

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



INTERVENTO DI ASPORTAZIONE DI NEOFORMAZIONE PALPEBRALE (BIOPSIA INCISIONALE O ESCISSIONALE)

Nome e cognome _____

Affetto da _____

OCCHIO: Destro Sinistro Entrambi

Le neoformazioni palpebrali possono originare da tutti i diversi tessuti di cui sono costituite le palpebre e anche dai loro annessi (ghiandole). Possono presentarsi sia sulla palpebra superiore che su quella inferiore, o entrambe, possono colpire anche le zone di giunzione tra le due palpebre (canti) e possono estendersi fino a coinvolgere le regioni perioculari e l'orbita. Le neoformazioni possono essere di natura benigna o maligna. A seconda delle caratteristiche istologiche, della loro grandezza e della localizzazione avranno comportamenti clinici differenti.

Le neoformazioni benigne o a bassa malignità sono quelle che si riscontrano più frequentemente.

Il carcinoma basocellulare (basalioma), che ha origine dallo strato basale dell'epidermide, rappresenta la più comune neoplasia maligna palpebrale. Più rari sono il carcinoma squamocellulare, il carcinoma sebaceo, il carcinoma di Merkel, il melanoma, il linfoma, i tumori metastatici.

Le caratteristiche cliniche della lesione (margini, vascularizzazione, presenza di ulcere, tipo di crescita, indurimento dei tessuti, perdita delle ciglia, interessamento dei linfonodi locoregionali) possono orientare il medico nella diagnosi clinica di lesione benigna o maligna. Tuttavia non sempre l'obiettività clinica è dirimente e per la diagnosi definitiva è pertanto necessario asportare una parte della lesione (biopsia incisionale) o tutta la lesione (biopsia escissionale) ed eseguire l'esame istopatologico. In rari casi, più frequentemente in caso di biopsia incisionale, l'esame istopatologico eseguito potrebbe fornire risultati non dirimenti.

STADIAZIONE

Il medico curante potrà richiedere, al momento del sospetto diagnostico o successivamente alla risposta istopatologica definitiva, una stadiazione oncologica. In questi casi saranno richiesti esami radiologici (TC, RMN, ecografia) o altri esami specifici o potranno essere richieste consulenze da parte di altri specialisti.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

L'asportazione chirurgica rappresenta la principale opzione terapeutica. Lo scopo dell'intervento per le neoformazioni con sospetto di malignità è quello di garantire, ove possibile, la radicalità. All'asportazione di norma segue un esame istologico dei tessuti asportati. Si può procedere contestualmente all'intervento di escissione ad una adeguata ricostruzione palpebrale con tecniche chirurgiche da adattare ad ogni singolo paziente. Talvolta si preferisce eseguire la ricostruzione in un tempo chirurgico successivo dopo l'attesa dell'esame istologico definitivo.

In accordo col medico curante è preferibile sospendere la somministrazione dei farmaci antiaggreganti prima dell'intervento. In caso di terapia anticoagulante, il protocollo di sospensione e ripresa della terapia andrà valutato con attenzione da parte del medico curante.

L'intervento viene eseguito in sala operatoria, in anestesia locale, associata se necessario a sedo-analgesia ("sedazione cosciente", con utilizzazione di farmaci per via generale che riducono il dolore e l'ansia). In alcuni casi è richiesta la collaborazione del paziente nelle fasi finali dell'intervento al fine di ottimizzare il risultato. Si può ricorrere all'anestesia generale in relazione alla estensione della lesione, al tipo di intervento programmato ed alle condizioni sistemiche valutate insieme all'anestesista.

Il chirurgo potrà decidere di eseguire solamente biopsie incisionali con il solo scopo di definire la natura della lesione. In questo caso la neoformazione non verrà asportata radicalmente e potrà essere necessario eseguire un successivo intervento di biopsia escissionale. Questo secondo intervento potrà essere eseguito dopo la valutazione della risposta dell'esame istopatologico. Nel caso in cui il chirurgo decida invece di eseguire direttamente una biopsia escissionale, l'intervento comporterà una fase escissionale, con asportazione della neoformazione, ed una fase di ricostruzione, durante la quale il chirurgo interverrà per colmare il deficit di tessuto palpebrale conseguente alla asportazione della neoformazione. Nei casi di sospetta malignità, dopo la fase escissionale il chirurgo invierà il pezzo istologico prelevato all'anatomo-patologo con richiesta di esame istologico per valutare la natura della neoformazione e l'assenza di coinvolgimento dei margini di resezione. La seconda fase dell'intervento, ricostruttiva, potrà essere immediatamente successiva alla prima fase escissionale, e quindi durante lo stesso intervento chirurgico, o anche essere posticipata ad un secondo intervento, se il chirurgo riterrà necessario attendere una risposta definitiva da parte dell'anatomo-patologo sulla natura della neoformazione asportata.

