

Dott Federico Garzione

Specialista in Clinica Oculistica

Specialista in Chirurgia Plastica e Medicina Rigenerativa

Via Carlo Poma n. 2 00195 ROMA

Tel. 06-3728555

**Promemoria allegato al consenso informato dell’intervento di decompressione orbitaria nell’oftalmopatia di Graves**

Definizione di oftalmopatia di Graves

L’oftalmopatia di Graves è un processo infiammatorio che interessa le strutture intaorbitarie con infiltrazione di quest’ultime da parte di cellule infiammatorie edema e proliferazione dei tessuti connettivi che comportano una protusione dei bulbi oculari ( esoftalmo ) dipendente da un processo autoimmune che colpisce la tiroide. Le alterazioni a carico dell’orbita possono associarsi a gozzo tireotossico ma possono presentarsi anche isolatamente. La malattia è più frequente tra le donne e tra i fumatori.

Le manifestazioni cliniche sono estremamente variabili e complesse e attualmente sono inquadrate da una classificazione della malattia che comprende 7 classi numerate da 0 a 6 che definiscono le diverse manifestazioni cliniche della malattia in ordine sequenziale temporale e di gravità.

Si va dalla classe 0 che corrisponde all’assenza di sintomi e segni, la classe I comprende la presenza di retrazione palpebrale, nella classe II si hanno sintomi e segni da interessamento dei tessuti molli dell’orbita e delle palpebre , la presenza di esoftalmo superiore a 2 mm rientra nella classe III, l’interessamento dei muscoli oculari estrinseci corrisponde alla classe IV, la presenza di sofferenza corneale corrisponde alla classe V e infine in presenza di un disturbo visivo secondario a neuropatia ottica il quadro è quello della classe VI.

Lo spettro di coinvolgimento delle strutture oculari nell’oftalmopatia di Graves va da anomalie molto lievi che possono essere rilevate solo mediante un preciso e attento esame clinico fino a condizioni drammatiche che comportano gravi disturbi della funzione visive e alterazioni estetiche.

Un segno classico della malattia è la retrazione palpebrale, legata ad una iperstimolazione del muscolo di Mùller nonché dall’aumento del tono e dell’attività del complesso muscolare della palpebra superiore.

L’infiammazione dei tessuti molli orbitari porta sintomi e segni, a volte aspecifici, che comprendono aumentata lacrimazione , dolore retro orbitario e sensazione di corpo estraneo, iperemia ed edema delle palpebre e della congiuntiva, aumento di volume della ghiandola lacrimale, infiammazione a livello dell’inserzione dei muscoli extraoculari.

Tra i meccanismi responsabili della congestione orbitaria oltre all’aumento del volume delle strutture in essa contenute correlato al processo infiammatorio si ritiene possa essere presente un difettoso drenaggio della vena oftalmica dovuto all’ingrossamento del muscolo retto superiore con possibile aumento della pressione intraoculare.

L’oftalmopatia di Graves è la causa più frequente di esoftalmo e nella maggior parte dei casi è bilaterale; dopo l’interessamento dei tessuti molli la seconda manifestazione più frequente è una limitazione della motilità oculare. L’interessamento dei muscoli oculari è caratterizzato da un progressivo aumento del loro volume dovuto ad infiltrazione di cellule infiammatorie ed edema seguiti da fibrosi. Questo provoca visione offuscata, visione doppia e una sensazione di limitazione nello sguardo verso l’alto.

Nei casi più gravi l’ingrossamento dei muscoli oculari e del tessuto connettivo orbitario può causare una compressione del nervo ottico che può portare a un grave deficit visivo.

La prima fase del trattamento è orientata verso il ripristino di una normale funzionalità tiroidea e il trattamento può essere di tipo farmacologico, radioterapico o chirurgico ( tiroidectomia ); solo quando i valori di esoftalmo sono stabili da alcuni mesi e soprattutto la funzionalità tiroidea è controllata possono essere prese in considerazioni le tecniche di decompressione orbitaria.

