

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



MACULOPATIA MIOPICA TRATTIVA

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

MACULOPATIA MIOPICA TRATTIVA

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 e a chiarire ogni dubbio che Lei possa avere.

COS'È LA MACULOPATIA MIOPICA TRATTIVA?

La maculopatia miopica trattativa (MTM) è una particolare complicanza che colpisce gli occhi con miopia elevata.

Al fine di comprendere la malattia è importante ricordare alcuni concetti.

1. Si definisce Miopia elevata una miopia oltre le 6 diottrie o un occhio più lungo di 26 mm (consideriamo che la lunghezza media di un occhio dalla cornea alla macula è di circa 22.5 mm).
Gli occhi con miopia elevata possono sviluppare una serie di complicanze:
 - a. maculopatia atrofica (macula che si consuma)
 - b. maculopatia neovascolare (emorragie e membrane neovascolari sottoretiniche)
 - c. maculopatia miopica trattativa (MTM)
2. La parete posteriore dell'occhio è composta da 3 strati. Dall'esterno all'interno troviamo:
 - a. la sclera (guscio esterno bianco),
 - b. la coroide (fatta di vasi sanguigni),
 - c. la retina (tessuto essenziale per la visione, fatto di 10 strati di cellule).
3. La sclera dell'occhio miope si allunga e si allarga in base alle dimensioni dell'orbita. Questo processo dura tutta la vita. A causa di questa progressiva deformazione della sclera, la coroide e la retina vengono poste sotto trazione ossia vengono stirate verso l'interno.

La MTM è una malattia progressiva che colpisce soprattutto occhi di pazienti dai 30 anni in poi. Il termine progressiva indica che la malattia evolve nel tempo. È stata pubblicata una Stadiazione della MTM che riassume, in una tabella semplice e riportate di seguito, tutti gli stadi. La stadiazione è nota a livello internazionale come MTM Staging System o MSS. È importante individuare lo stadio della malattia al momento dell'intervento per impostare correttamente la strategia chirurgica in base alle caratteristiche dello stadio.

Quando la malattia raggiunge lo stadio di grave schisi (separazione degli strati intraretinici) o distacco di retina, con o senza foro maculare parziale o totale, è indicato intervenire.

INTERVENTI PER CORREGGERE LA MACULOPATIA MIOPICA TRATTIVA

La chirurgia della maculopatia miopica trattiva è tra le più difficili e richiede al chirurgo che la esegue e alla sua équipe un alto grado di preparazione, abilità manuale e competenza nelle molteplici manovre tecniche necessarie a manipolare e riposizionare un tessuto quale quello retinico di dimensioni piccolissime, circa 300 micron di spessore, e di altissima complessità, anatomica e funzionale.

Le principali tecniche disponibili sono 2: chirurgia episclerale e vitrectomia.

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

CHIRURGIA EPISCLERALE nella forma del PIOMBAGGIO (o INDENTAZIONE) MACULARE

Questa tecnica prevede di applicare sulla parete esterna dell'occhio un elemento medico noto come piombaggio maculare. Il piombaggio ha una forma che rispecchia la curvatura esterna dell'occhio, a 'C' o 'L', con un braccio lungo che serve a posizionare i punti di sutura laterali (più comunemente sulla parete superiore e laterale dell'occhio) e un braccio corto a bottone che serve a spingere la sclera nella parte posteriore, avvicinandola alla retina e alla coroide. Il piombaggio può rimanere fissato alla parete dell'occhio anche per sempre. Alla fine dell'intervento una bolla di aria o di gas può essere iniettata all'interno del bulbo oculare.

VITRECTOMIA

La vitrectomia consiste in una serie di tecniche chirurgiche che vengono eseguite direttamente all'interno del bulbo oculare. Viene eseguita anche quando sono presenti fori dentro la macula (foro maculare) o membrane davanti alla macula (pucker maculare o membrana epiretinica) che inducano deformazione della stessa, con compromissione della vista. Tale intervento chirurgico è anche eseguito per il trattamento del distacco di retina.

Il primo passo chirurgico consiste nella rimozione del corpo vitreo, al quale seguono le manovre rimozione di membrane e chiusura dei fori. Durante l'intervento chirurgico, può rendersi necessaria l'utilizzazione di coloranti (coloranti al verde indocianina, coloranti blue, triamcinolone ed altri coloranti) per evidenziare membrane epiretينية e la membrana limitante interna, altrimenti non rimuovibili. In alcuni casi, è possibile l'applicazione di sostanze particolari che possano favorire il riaccollamento dei margini del foro, come membrana amniotica o gel piastrinico. Durante l'intervento di vitrectomia è possibile che si renda necessaria l'esecuzione di trattamento laser (fotocoagulazione retinica) o criotrattamento, qualora le condizioni retiniche lo rendano necessario, come nel caso siano presenti rotture retiniche, lesioni retiniche regmatogene, fori retinici, o malattie vascolari. Durante l'intervento di vitrectomia, possono essere utilizzate sostanze tampnanti pesanti intra-operatori, i perfluorocarbonati liquidi, che vengono utilizzati per distendere e riappianare la regione maculare e la retina, e per stabilizzare le condizioni retiniche, e che vengono asportati dalla cavità vitrea a fine intervento.