Esistono molte tecniche ricostruttive, in relazione sia all'entità del deficit di tessuto dopo la fase escissionale (non sempre valutabile con precisione nella fase preoperatoria), che allo stato dei tessuti palpebrali, alle patologie concomitanti e alla localizzazione della neoformazione. Alcune tecniche possono essere più complesse di altre nel caso di neoformazioni estese, o ad esempio vicine alle vie di deflusso lacrimale. Possono rendersi necessari lembi o innesti per sostituire sia la porzione anteriore che la porzione posteriore delle palpebre, con conseguenti prelievi dai tessuti perioculari, dalla fronte o dall'ala del naso, dalla regione pre o retro-auricolare, dal palato, dall'addome, o da altre zone, a discrezione del chirurgo. A volte è necessario programmare un intervento ricostruttivo in due o più tempi successivi, con temporanea occlusione dell'occhio operato per un periodo di tempo variabile.

Durante la chirurgia si possono talvolta verificare situazioni inaspettate tali da richiedere la realizzazione di procedure aggiuntive che non previste dal chirurgo. L'approccio chirurgico definitivo può pertanto mutare durante l'esecuzione dell'intervento, e può dipendere, nel caso specifico, dal risultato della biopsia intraoperatoria, che può confermare o in alternativa modificare la diagnosi clinica verso cui si era orientati. È pertanto necessario autorizzare il chirurgo a prendere la decisione ritenuta più appropriata, seppure differente da quanto programmato in origine, sulla base del risultato della biopsia intraoperatoria o di particolari reperti intraoperatori.

DOPO L'INTERVENTO

Dopo l'intervento possono essere applicati sull'occhio o sugli occhi operati un bendaggio lievemente compressivo per alcuni giorni, o del ghiaccio per alcune ore. È necessario rispettare il riposo con la testa sollevata durante le prime 24 ore dall'intervento. È consigliabile inoltre dormire per alcuni giorni in posizione supina. In base al tipo di intervento potrà essere prescritta una terapia antibiotica per via generale, in alcuni casi associata a steroidi e ad una terapia locale con colliri e pomate per 2 o più settimane. Le suture vengono rimosse generalmente tra il quinto e il quattordicesimo giorno dopo l'intervento. Dopo l'intervento si manifestano normalmente, ed in maniera variabile da individuo ad individuo, edemi, ecchimosi e discromie della cute perioculare destinati a scomparire in un periodo di tempo variabile, generalmente compreso tra 14 e 21 giorni, così come arrossamento oculare, edema della congiuntiva, aumento della lacrimazione e fotofobia con un possibile offuscamento della visione. Tali effetti collaterali persistono generalmente per pochi giorni. Solitamente la zona operata si presenta infiammata. Progressivamente la regione perioculare riacquista il suo aspetto normale, ma questo può richiedere qualche settimana e in qualche caso addirittura alcuni mesi. Una

variazione dell'acuità visiva è frequente nell'immediato postoperatorio e generalmente è transitoria. Il dolore raramente si presenta di gravità tale da dover effettuare una terapia antidolorifica successivamente alle prime 48 ore. Sono sconsigliabili sforzi fisici nei primi 14 giorni (attività sportiva o lavori pesanti). Non è consigliabile l'uso di lenti a contatto per 2 settimane (ad eccezione di lenti terapeutiche). Non è consigliabile l'esposizione al sole per un periodo variabile successivamente all'operazione. La ripresa dell'attività professionale e della guida sono sconsigliati per un periodo limitato che sarà definito dal chirurgo. La negligenza nel seguire la terapia postoperatoria o nel garantire l'igiene della ferita chirurgica (come ad esempio lo sfregarsi la palpebra operata prima che la cicatrice sia consolidata) ed il mancato rispetto dei controlli specialistici possono influenzare negativamente il risultato ed essere causa di complicanze.

