

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



SCHEDA INFORMATIVA SULL'INTERVENTO DI EVISCERAZIONE

Nome e cognome _____

Affetto da _____

OCCHIO: Destro Sinistro Entrambi

Questa scheda contiene le informazioni sull'intervento di eviscerazione, sui risultati, sui possibili rischi dell'intervento e sulle possibili complicanze.

L'intervento di eviscerazione consiste nella rimozione del contenuto del bulbo oculare. Le cause più frequenti sono esiti di traumi, patologie infettive (endoftalmite) o degenerative (buphalmo, glaucoma neovascolare, uveite) che hanno determinato la perdita della funzione visiva dell'occhio, infiammazione del bulbo e/o dolore (bulbo cieco e dolente).

L'eviscerazione è controindicata in caso di tumori maligni intraoculari; in tali casi si esegue l'enucleazione (rimozione dell'intero bulbo oculare e di parte del nervo ottico).

L'obiettivo dell'eviscerazione è quello di svuotare il contenuto oculare lasciando il guscio esterno, la sclera, sostituendo il volume endobulbare con un impianto, al fine di ottenere l'eliminazione o la riduzione della sintomatologia dolorosa e un risultato funzionale ed estetico accettabile.

INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento viene solitamente eseguito in anestesia generale; solo in casi particolari si esegue in anestesia locale con sedazione. 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.

Dopo aver praticato una peritomia congiuntivale su 360° ed aver separato i tessuti che ricoprono il bulbo oculare (congiuntiva e capsula di Tenone) si procede a rimuovere la cornea. Il contenuto endobulbare viene quindi accuratamente rimosso, facendo attenzione ad asportare completamente tutti i residui tessuti uveali. Vengono quindi praticate delle aperture sulla sclera (sclerotomie) allo scopo di permettere l'inserimento di un impianto costituito da materiale biocompatibile di dimensioni adeguate. In alcuni casi può essere indicato un impianto con tessuto prelevato dal paziente stesso (dermo-adiposo).

I muscoli non vengono staccati dalla loro inserzione sul bulbo oculare per permettere una adeguata mobilità della protesi esterna, che sarà applicata successivamente. In caso di endoftalmite il chirurgo può valutare, a seconda della situazione clinica, se posizionare un impianto endobulbare durante l'intervento, oppure non impiantare ed eventualmente posizionare l'impianto con un intervento successivo. I tessuti che ricoprono l'occhio (capsula di Tenone e congiuntiva) vengono suturati per piani al di sopra dell'impianto e si inserisce un conformatore nel fornice congiuntivale per prevenire la formazione di aderenze tra la congiuntiva bulbare e palpebrale. Può essere applicata, a discrezione del chirurgo, una tarsorrafia temporanea (sutura tra palpebra superiore ed inferiore) per ridurre la chemosi (edema) congiuntivale post-operatoria e per evitare l'estruzione del conformatore. La sutura della tarsorrafia può essere rimossa tra una e quattro settimane dopo la chirurgia. Si pratica infine un bendaggio leggermente compressivo per uno o più giorni, a seconda dei casi.

DOPO L'INTERVENTO

Nell'immediato post-operatorio, può essere necessario somministrare farmaci per il controllo del dolore e generalmente si pratica una profilassi antibiotica ad ampio spettro.

Il conformatore verrà sostituito dopo alcune settimane da una protesi esterna, posizionata dal protesista. L'intervento permette generalmente una mobilità adeguata della protesi oculare, anche se una protesi non potrà mai consentire una mobilità del tutto identica a quella di un occhio.

La presenza di edema palpebrale e di dolore di entità variabile sono da considerarsi normali nei 7-10 giorni successivi all'intervento. Nel periodo postoperatorio il paziente dovrà seguire attentamente le indicazioni del medico curante e del protesista.

TRATTAMENTI ALTERNATIVI

In alcuni casi può essere suggerita l'applicazione di un guscio protesico esterno a scopo estetico, in assenza di dolore ed infiammazione e se il bulbo è di dimensioni piccole. A volte può essere efficace la terapia del dolore con analgesici e/o iniezione peri o retrobulbare di steroidi. In alcuni casi può essere suggerita in alternativa l'enucleazione (rimozione dell'occhio in toto).

MANCATO TRATTAMENTO

In caso di mancato trattamento in presenza di endoftalmite possono presentarsi rischi di infezione diffusa ai tessuti orbitari e alle meningi. In caso di dolore incoercibile si avrà il perpetuarsi della sintomatologia dolorosa.

