AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY
The Eye M.D. Association

RESUME DES REFERENCES DES GUIDES DES BONNES PRATIQUES MEDICALES
Sommaire

Résumé des Références des Guides des Bonnes Pratiques Médicales
Introduction 1

Glaucome
Glaucome Primitif à Angle Ouvert (Evaluation Initiale) 2
Glaucome Primitif à Angle Ouvert (Evaluation lors du Suivi) 3
Glaucome Primitif à Angle Ouvert Suspect (Evaluation Initiale et lors du Suivi) 4
Glaucome Primitif à Angle Fermé (Evaluation Initiale et Traitement) 5

Rétine
Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (Evaluation Initiale et lors Suivi) 6
Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (Recommandations Thérapeutiques) 7
La Rétinopathie Diabétique (Evaluation Initiale et du lors Suivi) 8
La Rétinopathie Diabétique (Recommandations Thérapeutiques) 9
Trou Maculaire Idiopathique (Evaluation Initiale et Traitement) 10
Décollement Postérieur du Vitré, Déhiscences Rétiniennes et Dégénérescence Palissadique (Evaluation Initiale et lors du Suivi) 11

Cataracte / Segment Antérieur
Cataracte (Evaluation Initiale et lors du Suivi) 12

Cornée / Pathologie Externe
Kératites Bactériennes (Evaluation Initiale) 13
Kératites Bactériennes (Recommandations Thérapeutiques) 14
Blépharites (Evaluation Initiale et lors du Suivi) 15
Conjonctivites (Evaluation Initiale et Traitement) 16
Syndrome de Sécheresse Oculaire (Evaluation Initiale) 17
Syndrome de Sécheresse Oculaire (Recommandations Thérapeutiques) 18

Ophtalmologie Pédiatrique / Strabisme
Amblyopie (Evaluation Initiale et lors du Suivi) 19
Esotropie (Evaluation Initiale et lors du Suivi) 20
Exotropie (Evaluation Initiale et lors du Suivi) 21

Conduite à tenir Réfractive / Intervention
Chirurgie Kérato-réfractive (Evaluation Initiale et lors du Suivi) 22

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY
The Eye M.D. Association

RESUME DES REFERENCES DES GUIDES DES BONNES PRATIQUES MEDICALES

Traduit par Dr. Amel Ouertani

Introduction

Ceux-ci sont les résumés des références des guides des bonnes pratiques médicales (BPM) de l'Académie. Ces séries des guides des bonnes pratiques médicales ont été déterminées sur la base de 3 principes:

- Chaque modèle de bonne pratique médicale devrait être cliniquement pertinent et suffisamment spécifique pour fournir des informations utiles aux praticiens
- Chaque recommandation faite devrait recevoir un classement explicite qui montre son importance dans le processus de soin
- Chaque recommandation faite devrait recevoir un classement explicite qui montre la force de la preuve qui soutient la recommandation et reflète la meilleure preuve disponible

Les guides des bonnes pratiques médicales ne fournissent pas des directives pour la prise en charge d'un patient unique. Alors qu'ils devraient généralement répondre aux besoins de la plupart des patients, ils ne peuvent répondre aux besoins de tous les patients. L'adhésion à ces à ces guides des bonnes pratiques médicales n'assurera pas un bon résultat dans toutes les situations. Ces guides des bonnes pratiques médicales ne doivent pas être considérées comme incluant toutes les méthodes de soin appropriées ni excluant d'autres méthodes de soin visant raisonnablement à obtenir les meilleurs résultats. Il pourrait être nécessaire de répondre aux besoins de patients différents par différentes méthodes. Le praticien doit émettre le jugement final quand à l'opportunité du traitement d'un patient particulier à la lumière de toutes les circonstances présentées par ce patient en particulier. L'Académie Américaine d'Ophtalmologie est disponible pour assister ses membres à résoudre les dilemmes éthiques qui pourraient apparaitre lors de la pratique ophtalmologique.

Les guides des bonnes pratiques médicales ne sont pas des standards médicaux à qui adhérer dans toutes les situations individuelles. L'Académie décline spécifiquement chaque et toute réclamations pour tout traumatisme ou tout dommage quels qu'ils soient, dûs à la négligence ou autre, pour chaque et toute réclamations qui pourraient surgir à la suite de l'utilisation de ces recommandations ou autres informations contenues ici.

Pour chaque situation pathologique grave, les recommandations pour le processus de soin, incluant l'historique, l'examen physique et les tests complémentaires, sont résumées en même temps que les recommandations majeures pour la prise en charge thérapeutique, le suivi et l'éducation du patient. Pour chaque BPM, une recherche bibliographique détaillée de PubMed et de la Cochrane Library (pour les articles en Anglais) est entreprise. Les résultats sont revus par un panel d'experts habitués à préparer les recommandations qu'ils classent de 2 façons.

Le panel a d'abord classé chaque recommandation selon sa valeur dans le processus de soin. Cette classification de la "valeur dans le processus de soin" représente le soin que le panel a considéré comme pouvant améliorer la qualité de prise en charge du patient de façon significative. La classification de la valeur est divisée en 3 niveaux.

- Niveau A, défini comme le plus élevé
- Niveau B, défini comme modérément important
- Niveau C, défini comme pertinent mais pas fondamental

Le panel a aussi classé chaque recommandation sur la force des preuves rapportées dans la littérature disponible, pour étayer cette recommandation. La "classification de la force des preuves" est aussi divisée en 3 niveaux.

- Niveau I inclut les preuves obtenues au moins par un essai contrôlé, randomisé, bien conçu et bien conduit. Elle pourrait inclure des méta-analyses d'essais contrôlés et randomisés.
- Niveau II inclut les preuves obtenues à partir de:
  - Essais bien conçus, contrôlés, et sans randomisation
  - Des études analytiques bien conçues, de cohorte ou de cas témoins, de préférence multicentrique
  - Séries échelonnées dans le temps avec ou sans intervention
- Niveau III inclut des preuves fournies par l'un des cas suivants:
  - Etudes descriptives
  - Cas cliniques
  - Rapports d'expert comités / organisations (ex: panel du consensus des BPM, revues par un pair externe)

L'intention 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 reconnaitre 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)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Glaucome Primitif à Angle Ouvert (Evaluation Initiale)

Traduit par Dr. Amel Ouertani

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Antécédants oculaires [A:III]
- Antécédants systémiques [A:III]
- Antécédants familiaux [A:III]
- Revue des données documentées [A:III]
- Evaluation de l'impact de la fonction visuelle sur la vie quotidienne et les activités du patient [A:III]

Examen Physique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle [A:III]
- Pupilles [B:II]
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente du segment antérieur [A:III]
- Mesure de la PIO [A:I]
- Epaisseur de la cornée centrale [A:II]
- Gonioscopie [A:III]
- Evaluation de la tête de nerf optique et de la couche des fibres nerveuses rétiniennes par un examen stéréoscopique avec grossissement [A:III]
- Documentation de l'aspect du nerf optique par des stéréophotographies couleur ou par une technique d'imagerie digitalisée [A:II]
- Evaluation du nerf optique (à travers une pupille dilatée quand c'est possible) [A:III]
- Evaluation du champ visuel, de préférence par périmétrie statique automatique, technique du seuil [A:III]

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, partant du principe que le niveau de la PIO mesurée avant traitement contribue à l'atteinte du nerf optique [A:I]
- La pression cible est une estimation; toutes les décisions thérapeutiques doivent être prises selon les besoins du patient [A:III]
- 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 [A:III]
- Chez le patient qui reçoit un traitement antiglaucomateux, évaluer les effets secondaires oculaires et systémiques et la toxicité [A:III]
- La Trabéculoplastie Laser peut être indiquée initialement chez des patients sélectionnés [A:I]
- La chirurgie filtrante peut être indiquée initialement dans des cas sélectionnés [A:I]

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 [A:III]
  - S'assurer que l'évaluation préopératoire confirme la nécessité de la chirurgie [A:III]
  - Mesurer au moins une fois la PIO entre 30 minutes et 2 heures après la chirurgie [A:I]
  - 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 [A:III]

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

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 [A:III]
- Eduquer sur la fermeture des paupières et l'occlusion naso-lacrymale lors de l'instillation du traitement topique pour diminuer l'absorption systémique [B:II]
- Encourager les patients à rapporter à leur ophtalmologiste toutes manifestations physiques ou émotionnelles succédant à la prise du traitement antiglaucomateux [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Glaucome Primitif à Angle Ouvert (Evaluation lors du Suivi)

Traduit par Dr. Amel Ouertani

Histoire de le Maladie

- Histoire de la maladie oculaire lors de l'intervalle des consultations [A:III]
- Histoire de la maladie systémique lors de l'intervalle des consultations [B:III]
- Effets secondaires des médications oculaires [A:III]
- Fréquence et moment des dernières médications hypotensives et revue de leur utilisation [B:III]

