement des facteurs oculaires aggravants tels que la blépharite ou la meibomite (*III+, BQ, SR*)
 - Correction des anomalies palpébrales (*III+, BQ, SR*)
- Pour la sécheresse oculaire modérée, en plus des traitements mentionnés ci-dessus, les mesures suivantes sont indiquées :
 - Les agents anti-inflammatoires (cyclosporine topique, les corticostéroïdes, supplémentation orale en acides gras oméga-3)
 - Bouchons lacrymaux (*I+, BQ, SR*)
 - Lunettes occlusives et humidificatrices (*III, BQ, SR*)
- Pour la sécheresse oculaire sévère, en plus des traitements mentionnés ci-dessus, les mesures suivantes sont indiquées :
 - Médicaments cholinergiques systémiques
 - Anti-inflammatoires systémiques
 - Agents mucolytiques (*III, IQ, DR*)
 - Sérum autologue
 - Lentilles de contact
 - Correction des anomalies des paupières
 - Occlusion définitive des points lacrymaux (*III, IQ, DR*)
 - Tarsorrhaphie (*III, IQ, DR*)
- Surveiller les patients sous corticostéroïdes à la recherche d'effets secondaires tels que l'élévation de la pression intraoculaire, les ulcères de cornée, et la cataracte (*III, BQ, SR*)

Education du Patient

- Informer les patients sur la nature chronique de la sécheresse oculaire et de son évolution.
- Fournir des instructions spécifiques pour les stratégies thérapeutiques. (*III, BQ, SR*)
- Réévaluer périodiquement l'adhérence du patient au traitement ainsi que sa compréhension de sa maladie. Bien expliquer les résultats escomptés du traitement ainsi que les risques associés à tout changement structurel. Enfin toujours renforcer l'éducation. (*III, BQ, SR*)
- Orienter les patients ayant des signes d'une maladie systémique à un spécialiste. (*III, BQ, SR*)
- Avertir les patients souffrant de sécheresse oculaire qu'une chirurgie réfractive, en particulier le LASIK, peut l'aggraver. (*III, BQ, SR*)



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.