

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



RETINOPATIA DIABETICA

Gentile paziente,
la patologia per la quale si è rivolto alla nostra struttura si chiama:

RETINOPATIA DIABETICA

Scopo di questo materiale informativo è, pur tenendo conto della complessità dell'argomento, fornirle in maniera semplice e comprensibile le principali informazioni sulla Sua patologia e farle comprendere le motivazioni della scelta terapeutica che Le è stata proposta quale più adatta al Suo specifico caso.

Il personale medico della nostra struttura è disponibile a fornire qualsiasi ulteriore chiarimento per ogni dubbio che Lei potesse avere.

COS'E' LA RETINOPATIA DIABETICA?

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 che 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 che richiede una gran quantità di sostanze nutritive per poter funzionare, sostanze che giungono alla retina stessa in maniera adeguata quando i vasi che la irrorano sono perfettamente normali e quando essa è aderente alle pareti del bulbo oculare. La malattia diabetica produce nel tempo un danno a tutti i vasi dell'organismo che si assottigliano progressivamente fino a chiudersi completamente, lasciando privi di irrorazione i tessuti circostanti. Tale processo colpisce tutti i distretti, ma particolarmente quei tessuti molto attivi e molto ricchi di vasi, come la retina. La perdita di irrorazione della retina dovuta al diabete produce la RETINOPATIA DIABETICA, un quadro clinico che all'inizio non provoca alcun danno visivo al paziente ma che nel tempo porta a un calo visivo progressivo. Nelle fasi iniziali la retinopatia diabetica si può trattare con terapia laser in più sedute o con la somministrazione, direttamente all'interno dell'occhio, di particolari farmaci. In alcuni casi la retinopatia diabetica può progredire verso la forma di RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERANTE, caratterizzata dalla formazione e dalla crescita progressiva di vasi anomali sulla superficie retinica. In questa condizione i vasi anomali possono andare incontro a fenomeni di contrazione che possono causare la formazione di estese emorragie vitreali, denominate emovitreo, di emorragie retiniche e di trazioni e vero e proprio distacco della retina dalla sua naturale posizione, con conseguente perdita totale della funzione visiva.

In questi casi è possibile ricorrere alla terapia chirurgica che ha lo scopo di rimuovere le emorragie vitreali e retiniche, rimuovere i vasi neoformati e riposizionare la retina nella sua normale posizione ed eseguire il trattamento laser delle zone di retina non più irrorate adeguatamente.

INTERVENTI PER TRATTARE LA RETINOPATIA DIABETICA

La chirurgia del vitreo e della retina, denominata chirurgia vitreo retinica, è tra le più difficili e richiede al chirurgo che la esegue e alla sua equipe un alto grado di preparazione, abilità manuale e competenza nell'effettua-

re le molteplici manovre tecniche necessarie a manipolare i tessuti vitreali e retinici di dimensioni piccolissime e di altissima complessità anatomica e funzionale.

La tecnica chirurgica indicata per la retinopatia diabetica si chiama vitrectomia.

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

VITRECTOMIA

La vitrectomia consiste in una serie di tecniche chirurgiche che vengono eseguite direttamente all'interno del bulbo oculare. Viene eseguita in questo caso per rimuovere il sangue dalla cavità vitreale, per poter rimuovere i vasi anomali cresciuti sulla superficie retinica e per liberare la retina dalle contrazioni che ne provocano la distorsione e permetterne un corretto riposizionamento nella sua normale posizione.

Una volta liberata dalle trazioni e riposizionata la retina, si procede al trattamento laser che ha lo scopo sia di fissarla nella sua posizione più naturale sia di trattare le zone di retina non più irrorate dal sangue a causa della chiusura dei vasi retinici causata dalla retinopatia diabetica.

