Webconférence

Reprise des consultations après confinement : comment prendre en charge nos patients ?

COMPTE RENDU RÉDIGÉ PAR A. ROUSSEAU
Service d'Ophtalmologie, CHU, Bicêtre.

Le mardi 19 mai, Réalités Ophtalmologiques, en partenariat avec les laboratoires Théa, a organisé une webconférence à distance (épidémie à COVID-19 oblige), retransmise en direct et en différé via internet, sur la reprise des consultations ophtalmologiques après confinement. Présidée par le Pr Laurent Kodjikian, cette webconférence a réuni le Pr Florent Aptel, le Dr Antoine Rousseau et le Dr Vincent Dedes. En voici les principaux points forts.

Le point de vue du spécialiste en rétinie

D'après la communication du Pr Laurent Kodjikian, CHU de Lyon, Président de la SFO.

La pandémie de COVID-19 a été l'occasion pour le nouveau site de la SFO-*on line* de montrer toute son utilité. Très vite, ce nouvel outil a permis de diffuser largement les recommandations de notre Société concernant la prise en charge des urgences et la réorganisation des consultations, mais également de proposer des webconférences dès le début de la crise pour fournir à tous les ophtalmologistes les informations les plus actuelles. Les différentes organisations professionnelles (CNP, SNOF) ont également œuvré de concert pour établir très rapidement des recommandations détaillées sur les gestes barrières à mettre en place dans notre pratique.

En ce qui concerne les pathologies rétinienne médiales, il a très vite été clair que les injections intravitréennes (IVT) devaient être maintenues pour certaines indications dont un retard de prise en charge aurait entraîné une perte de chance. C'est le cas des traitements des néovaisseaux choroïdiens, quelles que soient leurs étiologies.

À l'opposé, les IVT indiquées pour la prise en charge de l'œdème maculaire diabétique ou post-occlusion veineuse ont pu être décalées pour limiter l'affluence et réduire au maximum la venue à l'hôpital de patients fragiles.

La chirurgie du segment postérieur a, elle aussi, fait l'objet d'une classification du degré d'urgence, avec les interventions devant être réalisées sans délai (décollement de rétine récent, plaie du globe...), celles pouvant être différées d'une dizaine de jours (décollement de rétine ancien, hémorragie intravitréenne sur rétinopathie diabétique proliférante ou patient monophthalme...) et enfin celles devant être reprogrammées à distance (trou maculaire, membrane épirétinienne...).

Par ailleurs, on a vite été rassuré sur l'innocuité ophtalmologique des traitements à l'essai contre la COVID-19, tels que l'hydroxychloroquine (absence de toxicité rétinienne lors de traitements de courte durée) ou encore le tocilizumab, entre autres.

En termes d'atteinte du segment postérieur liée au SARS-CoV-2, pas de grosse inquiétude pour le moment : les inflammations sévères (rétinite, névrite optique) n'ont été décrites que dans des modèles animaux et le seul article publié ce jour rapportant des anomalies rétinienne ne fait état que d'hyper-réflexivité des couches internes de la rétine, parfois associées à des hémorragies rétinienne punctiformes le long des arcades, sans aucune conséquence visuelle. Le vrai défi va être désormais la reprogrammation de tous les patients décalés pendant cette longue crise et qui ne peuvent plus vraiment attendre...

POUR EN SAVOIR PLUS

- Site de la SFO online : <https://www.sfo-online.fr>
- SEAH I, AGRAWAL R. Can the coronavirus disease 2019 (COVID-19) affect the eyes? A review of coronaviruses and ocular implications in humans and animals. *Ocul Immunol Inflamm*, 2020;28:391-395.
- MARINHO PM, MARCOS AAA, ROMANO AC *et al.* Retinal findings in patients with COVID-19. *Lancet*, 2020;395:1610.

Webconférence

Le glaucome à l'ère du coronavirus

D'après la communication du Pr Florent Aptel, CHU, Grenoble.

Dès le premier jour, la réorganisation à marche forcée de l'ensemble du système de soins pour faire face à l'épidémie a entraîné une situation complètement inédite en ophtalmologie : le désert dans nos consultations, nos blocs, mais aussi aux urgences ophtalmologiques... Pourtant, le glaucome ne s'est pas arrêté subitement d'être la première cause de cécité irréversible dans le monde... Là encore, les recommandations de la SFO, en partenariat avec la SFG, ont été disponibles dès le début du confinement.

Pour résumer, les patients atteints d'hypertension ou de glaucome contrôlé à PIO peu élevée pouvaient être décalés dans la mesure où, comme l'ont montré les études, l'évolution de la pathologie dans ces cas précis n'est pas significative sur une durée de 2 à 3 mois. En revanche, les glaucomes à angle fermé, les glaucomes à pression élevée, évoluant rapidement et d'autant plus en cas de menace du point de fixation, ou encore sur des patients monophthalmes devaient bien évidemment être pris en charge sans délai, autant médicalement que chirurgicalement, le cas échéant.

