



INFORMATIVA INTERVENTO DI GLAUCOMA

APPROVATA DALLA SOI - SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA NELL'ANNO 2003

Gentile Signora, Signore,

Lei soffre di un glaucoma responsabile di alcuni disturbi alla vista.

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è proposto, sui risultati e sui rischi. Tutte le espressioni tecniche utilizzate devono essere precedute e/o seguite da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Quindi Lei è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non Le sono chiari.

La sua patologia visiva si chiama _____

Il trattamento che le viene proposto è _____

Il responsabile del trattamento chirurgico è _____

Il Glaucoma

Può presentarsi in numerose forme cliniche ed è difficile fornire una spiegazione che accomuni ciascuna forma clinica; in generale, questa malattia è caratterizzata da una progressiva alterazione del campo visivo, dapprima nelle sue parti più periferiche poi anche nella parte centrale, fino a portare nei casi più avanzati alla completa cecità. Tale compromissione del campo visivo è dovuta ad un progressivo danno del nervo ottico (il nervo che porta le immagini dall'occhio al cervello) che può arrivare fino all'atrofia. L'atrofia del nervo ottico si realizza a causa di una pressione endoculare (la pressione dei liquidi che riempiono l'occhio) troppo alta in un tempo variabile che può essere di anni nel glaucoma detto cronico o di poche ore nel glaucoma detto acuto. Alla base quindi della terapia del glaucoma vi è il controllo della pressione intraoculare. Il controllo della pressione intraoculare si ottiene o riducendo la produzione di liquidi all'interno dell'occhio o facilitandone il deflusso.

Possibili trattamenti alternativi

Questi risultati possono essere ottenuti mediante una terapia medica sia generale che locale, con dei trattamenti parachirurgici eseguiti con appositi laser o con un intervento chirurgico vero e proprio. Il Suo caso clinico è tale da richiedere quest'ultima soluzione.

L'intervento chirurgico

L'intervento chirurgico si prefigge di creare una via alternativa a quella normale di deflusso del liquido contenuto all'interno dell'occhio (umore acqueo) e di ottenere, in questo modo, un abbassamento della pressione oculare. Con la normalizzazione di quest'ultima si realizzano i presupposti per l'arresto della progressione della malattia.

I vantaggi dell'intervento chirurgico sono connessi all'abbassamento della pressione oculare e non comportano un miglioramento visivo che dipende da altre condizioni dell'occhio. Pertanto dopo

l'intervento può essere necessario proseguire nell'uso di occhiali per vicino e/o per lontano come può rilevarsi necessario continuare nella terapia medica antiglaucomatosa.

In molti casi, per effetto dell'intervento si formerà una "bozza" leggermente rilevata che assicurerà il drenaggio del liquido; essa è talvolta visibile alzando con il dito la palpebra superiore. Esistono diverse tecniche chirurgiche per ottenere l'abbassamento della pressione. E' possibile allargare i canali di deflusso esistenti nell'occhio, oppure creare nel tessuto nuovi canali di scarico, oppure impiantare valvole artificiali.

Per il suo specifico caso il chirurgo consiglia la tecnica

salvo la facoltà del chirurgo di adottare una diversa tecnica qualora rilevasse, durante l'esecuzione dell'intervento, che una diversa tecnica è preferibile .

L'intervento può essere eseguito in anestesia locale o generale; in maniera ambulatoriale e/o con ricovero.

Quando necessario è possibile eseguire tale intervento in associazione ad altre procedure chirurgiche, (ad esempio con l'estrazione di cataratta, o altro).

Decorso postoperatorio

Prima di lasciare il centro chirurgico viene consegnato un foglio con le istruzioni dei farmaci da utilizzare. Il paziente deve iniziare le cure entro un paio d'ore dall'intervento, deve cioè iniziare a prendere le pillole e i colliri prescritti dal chirurgo. Il paziente non deve mai sospendere le cure (colliri o pillole) a meno che sia il chirurgo a dirlo; esse aiutano l'occhio operato a guarire meglio ed a prevenire complicazioni. In caso di dubbi sulla modalità della terapia da eseguire o sull'andamento del decorso postoperatorio, il paziente deve contattare uno dei componenti dell'equipe chirurgica.

