

INFORMATIVA

SCLERECTOMIA PROFONDA

CHE COS'È IL GLAUCOMA

Il Glaucoma è una malattia caratterizzata da un danno progressivo e irreversibile al nervo ottico (il collegamento tra l'occhio e il cervello) che compare ed evolve spesso non accompagnato da dolore o altri sintomi. Come risultato il paziente incorre in una perdita progressiva della vista a partire dall'esterno verso il centro (danno al campo visivo periferico e poi centrale) e ciò è avvertito dal paziente con lo "sbattere" o "inciampare" inavvertitamente nell'ambiente esterno. Esistono differenti tipi di glaucoma che vengono distinti a seconda della anatomia (ad angolo aperto o ad angolo chiuso) o se primitivi o secondari ad altre cause. Se non diagnosticato e curato in tempo, il glaucoma può portare il paziente alla cecità. Anche se curato subito dopo la diagnosi, attualmente non vi sono trattamenti possibili per recuperare il campo visivo già alterato dalla malattia. Tra i fattori di rischio per questa malattia, l'aumento della pressione intraoculare (IOP) oltre un livello soglia, che è un valore individualizzabile per ciascun paziente, è il principale e costituisce il target del trattamento per rallentare la progressione della malattia. Altri fattori sono legati alla familiarità o al tipo di etnia; altri ancora legati a particolari alterazioni oculari come miopia elevata, sindrome da dispersione di pigmento e sindrome esfoliativa; infine, ipertensione, diabete, BCPO, sindrome apnee notturne e malattie cardiovascolari possono associarsi ad alcune forme di glaucoma. Per valutare lo stadio della malattia oltre all'acuità visiva del paziente vengono monitorati il tono oculare con tonometria, le alterazioni a carico del nervo ottico (escavazione) e il campo visivo con metodiche standardizzate. La riduzione della IOP può essere ottenuta con terapia medica, trattamenti laser, o interventi chirurgici. La terapia farmacologica comprende farmaci che riducono la pressione oculare (classi principali: antagonisti beta-adrenergici, inibitori dell'anidrasa carbonica, agonisti adrenergici, analoghi delle prostaglandine, parasimpaticomimetici, inibitori delle Rho-kinasi), farmaci che "proteggono" le fibre del nervo ottico (neuroprotezione) e farmaci che migliorano la perfusione oculare. Alla terapia medica si può associare anche la terapia parachirurgica mediante trattamento laser (ALT, SLT, MLT) che ha lo scopo di ridurre la IOP agendo sulla via di deflusso.

SCLERECTOMIA PROFONDA

Se durante il follow up della malattia acuità visiva, campo visivo, tonometria (target pressorio) ed escavazione della papilla peggiorano nonostante la terapia medica e/o parachirurgica o qualora la particolare gravità del quadro clinico lo richiedesse risulta necessario intervenire con una terapia chirurgica che può essere eseguita in diversi modi: Uno di questi è rappresentato dalla sclerectomia profonda.

SCLERECTOMIA PROFONDA Obiettivo della sclerectomia profonda come la trabeculectomia è drenare l'umore acqueo dall'interno all'esterno dell'occhio mediante una nuova via che porta alla riduzione del tono oculare pari o inferiore al target pressorio in modo da raggiungere nella maggior parte dei casi un arresto della progressione della malattia. A differenza della trabeculectomia la riduzione pressione è statisticamente inferiore. L'intervento può essere effettuato in anestesia loco-regionale e in casi particolari (per elevata miopia, la collaborazione ridotta del paziente o per la gravità del difetto del campo visivo) è invece necessario ricorrere a una anestesia generale. L'intervento chirurgico, consiste nel creare un lembo di sclera (sportello) e al di sotto del quale viene rimosso un piccolo tassello di sclera in profondità in corrispondenza alla parete posteriore del trabecolato al fine di creare una percolazione di umore acqueo dalla camera anteriore allo spazio sottocongiuntivale senza che vi sia una comunicazione diretta tra gli spazi. Infine, lo

sportello sclerale viene suturato e ricoperto con congiuntiva. Per modulare la cicatrizzazione naturale dell'occhio si impiegano farmaci quali il 5FU e la mitomicina C, ad azione citostatica e antinfiammatoria.

COMPLICANZE

Non esiste nessun intervento chirurgico privo di complicanze. Per il paziente è possibile incorrere in complicanze prima, durante e dopo l'intervento. Prima dell'intervento al momento dell'anestesia locale le più comuni sono emorragie retrobulbari, perforazione del bulbo, lesioni al nervo ottico e ai muscoli oculari. Complicanze severe durante l'intervento come una massiva emorragia intraoculare (esclusiva) associata a sovvertimento delle strutture intraoculari interne e conseguente perdita della vista. Complicanze intraoperatorie di diversa gravità come le emorragie congiuntivali, sclerali, iridee, della membrana di Descemet; lacerazioni congiuntivali, ferite sclerali, prolassi vitreali, il prolasso dell'iride, il distacco di coroide, le emorragie retiniche, lacerazioni retiniche e le emorragie in camera anteriore. Complicanze successive all'intervento oltre all'endofthalmite una gravissima infezione intraoculare che può portare alla perdita funzionale o anatomica dell'occhio; vi può essere la riduzione della camera anteriore più o meno marcata fino all'appiattimento (atalamia) da eccesso di filtrazione; eccesso di cicatrizzazione con chiusura del tramite, il sanguinamento in camera anteriore, il distacco di coroide, il distacco di retina, il glaucoma maligno (associata ad alterazione del normale circolo intraoculare di umor acqueo), fenomeni infiammatori dell'occhio in toto o parziali, danni al nervo ottico; comparsa di cataratta se questa non era stata operata contestualmente al glaucoma.

DIMISSIONE E DECORSO POSTOPERATORIO

L'intervento può essere eseguito 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 giornaliera 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 per il glaucoma, nei giorni successivi all'intervento, è di fondamentale importanza la rilevazione del tono oculare e la corretta esecuzione della terapia medica o la possibile esecuzione di terapie parachirurgiche (massaggi, apposizione o regolazione di suture) al fine di raggiungere il target pressorio.

GUARIGIONE E RECUPERO DELLA FUNZIONE VISIVA Il decorso postoperatorio è altrettanto importante quanto l'atto chirurgico. Il paziente non deve mai sospendere la terapia prescritta sino a contrordine del chirurgo e seguire le istruzioni del chirurgo al momento della dimissione. La guarigione completa avviene di norma entro sei mesi dall'intervento. Come più sopra ricordato, l'intervento si propone solo di ridurre la pressione oculare bloccando l'evoluzione della malattia: pertanto acuità visiva, alterazioni del nervo ottico e perimetriche non migliorano con l'intervento chirurgico.

RIFIUTO DEL CONSENSO ALLA PROCEDURA PROPOSTA

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

