



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)

Glaucome Primitif à Angle Ouvert (Evaluation Initiale)

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Antécédants oculaires
- Race/Ethnie
- Antécédants familiaux
- Antécédents systémiques
- Revue des données documentées
- Médications actuelles
- Chirurgie oculaire

Examen Physique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle
- Pupilles
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente du Segment antérieur
- Mesure de la PIO
- Epaisseur de la cornée centrale
- Gonioscopie
- Evaluation de la tête de nerf optique et de la Couche des fibres nerveuses rétiniennes par un Examen stéréoscopique avec grossissement (*I+*, *MQ*, *SR*)
- Documentation de l'aspect de la tête du nerf optique par des stéréophotographies couleur ou par une technique d'imagerie digitalisée (*I+*, *MQ*, *SR*)
- Evaluation du fond d'oeil (à travers une pupille dilatée quand c'est possible)
- Evaluation du champ visuel, de préférence par périmétrie statique automatique, technique du seuil
- Evaluation du disque optique
- Amincissement en inférieur et/ou supérieur de l'anneau neuro-rétinien

Stratégie Thérapeutique chez les Patients chez qui un Traitement est Indiqué

- Déterminer une pression cible initiale inférieure au moins de 25% à la PIO avant traitement, une pression cible plus basse peut *être justifiée en cas d'atteinte importante du nerf optique
- La pression cible est une estimation ; et doit être individualisée et/ou ajustée en fonction de l'évolution de la maladie (*III*, *IQ*, *DR*)
- Le but du traitement est de maintenir la pression intraoculaire à un niveau auquel la détérioration de la qualité de vie du patient due à l'altération du champ visuel est réduite de façon significative durant toute sa vie (*II+*, *MQ*, *DR*)
- Le traitement médical est actuellement la méthode initiale la plus courante pour diminuer la PIO ; il faut mettre en balance les effets secondaires et l'efficacité en choisissant un protocole dont l'efficacité et la tolérance sont maximales pour atteindre la réduction désirée de la PIO pour chaque patient
- Si une progression survient avec la pression cible, il faut réévaluer les fluctuations tensionnelles et l'observance du traitement avant de réajuster la pression cible vers le bas
- Chez le patient qui reçoit un traitement antiglaucomateux, évaluer les effets secondaires oculaires et systémiques et la toxicité
- La Trabéculoplastie Laser peut être indiquée initialement chez des patients sélectionnés ou

comme alternative chez les patients qui risquent fort d'avoir une mauvaise observance ou chez les patients qui ne peuvent pas ou n'utiliseront le traitement médical à cause de son coût, de problèmes de mémoire, de difficulté à l'instillation ou d'intolérance au traitement (*I+*, *BQ*, *DR*)

- La trabéculéctomie est efficace pour abaisser la pression intraoculaire ; elle est généralement indiquée quand un traitement médical et un traitement au laser appropriés sont insuffisants pour contrôler la maladie et peut être indiquée initialement chez des patients sélectionnés (*I+*, *BQ*, *SR*)

Chirurgie et Soins and Post-Opératoires pour les Patients chez qui une Trabéculoplastie Laser est Indiquée

- L'ophtalmologiste qui opère a les responsabilités suivantes :
 - Obtenir un consentement éclairé
 - S'assurer que l'évaluation préopératoire confirme la nécessité de la chirurgie
 - Mesurer la PIO au moins une fois entre 30 minutes et 2 heures après la chirurgie
 - Examen de contrôle dans l'intervalle de 6 semaines post-opératoires ou plus précocement s'il y a un doute sur une éventuelle atteinte du nerf optique en relation avec la PIO

Chirurgie et Soins and Post-Opératoires pour les Patients chez qui une Chirurgie Antiglaucomateuse Incisionnelle est Indiquée

- L'ophtalmologiste qui opère a les responsabilités suivantes :
 - Obtenir un consentement éclairé
 - S'assurer que l'évaluation préopératoire confirme précisément les données documentées et les indications pour la chirurgie
 - Prescrire des corticostéroïdes topiques durant la période post-opératoire
 - Contrôle au 1er jour post-opératoire (12 à 36 heures après chirurgie) et au moins une fois durant les 2 premières semaines
 - En l'absence de complications, faire des contrôles additionnels post-opératoires durant 6 semaines
 - Programmer des visites plus fréquentes selon les besoins chez les patients avec des complications post-opératoires
 - Traitements additionnels si nécessaire pour optimiser les chances d'un succès à long terme