Examen Physique

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

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 et de procédures diagnostiques. [A:III]
- Pratiquer une gonioscopie s'il y 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 inexpliqué de la PIO. [A:III] Pratiquer une gonioscopie périodiquement (ex: 1-5 ans). [A:III]
- Réévaluer le protocole thérapeutique si la pression cible n'est pas atteinte et que le bénéfice du changement de traitement est plus grand que le risque. [A:III]
- Ajuster la pression cible vers le bas s'il y progression de l'atteinte de la papille ou du champ visuel. [A:III]
- Au niveau de chaque intervalle recommandé, les facteurs qui déterminent la fréquence de l'évaluation incluent la sévérité de l'atteinte, le degrés 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. [A:III]

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 d'alternatives thérapeutiques de sorte que le patient participe de façon significative dans le développement d'un plan d'action thérapeutique [A:III]
- Référer ou encourager les patients présentant un handicap visuel significatif ou une cécité à recourir à la réhabilitation visuelle et aux services sociaux [A:III]

Protocole du Suivi:

Directives Recommandées pour le Suivi de l'évolution du Glaucome avec Evaluation du Nerf Optique et du Champ Visuel [B:III] *

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 du au GPAO, pourraient nécessiter des évaluations plus fréquentes. Ces intervalles sont les délais maxima recommandés entre 2 évaluations.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

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

Traduit par Dr. Amel Ouertani

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Antécédants oculaires [A:III]
- Antécédants systémiques [A:III]
- Antécédants familiaux [A:III]
- Revue des données pertinentes du dossier [A:III]
- Evaluation de l'impact de la fonction visuelle sur la vie quotidienne et les activités [A:III]

Examen Physique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle [A:III]
- Pupilles [B:II]
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente du segment antérieur [A:III]
- Mesure de la PIO [A:I]
- Epaisseur de la cornée centrale [A:II]
- Gonioscopie [A:III]
- Evaluation de la tête de nerf optique et de la couche des fibres nerveuses rétiniennes par un examen stéréoscopique avec grossissement [A:III]
- Documentation de l'aspect du nerf optique par des stéréophotographies couleur ou par une technique d'imagerie digitalisée [A:II]
- Evaluation du fond d'œil (à travers une pupille dilatée quand c'est possible) [A:III]
- Evaluation du champ visuel, de préférence par périmétrie statique automatique, technique du seuil [A:III]

Stratégie Pour les Patients chez un Traitement est Indiqué

- Initial raisonnable est de déterminer une pression cible 20% inférieure à la moyenne de plusieurs mesures de PIO de base [A:I]
- Choisir un protocole d'efficacité et de tolérance maximales pour atteindre la réponse thérapeutique souhaitée [A:III]

Examen de Suivi, Histoire de la Maladie

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

Examen de Suivi

- Acuité visuelle [A:III]
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente [A:III]
- PIO [A:III]
- Pratiquer une gonioscopie s'il y une suspicion de fermeture de l'angle, d'un aplatissements de la chambre antérieure ou s'il y a un changement inexpliqué de la PIO [A:III]

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. [A:III]
- 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 da 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 [A:III]
- 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 [A:III]
- Eduquer sur la fermeture des paupières et l'occlusion naso-lacrymale lors de l'instillation du traitement topique pour diminuer l'absorption systémique [B:II]
- Encourager les patients à rapporter à leur ophtalmologiste toutes manifestations physiques ou émotionnelles succédant à la prise du traitement antiglaucomateux [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

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

Traduit par Dr. Amel Ouertani

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

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

Examen Physique Initial (Eléments clés)

- Réfraction [A:III]
- Pupilles [A:III]
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente [A:III]
  - Hyperémie 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
  - Epaississement cornéen avec ou sans œdème microkystique (dans les cas aigus)
  - Anomalies iriennes incluant atrophie focale ou diffuses, une fonction pupillaire anormale, une pupille de forme irrégulière, une pupille en semi-mydriase (CA évoquant une crise patente ou récente)
  - Anomalies cristalliniennes incluant cataracte et glaukomflecken
  - Perte de cellules endothéliales cornéennes
- Prise de la PIO [A:III]
- Gonioscopie des 2 yeux [A:III]
- Evaluation du fond d'œil et de la tête du nerf optique par ophtalmoscopie directe ou biomicroscopie [A:III]

Chirurgie et Soins Post-Opératoires après Iridotomie

- L'ophtalmologiste qui opère a les responsabilités suivantes:
  - Obtenir un consentement éclairé [A:III]
  - S'assurer que l'évaluation préopératoire confirme la nécessité de la chirurgie [A:III]
  - Mesurer au moins une fois la PIO entre 30 minutes et 2 heures après la chirurgie [A:III]
  - Prescrire des corticostéroïdes topiques durant la période post-opératoire [A:III]
  - S'assurer que le patient reçoit des soins post-opératoires adéquats [A:III]
- L'évaluation de l'évolution comprend:
  - L'évaluation du statut de l'iridectomie [A:III]
  - La mesure de la PIO [A:III]
  - La Gonioscopie si non faite immédiatement après l'iridotomie [A:III]
  - La dilatation pupillaire pour réduire le risque de formation de synéchies postérieures [A:III]
  - L'examen du fond d'œil comme indiqué cliniquement [A:III]

Prise en Charge des Patients chez qui une Iridotomie est Indiquée

- L'iridotomie au Laser est le traitement chirurgical préféré pour les crises de glaucome aigu [A:II]
- Dans les crises de glaucome aigu il faut d'abord traiter médicalement pout abaisser la PIO, pour diminuer la douleur et faire régresser l'œdème cornéen en préparation de l'iridotomie [A:III]
- Pratiquer une iridotomie préventive dans l'œil adelphe si la CA est anatomiquement étroite [A:II]
- Traiter en période péri opératoire pour prévenir une soudaine élévation de la PIO, particulièrement chez lez patients dont la maladie est sévère [A:III]

Suivi des Patients ayant subi une Iridotomie

- Après iridotomie suivre les patients présentant une neuropathie optique glaucomateuse comme cela indiqué dans le Glaucome Primitif à Angle Ouvert BPM [A:III]
- 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 sans oublier de répéter les gonioscopies [A:III]

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

- Informer les patients à risque sur les symptômes d'une crise de glaucome aigu et leur demander de consulter immédiatement si les symptômes apparaissent [A:III]
- Alerter les patients sur les médications qui pourraient provoquer une dilatation pupillaire et induire une crise de glaucome aigu [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA) (Evaluation Initiale et lors Suivi)

Traduit par Dr. Imène Ammous

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Symptômes (métamorphopsies, baisse visuelle) [A:III]
- Prise médicamenteuse et suppléments alimentaires [B:III]
- Antécédents oculaires [B:III]
- Antécédents généraux (notion d'allergie) [B:III]
- Antécédents familiaux de DMLA [B:III]
- Notion de tabagisme [B:III]

Examen Clinique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle [A:III]
- Examen biomicroscopique de la macula [A:III]

Examens Complémentaires

L'angiographie rétinienne à la fluorescéine est indiquée dans la DMLA comme suit: [A:I]

- Quand le patient décrit de nouvelles métamophopsies
- Quand le patient décrit un flou visuel inexpliqué
- Quand l'examen clinique révèle un décollement de l'EP, une hémorragie sous rétinienne, des exsudats durs ou une fibrose sous rétinienne
- Pour détecter la présence ou déterminer l'étendue, le type, la taille et le siège des néovaisseaux choroidiens (NVC) et calculer le pourcentage de la lésion composé ou évoquant des NVC classiques
- Pour guider le traitement (photocoagulation au laser ou PDTà la Verteporfin)
- Afin de détecter des NVC persistants ou récurrents après traitement
- Pour aider à déterminer la cause d'une baisse visuelle non expliquée par l'examen clinique

Toute angiographie doit être réalisée avec précaution et avec les moyens d'urgence accessibles afin de minimiser le risque d'éventuelles complications. [A:III]

Examen de Suivi, Histoire de la Maladie

- Symptômes visuels tel qu'une baisse de la vision ou des métamorphopsies [A:II]
- Changement d e traitements ou de compléments alimentaires [B:III]
- Nouveaux éléments dans l'histoire oculaire ou générale dans l'intervalle des visites [B:III]
- Nouvelles habitudes sociales tel qu'un tabagisme [B:III]

Examen lors du Suivi

- Acuité visuelle [A:III]
- Examen stéréo-biomicroscopique du FO [A:III]

