AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY
The Eye M.D. Association

DÉCOLLEMENT POSTÉRIEUR DU VITRÉ, DÉHISCENCES RÉTINIENNES ET DÉGÉNÉRESCENCE PALISSADIQUE 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

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