



**SCHEDA INFORMATIVA
PER L'INTERVENTO DI CHERATOPLASTICA PERFORANTE
(O TRAPIANTO DI CORNEA)**

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.

Quando la cornea perde la sua trasparenza o diventa fortemente irregolare, le immagini che vediamo non possono essere più messe a fuoco correttamente sulla retina; se le terapie mediche non risolvono il problema, è necessario sostituire la cornea mediante l'intervento chirurgico di trapianto di cornea, detto anche cheratoplastica (cherato = cornea).

1-DEFINIZIONE DEL TRATTAMENTO

L'intervento proposto consiste nell'asportazione del tessuto corneale patologico a tutto spessore con mezzi chirurgici ed all'inserimento di una cornea da donatore che viene suturata alla restante cornea ospite.

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

2-SCOPO DEL TRATTAMENTO

L'obiettivo dell'intervento è:

- di restaurare la funzione visiva alterata dalla ridotta trasparenza corneale
- di migliorare l'acuità visiva ridotta dall'abnorme curvatura della superficie corneale quando essa non sia più correggibile con lenti a contatto od altri mezzi
- di ricostruire un tessuto di spessore normale quando la cornea sia assottigliata

3-MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEL TRATTAMENTO

L'intervento viene effettuato in sala operatoria, in ambiente chirurgico sterile, il paziente è appoggiato sulla schiena. Viene eseguito con l'ausilio di un microscopio e con uno speciale tipo di trapano viene asportata la parte centrale alterata della cornea e successivamente viene suturata la cornea del donatore con dei fili in nylon.

L'intervento può essere eseguito in regime di day-surgery o con ricovero, in anestesia locale o generale; la scelta del tipo di anestesia più adatto al suo caso viene effettuata dall'oculista e dall'anestesista. 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

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.

5-POSSIBILITÀ E PROBABILITÀ DI RISULTATI CONSEGUIBILI CON IL TRATTAMENTO

La probabilità dei risultati è subordinata al tipo di patologia corneale, alle condizioni delle altre strutture oculari e dal processo di cicatrizzazione (secondo la letteratura).



6- RISCHI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI (COMPLICANZE)

Per quanto standardizzata e seguita da soddisfacenti risultati, l'operazione di trapianto di cornea non sfugge alla regola generale secondo la quale non esiste una chirurgia senza rischi. Non è dunque 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 chirurgiche 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
- danno al nervo ottico

Complicanze intraoperatorie

La principale complicanza intraoperatorie gravi è:

- Trattandosi di un intervento a bulbo aperto possono verificarsi emorragie intraoperatorie od aumento della pressione interna che nei casi più gravi possono comportare lo svuotamento del bulbo oculare con perdita della vista.

Le principali complicanze intraoperatorie meno gravi sono:

- lesione dell'iride
- lesione del cristallino
- ipotonia oculare
- ipertono oculare

Complicanze postoperatorie:

Le principali complicanze postoperatorie gravi sono molto rare e possono essere:

- infezione: in casi rari è possibile; l'infezione può essere interna all'occhio o interessare solo il lembo trapiantato; ambedue possono comportare, in casi estremi, la perdita anatomica e funzionale dell'occhio
- opacamento del lembo con necessità di ripetere l'operazione

Le principali complicanze postoperatorie meno gravi sono:

- infiammazione cronica dell'occhio
- un glaucoma (l'aumento della pressione endoculare)
- piccole emorragie che generalmente 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)
- eccessiva o mancata formazione di filtrazione
- sanguinamento in camera anteriore
- prolasso dell'iride
- dilatazione permanente dell'iride



-
- aderenza tra iride e cornea con irregolarità della pupilla
 - fotofobia
 - astigmatismo elevato
 - distacco di coroide
 - distacco di retina
 - infiammazione (uveite)
 - danni al nervo ottico (prevalentemente di tipo vascolare) che, associate a glaucoma in uno stadio molto avanzato, possono comportare il peggioramento o la perdita del campo visivo
 - mancata regolazione della tensione endoculare, sia nel senso di un'ipotensione (pressione bassa), che nel senso di un'ipertensione (pressione alta); ambedue possono essere molto accentuate e sono difficilmente prevedibili
 - dopo il trapianto di cornea esiste sempre il rischio di rigetto (cioè la cornea del donatore non viene accettata dal ricevente) naturalmente controllabile con terapie mediche a base di cortisonici. Questo rischio è sempre presente in una cornea trapiantata, anche se si riduce con il passare del tempo. Il rigetto consiste in una reazione dell'organismo nei confronti della cornea innestata la quale viene riconosciuta come un elemento estraneo. La sua incidenza varia a seconda della patologia oculare iniziale. 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.
 - altre volte gli esiti possono essere permanenti e causare solo un recupero parziale della vista o rendere necessario un successivo intervento di trapianto di cornea.

Fra le complicanze post operatorie ve ne sono alcune controllabili con le terapie, altre che possono ritardare o condizionare il completo recupero funzionale, a volte il lembo innestato perde la sua trasparenza ed ha necessità di essere sostituito.

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

7-EVENTUALI POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTI SANITARI ALTERNATIVI

Trapianto lamellare o superficiale, uso di lenti a contatto.

Il trapianto lamellare è possibile solo se i danni corneali sono superficiali o se le patologie che deformano la cornea sono nella loro fase iniziale.

Le lenti a contatto possono correggere il difetto creato dalla modificata architettura della cornea ma non risolvono le opacità della cornea.

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, se non in rari casi, un miglioramento spontaneo; viceversa il passare del tempo vede aggravarsi certe forme fino ad un danno non più reversibile.



9-INDICAZIONE DI MASSIMA PER IL PAZIENTE

-Prima dell'intervento

Il giorno precedente l'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.

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 astigmatismo residuo per cui, per ottenere il visus ottimale, è necessaria una correzione con occhiale ed eventualmente con lente a contatto. L'oculista la consiglierà sull'opportunità o meno di ridurre l'astigmatismo residuo mediante un ulteriore intervento chirurgico.

Dopo l'intervento dovranno essere effettuate visite di controllo frequenti e per un periodo molto prolungato. Se i controlli non vengono effettuati secondo le prescrizioni dell'oculista, il risultato dell'intervento può essere compromesso.

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: _____