



SCHEDA INFORMATIVA **INTERVENTO DI ASPORTAZIONE DELL'OLIO DI SILICONE DALLA CAMERA VITREA**

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Dicembre 2015

Gentile _____

questa scheda contiene le informazioni sull'intervento che Le viene proposto: procedura, risultati e rischi.

L'olio di silicone

E' un fluido utilizzato quale mezzo tamponante in casi complessi di chirurgia vitreo-retinica. Il termine "mezzo tamponante" indica, in sostanza, che esso viene iniettato nella camera vitrea allo scopo di favorire i processi di guarigione della retina stessa. Esistono, semplificando, due tipi di olio di silicone: i cosiddetti oli "leggeri" che esercitano la loro funzione meccanica prevalentemente nei settori retinici superiori e quelli "pesanti" che, al contrario, agiscono essenzialmente su quelli inferiori. I casi clinici che ne prevedono l'utilizzo sono numerosi e risentono delle variabili individuali e dell'esperienza maturata negli anni dal chirurgo. Le situazioni patologiche dove più frequentemente viene usato l'olio di silicone sono:

- Distacco di retina o recidiva di distacco di retina con PVR (Proliferazione Vitreo Retinica)
- Recidiva del distacco di retina nei settori inferiori (olio pesante)
- Retinopatia Diabetica Proliferante a rischio emorragico
- Recidiva di un Foro Maculare
- Foro Maculare nella miopia elevata
- Patologie vascolari a rischio emorragico
- Endoftalmiti
- Panuveiti
- Ipotonia cronica

Perché rimuovere l'olio di silicone?

Dopo un certo periodo, variabile a seconda della patologia che ne ha reso necessario l'utilizzo, l'olio di silicone va asportato chirurgicamente, in quanto ha esaurito la sua funzione e la sua permanenza non è più necessaria; inoltre, lasciato in situ, esso può determinare una serie di complicanze in vari distretti:

- cristallino (cataratta),
- cornea ("cheratopatia a bandelletta"),
- idrodinamica oculare (glaucoma acuto o cronico),
- retina (il contatto dell'olio di silicone per diversi anni potrebbe determinare effetti tossici sulla retina).

L'operazione per rimozione dell'olio di silicone

L'intervento viene effettuato con il paziente in posizione supina, in un ambiente sterile, utilizzando il microscopio.

La rimozione dell'olio avviene attraverso la sua sostituzione con soluzione salina bilanciata, aria o gas. La via più comunemente utilizzata è la pars plana; negli occhi afachici, cioè privi del cristallino, la rimozione può avvenire anche attraverso microincisioni a livello del limbus sclero-corneale.

In associazione alla rimozione dell'olio di silicone si possono effettuare, a seconda dei casi, ulteriori procedure chirurgiche endoculari (rimozione di membrane epiretinali, completamento di trattamento endolaser, aspirazione di materiali ematici e/o infiammatori ecc.).

Il chirurgo può, in qualunque momento dell'operazione, per esigenze sopraggiunte, modificare il piano chirurgico iniziale senza aver pertanto potuto informare di ciò il paziente. Nel caso venga immesso gas, questo impedirà, finché presente, di avere una buona visione; contrariamente all'olio di silicone tuttavia, il



gas viene riassorbito progressivamente e spontaneamente nel giro di qualche giorno o settimana a seconda del tipo utilizzato. Sempre nel caso sia stato immesso gas, i viaggi in aereo sono temporaneamente controindicati. In caso di anestesia generale, la presenza di una bolla di gas nell'occhio va segnalata al medico anestesista.

Ospedalizzazione

E' necessaria l'immobilizzazione durante l'intervento chirurgico. I termini di ricovero adatti al Suo caso Le saranno proposti dal suo oculista insieme all'anestesista.

Anestesia

L'intervento chirurgico può essere eseguito in anestesia locale o, più raramente, in generale. La scelta dipende da molti fattori tra cui il tipo di patologia, dalle condizioni generali e dal grado di collaborazione.

Decorso postoperatorio

Prima di lasciare il centro chirurgico Le verrà consegnato un foglio con le istruzioni dei farmaci da utilizzare. Non dovrà mai sospendere le cure a meno che sia il chirurgo a dirlo; esse aiutano l'occhio operato a guarire meglio e a prevenire complicazioni. In caso di dubbi sulla modalità del corso postoperatorio, potrà contattare uno dei componenti l'equipe chirurgica. Le cure locali postoperatorie solitamente consistono nell'instillazione di gocce o pomate e nell'applicazione di una protezione oculare secondo le modalità e per un periodo di tempo che Le saranno spiegati dal suo chirurgo. Alla terapia locale a volte si aggiunge una terapia sistemica di durata variabile, anch'essa descritta nelle istruzioni che Le verranno rilasciate. A volte si può rendere necessaria la rimozione dei fili di sutura utilizzati.

A casa dopo l'intervento

Per applicare i colliri nell'occhio operato, deve sedersi su una sedia (in alternativa può stare sdraiato a letto), aprire bene ambedue gli occhi e guardare verso il soffitto; poi deve abbassare con l'indice di una mano la palpebra inferiore; in tal maniera fra l'occhio e la palpebra si forma una specie di coppa che serve a ricevere le gocce di collirio medicinale; qui con l'altra mano, vanno instillate 1-2 gocce del prodotto. Lei deve poi chiudere le palpebre (senza stringerle) e attendere per qualche secondo l'assorbimento del prodotto. Quando i colliri prescritti sono più di uno essi vanno applicati uno di seguito all'altro a distanza di qualche minuto.

