

INFORMATIVA ENUCLEAZIONE

L'intervento chirurgico di enucleazione consiste nella rimozione del bulbo oculare in toto, dopo averlo separato da ogni connessione anatomica con i tessuti orbitalari (muscoli extraoculari, guaine di connessione, ligamenti). Il bulbo viene anche separato dal nervo ottico che viene sezionato posteriormente.

L'enucleazione è indicata in caso di tumori maligni intraoculari (melanoma della coroide e retinoblastoma non trattabili con terapie conservative, altri tumori maligni); traumi gravi del bulbo non trattabili con chirurgia conservativa; occhio cieco e dolente (es. glaucoma neovascolare, endoftalmite, uveite) nei casi in cui non sia possibile eseguire una eviscerazione.

L'enucleazione può essere controindicata in caso di tumori maligni intraoculari con evidenza di infiltrazione orbitaria. In questi casi è necessaria una enucleazione allargata, trattamenti adiuvanti o una exenteratio dell'orbita (rimozione di tutto il contenuto endorbitario).

L'obiettivo dell'enucleazione è quello di rimuovere l'organo malato, rimpiazzando il volume orbitario con una endoprotesi sintetica o con tessuto prelevato dal paziente stesso (impianto dermo-adiposo) per un migliore risultato funzionale ed estetico al paziente. In alcuni casi, generalmente per motivi oncologici, infettivi o legati all'età del paziente, può essere indicato non posizionare una endoprotesi.

Nei pazienti pediatrici la rimozione dell'occhio si esegue quando il processo di accrescimento non è ancora completato e l'occhio non ha ancora raggiunto le dimensioni definitive tipiche dell'età adulta. Un occhio normale raggiunge l'85% della propria lunghezza assiale a due anni di vita e continua ad aumentare le proprie dimensioni dell'1% per anno fino a completare il processo di crescita. Per questo motivo, i pazienti pediatrici sottoposti ad enucleazione possono richiedere procedure successive per sostituire l'impianto endorbitario in relazione all'accrescimento orbitario; in alcuni casi può essere indicato un impianto con tessuto prelevato dal paziente stesso (dermo-adiposo).

TRATTAMENTO CHIRURGICO

L'intervento viene solitamente eseguito in anestesia generale; solo in casi particolari si esegue in 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. Dopo aver praticato una peritomia congiuntivale su 360° ed aver separato la capsula di Tenone dal bulbo oculare, si procede ad isolare i muscoli extra-oculari ed a staccarli dalla loro inserzione sul bulbo. Esercitando una leggera trazione verticale, si procede ad enucleare il bulbo sezionando il nervo ottico. Il bulbo oculare viene inviato all'anatomopatologo per l'analisi istologica. Nel caso di patologie oncologiche il paziente dovrà seguire dei protocolli di follow-up e di trattamento postoperatorio secondo le indicazioni del medico curante.

Generalmente il volume orbitario viene ripristinato inserendo un impianto endorbitario di dimensione adeguata. Questo impianto può essere costituito da materiale biocompatibile, o da tessuto prelevato dal paziente stesso durante l'intervento (innesto dermo-adiposo). I muscoli extra-oculari vengono quindi suturati sull'impianto in modo da consentirne la mobilità. I tessuti che ricoprono l'occhio (capsula di Tenone e congiuntiva) vengono suturati per piani al di sopra dell'impianto e 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. Si pratica infine un bendaggio leggermente compressivo 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.

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 e del protesista.

TRATTAMENTI ALTERNATIVI

I possibili trattamenti alternativi per la terapia dei tumori intraoculari saranno discussi con il paziente. In caso di bulbo cieco e dolente va valutata la possibilità di una eviscerazione.

MANCATO TRATTAMENTO

Il mancato trattamento nel caso di una neoformazione maligna può determinare conseguenze che sono in relazione al tipo istologico, alla grandezza, alla localizzazione della neoformazione e all'età del paziente. In assenza di trattamento la neoformazione può aumentare di dimensioni, estendersi alle regioni perioculari ed all'orbita e in alcuni casi la neoplasia può disseminarsi alle regioni linfonodali e per via ematica.

COMPLICANZE

Precauzioni e avvertenze particolari

- È necessario eseguire attentamente le valutazioni preoperatorie e marcare nell'immediato preoperatorio l'occhio da enucleare quando il paziente è ancora cosciente.
- In presenza di un tumore maligno oculare può essere necessario asportare una parte del nervo ottico per evitare la diffusione del tumore stesso lungo il decorso del nervo e per una eradicazione completa.

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.

Complicanze post-operatorie tardive

- Esposizione dell'impianto endobulbare: 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 eviscerazione, 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 altri 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.
- Deiscenza della ferita in caso di innesto dermoadiposo.

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

RIFIUTO DEL CONSENSO ALLA PROCEDURA PROPOSTA

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