Examen de Suivi Post Traitement des Néovaisseaux Choroïdiens

- Discuter les risques, bénéfices et les éventuelles complications avec le patient et obtenir son consentement éclairé [A:III]
- Examiner systématiquement les patients qui on été traités par des injections intra-vitréennes de ranibizumab 4 semaines après traitement [A:III]
- Examiner systématiquement les patients qui on été traités par des injections intra-vitréennes de bévacizumab 4 à 8 semaines après traitement [A:III]
- Examiner systématiquement les patients qui on été traités par des injections intra-vitréennes de pegaptanib sodique 6 semaines après traitement [A:III]
- Examiner le patient et réaliser une angiographie à la fluorescéine tous les 3 mois pendant les 2 premières années après PDT à la Verteporfin [A:III]
- Examiner le patient traité par photo coagulation au laser 2 à 4 semaines après traitement puis après 4 à 6 semaines [A:III]
- La tomographie en cohérence optique, l'angiographie à la fluorescéine et les photos du FO peuvent être utiles quand à la détection des signes exsudatifs et doivent être indiqués quand nécessaire [A:III]
- Les examens de contrôle doivent être réalisés comme indiqués sur les données cliniques et le jugement de l'ophtalmologiste traitant [A:III]

Education du Patient

- Informer le patient du pronostic et du gain potentiel suite au traitement qui va leur être administré en fonction de leur état [A:III]
- Encourager les patients ayant une DMLA débutante à avoir des examens réguliers sous dilatation pupillaire, afin de détecter précocement une DMLA intermédiaire [A:III]
- Eduquer les patients ayant une DMLA intermédiaire sur les moyens de détecter les nouveaux symptômes des NVC et sur la nécessité de consulter alors rapidement leurs ophtalmologistes [A:III]
- Expliquer aux patients qui présentent une atteinte unilatérale de la nécessité de surveiller l'œil sain et de consulter périodiquement même en l'absence de symptômes et rapidement à l'apparition de symptômes visuels significatifs [A:III]
- Expliquer au patient les différents symptomes d'une endophtalmie tels que douleur oculaire, augmentation d'un inconfort visuel, augmentation de la rougeur oculaire, flou ou diminution de la vision, une sensibilité accrue à la lumière et une augmentation des corps flottants [A:III]
- Encourager les patients fumeurs à arrêter de fumer, [A:I] parce que les études ont montré que le tabagisme est étroitement lié à la genèse de la DMLA [A:II] en plus des autres bénéfices sanitaires considérables dus à ce sevrage
- Adresser les patients considérés comme malvoyants au centre de réhabilitation (voir www.aao.org/smartsight) et aux services sociaux [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Recommandations pour les Stratégies de Traitement et de Suivi pour la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge

Traitement recommandé	Diagnostic	Recommandations Suivi
Contrôles réguliers sans aucun traitement médical ou chirurgical [A:I]	Aucun signe de DMLA (AREDS catégorie 1) DMLA précoce (AREDS catégorie 2) DMLA évoluée avec atrophie sous fovéale géographique ou cicatrice disciforme bilatérale	Selon les recommandations de la «Comprehensive Medical Eye Evaluation» BPM. [A:III] Contrôle de 6 à 24 mois si sujet asymptomatique ou immédiat si symptômes suggestifs de NVC. [A:III] Contrôle de 6 à 24 mois si sujet asymptomatique ou immédiat si symptômes suggestifs de NVC. [A:III] Pas de photo FO ou angiographie à la fluorescéine si pas de symptômes. [A:I]
Vitamines antioxydants et suppléments minéraux tels que recommandés dans l'étude AREDS [A:I]	- DMLA intermédiaire (AREDS catégorie 3) - DMLA avancée d'1 œil (AREDS catégorie 4)	- Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III] - Contrôle de 6 à 24 mois si sujet asymptomatique ou immédiat si symptômes suggestifs de NVC. [A:III] - Photos du FO comme recommandé. - Angiographie à la fluorescéine si œdème ou autres signes d'activité néovasculaire.
Injection intra-vitréenne de Ranibizumab de 0.5 mg. [A:I] Comme recommandé par la littérature.	NVC sous fovéaux	- Le patient doit être informé sur tout symptôme évoquant une endophtalmie tels que douleur oculaire, augmentation d'un inconfort visuel, augmentation de la rougeur oculaire, flou ou diminution de la vision, une sensibilité accrue à la lumière et une augmentation des corps flottants. [A:III] - Contrôle à 4 semaines après traitement, le suivi va dépendre des données cliniques et l'avis de l'ophtalmologiste. [A:III] - Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III]
Injection intra-vitréenne de Bevacizumab décrite dans plusieurs publications [A:III] L'ophtalmologiste doit donner les informations appropriées au patient et obtenir son consentement en l'informant aux conditions off-label [A:III]	NVC sous fovéaux	- Le patient doit être informé sur tout symptôme évoquant une endophtalmie tels que douleur oculaire, augmentation d'un inconfort visuel, augmentation de la rougeur oculaire, flou ou diminution de la vision, une sensibilité accrue à la lumière et une augmentation des corps flottants. [A:III] - Contrôle à 4 à 8 semaines après traitement, le suivi va dépendre des données cliniques et l'avis de l'ophtalmologiste. [A:III] - Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III]
Injection intra-vitréenne de pegaptanib de sodium à 0.3 mg. [A:III] Littérature sur pegaptanib sodique.	- NVC sous fovéaux, nouveaux ou récurrents, pour des lésions classiques dont la taille est ≤12 surfaces papillaires selon la «MPS» - Les NVC à prédominance occulte ou occultes purs avec une surface ≤12 surfaces papillaires, hémorragie sous rétinienne associée à des NVC prenant ≤50% de la lésion et/ou présence d'exsudats lipidiques, et/ou la perte visuelle est de 15 lettres ou plus pendant les 12 semaines précédents	- Le patient doit être informé sur tout symptôme évoquant une endophtalmie tels que douleur oculaire, augmentation d'un inconfort visuel, augmentation de la rougeur oculaire, flou ou diminution de la vision, une sensibilité accrue à la lumière et une augmentation des corps flottants. [A:III] - Contrôle à 6 semaines après traitement, le suivi va dépendre des données cliniques et l'avis de l'ophtalmologiste. - Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III]
PDT à la verteporfine comme recommandée dans les études TAP et VIP [A:I]	- NVC sous fovéaux, nouveaux ou récurrents, à prédominance visibles où la composante classique est >50% de la lésion et la lésion entière est ≤5400 microns de grand diamètre - Une PTD peut être indiquée dans les NVC occultes si la vision est <20/50 ou NVC de taille <4 surfaces papillaires selon la «MPS» si la vision est >20/50	- Contrôle ophtalmologique tous les 3 mois, avec retraitement s'il existe une indication. [A:III] - Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III]
Photocoagulation au laser comme recommandée par l'étude MPS [A:I]	- NVC visibles extra-fovéaux, nouveaux ou récurrents - NVC juxtapapillaires peut être indiquée	- Contrôle ophtalmologique avec angiographie à la fluorescéine 2 à 4 semaines après traitement, puis tous les 4 à 6 semaines puis en fonction des données cliniques et angiographiques. [A:III] - Le retraitement est indiqué chaque fois que c'est nécessaire. - Surveillance de la vision de près (lecture/Amsler). [A:III]

DMLA = dégénérescence maculaire liée à l'âge; AREDS = age-relared eye disease study ; NVC = neovascularisation choroidienne; MPS = macular photocoagulation study; PDT = photo thérapie dynamique; TAP = treatment of age-related macular degeneratin with photodynamic thérapy; VIP = verteporfin in photodynamic therapy

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

La Rétinopathie Diabétique (Evaluation Initiale et du lors Suivi)

Traduit par Dr. Imène Ammous

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Durée du diabète [A:I]
- Contrôle précédent de la glycémie (hémoglobine glyquée A1c) [A:I]
- Prise antérieure de médicaments [A:III]
- Antécédents généraux (ex: obésité, [A:III] maladies rénales, [A:III] hypertension artérielle, [A:I] taux des lipides sanguins, [A:II] grossesse [A:I]
- Antécédents ophtalmologiques [A:III]

Examen Ophtalmologique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle corrigée [A:I]
- Tonus oculaire [A:III]
- Goniscopie quand indiquée (rubéose irienne ou élévation de la PIO) [A:III]
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente A:III]
- Examen du fond d'œil après dilatation pupillaire incluant un examen stéréoscopique du pôle postérieur [A:I]
- Examen du vitré et de la rétine périphérique au mieux en ophtalmoscopie indirecte ou au verre à trois miroirs [A:III]

Diagnostic

- Classification de l'atteinte oculaire en fonction du type et de la sévérité la rétinopathie diabétique (RD) associée ou nom à un OMCS. [A:III] Avec pour chaque type le risque de progression.