**Raccomandazioni generali**

* Restare digiuni dalla mezzanotte del giorno prima che precede l’intervento
* Qualora l’interessato segua una determinata terapia medica questa deve essere mantenuta anche nel giorno dell’intervento previo parere chirurgico. In particolare è importante concordare con il chirurgo l’uso di farmaci che fluidificano il sangue ( anticoagulanti e antiaggreganti ) in quanto, in genere devono essere sospesi o modificati in relazione alle condizioni generali del soggetto ed alle necessità contingenti operatorie.
* Non utilizzare rossetto per le labbra o smalto sulle unghie o qualunque altra cosa che possa impedire la sorveglianza del naturale colorito corporeo durante l’intervento.
* Evitare di applicare lenti a contatto e di truccare gli occhi.
* Essere accompagnati da una persona valida e responsabile.
* Si consiglia di avere a disposizione degli indumenti confortevoli.
* Dopo l’intervento un bendaggio compressivo o ghiaccio può essere applicato all’occhio operato per 24-48 ore.
* È necessario rispettare il riposo con la testa sollevata durante le prime 24-48 ore dall’intervento.
* Il drenaggio oculare posto al momento dell’intervento viene rimosso generalmente 24-48 ore dopo l’intervento mentre le suture vengono rimosse tra il sesto e dodicesimo giorno dopo l’intervento.
* È necessaria una terapia con pomate e colliri e antibiotica per via generale.
* Dopo l’intervento si manifestano normalmente, e in maniera variabile da individuo ad individuo, edemi, ecchimosi e discromie destinate a scomparire in un periodo di tempo variabile, generalmente per alcuni giorni.
* Dopo l’intervento si manifestano normalmente arrossamento ed edema oculare, aumento della lacrimazione e fotofobia con un certo offuscamento alla visione. Questi effetti collaterali persistono generalmente per pochi giorni.
* Non è consigliabile guidare l’auto per la prima settimana dopo l’intervento ed effettuare sforzi fisici nei primi 20 giorni (attività sportiva o lavori pesanti).
* Non è consigliabile l’uso di lenti a contatto per circa 3 settimane.
* Non è consigliabile l’esposizione al sole nei due mesi successivi all’intervento.

**Procedura chirurgica**

L’intervento viene eseguito in un ambiente sterile (sala operatoria), normalmente in anestesia generale.

Il trattamento chirurgico ha lo scopo di ottenere una diminuzione del volume orbitario attraverso la decompressione dello spazio adiacente e la correzione della disfunzione dei muscoli oculari e della posizione delle palpebre. La decompressione chirurgica dell’orbita determina un allargamento meccanico dello spazio confinante mediante la parziale rimozione di pareti ossee e periostio, consentendo il prolasso dei tessuti molli orbitari posteriori negli spazi adiacenti e diminuendo la pressione sul nervo ottico e sul globo. La chirurgia è efficace in misura massima se eseguita su un orbita stabilizzata, non più infiammata

Le tecniche conosciute di decompressione orbitaria sono numerose ma attualmente le più utilizzate sono:

1. l’aumento di dimensione dell’orbita ossea mediante allargamento delle pareti orbitarie: inferiore, laterale e mediale
2. diminuzione del contenuto orbitario mediante asportazione di parte del tessuto grassoso in essa contenuto.

Le due tecniche sono combinate nei casi di esoftalmo elevato.

Dopo l’intervento verrà posizionato un drenaggio cutaneo a livello oculare che potrà essere rimosso 24-48 ore dopo l’intervento; verrà applicato un bendaggio compressivo o ghiaccio per ridurre l’edema dei tessuti.

**Complicazioni**

Come tutti gli interventi chirurgici anche la chirurgia di decompressione orbitaria non è esente da rischi e quindi da possibili complicanze più o meno gravi

