

Prof. Federico Garzione

Specialista in Clinica Oculistica

Specialista in Chirurgia Plastica e Medicina Rigenerativa

Via Carlo Poma n. 2 00195 ROMA

TEL 06-3728555

SCHEDA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO

ALL'INTERVENTO DI CORREZIONE DELL'ECTROPION

Approvata dalla Società Oftalmologica Italiana - Gennaio 2007



DEFINIZIONE DI ECTROPION

L'ectropion consiste nell'eversione del margine libero della palpebra inferiore che perde il contatto con il bulbo oculare.

Il mancato contatto con la cornea provoca l'esposizione e quindi la mancata protezione della superficie oculare ed inoltre la difficoltà di allontanare le lacrime dal fornice congiuntivale.

I principali sintomi conseguenti all'esposizione della congiuntiva e della cornea sono la lacrimazione, l'eczema della cute palpebrale, l'irritazione oculare, la sensazione di corpo estraneo e, negli stadi più avanzati, la cheratite da esposizione.

L'ectropion di solito è acquisito, il più delle volte si osserva in età senile in relazione a processi involutivi che indeboliscono le strutture palpebrali ed i loro tendini.

Meno frequentemente è cicatriziale per carenza di cute, per traumi, per ustioni o alterazioni dermatologiche.

Può anche essere paralitico per paralisi del nervo faciale e meccanico per il peso esercitato sul bordo da neoformazioni palpebrali.

RACCOMANDAZIONI PREOPERATORIE GENERALI

- Restare digiuni (né bere né mangiare) per le 6 ore che precedono l'ora prevista dall'intervento.
- Qualora l'interessato segua una determinata terapia medica questa deve essere mantenuta anche nel giorno dell'intervento previo parere del chirurgo. 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 labbra o smalto sulle unghie o qualunque altra cosa che possa impedire la sorveglianza del naturale colorito corporeo durante l'intervento.
- Evitare di applicare le lenti a contatto e di truccare gli occhi.
- Provvedere ad essere accompagnati da una persona valida e responsabile.
- Si consiglia di avere a disposizione degli indumenti confortevoli.

PROCEDURA CHIRURGICA

L'intervento viene eseguito in un ambiente sterile (sala operatoria), normalmente in anestesia locale associata o meno ad una sedoanalgesia (utilizzazione di farmaci per via generale che riducono il dolore e l'ansia) e solo in casi particolari in anestesia generale.

L'intervento chirurgico ha lo scopo di migliorare la funzionalità della palpebra.

DECORSO POST-OPERATORIO

In genere viene applicato un bendaggio per uno o più giorni.

È necessaria una terapia con colliri o pomate per circa 2 settimane.

Le suture vengono rimosse, se in materiale non riassorbibile, nei giorni successivi all'intervento, in genere tra il sesto e il dodicesimo giorno o anche più avanti, in funzione della cicatrizzazione e del tipo di intervento utilizzato.

Dopo l'intervento si manifestano normalmente degli effetti collaterali quali: arrossamento oculare, aumento della lacrimazione, fotofobia (fastidio alla luce), variabile offuscamento della visione, edemi (gonfiore), ecchimosi (lividi) e discromie (cambiamenti della colorazione dei tessuti cutanei).

Tali effetti collaterali soprariportati persistono generalmente per pochi giorni, raramente per qualche settimana.

RACCOMANDAZIONI POSTOPERATORIE GENERALI

È possibile bere e mangiare leggero dopo l'intervento.

Non è consigliabile guidare l'auto nelle prime 48-72 ore.

Non si devono fare sforzi fisici nei primi 10 giorni (attività sportiva o lavori pesanti).

Non è consigliabile l'uso di lenti a contatto per 2 settimane .

COMPLICAZIONI

Normalmente, l'intervento di correzione dell'ectropion è considerato sicuro ma è possibile il verificarsi di alcune complicanze:

- Ipocorrezione: è possibile e può necessitare un ulteriore intervento chirurgico.
- Ipercorrezione con conseguente entropion (inversione delle ciglia verso la superficie oculare): può essere necessario un reintervento.
- Sanguinamento: si può manifestare durante e più raramente dopo l'intervento anche con esami ematochimici (del sangue) normali e con tecniche chirurgiche adeguate. Molto raramente necessita della riapertura della ferita o di drenaggio.
- Diplopia (visione doppia): è una complicanza rara che in genere si manifesta nell'immediato post-operatorio ed è dovuta nella maggior parte dei casi all'effetto anestetico sulla muscolatura oculare.
- Deiscenza (apertura) della ferita per scarsa cicatrizzazione: è necessario riaprire le suture.
- Chemosi congiuntivale (scollamento della membrana trasparente, la congiuntiva, che avvolge l'occhio per raccolta di liquido): generalmente autorisolvibile nel tempo.
- Emorragia sottocongiuntivale (appare come una macchia rossa sulla sclera): si riassorbe spontaneamente in alcuni giorni.
- Infezione: è rara dopo l'intervento in quanto è limitata dalla ricca vascolarizzazione dei tessuti palpebrali. E' risolvibile con una terapia antibiotica adeguata.
- Perdita transitoria della sensibilità palpebrale per lesioni ai piccoli rami nervosi che veicolano la sensibilità cutanea: si risolve generalmente con una completa restituzione della integrità in 60-90 giorni.
- Perdita di un certo numero di ciglia: spesso è transitoria e le ciglia ricrescono dopo qualche settimana, talvolta è permanente.
- Secchezza oculare e sofferenza corneale: in alcuni casi si possono manifestare dopo un intervento, più frequentemente in soggetti già affetti da secchezza oculare. Tale problema è generalmente autorisolvibile ma necessita talvolta dell'uso, anche prolungato, di lubrificanti oculari (colliri di lacrime artificiali).
- Cicatrici antiestetiche ed ipertrofiche: sono rare.
- Danno alle vie lacrimali: è raro e consegue alla lesione del canalino lacrimale inferiore nella correzione dell'ectropion prevalentemente mediale.

Consegnato il

Da

Firma.....

Consenso informato all'intervento di Correzione di Ectropion.

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 correzione di ectropion.

Dichiaro di aver ricevuto il documento 'Promemoria allegato al consenso informato all'intervento di correzione di ectropion', composto di 3 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.....