

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



GLAUCOMA IL TRATTAMENTO PROPOSTO TRABECULECTOMIA

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

GLAUCOMA, IL TRATTAMENTO PROPOSTO TRABECULECTOMIA

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 fornirLe qualsiasi ulteriore spiegazione e a chiarire ogni dubbio che Lei possa avere.

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: si tratta di un valore individualizzabile per ciascun paziente e costituisce il target principale 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 alla 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'anidasi 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.

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 risulta necessario o intervenire chi-

rurgicamente. L'intervento chirurgico può prevedere un approccio mini-invasivo mediante l'uso di dispositivi drenanti oppure un approccio che prevede la creazione di una via di scarico mediante una chirurgia filtrante la trabeculectomia che è il gold standard per questa malattia.

INTERVENTO DI TRABECULECTOMIA

Obiettivo della 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.

L'intervento può essere effettuato in anestesia loco-regionale e in casi particolari (per 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 nell'intagliare un lembo di sclera di una dimensione e profondità predefinita (solitamente rettangolare o triangolare) e al di sotto del quale praticare l'asportazione di un cuneo di parete sclerale e di iride corrispondente creando così un tramite, la nuova via di deflusso controllata, dell'umore acqueo dalla camera anteriore allo spazio sottocongiuntivale. Il deflusso viene modulato con punti di sutura tensionati a seconda della necessità. Per mantenere il tramite sclerale aperto e per modulare la cicatrizzazione naturale dell'occhio si possono impiegare farmaci quali il 5FU e la mitomicina C, ad azione citostatica e antinfiammatoria.

A fine intervento si forma a livello congiuntivale una "bolla di liquido" chiamata bozza congiuntivale o bozza filtrante.

COMPLICANZE

Per il paziente è possibile incorrere in complicanze prima, durante e dopo l'intervento. Al momento dell'anestesia locale le più comuni sono le emorragie retrobulbari, la perforazione del bulbo, le lesioni al nervo ottico e ai muscoli oculari. Complicanze severe durante l'intervento sono una massiva emorragia intraoculare (espulsiva) associata a sovvertimento delle strutture intraoculari interne e conseguente perdita della vista. Complicanze intraoperatorie di diversa gravità come le emorragie congiuntivali, sclerali, iridee; lacerazioni congiuntivali, ferite sclerali, prolapsi vitreali, il prollasso dell'iride, il distacco di coroide, le emorragie retiniche, lacerazioni retiniche e le emorragie in camera anteriore.

Complicanze successive all'intervento oltre all'endoftalmite 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 mancata formazione della bozza, il sanguinamento in camera anteriore o della bozza, il prollasso dell'iride, 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 a carico della bozza (blebiti), danni al nervo ottico; comparsa di cataratta se questa non era stata operata contestualmente al glaucoma. Si può inoltre verificare una progressiva obliterazione della nuova via di deflusso con annullamento anche totale dell'effetto dell'intervento di trabeculectomia.

DIMISSIONE E DECORSO POST OPERATORIO

L'intervento può essere eseguito in regime di ricovero giornaliero o in regime di ricovero ordinario. 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 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, la corretta esecuzione di una terapia medica o la esecuzione di terapie parachirurgiche (massaggi, rimozione di suture, apposizione di nuove suture) al fine di raggiungere il target pressorio e/o per favorire la formazione della bozza.

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.

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 specifico 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 e ineludibile del processo di cura.

Data _____

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

Firma leggibile _____

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

Firma leggibile (medico) _____