

INFORMATIVA

DISTACCO DI RETINA

COS'È IL DISTACCO DI RETINA?

La retina è una membrana sottilissima, una vera estroflessione del cervello all'interno dei bulbi oculari, dove avviene il fenomeno della visione. Sulla retina le immagini provenienti dal mondo esterno e focalizzate dalle strutture della parte anteriore dell'occhio attivano una serie di processi biochimici che danno origine a un impulso nervoso, il quale poi viene trasmesso attraverso il nervo ottico alle zone del cervello dove si realizza compiutamente la funzione visiva. La retina è un tessuto altamente attivo e richiede una gran quantità di sostanze nutritive per poter funzionare, sostanze che giungono alla retina in maniera adeguata quando essa è perfettamente aderente alle pareti del bulbo oculare. In determinate condizioni la retina può andare incontro a delle rotture al suo interno oppure alla formazione di tessuti anomali che ne determinano il distacco dalla sua naturale posizione, con conseguente perdita progressiva della funzione visiva. Raramente la retina può staccarsi anche in presenza di fenomeni essudativi di varia origine.

Per poter preservare la funzione visiva compromessa dal distacco di retina è necessario, tranne che nei casi di distacco essudativo, ricorrere alla chirurgia, che ha lo scopo di riposizionare la retina nella sua normale configurazione.

INTERVENTI PER CORREGGERE IL DISTACCO DI RETINA

La chirurgia del distacco di retina è tra le più difficili e richiede al chirurgo che la esegue e alla sua équipe un alto grado di preparazione, abilità manuale e competenza nelle molteplici manovre tecniche necessarie a manipolare e riposizionare un tessuto quale quello retinico di dimensioni piccolissime, circa 300 micron di spessore, e di altissima complessità anatomica e funzionale. Una volta verificatosi il distacco di retina, non esistono alternative all'intervento chirurgico, a eccezione dei casi rari di distacco retinico essudativo che richiedono un approccio individualizzato.

Le principali tecniche disponibili sono 3: pneumoretinopessia, chirurgia episclerale, vitrectomia.

In tutti i casi la chirurgia viene eseguita in sala operatoria, in modalità sterili, utilizzando sofisticate apparecchiature dedicate.

PNEUMORETINOPESSIA

Questa tecnica prevede la iniezione intraoculare di una miscela di aria e gas che ha lo scopo di sospingere meccanicamente la retina staccata verso la sua posizione normale e di tamponare le rotture retiniche permettendo il riassorbimento del liquido sottoretinico. Prevede poi il trattamento delle rotture retiniche attraverso sonde congelanti, crioterapia o applicazione di laser. Tale tecnica permette un approccio mini invasivo, ma richiede una assoluta collaborazione da parte del paziente, che nei giorni successivi alla iniezione di gas deve assumere delle posizioni obbligate precise e talvolta non confortevoli. A fronte della scarsa invasività presenta percentuali di successo nel riappianare la retina leggermente inferiori rispetto ad altre tecniche, ma non ne compromette comunque un utilizzo in sequenza in caso di insuccesso.

CHIRURGIA EPISCLERALE

Questa tecnica prevede di chiudere le rotture retiniche agendo dall'esterno sulle pareti del bulbo oculare, fissando alla sclera con alcune suture dei materiali adatti, cerchiaggi e piombaggi sclerali. Il riaccollamento retinico viene poi spesso facilitato dalla esecuzione di un drenaggio del liquido sottoretinico stesso e dalla iniezione di miscele di aria e gas eseguite sempre dall'esterno del bulbo, mentre le rotture retiniche vengono sigillate con crioterapia o laserterapia.

Queste tecniche prevedono spesso la necessità di far assumere nel periodo post operatorio al paziente delle posizioni obbligate obbligandolo alla immobilità, rendendo necessaria perciò una buona collaborazione da parte del paziente stesso.

La chirurgia episclerale permette di trattare il distacco di retina con efficacia, ma non nei casi in cui la retina sia trattenuta da tessuti anomali o quando le rotture retiniche siano non visibili oppure troppo estese e in posizioni sfavorevoli.

