

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



## **ESPIANTO E SOSTITUZIONE LENTE INTRAOCULARE PER DISLOCAZIONE o PROBLEMI REFRAATTIVI**

Gentile paziente,  
la patologia per la quale si è rivolto alla nostra struttura si chiama

- DISLOCAZIONE DEL CRISTALLINO ARTIFICIALE/INTRA OCULAR LENS (IOL)
- OPACIZZAZIONE DELLA IOL
- INTOLLERANZA PER DIFETTO REFRAATTIVO RESIDUO O POTERE INCONGRUO
- PRESENZA DI IOL FACHICA
- Altro \_\_\_\_\_

Scopo di questo materiale informativo è, pur tenendo conto della complessità dell'argomento, fornirle in maniera semplice e comprensibile le principali informazioni sulla Sua patologia e farle comprendere le motivazioni della scelta terapeutica che Le è stata proposta quale più adatta al Suo specifico caso. Il personale medico della nostra struttura è disponibile a fornire qualsiasi ulteriore chiarimento per ogni dubbio che Lei potesse avere.

Il trattamento che Le viene proposto è la rimozione della IOL e sostituzione della stessa.

### **IOL DISLOCATA**

Durante l'intervento di cataratta si procede alla rimozione chirurgica del cristallino, la lente naturale situata all'interno dell'occhio, posizionando nell'interno del sacco capsulare una lente artificiale (IOL). Tale condizione si definisce Pseudofachia Chirurgica. È possibile che l'apparato di sostegno in cui la IOL viene posizionata sia particolarmente sottile, manifesti una debolezza eccessiva o vada incontro a delle rotture causando una dislocazione della lente stessa. La dislocazione può avvenire in qualsiasi momento, giorni o anni dopo l'intervento, e può essere il risultato di diversi fattori, es. traumi, pregressa chirurgia, PEX, uveiti ecc. In questi casi è opportuno che la IOL venga rimossa e sostituita, ove possibile, con una lente artificiale differente.

### **OPACIZZAZIONE DELLA IOL**

Il processo di opacamento della IOL è sostanzialmente dovuto all'accumulo di depositi di calcio e fosforo sia sulla superficie esterna della lente che all'interno della stessa. Tale condizione, che si sviluppa negli anni, è una caratteristica non di tutti i materiali delle IOL ma si verifica prevalentemente a carico di alcune modelli di lenti acriliche idrofile; le Aziende stesse, produttrici di queste lenti, ne hanno disposto in alcuni casi il ritiro. Anche le lenti intraoculari in silicone hanno mostrato la tendenza ad un opacamento, motivo per cui ne è stata sospesa la produzione.

Ovviamente, la differente intensità di assorbimento di tali depositi, può creare più o meno disturbi della visione, fino al punto di penalizzarla così fortemente, da richiederne la sostituzione.

### **INTOLLERANZA PER DIFETTO REFRAATTIVO RESIDUO INCONGRUO**

La biometria oculare viene usata per calcolare il potere diottrico del cristallino artificiale da impiantare nell'occhio del paziente e quindi trova specifica indicazione negli interventi di cataratta e di chirurgia refrattiva (per l'impianto di lenti artificiali fache in pazienti con difetti refrattivi elevati). La biometria oculare, che può essere effettuata in due modi, ad ultrasuoni detta anche ecobiometria oculare, o con metodologia ottica,

di più recente introduzione, consente l'acquisizione di tutti quei dati anatomici dell'occhio che, tramite apposite formule, sono indispensabili per il calcolo del cristallino artificiale da impiantare. Negli ultimi anni lo sviluppo tecnologico ha migliorato i risultati postoperatori e la soddisfazione dei pazienti incrementando di conseguenza le loro aspettative. Esiste, però, la concreta possibilità, nonostante l'alta tecnologia e l'utilizzo di formule matematiche sempre più precise e dedicate, che dal calcolo possa residuare un difetto refrattivo postoperatorio, lieve, quindi tollerabile o più elevato, ed una conseguente insoddisfazione per la qualità di vista del paziente. Le cause sono molteplici, ad esempio le miopie elevate, una cataratta totale, pregressi interventi di chirurgia corneale o retinica, patologie corneali, vitreali, incapacità di fissazione, scarsa collaborazione ecc.

