Peut-on reprendre son activité en Ophtalmologie ?

Au 19 Avril 2020 - A partir des mesures nationales annoncées qui peuvent évoluer

Médicale : Oui si gestes barrières mis en place

Possible si

- Respect des conditions d'hygiène et de protection patient et médecin
- Diminution et étalement des flux
- **Limitation à l'urgence, aux suivis et traitements prioritaires (IVT…) au moins jusqu'au 11 mai 2020 (*Annexe 1)***
- Maintien des mesures barrières à la levée du confinement, limitant les capacités d'accueil

- Cf mesures sanitaires : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/

- Fiche conseils sur les mesures barrières du CNPO -AFO (Conseil national professionnel d'ophtalmologie – Académie) sur site de la SFO et SNOF ***(Annexe 2)***

Chirurgicale : Non ou seulement les urgences à ce jour et jusqu'à nouvel ordre des autorités sanitaires

Urgences = menaçant la vie ou la fonction (traumato, infection , DR, cancérologie) ***(Annexe 1)***

A la levée du confinement et/ou avec l'autorisation des 3 acteurs :

- **Votre ARS**
- **Votre direction** (selon les capacités de l'établissement)
- **Votre assureur**

Rassurer le patient sur le respect des mesures barrières pour tout le parcours de soin

Le contexte ne permet pas le retour au fonctionnement antérieur

!! Transmission conjonctivale décrite

Si signes d'alerte : Contre-indique le geste *(Annexe 3)*

!! Contrôle des tutelles sur la pertinence des actes possible durant le confinement

Si non conforme = non couvert par les assurances

Les reprogrammations seront progressives selon

- Remplissage des réanimations, et unités COVID
- Ressources disponibles : respirateurs, médicaments, IADE, MAR (pour consultations et blocs), lits d'hospitalisation (maintien unités COVID ?)
- Test viraux ? si deviennent requis avant chirurgie (pré-AG) ?
- …Motivation du patient

Hospitalisations courtes probablement privilégiées

- Si réouverture plateau ambulatoire, fast-track
- Topique (assistée), locale, ALR

= Chirurgie oculaire fonctionnelle éligible (ex : Cataracte, chirurgie réfractive)

Annexe 1 : `

Catégorisation du degré d'urgence selon les actes ou situations en ophtalmologie

Par la Société Française d'Ophtalmologie – 14 avril 2020

Fiche rédigée par les Docteurs Carl ARNDT, François AUDRUN, Bahram BODAGHI, Jean-Pierre CAUJOLLE, Nathalie CASSOUX, Sabine DEFOORT, Marie-Noëlle DELYFER, Philippe DENIS, Serge DOAN, Jean-Rémi FENOLLAND, Jean-Marie GIRAUD, Laurent KODJIKIAN, Marc LABETOULLE, Jacques LASUDRY, Nicolas LEVEZIEL, Antoine ROUSSEAU, David SAADOUN, Claude SPEEG-SCHATZ, Sara TOUHAMI, Valérie TOUITOU, Catherine VIGNAL, Christophe ZECH

Avec le soutien du CFSR, du CIO, de la FFM, de la SFG, de la SFR

Objectif de cette fiche : identifier les pathologies ou situations qui vont évoluer vers une perte sévère de la vision (ou parfois engager le pronostic vital) sans prise en charge rapide. Il est souhaitable pour cela de séparer des situations urgentes, semi-urgentes et des indications qui peuvent être différées.

***NB1 : Attention**, cette liste des situations ou circonstances n'est ni exhaustive, ni impérative et elle ne remplace pas le jugement clinique de l'ophtalmologiste. Chaque cas au final est particulier ; ainsi des critères annexes additionnels peuvent expliquer qu'un patient change de catégorie ! L'ophtalmologiste décide au cas par cas s'il y a lieu de voir le patient. Il est recommandé que le médecin prenne en compte le degré de compréhension du patient et son implication dans sa prise en charge ophtalmologique.*

***NB2** : Attention, les pathologies dites « à différer » ne pourront l'être que de quelques semaines et nécessiteront une ré-évaluation régulière et une prise en charge adaptée, individualisée et optimale.*

