

Guide factuel de pratique clinique de la Société canadienne d'ophtalmologie pour la gestion du glaucome chez l'adulte

Comité d'expertise du Guide factuel de pratique clinique de la Société canadienne d'ophtalmologie pour la gestion du glaucome chez l'adulte

INTRODUCTION

Le présent document a pour objet de doter les ophtalmologistes canadiens d'un guide de gestion du glaucome chez les adultes. Les membres des professions connexes de la santé pourraient aussi y trouver de l'aide pour les soins qu'ils dispensent aux patients à risque de glaucome.

Ce guide s'inspire des meilleures données probantes disponibles et vise à conseiller ceux et celles qui le consulteront sur les modèles d'exercice clinique. Ces lignes directrices n'ont pas pour objet de restreindre l'innovation, ni d'offrir des « recettes » pour l'exercice de la médecine, ni encore de remplacer le jugement clinique.¹ Par ailleurs, le guide ne saurait être utilisé à des fins juridiques, la nature générale du document ne pouvant pas servir de guide individualisé pour tous les patients en toutes circonstances.¹ On ne saurait non plus s'attendre à ce que les lignes directrices s'appliquent dans le cadre de la recherche. Le guide ne fait aucun commentaire sur l'impact financier des procédures recommandées.

Idéalement, les lignes directrices sont des outils souples basés sur les meilleures données probantes de la science et de l'information clinique; elles expriment le consensus de professionnels du domaine et permettent aux médecins d'utiliser leur propre jugement dans la gestion de leurs patients.² En effet, les ophtalmologistes doivent considérer les besoins, les préférences, les valeurs et la situation financière et personnelle de chaque patient, et tenir compte des réalités de l'encadrement des soins de santé dans lequel ils travaillent. L'on comprend qu'il y a des iniquités dans les ressources humaines et financières et dans les services de santé selon les régions du pays et que ces facteurs peuvent influencer sur le choix et les décisions des médecins et des patients.

Le présent guide sera revu périodiquement par le Comité d'orientation du Guide de pratique clinique de la Société canadienne d'ophtalmologie et mis à jour au besoin à la lumière des nouvelles données probantes.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons d'abord effectué une recherche de la littérature des années 1997–2008 dans les bases de données de *PubMed*, *EMBASE*, *Cochrane Library*, *National Guideline Clearing House* et *United States Preventative Services Task Force*. En outre, une recherche manuelle dans les listes de références de même que les tables des matières des plus récentes éditions des principaux journaux d'ophtalmologie et du glaucome a été effectuée pour y repérer les articles les plus influents d'avant 1997 et prendre en compte les délais possibles d'indexation des articles publiés dans les bases de données. Les références retenues ont été examinées de façon indépendante par deux réviseurs pour en confirmer la pertinence et la qualité de la méthodologie.

Les recommandations ont été formulées à partir des meilleures données probantes disponibles, compte tenu des bienfaits pour la santé, des risques et des effets secondaires des interventions.

Le degré de fiabilité des références servant à soutenir les recommandations a été attribué selon les critères utilisés par les autres organismes nationaux comme le décrit le Tableau 1.^{3,4} En l'absence d'évidence directe, le texte des recommandations reflète le consensus unanime du comité d'expertise. Dans les cas d'avis divergents, les modifications suggérées ont fait l'objet de propositions jusqu'à ce que tous les membres du comité soient d'accord. Les citations qui ont amené le comité à un consensus sont indiquées dans le préambule pertinent avant chaque recommandation. On trouvera la liste des recommandations à l'annexe A.

Dans la mesure du possible, le contenu du présent document a été élaboré conformément au *Manuel de l'AMC sur les guides de pratique clinique* et les critères spécifiques des six domaines de l'instrument de mesure *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE)*.⁵ Ces domaines couvrent les aspects des lignes directrices que voici : étendue et objet, participation des parties prenantes, rigueur du

Comité d'expertise du Guide factuel de pratique clinique de la Société canadienne d'ophtalmologie pour la gestion du glaucome chez l'adulte : Paul E. Rafuse, MD PhD FRCSC (président), Halifax, N.-É.; Yvonne M. Buys, MD FRCSC, Toronto, Ont.; Karim F. Damji, MD MBA FRCSC, Edmonton, Alb.; Paul Harasymowycz, MD FRCSC, Montréal, Qc.; Caroline Lajoie, MD, MSc, FRCSC, DABO, Québec, Qc.; Frederick S. Mikelberg MD FRCSC, Vancouver, C.-B.; Paul H. Murphy, MD FRCSC, Saskatoon, Sask.; Marcelo Nicoleta, MD FRCSC, Halifax, N.-É.; David P. Tingey, MD FRCSC, London, Ont.

Original: Reçu le 1 décembre 2008. Révision le 15 février 2009
Accepté pour publication le 16 mars 2009
Publication en ligne le 22 mai 2009