Inoltre, in alcuni casi, lenti intraoculari multifocali potrebbero non essere ben tollerate. In questi casi, se la differenza tra i due occhi è tale da generare confusione o diplopia o comunque intolleranza e non sopportabilità, la correzione con occhiale o con lente a contatto può non essere sufficiente, allora è indicata la rimozione e la sostituzione della IOL.

### **PRESENZA DI LENTE INTRAOCULARE FACHICA**

Questa condizione avviene quando, per la presenza di un difetto refrattivo elevato (ipermetropia, miopia, astigmatismo) è stata impiantata, in una precedente chirurgia, una lente intraoculare che viene aggiunta, a solo scopo refrattivo, all'interno dell'occhio, senza togliere il cristallino. Questa lente intraoculare corregge così il difetto di refrazione elevato, ovvero la miopia, l'astigmatismo, più raramente l'ipermetropia e la presbiopia. In alcune situazioni questa lente intraoculare deve essere rimossa, cioè espantata e, se possibile, viene poi reimpiantato un altro cristallino artificiale di forma, modello o potere diverso.

### **INTERVENTO CHIRURGICO DI ASPORTAZIONE DELLA IOL**

La procedura chirurgica sarà sempre eseguita in un ambiente operatorio sterile e con l'ausilio di apparecchiature dedicate. Il chirurgo, basandosi sulle caratteristiche della posizione della IOL, valuterà la possibilità del suo riposizionamento in situ o procederà alla sua rimozione eseguendo, a seguire, un impianto di una lente intraoculare artificiale differente, eventuale non sempre consentita.

### **INTERVENTO CHIRURGICO DI ESPIANTO IOL E IMPIANTO DELLA NUOVA IOL**

A seguito dell'asportazione della IOL il chirurgo potrà valutare se inserire una nuova lente intraoculare, analizzando accuratamente l'integrità delle regioni anatomiche bulbari coinvolte, e ove possibile utilizzare lenti che rispettino il potere refrattivo.

Si prospettano diverse opportunità:

- Impianto di IOL a fissazione sclerale: la lente artificiale viene posizionata nel solco ciliare mediante ancoraggio sclerale. La IOL viene fissata alle pareti del bulbo oculare utilizzando speciali suture o tecniche di incastro. Questa tecnica prevede una gestione dei tessuti oculari sia anteriori che profondi e può richiedere per tale motivo l'utilizzo di tecniche accessorie (vitrectomia) che aumentano la complessità dell'intervento stesso.
- Impianto di IOL a fissazione iridea: in questo caso si impianta una IOL appositamente ideata per essere fissata all'iride con due piccoli ganci. Questa tecnica prevede una gestione dei tessuti oculari sia anteriori che profondi e può richiedere per tale motivo l'utilizzo di tecniche accessorie (vitrectomia) che aumentano la complessità dell'intervento stesso.
- Impianto di IOL a fissazione angolare: in questa tecnica si impianta una IOL appositamente disegnata fornita di piedini che ne permettono l'alloggiamento davanti alla pupilla nell'angolo camerulare.

Le procedure descritte prevedono l'utilizzo di altre tecniche associate al fine di condurre l'intervento di impianto di IOL nelle migliori condizioni. Sarà quindi possibile dover eseguire vitrectomia anteriore, vitrectomia posteriore, ricostruzioni iridee, tamponamenti intraoculari, iridectomie o quanto ritenuto dal chirurgo necessario per lo specifico caso.

