

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



SCHEDA INFORMATIVA SULL'INTERVENTO DI IMPIANTO ORBITARIO SECONDARIO E DI RICOSTRUZIONE DELLA CAVITÀ ORBITARIA

Nome e cognome _____

Affetto da _____

OCCHIO: Destro Sinistro Entrambi

Questa scheda contiene le informazioni sull'intervento di impianto endorbitario secondario e di ricostruzione della cavità orbitaria, sui risultati, sui possibili rischi e sulle possibili complicanze.

L'intervento di impianto endorbitario secondario consiste nel posizionamento all'interno della cavità orbitaria di una biglia di materiale sintetico o di un impianto autologo, e/o di un impianto a livello del pavimento orbitario o del solco orbitario al fine di rendere adeguato il volume e/o la superficie della cavità stessa.

In alcuni casi è necessario rimodellare la superficie della cavità orbitaria con il posizionamento di benderelle sintetiche e suture per un adeguato riposizionamento dei fornici, o incrementare la superficie interna della cavità orbitaria con innesti di materiale autologo (mucosa buccale, palato duro, derma o altri tessuti) o eterologo (membrana amniotica, collagene porcino o altro).

INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento viene solitamente eseguito in anestesia generale; in alcuni casi è possibile ricorrere all'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.

Esistono varie tipologie di impianti endorbitari secondari:

- Impianti sferici in materiale acrilico o integrabile, utili per ripristinare il volume in pazienti anoftalmici privi di impianto primario.
- Impianti per la ricostruzione di fratture orbitarie.
- Impianti per aumentare il volume endorbitario in pazienti anoftalmici con un impianto endorbitario di dimensioni insufficienti, o con bulbo subatrofico e deficit di volume, da posizionarsi a livello del pavimento orbitario.
- Impianti autologhi (innesto dermo-adiposo) che possono essere posizionati all'interno dello spazio vuoto tra i muscoli extraoculari o a livello del solco orbitario superiore e/o inferiore.

Gli impianti sferici possono essere rivestiti con materiale sintetico o con tessuto da donatore.

L'intervento permette generalmente una adeguata mobilità del globo oculare, con possibili limitazioni variabili per ogni caso. In caso di innesto dermo-adiposo, l'impianto viene prelevato preferibilmente dal gluteo o dall'addome del paziente. In caso di innesti autologhi per incrementare la superficie dei fornici, si potrà utilizzare la mucosa buccale, il palato duro, il derma.

La scelta dell'impianto e le diverse opzioni chirurgiche sono in relazione a vari fattori individuali.

I tessuti che ricoprono l'occhio (capsula di Tenone e congiuntiva) vengono suturati per piani al di sopra dell'impianto o al derma in caso di impianto dermo adiposo. Nei pazienti anoftalmici 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'estrusione del conformatore. La sutura della tarsorrafia può essere rimossa tra una e quattro settimane dopo la chirurgia. In caso di impianto da posizionarsi a livello del pavimento orbitario, l'accesso chirurgico potrà essere dalla cute o dalla congiuntiva.

Si pratica generalmente un bendaggio 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.

Nei pazienti anoftalmici, 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. Potrà essere necessario indossare un protettore del palato e seguire un'alimentazione con restrizioni per un periodo di alcune settimane in caso di prelievo di palato duro o di mucosa buccale.

TRATTAMENTI ALTERNATIVI

In alcuni casi può essere suggerita l'applicazione di un guscio protesico di dimensioni adeguate se il risultato estetico è considerato soddisfacente, o proposto un trattamento con fillers o lipostruttura.

MANCATO TRATTAMENTO

In caso di mancato trattamento si avrà la persistenza del deficit di volume e/o superficie e, in caso di pazienti anoftalmici, talvolta sarà difficile o impossibile indossare la protesi.

COMPLICANZE

Precauzioni particolari

- È necessario eseguire attentamente le valutazioni preoperatorie.

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.
- Ipoestesia della regione periorbitaria.

Complicanze post-operatorie tardive

- Esposizione dell'impianto endorbitario: 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 posizionamento di impianto endorbitario secondario nei pazienti anoftalmici, 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 ulteriori trattamenti con lo scopo di ripristinare un volume adeguato.
- Malposizioni palpebrali: spesso preesistenti, possono essere modificate dall'intervento e rendere necessari ulteriori interventi correttivi.
- 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).
- Necrosi o deplezione dell'innesto (in caso di innesto autologo).
- Deiscenza della ferita in caso di prelievo di derma o di innesto dermoadiposo.
- Decubito delle benderelle o dei punti di sutura in caso di posizionamento di suture per approfondire i fornici.

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