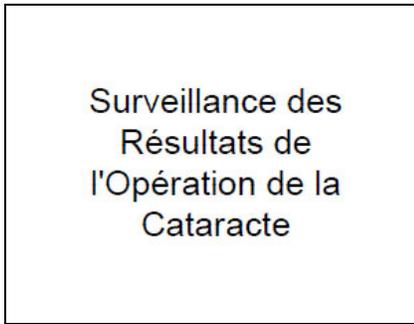
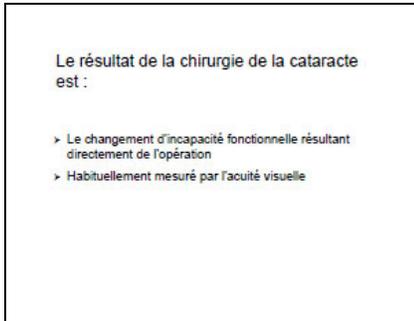


## Présentation didactique : texte avec onglets



### Diapositive 1 :

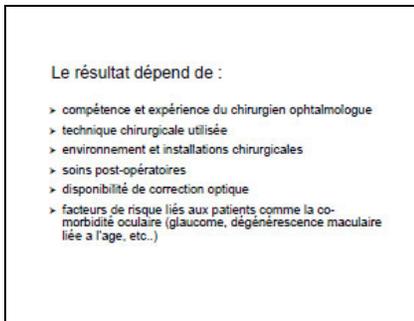
Titre.



### Diapositive 2 :

Par les résultats de la chirurgie de la cataracte, nous entendons le changement d'incapacité fonctionnelle résultant directement de l'opération de la cataracte. Ce changement peut s'exprimer de manières différentes : acuité visuelle, fonctionnement visuel, ou qualité de vie. Il est de plus en plus reconnu que l'acuité visuelle seule peut ne pas être assez sensitive pour mesurer le changement d'incapacité fonctionnelle. Toutefois mesurer la fonction visuelle ou la qualité de vie est un processus long qui nécessite des enquêteurs bien formés et des réponses à des formulaires d'entretien détaillés. Ces questionnaires de patients comparent les activités possibles avant et après l'opération. Comme ces activités doivent être appropriées aux populations de cible, ces questionnaires ne peuvent pas être standardisés.

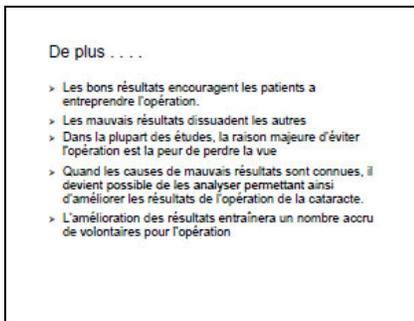
Mesurer l'acuité visuelle est une procédure rapide, standard et qui fait déjà partie de la routine de soins pré- et post-opératoires, donc la méthode la plus appropriée pour la surveillance de routine des résultats de l'opération de la cataracte.



### Diapositive 3 :

Les résultats dépendent de :

- aptitudes et expérience du chirurgien ophtalmique
- technique chirurgicale utilisée
- environnement et installations chirurgicales
- soins post-opératoires
- optical correction provided
- facteurs de risqué lies au patient, comme la co-morbidité oculaire (glaucome, age-related macula degeneration, etc.)



### Diapositive 4 :

L'expérience montre que les bons résultats incitent les autres patients à entreprendre l'opération. Les patients sont en revanche moins susceptibles de se porter candidats s'ils ont connaissance de mauvais résultats.

Un nombre d'études a cherché à établir pourquoi des patients aveugles à cause de leur cataracte ne se soumettraient pas à l'opération (obstacles à l'opération de la cataracte). Dans la plupart des enquêtes, la peur de perdre la vue était une raison majeure d'éviter l'opération.

Lorsque les causes de mauvais résultats sont connues. Il devient alors possible d'attaquer ces causes et d'améliorer les résultats de la chirurgie de la cataracte. De meilleurs résultats encourageront plus de patients à subir l'opération.