Education des Patients sous Traitement Médical

- Discuter le diagnostic, la sévérité de la maladie, le pronostic, la stratégie thérapeutique et la probabilité d'un traitement à vie
- Apprendre la fermeture des paupières et l'occlusion naso-lacrymale lors de l'instillation du traitement topique pour diminuer l'absorption systémique
- Encourager les patients à rapporter à leur ophtalmologiste toutes manifestations physiques ou émotionnelles succédant à la prise du traitement antiglaucomateux

Glaucome Primitif à Angle Ouvert (Evaluation lors du Suivi)

Histoire de le Maladie

- Histoire de la maladie oculaire lors de l'intervalle des consultations
- Etat systémique du patient lors de l'intervalle des consultations
- Effets secondaires des médications oculaires
- Fréquence et moment des dernières médications, hypotensives et revue de leur utilisation

Examen Physique

- Acuité visuelle
- Examen biomicroscopique
- Mesure de la PIO
- Evaluation de la tête de nerf optique et du champ visuel (voir tableau ci-dessous)
- La mesure de l'épaisseur de la cornée centrale doit être répétée après tout événement pouvant la modifier

Stratégie Thérapeutique chez les Patients sous Traitement Médical

- A chaque examen noter le dosage et la fréquence d'utilisation, discuter la compliance au protocole thérapeutique et la réaction du patient à l'indication d'une alternative thérapeutique ou de procédures diagnostiques.
- Pratiquer une gonioscopie s'il y a une suspicion de fermeture de l'angle, d'un aplatissement de la chambre antérieure ou des anomalies de l'angle ou s'il y a un changement inexplicable de la PIO. Pratiquer une gonioscopie périodiquement.

- Réévaluer le protocole thérapeutique si la pression cible n'est pas atteinte et que le bénéfice du changement de traitement est supérieur au risque
- Ajuster la pression cible vers le bas s'il y a progression de l'atteinte de la papille, de la couche des fibres nerveuses rétiniennes ou du champ visuel.
- Durant l'intervalle recommandé des visites, les facteurs qui déterminent la fréquence de l'évaluation incluent la sévérité de l'atteinte, le degré de progression, de combien la PIO obtenue dépasse la pression cible, le nombre et l'importance des autres facteurs de risque d'atteinte du nerf optique.

Education du Patient

- Informer le patient sur la progression de la maladie, la logique et les buts du traitement, leur situation, les bénéfices et les risques relatifs à des thérapeutiques alternatives, de sorte que le patient participe de façon significative dans le développement d'un plan d'action thérapeutique approprié
- Référer ou encourager les patients présentant un handicap visuel significatif ou une cécité à recourir à la réhabilitation visuelle et aux services sociaux
- Les patients désirant subir une kérato-chirurgie réfractive doivent être informés de l'impact de la correction visuelle au laser sur la diminution de la sensibilité au contraste et de la diminution de l'efficacité de la mesure de la PIO

Protocole du Suivi :

Consensus des Directives Recommandées pour le Suivi de l'évolution du Glaucome avec Evaluation du Nerf Optique et du Champ Visuel*

Pression cible Atteinte	Progression de L'atteinte	Durée du contrôle (mois)	Durée approximative du délai de contrôle (mois)**
Oui	Non	≤6	6
Oui	Non	>6	12
Oui	Oui	NA	1-2
Non	Oui	NA	1-2
Non	Non	NA	3-6

PIO = pression intraoculaire ; NA = non applicable

* Les évaluations consistent en l'examen clinique du patient comprenant l'examen de la tête du nerf optique, (avec photographies stéréoscopiques couleur ou images digitalisées périodiques du nerf optique et de la couche des fibres nerveuses rétiniennes) et l'examen du champ visuel.

** Patients avec atteinte plus sévère ou un plus grand risque sur la durée de vie dû au GPAO, pourraient nécessiter des évaluations plus fréquentes. Ces intervalles sont les délais maxima recommandés entre 2 évaluations.

