



REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO" - NOVARA
PRESIDIO OSPEDALIERO DI BORGOMANERO
Viale Zoppis, 10 - 28021 BORGOMANERO (NO)
S.C. OCULISTICA

Direttore: dr. Vito Belloli

Tel. 0322/848805
e-mail: oculistica@asl.novara.it



SCHEDA INFORMATIVA PER INTERVENTO DI VITRECTOMIA PER DISTACCO DI RETINA REGMATOGENO

PREMESSA

Il distacco di retina regmatogeno è un sollevamento della retina con raccolta di liquido sottostante, provocato da una o più lacerazioni retiniche a cui possono associarsi trazioni patologiche del vitreo sulla retina. Le rotture retiniche possono verificarsi spontaneamente in pazienti predisposti (miopia o assottigliamento retinico periferico), essere di natura traumatica o essere la conseguenza di un distacco posteriore di vitreo. Come conseguenza di un distacco di retina si verifica un abbassamento della vista, talora improvviso, spesso irreversibile in assenza di cure adeguate.

1- DEFINIZIONE DEL TRATTAMENTO

L'intervento che le viene proposto è una vitrectomia cioè l'asportazione del vitreo (la gelatina trasparente aderente alla retina che riempie la camera vitrea, fig.1) associato alla chiusura della (o delle) lacerazioni della retina responsabili del distacco della stessa. Spesso è necessaria la rimozione delle membrane che ricoprono la retina e ne impediscono il riaccollamento (fig.2).

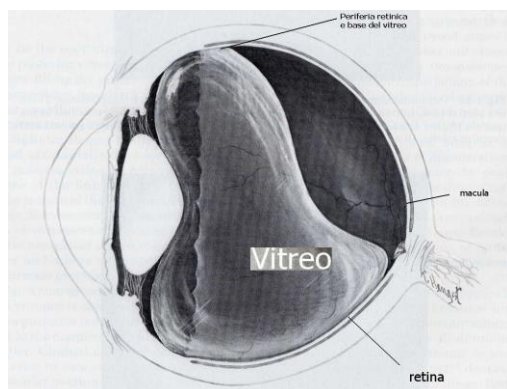


fig. 1

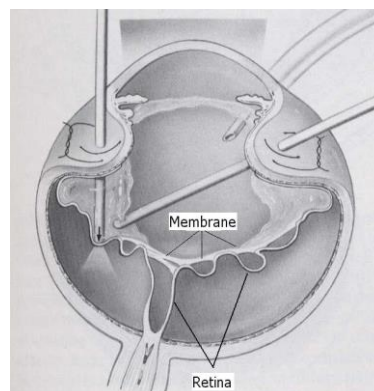


fig. 2

2- SCOPO DEL TRATTAMENTO

Ridistendere la retina permanentemente perché tale patologia può determinare una grave riduzione della vista fino alla perdita totale della funzione visiva.

3-MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEL TRATTAMENTO

L'intervento viene effettuato con il paziente in posizione supina, in un ambiente sterile, utilizzando il microscopio.

Tecnica Operatoria: attraverso tre piccole aperture praticate nella parete dell'occhio si introducono appositi strumenti permettendo al chirurgo di raggiungere la retina; si rimuove il vitreo, si asportano eventuali membrane proliferative che irrigidiscono la retina ed eventualmente si praticano appositi tagli di rilasciamento (retinomie). Dopo aver così mobilizzato la retina si ottiene il suo riaccollamento mediante l'introduzione di fluidi particolari. Si esegue quindi un trattamento fotocoagulativo e/o criocoagulativo attorno alle rotture al fine di ottenere una buona aderenza della retina alla parete del bulbo. Si procede infine alla sostituzione dei fluidi introdotti in precedenza con olio di silicone, con una miscela di gas, con aria o con BSS (soluzione salina bilanciata).