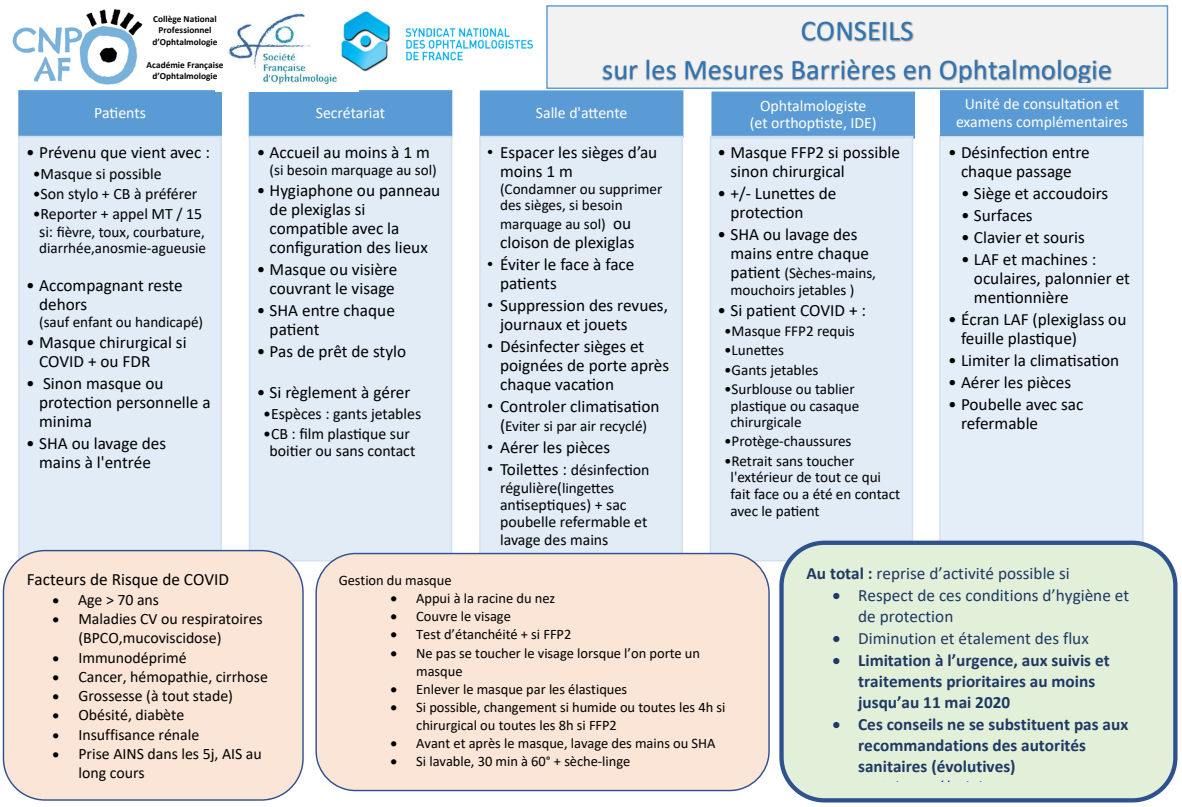
***NB3** : En cas de chirurgie chez un patient COVID confirmé, prise en charge en milieu COVID*
- Hospitalisation en unité COVID +
- Chirurgie à réaliser avec les mesures de protection recommandées au bloc opératoire
- Le risque de transmission COVID chez un patient bénéficiant d'une chirurgie est à évaluer au préalable

PATHOLOGIES ou SITUATIONS		
Actes ou situations urgents (dans les 24 heures en général)	**Actes ou situation semi-urgents à programmer < 10 jours en général**	**Actes ou situations non urgentes pouvant être différées de quelques semaines seulement**