Examen de Suivi, Histoire de la Maladie

- Symptômes visuels [A:III]
- Etat général (grossesse, pression sanguine, taux sanguin du cholestérol, statut rénal) [A:III]
- Contrôle glycémique (hémoglobine glyquée A1c) [A:I]

Examen Ophtalmologique lors du Suivi

- Acuité visuelle [A:I]
- Tonus oculaire [A:III]
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente du segment antérieur et de l'iris [A:II]
- Gonioscopie (rubéose irienne présente ou suspecte et/ou hypertonie oculaire) [A:II]
- Examen stéréoscopique du pôle postérieur après dilatation pupillaire [A:I]
- Examen du vitré et de la rétine périphérique quand indiqué [A:II]

Examens Complémentaires

- Les photographies du FO ont rarement de la valeur quand la RD est minime ou en l'absence de changement par rapport à l'aspect photographique antérieur [A:III]
- Les photographies du FO peuvent être utiles pour documenter une évolution significative de la maladie et la réponse au traitement [B:III]
- L'angiographie à la fluorescéine est utilisée comme guide pour le traitement du OMCS [A:I] et un moyen d'évaluation des causes des baisses inexpliquées de l'acuité visuelle. [A:III] L'angiographie peut identifier une non perfusion capillaire maculaire [A:II] ou l'origine d'une fuite capillaire responsable d'un œdème maculaire, comme causes possibles de la baisse visuelle.
- L'angiographie à la fluorescéine n'est pas un examen de routine indiqué chez tout patient diabétique [A:III]
- L'angiographie à la fluorescéine n'est pas indispensable quand au diagnostic de l'OMCS ou de la RDP. Les 2 sont diagnostiqués essentiellement par l'examen clinique.

Education du Patient

- Discuter des résultats des différents examens et leurs implications [A:II]
- Encourager les patients diabétiques sans signes de RD à avoir un contrôle ophtalmologique annuel avec dilatation pupillaire [A:II]
- Informer les patients que l'efficacité du traitement de la RD est fonction du moment de son application malgré une bonne vision et l'absence de symptômes oculaires [A:II]
- Insister sur l'importance de maintenir des valeurs subnormales de la glycémie ainsi que la tension artérielle et les lipides sanguins [A:III]
- Collaborer avec le médecin traitant, le médecin de famille, les autres spécialistes tels que les internistes, les endocrinologues et leur communiquer le degré d'atteinte oculaire. [A:III]
- Fournir au patients chez qui la chirurgie a échoué et dont la maladie est au-dessus de toute ressource thérapeutique l'aide nécessaire, les conseils, l'aide professionnelle, la réhabilitation et les services sociaux comme cela est approprié à son cas [A:III]
- Orienter les patients avec basse vision à la réhabilitation visuelle (voir www.aao.org/smartsight) et les services sociaux [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

La Rétinopathie Diabétique (Recommandations Thérapeutiques)

Traduit par Dr. Imène Ammous

Recommandations de Gestion pour les Patients Diabétiques

Sévérité de la RD	Présence d'un OMCS *	Suivi (mois)	Pan-photocoagulation Rétinienne	Angiographie à la fluorescéine	Traitement focal/ grille †
RD absente ou RDNP minime	Non	12	Non	Non	Non
RDNP légère à modérée	Non	6–12	Non	Non	Non
	Oui	2–4	Non	Habituellement	Habituellement *‡
RDNP sévère	Non	2–4	Parfois §	Rarement	Non
	Oui	2–4	Parfois §	Habituellement	Habituellement ‖
RDP non à risque élevé	Non	2–4	Parfois §	Rarement	Non
	Oui	2–4	Parfois §	Habituellement	Habituellement ‡
RDP à risque élevé	Non	2–4	Habituellement	Rarement	Non
	Oui	2–4	Habituellement	Habituellement	Habituellement ‖
RDP involuée	Non	6–12	Non	Non	Habituellement
	Oui	2–4	Non	Habituellement	Habituellement

OMCS = œdème maculaire cliniquement significatif; RD = rétinopathie diabétique; RDNP = rétinopathie diabétique non proliférante; RDP = rétinopathie diabétique proliférante

* Les exceptions comprennent l'hypertension artérielle, la rétention liquidienne associée une insuffisance cardiaque, rénale, grossesse ou tout autre facteur pouvant aggraver l'œdème maculaire. La photocoagulation panrétinienne sera différée et un traitement médical de courte durée sera envisagé dans ces cas. Différer le traitement de l'OMCS est aussi envisageable si le centre de la macula n'est pas touché, l'acuité visuelle excellente, un suivi rapproché est possible et si le patient comprend les risques.

† Un traitement adjuvent peut être envisageable telles que les injections intra vitréennes de corticostéroïdes ou d'anti VEGF. Les données de la «Diabetic Retinopathy Clinical Research Network» en 2010 ont démontré, qu'à un an de suivi, l' injection intra vitréenne de ranibizumab associée à un traitement laser immédiat ou différé induit une amélioration du gain visuel et que l' injection intra-vitréenne de triamcinolone acétonide associée à un traitement laser permet dans les yeux pseudophaques, une amélioration plus importante de l'acuité visuelle que le traitement laser seul. Les patients recevant des injections intra vitréennes d'anti VEGF peuvent être examinés un mois après injection.

‡ Un traitement différé de l'OMCS est envisageable si le centre de la macula est épargné, l'acuité visuelle excellente, un suivi rapproché est possible et si le patient comprend les risques. Cependant, le traitement focal doit être parfois initié car même s'il ne permet pas une récupération de l'acuité visuelle, il permet de la stabiliser. Le traitement au laser des lésions proches de la zone avasculaire fovéalaire pourrait entrainer une atteinte de la vision centrale et avec le temps les cicatrices laser peuvent s'étendre et provoquer plus de baisse visuelle. Les études futures pourraient guider les indications des injections intra-vitréennes incluant les corticoïdes et les anti VEGF dans ces cas où la photocoagulation laser ne peut se pratiquer sans risque. Un suivi rapproché pourrait être nécessaire dans l'œdème maculaire non cliniquement significatif.

§ La photocoagulation panrétinienne confluente peut être envisagé en cas de RDP à haut risque. Le bénéfice d'une photocoagulation panrétinienne précoce dans les RDNP sévères ou des formes plus sévères de la rétinopathie est plus important chez les patients ayant un diabète type 2 que chez les diabétiques de type 1. Un traitement doit être indiqué chez les patients avec une RDNP sévères et un diabète type 2. D'autres facteurs, comme une mauvaise coopération du patient avec un suivi irrégulier, une chirurgie de la cataracte, une grossesse, et l'état de l'œil adelphe entrent dans la détermination du moment où la photocoagulation panrétinienne doit être pratiquée.

‖ Il est préférable de commencer par un traitement focal avant d'entamer la photocoagulation panrétinienne, afin de minimiser l'exacerbation de l'œdème maculaire induite par la photocoagulation panrétinienne au laser.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Trou Maculaire Idiopathique (Evaluation Initiale et Traitement)

Traduit par Dr. Imène Ammous

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Durée des symptômes [A:III]
- Antécédents ophtalmologiques: glaucome ou autres pathologies oculaires, traumatisme, chirurgie ou autres traitements, exposition prolongée au soleil [A:III]
- Médications pouvant générer des kystes maculaires [A:III]

Examen Clinique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle [A:III]
- Examen biomicroscopique de la macula et de l'interface vitréorétinienne [A:III]

Recommandations pour La Prise en Charge Des Trous Maculaires

Stade	Prise en charge	Suivi [A:III]
1-A	Surveillance clinique [A:II]	Consultation requise si nouveau symptômes Contrôle tous les 4 à 6 mois si absence de symptômes
1-B	Surveillance clinique [A:II]	Nouvelle consultation requise si nouveaux symptômes Contrôle tous les 4 à 6 mois si absence de symptômes
2	Chirurgie [A:II] *	1 à 2 jours post-opératoires, puis après 1 à 2 semaines Les visites de contrôle seront programmées en fonction des résultats de la chirurgie et/ou l'apparition de symptômes Si pas de chirurgie, contrôle tous les 4 à 8 mois
3	Chirurgie [A:I]	1 à 2 jours post-opératoires, puis après 1 à 2 semaines Les visites de contrôle seront programmées en fonction des résultats de la chirurgie et/ou l'apparition de symptômes
4	Chirurgie [A:I]	1 à 2 jours post-opératoire, puis après 1 à 2 semaines Les visites de contrôle seront programmées en fonction des résultats de la chirurgie et/ou l'apparition de symptômes

* Bien que la chirurgie soit généralement indiquée, une surveillance peut être aussi proposée.