La BSS e le sostanze tamponanti di tipo gassoso non richiedono un nuovo intervento per la loro rimozione. L'olio di silicone invece necessita di un secondo intervento per la sua rimozione, anche se in alcuni casi particolari in cui il rischio di recidive è particolarmente elevato, si può decidere di non rimuoverlo. Quest'ultima ipotesi potrebbe comportare l'insorgenza nel postoperatorio di complicanze quali: ipertono, cheratite, scompenso corneale, tossicità retinica e del nervo ottico. Durante l'intervento in pazienti fuchici (ovvero in cui è presente il cristallino), è possibile che sia necessario asportare il cristallino con o senza impianto di cristallino artificiale (IOL). Questa manovra si renderà utile nei casi in cui il cristallino presenti una riduzione più o meno marcata della sua trasparenza (cataratta, opacità corticali, sclerosi della lente, ecc...) per meglio visualizzare le strutture retiniche, ma la rimozione del cristallino può essere necessaria anche in assenza di una riduzione della sua trasparenza al fine di consentire al chirurgo la corretta rimozione del vitreo periferico. Nel caso in cui il cristallino sia già stato asportato in precedenza, con impianto di cristallino artificiale (condizione denominata pseudofachia), è anche possibile che si renda necessario asportare la IOL insieme al sacco capsulare in cui è inserita/appoggiata, soprattutto se quest'ultimo sia opaco o presenta delle opacizzazioni anche parziali che non consentono al chirurgo una buona visualizzazione della retina.

Si ribadisce che il particolare tipo d'intervento non sempre consente al chirurgo di pianificare i vari tempi operatori e le scelte che si trova ad affrontare spesso devono essere prese durante l'operazione. Può essere necessario perciò variare il piano esaminato in precedenza con il paziente e ricorrere ad interventi aggiuntivi, come l'asportazione del cristallino o della lente artificiale o l'applicazione di un cerchiaggio sclerale all'esterno dell'occhio. Anche la scelta del mezzo di riempimento (olio di silicone, gas, aria, BSS) spesso viene fatta durante l'operazione.

Anestesia

L'occhio può essere reso insensibile ed immobile con iniezioni peribulbari o retro bulbari. È anche possibile l'anestesia generale.

Durante l'intervento sono presenti oltre all'oculista e all'anestesista, lo strumentista e l'assistente di sala operatoria.

4-DESCRIZIONE DEL NORMALE DECORSO POST OPERATORIO

In alcuni casi l'occhio operato di vitrectomia può presentarsi dolente e/o arrossato. Dopo l'intervento il paziente può avere la sensazione di corpo estraneo, bruciore, fastidio.

Le cure locali postoperatorie solitamente consistono nell'instillazione di gocce o pomate e nell'applicazione di una protezione oculare secondo diverse modalità.

La vista generalmente migliora nel tempo ma dipende molto dalla situazione clinica preoperatoria e del mezzo tamponante eventualmente utilizzato. L'attività professionale, l'uso di macchine o di

strumenti pericolosi e la guida dell'auto sono sconsigliati per un periodo di tempo che sarà meglio definito dall'oculista dell'equipe in sede di visita post-operatoria.

5-POSSIBILITÀ E PROBABILITÀ DI RISULTATI CONSEGUIBILI CON IL TRATTAMENTO

Nella gran maggioranza dei casi si ottiene un riaccollamento della retina ai piani sottostanti. Il recupero dell'acutezza visiva è progressivo ma può essere anche nullo, scarso o incompleto.

L'entità di visione recuperabile con l'intervento dipende molto dalle preesistenti condizioni generali dell'occhio, in particolare della retina, del nervo ottico, del cristallino e della cornea. Quindi la presenza di una lesione in queste strutture, provocata dalla malattia, può limitare il recupero visivo derivante dall'intervento (in proporzione all'entità della lesione).

Il paziente deve ricordarsi che, anche a guarigione avvenuta, l'occhio va periodicamente controllato dall'oculista nei mesi e negli anni successivi all'intervento.

Si ricorda che è sempre possibile una recidiva del distacco di retina e può essere necessario anche ripetere l'intervento.

6-RISCHI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI (COMPLICANZE)

Anche questo tipo di intervento non sfugge alla regola generale secondo la quale non esiste una chirurgia senza rischi. Non è possibile per il suo oculista garantire in modo formale il successo dell'intervento o l'assenza di complicanze.

Le principali complicanze si distinguono in preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie.