Obstacles à l'opération de la cataracte :

Obstacle	Madurai (86)	Karnataka (95)	South India (38)
Peur de perdre la vue			12
Peur de l'opération	17	12	6
Opération trop chère	17	8	14
Pas de compagnie	25	21	
Pas encore à maturité	2	24	
Pas le temps	14	5	15
Pas besoin	24	6	16
Manque d'informations		6	
Autres obstacles		18	37

Acuité visuelle avec meilleure correction après 1 an selon les essais cliniques:

Acuité visuelle	LAHAN		ARAVIND	
	EICC + lun.	EICC + CA-IO	EICC + lun.	EICC + CP-IO
3/10 à 10/10 - 3/10	93.2	89.9	95.5	96.6
< 3/10 - 1/10	4.6	7.5	2.9	1.1
< 1/10	2.2	2.6	1.6	2.3
n=	914	905	1401	1474
Surviv	91%		82%	



Résultats visuels moyens dans les études de population :

Lieu	Année	N d'yeux	% d'yeux avec AV<sup>1/10</sup> avec correction disponible	Avec 'meilleure' correction
Nepal	1998	220	30.5	10.9
Shunyi, Chine	1998	116	44.8	-
Doumen, Chine	1999	152	52.6	21.0
Karnataka, Inde	1995	2401	26.4	-
Ammedabad, Inde	1997	776	34.0	-
Hyderabad, Inde	1999	131	21.4	16.8
Punjab, Inde	2000	428	23.1	-
Turkmenistan	2000	258	34.5	-

Résultats des études de populations

Remarquez les variations de :

- > Période post-opératoire (semaines à décennies)
- > Qualité des installations chirurgicales (rudimentaires à excellentes)
- > Expérience et compétence du chirurgien (abaisseur)
- > Fournissement et remplacement des lunettes
- > Un résultat initialement bon peut parfois se dégrader en raison d'autres troubles oculaires, réduisant ainsi la vision avec l'âge
- > Les données des enquêtes ne rendent pas nécessairement justice aux récents progrès chirurgicaux avec implants intraoculaires mais reflètent plutôt la perception du public et ce qui détermine leurs attentes et leur confiance à recouvrer la vue suite à l'opération.

Directives de l'OMS sur les résultats visuels de la chirurgie de cataracte

	Acuité post-opératoire	Correction disponible	Meilleure correction
<b>Bons</b>	≥ 3/10	>80%	>90%
<b>Limites</b>	< 3/10 - 1/10	<15%	<5%
<b>Mauvais</b>	< 1/10	<5%	<5%

**Diapositive 5 :**

Ce tableau montre trois études menées en Inde du Sud sur les obstacles contre l'opération de la cataracte. Bien que les obstacles sur cette liste ne soient pas tout à fait comparables, 'peur de l'opération' et 'peur de perdre la vue' sont des raisons importantes dans toutes trois études.

**Diapositive 6 :**

Des essais cliniques ont été conduits dans des cliniques de l'oeil expérimentés très bien équipées par des ophtalmologistes. Les résultats d'acuité visuelle avec meilleure correction un an après l'opération étaient bons : 90% ou plus d'yeux opérés capables de voir avec 3/10 ou mieux. La différence entre procédures chirurgicales était minimale.

**Diapositive 7 :**

Toutefois les résultats de l'opération de la cataracte dans des études de populations faites dans les années 90 étaient choquants. Dans ces études, la proportion d'yeux opérés incapables de voir à 1/10 avec meilleure correction allait de 21 à 53%. Dans les trois études où la meilleure correction était appliquée, ces mauvais résultats passaient à 11 - 21%.

