

INFORMATIVA RIMOZIONE-IMPIANTO DI IOL

AFACHIA

Il bulbo oculare è una struttura di forma sferica, la sua parte anteriore è composta dalla cornea, dalla pupilla e dal cristallino, mentre la sua parte centrale e posteriore è composta dalla sclera, la cui superficie interna è interamente rivestita dalla retina. Il volume interno del bulbo oculare è riempito di una sostanza trasparente denominato vitreo.

La retina è una membrana sottilissima, una vera estroflessione del cervello all'interno dei bulbi oculari, in cui 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.

In conseguenza di diverse condizioni (traumi, anomalie congenite o acquisite, interventi chirurgici) ci possiamo trovare di fronte all'assenza del cristallino nella sua sede normale, condizione che si indica con il termine di afachia. Poiché il cristallino è deputato a focalizzare le immagini provenienti dal mondo esterno sulla retina retrostante, in questa condizione la visione è molto compromessa.

Per ripristinare una visione utile è talvolta possibile utilizzare una correzione ottica con occhiali o con lenti a contatto, oppure è necessario provvedere a impiantare una lente artificiale o IOL (Intra Ocular Lens) all'interno dell'occhio.

INTERVENTO CHIRURGICO

L'impianto di IOL in questi casi può essere eseguito con tecniche diverse a seconda che il legamento che sostiene normalmente il cristallino naturale, denominato sacco capsulare, sia integro, parzialmente mancante oppure del tutto assente. Se è integro è possibile impiantare la IOL all'interno del sacco capsulare stesso (impianto nel sacco capsulare), se è parzialmente mancante è talvolta possibile impiantare la IOL davanti ai residui del sacco stesso (impianto nel solco ciliare), mentre se è del tutto assente è necessario fissare la lente intraoculare ad altre strutture anatomiche quali la sclera (impianto a fissazione sclerale), all'iride (impianto a fissazione iridea), o nell'angolo camerulare (impianto ad appoggio angolare).

Impianto di IOL nel sacco capsulare. Rappresenta la modalità di impianto più fisiologica ma richiede una assoluta integrità e resistenza del sacco stesso.

Impianto di IOL nel solco ciliare. Anche in questo caso l'impianto di IOL avviene in una posizione vicina a quella naturale, ma la possibilità di eseguirlo dipende dalle condizioni del sacco capsulare residuo, condizioni che talvolta possono essere valutate con sicurezza solo intraoperatoriamente, nel momento dell'intervento chirurgico stesso.

Impianto di IOL a fissazione sclerale. Prevede di fissare la IOL di un tipo particolare alle pareti del bulbo oculare, quindi nel guscio sclerale, attraverso l'utilizzo di speciali suture o tecniche di incastro appositamente messe a punto. 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. Anche 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, è fornita di piedini che ne permettono l'alloggiamento davanti alla pupilla nell'angolo camerulare.

Le condizioni anatomiche che si associano alla afachia possono poi richiedere 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.

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

ANESTESIA

Questo intervento può essere eseguito sia in anestesia loco-regionale che 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 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, oltre che 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 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 salire di quota per tutto il tempo che verrà indicato dal chirurgo oculista al momento della dimissione.

COMPLICANZE

Non esiste nessun intervento chirurgico che sia privo di complicanze.

Inoltre, tanto maggiore è la complessità di un intervento, tanto più è facile andare incontro a delle complicanze, e questo è proprio il caso degli interventi di impianto secondario di IOL.

Pur non essendo possibile elencare tutte le eventuali complicanze di un intervento di impianto secondario di IOL, le principali sono le seguenti:

Complicanze operatorie: 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, (spostamento?) 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 (pvr), distacco di retina



RIFIUTO DEL CONSENSO ALLA PROCEDURA PROPOSTA

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