Complicanze preoperatorie:

- perforazione del bulbo oculare con o senza iniezione di anestetico nel bulbo oculare
- emorragia palpebrale e/o perioculare e/o retrobulbare
- danno ai muscoli dell'occhio
- danno al nervo ottico (formato dall'insieme delle fibre nervose che trasportano l'informazione visiva dal bulbo al cervello)

Complicanze intraoperatorie:

- aumento della pressione oculare
- distacco di coroide
- emorragia della coroide (tunica vascolare dell'occhio situata tra sclera e retina)
- emorragia intraoculare
- incarceramento della retina nell'apertura sclerale
- lesione del cristallino con sua successiva opacizzazione (cataratta)
- occlusione dell'arteria centrale della retina
- lacerazione/i della retina.

Complicanze postoperatorie:

- aumento grave della pressione intraoculare
- distacco di coroide
- emorragie intraoculari
- formazione di nuove lacerazioni e proliferazioni vitreoretiniche con distacco retinico recidivato
- formazione di una membrana epiretinica maculare
- intolleranza ai materiali utilizzati durante l'intervento
- infezione intraoculare
- atrofia del nervo ottico
- strabismo e/o diplopia (visione doppia)

- ptosi (abbassamento della palpebra superiore)
- cataratta
- complicanze maculari (edema sottoretinico, emorragie sottoretiniche, fori maculari)
- diminuzione transitoria o permanente della pressione oculare
- riduzione dell'acuità visiva

“Non si escludono altri esiti o complicanze eccezionali riportate dalla letteratura internazionale”

7-EVENTUALI POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTI SANITARI ALTERNATIVI

Attualmente non esistono trattamenti sanitari alternativi.

8-CONSEGUENZE DEL RIFIUTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

La natura degenerativa di queste lesioni non permette, se non in rari casi, un miglioramento spontaneo; viceversa il passare del tempo vede aggravarsi certe forme fino ad un danno non più reversibile (residuo visivo nell'80% dei casi pari a 20/100-20/400).

9- INDICAZIONI DI MASSIMA PER IL PAZIENTE

Prima dell'intervento

Il giorno precedente l'intervento devono essere somministrati colliri antibiotici in entrambi gli occhi prescritti durante la visita di prericovero.

Dopo l'intervento

Prima di lasciare il centro chirurgico viene consegnato un foglio con le istruzioni dei farmaci da utilizzare. Esse aiutano l'occhio operato a guarire meglio ed a prevenire complicanze. Il paziente non deve mai sospendere le cure a meno che sia il chirurgo a dirlo. In caso di dubbi sulla modalità del decorso postoperatorio, il paziente deve contattare uno dei componenti dell'equipe chirurgica. La terapia locale dopo l'intervento va iniziata subito dopo la dimissione, consiste usualmente nell'instillazione di colliri nell'occhio operato. Per applicare i colliri nell'occhio operato, il paziente deve sedersi su una sedia (in alternativa può stare sdraiato a letto), deve aprire bene ambedue gli occhi e guardare verso il soffitto; poi deve abbassare con l'indice della mano sinistra la palpebra inferiore; in tal maniera fra l'occhio e la palpebra si forma una specie di coppa che serve a ricevere le gocce di collirio medicinale; qui con la mano destra vanno instillate 1-2 gocce del prodotto. Il paziente deve poi chiudere le palpebre (senza stringerle) e attendere per qualche secondo l'assorbimento del prodotto. Quando i colliri prescritti sono più di uno essi vanno applicati uno di seguito all'altro a distanza di qualche minuto.

È bene che almeno nei primi 2-3 giorni sia un familiare, o altra persona, ad instillare/applicare i colliri/pomate.

Durante l'applicazione dei medicinali occorre prestare attenzione a non esercitare pressioni nell'occhio appena operato. L'occhio operato viene bendato (per uno o più giorni); durante il giorno, nella maggior parte dei casi si applica un paio di occhiali da sole che hanno lo scopo di riparare l'occhio dalla luce e soprattutto da eventuali traumi. Durante la notte, invece, l'occhio, per la prima settimana, va protetto con una "conchiglia" in plastica. La conchiglia va tenuta in sede con due o tre cerotti; essa serve ad evitare involontari traumi all'occhio ed a proteggere contro strofinamenti, sempre possibili nel sonno. Una o due volte al giorno le palpebre dell'occhio operato vanno delicatamente pulite con un fazzolettino detergente sterile o con un po' di cotone bollito; chi esegue tale manovra deve evitare pressioni sul bulbo oculare e comunque sulla parte operata.

