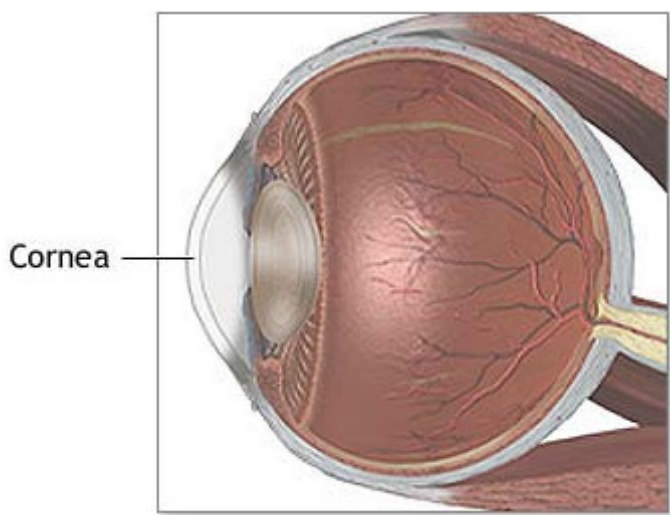

SCHEDA INFORMATIVA PER L'INTERVENTO DI CHERATOPLASTICA ENDOTELIALE

PREMESSA

La cornea rappresenta la porzione anteriore della tunica fibrosa dell'occhio, è posta davanti all'iride e ha lo scopo di far passare le immagini all'interno dell'occhio e di focalizzarle sulla retina.

Essa è composta, dall'esterno all'interno, dai seguenti strati: Epitelio, Membrana di Bowman, Stroma, Membrana di Descemet ed Endotelio. Quest'ultimo svolge un ruolo importante nel mantenere la cornea trasparente e regolare. Quando l'endotelio non è più in grado di funzionare, la cornea si imbibisce di liquidi (edema) e perde la sua trasparenza e regolarità così le immagini non possono essere più messe a fuoco correttamente sulla retina; inoltre si possono formare delle bolle epiteliali che sono causa di dolore e di aumentato rischio di infezione. Se le terapie mediche non risolvono il problema, è necessario sostituire l'endotelio mediante l'intervento chirurgico di trapianto detto Cheratoplastica Endoteliale o Endoheratoplastica.



1-DEFINIZIONE DEL TRATTAMENTO

L'intervento proposto consiste nell'asportazione del tessuto corneale patologico (Endotelio con annessa Descemet) e nell'inserimento di una cornea da donatore a parziale spessore (composto da Stroma, Descemet, Endotelio).

Il tessuto corneale da impiantare proviene dalla **Banca delle Cornee** di Torino ed è accompagnato da un certificato che ne attesta la provenienza e l'assenza di patologie infettive trasmissibili.

Gli strati necessari all'intervento possono essere preparati ed inviati direttamente dalla Banca delle Cornee oppure preparati in sala operatoria utilizzando appositi strumenti (microcheratomo) partendo dal lembo a tutto spessore proveniente dalla Banca delle Cornee.

2-SCOPO DEL TRATTAMENTO

L'obiettivo dell'intervento è di restaurare la funzione visiva alterata dalla ridotta trasparenza e dall'irregolare superficie corneale, inoltre di ridurre il dolore ed evitare le infezioni corneali.

3-MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEL TRATTAMENTO

L'intervento viene effettuato in sala operatoria, in ambiente chirurgico sterile, il paziente è supino (appoggiato sulla schiena); con l'ausilio di un microscopio e di strumenti chirurgici si asporta lo strato profondo alterato (endotelio con annessa Descemet) della cornea del ricevente per un



diametro di 7-9 mm e si sostituisce con lo strato profondo sano (stroma, Descemet, endotelio) della cornea del donatore con l'ausilio di una bolla d'aria iniettata in camera anteriore.

L'intervento può essere eseguito in regime di day-surgery o con ricovero.

Per potere effettuare l'operazione l'occhio deve essere reso immobile ed insensibile; questo può essere ottenuto mediante l'anestesia locale o generale; la scelta del tipo di anestesia più adatto al caso viene effettuata dall'oculista e dall'anestesista. Si terrà conto, se possibile, del desiderio del paziente.

Oltre al medico chirurgo e anestesista sono presenti in sala operatoria lo strumentista e l'infermiere addetto all'assistenza di sala.