En pratique, de nombreux patients ne sont pas venus aux consultations, même lorsque celles-ci étaient maintenues, et la sortie du confinement doit s'accompagner d'une reprise du rythme habituel des visites, en priorité pour les patients les plus à risque. Pour les patients les

moins à risque, étant donné les difficultés liées à la réorganisation, on pourra s'adapter en espaçant (raisonnablement) les consultations.

Quelques particularités liées à la prise en charge du glaucome méritent d'être soulignées :

- la tonométrie à air doit être évitée : elle entraîne l'aérosolisation des larmes (potentiellement contagieuses) et leur diffusion autour du patient, faisant prendre des risques aux patients et soignants présents dans l'environnement immédiat. Elle peut être remplacée par l'aplanation au Goldmann ou bien les tonomètres à rebond (Icare) ;
- les appareils d'OCT et champ visuel doivent être relocalisés afin d'isoler/séparer au maximum les patients ;
- les champs visuels doivent impérativement être réalisés avec un masque. Bien positionné (pincé, voire scotché sur le nez), il n'entraîne pas de buée, qui pourrait en fausser le résultat ;
- les points de contact du campimètre (mentonnière, boutons) et de l'OCT, comme de tous les appareils et lampe à fente, doivent être désinfectés entre chaque patient, mais pas la coupole du champ visuel qui pourrait être dégradée par des nettoyages répétés.

En outre, signalons qu'aucun traitement médical du glaucome n'est susceptible d'interférer (de façon bénéfique ou délétère) avec la COVID-19.

Concernant les chirurgies du glaucome, les ARS n'ont pas vraiment établi de liste précise des actes à faire ou à reporter et, là encore, c'est le (bon) sens clinique et les données de la littérature qui fonderont l'attitude, en priorisant toujours les circuits courts et l'anesthésie loco-régionale.

En guise de perspective optimiste, cette crise sans précédent accélérera sûrement le développement de la télémédecine, où le patient bénéficie dans une structure secondaire d'un bilan fonctionnel et d'imagerie complet dont les résultats, transmis au spécialiste, permettent une prise de décision à distance.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Site de la SFO online : <https://www.sfo-online.fr>
- APTEL F, ARYAL-CHARLES N, GIRAUD JM *et al.* Progression of visual field in patients with primary open-angle glaucoma - ProgF study 1. *Acta Ophthalmol*, 2015;93:e615-e620.
- The Advanced Glaucoma Intervention Study (AGIS): 7. The relationship between control of intraocular pressure and visual field deterioration. The AGIS Investigators. *Am J Ophthalmol*, 2000;130:429-440.
- THOMAS SM, JEYARAMAN MM, HODGE WG *et al.* The effectiveness of teleglaucoma versus in-patient examination for glaucoma screening: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2014;9:e113779.

COVID-19 et surface oculaire : des relations sérieuses

D'après la communication du Dr Antoine Rousseau, CHU Bicêtre.

Comme pour les autres pathologies, la classification du degré d'urgence pendant le confinement a été clairement résumée dans une fiche spécifique disponible *on line*.

Mais, là encore, il est urgent de reprendre une activité "plus normale" et de refaire venir les patients dans nos consultations, pour éviter les catastrophes irréversibles entraînées par un retard de prise en

charge... On pense surtout aux ulcères de cornées, qu'ils soient d'origine infectieuse ou inflammatoire, dont les cicatrices et donc les conséquences visuelles dépendent en grande partie de la rapidité

Webconférence

de la mise en place du traitement. La téléconsultation a pu rendre service, mais elle est très consommatrice de temps et la transmission d'images, voire de vidéos (pas toujours de bonne qualité), n'est pas toujours possible.

Mais la surface oculaire a surtout tenu une place particulière dans cette épidémie dans la mesure où on a rapidement compris que la COVID-19 pouvait s'accompagner de conjonctivites. Ce type d'atteintes reste toutefois rare (moins de 1 % des malades) avec des tableaux parfois bruyants, pouvant passer pour une kératoconjonctivite adénovirale associant conjonctivite folliculaire, infiltrats épithéliaux/sous-épithéliaux, voire adénopathies prétragées.

De façon plus étonnante, les atteintes de la surface oculaire peuvent précéder l'atteinte systémique, voire rester au premier plan, chez des patients dont les autres atteintes sont peu ou pas symptomatiques. Chez les malades atteints de

conjonctivite à SARS-CoV-2, le virus est présent dans les larmes (il a été mis en évidence en PCR mais aussi en culture virale), qui sont donc contagieuses.

Par ailleurs, la surface oculaire peut être la porte d'entrée du virus. En effet, les cellules de la conjonctive expriment à leur surface le récepteur nécessaire à l'entrée du virus, qui peut ensuite facilement gagner, *via* les alarmes, les voies aériennes supérieures. C'est entre autres pour ces raisons qu'il est essentiel d'appliquer les mesures barrières lors de la consultation d'ophtalmologie. La configuration de la lampe à fente rend impossible l'application d'une distance d'un mètre; toutefois, le port du masque chirurgical par le patient et le médecin, l'installation d'une protection en plexiglas sur la lampe à fente et la désinfection du matériel et des mains entre chaque patient permettent de réduire drastiquement les risques. Enfin, le port de lunettes de protection est vivement recommandé, surtout lorsqu'il existe

des contacts avec des patients non masqués.