Nel periodo successivo all'intervento il paziente deve inoltre usare alcune altre attenzioni:

- può dormire dal lato dell'occhio operato purché questo sia adeguatamente protetto con la conchiglia di plastica;

- non deve assolutamente strofinare l'occhio operato (per almeno un mese); è opportuno evitare gli strofinamenti, soprattutto se pesanti, anche nei mesi successivi;
- può lavarsi regolarmente il viso facendo però attenzione a non strofinare l'occhio operato ed a non esercitare pressioni;
- non deve fare sforzi fisici eccessivi; per esempio non deve sollevare pesi superiori ai dieci chilogrammi, non deve prendere in braccio bambini, animali ecc.
- l'uso di macchinari o di strumenti pericolosi sono sconsigliati per un periodo di almeno una settimana.

Nei casi in cui siano stati iniettati nell'occhio operato sostanze tamponanti (liquide o gassose) sarà importante, per alcuni giorni, il mantenimento della testa in una certa posizione, che viene indicata dal medico. In caso di tamponamento con gas, che viene riassorbito progressivamente dopo l'operazione, i viaggi in aereo e ad alta quota sono temporaneamente controindicati. In caso di anestesia generale, qualunque sia la ragione, la presenza della bolla di gas nell'occhio va segnalata al medico anestesista.

Nel caso in cui venga iniettato olio di silicone come sostanza tamponante sarà necessario, a distanza di tempo, un ulteriore intervento chirurgico per rimuoverlo, sebbene si ribadisce che talvolta si potrebbe decidere di lasciare l'olio di silicone dentro l'occhio qualora le condizioni retiniche non consentano la sua rimozione.

Il decorso postoperatorio non è fatto però solo di divieti. Il paziente fin dai primi giorni può fare molte cose, per esempio:

- fin dal giorno dell'operazione può, con l'occhio non operato, leggere, scrivere, guardare la televisione ecc. (in tal caso è preferibile che la lente dell'occhio operato sia esclusa applicando un pezzo di nastro adesivo sulla sua superficie posteriore).
- Il bagno e la doccia possono essere fatti fin dal primo giorno successivo all'operazione avendo cura di non bagnare l'occhio operato; per lavarsi i capelli attendere 3-4 giorni dall'intervento e durante il lavaggio tenere l'occhio operato chiuso.
- L'asciugacapelli può essere adoperato purché il getto di aria calda non venga diretto verso l'occhio operato; le signore possono andare dal parrucchiere già 2-3 giorni dopo l'operazione ma non asciugare i capelli con il casco.
- La barba può essere fatta fin dal giorno seguente l'operazione.

È obbligatorio per il medico metterle a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'intervento chirurgico. La firma da parte sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni sua domanda e non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

ATTENZIONE!

- 1) L'intervento chirurgico è l'unica alternativa per risolvere il problema del distacco di retina.**
- 2) Durante l'operazione il chirurgo può modificare il piano operatorio per esigenze sopraggiunte.**
- 3) Il non eseguire correttamente le cure, le medicazioni ed i controlli postoperatori può compromettere il decorso e la buona riuscita dell'intervento.**
- 4) Non è consigliabile fare sforzi fisici o strofinare l'occhio nei primi giorni dopo l'operazione.**
- 5) Il recupero della visione dopo l'intervento dipende molto dalle preesistenti condizioni generali dell'occhio.**
- 6) In alcuni casi è possibile una recidiva del distacco di retina e può essere necessario un nuovo intervento chirurgico.**

Il paziente ha richiesto le seguenti informazioni/spiegazioni sul trattamento sanitario proposto e/o sul contenuto della scheda:

Nome e cognome del paziente: _____

Firma del paziente: _____

Data: _____