

SCHEDA INFORMATIVA
INTERVENTO PER DISTACCO DI RETINA
e RESEZIONE DI MELANOMA DELLA COROIDE

APPROVATO DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA FEBBRAIO 2014

Gentile Signora, Signore,

Lei soffre di un distacco retina secondario alla patologia neoplastica che si chiama MELANOMA DELLA COROIDE, che nel suo caso è già stata sottoposta ad intervento di localizzazione con clips di tantalio e radioterapia con protoni accelerati il.....

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è proposto, sui risultati e sui rischi. Tutte le espressioni tecniche utilizzate è bene che siano accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Quindi Lei è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non Le sono chiari.

Il trattamento che le viene proposto è: **riparazione del distacco di retina secondario - vitrectomia - resezione transclerale della neoformazione – endoresezione della neoformazione**

Il responsabile del trattamento chirurgico è _____
Servizio Urgenze: _____

Il distacco di retina

E' una raccolta di liquido sotto la retina, nella maggior parte dei casi provocata dallo sviluppo di una o più lacerazioni retiniche e spesso associata a trazioni patologiche del vitreo sulla retina. Solo in rari casi si determina in base alla formazione di liquido essudativo sottoretinico non associato a trazioni vitreali e/o a rotture retiniche, ma a patologie neoplastiche come nel suo caso.

Perché operare un distacco di retina?

Perché solo la chirurgia può ottenere un riaccollamento della retina. Perché tale patologia può determinare una grave riduzione della vista fino alla perdita totale della funzione visiva.

Il trattamento laser non è più possibile e/o efficace in questo stadio della malattia.

L'operazione per il distacco di retina

L'intervento viene effettuato con il paziente in posizione supina, in un ambiente sterile, utilizzando l'oftalmoscopio indiretto e/o il microscopio. E' un atto chirurgico rilevante, poiché viene appianata la retina distaccata mediante uno o più dei metodi tra quelli sottodescritti, associati diversamente secondo i casi:

- chiusura della o delle lacerazioni retiniche mediante l'applicazione sulla parete esterna dell'occhio di piombaggi e/o cerchiaggi
- cicatrizzazione delle lacerazioni retiniche mediante sonde congelanti (criocoagulazione) o manipoli che trasmettono calore intenso (fotocoagulazione laser, diatermia)
- introduzione di gas nella cavità vitreale
- puntura evacuativa del liquido sottoretinico
- paracentesi della camera anteriore

Durante l'operazione ovvero in modo preordinato 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 nella 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; in caso di gas questo sarà riassorbito spontaneamente in un tempo variabile da 5 a 30 giorni (per alcuni giorni sarà necessario mantenere una specifica posizione per garantire il tamponamento interno); in caso di olio di silicone questo dovrà essere rimosso con un altro intervento chirurgico dopo un periodo variabile da 3 a 9 mesi.

Unitamente a queste manovre necessarie per risolvere il distacco retina si dovrà provvedere alle manovre chirurgiche atte alla rimozione della neoformazione. La resezione della neoformazione può essere effettuata sia dall'esterno – resezione transclerale – sia dall'interno – endoresezione. La scelta dipende dalla localizzazione della lesione.

RESEZIONE TRANCLERALE

- resezione lamellare della sclera soprastante il tumore in corrispondenza delle clips di tantalio;
- resezione del piano profondo della sclera unitamente alla neoformazione con scollamento della retina;
- chiusura dello sportello sclerale con sutura a punti staccati/continui.

ENDORESEZIONE

Durante l'intervento di vitrectomia si provvede alla rimozione diretta del tumore mediante vitrectomo che asporta piccole porzioni del tumore a partire dall'apice fino alla base.

Le due o tre procedure chirurgiche - riparazione del distacco - vitrectomia - rimozione neoformazione – vengono effettuate in sequenza a seconda del quadro clinico.

Ospedalizzazione

E' necessaria l'immobilizzazione del paziente durante l'intervento chirurgico. I termini di ricovero adatto al suo caso le saranno esposti dal suo oculista insieme all'anestesista.

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 dal medico anestesista che terranno conto il più possibile delle sue richieste.

Decorso postoperatorio

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.

