

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



PARALISI DEL VII NERVO CRANICO

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

PARALISI DEL VII NERVO CRANICO

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 PARALISI DEL VII NERVO CRANICO?

La paralisi del VII nervo cranico è una patologia per cui, per diverse ragioni, il nervo perde la sua efficacia nel far funzionare il muscolo orbicolare delle palpebre comportando l'incapacità di chiudere la rima palpebrale e clinicamente si associa a retrazione palpebrale superiore, lagofalmo inferiore e ptosi del sopracciglio. Conseguenza del lagofalmo è la cheratopatia da esposizione che, se non trattata correttamente, può portare a gravi danni oculari che possono arrivare fino alla perdita della funzione visiva.

Tra le cause principali ricordiamo le complicanze di interventi chirurgici per asportazioni di neurinoma del nervo acustico o di altri tumori di pertinenza neurochirurgica, o secondaria a paralisi a frigore di Bell, nonché ad alcune malattie neurologiche e post-erpetiche.

INTERVENTO CHIRURGICO

Esistono diversi tipi di trattamenti chirurgici volti a ripristinare il corretto posizionamento delle palpebre e del sopracciglio.

Tra le tecniche maggiormente usate, vi è il lateral tarsal strip, che prevede un'incisione cutanea al margine esterno dell'occhio, a cui verrà "riagganciata" la palpebra inferiore aumentandone la trazione e quindi riportandola alla sua corretta posizione. La palpebra verrà richiusa grazie all'applicazione di alcuni punti di sutura che potranno essere riassorbibili o non riassorbibili.

Per l'esposizione coinvolgente invece la parte più mediale della palpebra, si può utilizzare la tecnica del medial spindle che con un approccio dall'interno della palpebra, mediante l'applicazione di uno o due punti riassorbibili, può riposizionare correttamente la palpebra.

Altra tecnica è la tarsorrafia, che prevede la sutura delle palpebre l'una con l'altra sia in modo temporaneo che in modo definitivo e sia per una lunghezza parziale della palpebra che per tutta l'estensione della stessa con conseguente chiusura del bulbo oculare.

Nel caso in cui sia coinvolta la palpebra superiore con una sua retrazione verso l'alto che ne impedisce la discesa a protezione del bulbo oculare, può essere impiantato un peso d'oro o di platino nello spessore della palpebra superiore, che per effetto delle gravità aiuta la discesa della palpebra. Tale dispositivo verrà inserito attraverso una incisione cutanea lungo delle pieghe della palpebra superiore e richiusa mediante punti di sutura riassorbibili o non riassorbibili.

Se è presente anche un abbassamento del sopracciglio (ptosi sopraccigliare) potrà essere combinato un

intervento chirurgico atto a riposizionare il sopracciglio nella sua sede, in modo più simmetrico possibile alla controlaterale.

Tutte queste tecniche possono anche essere utilizzate combinate in base alla gravità del quadro.

Per tali procedure, in base a rischi e benefici valutati accuratamente dal chirurgo oculista di riferimento, eventualmente coadiuvato da consulto cardiologico/angiologico da programarsi, si potrà decidere di sospendere la terapia anticoagulante/antiaggregante per ridurre i rischi di sanguinamento durante la procedura.

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 clinica 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 di ricovero giornaliero o, se scelta l'anestesia generale, 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 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 correzione chirurgica in esiti di paralisi del VII nervo cranico, nei giorni successivi all'intervento è importante applicare la terapia antibiotica sia all'interno dell'occhio sia sulla cute perioculare, avendo l'accortezza di eseguire sempre una corretta igiene cutanea per prevenire infezioni. Nell'immediato post-operatorio potrebbe essere consigliata l'applicazione di ghiaccio o impacchi freddi per ridurre il gonfiore perioculare.

Dopo alcuni giorni dall'intervento, con il chirurgo di riferimento, verrà organizzato un controllo in post-ricovero per la rimozione dei punti di sutura, che potranno essere rimossi in un'unica, o più sedute, in base ai tempi di guarigione della ferita.

GUARIGIONE

La cute è una struttura molto delicata e, a seconda dell'età del paziente, ha una capacità plastica di rigenerarsi e guarire le ferite, diversa in ciascun soggetto.

Al fine di facilitare il processo di guarigione, si raccomanda fortemente l'astensione dal fumo e la fotoprotezione totale, per ridurre il rischio di recidive di malattia e cicatrizzazioni più vistose.

COMPLICANZE

Non esiste nessun intervento chirurgico che sia privo di complicanze.

Le complicanze più comuni sono i granulomi (reazione infiammatoria), deiscenza della ferita chirurgica, ematomi, infezioni, entropion, discomfort oculare, irregolarità del margine palpebrale, ciglia in trichiasi, ulcerazione corneale, recidiva di ectropion, dislocazione del peso palpebrale, estrusione del peso palpebrale, reazione allergica al peso palpebrale, eccessiva chiusura palpebrale.

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 e 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.