E' bene che almeno nei primi 2-3 giorni sia un familiare, o altra persona, a instillare/applicare i colliri/pomate.

Nei giorni seguenti all'operazione l'occhio appare più o meno "rosso" e dolente; c'è inoltre una certa sensazione di corpo estraneo (dovuta a eventuali punti e alle incisioni praticate) e un certo fastidio alla luce. Nel periodo successivo all'intervento è necessario usare altre attenzioni:

- può dormire dal lato dell'occhio operato purché questo sia adeguatamente protetto con un guscio rigido
- non deve assolutamente strofinare l'occhio operato (per almeno un mese); è opportuno evitare gli strofinamenti, soprattutto se pesanti, anche nei mesi successivi;
- può lavarsi regolarmente il viso facendo però attenzione a non strofinare l'occhio operato e a non esercitare pressioni;
- non deve fare sforzi fisici eccessivi; per esempio non deve sollevare pesi superiori ai dieci chilogrammi, non deve prendere in braccio bambini, animali ecc.
- l'uso di macchinari o di strumenti pericolosi sono sconsigliati per un periodo di almeno una settimana.

Il recupero visivo

Il recupero dell'acutezza visiva è difficilmente prevedibile e può anche essere nullo, scarso o incompleto.

L'entità di visione recuperabile con l'intervento dipende molto dalle preesistenti condizioni generali dell'occhio, in particolare della retina, del nervo ottico, del cristallino e della cornea; quindi, la presenza di



una lesione in queste strutture, provocata dalla malattia, può limitare il recupero visivo derivante dall'intervento (in proporzione all'entità della lesione).

Eventi avversi

Per quanto usualmente associata a basse percentuali di eventi avversi, l'operazione per la rimozione dell'olio di silicone non sfugge alla regola generale secondo la quale non esiste una chirurgia senza rischi. Non è dunque possibile per il Suo oculista garantire formalmente il successo dell'intervento o escludere con certezza l'insorgere di eventi avversi che possono essere:

preoperatori (legate all'anestesia con iniezione):

- perforazione del bulbo oculare con o senza iniezione di anestetico nel bulbo oculare
- danno al nervo ottico
- emorragia palpebrale e/o perioculare e/o retrobulbare
- danno ai muscoli

intraoperatori:

- distacco di coroide
- lesione del cristallino
- lacerazione della retina
- distacco della retina
- emorragie retiniche
- emorragia coroideale

postoperatori:

- endoftalmite, infezione interna dell'occhio può richiedere l'asportazione del bulbo oculare
- persistenza di una o più bolle di olio silicone in camera vitrea (queste sono innocue e non richiedono, solitamente, ulteriore trattamento)
- recidiva del distacco di retina
- riproliferazione vitreo-retinica (PVR)
- ipotonia post-operatoria con o senza distacco di coroide
- sanguinamento retinico e/o all'interno della camera vitrea
- infezione oculare
- cataratta
- ipertono (aumento della pressione oculare)
- riduzione dell'acuità visiva
- difetti del campo visivo
- percezione di "mosche volanti"
- ptosi (abbassamento della palpebra superiore)
- atrofia del nervo ottico
- glaucoma neovascolare.

Gli eventi avversi più gravi possono portare, in casi estremi, alla perdita completa, funzionale e/o anatomica, dell'occhio operato.

L'oculista è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito Lei vorrà porgli.

Controlli post-operatori

Dopo l'intervento è necessario sottoporsi a regolari controlli oculistici. Oltre a quelli eseguiti nei giorni immediatamente successivi all'intervento, è responsabilità del paziente programmare ed eseguire almeno due controlli nel primo anno dopo l'intervento e quindi un controllo ogni anno. In caso di comparsa di sintomi è necessario consultare con sollecitudine il medico oculista.



ATTENZIONE!

- 1) L'intervento chirurgico è l'unica alternativa per asportare l'olio di silicone.
- 2) Il recupero dell'acutezza visiva è progressivo e può essere scarso o incompleto o nullo
- 3) Il chirurgo può essere portato, in qualunque momento dell'intervento, a modificare il piano operatorio iniziale.
- 4) Il non eseguire correttamente le cure, le medicazioni e i controlli postoperatori può compromettere il decorso e la buona riuscita dell'intervento.
- 5) Non è consigliabile fare sforzi fisici o strofinare energicamente l'occhio nei primi giorni dopo l'operazione.
- 6) Il recupero della visione dopo l'intervento dipende dalle condizioni preesistenti generali dell'occhio.
- 7) Anche se rara, una delle complicanze dell'intervento può essere l'infezione endoculare.

La presente nota informativa ha la finalità di permetterle di rilasciare un consenso che sia effettivamente informato, consapevole e condiviso con il suo medico. È quindi invitato a leggere accuratamente questo documento prima di sottoporsi al trattamento medico o chirurgico, evidenziando qualsiasi aspetto non le sia sufficientemente chiaro e/o qualsiasi perplessità. Per quanto riguarda le informazioni riguardanti la struttura (personale, macchinari, servizi, ecc.) la invitiamo a rivolgersi direttamente al Direttore Sanitario.

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)

Firma leggibile (medico) _____

Dopo il documento d'informazione deve essere allegato l'Atto di Consenso che diviene parte integrante del processo di informazione e consenso.