Nel caso la lesione si riveli essere di natura maligna sarà necessario effettuare controlli specialistici o ulteriori accertamenti per valutare l'eventuale estensione locale e generale della patologia. Può inoltre rendersi necessario un trattamento multidisciplinare che può richiedere anche chemioterapia e/o radioterapia adiuvante o postoperatoria. In relazione al tipo di intervento eseguito ed anche alle caratteristiche istologiche della neoplasia saranno programmati controlli ambulatoriali secondo uno schema che sarà deciso dal medico. È possibile che il chirurgo possa decidere di reintervenire nella evidenza o nel sospetto di recidive, per la correzione di eventuali malposizioni palpebrali, o perché lo ritiene necessario dopo la risposta dell'esame istopatologico (margini infiltrati) o comunque in relazione alla evoluzione clinica postoperatoria. Successivamente alla diagnosi istologica potranno essere indicati in ogni caso ulteriori trattamenti medici o chirurgici.

TRATTAMENTI ALTERNATIVI

In alcuni casi il medico può decidere di trattare la neoformazione palpebrale con metodiche non chirurgiche: immunoterapia topica, chemioterapia, crioterapia, radioterapia, terapia fotodinamica. Queste metodiche possono risultare in alcuni casi efficaci ma vengono generalmente riservate a pazienti che per vari motivi non possono essere sottoposti a chirurgia (età avanzata, malattie sistemiche, lesioni multiple recidivanti, lesioni dai margini non definibili, lesioni estese non trattabili chirurgicamente) o che rifiutano il trattamento chirurgico. Utilizzando queste metodiche non vi è la possibilità di effettuare un esame istologico di tutta la lesione e dei suoi margini. Sarà quindi il medico a valutare la possibilità di un trattamento non chirurgico in accordo con il paziente. In altri casi il trattamento può essere consigliato per ridurre la massa prima di intervenire chirurgicamente, o successivamente alla chirurgia.

MANCATO TRATTAMENTO

Il mancato trattamento di una neoformazione clinicamente benigna può in taluni casi comportare il rischio di una sua trasformazione, per cui saranno comunque necessari controlli periodici secondo le indicazioni del medico curante. Il mancato trattamento di una neoformazione maligna può determinare conseguenze che sono in relazione al tipo istologico, alla grandezza, alla localizzazione della neoformazione e all'età del paziente. In assenza di trattamento la neoformazione può aumentare di dimensioni, estendersi alle regioni perioculari ed all'orbita e, in alcuni casi, la neoplasia può disseminarsi alle regioni linfonodali e per via ematica.

COMPLICANZE

L'intervento di asportazione di neoformazione palpebrale prevede la possibilità che si verifichino alcune complicanze.

- Secchezza oculare: secchezza oculare e sofferenza della superficie oculare corneale si manifestano più frequentemente in soggetti già affetti da secchezza oculare. Tale problema talvolta richiede l'uso prolungato di lubrificanti oculari.
- Perdita transitoria della sensibilità palpebrale per lesioni ai piccoli rami nervosi che veicolano la sensibilità cutanea: si risolve generalmente in un periodo compreso tra 60 e 90 giorni.
- Infezioni: sono estremamente rare e questo è dovuto anche alla ricca vascolarizzazione dei tessuti palpebrali. Sono per lo più risolvibili con una terapia antibiotica adeguata.

