



---

## SCHEDA INFORMATIVA PER L' INTERVENTO PER DISTACCO DI RETINA (EPISCLERALE)

### PREMESSA

La retina costituisce la membrana nervosa che riveste la parete interna di gran parte del bulbo oculare. Per consentire una normale funzione della vista la retina deve essere attaccata alla parete del bulbo oculare. Per cause spontanee o traumatiche si può verificare un distacco di retina, con formazione di uno spazio pieno di liquido che separa la retina stessa dalla parete del bulbo oculare. Una lacerazione della retina può essere spesso la causa del distacco, anche se in alcuni casi può essere l'espressione di un'inflammazione (essudato), oppure essere causato da una trazione da parte di membrane che si sono formate nel corpo vitreo, il gel che riempie il bulbo oculare. Come conseguenza di un distacco di retina si verifica un abbassamento, talora improvviso, della vista, spesso irreversibile in assenza di cure adeguate.

### 1-DEFINIZIONE DEL TRATTAMENTO

Il trattamento che le viene proposto consiste nella chiusura della (o delle) lacerazioni della retina responsabili del distacco della stessa.

### 2-SCOPO DELL'INTERVENTO

Obiettivo dell'intervento è l'applicazione sulla parete esterna dell'occhio di un piccolo spessore in silicone (spugna o banda) in corrispondenza della rottura in maniera tale da deformare la parete esterna dell'occhio e chiudere la rottura stessa.

### 3-MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEL TRATTAMENTO

L'intervento viene effettuato con il paziente in posizione supina, in un ambiente sterile, utilizzando l'oftalmoscopio indiretto e/o il microscopio. L'operazione consiste nell'apporre una banda elastica di gomma o spugna di silicone intorno all'equatore del bulbo oculare con lo scopo di ridurre la circonferenza. In alcuni casi può essere sufficiente fissare alla parete oculare solo un segmento di spugna di silicone; in tale caso si parla di **piombaggio**. Comunque l'effetto che si desidera ottenere è quello della chiusura delle eventuali lacerazioni della retina o di ridurre la forza delle trazioni vitreali su di essa. In alcuni casi per la completezza dell'intervento possono essere associate anche una o più delle seguenti procedure:

- Cicatrizzazione delle lacerazioni retiniche mediante sonde congelanti (criocoagulazione) o manipoli che trasmettono calore intenso (fotocoagulazione laser, diatermia).
- L'introduzione di gas nella cavità vitreale.
- Puntura evacuativa del liquido sottoretinico.
- Paracentesi della camera anteriore.

Durante l'operazione, il chirurgo può modificare il piano operatorio per esigenze sopraggiunte come, ad esempio, in presenza di tessuto di proliferazione epiretinico. Sarà necessario, in simili casi, la conversione dell'intervento intraoperatoriamente in un altro chiamato vitrectomia, che consiste nella rimozione del vitreo e nell'asportazione delle membrane di proliferazione eventualmente presenti associato a trattamenti fisici (laser e/o crioterapia). A volte è necessario il ricorso alla vitrectomia in un tempo successivo al primo intervento (reintervento).

In tali casi può essere necessario iniettare nell'occhio operato gas o olio di silicone.



L'intervento può essere eseguito in regime di day-surgery o con ricovero, viene eseguita generalmente un'anestesia locale, l'occhio viene reso insensibile ed immobile con iniezioni peribulbari o retrobulbari. È anche possibile un'anestesia generale. La scelta viene fatta dal suo oculista e dal medico anestesista che terranno conto il più possibile delle sue richieste. 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

I pazienti operati per distacco di retina possono manifestare per alcune settimane dopo l'intervento: dolore che aumenta con i movimenti dell'occhio (soprattutto nei primi giorni), visione sdoppiata in alcune posizioni di sguardo, fotofobia, lacrimazione e sensazione di corpo estraneo (determinata dalla presenza dei punti congiuntivali).

#### 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.

È sempre possibile una recidiva del distacco di retina e può essere necessario anche ripetere l'intervento.

#### 6-RISCHI RAGIONEVOLMENTE PREVEDIBILI (COMPLICANZE)

Non è possibile garantire in modo formale il successo dell'intervento o l'assenza di complicanze.

Le complicanze si distinguono in preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie.

Le principali complicanze preoperatorie sono:

- perforazione del bulbo oculare con o senza iniezione di anestetico nel bulbo oculare,
- danno al nervo ottico,
- emorragia palpebrale e/o perioculare e/o retrobulbare,
- danno ai muscoli dell'occhio,

Le principali complicanze intraoperatorie:

- aumento della pressione oculare,
- emorragia della coroide (tonaca vascolare dell'occhio),
- distacco di coroide,
- emorragia intraoculare,
- incarcerationo della retina nell'apertura sclerale dell'evacuativa (apertura che viene creata per permettere il drenaggio del liquido sottoretinico),
- perforazione o rottura della parete esterna dell'occhio,
- lesione del cristallino con sua successiva opacizzazione (cataratta),
- occlusione dell'arteria centrale della retina,
- lacerazione/i della retina,



□ Le principali 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 (membrana che si forma sulla superficie della retina),
- alterazioni della macula,
- intolleranza ai materiali utilizzati durante l'intervento (incluso il rigetto del cerchiaggio eventualmente utilizzato),
- decubito del materiale cerchiante e piombante, con perforazione e/o erosione sclerale,
- infezione intraoculare,
- atrofia del nervo ottico,
- strabismo e/o diplopia (visione doppia),
- ptosi (abbassamento della palpebra superiore),
- cataratta,
- riduzione dell'acuità visiva,
- diminuzione transitoria o permanente della pressione oculare,

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

#### 7-EVENTUALI POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTO SANITARI ALTERNATIVI

Attualmente non esistono trattamenti sanitari alternativi.

#### 8-CONSEGUENZE DEL RIFIUTO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

La natura degenerativa di queste lesioni non permette un miglioramento spontaneo; viceversa il passare del tempo vede aggravarsi certe forme fino ad un danno non più reversibile con perdita pressoché totale della funzione visiva. Solo la chirurgia può ottenere un riaccollamento della retina in quanto il trattamento laser non è più possibile e/o efficace in questo stadio della malattia.

#### 9-INDICAZIONE DI MASSIMA PER IL PAZIENTE

##### **Prima dell'intervento**

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

**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.

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 dal suo chirurgo.

Alla terapia locale spesso si aggiunge una terapia sistemica di durata variabile, anch'essa descritta nelle istruzioni che Le verranno rilasciate.



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, 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.

Generalmente per favorire una salda chiusura della rottura è necessario mantenere a letto, per alcuni giorni, una determinata posizione che permetta al vitreo di tappare temporaneamente la rottura stessa fino a quando una cicatrice stimolata con il freddo o con il laser non sarà definitiva, in alcuni casi l'oculista può ritenere necessario effettuare una o più sedute laser nel periodo post operatorio.

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 le verrà 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.



---

**Servizio Urgenze**

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

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: \_\_\_\_\_