English on page S7

Tableau 1—Critères des niveaux d'évidence selon les études publiées	
Niveau	Critères
Études des diagnostics	
Niveau 1	(i) Interprétation indépendante des résultats des tests (sans connaissance du résultat du diagnostic ni de l'étalon-or) (ii) Interprétation indépendante du standard diagnostique (sans connaissance du résultat des tests) (iii) Sélection de personnes suspectes (mais non connues) de la maladie (iv) Description reproductible du test et du standard diagnostique (v) Au moins 50 patients avec la maladie et 50 sans la maladie
Niveau 2	Répond à 4 critères de niveau 1
Niveau 3	Répond à 3 critères de niveau 1
Niveau 4	Répond à 2 ou 1 critère de niveau 1
Études des traitements et de la prévention	
Niveau 1A	Aperçu systématique ou méta-analyse de haute qualité d'essais randomisés et contrôlés Essais pertinents, randomisés et contrôlés avec capacité adéquate pour répondre à la question des investigateurs
Niveau 1B	Essai clinique non randomisé ou étude de cohorte avec résultats indisputable
Niveau 2	Essai randomisé et contrôlé ou revue systématique ne rencontrant par les critères du Niveau 1
Niveau 3	Essai clinique non randomisé ou étude de cohorte
Niveau 4	Autres
Études des pronostics	
Niveau 1	(i) Cohorte de patients avec une maladie d'intérêt, mais sans la conséquence (ii) Critères d'inclusion ou exclusion reproductibles (iii) Suivi d'au moins 80 % des sujets (iv) Ajustements statistiques des facteurs de pronostic étrangers (confondants) (v) Description reproductible de la mesure des résultats
Niveau 2	Répond au critère (i) ci-dessus et à 3 des 4 autres critères
Niveau 3	Répond au critère (i) ci-dessus et à 2 des autres critères
Niveau 4	Répond au critère (i) ci-dessus et à 1 des autres critères

développement, clarté et présentation, applicabilité et indépendance des rédacteurs. Plusieurs experts de divers cabinets et de diverses régions (ophtalmologistes généralistes, spécialistes du glaucome et optométristes) ont examiné l'ébauche du document. Les révisions ont été intégrées au texte selon leur pertinence.

DÉFINITIONS ET PORTÉE DU DOCUMENT

Le glaucome est un terme clinique qui regroupe diverses affections ayant un élément commun : une neuropathie optique (i.e., la neuropathie optique glaucomateuse [NOG]) caractérisée par une perte caractéristique de la couche des fibres nerveuses de la rétine et des changements de la papille. La perte du tissu neural peut entraîner un déficit irréversible du champ visuel (CV), ordinairement paracentral au début, mais qui peut s'étendre en périphérie si la maladie progresse. (Voir les annexes B et C.) La NOG peut se développer dans un certain nombre de circonstances avec la contribution diverse de plusieurs facteurs de risque connus et d'autres non encore identifiés. Le terme clinique de glaucome est parfois utilisé lorsqu'un des facteurs de risque, la pression intraoculaire (PIO), est extrêmement élevé et la NOG, imminente, mais non encore présente (i.e., glaucome aigu). Le mot glaucome se pluralise parfois pour exprimer diverses présentations cliniques de cette neuropathie optique.

Classification

L'anatomie et la pathogenèse, telles qu'on les comprend actuellement, sont les modes les plus utiles de classement des glaucomes. Si la définition moderne du glaucome ne comprend plus seulement la PIO élevée, celle-ci est associée au développement de la maladie,^{6,7} à sa prévalence au sein d'une population⁸⁻¹⁰ et à sa progression.¹¹⁻¹³ Il est important de noter que, sur le plan thérapeutique, la baisse de PIO réduit la progression de la perte de CV chez les patients atteints du glaucome.¹¹⁻¹³ La clarification des causes de l'élévation de PIO est un élément important dans la classification et la compréhension de la maladie.

Une minorité de glaucomes sont congénitaux ou développementaux. Les manuels définissent les glaucomes congénitaux comme étant ceux qui se développent avant l'âge de 3 à 5 ans.¹⁴⁻¹⁶ Les glaucomes développementaux comprennent tous ceux qui se développent en bas âge ou dans l'enfance, en association avec les anomalies de développement, seulement oculaires (e.g., l'aniridie) et à la fois oculaires et systémiques (e.g., le syndrome de Rieger).^{14,17} Le présent document ne traite pas des glaucomes développementaux en soi, sauf s'ils sont liés aux soins des adultes qui ont un glaucome.

Glaucomes primaire et secondaire et hypertension oculaire

La PIO augmente lorsqu'il y a obstruction de l'écoulement de l'humeur aqueuse. Cela survient lorsque l'angle de drainage iridocornéen est fermé à cause de l'apposition de l'endothélium cornéen et de la base de l'iris (angle fermé), lorsqu'il y a obstruction de l'écoulement aqueux par les voies de drainage d'un angle ouvert ou lorsqu'il y a obstruction du drainage veineux de l'œil.¹⁸ Le *glaucome à angle fermé* se développe si la PIO élevée cause des dommages glaucomateux à la papille. Si ce dommage se présente devant un angle ouvert, c'est alors un *glaucome à angle ouvert*. Les deux glaucomes, à angle ouvert et à angle fermé, peuvent survenir sans cause identifiable, ce qui en fait des *glaucomes idiopathiques* ou *primaires*. Si la cause de la fermeture d'angle ou de PIO élevée est identifiable, alors les *glaucomes à angle fermé* sont *secondaires*. Il faut recourir à la gonioscopie pour déterminer si l'angle est fermé, ouvert ou anormal.¹⁹

RECOMMANDATIONS

1. L'on devrait recourir à la gonioscopie pour déterminer si la PIO élevée est associée à un angle iridocornéen ouvert, fermé ou structurellement anormal. La classification du glaucome selon l'apparence gonioscopique de l'angle guidera le choix du traitement approprié [*Consensus*].

Le glaucome primaire à angle ouvert

Le glaucome primaire à angle ouvert (GPAO) survient lorsqu'il y a une NOG, avec ou sans PIO élevée. Les études démographiques démontrent que jusqu'à 61 % des patients atteints de GPAO ne subissent qu'un seul dépistage de PIO <21 mm Hg.^{8,9,20} Pour qu'il y ait glaucome idiopathique

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4010669>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4010669>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)