Glaucome Primitif à Angle Ouvert Suspect (Evaluation Initiale et Lors du Suivi)

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Antécédents oculaires
- Antécédents familiaux
- Antécédents systémiques
- Revue des données pertinentes du dossier
- Médications actuelles
- Chirurgie oculaire

Examen Physique Initial (Eléments clés)

- Examen de l'Acuité visuelle
- Examen des Pupilles
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente du segment antérieur
- Mesure de la PIO
- Epaisseur de la cornée centrale
- Gonioscopie
- Evaluation de la tête de nerf optique et de la couche des fibres nerveuses rétiniennes par un examen stéréoscopique à la lampe à fente avec grossissement à travers une pupille dilatée
- L'aspect de la tête du nerf optique et si possible de la couche des fibres nerveuses rétiniennes devrait être documentés (*II++*, *BQ*, *SR*)
- Evaluation du fond d'œil, à travers une pupille dilatée quand c'est possible.
- Evaluation du champ visuel, de préférence par périmétrie statique automatique, technique du seuil
- Profondeur de l'excavation du disque optique
- Amincissement en inférieur et/ou supérieur de l'anneau neuro-rétinien

Stratégie Pour les Patients chez qui un traitement est indiqué

- Le but raisonnable Initial est de déterminer une pression cible 20% inférieure à la moyenne de plusieurs mesures de PIO de base, basée sur les critères de « l'Ocular Hypertension Study » (*I+*, *MQ*, *DR*)
- Le but du traitement est de maintenir la pression intraoculaire à un niveau auquel la détérioration de la qualité de vie du patient due à l'altération du champ visuel est réduite de façon significative durant toute sa vie (*II+*, *MQ*, *DR*)
- Si une altération périmétrique glaucomateuse est récemment détectée chez un patient suspect de glaucome il vaut mieux répéter le test (*II++*, *BQ*, *SR*)
- Les cliniciens devraient inclure toutes les informations périmétriques et structurelles en plus des techniques d'imagerie au moment de prendre la décision thérapeutique (*III*, *IQ*, *SR*)

Examen de Suivi, Histoire de la Maladie

- Antécédents oculaires dans l'intervalle des
- Antécédents systémiques et tout changement dans les traitements systémiques dans l'intervalle des consultations
- Effets secondaires des traitements oculaires si le patient est traité
- Fréquence and moment de la dernière prise du traitement antiglaucomateux et revue de l'utilisation du traitement si le patient est traité

Examen de Suivi

- Acuité visuelle
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente
- Mesure de la PIO
- Pratiquer une gonioscopie s'il y a une suspicion de fermeture de l'angle, un aplatissement de la chambre antérieure ou s'il y a un changement inexplicable de la PIO

Délais du Suivi

- L'intervalle entre les visites dépend de l'interaction entre le patient et la maladie ce qui est particulier pour chaque patient.
- La fréquence des évaluations périodiques de la tête du nerf optique et du champ visuel est basée sur la détermination du risque. Les patients avec une cornée plus mince, une PIO plus élevée, des hémorragies de la papille, un plus grand ratio excavation/ disque, un plus grand « mean pattern standard deviation », ou une histoire familiale de glaucome peuvent nécessiter des contrôles plus rapprochés.

Education des Patients recevant un Traitement Médical

- Discuter le diagnostic, le nombre et la sévérité des facteurs de risque, le pronostic, la stratégie thérapeutique, et la probabilité que le traitement une fois instauré sera de longue durée
- Informer sur le processus de la maladie, la logique et les buts du traitement, le statut de leur maladie et les bénéfices et les risques relatifs à d'autres alternatives thérapeutiques
- Eduquer sur la fermeture des paupières et l'occlusion naso-lacrymale lors de l'instillation du traitement topique pour diminuer l'absorption systémique
- Encourager les patients à rapporter à leur ophtalmologiste toutes manifestations physiques ou émotionnelles succédant à la prise du traitement antiglaucomateux

Glaucome Primitif à Angle Fermé (GFA) (Evaluation Initiale et Traitement)

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Antécédents oculaires (symptômes évoquant des crises intermittentes de fermeture de l'angle)
- Antécédents familiaux de GFA
- Antécédents systémiques (ex : utilisation de thérapeutiques topiques ou systémiques)