## ANESTESIA

Questo intervento può essere eseguito in anestesia loco-regionale, ma se ci sono presupposti particolari, anche in anestesia generale. La scelta più adatta tiene conto delle caratteristiche della situazione oculare e dello stato generale del paziente, valutate dal chirurgo oculista in accordo con quanto previsto dal locale servizio di anestesia o dal medico anestesista, e delle preferenze del paziente stesso.

## DIMISSIONE E DECORSO POSTOPERATORIO

L'intervento può essere eseguito in regime ambulatoriale, in regime di ricovero giornaliero in regime di ricovero ordinario; il paziente potrà lasciare la struttura sanitaria il giorno stesso dell'intervento o dopo alcuni giorni di degenza. La scelta più adatta al singolo caso verrà discussa con il paziente dal chirurgo oculista e terrà conto sia delle caratteristiche dell'intervento chirurgico pianificato, sia delle condizioni generali del paziente e delle sue preferenze, sia dello stato del paziente a intervento concluso. È possibile che si renda necessario trattenere nella struttura un paziente per cui era prevista la dimissione immediata, qualora le condizioni cliniche mutate lo rendessero necessario. Una volta lasciata la struttura sanitaria, il paziente deve attenersi scrupolosamente a tutte le indicazioni che gli verranno fornite al momento della dimissione, ed eseguire con scrupolo e diligenza tutte le terapie prescritte e riportate nel documento di dimissione consegnatogli. La corretta esecuzione di prescrizioni e terapie costituisce parte integrante e fondamentale del processo di cura e in caso di dubbi o incertezze il personale della struttura sanitaria che lo ha accolto è sempre disponibile a fornire indicazioni o chiarimenti anche telefonicamente ai numeri di riferimento.

NOTA BENE: Nel caso specifico dell'intervento di impianto secondario di IOL diviene di fondamentale importanza, nei giorni successivi all'intervento stesso, l'assunzione di determinate posizioni del capo e, nel caso si siano utilizzate sostanze tamponanti gassose, astenersi dai viaggi aerei o dal salire di quota per tutto il tempo che verrà indicato dal chirurgo.

## COMPLICANZE

Non esiste intervento chirurgico privo di complicanze. È noto inoltre che maggiore è la complessità di un intervento, maggiore è il rischio di sviluppare complicanze. La rimozione di IOL dislocata e successivo impianto è un intervento di notevole complessità. Pur non essendo possibile elencare tutte le eventuali complicanze, le principali sono le seguenti:

- Complicanze intraoperatorie: perforazione bulbare, ematoma orbitario, bradicardia e arresto cardiaco, emorragia intraoculare, emorragia e distacco di coroide, emorragia espulsiva, rotture e distacco retinico, occlusioni vascolari arteriose e venose, iniezione sottoretinica o coroideale di sostanze tamponanti, ipertono, caduta di IOL in camera vitrea.
- Complicanze post operatorie precoci: endoftalmite, uveite, distacco di retina, dislocazione della IOL, glaucoma, scompenso corneale, diplopia, ptosi palpebrale, anisometropia post operatoria, distacco di retina.
- Complicanze post operatorie tardive: scompenso corneale con opacamento della cornea, glaucoma, edema maculare cistoide, erosione sclerale, migrazione o caduta della IOL, uveite, proliferazione vitreoretinica, distacco di retina.



**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 specifica che il caso in oggetto presenta le seguenti particolarità e peculiarità:

\_\_\_\_\_

Gent.le SIG.re/ra \_\_\_\_\_

Il suo occhio  OD  OS è affetto da:

- dislocazione IOL
- opacizzazione IOL
- difetto refrattivo incongruo
- IOL fachica
- altro \_\_\_\_\_

Si specifica che la corretta informazione permette l'acquisizione del consenso in maniera consapevole e ciò costituisce un passaggio obbligatorio e 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del tutore legale/dei genitori (se il paziente è minorenne) \_\_\_\_\_

Firma del medico che riceve il documento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_