

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



## SCHEDA INFORMATIVA SULL'INTERVENTO DI CORREZIONE DELLA RETRAZIONE PALPEBRALE

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

OCCHIO:     Destro         Sinistro         Entrambi

Questa scheda contiene le informazioni sull'intervento di correzione della retrazione palpebrale, sui risultati, sui possibili rischi e complicanze.

La retrazione palpebrale consiste nell'elevazione della palpebra superiore o nell'abbassamento della palpebra inferiore oltre il livello considerato normale. Può essere unilaterale o bilaterale.

La retrazione può essere presente dalla nascita (congenita), può essere di origine neurogena o miogena. La retrazione palpebrale può anche essere dovuta a retrazioni cicatriziali secondarie a infezioni, malattie autoimmuni, traumi, o a pregressi interventi chirurgici. Può essere presente in caso di paresi del facciale. Più comunemente la retrazione palpebrale è dovuta all'orbitopatia tiroide correlata (OTC). L'OTC è una malattia su base autoimmune che colpisce i tessuti orbitari, caratterizzata da una fase attiva con segni clinici tipici, e da una fase di non attività, in cui tendono a stabilizzarsi l'esoftalmo (protrusione del bulbo oculare), la retrazione palpebrale e i disturbi della motilità oculare. I meccanismi responsabili della retrazione palpebrale nei pazienti affetti da OTC non sono ancora del tutto chiari e sarebbero rappresentati:

- dall'aumento della stimolazione di un muscolo (muscolo di Müller), che contribuisce all'elevazione della palpebra superiore
- dalla fibrosi dei muscoli elevatori palpebrali (che elevano la palpebra superiore) e dei retrattori palpebrali inferiori
- dall'aumento del tono e dell'attività del complesso muscolare costituito dall'elevatore palpebrale e dal retto superiore, deputato all'elevazione della palpebra superiore e dell'occhio
- dalla fibrosi del muscolo deputato all'abbassamento dell'occhio (retto inferiore).

La presenza della retrazione palpebrale può portare alla cheratopatia da esposizione, con conseguenti danni alla superficie oculare.

### INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento viene solitamente eseguito in anestesia locale con o senza sedoanalgesia. In casi particolari (ad esempio quando è necessario prelevare materiale autologo come palato duro o cartilagine auricolare o nasale o quando l'intervento è associato ad altre procedure nello stesso tempo chirurgico) o nell'infanzia, l'intervento potrà essere eseguito in anestesia generale. 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.

Lo scopo dell'intervento chirurgico è quello di migliorare la posizione della/e palpebra/e affetta/e. È possibile eseguire interventi di indebolimento dei muscoli responsabili dell'apertura palpebrale (muscolo elevatore e/o del muscolo di Müller a livello della palpebra superiore) e dei muscoli retrattori inferiori (palpebra inferiore); in alcuni casi, e specialmente nel caso di indebolimento dei retrattori palpebrali inferiori, potrà essere necessario inserire uno spaziatore (spacer) costituito da materiale autologo (mucosa buccale, palato duro, cartilagine), eterologo (proveniente da donatore), o costituito da materiali sintetici. In alcuni casi si può eseguire una blefarotomia (sezione a tutto spessore della palpebra superiore) applicando delle suture solo a livello della cute. Le diverse opzioni chirurgiche sono in relazione al tipo di retrazione e al grado di funzionalità dei retrattori palpebrali.

Nei pazienti affetti da OTC la correzione della retrazione palpebrale non corregge le alterazioni della motilità extra-oculare né l'esoftalmo (protusione del globo oculare) per i quali potranno rendersi necessarie altre procedure chirurgiche.

In caso di paresi del facciale è possibile trattare la retrazione palpebrale superiore col posizionamento di materiali specifici (pesi d'oro) a livello della palpebra superiore. In alcuni casi è possibile l'utilizzo di lembi o innesti e il posizionamento di suture di trazione temporanee, a discrezione del chirurgo e variabili per ogni caso specifico.

Durante la chirurgia si possono verificare situazioni inaspettate che possono richiedere procedure addizionali che non erano state previste dal chirurgo. È pertanto, necessario autorizzare il chirurgo a prendere la decisione ritenuta più appropriata – anche se differente da quanto programmato originariamente - sulla base di particolari reperti intraoperatori.

