
SCHEDA INFORMATIVA PER L'INTERVENTO DI PTOSI PALAPEBRALE

PREMESSA

La ptosi è un abbassamento della palpebra superiore dovuta ad un difetto funzionale più o meno importante del muscolo elevatore della palpebra superiore; le cause possono essere diverse:

- Lesione neurogena (di origine nervosa per lesione del III nervo cranico)
- Lesione miogena (di origine muscolare e legata a miopatie oculari o miastenia grave)
- Lesione aponeurotica (spesso legata all'età)
- Lesione meccanica (ad esempio dopo un trauma).

La diagnosi di ptosi è in genere manifesta a colpo d'occhio, per quanto non vi sia un valore assoluto di normalità dell'apertura palpebrale. Si accetta come corretta una sovrapposizione di 2 mm tra limbus sclerocorneale e margine della palpebra superiore.

La palpebra può abbassarsi solo lievemente o coprire interamente la pupilla limitando o impedendo la normale visione. Può essere mono o binoculare, presente fin dalla nascita o presentarsi tardivamente.

Ptosi del bambino: è presente fin dalla nascita (congenita) ed è generalmente causata da uno scarso sviluppo dei muscoli che alzano la palpebra (muscoli elevatori); se completa v'è rischio di ambliopia e necessita dunque di intervento urgente.

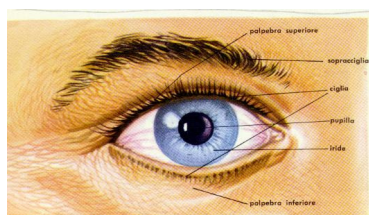


Fig n 1- Posizione fisiologica della palpebra

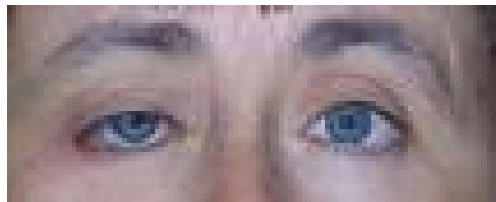


Fig n 2-Ptosi nell'adulto

Ptosi nell'adulto: è generalmente causata da un danno aponeurotico, vale a dire un distacco del tendine del muscolo elevatore della palpebra. Ciò può essere per:

- Un processo legato all'età: tipicamente il tendine cui è attaccato il muscolo elevatore si rilassa e la palpebra si abbassa eccessivamente.
- Dopo un intervento di cataratta o di altri tipi di chirurgia oculare.
- Come conseguenza di un trauma.
- Per la retrazione del muscolo elevatore, come può accadere in caso di tumore oculare.
- Come complicanza di altre patologie, come il diabete, che interessano il muscolo elevatore o il suo nervo.

1-DEFINIZIONE DEL TRATTAMENTO E TECNICHE CHIRURGICHE

Molte tecniche diverse sono state proposte dal 1923: ne riportiamo quattro che sono quelle che nella pratica attuale sono le più impiegate e che consentono di affrontare positivamente la maggior parte dei casi:

- 1) **Chirurgia del complesso muscolo aponeurotico per via anteriore:** è il metodo di scelta quando la funzione muscolare residua è buona e permette di risolvere la maggior parte dei casi nell'adulto. Se la patologia origina da una deiscenza dell'aponeurosi del tarso la riparazione avviene per sutura diretta delle due strutture, altrimenti si procede ad un accorciamento (per plicatura o per resezione parziale) viene eseguita quando la ptosi compare tardivamente, nei casi più gravi viene eseguita una resezione del muscolo elevatore per mettere in tensione il muscolo stesso. Viene praticata una piccola incisione sulla palpebra che verrà mascherata dalla plica palpebrale superiore.
- 2) **Sospensione al frontale:** è il metodo impiegato quando la funzione muscolare residua è scarsa ed in questi casi se ne vicaria la funzione allestendo un sistema di apertura palpebrale alternativo sfruttando la forza del muscolo frontale. Viene eseguita quando la ptosi è presente fin dalla nascita o compare nei primi anni di vita, essendo il muscolo elevatore molto debole, la ptosi è severa. La palpebra deve essere attaccata o sospesa al di sotto del sopracciglio in modo tale che siano i muscoli frontali ad effettuare il sollevamento. Ciò può essere realizzato sia con l'aiuto di una striscia di materiale sintetico, sia con una striscia di tessuto prelevato dalla coscia (fascia lata). Vengono praticate 3 piccole incisioni, due a livello della palpebra e una a livello del sopracciglio.
- 3) **Resezione del muscolo di Muller.** è indicata nei casi di ptosi moderate con buona funzione muscolare e positività del muscolo di Muller alla stimolazione adrenergica, si impiega nelle forme involutive modeste ed ha il pregio di non richiedere incisioni cutanee perché viene condotta per via transcongiuntivale.
- 4) **Intervento di Fasanella-Servat:** prevede una correzione sino a 2-3 mm di ptosi asportando la porzione anteriore del tarso ed un segmento di analoga altezza della congiuntiva. L'approccio è posteriore e non permette di ricostruire la piega palpebrale.

2-SCOPO DELL'INTERVENTO

L'obiettivo dell'intervento è il rafforzamento dell'azione del muscolo elevatore con conseguente sollevamento della palpebra.

3-MODALITA' DI EFFETTUAZIONE DEL TRATTAMENTO

L'intervento viene eseguito in day-surgery, in ambiente chirurgico sterile (sala operatoria) con l'ausilio di un sistema d'ingrandimento, viene generalmente eseguito in anestesia locale eseguendo delle piccole infiltrazioni locali sulla palpebra. Può essere associato ad analgesia (utilizzazione di farmaci che riducono il dolore e l'ansia) e solo in casi particolari o nell'infanzia in anestesia generale.