La cavità vitreale ora vuota, a fine intervento viene riempita con sostanze, dette tamponanti, che possono essere liquide, gassose o oleose. Le sostanze gassose vietano nel postoperatorio al paziente i viaggi in aereo o il salire a quote elevate, pena gravissime conseguenze sulla funzionalità della retina, e si riassorbono però spontaneamente, mentre le sostanze oleose, in primis l'olio di silicone, lasciano nel postoperatorio 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 progressione della retinopatia diabetica, e in questo caso possono essere lasciate all'interno dell'occhio anche per sempre, controllando adeguatamente il paziente per la possibile comparsa di fenomeni di intolleranza. Spesso durante l'esecuzione della vitrectomia risulta indicato eseguire in contemporanea la rimozione del cristallino con l'impianto di una lente intraoculare sia per prevenire la molto probabile insorgenza di opacità del cristallino stesso, sia per porsi nelle condizioni migliori per poter effettuare la completa rimozione del corpo vitreo, non sempre eseguibile lasciando in sede il cristallino.

Uno degli aspetti più gravi che può associarsi a una retinopatia diabetica è la presenza di una condizione denominata proliferazione vitreoretinica massiva. Tale condizione è frequente nei casi di emovitreo associato a distacco retinico trattativo non recente, in pazienti con scarso controllo metabolico della malattia diabetica, precedentemente non trattati nelle fasi iniziali della loro retinopatia diabetica.

Casi di questo genere possono richiedere l'esecuzione di molteplici ripetuti interventi di vitrectomia e a causa dell'estesa sofferenza ischemica di tutta la retina possono andare incontro a una progressione inarrestabile della retinopatia diabetica nonostante plurimi interventi.

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, 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, 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 per retinopatia diabetica assume, nei giorni successivi all'intervento, fondamentale importanza 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 da strutture e cellule che non sono in grado di rigenerarsi una volta perdute comporta che, dopo un intervento in corso di retinopatia diabetica perfettamente eseguito, la funzione visiva non ritorni mai alle condizioni normali.

Inoltre è bene chiarire che la chirurgia vitreo retinica è in grado di risolvere le trazioni che deformano e staccano la retina, ma non può eliminare il danno prodotto sulle cellule retiniche dalla ischemia estesa che caratterizza le forme avanzate di retinopatia diabetica.

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 della chirurgia della retinopatia diabetica che, come già sottolineato, rappresenta un campo della chirurgia particolarmente difficile e complesso.

Pur non essendo possibile elencare tutte le eventuali complicanze di un intervento di vitrectomia in corso di retinopatia diabetica, le principali sono le seguenti:

complicanze operatorie: perforazione bulbare, ematoma orbitario, bradicardia e arresto cardiaco, emorragia intraoculare, emorragia e distacco di corioide, emorragia espulsiva, incarceramento retinico, occlusioni vascolari arteriose e venose, iniezione sottoretinica o corioideale di sostanze tamponanti, ipertono.

complicanze post operatorie: endoftalmite, uveite, comparsa di proliferazione vitreo retinica PVR con recidiva di distacco e formazione di membrane di contrazione, glaucoma neovascolare con rubeosi iridea, edema corneale, diplopia, ptosi palpebrale, cataratta, tisi bulbare.

ACCETTAZIONE DELL'INTERVENTO PROPOSTO

Dopo aver discusso con il personale sanitario tutte le tematiche connesse alla propria situazione clinica, avvalendosi anche delle informazioni riportate in questo documento, e avendo avuto la possibilità di rivolgere qualsiasi domanda e di chiarire qualsiasi dubbio è necessario che il paziente esprima il proprio consenso al trattamento proposto, ponendo la propria firma accanto a quella del medico appartenente alla struttura sanitaria che eseguirà l'intervento.

Si specifica che il caso in oggetto presenta le seguenti particolarità e peculiarità:

Si specifica che la corretta informazione permette la acquisizione del consenso in maniera consapevole e ciò costituisce un passaggio obbligatorio ed ineludibile del processo di cura.

Il sottoscritto paziente/genitore/tutore (Cognome e Nome in stampatello)

Data Firma leggibile

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) (scrivere in Stampatello)

Data Firma leggibile (medico)

A questa sezione viene allegato il documento di consenso a completamento del processo di acquisizione del consenso informato.