VITRECTOMIA

La vitrectomia consiste in una serie di tecniche chirurgiche che vengono eseguite direttamente all'interno del bulbo oculare. Viene eseguita quando la retina è interessata da fenomeni di crescita di membrane patologiche sulle superfici retiniche, quando il liquido contenuto all'interno del bulbo, il vitreo, è degenerato o patologico, o quando le patologie degenerative e le rotture retiniche sono troppo estese per essere affrontate con le altre tecniche. Il primo passo chirurgico consiste nella rimozione del corpo vitreo, al quale seguono le manovre di liberazione, riposizionamento e trattamento della retina e di altre anomalie oculari eventualmente presenti. Una volta riposizionata, la retina viene fissata applicando laser, mentre la cavità vitreale, ora vuota, a fine intervento viene riempita con sostanze, dette tamponanti, che possono essere liquide, gassose od oleose. Le sostanze gassose vietano al paziente nel post operatorio i viaggi in aereo o il salire a quote elevate, pena gravissime conseguenze sulla funzionalità della retina, ma si riassorbono spontaneamente, mentre le sostanze oleose, in primis l'olio di silicone, lasciano nel post operatorio libertà maggiore al paziente, ma necessitano di un secondo intervento per essere rimosse. La rimozione dell'olio di silicone dall'occhio si esegue nei casi in cui la retina dia sufficiente garanzia di non andare incontro a un nuovo distacco, e in questo caso può essere lasciato all'interno dell'occhio anche per sempre, controllando adeguatamente il paziente per la possibile comparsa di fenomeni di intolleranza. Spesso durante la esecuzione della vitrectomia risulta indicato eseguire in contemporanea la rimozione del cristallino con impianto lente intraoculare sia per prevenire la molto probabile insorgenza di opacità del cristallino stesso, sia per porsi nelle condizioni migliori per poter attuare la completa rimozione del corpo vitreo, non sempre eseguibile lasciando in sede il cristallino.

Nonostante i grandi progressi compiuti nella messa a punto di queste tecniche, non è sempre possibile ottenere il riaccollamento retinico con un solo intervento, o impedire che la retina possa ristaccarsi nel periodo post operatorio. Tali evenienze sono molto frequenti in presenza di una condizione denominata proliferazione vitreoretinica-PVR, frequente nei casi di distacco retinico non recente, nelle forme post traumatiche, nei pazienti giovani, nei miopi e in genere in tutte le condizioni nelle quali il distacco di retina è associato ad altre patologie oculari. Casi di questo tipo possono richiedere la esecuzione di molteplici ripetuti interventi di vitrectomia.

ANESTESIA

Questo intervento può essere eseguito sia in anestesia loco-regionale sia 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 stesso, e delle preferenze del paziente stesso.

DIMISSIONE E DECORSO POST OPERATORIO

L'intervento può essere eseguito in regime ambulatoriale, in regime di ricovero giornaliero o in regime di ricovero ordinario, e 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 sempre possibile che si renda necessario trattenere nella struttura un paziente per cui era prevista la dimissione immediata qualora le condizioni cliniche mutate lo richiedessero.

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 per distacco retinico ha fondamentale importanza, nei giorni successivi all'intervento, l'assunzione di determinate posizioni del capo e, nel caso si siano utilizzate sostanze tamponanti gassose, astenersi dai viaggi aerei o salire di quota per tutto il tempo che verrà indicato dal chirurgo oculista al momento della dimissione.

GUARIGIONE E RECUPERO DELLA FUNZIONE VISIVA

La particolare raffinatezza e delicatezza della retina e il fatto che essa sia composta di strutture e cellule che non sono in grado di rigenerarsi una volta perdute comporta che, dopo un intervento di correzione di un distacco retinico perfettamente eseguito, la funzione visiva non ritorni mai alle condizioni precedenti il distacco stesso.

Mentre il distacco retinico se non trattato porta alla perdita della visione, la riparazione del distacco perfettamente riuscita lascia sempre un certo grado di menomazione visiva, che può essere molto lieve e quasi impercettibile dal paziente nelle sue normali attività, o anche molto grave e invalidante. Non è possibile formulare una previsione sul tipo di recupero visivo nel singolo paziente affetto da distacco retinico.

COMPLICANZE

Non esiste nessun intervento chirurgico che sia privo di complicanze.

Inoltre quanto maggiore è la complessità di un intervento, tanto più facile è andare incontro a delle complicanze, e ciò è il caso della chirurgia del distacco retinico che, come già sottolineato, rappresenta un campo della chirurgia particolarmente difficile e complesso.

Pur non essendo possibile elencare tutte le possibili complicanze di un intervento di correzione del distacco di retina, le principali sono le seguenti: complicanze operatorie: perforazione bulbare, ematoma orbitario, lesioni del nervo ottico, bradicardia e arresto cardiaco, emorragia intraoculare, emorragia e distacco di coroide, emorragia espulsiva, incarceramento retinico, occlusioni vascolari arteriose e venose, iniezione sottoretinica o coroideale di sostanze tamponanti, ipertono, opacamento e spostamento del cristallino naturale, dislocazione del cristallino artificiale.

Complicanze post operatorie: endoftalmite, uveite, comparsa di proliferazione vitreo retinica PVR con recidiva di distacco e formazione di membrane di contrazione, glaucoma, edema corneale, estrusione del materiale indentante, diplopia, ptosi palpebrale, cataratta, formazione di nuove rotture, tisi bulbare, dolore bulbare cronico, ischemia oculare, atrofia maculare, atrofia ottica.

RIFIUTO DEL CONSENSO ALLA PROCEDURA PROPOSTA

in caso di rifiuto ad accettare la procedura terapeutica proposta saranno possibili peggioramenti progressivi della funzionalità visiva.