PATHOLOGIES ou SITUATIONS		
Actes ou situations urgents (dans les 24 heures en général)	Actes ou situation semi-urgents à programmer < 10 jours en général	Actes ou situations non urgentes pouvant être différées de quelques semaines seulement
Injections intravitréennes		
1) Néovaisseaux choroïdiens liées à une DMLA, myopie forte ou étiologie inflammatoire - garder un intervalle fixe, le minimal efficace i.e. qui a permis une absence de récidive d'exsudation, sans contrôle OCT (sauf cas particuliers : contrôle 2nd œil…)	1) Œdème maculaire diabétique ou d'occlusion veineuse rétinienne ou uvéïtique : en cas de menace visuelle immédiate, rétinopathie floride, rubéose et glaucome néovasculaire, monophtalme, récidive connue en cas d'arrêt des injections 2) Garder les PRP pour RD proliférante sévère, rétinopathie floride, rubéose et glaucome néovasculaire	1) OM diabétique ou d'occlusion veineuse rétinienne dans les cas autres que précédemment, ne pas oublier une surveillance régulière quant au risque de conversion ischémique 2) hyalite ou œdème maculaire uvéïtiques chroniques en l'absence de menace visuelle
Chirurgie rétino-vitréenne		
1) Plaie du globe avec ou sans corps étranger intraoculaire 2) Décollements de rétine < 1 mois d'ancienneté 3) Fragments cristalliniens dans le vitré avec hypertonie oculaire non contrôlée 4) Endophtalmie aigue avec baisse de vision (< 1/10) 5) Infection de matériel d'indentation résistant au traitement antibiotique	1) Décollements de rétine > 1 mois d'ancienneté 2) Hémorragie intra-vitréenne chez un patient monophtalme 3) Rétinopathie diabétique proliférante avec hémorragie intra-vitréenne 4) Pathologie maculaire Dégradation récente ou significative de l'acuité visuelle sur Trou maculaire, Membrane épirétinienne Traction vitréo-maculaire	1) Pathologie maculaire (Trou, Membrane épirétinienne, Traction vitréo-maculaire) avec une acuité visuelle conservée 2) Implant intraoculaire luxé dans le vitré 3) Hémorragie intravitréenne isolée sans autres signes de rétinopathie diabétique proliférante sur l'œil atteint ou l'œil controlatéral 4) Tamponnement par silicone avec ou sans décollement de rétine associé
Glaucome - *Analyse au cas par cas appuyée sur : • cinétique de progression des déficits. • analyse du champ visuel restant. • niveau de pression intra oculaire (et pachymétrie). • tolérance et observance des traitements médicaux*		
1) Glaucome aigu par fermeture de l'angle : Prise en charge de la crise immédiate + iridotomie périphérique bilatérale ou extraction du cristallin. 2) Glaucome rapidement évolutif avec PIO très élevée (≥35mmHg), ou patient algique, malgré un traitement médical maximal, pour lequel un retard dans la prise en charge apparait fortement défavorable.	1) Glaucome rapidement évolutif avec PIO insuffisamment contrôlée (# 25 à 34mmHg) sous traitement médical maximal. 2) Angle irido-cornéen très étroit à risque de fermeture.	1) Glaucome évolutif avec PIO cible non atteinte mais relativement bien contrôlée sous traitement médical maximal et en l'absence de facteur de gravité.
Pathologies ophtalmo-pédiatriques		
1) Strabisme d'installation brutale ou nystagmus récent (enfants<2 ans) pour éliminer une cause organique (rétinoblastome, tumeurs…) 2) Enfant (<6 ans) non suivi avec une baisse visuelle ou un strabisme récent : éliminer une cause organique au FO avec cycloplégie en semi-urgence 3) En cas de problème organique suspect ou évident : leucocorie, buphtalmie, mégalocornée, larmoiement (hors imperforation des voies lacrymales), photophobie… 4) En cas d'infections (œil rouge et /ou douloureux, secrétions, œdème…) 5) Traumatismes : les enfants sont à voir aux urgences	1) Amblyopie en cours de traitement (traitement d'attaque avec risque de bascule) 2) Suivi de pathologie organique	1) Amblyopie en cours de traitement (phase d'entretien) 2) Suivi réfractif 3) Suivi de strabisme 4) Dépistage
Neuro-ophtalmologie		
1) Paralysies oculomotrices ou du regard brutales 2) Baisse d'acuité visuelle massive ou amputation du champ visuel, brutales, uni ou bilatérales, avec FO normal ou œdème papillaire 3) OP de stase (bilatéral, sans BAV) 3) Anisocorie aiguë avec douleurs (face, cou) et/ou acouphènes et/ou ptosis brutal 4) Amaurose ou diplopie transitoire 5) Exophtalmie aigue (ou rapidement évolutive) 6) Nystagmus binoculaire acquis (oscillopsies) 7) suspicion de myasthénie avec troubles de déglutition ou respiratoires	1)Paralysie du IV ou du VI chez un sujet de plus de 50 ans sans argument pour un Horton 2) BAV progressive isolée indolore avec déficit du réflexe pupillaire afférent 3) BAV avec atrophie optique 4) Suspicion de myasthénie sans trouble de déglutition ou respiratoire	1) anisocorie sans aucun signe associé de découverte fortuite. 2) OP bilatéral de stase modéré avec IRM et aRMN normales