Nelle prime fasi post-operatorie è possibile che si presentino sensazioni di abbagliamento e/o fotofobia, alterazione dei colori, fastidio, dolore che non devono preoccupare ma che devono essere comunicate al medico che le prenderà in considerazione .

Nei primi giorni l'occhio appare più o meno rosso e moderatamente dolente; c'è inoltre una sensazione di corpo estraneo (dovuto ai punti ed al taglio praticato) ed un certo fastidio alla luce; la visione non è limpida, occorre attendere qualche giorno o qualche decina di giorni perché ritorni ai valori preoperatori; l'occhio operato ha bisogno di uno- due mesi per guarire dall'operazione.

Le cure locali postoperatorie consistono nell'instillazione di gocce e nell' applicazione di una protezione oculare secondo le modalità e per un periodo di tempo che le saranno spiegati dal suo chirurgo. È necessario, a volte, procedere all'asportazione dei fili di sutura (quando applicati durante l'intervento).

L'attività professionale, l'uso di macchine o di strumenti pericolosi, la guida dell'auto sono sconsigliati per un periodo di tempo di alcune settimane, che sarà meglio definito dal suo oculista. Nel periodo postoperatorio è necessario seguire accuratamente le terapie e le raccomandazioni del chirurgo.

Può inoltre essere necessario eseguire una nuova procedura chirurgica per modulare il risultato ottenuto. Un intervento che non dà il risultato sperato può essere ripetuto sia come revisione di quello eseguito sia con un altro in una sede vicina o di altro tipo.

A casa dopo l'intervento

Per applicare i colliri (per le pomate la procedura è uguale) nell'occhio operato, il paziente deve sedersi su una sedia (in alternativa può stare sdraiato a letto), deve aprire bene ambedue gli occhi e guardare verso il soffitto; poi deve abbassare con l'indice della mano sinistra la palpebra inferiore; in tal maniera fra l'occhio e la palpebra si forma una specie di coppa che serve a ricevere le gocce di collirio medicinale; qui con la mano destra vanno instillate 1-2 gocce del prodotto. Il paziente deve poi chiudere le palpebre (senza stringerle) e attendere per qualche secondo l'assorbimento del

prodotto. Quando i colliri prescritti sono più di uno essi vanno applicati uno di seguito all'altro a distanza di qualche minuto.

E' bene che almeno nei primi 2-3 giorni sia un familiare, o altra persona, ad instillare i colliri.

Durante l'applicazione del collirio occorre prestare attenzione a non esercitare pressioni nell'occhio appena operato.

L'occhio operato viene spesso bendato (per uno o più giorni).

Durante il giorno, spesso, in alternativa al bendaggio, si applica un paio di occhiali da sole che hanno lo scopo di riparare l'occhio dalla luce e soprattutto da eventuali traumi; gli occhiali da sole vanno tenuti durante tutta la giornata (quindi anche in casa) e per almeno una settimana : il paziente che si appresta ad affrontare l'intervento di glaucoma si munisca di un occhiale da sole che coprano bene l'occhio.

Durante la notte, invece, l'occhio, per la prima settimana, va protetto con una "conchiglia" in plastica che in genere viene fornita alla dimissione; la conchiglia va tenuta in sede con due o tre cerotti; essa serve ad evitare involontari traumi all'occhio ed a proteggere contro strofinamenti, sempre possibili nel sonno. Il paziente se lo desidera può applicare o meno sotto alla protezione di plastica una benda sterile: in tal caso si pone delicatamente la benda sull'occhio e poi si applicano alcuni cerotti diagonalmente per tenere il bendaggio in sede.