Précautions Pré et Post-opératoires en cas de Chirurgie

- Informer le patient des risques relatifs, des bénéfices et des alternatives de la chirurgie et de la nécessité d'utilisation de gaz expansifs ou d'un positionnement en post-opératoire [A:III]
- Etablir une stratégie de soins post-opératoires et en informer le patient [A:III]
- Informer les patients glaucomateux sur l'éventualité d'une élévation de la PIO en péri-opératoire [A:III]
- Le contrôle doit être systématique à 1 ou 2 jours puis à 1 à 2 semaines en post-opératoire [A:III]

Education du Patient

- Informer les patients des différents symptômes tel qu'une exacerbation des corps flottants, une altération du champ visuel ou encore une baisse de l'acuité visuelle afin qu'il contacte à temps son ophtalmologiste [A:II]
- Informer le patient qu'en cas de tamponnement interne par gaz expansif, les voyages en avion, les hautes altitudes, l'anesthésie utilisant de l'oxyde nitrique doivent être évités jusqu'à résorption quasi complète du gaz [A:III]
- Informer le patient en cas d'unilatéralité du trou maculaire de la possibilité de bi latéralisation dans 10 à 20% des cas surtout en cas de DPV incomplet [A:III]
- Adresser les patients avec une mauvaise acuité visuelle post-opératoire aux centres de réhabilitation visuelle (sce www.aao.org/smartsight) et aux services sociaux [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Décollement Postérieur du Vitré, Déhiscences Rétiniennes et Dégénérescence Palissadique (Evaluation Initiale et Lors du Suivi)

Traduit par Dr. Imène Ammous

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Symptômes de DPV [A:I]
- Antécédents familiaux [A:II]
- Traumatisme oculaire antérieur [A:III]
- Myopie [A:II]
- Antécédents de chirurgie oculaire tels que chirurgie de cataracte ou chirurgie réfractive [A:II]

Examen Clinique Initial (Eléments clés)

- Examen du vitré à la recherche d'hémorragie, décollement postérieur ou cellules pigmentaires dans la cavité vitréenne [A:III]
- Examen de la périphérie rétinienne avec indentation sclérale. [A:III] La meilleure méthode d'examen des pathologies vitréo-rétiniennes périphériques étant l'ophtalmoscopie indirecte combinée à l'indentation sclérale. [A:III]

Examens Complémentaires

- L'échographie en mode B est à réaliser si la périphérie rétinienne ne peut être examinée. [A:II] Si initialement cet examen n'objective pas d'anomalies, d'autres échographies seront demandés au cours du suivi. [A:III]

Précautions per et Post-opératoires en cas de Traitement

- Informer le patient des éventuels risques, des bénéfices et les alternatives à la chirurgie [A:III]
- Expliquer au patient les différentes précautions à prendre en post opératoire [A:III]
- Conseiller au patient d'aller voir son ophtalmologiste au moindre changement de symptômes tels que l'apparition de nouveaux corps flottants ou une altération du champ visuel [A:II]

Interrogatoire Lors du Suivi

- Symptômes visuels [A:I]
- Traumatisme ou chirurgie intraoculaire intercurrents [A:II]

Examen Clinique Lors du Suivi

- Acuité visuelle [A:III]
- Examen de l'état du vitré, en précisant la présence de pigments, d'hémorragie, ou de synérèse [A:II]
- Examen de la périphérie rétinienne avec indentation sclérale [A:II]
- Echographie en mode B si les milieux sont opaques [A:II]
- Les patients qui présentent une hémorragie du vitré suffisamment importante pour entraver la visualisation des détails rétiniens sans anomalies à l'échographie B, doivent être suivis de façon régulière et rapprochée. Si une déchirure rétinienne est suspectée, l'échographie B doit être répétée approximativement 4 semaines après l'examen initial. [A:III]

Education du Patient

- Le patient doit être sensibilisé du risque important de développer un décollement de rétine suite aux signes vitréens de DPV et l'importance d'un suivi régulier [A:II]
- Informer le patient sur le risque accru de décollement de rétine de façon à ce qu'il consulte rapidement son ophtalmologiste à la moindre aggravation des symptômes visuels comme l'augmentation de corps flottants, une amputation du champ visuel ou une baisse de l'acuité visuelle [A:III]

Prise en Charge Thérapeutique

Options de Prises en Charge Thérapeutiques

Type de lésion	Traitement
Déchirures rétiniennes à clapet symptomatiques	Traiter rapidement [A:II]
Déchirures à opercule symptomatiques	Traitement facultatif [A:III]
Déchirures post traumatiques	Généralement traitées [A:III]
Déchirures rétiniennes à clapet asymptomatiques	Généralement suivis sans traitement [A:III]
Déchirures à opercule asymptomatiques	Traitement rarement recommandé [A:III]
Trous atrophiques asymptomatiques	Traitement rarement recommandé [A:III]
Dégénérescence palissadique asymptomatique sans trous	Traitement non indiqué sauf si le DPV cause une déchirure à clapet [A:III]
Dégénérescence palissadique asymptomatique avec trous	Généralement ne nécessite pas de traitement [A:III]
Désinsertions asymptomatiques	Pas de consensus thérapeutique et preuves insuffisantes pour guider le traitement
Œil adelphe présentant des trous atrophiques, des dégénérescences palissadiques ou déchirures à clapet asymptomatiques	Pas de consensus thérapeutique et preuves insuffisantes pour guider le traitement

DPV = décollement postérieur du vitré

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Cataracte (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Traduit par Dr. Omar Beltaief

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Symptômes [A:II]
- Antécédents oculaires [A:III]
- Antécédents systémiques [A:III]
- Evaluation de l'état de la fonction visuelle [A:II]

Examen Physique Initial

- Acuité visuelle avec correction actuelle [A:III]
- Mesure de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) (avec réfraction quand nécessaire) [A:III]
- Parallélisme oculaire et motricité oculaire [A:III]
- Réactivité et fonction pupillaire [A:III]
- Mesure de la PIO [A:III]
- Inspection [A:III]
- Examen biomicroscopique à la lampe à fente [A:III]
- Evaluation du fond d'œil (après dilatation pupillaire) [A:III]
- Evaluation de la santé générale et mentale du patient [B:III]

Stratégie des Indications

- Le traitement est indiqué quand la fonction visuelle ne répond plus aux besoins du patient et que la chirurgie de la cataracte permet d'envisager une bonne probabilité d'amélioration [A:II]
- L'extraction de la Cataracte est aussi indiquée quand il existe des preuves de pathologies induites par le cristallin ou en cas de nécessité de visualiser le fond d'œil dans un œil avec un potentiel visuel [A:III]
- La chirurgie ne devrait pas être indiquée dans les circonstances suivantes: [A:III] lunettes ou aides visuelles permettant une vision compatible avec les besoins du patient; chirurgie ne permettant pas d'améliorer la fonction visuelle; patient ne pouvant pas être opéré sans risque du fait des pathologies oculaires ou générales associées; soins postopératoires adéquats ne pouvant pas être assurés
- Indications pour la chirurgie du deuxième œil sont les mêmes que pour le premier œil [A:II] (en tenant compte des besoins d'une fonction binoculaire)

Soins Préopératoires

L'ophtalmologiste qui doit réaliser la chirurgie a les responsabilités suivantes:

- Examiner le patient en préopératoire [A:III]
- S'assurer que l'évaluation préopératoire note avec précision les symptômes, signes d'examen et les indications du traitement [A:III]
- Informer le patient au sujet des risques, bénéfices, et des résultats escomptés de la chirurgie [A:III]
- Formuler un protocole chirurgical, incluant la sélection de l'implant intraoculaire [A:III]
- Revoir les résultats des évaluations préopératoires et diagnostiques avec le patient [A:III]
- Formuler un protocole postopératoire et informer le patient des mesures à prendre [A:III]

Evaluation lors du Suivi

- Les patients à haut risque doivent être revus durant les 24 heures suivant la chirurgie [A:III]
- Les autres patients doivent être revus durant les 48 heures suivant la chirurgie [A:III]
- La fréquence et rythme des visites ultérieures dépendra de la réfraction, fonction visuelle et de l'état oculaire
- Des visites postopératoires plus fréquentes sont nécessaires pour les patients à haut risque
- Chaque examen postopératoire devra comprendre:
  - L'évolution depuis le dernier examen, incluant les nouveaux symptômes et l'usage de médicaments en postopératoire [A:III]
  - Evaluation de l'état de la fonction visuelle du patient [A:III]
  - Evaluation de la fonction visuelle (acuité visuelle, test au trou sténopéïque) [A:III]
  - Mesure de la PIO [A:III]
  - Examen biomicroscopique à la lampe à fente [A:III]

