



SCHEDA INFORMATIVA INTERVENTO PER DISTACCO DI RETINA

APPROVATA DALLA SOCIETÀ OFTALMOLOGICA ITALIANA NELL'ANNO 2005

PRIMO AGGIORNAMENTO 20 luglio 2016

Gentile Signor, Signora,

Lei soffre di un distacco di retina.

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 _____

Il responsabile del trattamento chirurgico è _____

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.

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 dei seguenti metodi: pneumoretinopessia, chirurgia episclerale, vitrectomia. Ognuno di queste metodiche può essere eseguita singolarmente o combinata con le altre tecniche in relazione alle caratteristiche del distacco di retina.

La pneumoretinopessia è una metodica in cui attraverso l'introduzione nella camera vitreale di una sostanza gassosa si mira ad ottenere il riaccollamento della retina. La chiusura delle rotture mediante laser o crio, può essere eseguita durante l'intervento o nelle giornate successive in base al riaccollamento retinico ottenuto. In questa metodica è fondamentale la collaborazione del paziente dopo l'intervento che deve assumere posizioni del capo tali da favorire il contatto tra la bolla di gas e le rotture retiniche per ottenere il riaccollamento della retina. Durante l'intervento può essere necessaria la paracentesi della camera anteriore (ovvero l'apertura chirurgica della camera anteriore).

La chirurgia episclerale è mirata ad ottenere il riappianamento retinico e la chiusura delle rotture retiniche mediante l'applicazione sulla parete esterna dell'occhio di piombaggi e/o cerchiaggi. La cicatrizzazione delle lacerazioni retiniche viene effettuata mediante sonde congelanti (criocoagulazione) o manipoli che trasmettono calore intenso (fotocoagulazione laser, diatermia). In alcuni casi può essere eseguita la puntura evacuativa per favorire il drenaggio del liquido



sottoretinico e la paracentesi della camera anteriore. Al termine dell'intervento può essere necessaria l'introduzione di gas o aria nella cavità vitreale.

La vitrectomia consiste nella rimozione del vitreo e nell'asportazione di membrane proliferative eventualmente presenti, e la chiusura delle rotture retiniche mediante trattamenti fisici (laser e/o crioterapia). Al termine dell'intervento, in base alle caratteristiche del distacco, sarà introdotta all'interno della cavità vitreale una sostanza tamponante che può essere di tipo gassoso, che non richiede un nuovo intervento per la sua rimozione, o olio di silicone (leggero o pesante) che necessita di un secondo intervento per la sua rimozione, anche se in alcuni casi particolari in cui il rischio di recidive è particolarmente elevato, si può decidere di non rimuovere la sostanza tamponante. Quest'ultima ipotesi potrebbe comportare l'insorgenza nel postoperatorio di complicanze quali: ipertono, cheratite, scompenso corneale, tossicità retinica e del nervo ottico.

Durante l'intervento in pazienti fuchici (ovvero in cui è presente il cristallino), è possibile che sia necessario asportare il cristallino con o senza impianto di cristallino artificiale (IOL). Questa manovra si renderà utile nei casi in cui il cristallino presenti una riduzione più o meno marcata della sua trasparenza (cataratta, opacità corticali, sclerosi della lente, ecc...) per meglio visualizzare le strutture retiniche, ma la rimozione del cristallino può essere necessaria anche in assenza di una riduzione della sua trasparenza al fine di consentire al chirurgo la corretta rimozione del vitreo periferico. Nel caso in cui il cristallino sia già stato asportato in precedenza, con impianto di cristallino artificiale (condizione denominata pseudofachia), è anche possibile che si renda necessario asportare la IOL insieme al sacco capsulare in cui è inserita/appoggiata, soprattutto se quest'ultimo sia opaco o presenta delle opacizzazioni anche parziali che non consentono al chirurgo una buona visualizzazione della retina.

Tuttavia si ribadisce che il distacco di retina è una patologia grave, e che per l'appianamento della retina potrebbero essere necessari uno o più interventi chirurgici e che talvolta nonostante più interventi la retina potrebbe non appiarsi.

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, retrobulbari o sottotenoniana. 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 uopo 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 1-2 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, 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 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 che viene fornita;
- deve mantenere la posizione del capo secondo le indicazioni fornite dal chirurgo al momento della dimissione
- 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 sebbene si ribadisce che talvolta si potrebbe decidere di lasciare l'olio di silicone dentro l'occhio qualora le condizioni retiniche non consentano la sua rimozione



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, leggere, scrivere, guardare la televisione ecc.. (in tal caso è preferibile che la lente dell'occhio operato sia esclusa applicando un pezzo di nastro adesivo sulla sua superficie posteriore).
- 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

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.

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

Servizio Urgenze

(da indicarsi per iscritto a cura e a seconda dell'organizzazione della struttura sanitaria)

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.

D 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



D 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)
- dislocazione della IOL
- occlusione dell'arteria centrale della retina
- lacerazione/i della retina.

D 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
- eventuale anteriorizzazione e/o superficializzazione dei materiali indentanti
- 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 con evoluzione verso la tisi bulbare (rimpicciolimento permanente dell'occhio con perdita completa della capacità visiva)

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

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.*

ATTENZIONE!

- 1) **L'intervento chirurgico è l'unica alternativa per risolvere il problema del distacco di retina.**
- 2) **Durante l'operazione il chirurgo può modificare il piano operatorio per esigenze sopraggiunte (vitrectomia).**
- 3) **Il non eseguire correttamente le cure, le medicazioni ed i controlli postoperatori può compromettere il decorso e la buona riuscita dell'intervento.**
- 4) **Non è consigliabile fare sforzi fisici o strofinare l'occhio nei primi giorni dopo l'operazione.**
- 5) **Il recupero della visione dopo l'intervento dipende molto dalle condizioni preesistenti generali dell'occhio.**
- 6) **In alcuni casi è possibile una recidiva del distacco di retina e può essere necessario un nuovo intervento chirurgico.**

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

Data ___/___/___ Firma leggibile _____

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) (scrivere in Stampatello)

Firma leggibile (medico)

Dopo il documento d'informazione deve essere allegato l'Atto di Consenso che diviene parte integrante del processo di informazione e consenso.



ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

Primo Aggiornamento – Ottobre 2007

Secondo Aggiornamento – Maggio 2008

Terzo Aggiornamento – Novembre 2009

Quarto Aggiornamento – Novembre 2014

Il sottoscritto Sig. _____

CF: _____

Documento: _____ n° _____ scadenza _____

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 eseguito l'intervento cui ora acconsente, diventerebbe necessario disporre il trasferimento in ambiente ospedaliero mediante ambulanza

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

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

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

- 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 data _____ e di aver avuto il tempo necessario per riflettere e

pertanto rilascia il consenso all'intervento di _____ in occhio _____

e autorizza l'equipe chirurgica

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

- a eseguire tutte le altre terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento

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

Firma del paziente

Firma leggibile di chi riceve il presente documento

Data, _____