Una o due volte al giorno le palpebre dell'occhio operato vanno delicatamente pulite con un fazzolettino detergente o con un po' di cotone bollito; chi esegue tale manovra deve evitare pressioni sul bulbo oculare e comunque sulla parte operata.

Nei primi giorni successivi all'intervento la visione dell'occhio operato è talvolta molto chiara e limpida, talvolta invece è torbida e occorre attendere qualche giorno perché raggiunga livelli migliori; in questo periodo occorre avere un po' di pazienza; la guarigione completa avviene di norma entro uno o due mesi (dipende dal tipo di intervento eseguito e dalle condizioni preoperatorie dell'occhio).

L'intervento si propone di ridurre la pressione oculare, causa di danni progressivi al nervo ottico; l'operazione, quindi, non si propone di aumentare l'acuità visiva, anzi, essa rimane invariata nella maggior parte dei casi ed, in alcuni, può perdere una certa percentuale. L'acuità visiva dipende molto dalle preesistenti condizioni generali dell'occhio, in particolare della retina, del nervo ottico e della cornea; quindi, la presenza di una lesione, provocata dalla malattia, in queste strutture può limitare il recupero visivo derivante dall'intervento (in proporzione all'entità della lesione).

Nel periodo successivo all'intervento il paziente deve inoltre usare alcune altre **attenzioni**:

- non deve dormire con la faccia rivolta verso il cuscino (per almeno due settimane); egli può però dormire dal lato dell'occhio operato purché questo sia adeguatamente protetto con la conchiglia di plastica che viene fornita; non deve assolutamente strofinare l'occhio operato (per almeno un mese);

è opportuno evitare gli strofinamenti, soprattutto se pesanti, anche nei mesi successivi; può invece lavarsi regolarmente il viso facendo però attenzione a non strofinare l'occhio operato ed a non esercitare pressioni;

- non deve inoltre fare sforzi fisici eccessivi (per i primi 7-8 giorni); per esempio non deve sollevare pesi superiori ai dieci chilogrammi, non deve prendere in braccio bambini ecc;
- l'uso di autoveicoli, macchinari o di strumenti pericolosi sono sconsigliati per un periodo di almeno due settimane.

Il decorso postoperatorio non è fatto però solo di divieti; **il paziente** fin dai primi giorni **può fare molte cose, per esempio:**

- due-tre giorni dopo l'operazione può, con l'occhio non operato, leggere, scrivere, guardare la televisione ecc.. (in tal caso la lente dell'occhio operato è preferibile che sia esclusa applicando un pezzo di nastro adesivo sulla sua superficie posteriore).
- il bagno e la doccia possono essere fatti fin dal primo giorno successivo all'operazione; per lavarsi i capelli attendere 2-3 giorni dall'intervento e durante il lavaggio tenere l'occhio operato chiuso.
- L'asciugacapelli può essere adoperato purché il getto di aria calda non venga diretto verso l'occhio operato; le signore possono andare dal parrucchiere già 3-4 giorni dopo l'operazione.
- La barba può essere fatta fin dal giorno seguente all'operazione.
- I rapporti sessuali sono permessi 6- 7 giorni dopo l'intervento.

Il paziente deve ricordarsi che, anche a guarigione avvenuta, l'occhio va periodicamente controllato dall'oculista; spesso, la terapia antiglaucomatosa, che veniva fatta prima dell'intervento, va proseguita anche dopo; nei mesi e negli anni successivi all'intervento il paziente deve quindi sottoporsi ad alcuni periodici controlli che vengono progressivamente diradati. L'insorgenza di problemi è rara e nella gran parte dei casi essi, quando vengono diagnosticati in tempo, possono essere risolti facilmente.

In caso di dubbi sulle modalità della terapia da seguire o sull'andamento del decorso postoperatorio il paziente deve contattare uno dei componenti dell'èquipe chirurgica.

Servizio Urgenze

(da completarsi, a mano o in prestampato, a cura del medico o della struttura)

Le complicanze

Trattandosi di un intervento chirurgico, sono possibili complicanze preoperatorie, intra e postoperatorie cioè che si verificano prima, durante o dopo l'operazione.