Capsulotomie au Laser Nd:YAG

- Traitement indiqué quand l'opacification capsulaire postérieure induit une baisse de la vision préjudiciable au patient ou interfère sévèrement avec la visualisation du fond d'œil [A:III]
- Informer les patients sur les symptômes de décollement postérieur du vitré, déchirure rétinienne et décollement de rétine et la nécessité d'un examen immédiat en cas d'apparition de ces symptômes [A:III]

Education du Patient

- Pour les patients qui sont fonctionnellement monophtalmes, discuter particulièrement les bénéfices et risques de la chirurgie, incluant le risque de cécité [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Kératites Bactériennes (Evaluation Initiale)

Traduit par Dr. Omar Beltaief

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Symptômes oculaires [A:III]
- Antécédents de port de lentilles de contact [A:II]
- Revue des autres antécédents oculaires [A:III]
- Revue des autres pathologies médicales et médications systémiques [A:III]
- Médications oculaires en cours ou usage récent [A:III]
- Allergies médicamenteuses [A:III]

Examen Physique Initial

- Acuité visuelle [A:III]
- Etat général du patient [A:III]
- Examen de la face [B:III]
- Paupières et fermeture palpébrale [A:III]
- Conjonctive [A:III]
- Appareil naso-lacrymal [B:III]
- Sensibilité cornéenne [A:III]
- Biomicroscopie à la lampe à fente
  - Marges palpébrales [A:III]
  - Conjonctive [A:III]
  - Sclère [A:III]
  - Cornée [A:III]
  - Chambre antérieure [A:III]
  - Vitré antérieur [A:III]
- Œil adelphe [A:III]

Tests Diagnostiques

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

Stratégie des Soins

- Les collyres antibiotiques topiques sont la méthode de choix dans la majorité des cas. [A:III]
- User les antibiotiques topiques à large spectre initialement pour le traitement empirique des kératites bactériennes présumées. [A:III]
- Pour les kératites centrales ou graves (ex: atteinte du stroma profond ou infiltrat de plus de 2 mm de large avec suppuration extensive), utiliser une dose de charge (ex: toutes les 5 à 15 minutes pendant 1à 3 heures), suivie d'applications fréquentes (ex: toutes les 30 à 60 minutes pendant 24 heures). [A:III] Pour les kératites moins sévères, des applications moins fréquentes sont appropriées. [A:III]
- Utiliser un traitement systémique en cas de kératite gonococcique. [A:II]
- En général, modifier le traitement initial en cas d'absence d'amélioration ou de stabilisation après 48 heures. [A:III]
- Pour les patients traités par corticostéroïdes topiques au moment de la survenue d'une kératite bactérienne probable, réduire ou éliminer les corticoïdes jusqu'à l'obtention du contrôle de l'infection. [A:III]
- Quand les infiltrats cornéens compromettent l'axe visuel, possibilité de rajouter des corticoïdes topiques après 2 ou 3 jours d'amélioration progressive sous antibiotiques topiques. [A:III] Continuer les antibiotiques topiques à fortes doses avec dégression graduelle. [A:III]
- Examiner les patients au bout de 1 à 2 jours après le début du traitement corticoïde topique. [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Kératites Bactériennes (Recommandations Thérapeutiques)

Traduit par Dr. Omar Beltaief

Evaluation du Suivi

- Fréquence dépend de l'étendue de la maladie, mais avec un suivi au moins quotidien dans les cas sévères jusqu'à amélioration ou stabilisation confirmée documentée [A:III]

Education du Patient

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

Thérapie Antibiotique des Kératites Bactériennes [A:III]

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

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

† Ciprofloxacine 3 mg/ml; gatifloxacine 3 mg/ml; levofloxacine 15 mg/ml; moxifloxacine 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.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Blépharites (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Traduit par Dr. Amel Ouertani

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Symptômes et signes oculaires [A:III]
- Moment de la journée où les symptômes s'aggravent [A:III]
- Durée des symptômes [A:III]
- Atteinte unilatérale ou bilatérale [A:III]
- Conditions d'exacerbation [A:III] (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 [A:III] (ex: rosacée, allergie)
- Médicaments systémiques ou topiques en cours ou récents [A:III]
- Exposition récente à un individu infecté [C:III] (ex: pédiculose)
- Antécédents oculaires (ex: chirurgie palpébrale ou intraoculaire, traumatisme oculaire incluant les agressions mécaniques, thermiques, chimiques et par radiations)
- Antécédents généraux (ex: maladies dermatologiques tels que la rosacée, atopie, zona ophtalmique)

Examen Physique Initial

- Acuité visuelle [A:III]
- Inspection
  - Peau [A:III]
  - Paupières [A:III]
- Biomicroscopie à la lampe à fente
  - Film lacrymal [A:III]
  - Marge palpébrale antérieure [A:III]
  - Cils [A:III]
  - Marge palpébrale postérieure [A:III]
  - Conjonctive tarsale [A:III]
  - Conjonctive bulbaire [A:III]
  - Cornée [A:III]
- Mesure de la PIO [A:III]

Examens Diagnostiques

- Cultures peuvent être indiquées pour les patients avec des blépharites antérieures récidivantes avec inflammation sévère et pour les patients ne répondant pas à la thérapie [A:III]
- Biopsie des paupières pour exclure un carcinome en cas d'asymétrie marquée, résistance au traitement ou chalazion récidivant unilatéral répondant mal au traitement [A:II]
- Consulter un pathologiste avant la biopsie en cas de suspicion de carcinome sébacé [A:II]

Prise en Charge Thérapeutique

- Traiter initialement les patients avec blépharite avec des compresses oculaires tiède et une hygiène palpébrale [A:III]
- En cas de blépharite staphylococcique, 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 [A:III]
- Pour les patients avec dysfonction des glandes meibomiennes, dont les signes et symptômes ne sont pas contrôlés de façon adéquate par les soins palpébraux, des tétracyclines orales peuvent être prescrites [A:III]
- Une courte durée de corticostéroïdes topiques 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. [A:III]

Evaluation du Suivi

- Les visites du suivi devraient inclure:
  - Evolution des symptômes durant l'intervalle des consultations [A:III]
  - Acuité visuelle [A:III]
  - Inspection [A:III]
  - Examen biomicroscopique à la lampe à fente [A:III]
- 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 [A:III]

Education du Patient

- Conseiller les patients à propos du risque de passage à la chronicité et des récidives de la maladie [A:III]
- Informer les patients que les symptômes peuvent être fréquemment améliorés mais rarement éliminés [A:III]
- Aviser les patient que si les compresses chaudes et l'hygiène palpébrale sont efficaces, les symptômes récidivent fréquemment à l'arrêt du traitement dont l'indication pourrait être nécessaire au long cours [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Conjonctivites (Examen Initial et Traitement)

Traduit par Dr. Amel Ouertani

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Les symptômes oculaires (ex: démangeaisons, sécrétions, irritation, douleur, photophobie, flou visuel) [A:III]
- La durée des symptômes [A:III]
- Les facteurs aggravants [A:III]
- Atteinte uni ou bilatérale [A:III]
- Caractéristiques des sécrétions [A:III]
- Contact récent avec une personne infectée [A:III]
- Traumatisme oculaire (mécanique, chimique, par rayons ultraviolets) [A:III]
- Port de lentilles de contact (type, qualité de l'entretien, fréquence de port) [A:III]
- Signes en faveur d'une atteinte systémique (ex: pertes génito-urinaires, dysurie, infection des voies hautes respiratoires, lésions de la peau et des muqueuses) [A:III]
- Allergies, asthme, eczéma [A:III]
- Utilisation de médicaments topiques et systémiques [A:III]
- Antécédent oculaires (ex: antécédents de conjonctivite [A:III] ou de chirurgie oculaire [B:III])
- Antécédents généraux (ex: immunodéficience, antécédents de maladies systémiques) [B:III]
- Habitudes et contexte personnel (ex: tabagisme, [C:III] profession et passe-temps, [C:III] voyage, [C:III] activité sexuelle [C:III])

Examen Oculaire Initial

- Acuité visuelle [A:III]
- Inspection
  - Une adénopathie locorégionale (en particulier pré auriculaire) [A:III]
  - Peau [A:III]
  - Anomalies des paupières et des annexes [A:III]
  - Conjonctive [A:III]
- Examen à la lampe à fente
  - Bords palpébraux [A:III]
  - Cils [A:III]
  - Canalicules et méats lacrymaux [B:III]
  - Conjonctive tarsale et culs de sac conjonctivaux [A:II]
  - Conjonctive bulbaire / limbe [A:II]
  - Cornée [A:I]
  - Chambre antérieure / iris [A:III]
  - Imprégnation par les colorants [A:III] (conjonctive et cornée)