COMPLICANZE

Precauzioni particolari

- È necessario eseguire attentamente le valutazioni preoperatorie e marcare nell'immediato preoperatorio l'occhio da eviscerare quando il paziente è ancora cosciente.

Complicanze post-operatorie precoci

- Emorragia: è un'evenienza rara e può essere gestita con adeguate misure mediche o intervenendo chirurgicamente ove necessario.
- Edema delle palpebre e della congiuntiva: è un'evenienza frequente e solitamente si riduce con il passare dei giorni.
- Infezione: è una complicanza rara, ma può causare deiscenza della sutura, ed esposizione dell'impianto fino alla sua estrusione. In questi casi si può osservare un aumento dell'edema e del dolore post-operatori e può rendersi necessaria la rimozione chirurgica dell'impianto.
- Dislocazione del conformatore: il paziente può riposizionare il conformatore dopo adeguata igiene delle mani o richiedere un controllo medico.

Complicanze post-operatorie tardive

- Esposizione dell'impianto endobulbare: questa complicanza può verificarsi anche a distanza di anni dall'intervento. Le piccole esposizioni possono richiudersi spontaneamente ed essere tenute solo sotto osservazione nel tempo. In caso di esposizioni più ampie può comparire infezione e può essere necessario un intervento chirurgico con l'obiettivo di ricoprire l'esposizione o può essere necessario un intervento chirurgico con lo scopo di rimuovere l'impianto e sostituirlo con un nuovo impianto o con un innesto dermo-adiposo prelevato dal paziente stesso.
- PESS (Post-Enucleation/Evisceration Socket Syndrome): si tratta di un quadro clinico che può verificarsi a distanza di mesi o anni dopo l'intervento di eviscerazione, per fenomeni legati alla progressiva atrofia dei tessuti orbitari. La PESS consiste in una progressiva modificazione della cavità anoftalmica, con enoftalmo (riduzione del volume orbitario), approfondimento del solco orbitario superiore, retrazione o ptosi (abbassamento) della palpebra superiore, lassità della palpebra inferiore, insufficienza dei fornici congiuntivali (in

- particolare di quello inferiore), con difficoltà a contenere la protesi. In questi casi solitamente si rendono necessari interventi chirurgici o altri trattamenti con lo scopo di ripristinare un volume adeguato.
- Malposizioni palpebrali: spesso preesistenti, possono essere modificate dall'intervento e rendere necessari ulteriori interventi correttivi.
 - Oftalmia simpatica: si tratta di una complicanza rarissima, che consiste nello sviluppare una reazione infiammatoria (pan-uveite) su base autoimmune nell'occhio controlaterale sano e che sarebbe scatenata dall'occhio sede del trauma e precedentemente sottoposto ad eviscerazione.
 - Dolore persistente: può essere necessario rimuovere l'impianto, la sua sostituzione con un impianto dermo-adiposo o il ricorso ad altre terapie.
 - Ipoestesia o anestesia persistente nel territorio del nervo sovraorbitario e/o infraorbitario.
 - Migrazione o dislocamento dell'impianto, con necessità di ulteriori procedure.
 - Riduzione di volume dell'impianto (in caso di impianto dermoadiposo) o volume eccessivo dell'impianto; l'impianto dermoadiposo può crescere nell'infanzia e nella preadolescenza.
 - Deiscenza della ferita in caso di innesto dermoadiposo.

Tali complicanze possono verificarsi anche a seguito di un intervento correttamente condotto. I risultati dell'intervento vanno valutati dopo alcuni mesi e per la risoluzione di alcune delle complicanze sopra esposte possono essere necessari atti chirurgici complementari.

ACCETTAZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO

Dopo aver discusso con il personale sanitario tutte le tematiche connesse alla propria situazione clinica, avvalendosi anche delle informazioni riportate in questo documento, e avendo avuto la possibilità di rivolgere qualsiasi domanda e di chiarire qualsiasi dubbio è necessario che il paziente esprima il proprio consenso al trattamento proposto, ponendo la propria firma accanto a quella del medico appartenente alla struttura sanitaria che eseguirà l'intervento.

Si precisa che il caso specifico presenta le seguenti particolarità e peculiarità:

Si specifica che la corretta informazione permette la acquisizione del consenso in maniera consapevole e ciò costituisce un passaggio obbligatorio ed ineludibile del processo di cura.

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.