4-DESCRIZIONE DEL NORMALE DECORSO POST OPERATORIO

Nella maggioranza dei casi, la palpebra si presenta edematosa (gonfia) spesso accompagnata dalla presenza di un ematoma, che rendono poco valutabile nell'immediato post operatorio la funzionalità della stessa che viene generalmente ripresa a distanza di qualche giorno. I postumi tardivi si limitano generalmente ad una malocclusione notturna che non porta a particolari conseguenze.

Le cure locali postoperatorie consistono nell'instillazione di gocce antibiotiche e lubrificanti e nell'applicazione di pomate antibiotiche sulla cute della palpebra.



5-POSSIBILITÀ E PROBABILITÀ DI RISULTATI CONSEGUIBILI CON IL TRATTAMENTO-CONFRONTO TRA I DUE TRATTAMENTI

L'entità del recupero funzionale della palpebra dipende dalla funzione residua del muscolo elevatore che condiziona anche la scelta della tecnica chirurgica da utilizzare (se la sua funzionalità è notevolmente ridotta viene consigliata la sospensione al muscolo frontale).

6-RISCHI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI (COMPLICANZE)

Per quanto sia perfettamente standardizzata e seguita da eccellenti risultati, l'operazione di ptosi non sfugge alla regola generale secondo la quale non esiste una chirurgia senza rischi.

Nel 10-15% dei casi è necessario un ritocco chirurgico precoce o tardivo a causa di una correzione insufficiente. Reinterventi possono essere realizzati precocemente in caso di sovracorrezione, ma più spesso sono effettuati a distanza di diversi mesi per le ipocorrezioni.

Le complicanze sono generalmente post operatorie:

- Ipercorrezioni, talvolta si rende necessario reintervenire a breve distanza dall'intervento primario
- Ipocorrezione, se necessario un reintervento viene attuato dopo qualche mese
- Anomalie di curvatura della palpebra
- Entropion (inversione del margine palpebrale)
- Ectropion (eversione del margine palpebrale)
- Malocclusione, spesso temporanea
- Abrasione corneale
- Infezioni
- Problemi di cicatrizzazione
- Problemi legati alla sospensione frontale
- Disturbi oculomotori
- Emorragie e chemosi congiuntivali
- Modificazioni della refrazione
- Asimmetria di risultato
- Diplopia (visione doppia)
- Sanguinamento: un sanguinamento eccessivo si può manifestare durante o più raramente dopo l'intervento anche con esami ematochimici normali e tecniche chirurgiche adeguate. Tale sanguinamento può formare degli ematomi che se molto pronunciati necessitano di un drenaggio. Quando questi ematomi avvengono in profondità possono rappresentare un pericolo per la funzione visiva.

7- EVENTUALI POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTI SANITARI ALTERNATIVI

Non esistono cure mediche alternative tranne per un caso particolare, la ptosi in pazienti affetti da miastenia gravis.



8-CONSEGUENZE DEL RIFIUTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Il mancato intervento comporta conseguenze di diversa gravità a seconda se parliamo di ptosi congenita (del bambino) o dell'adulto.

I bambini con la ptosi spesso inclinano la testa all'indietro in una posizione con il mento sollevato per vedere al di sotto della loro palpebra, oppure sollevano le sopracciglia per alzare le palpebre, con il tempo questa posizione anomala determina deformazioni a livello della testa stessa e del collo. Inoltre quando ci troviamo di fronte a ptosi gravi per cui la palpebra ostacola la normale visione questa determina la comparsa di ambliopia (scarso sviluppo della vista).

Queste circostanze non le troviamo in età adulta, infatti il mancato intervento comporta oltre che ad un aspetto antiestetico del volto, un restringimento del campo visivo (generalmente quello superiore).

9-INDICAZIONI DI MASSIMA PER IL PAZIENTE

-Prima dell'intervento

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

-Dopo l'intervento

Prima di lasciare il centro chirurgico viene consegnato al paziente un foglio con le istruzioni dei farmaci da utilizzare, il paziente deve iniziare le cure entro un paio d'ore dall'intervento, non deve mai sospenderle di propria iniziativa in quanto aiutano a guarire meglio ed a prevenire complicanze. In caso di dubbio sulle modalità del corso postoperatorio, il paziente deve contattare uno dei componenti dell'equipe chirurgica.

La terapia locale e sistemica va iniziata subito dopo la dimissione, consiste nell'instillazione di colliri e nell'applicazione di pomate sulla cicatrice, associate all'assunzione di compresse antibiotiche. Dal momento che il paziente può presentare difficoltà nel chiudere gli occhi durante la notte nel primo periodo sono consigliati l'uso di colliri lubrificanti.

Si raccomanda inoltre la compressione con ghiaccio secco nelle prime 24 ore e di dormire con la testa inclinata a 30° (in genere sono sufficienti 2 cuscini) per la prima settimana onde ridurre l'edema post operatorio.

I postumi immediati sono generalmente caratterizzati da un edema e da un possibile ematoma che si risolvono spontaneamente nel giro di una settimana, quindi bisogna considerare 7-10 giorni prima di riprendere una vita sociale normale, in ogni modo durante tale periodo il paziente può mantenere le comuni attività quotidiane.

Le suture vengono rimosse generalmente tra il 6° ed il 12° giorno post intervento.

Non è consigliabile guidare l'auto per le prime 48-72 ore.

Non si devono fare sforzi fisici nei primi 10 giorni (attività sportiva e lavori pesanti)

Non è consigliabile l'uso di lenti a contatto per 2 settimane.

Non è consigliabile l'esposizione al sole nei due mesi successivi 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: _____