**Diapositive 8 :**

Il faut réaliser que les résultats visuels dans ces études de population ne sont pas tout à fait comparables avec ceux des essais cliniques. Dans les études de populations, il y a des variations très importantes de :

- Longueur de la période post-opératoire (de semaines à décennies)
- Qualité des installations chirurgicales (de rudimentaires à excellentes)
- Expérience et compétence des chirurgiens (abaissement)
- Disponibilité et remplacement des lunettes

Des résultats bons au départ peuvent empirer à cause d'autres pathologies oculaires comme la dégénérescence maculaire, rétinopathie diabétique ou d'autres, qui diminuent la vue avec l'âge. Les données des enquêtes ne rendent pas nécessairement justice aux récents progrès chirurgicaux avec implants intraoculaires, mais reflètent plutôt la perception du public et ce qui détermine leurs attentes et leur confiance à recouvrer la vue suite à l'opération.

**Diapositive 9 :**

In 1998, l'OMS a formulé les directives suivantes sur les Résultats Visuels de l'Opération de la Cataracte :

	AV post-opératoire	Avec toute correction	Avec meilleure correction
<b>Bon</b>	≥ 3/10	>80%	>90%
<b>Limite</b>	< 3/10 - 1/10	<15%	<5%
<b>Mauvais</b>	< 1/10	<5%	<5%

Recommandations supplémentaires :

- Opérations avec LIO - 90% ou plus (en fonction des installations locales)
- Complications opératoires - moins de 10%
  - Rupture capsulaire moins de 5%
  - Issue de vitré - moins de 5%
- Tendances avec le temps d'un amélioration ou restant du moins dans les limites recommandées.

Aspects importants :

- Évaluer les résultats à la sortie et après plus de 4 semaines
- Motiver tous les patients à revenir pour le suivi (des initiatives comme donner des lunettes, médicaments postop, pas d'attente, peuvent aider)
- Surveillance des cas de cataracte dus uniquement à l'âge.
- Examiner les causes de mauvais résultats
- Utiliser le système manuel ou informatisé d'analyse standardisée
- Les résultats sont-ils représentatifs de tous les patients opérés? Si non, tous les patients opérés reviennent-ils pour le suivi?

Objectifs de la surveillance des résultats de la cataracte :

- Encourager les chirurgiens de l'oeil à suivre leurs propres résultats dans le temps
- Identifier les causes des mauvais résultats
  - Sélection
  - Opération
  - Correction
  - Séquelles
- Attaquer ces causes pour améliorer les résultats futurs

La surveillance des résultats de la cataracte NE doit PAS être utilisée pour comparer chirurgiens ou centres chirurgicaux entre eux.

- Différences d'indication pour chirurgie
- Différences de population cible
- Différences d'installations (microscope)
- Différences de compétences chirurgicales
- Compétition peut conduire à des rapports falsifiés
- Refus d'opérer des patients à risques
- Moins d'opérations effectuées par les résidents

### Diapositive 10 :

Dans beaucoup de pays, seule une petite proportion de patients revient pour le suivi. Dans ce cas, le résultat visuel de patients qui reviennent au suivi peut ne pas être représentative de tous les patients.

D'autres marqueurs peuvent s'utiliser. En fonction des installations, la proportion d'opérations avec LIO peut s'utiliser. Les chirurgiens ou cliniques des yeux peuvent se fixer leurs propres cibles (par exemple 90% ou plus). Les complications chirurgicales ne devraient pas excéder 10%, avec une rupture de capsule a moins de 5% et issues de vitre a moins de 5%. La tendance dans le temps des indicateurs différents doit s'améliorer ou du moins demeurer statique en-deçà des limites recommandées.

### Diapositive 11 :

Dans la surveillance de routine des résultats de la cataracte, ces aspects sont importants :

- Évaluer les résultats à la sortie et après plus de 4 semaines
- Motiver tous les patients à revenir pour le suivi (des initiatives comme donner des lunettes, médicaments post-op, pas d'attente, peuvent aider)
- Surveillance des cas de cataracte dus uniquement à l'âge.
- Examiner les causes de mauvais résultats
- Utiliser le système manuel ou informatisé d'analyse standardisée
- Les résultats sont-ils représentatifs de tous les patients opérés? Si non, tous les patients opérés reviennent-ils pour le suivi?