4-DESCRIZIONE DEL NORMALE DECORSO POST OPERATORIO

È necessario rimanere a letto in posizione supina per consentire all'aria che viene lasciata all'interno dell'occhio di fare aderire il lembo innestato.

Abbagliamento, dolore, fotofobia, fluttuazioni visive, aloni, immagini sdoppiate accompagnano frequentemente il post operatorio e tendono a ridursi progressivamente. Il giorno successivo all'intervento, l'occhio operato è più o meno arrossato e dolente, il paziente può avere la sensazione di corpo estraneo, bruciore e fastidio. Tali disturbi tendono progressivamente a scomparire con il passare dei giorni.

5-POSSIBILITÀ E PROBABILITÀ DI RISULTATI CONSEGUIBILI CON IL TRATTAMENTO

La probabilità dei risultati è subordinata al tipo di patologia corneale (causa del trapianto), alle condizioni delle altre strutture oculari (condizioni dell'occhio del paziente) ed al processo di adesione tra i due tessuti (cornea del paziente e cornea del donatore).

6- RISCHI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI (COMPLICANZE)

Per quanto standardizzata e seguita da soddisfacenti risultati, non è possibile per l'oculista garantire, in modo formale, il successo dell'intervento né l'assenza di complicanze. La possibilità di complicazioni è in funzione della patologia oculare pre-operatoria e delle condizioni cliniche generali. Se la patologia è limitata alla cornea e non è di grave entità, i rischi sono bassi, mentre se vi sono anche altre patologie oculari, o l'occhio è stato precedentemente operato, i rischi aumentano.

Complicanze preoperatorie: sono molto rare e sono prevalentemente legate all'anestesia per infiltrazione; si distinguono in gravi e meno gravi.

La principale complicanza preoperatoria grave è:

- Perforazione del bulbo oculare con o senza iniezione di anestetico nel bulbo oculare.

Le principali complicanze preoperatorie meno gravi sono:

- Emorragia palpebrale e/o perioculare e/o retrobulbare.
- Danno ai muscoli dell'occhio.
- Ptosi palpebrale transitoria o permanente.
- Danno al nervo ottico.

Complicanze intraoperatorie:

La principale complicanza intraoperatoria grave è:

- Emorragie intraoperatorie od aumento della pressione interna.

Le principali complicanze intraoperatorie meno gravi sono:

- Lesione dell'iride.
- Lesione del cristallino.



-
- Ipotono oculare.
 - Iperono oculare.
 - Difficoltoso dispiegamento del lenticolo con conseguente traumatizzazione dello stesso.

□ Complicanze postoperatorie:

Le principali complicanze postoperatorie gravi possono essere:

- Infezione: in casi rari è possibile che l'infezione sia interna all'occhio comportando, in casi estremi, la perdita anatomica e funzionale dell'occhio.
- Mancata adesione del lembo con necessità di ripetere l'intervento o di passare ad una cheratoplastica perforante.

Le principali complicanze postoperatorie meno gravi sono:

- Mancata adesione e/o dislocazione del lembo con necessità di reiniettare aria in camera anteriore e/o di eseguire una rivisitazione del letto chirurgico.
- Infiammazione cronica dell'occhio.
- Glaucoma (aumento della pressione endoculare) da blocco pupillare indotto dall'area insufflata in camera anteriore; si manifesta con dolore acuto e può richiedere un intervento chirurgico di rimozione dell'aria.
- Sanguinamento in camera anteriore. Generalmente si tratta di piccole emorragie che vengono riassorbite spontaneamente; altre volte le emorragie sono più gravi e possono comportare riduzioni permanenti della vista.
- Opacità del cristallino naturale con evoluzione in cataratta.
- Riduzione o azzeramento dello spazio fra cornea e iride (l'assenza della camera anteriore)
- Filtrazione dalla ferita chirurgica per cui è necessario apporre punti di sutura supplementari.
- Sanguinamento in camera anteriore. Generalmente si tratta di piccole emorragie che vengono riassorbite spontaneamente; altre volte le emorragie sono più gravi e possono comportare riduzioni permanenti della vista.
- Prolasso dell'iride.
- Dilatazione permanente dell'iride (Sindrome di Urrets-Zavalía).
- Aderenza tra iride e cornea con irregolarità della pupilla.
- Opacamento del lembo con necessità di ripetere l'intervento o di passare ad una cheratoplastica perforante.
- Scarso recupero visivo per la presenza di un'interfaccia disomogenea tra la cornea del donatore e quella del ricevente.
- Ipotono con o senza distacco di coroide.
- Distacco di retina.
- Scempenso primario del lembo: si verifica quando la cornea trapiantata rimane edematosa a causa di una mancata ripresa di funzionalità da parte delle cellule dell'endotelio. In questi casi è necessario ripetere l'intervento con un nuovo lembo.
- Rigetto: è una reazione dell'organismo nei confronti della cornea innestata riconosciuta come un elemento estraneo. Nonostante sia controllabile con terapie mediche a base di cortisonici l'incidenza varia dal 5% al 50% a seconda della patologia oculare iniziale. Questo rischio è sempre presente in una cornea trapiantata anche se si riduce con il passare del tempo. Quando si verifica il rigetto, una terapia tempestiva ed eseguita correttamente riesce, nella maggioranza dei casi, a risolvere l'episodio. Se la terapia medica non risolve l'episodio di rigetto, la cornea diventa opaca ed è necessario effettuare un altro intervento di trapianto di cornea.



