



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 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)

Cataracte (Evaluation Initiale Et Du Suivi)

L'anamnèse Et Histoire De La Maladie (Eléments Clés)

- Les symptômes
- L'histoire oculaire
- L'histoire générale systémique
- L'évaluation de l'état de la fonction visuelle
- Les traitements médicaux en cours d'utilisation

L'examen Clinique Initial

- L'acuité visuelle avec correction actuelle portée
- Mesure de la meilleure acuité visuelle corrigée (avec réfraction si nécessaire)
- L'inspection externe
- Le parallélisme des yeux et la motilité oculaire
- Test à l'éblouissement si nécessaire
- Réactivité pupillaire et fonction pupillaire
- Mesure de la PIO
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente y compris la gonioscopie
- Examen sous dilatation pupillaire du cristallin, de la macula, de la périphérie rétinienne, du nerf optique, du vitré.
- Analyse des aspects importants de l'état médical et physique du patient

Prise En Charge Thérapeutique

- Le traitement est indiqué quand la fonction visuelle ne correspond plus aux besoins du patient et que la chirurgie de la cataracte apporte une amélioration significative et vraisemblable de la qualité de vie
- L'extraction de la cataracte est également indiquée quand la pathologie est d'origine cristallinienne ou alors en cas de nécessité d'accéder au fond d'œil si l'œil a un potentiel visuel.
- La chirurgie ne devrait pas être pratiquée dans les situations suivantes :
 - La correction réfractive tolérable entraîne une vision non compatible avec les besoins et désirs du patient, la chirurgie n'est pas susceptible d'améliorer la fonction visuelle, l'absence d'indication à l'extraction du cristallin,
 - Le patient ne peut pas être opéré en toute sécurité en raison de la coexistence de certaines pathologies oculaires ou générales,
 - Les soins post-opératoires appropriés ne peuvent être organisés,
 - Le patient ou son entourage ne sont pas en mesure de donner un consentement éclairé dans les situations non urgentes
- Les indications d'une chirurgie du 2ème œil sont identiques que pour le 1er œil (en tenant compte des besoins de la fonction binoculaire)

- Le standard chirurgical de la cataracte aux USA est une phacoémulsification aussi bien coaxiale que biaxiale avec petite incision, et implant pliable (I+, BQ, SR)

Les Soins Pré Opératoires

L'ophtalmologiste qui pratique la chirurgie a les responsabilités suivantes :

- Examiner le patient en pré opératoire
- S'assurer de manière précise en documentant les symptômes et les données de l'examen clinique et l'indication thérapeutique
- Informer le patient des risques et bénéfices ainsi que les résultats prévisibles de la chirurgie en incluant le résultat réfractif prévu, et l'expérience du chirurgien.
- Etablir un plan chirurgical comprenant le choix de l'IOL et du type d'anesthésie
- Partager avec le patient les résultats de l'évaluation pré-opératoire et diagnostique
- Informer le patient sur l'éventualité d'une détérioration de la vision après chirurgie de la cataracte et le potentiel de réhabilitation (III, BQ, SR)
- Formuler un protocole post-opératoire et le communiquer au patient afin qu'il prenne ses dispositions
- Répondre aux questions du patient relatives à la chirurgie, au suivi et au coût
- Les bilans biologiques pré-opératoires de routine en fonction de l'examen et de l'histoire du patient ne sont pas indiquées (I+, BQ, SR)

Le Suivi Post Opératoire

- Les patients à hauts risques devront être contrôlés dans les 24 h après la chirurgie
- Les autres patients devront être revus dans les 48 h
- La fréquence et le rythme des visites ultérieures dépendront de la réfraction, la fonction visuelle et l'état oculaire
- Des contrôles plus fréquents sont habituellement nécessaires pour les patients à hauts risques
- Pour chaque contrôle l'examen devra comprendre : la recherche de nouveaux symptômes et l'usage de traitements post opératoires dans l'intervalle séparant les contrôles :
 - L'évaluation de la fonction visuelle du patient
 - La mesure de la PIO
 - L'examen biomicroscopique à la LAF
 - L'ophtalmologiste chirurgien devrait assurer le suivi post opératoire qui relève de sa seule et unique compétence (III, BQ, SR)

Cataracte (Evaluation Initiale Et Du Suivi)

La Capsulotomie Au Laser Nd : YAG

- Ce laser est indiqué devant une dégradation de la vision par opacification de la capsule postérieure, qui ne répondant plus aux besoins fonctionnels du patient ou alors quand cette opacification gêne significativement l'accès au FO.
- Il faut informer le patient sur les symptômes relatifs au DPV, déchirure rétinienne, décollement de rétine et de la nécessité d'un examen immédiat si ces signes sont ressentis par le patient.
- La décision d'effectuer une capsulotomie devrait être prise en mettant en balance les bénéfices et les risques de ce laser. La capsulotomie ne peut pas être réalisée de manière prophylactique (par exemple une capsule postérieure transparente). L'œil devra être non inflammatoire et l'IOL stable avant de pratiquer une capsulotomie au laser Nd : YAG (*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.