PATHOLOGIES ou SITUATIONS		
Pathologies médicales de la surface oculaire		
1) Suivi d'abcès et d'ulcères de cornée non encore cicatrisés 2) Signes récents évoquant une récidive d'une pathologie connue de la surface oculaire, chronique ou récidivante, potentiellement sévère : baisse visuelle et/ou rougeur et/ou douleur et/ou photophobie	1) Signe(s) de conjonctivite aiguë AVEC signes de gravité locale Penser au COVID ! (conjonctivite parfois précoce) Conseil d'appeler le 15 si signe évocateur de COVID 2) Patient en Réanimation = risque de kératite d'exposition Soins locaux (Cf fiche dédiée de la SFO)	1) Suivi de maladies de la surface oculaire stables et/ou bénignes, Donc SANS signe d'alarme (baisse visuelle, rougeur, douleur, photophobie) 2) Signe(s) de conjonctivite aiguë SANS signe de gravité Penser au COVID ! (conjonctivite parfois précoce) Conseil d'appeler le 15 si signe évocateur de COVID
Pathologies inflammatoires oculaires		
1) Toute uvéite ou sclérite non contrôlée - En cas de menace visuelle immédiate, des traitements intraveineux anti-infectieux ou stéroïdiens peuvent être administrés chez le patient COVID-. - Préférer les traitements locaux (intravitréennes de corticoïdes par ex) chez le patient COVID + 2) Rétinite virale, endothélite herpétique, uvéite bactérienne sévère, endophtalmie 3) En cas de signe d'alerte aigu : Baisse visuelle et/ou rougeur et/ou douleur et/ou paralysie oculomotrice	1) Toute nouvelle consultation pour uvéite ou sclérite	1) Suivi d'uvéites antérieures « stabilisées » mais récidivantes sous traitement topique Donc SANS signe d'alarme (baisse visuelle récente, rougeur, douleur) - Ne pas décroitre les corticoïdes topiques en dessous de 2-3 gouttes (éq. Dexaméthasone) /j pendant le confinement. - Hypotonisant prophylactique à discuter 2) Uvéites ou sclérites chroniques « stabilisées » sous traitement systémique - Décroissance prudente des corticoïdes lorsque l'on passe sous la barre des 10mg (éq. Prednisone) /j afin d'éviter les rechutes pendant le confinement. - Pas d'arrêt des immunosuppresseurs ou agents biologiques en l'absence de suspicion de COVID
Cancérologie oculaire		
1) rétinoblastome : 1ère consultation 2) Rhabdomyosarcome 3) mélanome choroïdien avancé (tumeur volumineuse avec indication à une énucléation d'emblée (diamètre supérieur à 20 mm épaisseur supérieure à 10mm associée ou non à un glaucome, douleurs, extériorisation)	1) surveillance des rétinoblastomes la 1ère année 2) mélanome choroïdien 3) mélanome conjonctival première fois ou récidive 4) carcinome conjonctival invasif première fois ou récidive	1) hémangiome choroïdien avec baisse de vision récente 2) carcinome in situ, mélanose primitive acquise d'allure évolutive 3) nævus suspect avec plus de 5 facteurs de risques (recontrôle à 3 mois) 4) surveillance des mélanomes uvéaux, conjonctivaux et carcinomes invasifs traités
Chirurgie orbito-palpébro-lacrymale		
1) Orbitopathie dysthyroïdienne avec neuropathie optique, souffrance cornéenne, douleur 2) Voies lacrymales traumatiques perforées 3) dacryocystite aiguë	1) Orbitopathie dysthyroïdienne récente, ou évolutive 2) Tumeur orbitaire récente, ou évolutive, ou inflammatoire 3) Tumeur palpébrale : carcinome basocellulaire évolué et volumineux, récidivant, rapidement évolutives (Merkel, carcinome sébacée, épidermoïde), canthus nasal ou autre tumeur cliniquement maligne 4) Ptosis congénital 5) Entropion avec atteinte cornéenne 6) une paralysie de la paupière	Autre tumeur cliniquement bénigne 3) un larmoiement invalidant ou accompagné d'infection

Annexe 2



Annexe 3

Interrogatoire préopératoire par téléphone ou télémédecine
Recherche de signes d'alerte COVID (si oui, depuis quand ?)

- Toussez-vous ?
- Avez-vous de la fièvre, ou sensation de chaud-froid ?
- Ressentez-vous des courbatures, douleurs musculaires ?
- Vous sentez-vous anormalement fatigué ?
- Avez-vous perdu le goût et/ou l'odorat ?
- Présentez-vous un écoulement nasal ?
- Ressentez-vous une gêne respiratoire ?
- Présentez-vous une gêne et/ou rougeur et/ou sécrétion oculaires ?
- Présentez-vous des engelures aux doigts (rougeur, gonflement, cloques) ?
- Avez-vous été en contact avec une personne COVID ?

Si 1 ou plusieurs signes :

- Différer la chirurgie *(sauf urgence = bloc COVID +)*
- Avis du Médecin traitant
- Ou appel du 15