### **SUCCESSIVAMENTE ALL'INTERVENTO**

Dopo l'intervento potrà essere applicato un bendaggio o in alternativa sarà applicato del ghiaccio sulle palpebre per alcune ore. È utile riposare con la testa sollevata nei giorni immediatamente successivi all'intervento. Le suture cutanee vengono generalmente rimosse alcuni giorni dopo l'intervento. È consigliabile una terapia con colliri e pomate antibiotiche e/o lubrificanti per alcune settimane. Talvolta è necessario posizionare una lente a contatto terapeutica nell'occhio operato. 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 10 e 20 giorni. È anche possibile che si verifichi arrossamento oculare, aumento della lacrimazione e fotofobia con offuscamento della visione. Tali effetti collaterali persistono generalmente per pochi giorni. Non è consigliabile guidare l'auto dopo l'intervento in caso di sedo-analgesia. Non è consigliabile fare sforzi fisici nella prime due settimane dopo l'intervento (attività sportiva o lavori pesanti). Non è consigliabile l'uso di lenti a contatto (ad eccezione delle lenti terapeutiche) per due settimane. Non è consigliabile l'esposizione al sole nei due mesi successivi all'operazione.

### **TRATTAMENTI ALTERNATIVI**

In casi selezionati è possibile correggere la retrazione palpebrale con la tossina botulinica ed evitare o procrastinare il trattamento chirurgico. Il trattamento con la tossina botulinica ha un beneficio temporaneo e va ripetuto ad intervalli di tempo regolari. In casi selezionati è possibile eseguire iniezioni di steroidi per via transconiuntivale, da ripetere mensilmente, o di acido ialuronico, sempre con beneficio temporaneo. In caso di retrazione palpebrale superiore da paresi del nervo facciale è possibile applicare dei pesi adesivi sulla cute della palpebra interessata.

### **MANCATO TRATTAMENTO**

In caso di cheratopatia da esposizione il mancato trattamento può comportare danni alla superficie oculare fino a determinare, in casi estremi, danni corneali permanenti, incluso il rischio di perforazione corneale.

## COMPLICANZE

L'intervento di correzione della retrazione palpebrale è considerato sicuro, ma talvolta possono verificarsi alcune complicanze:

- - Ipocorrezione o ipercorrezione della retrazione palpebrale: è un'evenienza possibile anche dopo un intervento eseguito correttamente e con un livello soddisfacente dell'altezza palpebrale nell'immediato periodo post-operatorio. Può rendersi necessario un ulteriore intervento chirurgico.
- Asimmetria del risultato, sia in posizione primaria (nello sguardo dritto davanti), che in altre posizioni di sguardo (ad esempio nello sguardo in basso): può essere rilevabile una differenza di posizione della palpebra tra i due occhi o anomalie del contorno palpebrale; può rendersi necessario un ulteriore intervento chirurgico.
- 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.
- Lacrimazione striata di sangue, possibile per un periodo di tempo variabile dopo intervento di blefarotomia, Müllerectomia o di impianto di spacer.
- Secchezza oculare e sofferenza corneale, soprattutto in soggetti già affetti da riduzione della produzione di lacrime. Tale problema si risolve generalmente spontaneamente ma può richiedere l'uso prolungato di lubrificanti oculari.
- Disepitelizzazioni ed ulcere corneali, che possono richiedere un trattamento medico, uso prolungato di lenti a contatto terapeutiche o ulteriori procedure chirurgiche.
- Edemi palpebrali e/o periorbitari persistenti anche per alcune settimane.
- Presenza di rilievi antiestetici a livello della cute della palpebra sottoposta ad intervento in caso di posizionamento di spaziatori.
- Superficializzazione o estrusione dell'eventuale peso d'oro impiantato a livello della palpebra superiore, anche a distanza di tempo dall'intervento, con necessità di ulteriori procedure chirurgiche.
- 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.
- Diplopia (visione doppia), raramente si può manifestare nell'immediato postoperatorio e per un breve periodo di tempo; è dovuta nella maggior parte dei casi all'effetto dell'anestetico sulla muscolatura oculare.
- 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, irregolarità o asimmetria della piega della palpebra superiore e prollasso congiuntivale: possono richiedere altri interventi in tempi successivi.

#### **È NECESSARIO AVER COMPRESO QUANTO SEGUE:**

- 1) L'obiettivo dell'intervento è correggere la retrazione palpebrale.
- 2) Dopo l'intervento è possibile che la palpebra operata abbia altezza e contorno diversi da quella dell'altro occhio.
- 3) Dopo l'intervento potrebbe essere necessario utilizzare colliri e pomate lubrificanti e talvolta lenti a contatto terapeutiche per un periodo prolungato.

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.

#### **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.

Il sottoscritto genitore/tutore/paziente (nome cognome)

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome di chi ha fornito le informazioni

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_