Examen Physique Initial (Eléments clés)

- Réfraction
- Pupilles
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente
 - Hyperhémie Conjonctivale (dans les cas aigus)
 - Diminution de la profondeur centrale et périphérique de la chambre antérieure (CA)
 - Inflammation de la CA évoquant une crise patente ou récente
 - Epaissement cornéen (L'œdème microkystique et l'œdème stromal sont courants dans les cas aigus)
 - Anomalies iriennes incluant une atrophie focale ou diffuse, des synéchies postérieures, une fonction pupillaire anormale, une pupille de forme irrégulière, une pupille en semi-mydriase (évoquant une crise patente ou récente)
 - Anomalies cristalliniennes incluant cataracte et glaukomflecken
 - Perte de cellules endothéliales cornéennes
- Prise de la PIO
- Gonioscopie et/ou imagerie du segment antérieur des 2 yeux
- Evaluation du fond d'œil et de la tête du nerf optique par ophtalmoscopie directe ou biomicroscopie avec une lentille indirecte

Prise en Charge des Patients chez qui une Iridotomie est Indiquée

- L'iridotomie est indiquée dans la fermeture primitive de l'angle et dans le glaucome primitif par fermeture de l'angle (*I++*, *BQ*, *SR*)
- L'iridotomie au Laser est le traitement chirurgical préféré pour les crises de glaucome aigu par fermeture de l'angle parce qu'il a un rapport favorable bénéfice-risque (*II+*, *MQ*, *SR*)
- Dans les crises de glaucome aigu il faut d'abord traiter médicalement pour abaisser la PIO, diminuer la douleur et faire régresser l'œdème cornéen. L'iridotomie doit alors être pratiquée le plus tôt possible. (*III*, *BQ*, *SR*)
- Pratiquer une iridotomie préventive sur l'œil adelphe si la CA est anatomiquement étroite parce qu'environ la moitié des yeux adelphe développent une crise de GFA dans l'intervalle de 5 ans (*II++*, *BQ*, *SR*)

Chirurgie et Soins Post-Opératoires après Iridotomie

- L'ophtalmologiste qui opère a les responsabilités suivantes :
 - Obtenir un consentement éclairé
 - S'assurer que l'évaluation préopératoire confirme la nécessité de la chirurgie
 - Mesurer au moins une fois la PIO immédiatement avant la chirurgie et entre 30 minutes et 2 heures après la chirurgie
 - Prescrire des corticostéroïdes topiques durant la période post-opératoire
 - S'assurer que le patient reçoit des soins post-opératoires adéquats
- L'évaluation de l'évolution comprend :
 - L'évaluation du statut de l'iridectomie par la visualisation de la capsule antérieure du cristallin
 - La mesure de la PIO
 - La Gonioscopie avec compression/indentation après l'iridotomie si non faite immédiatement
 - La dilatation pupillaire pour réduire le risque de formation de synéchies postérieures
 - L'examen du fond d'œil comme indiqué cliniquement
- Traiter en période péri opératoire pour prévenir une soudaine élévation de la PIO, particulièrement chez les patients dont la maladie est sévère

Suivi des Patients ayant subi une Iridotomie

- Après iridotomie, suivre les patients présentant une neuropathie optique glaucomateuse comme cela est indiqué dans le Glaucome Primitif à Angle Ouvert BPM
- Après iridotomie, les patients avec un résidu d'angle ouvert ou une combinaison d'angle ouvert et de synéchies périphériques antérieures avec ou sans neuropathie optique glaucomateuse doivent être suivis au moins annuellement en prêtant une attention particulière aux gonioscopies

Information des Patients si l'iridotomie n'est pas Pratiquée

- Les patients présentant une suspicion de fermeture primitive de l'angle et Qui n'ont pas eu d'iridotomie doivent être avertis qu'ils risquent de présenter une crise de GFA, que certaines médications provoquent une dilatation pupillaire et provoquent des crises de GFA (*III*, *MQ*, *DR*)
- Informer les patients à risque sur les symptômes d'une crise de glaucome aigu et leur demander de consulter immédiatement si les symptômes apparaissent (*III*, *MQ*, *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.