Tests Diagnostiques

- Les cultures, les prélèvements pour cytologie et les colorations spéciales sont indiqués en cas de suspicion de conjonctivites infectieuses néonatales [A:I]
- Les prélèvements pour cytologie et les colorations spéciales sont recommandés en cas de suspicion de conjonctivite gonococcique [A:II]
- Confirmer le diagnostic de conjonctivite à Chlamydia chez l'adulte et le nouveau-né par les tests immunologiques et / ou les cultures [A:III]
- Biopsie de conjonctive bulbaire. Dans un œil présentant une inflammation active, prélever un spécimen d'une zone intacte adjacente au limbe en cas de suspicion de pemphigoïde muqueuse oculaire. [A:III]
- Une biopsie palpébrale de pleine épaisseur est indiquée en cas de suspicion de carcinome sébacé [A:III]

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 prolonger les infections à adénovirus et aggraver les infections herpétiques [A:III]
- Traiter la conjonctivite allergique légère le long du nycthémère avec des tihistaminiques/ vasoconstricteurs ou des antagonistes des récepteurs H1 à l'histamine de 2ème génération. [A:I] En cas d'atteinte plus sévère utiliser des antidégranulants mastocytaires. [A:I]
- 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 [A :III]
- Si les corticostéroïdes sont indiquées, prescrire la posologie minimale en se basant sur la réponse du patient au traitement et sa tolérance [A:III]
- Si les corticostéroïdes sont utilisés, effectuer une mesure de référence de la pression intraoculaire [A:III]
- Utiliser un traitement systémique par antibiotiques pour la conjonctivite due à *Neisseria gonorrhoeae* [A :I] ou à *Chlamydia trachomatis* [A:II]
- Traiter les partenaires sexuels afin de minimiser les récidives 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 [A:III]
- Orienter les patients ayant des signes d'une maladie systémique au spécialiste approprié [A:III]

Evaluation lors du Suivi

- Les visites de suivi devraient inclure
  - L'evolution depuis la dernière visite [A:III]
  - L'acuité visuelle [A:III]
  - Examen à la lampe à fente [A:III]
- 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 [A:III]

Education du Patient

- Conseiller les patients ayant des atteintes contagieuses afin de minimiser et de prévenir la propagation de la maladie dans la communauté [A:III]
- Informer les patients qui peuvent avoir besoin d'un nouveau traitement par corticostéroïdes topiques de courte durée, des complications possibles de l'utilisation de ceux-ci [A:III]
- Informer les patients avec conjonctivite allergique que le lavage fréquent des vêtements, les bains/douches avant le sommeil peuvent être utiles [B:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Syndrome de Sécheresse Oculaire (Evaluation Initiale)

Traduit par Dr. Khalil Erraies

Examen Initial, Histoire de la Maladie

- Les symptômes oculaires [A:III]
- Facteurs aggravants [B:III]
- La durée des symptômes [A:III]
- Les médicaments topiques utilisés et leur effet sur les symptômes [A:III]
- Antécédent oculaires, y compris:
  - Port de lentilles de contact (fréquence de port qualité de l'entretien) [A:III]
  - Conjonctivite allergique [A:III]
  - Antécédents de chirurgie oculaires [A:III] (kératoplastie, chirurgie de la cataracte, chirurgie réfractive)
  - Pathologie de surface oculaire [A:III] (ex: virus herpès simplex, virus varicelle zona, pemphigoïde des muqueuses oculaires, syndrome de Stevens-Johnson, aniridie, maladie du greffon contre l'hôte)
  - Chirurgie des points lacrymaux [A:III]
  - Chirurgie des paupières [A:III] (ex: antécédents de chirurgie du ptosis, blépharoplastie, chirurgie d'un entropion / ectropion)
  - Paralysie de Bell [A:III]
- Antécédents généraux, y compris:
  - Le tabagisme ou l'exposition secondaire à la fumée [A:III]
  - Les maladies dermatologiques [A:III] (ex: la rosacée)
  - Technique et fréquence du lavage du visage, y compris l'hygiène des paupière et des cils [A:III]
  - Atopie [A:III]
  - Ménopause [A:III]
  - Maladies inflammatoires systémiques [A:III] (par exemple: syndrome Sjögren, maladie du greffon contre l'hôte, la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé, la sclérodermie)
  - Autres pathologies systémiques [A:III] (ex: lymphome, sarcoïdose)
  - Médicaments systémiques [A:III] (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)
  - Traumatisme [B:III] (ex: par produits chimiques)
  - Les infections virales chroniques [B:III] (ex: l'hépatite C, VIH)
  - Chirurgie extra-oculaire [B:III] (ex: greffe de moelle osseuse, chirurgie de la tête et du cou, chirurgie pour la névralgie du trijumeau)
  - Radiation de l'orbite [B:III]
  - Atteinte neurologique [B:III] (ex: la maladie de Parkinson, le syndrome de Riley-Day, la névralgie du trijumeau)
  - Sécheresse de la bouche, les carries, ulcères buccaux [B:III]

Examen Oculaire Initial

- L'acuité visuelle [A:III]
- Inspection
  - Peau [A:III]
  - Paupières [A:III]
  - Annexes [A:III]
  - Exophtalmie [B:III]
  - Fonction des nerfs crâniens [A:III]
  - Mains [B:III]
- Examen à la lampe à fente
  - Film lacrymal [A:III]
  - Cils [A:III]
  - Bords antérieure et postérieure des paupières [A:III]
  - Points lacrymaux [A:III]
  - Conjonctive tarsale et culs de sac conjonctivaux [A:III]
  - Conjonctive bulbaire / limbe [A:III]
  - Cornée [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Syndrome de Sécheresse Oculaire (Recommandations Thérapeutiques)

Traduit par Dr. Khalil Erraies

Prise en Charge Thérapeutique

- Vu que la sécheresse oculaire peut avoir des causes multiples, il faut donc traiter toutes celles qui peuvent être traitées [A:III]
- La stratégie thérapeutique est fonction des besoins et des préférences des patients et des indications de l'ophtalmologiste [A:III]
- Pour la sécheresse oculaire légère, les mesures suivantes sont indiquées:
  - L'éducation et la modification de l'environnement [A:III]
  - Élimination des médicaments topiques ou systémiques potentiellement toxiques [A:III]
  - Lubrification à l'aide de larmes artificielles, gels et pommades [A:III]
  - Traitement des paupières (compresses chaudes et hygiène) [A:III]
  - Traitement des facteurs oculaires aggravants telles que la blépharite ou la meibomite [A:III]
- Pour l'œil sec modéré, en plus des traitements ci dessus, les mesures suivantes sont indiquées:
  - Les agents anti-inflammatoires (cyclosporine topique, [A:I] les corticostéroïdes, [A:II] supplémentation orale en acides gras oméga-3 [A:II])
  - Bouchons lacrymaux [A:III]
  - Lunettes occlusives et humidificatrices [A:III]
- Pour la sécheresse oculaire sévère, en plus des traitements ci-dessus, les mesures suivantes sont indiquées:
  - Médicaments cholinergiques systémiques [A:I]
  - Anti-inflammatoires systémiques [A:III]
  - Agents mucolytiques [A:III]
  - Sérum autologue [A:III]
  - Lentilles de contact [A:III]
  - Correction des anomalies des paupières [A:III]
  - Occlusion définitive des points lacrymaux [A:III]
  - Tarsorraphie [A:III]
- Surveiller les patients sous corticostéroïdes à la recherche d'effets secondaire tels que l'augmentation de la pression intraoculaire, les ulcères de cornée, et la cataracte [A:III]

Education du Patient

- Informer les patients sur la nature chronique de l'œil sec et de son évolution. [A:III]
- Fournir des instructions spécifiques pour les stratégies thérapeutiques. [A:III]
- 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. [A:III]
- Orienter les patients ayant des signes d'une maladie systémique à un spécialiste. [A:III]
- Avertir les patients souffrant de sécheresse oculaire qu'une chirurgie réfractive peut l'aggraver. [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Amblyopie (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Traduit par Dr. Imene Ltaeif

Examen Initial, Histoire de la Maladie (Eléments clés)

- Symptômes et signes oculaires [A:III]
- Antécédents ophtalmologiques [A:III]
- Antécédents généraux comportant le déroulement de la grossesse, de la période périnatale et postnatale [A:III]
- Antécédents familiaux ophtalmologiques et généraux [A:III]

Examen Ophtalmologique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle et fixation [A:III]
- Phories et oculomotricité [A:III]
- Test de transillumination de Brückner [A:III]
- Examen des réflexes photomoteurs [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]
- Vision binoculaire et vision stéréoscopique [A:III]