### Diapositive 12 :

L'objectif de la surveillance des résultats de la cataracte est d'encourager les chirurgiens de l'oeil à suivre leurs propres résultats dans le temps. Dans le cas de mauvais résultats. Ils devraient être capables d'identifier les causes des mauvais résultats. Ces causes se regroupent en 4 catégories :

- Sélection – dues à d'autres pathologies causant une perte de vision.
- Opération – dues aux complications durant ou juste après l'opération.
- Correction – dues à une correction optique inadéquate (aphakie non corrigée, mauvaise puissance de l'implant LIO, astigmatisme. Etc.)
- Séquelles – dues à des complications post-opératoires tardives.

Attaquer ces causes peut aider à améliorer les résultats à venir.

### Diapositive 13 :

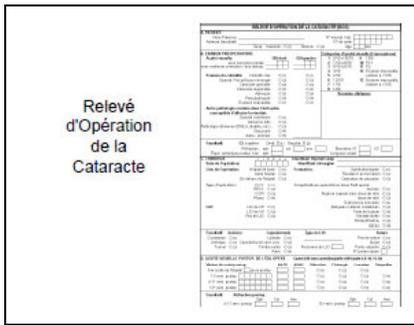
La surveillance des résultats de la cataracte NE doit PAS être utilisée pour comparer chirurgiens ou centres hospitaliers entre eux.

- Différences d'indication pour chirurgie
- Différences de population cible
- Différences d'installations (microscope)
- Différences de compétences chirurgicales

Compétition peut conduire à des rapports falsifiés

Refus d'opérer des patients à risque

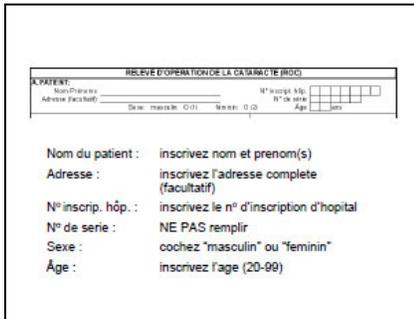
Moins d'opérations effectuées par les résidents



### Diapositive 14 :

Cette diapositive montre le formulaire de Relevé d'Opération de la Cataracte (ROC) et ces différents éléments :

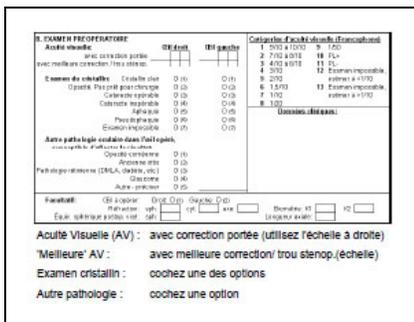
- A. Patient
- B. Examen pre-opératoire
- C. Chirurgie
- D. Acuité visuelle de l'œil opéré après l'opération



### Diapositive 15 :

Cette diapositive montre comment remplir les champs de la section A. PATIENT :

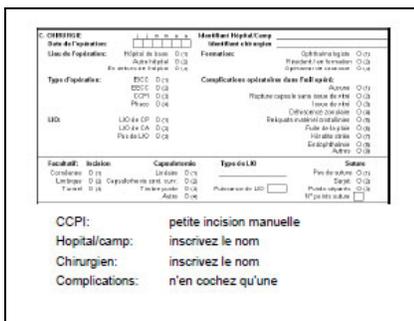
- Nom du patient : inscrivez nom et prénom(s)
- Adresse : inscrivez l'adresse complète (facultatif)
- N° inscrip. hôp. : inscrivez le n° d'inscription d'hôpital
- N° de série : NE PAS remplir
- Sexe : cochez "masculin" ou "féminin"
- Âge : inscrivez l'âge (20-99)



### Diapositive 16 :

Cette diapositive montre comment remplir les champs de la section B. Examen pré-opératoire :