Il rigetto si manifesta con un arrossamento dell'occhio e spesso, ma non sempre, con un appannamento della vista. La guarigione è condizionata dalla tempestività con cui si instaura la terapia per cui, siccome talvolta la sintomatologia non è evidente, è di fondamentale importanza effettuare le visite di controllo periodiche prescritte dall'oculista.

"Non si escludono altri esiti o complicanze eccezionali riportate dalla letteratura internazionale".

7-EVENTUALI POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTI SANITARI ALTERNATIVI

Cheratoplastica perforante (trapianto a tutto spessore). Prevede la sostituzione di un bottone di cornea centrale a tutto spessore; pertanto assieme all'endotelio malato con annessa Descemet vengono sostituiti lo stroma, la membrana di Bowman e l'epitelio non affetti dalla malattia. È un intervento a bulbo aperto con rischi chirurgici maggiori e decorso postoperatorio più lungo a causa dei lenti processi di cicatrizzazione che costringono a mantenere i punti di sutura per almeno un anno.

Non esistono terapie mediche alternative efficaci, attualmente l'intervento costituisce il solo modo per migliorare la vista.

8-CONSEGUENZE DEL RIFIUTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

La natura degenerativa di queste lesioni non permette un miglioramento spontaneo; viceversa il passare del tempo vede l'inevitabile peggioramento delle funzioni visive, del dolore e del rischio di infezioni; inoltre si può giungere ad una compromissione della cornea tale da rendere necessario un trapianto di cornea perforante.

9-INDICAZIONE DI MASSIMA PER IL PAZIENTE

-Prima dell'intervento

Il giorno precedente all'intervento non sono necessarie terapie specifiche né accorgimenti particolari.

-Dopo l'intervento

Le cure locali consistono nell'instillazione di gocce, nell'assunzione di compresse e nell'applicazione di una protezione oculare secondo delle modalità e per un periodo di tempo che le sarà definito dal suo oculista.

Inoltre il paziente è invitato a sostare il più possibile in posizione supina in modo da consentire alla bolla d'aria di promuovere l'adesione tra il lenticolo del donatore ed il letto del ricevente.

L'attività professionale, sportiva e la guida dell'auto sono sconsigliati per un periodo di tempo limitato che sarà definito dall'oculista.

Il miglioramento visivo non è immediato; avviene lentamente nell'arco di diverse settimane ed è determinato dalle condizioni preoperatorie dell'occhio. Un bilancio definitivo può essere fatto soltanto dopo 3-6 mesi dall'intervento. Nei mesi successivi all'intervento a seconda del caso clinico si dovrà procedere all'asportazione della sutura.

La presenza di altre lesioni dell'occhio può limitare il recupero della vista. Dopo l'intervento è quasi sempre presente un'ipermetropia residua per cui, per ottenere il visus ottimale, è necessaria una correzione con occhiale ed eventualmente con lente a contatto.

Dopo l'intervento dovranno essere effettuate visite di controllo frequenti (inizialmente settimanali, poi mensili ed infine semestrali) e per un periodo molto prolungato (1,5-2 anni). Se i controlli non vengono effettuati secondo le prescrizioni dell'oculista, il risultato dell'intervento può essere compromesso.



A. S. L. "NO" - NOVARA - DIPARTIMENTO CHIRURGICO -
S.C. OCULISTICA - Direttore: Dr. Vito Belloli
Tel. 0322/848807; e-mail: oculista.aro@asl13.novara.it



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: _____