La cavità vitreale, dopo la rimozione del vitreo, a fine intervento viene riempita con sostanze, dette tampnanti, che possono essere liquide, gassose od oleose. Le sostanze gassose vietano al paziente nel post operatorio i viaggi in aereo o il salire a quote elevate, pena gravissime conseguenze sulla funzionalità della retina, ma si riassorbono spontaneamente. Le sostanze oleose, in primis l'olio di silicone, lasciano nel post operatorio 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 ad una recidiva di distacco maculare. In alcuni casi si può decidere di lasciare il silicone all'interno dell'occhio anche per sempre, controllando adeguatamente il paziente per possibile comparsa di fenomeni di intolleranza.

Spesso durante la esecuzione della vitrectomia risulta indicato eseguire in contemporanea la rimozione del cristallino con impianto lente intraoculare sia per prevenire la molto probabile insorgenza di opacità del cristallino stesso, sia per porsi nelle condizioni migliori per poter attuare la completa rimozione del corpo vitreo, non sempre eseguibile lasciando in sede il cristallino.

In alcuni casi, l'intervento di vitrectomia può essere associato a quello di piombaggio maculare ed eseguire quindi un intervento combinato di vitrectomia e piombaggio maculare.

Entrambi gli interventi chirurgici possono prevedere l'utilizzo di punti di sutura.

Nonostante i grandi progressi compiuti nella messa a punto di queste tecniche, non è sempre possibile ottenere la risoluzione della maculopatia miopica trattiva ed il riappianamento della regione maculare con un solo intervento, o impedire che la retina possa distaccarsi nel periodo postoperatorio.

Casi di questo tipo possono richiedere la esecuzione di molteplici ripetuti interventi chirurgici.

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 stesso, 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, sia 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 richiedessero.

Una volta lasciata la struttura sanitaria, il paziente deve attenersi scrupolosamente a tutte le indicazioni che 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 delle 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: ha fondamentale importanza l'assunzione di determinate posizioni del capo per il tempo richiesto dal chirurgo. Il mantenimento di tali posizioni del capo è una prosecuzione del trattamento e non mantenere la posizione del capo che viene raccomandata può compromettere il successo del trattamento. 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 di strutture e cellule che non sono in grado di rigenerarsi una volta perdute comporta che la funzione visiva non ritorni mai alle condizioni precedenti l'insorgenza di maculopatia miopica trattiva. Nella maggior parte dei casi la grave miopia degenerativa ha causato un irreversibile danno alla funzione visiva. Mentre il distacco retinico se non trattato porta alla perdita della visione, la riparazione del distacco perfettamente riuscita lascia sempre un certo grado di menomazione visiva, che può essere molto lieve e quasi impercettibile dal paziente nelle sue normali attività, o anche molto grave e invalidante. Non è possibile formulare una previsione sul tipo di recupero visivo nel singolo paziente affetto da maculopatia miopica trattiva. Il recupero dell'acutezza visiva

può anche essere nullo, scarso o incompleto. L'entità di visione recuperabile con l'intervento dipende molto dalle preesistenti condizioni generali, e soprattutto dalle condizioni retiniche e maculari che risultano essere compromesse dalla miopia degenerativa.

COMPLICANZE

Non esiste nessun intervento chirurgico che sia privo di complicanze.

Inoltre, quanto maggiore è la complessità di un intervento, tanto più facile è andare incontro a delle complicanze, e ciò è il caso della chirurgia della maculopatia miopica trattiva che, come già sottolineato, rappresenta un campo della chirurgia particolarmente difficile e complesso.

Pur non essendo possibile elencare tutte le possibili complicanze di un intervento di correzione della maculopatia miopica trattiva, le principali sono le seguenti:

complicanze operatorie: perforazione bulbare, ematoma orbitario, lesioni del nervo ottico, bradicardia e arresto cardiaco, emorragia intraoculare, emorragia e distacco di coroide, emorragia espulsiva, incarceramento retinico, occlusioni vascolari arteriose e venose, iniezione sottoretinica o coroideale di sostanze tamponanti, ipertono, cataratta traumatica, opacamento e spostamento del cristallino naturale, dislocazione del cristallino artificiale, rotture retiniche, distacco di retina.

complicanze post operatorie: endoftalmite, uveite (infiammazione oculare), comparsa di proliferazione vitreo retinica (PVR), distacco di retina, distacco di coroide, foro maculare, pucker maculare (membrana epiretinica maculare), edema maculare, emovitreo, dilatazione pupillare fissa o irregolarità della pupilla, glaucoma, edema corneale, estrusione del materiale indentante, diplopia, ptosi palpebrale, cataratta, formazione di nuove rotture retiniche, glaucoma neovascolare, tisi bulbare, dolore bulbare cronico, ischemia oculare, atrofia maculare, atrofia ottica.

L'insorgenza di complicanze intraoperatorie può portare il chirurgo a modificare la tecnica chirurgica ed eseguire manovre chirurgiche ritenute necessarie a stabilizzare la condizione clinica. L'insorgenza di complicanze intra- e post-operatorie può richiedere ulteriori interventi chirurgici complessi e può portare ad una perdita irreversibile della funzione visiva.

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 precisa che il caso specifico presenta le seguenti particolarità e peculiarità:

Si specifica che la corretta informazione permette l'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.