A casa dopo l'intervento

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 e 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, se necessario va protetto con una "conchiglia" in plastica che in genere viene fornita alla dimissione; 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. Il paziente se lo desidera può applicare o meno sotto alla protezione di plastica una benda sterile: in tal caso si pone delicatamente la benda sull'occhio e poi si applicano alcuni cerotti diagonalmente per tenere il bendaggio in sede.

Una o due volte al giorno le palpebre dell'occhio operato vanno delicata mente 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 non operato o nella posizione indicata dal chirurgo
- 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 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.

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, guardare la televisione
- 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.

I rapporti sessuali sono permessi due- tre giorni dopo l'intervento.

Il recupero visivo

Anche se si ottiene un riaccollamento della retina, il recupero visivo è progressivo ma può anche essere scarso o nullo. L'entità di vista recuperabile dopo l'intervento dipende dalle preesistenti condizioni generali dell'occhio.

Le 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 complicanze si distinguono in preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie.

Complicanze preoperatorie:

- 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

Complicanze intraoperatorie:

- aumento della pressione oculare
- distacco di coroide
- emorragia della coroide
- emorragia intraoculare

- incarceramento della retina nell'apertura sclerale dell'evacuativa
- 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.

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
 - 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
 - diminuzione transitoria o permanente della pressione oculare
 - riduzione dell'acuità visiva

Il suo *specifico caso* presenta le seguenti ulteriori problematiche:

L'oculista è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito che Lei vorrà porgli.

E' obbligatorio per il medico metterle a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'intervento chirurgico. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e *non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.*

Il sottoscritto paziente/genitore/tutore (Cognome e Nome in stampatello)

Data ____/____/____ Firma leggibile _____

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni

Firma di chi ha fornito le informazioni (Dottore)

E' necessario nel suo stesso interesse che, prima di sottoporsi all'intervento, lei riceva le necessarie informazioni e firmi il consenso all'intervento.

E' quindi invitato a leggere accuratamente il presente scritto e consegnarlo firmato prima dell'atto operatorio.

Nelle pagine successive viene allegato il modulo di Atto di consenso.

ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

Primo Aggiornamento – Ottobre 2007

Secondo Aggiornamento – Maggio 2008

Terzo Aggiornamento – Novembre 2009

Il sottoscritto Sig

.....

CF:..... Documento.....

N°.....

Rilasciato da il.....

.....

Affetto da..... nell'occhio

.....

dichiara in piena coscienza

- di aver fornito ai sanitari tutte le informazioni relative allo stato di salute oculare e generale attuale e pregresso, nonché tutte le informazioni sulle terapie oculari e generali in corso e pregresse

- di essere stato informato sulla dotazione tecnico-professionale della struttura dove sarà operato e che, se in corso d'intervento si realizzasse una delle rarissime complicanze che richiede il ricorso all'anestesia generale, e questa non fosse eseguibile presso la struttura dove è effettuato l'intervento a cui ora acconsente, diventerebbe necessario disporre il trasferimento in ambiente ospedaliero mediante ambulanza

- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto di informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento di

DISTACCO DI RETINA e RESEZIONE DI MELANOMA DELLA COROIDE

- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sulla evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e gli eventuali rischi o svantaggi derivanti dal trattamento

- di aver ricevuto dal responsabile del trattamento ulteriori chiarimenti sui seguenti punti:

.....

.....

- di essere informato sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni

- di essere informato sull'obbligo di sottoporsi ai controlli postoperatori programmati e sulle conseguenze derivanti dal mancato rispetto delle visite di controllo

- di aver letto e compreso perfettamente tutto ciò che è stato spiegato

- di aver ricevuto le informazioni in datae di aver avuto il tempo necessario per riflettere e pertanto

rilascia il consenso all'intervento diin occhio

.....

e autorizza l'equipe chirurgica

- alla eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alla generale e, se necessario, anche il trasferimento ad altra struttura adeguatamente attrezzata

- ad effettuare tutte le ulteriori terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento

- ad effettuare durante l'intervento tutte le variazioni necessarie, anche in riferimento a tutti i materiali utilizzati inclusi quelli "impiantabili"

Data ____/____/____

Firma del paziente _____

Firma leggibile di chi riceve il presente documento