Prise en Charge Thérapeutique

- Choisir le traitement adéquat tenant compte de l'âge du patient, de son acuité visuelle, de son observance lors de traitement précédent ainsi que de ses conditions physiques, sociales et psychologiques [A:III]
- Le but du traitement est l'équilibration / normalisation de la fixation ou de l'acuité visuelle [A:III]
- Une fois l'acuité visuelle maximale est atteinte, le traitement devrait être progressivement dégressé et éventuellement arrêté [A:III]

Evaluation lors du Suivi

- Les visites de contrôle doivent comporter:
  - L'évolution des signes fonctionnels [A:III]
  - L'évaluation de la tolérance au traitement [A:III]
  - Les examens et les tests déjà cités [A:III]

Suivi de l'Amblyopie avec les Intervalles des Visites de Contrôle Pendant la Phase Active du Traitement [A:III]

Age (ans)	Haut pourcentage d'occlusion (70% ou plus d'heures d'éveil / ≥6 heures par jour)	Bas pourcentage d'occlusion (<70% d'heures d'éveil/<6 heures par jour) ou pénalisation	Durée du traitement
0–1	1–4 semaines	2–8 semaines	1–4 mois
1–2	2–8 semaines	2–4 mois	2–4 mois
2–3	3–12 semaines	2–4 mois	2–4 mois
3–4	4–16 semaines	2–6 mois	2–6 mois
4–5	4–16 semaines	2–6 mois	2–6 mois
5–7	6–16 semaines	2–6 mois	2–6 mois
7–9	8–16 semaines	3–6 mois	3–12 mois

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]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Esotropie (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Traduit par Dr. Imene Ltaeif

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 comportant le déroulement de la grossesse, de la période périnatale et postnatale [A:III]
- Antécédents familiaux de strabisme, d'amblyopie, de chirurgie des muscles oculomoteurs et de maladies génétiques [A:III]

Examen Ophtalmologique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle [A:III]
- Etude de la déviation oculaire (de loin et de près) et de l'oculomotricité [A:III]
- Etude des champs d'action des muscles oculomoteurs [A:III]
- Recherche de nystagmus [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

- Reconnaitre toutes les formes d'ésotropie afin d'instaurer le traitement et rétablir l'alignement oculaire convenablement [A:III]
- Prescrire une correction optique pour tout trouble réfractif cliniquement significatif [A:I]
- Si la correction optique n'est pas suffisante pour corriger l'ésotropie, la correction chirurgicale sera indiquée [A:III]
- Commencer le traitement de l'amblyopie avant la chirurgie pour réduire l'angle du strabisme ou pour améliorer éventuellement la vision binoculaire [A:III]

Evaluation du Suivi

- Des examens répétés sont nécessaires jusqu'à l'atteinte de la maturité visuelle [A:II]
- Une hyperopie doit être recherchée chaque 1 à 2 ans [A:III]
- Des examens sous cycloplégiques plus fréquents seront indiqués en cas de modification de l'acuité visuelle, d'amblyopie ou d'alignement oculaire instable [A:III]
- Si l'état oculaire est stable, les examens de contrôle devraient être refaits tous les ans ou tous les 2 ans durant l'adolescence [A:I]

Intervalles des Visites de Contrôle dans le Suivi d'une Esotropie [A:III]

Age (années)	Intervalle (mois)
0–1	3–6
1–5	6–12
5	12–24

Note: Des visites plus fréquentes sont nécessaires en cas d'amblyopie ou de réapparition récente de strabisme.

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 pour une meilleure prise en charge [A:III]
- Formuler le plan du traitement en collaboration avec les parents et ou la famille ou tuteurs [A:III]

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Exotropie (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Traduit par Dr. Imene Ltaeif

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 comportant le déroulement de la grossesse, de la période périnatale et postnatale [A:III]
- Antécédents familiaux de strabisme d'amblyopie, de chirurgie des muscles oculomoteurs et de maladies génétiques [A:III]

Examen Ophtalmologique Initial (Eléments clés)

- Acuité visuelle [A:III]
- Etude de la déviation oculaire (de loin et de près) et de l'oculomotricité [A:III]
- Etude des champs d'action des muscles oculomoteurs [A:III]
- Recherche de nystagmus [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

- Reconnaitre toutes les formes d'éxotropie pour instaurer le traitement et rétablir l'alignement oculaire le plus tôt possible si la déviation est manifeste la majorité du temps [A:III]
- Prescrire une correction optique pour tout trouble de la réfraction cliniquement significatif [A:III]
- Les modalités thérapeutiques optimales ne sont pas bien établies

Evaluation du Suivi

- Des examens répétés sont nécessaires jusqu'à l'atteinte de la maturité visuelle [A:III]
- Les examens de contrôle peuvent être espacés si le strabisme s'est stabilisé [A:III]
- Les visites de contrôle doivent comprendre la détermination des signes fonctionnels, la tolérance au traitement (si prescrit) ainsi que l'examen de routine avec examen de l'oculomotricité [A:III]

Intervalles des Visites de Contrôle dans le Suivi d'une Exotropie [A:III]

Age (années)	Intervalle (mois)
0–1	3–6
1–5	6–12
5	12–24

Note: Des visites de contrôle plus fréquentes peuvent être nécessaires si on a prescrit des occlusions ou s'il y a réapparition du strabisme.

Education du Patient

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

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011

Chirurgie Kérato-réfractive (Evaluation Initiale et lors du Suivi)

Traduit par Dr. Khalil Erraies

Interrogatoire Initial

- Etat actuel de la fonction visuelle [A:III]
- Antécédents oculaires [A:III]
- Antécédents généraux [A:III]
- Traitement en cours [A:III]

Examen Oculaire Initial

- Acuité visuelle sans correction [A:III]
- Réfraction subjective et si besoin sous cycloplégique [A:III]
- Vidèotopographie de la cornée [A:III]
- Mesure de l'épaisseur centrale de la cornée [A:III]
- Évaluation du film lacrymal [A:III]
- Etude de la motilité oculaire et des phories [A:III]

Recommandations Avant le Traitement

- Cesser le port des lentilles de contact avant l'examen préopératoire et de la procédure [A:III]
- Informer les patients des risques potentiels et des avantages des différents types de chirurgies réfractives qui peuvent être utilisées [A:III]
- Remplir un document de consentement éclairé; répondre à toutes les questions du patient avant la chirurgie [A:III]
- Pour le LASIK, l'épaisseur du lit stromal résiduel ne devrait pas être inférieure à 250 µm [A:III]
- Vérifier et calibrer les instruments avant la procédure [A:III]
- Le chirurgien doit s'assurer de l'identité du patient, du côté à opérer, et que les paramètres sont correctement entrés dans l'ordinateur du laser excimer [A:III]

Soins Post-opératoires

- Le chirurgien est responsable du suivi post-opératoire [A:III]
- Pour les techniques d'ablation de surface, le patient doit être examiné le lendemain de l'intervention puis tous les 2 à 3 jours jusqu'à reépithélialisation complète [A:III]
- Pour un LASIK sans incidents opératoires, il faut examiner le patient dans les 48 heures après l'intervention chirurgicale, et puis 1 à 4 semaines après l'opération. D'autres visites seront programmées par la suite en cas de besoin. [A:III]

Education du Patient

Discuter avec le patient les risques et les avantages de la procédure prévue. [A:III] Les éléments de la discussion comprennent ce qui suit:

- Résultats réfractifs escomptés
- Erreur de réfraction résiduelle
- Correction éventuelle de loin et ou de prés après l'opération
- Perte de la meilleure acuité visuelle corrigée
- Les effets secondaires et les complications (ex: la kératite microbienne, l'ectasie cornéenne)
- Changements dans la fonction visuelle autre que ceux appréciés par la mesure de l'acuité visuelle à l'échelle de Snellen, comprenant le degrés d'éblouissement et la fonction visuelle en faible luminosité
- Apparition ou aggravation des symptômes en vision nocturne (ex: éblouissement et halos). Une attention particulière devrait être accordée à cette question pour les patients avec un haut degré d'amétropie ou pour les personnes qui requièrent un haut niveau de fonction visuelle dans des conditions de faible luminosité
- Effet sur les phories
- Sécheresse oculaire: apparition ou aggravation
- Avantages et inconvénients de la monovision (pour les patients en âge de la presbytie)
- Avantages et inconvénients du traitement personnalisé guidée par l'analyse du front d'onde
- Avantages et inconvénients de la chirurgie simultanée des deux yeux comparativement à la chirurgie séquentielle. Informer le patient qu'après une chirurgie simultanée des deux yeux la vision peut être limitée pendant un certain temps et que certaines activités telles que la conduite peuvent être impossibles pendant quelques semaines.
- Guide des soins post opératoires (instauration des soins, les responsables des soins)

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2010, French translation January 2011