□ **Complicanze preoperatorie:** sono molto rare e sono prevalentemente legate all'anestesia per infiltrazione; si distinguono in gravi e meno gravi.

Quelle gravi sono:

- perforazione del bulbo oculare con o senza iniezione di anestetico nel bulbo oculare

Quelle meno gravi sono:

- emorragia palpebrale e/o perioculare e/o retrobulbare
- danno ai muscoli dell'occhio
- danno al nervo ottico

□ **Complicanze intraoperatorie:** si distinguono in gravi e meno gravi

Complicanze gravi sono molto rare:

- emorragia espulsiva: grave emorragia che può comportare l'espulsione del contenuto interno dell'occhio; può comportare perdita anatomica e funzionale dell'occhio
- l'infezione, che può comportare la perdita funzionale o anatomica dell'occhio;
- glaucoma maligno: aumento incontrollabile della pressione oculare

Complicanze meno gravi:

- emorragia sotto la congiuntiva
- sanguinamento della congiuntiva e/o della sclera e/o dell'iride
- perforazione congiuntivale e/o sclerale
- perdita di vitreo
- prolasso dell'iride
- emorragia interna cioè distacco di coroide, emorragia retinica, emorragia in camera anteriore, durante o nei giorni successivi all'intervento possono condurre ad un ritardo di guarigione, alla formazione di aderenze interne, all'appiattimento dello spazio fra iride e cornea

□ **Complicanze postoperatorie, quelle gravi sono:**

- infezione

Quelle meno gravi sono:

- riduzione o azzeramento dello spazio fra cornea e iride (atalamia della camera anteriore)
- eccessiva o mancata formazione di filtrazione
- sanguinamento in camera anteriore
- prolasso dell'iride
- distacco di coroide
- distacco di retina
- infiammazione (uveite)
- danni al nervo ottico (prevalentemente di tipo vascolare) che, in un glaucoma, in uno stadio molto avanzato, possono comportare il peggioramento o la perdita del campo visivo
- mancata regolazione della tensione endoculare, sia nel senso di un'ipotensione (pressione bassa), che nel senso di una ipertensione (pressione alta); ambedue possono essere molto accentuate e sono difficilmente prevedibili

Eventuali ulteriori complicanze specifiche del suo caso o che potrebbero realizzarsi più facilmente o raramente di quanto sopra indicato

Fra le complicanze postoperatorie ve ne sono alcune controllabili con le terapie e che possono ritardare ma non condizionare il recupero funzionale. Altre volte gli esiti possono essere permanenti e causare una perdita parziale o anche totale della vista (in casi rarissimi).

Mancato o ritardato intervento.

Sulla base delle informazioni sopra riportate il mancato o ritardato intervento può comportare il danneggiamento del nervo ottico o di altre parti dell'occhio portando alla cecità completa non sempre totalmente reversibile.

Altre informazioni

Un intervento ben eseguito può non essere da solo sufficiente a controllare la tensione endoculare, in alcuni casi sarà necessario continuare la terapia medica locale ipotonizzante; comunque, si renderanno necessari, nel tempo, controlli clinici e strumentali.

Inoltre, anche quando con l'intervento si ottiene la normalizzazione della tensione endoculare, non si può garantire in modo assoluto l'arresto della progressione della malattia glaucomatosa; la progressione per fortuna rara, è presente specialmente nei glaucomi trascurati e nelle persone anziane: essa comporta una diminuzione progressiva del campo visivo della vista; entrano in gioco anche fenomeni di alterata circolazione del nervo ottico e dell'intero organismo. Un glaucoma non correttamente compensato con la terapia, che evidenzia progressivi peggioramenti del campo visivo, porta inesorabilmente verso la cecità, in assenza quindi di alternative terapeutiche mediche o parachirurgiche efficaci, il trattamento chirurgico pur con le sue possibili complicazioni è il procedimento che maggiormente garantisce un arresto della malattia nella maggior parte dei casi.