* Infezioni: sono rare dopo l’intervento di decompressione ma risolvibili con una terapia antibiotica adeguata.
* Una perforazione inavvertita dell’area cribriforme può causare la fuga di liquido cerebrospinale o emorragia sub aracnoidea.
* Enoftalmo dovuto ad una decompressione troppo aggressiva.
* Perdita della vista da danno diretto del nervo ottico, sua compromissione vascolare o da eccessiva pressione sul bulbo.
* Insorgenza di ptosi generalmente transitoria che tende a risolversi spontaneamente; in caso contrario sarà necessario un intervento chirurgico correttivo.
* Insorgenza di strabismo se non era già presente o l’aggravarsi dello stesso con possibile visione doppia che richieda una successiva correzione chirurgica.
* Insorgenza di ectropion della palpebra inferiore, e altre malposizioni palpebrali in seguito a lesione della fascia capsulo-palpebrale o a cicatrici del setto orbitario che possono richiedere una correzione chirurgica.
* Perdita transitoria della sensibilità cutanea per lesioni a piccoli rami nervosi. Si risolve generalmente con completa restituito ad integrum in 60-90 giorni.
* Deiscenza (apertura) di una parete della ferita , per scarsa cicatrizzazione; è necessario quando ampia suturare nuovamente la zona.
* Possono comparire talvolta piccole cisti in corrispondenza dei punti di sutura. Spesso si risolvono spontaneamente con il tempo, altrimenti possono essere rimosse.
* Comparsa di emorragie sottocongiuntivali (appaiono come macchie rosse sulla parte bianca dell’occhio). Si riassorbono spontaneamente.
* Edema congiuntivale (scollamento della membrana trasparente che avvolge l’occhio per raccolta di liquido), che, in genere, si risolve nel tempo.
* Variazioni della refrazione.
* Cicatrici anestetiche ed ipertrofiche sono rare ma possibili.
* Iperpigmentazione cutanea, sempre transitoria, talvolta necessita l’uso prolungato di creme schiarenti e di filtri solari

Consegnato il……………….

da………………………

Firma……………………

**CONSENSO INFORMATO ALL’INTERVENTO DI DECOMPRESSIONE ORBITARIA**

Io sottoscritto/a ……………………………… nato/a a ……………… il ……….......…

Esercente la podestà di……………………… nato/a a ……………… il ……………....

Dichiaro di autorizzare il Prof/Dott ……………………………………………………

**ad eseguire la procedura di decompressione orbitaria**

Dichiaro di aver ricevuto il documento ‘Promemoria allegato al consenso informato all’intervento di decompressione orbitaria’, composto di 4 (quattro) pagine, di averlo letto e compreso in ogni sua parte e di aver avuto un tempo ragionevole per meditare e discutere con il chirurgo.

Dichiaro che la possibilità di trattamenti alternativi o del non trattamento è stata discussa con il chirurgo e valutata.

Dichiaro di aver compreso il concetto di rischio chirurgico generico ed in particolare i possibili rischi sequele e le complicanze, nonché le caratteristiche del decorso post operatorio che il piano di trattamento comporta.

Dichiaro di aver compreso che qualsiasi tipo di trattamento agendo su un essere vivente, portatore di una sua individualità fisiologica e patologica, non consente di fornire garanzie di risultato ma solo impegno a mettere in opera, secondo scienza e coscienza, i mezzi tecnici necessari ad eseguire con normale buon livello tecnico l’intervento chirurgico.

Autorizzo l’esecuzione di procedure aggiuntive che il chirurgo dovesse ritenere necessarie durante il corso della operazione programmata in seguito a circostanze particolari o complicanze.

Autorizzo l’esecuzione di fotografie, riprese cinematografiche inerenti all’affezione ed al suo trattamento, nonché la loro utilizzazione, per scopi medici scientifici ed educativi, fermo restando l’assoluta garanzia di anonimato.

Riconosco che la natura dell'esame o dell'intervento, compresi i rischi, mi sono stati spiegati in termini che ho ben compreso, e che il medico ha risposto in modo soddisfacente a tutte le domande che gli ho posto.

Ho disposto di una proroga sufficiente per riflettere e:

DO IL MIO CONSENSO (data e firma) ……………………………………………………

NON DO IL MIO CONSENSO per la realizzazione dell'atto che mi è stato proposto

(data e firma) ……………………………………………………

In caso di paziente minore/interdetto/incapace, la presente informazione è stata fornita al Sig./Sig.ra

…………………………………………nella sua qualità di: (legale rappresentante), il/la quale ha rilasciato il relativo consenso/dissenso.

Il responsabile del trattamento medico-chirurgico Dott…………………………………………