- Sanguinamento: un sanguinamento eccessivo si può manifestare durante e più raramente dopo l'intervento anche con esami ematochimici normali e con tecniche chirurgiche adeguate. Tale sanguinamento può dare origine ad ematomi che possono rendere necessario un drenaggio. Quando questi ematomi avvengono in profondità possono rappresentare un pericolo per la funzione visiva.
- Deiscenza (apertura) di una parte della ferita chirurgica, per scarsa cicatrizzazione: può essere necessario, quando ampia, suturare nuovamente la zona.
- Perdita di un certo numero di ciglia: è una rara complicanza più spesso transitoria.
- Comparsa di piccole cisti in corrispondenza dei punti di sutura: spesso si risolvono spontaneamente con il tempo; a volte è necessaria la rimozione.
- Comparsa di piccole emorragie sottocongiuntivali (appaiono come macchie rosse sulla sclera): si riassorbono spontaneamente in alcuni giorni.
- Chemosi congiuntivale (sollevamento della congiuntiva per raccolta di liquido): si risolve generalmente entro alcuni giorni.
- Ptosi persistente della palpebra superiore, spesso legata al gonfiore dei tessuti operati e quindi temporanea; talvolta è necessario reintervenire per migliorare la simmetria palpebrale.
- Diplopia (visione doppia), raramente si può manifestare nell'immediato postoperatorio e per un breve periodo di tempo.
- Deficit visivo permanente: evenienza rarissima, dovuta ad emorragia intraorbitaria o a infezione orbitaria, complicanze normalmente gestibili con il drenaggio dell'ematoma e con la terapia antibiotica.
- Variazioni nella refrazione, con conseguente necessità di adottare o cambiare lenti correttive.
- Cicatrici antiestetiche ed ipertrofiche sulla palpebra: sono rare ma possono presentarsi in pazienti con tendenza a formare cheloidi.
- Iperpigmentazione cutanea, sempre transitoria, talvolta necessita l'uso prolungato di creme schiarenti e di creme con filtri solari.
- Irregolarità del profilo palpebrale o della piega palpebrale per cui può essere necessario un ulteriore intervento chirurgico.
- Inversione delle ciglia ed entropion, eversione delle ciglia ed ectropion, retrazione palpebrale, irregolarità o asimmetria della piega della palpebra superiore e prollasso congiuntivale: possono richiedere altri interventi in tempi successivi.
- Anestesia o ipoestesia della cute palpebrale, della guancia, del labbro, delle gengive e dell'arcata superiore, in relazione all'estensione della neoformazione o della necessità di prelevare tessuti per lembi o innesti. Questo disturbo può essere temporaneo e durare fino a sei mesi oppure permanente e senza possibilità di risolversi.
- Mancato reperimento della lesione: in rari casi non è possibile reperire tessuti specifici.
- Edemi dei tessuti sono relativamente frequenti nell'immediato postoperatorio e tendono a risolversi spontaneamente
- Disepitelizzazioni ed ulcere corneali sono possibili soprattutto nelle ampie perdite di sostanza con ricostruzioni che coinvolgono il margine palpebrale e specialmente la palpebra superiore. Queste possono richiedere un trattamento medico, lenti a contatto e terapie locali con colliri o pomate, ma anche rendere necessarie ulteriori procedure chirurgiche.
- L'epifora (lacrimazione) è una frequente complicanza postoperatoria quando la neoformazione è vicina o coinvolge i puntini e le vie lacrimali. Non sempre infatti in questi casi è possibile risparmiare le vie lacrimali o ricostruirle. L'epifora può comunque manifestarsi anche quando la neoformazione non è localizzata in vicinanza delle vie lacrimali per una alterazione del fisiologico meccanismo di aspirazione delle lacrime a causa del coinvolgimento del muscolo orbicolare. L'epifora a seconda dei casi può essere definitiva o suscettibile di trattamenti medici e/o chirurgici.

- Recidiva della neoplasia. Tutte le neoplasie maligne palpebrali (ma anche quelle benigne) possono recidivare sia nella regione del pregresso intervento che in altre regioni palpebrali. Questo può accadere settimane, mesi o anche anni dopo la chirurgia ed anche quando i margini della lesione asportata siano risultati indenni. È anche possibile che una infiltrazione microscopica dei margini della lesione all'esame istopatologico definitivo non implichi necessariamente la comparsa di una recidiva. Per tali motivi, in tutti i casi, sarà indispensabile programmare controlli post-operatori secondo un programma specifico.

È NECESSARIO AVER COMPRESO QUANTO SEGUE

- 1) L'obiettivo del trattamento è la radicalità dell'escissione ove possibile. In alternativa il controllo clinico della neoplasia al fine di limitarne la crescita e la diffusione.
- 2) In seguito all'intervento possono residuare irregolarità del margine palpebrale e/o malposizioni palpebrali, assenza delle ciglia, lacrimazione e alterazione della superficie oculare.
- 3) Indipendentemente dalla risposta istopatologica dovrà eseguire i controlli postoperatori indicati dal medico in base al tipo di lesione. In alcuni casi saranno necessarie ulteriori terapie mediche e/o chirurgiche.

La presente nota informativa ha la finalità di permetterle di rilasciare un consenso informato, consapevole e condiviso con il suo medico curante. È quindi invitato a leggere accuratamente quanto scritto prima di sottoporsi al trattamento chirurgico, evidenziando qualsiasi aspetto non le sia sufficientemente chiaro e/o qualsiasi ulteriore perplessità.

Per quanto riguarda le informazioni relative alla strumentazione, al personale della struttura sanitaria, ai servizi offerti è utile contattare la Direzione Sanitaria della struttura dove sarà effettuato l'intervento.

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)

Data _____ Firma leggibile (medico) _____

A questa sezione viene allegato il documento di consenso a completamento del processo di acquisizione del consenso informato.