- Acuité Visuelle (AV) : avec correction portée (utilisez l'échelle à droite)
- 'Meilleure' AV : avec meilleure correction/ trou stenop. (échelle)
- Examen cristallin : cochez une des options
- Autre pathologie : cochez une option
- Données cliniques : cette case reste vide. Elle peut contenir les données sur pression sanguine, analyse d'urine, etc. au cas où le formulaire ROC tiendrait de dossier de patient.
- Œil à opérer : Marquer toujours droit ou gauche
- Réfraction - sp : réfraction sphérique préopératoire (-15 to +15 Dioptries)
- Réfraction - cyl : réfraction cylindrique préopératoire (0 to -15 Dioptries)
- Réfraction - axe : réfraction sphérique préopératoire (de 0 à 180 degrés)
- Equiv. Sp postop visé : Equivalent sphérique postopératoire visé
- Biométrie - K1 : Courbure de la cornée plus accentuée (35-50)
- Biométrie - K2 : Courbure de la cornée moins accentuée (35-50)
- Longueur axiale : longueur axiale de l'œil (20-27 mm)



### Diapositive 17 :

Cette diapositive montre comment remplir les champs de la section C. Chirurgie :

- Date de l'opération : jj/mm/aa
- Lieu de l'opération : cochez une des options. 'En dehors de l'hôpital' veut dire que l'opération a lieu dans un endroit improvisé et pas dans une salle d'opération
- Type d'opération : cochez une des options (CCPI = petite incision = phaco manuelle = mini 'nuc')
- LIO : cochez une des options. EICC ne peut être combinée LIO de CP
- Id. hôpital / camp : inscrivez le nom ou code du centre

- Id. chirurgical : inscrivez le nom ou code du chirurgien
- Formation : cochez une des options
- Complications : cochez la complication majeure s'il y en a une
- Incision : cochez le type d'incision (facultatif)
- Capsulotomie : cochez le type de capsulotomie (facultatif)
- Type de LIO : inscrivez le type de LIO (facultatif)
- Puissance de LIO : inscrivez la puissance de LIO s'il y en a une (facultatif)
- Suture : cochez le type de suture et le nombre de points de suture utilisées

### Diapositive 18 :

Cette diapositive montre comment remplir les champs de la section D. Acuité visuelle de l'œil opéré :

D. ACUITE VISUELLE POSTOP. DE L'ŒIL OPERE		Cause d'AV avec correction portée (AV CP) avec 0,1, 10, 15, 30				
Visite de suivi postop.	AV CP	AV MC	Séquelle	Chirurgie	Lasers	Séquelle
Au centre de l'hôpital <input type="checkbox"/> hors centre <input type="checkbox"/>			0 (H)	O (C)	O (C)	O (H)
1-3 sem postop.			0 (H)	O (C)	O (C)	O (H)
4-11 sem postop.			0 (H)	O (C)	O (C)	O (H)
12 sem postop.			0 (H)	O (C)	O (C)	O (H)
Faculté:	Réfraction postop.					
	Sph	Cyl	Axe	Sph	Cyl	Axe
	4-11 sem postop.			12 sem postop.		

Si AV <1/10 : cochez la raison majeure

1<sup>ère</sup> visite : 1-3 semaines postop.

2<sup>ème</sup> visite : 4-11 semaines postop.

3<sup>ème</sup> visite : 12 sem. ou plus postop.

- Jours postop. : inscrivez le nombre de jours entre opération et sortie
- AV CP : avec correction portée (utilisez le code dans 'Clé pour AV')
- AV MC : avec meilleure correction / trou stenop. (utilisez le code dans 'Clé pour AV')
- Cause d'AV avec CP <1/10 : cochez une cause
- 1<sup>ère</sup> visite : 1-3 semaines postop.
- 2<sup>ème</sup> visite : 4-11 semaines postop.
- 3<sup>ème</sup> visite : 12 semaines ou plus postop.
- Réfraction postop - sph : réfraction sphérique préopératoire (-15 to +15 Dioptries)
- Réfraction postop - cyl : réfraction cylindrique préopératoire (0 to -15 Dioptries)
- Réfraction postop - axe : réfraction sphérique préopératoire (de 0 a 180 degrés)

### Diapositive 19 :

Répétition rapide sur quand il faut remplir chaque section.

À remplir à la sortie de l'hôpital

À remplir pendant les visites de suivi