Une des rares bonnes nouvelles est que SARS-CoV-2 est un virus enveloppé. Contrairement à l'adénovirus, il est très sensible à tous les agents désinfectants (alcool, détergents) et perd assez rapidement sa capacité d'infection sur les surfaces inertes.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Site de la SFO online : <https://www.sfo-online.fr>
- GUAN WJ, NI ZY, HU Y *et al.* Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*, 2020;382:1708-1720.
- CHEEMA M, AGHAZADEH H, NAZARALI S *et al.* Keratoconjunctivitis as the initial medical presentation of the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19), *Can J Ophthalmol*, 2020, sous presse.
- SARS-CoV-2, COVID-19 et œil : le point sur les données publiées. *JFO*, sous presse.

Reprise des consultations après le confinement en libéral

D'après la communication du Dr Vincent Dedes, Cabinet d'Ophtalmologie des Flandres, Lille, Lens, Hazebrouck, Wasquehal.

La période du confinement a été l'occasion pour le cabinet d'Ophtalmologie des Flandres de tester la vidéo-consultation. En effet, près de 350 actes ont été effectués, avec une efficacité variable. Pour une majorité de consultations au motif "simple" (chalazion, conjonctivite allergique simple, décompensation de presbytie ou de troubles de la convergence), ce dispositif s'est révélé efficace et pertinent. En revanche, ce mode d'activité ne se substitue pas à la consultation physique pour les vraies urgences, pose problème en absence de géolocalisation pour le suivi des patients qui étaient confinés loin de chez eux et consomme beaucoup de temps médical.

Après un effondrement initial de l'activité de consultation "physique", la

reprise s'est ensuite franchement amorcée dès la mi-avril pour atteindre à la mi-mai presque 50 % du rythme habituel, avec de nouvelles règles essentielles à la sécurité de tous.

Comme nous l'avons vu, il y a d'abord les reprogrammations, nécessitant l'appel de tous les patients, avec le tri et le report de certaines consultations. Mais aussi la réorganisation de l'espace et du travail, qui doit prendre en considération les mesures barrières.

Le flux des patients doit faire l'objet d'une attention particulière pour diminuer les contacts : optimisation du temps d'attente, espacement des sièges en salle d'attente, parcours patient pensé pour éviter autant que faire se peut les croisements.

Le port d'un masque chirurgical est bien sûr indispensable pour les professionnels de santé (médecins, secrétaires, orthoptistes, infirmières) mais aussi pour les patients. Le cabinet d'ophtalmologie doit veiller à la mise à disposition de tous de solution hydroalcoolique (friction des mains pour chaque patient et entre chaque patient), au nettoyage des box (lampe à fente, siège) entre chaque patient et au nettoyage fréquent des sols, des poignées de portes et autres espaces de circulation (comptoir d'accueil).

Le serrage de main est désormais proscrit, l'utilisation des tablettes et smartphones doit être limitée au maximum, ces objets pouvant constituer des vecteurs. Le nombre d'accompagnant doit être limité au strict nécessaire. Les

enfants dont la présence est indispensable doivent rester calmes et assis.

La reprise post-épidémie pose d'autres challenges : la nécessité de garder le contact avec ses patients, pour rassurer les plus inquiets et diminuer le taux d'absentéisme. En effet, une des difficultés majeures, une fois la réorganisation du cabinet et de l'agenda mise en place, est le caractère encore imprévisible de la venue des patients, avec le risque d'un absentéisme majeur ou, à l'opposé, d'un afflux massif ne permettant pas de respecter les mesures barrières. Pour cela, l'idéal est de pouvoir utiliser toutes les surfaces disponibles, d'espacer les consultations, voire d'étendre les plages horaires de travail.

Mais ces mesures posent des problèmes évidents de gestion des ressources

humaines, avec des salariés parfois trop protégés, des procédures complexes à mettre en œuvre pour le chômage partiel, mais aussi des problèmes de trésorerie. Ces derniers sont heureusement le plus souvent gérables dans notre branche, même si les indemnités prévues par la CNAM (aide partielle pour couvrir les charges fixes) ne suffisent pas à compenser les pertes de revenus.

Enfin, la problématique de la reprise de la chirurgie est là aussi complexe, avec un potentiel conflit d'intérêt pour certains établissements, indemnisés sur la perte d'activité, et qui réalisent des économies significatives sur les consommables et le personnel.

Les récentes consignes du CNP d'ophtalmologie, qui permettent d'envisager une reprise des activités chirurgicales,

devraient nous permettre de retrouver rapidement un fonctionnement satisfaisant, bien sûr adapté en fonction des recommandations des ARS locales et en privilégiant toujours les circuits courts.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Site de la SFO online : <https://www.sfo-online.fr>
- Site du SNOF : <https://www.snof.org/>
- Site de l'Académie française d'Ophtalmologie : <http://afo.org/>

L'auteur a déclaré les conflits d'intérêts suivants : avec les laboratoires Théa, Horus Pharma, Allergan, Pfizer et Alcon.