L'oculista è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito che Lei vorrà porgli.

E' obbligatorio per il medico metterle a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'intervento chirurgico. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

ATTENZIONE!

- 1) La terapia del glaucoma si basa sul controllo della pressione intraoculare**
- 2) L'intervento chirurgico può creare una bozza leggermente rilevata e talvolta visibile per assicurare il drenaggio del liquido.**
- 3) L'intervento non si propone di migliorare la capacità visiva dell'occhio**
- 4) Dopo l'intervento, può essere necessario proseguire con l'uso di occhiale o con la terapia medica.**
- 5) Questo intervento può essere associato all'estrazione di cataratta.**
- 6) Le cure postoperatorie sono necessarie alla buona riuscita dell'intervento.**
- 7) Tornato a casa, sono necessarie delle cautele particolari nel riprendere la propria attività.**

Il sottoscritto paziente (Cognome e Nome in stampatello) _____

Data _____ Firma leggibile _____

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) _____

Firma di chi ha fornito le informazioni _____

Gentile Paziente,

la SOI, Società Oftalmologica Italiana, riconosciuta come ente morale dal Ministero dei Beni Culturali,
richiede nel suo interesse che prima di sottoporsi all'intervento, lei riceva le necessarie informazioni e firmi il consenso all'intervento.

E' quindi invitato a leggere accuratamente il presente scritto e consegnarlo firmato prima dell'atto operatorio.

ATTO DI CONSENSO ALL'INTERVENTO DI GLAUCOMA

INTERVENTO

OCCHIO
DESTRO

OCCHIO
SINISTRO

IN ANESTESIA TOPICA PARABULBARE GENERALE

Tipo di glaucoma: _____

Tecnica chirurgica proposta:

- Filtrante che NON prevede l'impianto di sistemi valvolari atti a facilitare la fuoriuscita del liquido
- Filtrante che prevede l'impianto di sistemi valvolari atti a facilitare la fuoriuscita del liquido salvo la facoltà del chirurgo di adottare una diversa tecnica qualora rilevasse, durante l'esecuzione dell'intervento, che essa diversa tecnica è preferibile

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto:

acconsento a sottopormi all'intervento di glaucoma, dopo essere stato edotto delle caratteristiche dell'intervento ed avere valutato, sulla base di quanto ampiamente illustrato e riassunto in una specifica informativa da me sottoscritta per presa visione e facente parte integrante della presente dichiarazione di consenso, i possibili vantaggi così come gli eventuali rischi generici e specifici dell'intervento stesso.

Dichiaro al riguardo di essere stato posto a conoscenza, tra l'altro:

- delle conseguenze derivanti da mia eventuale negligenza relativamente ai consigli sulle pratiche post-operatorie prescritte all'occorrenza dal chirurgo nel corso dei controlli post-operatori, che saranno programmati e a cui debbo attenermi;
- della possibilità di porre domande riguardo alle problematiche relative a questo intervento rilasciatemi dal

Dott. _____

Firma del Dott. _____

Che ha rilasciato spiegazioni su

Affermo infine di avere letto e compreso perfettamente tutto ciò che mi viene spiegato e che tutti gli spazi in bianco sono stati completati (o sbarrati) prima della mia firma.

Cognome e Nome

del paziente

del tutore del paziente inabilitato;

dei genitori del paziente minorenne esercenti la patria potestà

in stampatello _____

Data _____ Firma del Paziente/tutore/genitore _____

Firma dell'altro genitore. _____

In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la patria potestà, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l'unico esercente la patria potestà esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri.

In caso di esercizio della patria potestà disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la patria potestà ovvero di procura notarile dell'esercente la patria potestà che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione d'autenticità della firma.

Nome di chi riceve la dichiarazione di consenso (in stampatello) _____

Firma di chi riceve la dichiarazione di consenso _____