

---

## SCHEDA INFORMATIVA PER L' INTERVENTO DI VITRECTOMIA PER DISTACCO DI RETINA TRAZIONALE

### PREMESSA

Il distacco di retina trazionale è un sollevamento della retina con raccolta di liquido sottostante, provocato da una o più lacerazioni retiniche a cui si associano trazioni di superficie che irrigidiscono la retina. Queste trazioni derivano da membrane fibrotiche che si sviluppano a seguito del rilascio di elementi infiammatori nella camera vitrea che può avvenire in presenza di una retina distaccata. In alcuni casi (processi proliferativi successivi ad ischemie retiniche diffuse) è la creazione di queste membrane che comporta il sollevamento del piano retinico e successivamente l'eventuale formazione di lacerazioni retiniche in aggiunta.

### 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) con la rimozione delle membrane che ricoprono la retina e ne impediscono il riaccollamento (fig.2).

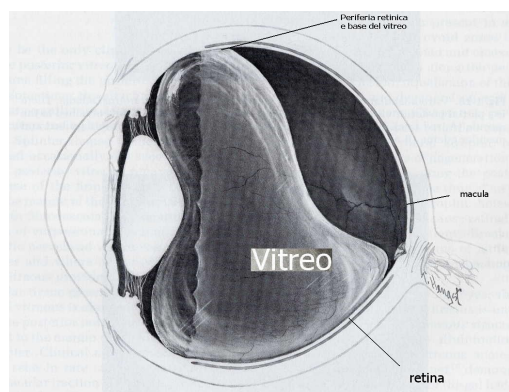


fig1

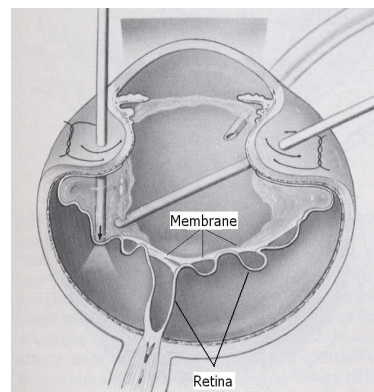


fig. 2

### 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. Solo la chirurgia può ottenere un riaccollamento della retina.

### 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 con i quali viene asportato il corpo vitreo, permettendo al chirurgo di raggiungere la retina. Se essa si presenta sollevata o lacerata si asportano le membrane e briglie responsabili del sollevamento ed eventualmente si praticano appositi tagli di rilasciamento (retinomie).

Dopo aver così mobilizzato la retina si ottiene il suo riposizionamento mediante l'introduzione di fluidi particolari. Si esegue quindi un trattamento fotocoagulativo con il laser 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, oppure con una miscela di gas o aria. 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, l'applicazione di un cerchiaggio sclerale all'esterno dell'occhio o l'esecuzione di un criotrattamento (applicazione di una sonda fredda) sulla parete dell'occhio. Anche la scelta del mezzo di riempimento (olio di silicone, gas, acqua) spesso viene fatta durante l'operazione.

### **Anestesia**

L'occhio può essere reso insensibile ed immobile con iniezioni peribulbari o retrobulbari. E' anche possibile un'anestesia generale. La scelta viene fatta dal suo oculista e dallo specialista in anestesia che terranno conto il più possibile delle sue richieste.

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 le modalità e per un periodo di tempo che le saranno spiegati da un chirurgo dell'equipe.

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, 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 egli deve quindi sottoporsi ad alcuni periodici controlli che verranno progressivamente diradati.

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 della 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
- incarcerationamento 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”

### **Servizio Urgenze**

La S.C. di Oculistica prevede un servizio di Pronta Disponibilità per le urgenze che dovessero presentarsi

### **7-EVENTUALI POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTI SANITARI ALTERNATIVI**

Attualmente non esistono trattamenti sanitari alternativi, infatti il trattamento laser non è più possibile e/o efficace in questo stadio della malattia.

### **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. Il paziente non deve mai sospendere le cure a meno che sia il chirurgo a dirlo; esse aiutano l'occhio operato a guarire meglio ed a prevenire complicazioni. In caso di dubbi sulla modalità del corso 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.

E' 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, il più delle volte 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.

Nei giorni seguenti all'operazione l'occhio appare più o meno "rosso" e dolente; c'è inoltre una certa sensazione di corpo estraneo (dovuta ad eventuali punti ed ai tagli praticati) ed un certo fastidio alla luce.

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.

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 all'operazione.

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: \_\_\_\_\_