



SCHEDA INFORMATIVA INTERVENTO LASER DELLA RETINA

APPROVATA DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA NEL LUGLIO 2003

Gentile Signora, Signore,

Lei soffre di una affezione della retina responsabile dei suoi disturbi visivi. Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è proposto, sui risultati e sui rischi. Tutte le espressioni tecniche utilizzate è bene che siano accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Quindi Lei è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non Le sono chiari.

La sua patologia visiva si chiama _____

Il trattamento che le viene proposto è _____

Il responsabile del trattamento chirurgico è _____

Degenerazione maculare legata all'età

E' la causa principale del calo della vista dopo i 65 anni.

Corrisponde a un'alterazione della regione centrale della retina : la macula.

La conseguenza è una diminuzione della capacità visiva, soprattutto della lettura e della scrittura.

La forma atrofica, la più frequente, non può beneficiare di un trattamento laser.

La forma essudativa, caratterizzata dall'apparizione sotto la retina di neovasi responsabili di emorragie, di edemi e infine di una distruzione estesa della macula può trarre beneficio dall'applicazione laser. In certi casi la fotocoagulazione al laser permette la distruzione dei neovasi.

La fotocoagulazione permette a volte una stabilizzazione della vista.

Comunque sono necessari dei controlli poiché le recidive sono frequenti.

Trattamenti alternativi in alcuni casi si può ricorrere ad un trattamento laser particolare che si chiama terapia fotodinamica. Inoltre, alcuni chirurghi vitreoretinici preferiscono avere un approccio chirurgico a questa patologia.

La retinopatia diabetica

Il diabete dopo qualche anno di evoluzione può provocare importanti perturbazioni della circolazione retinica responsabili di un grave calo della vista. Il laser può venir proposto per trattare delle grandi zone della retina (panfotocoagulazione) quando esista un rischio di emorragia intraoculare. Il trattamento viene realizzato in più sedute. Il laser può anche essere proposto quando esista un edema maculare o delle aree ischemiche.

Lo scopo ricercato è quello di rendere stabile la vista.

Non ci sono allo stato attuale dei trattamenti alternativi al laser.

Foro o rottura retinica

La retina rappresenta lo strato più interno del bulbo oculare.



In particolari condizioni può accadere che si formino dei “buchi”, cioè dei fori, o, addirittura, delle lacerazioni in seno allo spessore retinico. Queste lesioni sono pericolose perché possono predisporre al distacco di retina.

I sintomi rivelatori sono solitamente la percezione di lampi o la recrudescenza di corpi fluttuanti (mosche volanti). A volte le lesioni sono scoperte nell’assenza di sintomi. Lo scopo del trattamento è di creare una reazione cicatriziale solida intorno alla lesione e tentare di prevenire un distacco della retina. Nella maggioranza dei casi, la cicatrizzazione duratura della lacerazione viene ottenuta. Questo trattamento non impedisce la formazione di altre lacerazioni. A seconda dei casi, può venir proposto un trattamento più esteso (sbarramento circolare).

Nella maggioranza dei casi il trattamento è risolutivo. In alcuni casi non è sufficiente e necessita di un trattamento chirurgico.

Non ci sono allo stato attuale delle conoscenze, trattamenti medici o alternativi al laser.

Altre affezioni retiniche

Possono beneficiare di un trattamento laser: postumi di occlusioni venose retiniche, postumi di operazioni del distacco della retina, angiomatosi, macroaneurisma , corioretinopatia sierosa centrale.

Non esistono allo stato attuale trattamenti alternativi al laser.

L' intervento laser

La fotocoagulazione al laser utilizza una luce capace di trasportare una certa quantità di energia che sarà consegnata ad un luogo preciso dell’occhio. Può creare una cicatrice, coagulare un vaso, distruggere un tessuto anormale.

Esistono diversi tipi di laser capaci di emettere raggi di colori diversi, dal blu all’infrarosso : laser argon, laser krypton, laser a diodi, laser Nd-Yag.

Il trattamento si effettua solitamente in ambulatorio. Il paziente è seduto davanti all’apparecchio. La pupilla è dilatata grazie all’instillazione di un collirio. Un certo numero di impatti laser saranno applicati con o senza interposizione di una lente posta sull’occhio. La durata del trattamento non supera i 15-20 minuti a seduta.

Anestesia : l’occhio viene reso insensibile da un collirio, raramente con delle iniezioni palpebrali orbitarie.

Incidenti o difficoltà durante l’intervento : verrà avvertita una sensazione di abbagliamento che potrà prolungarsi durante il trattamento. Il trattamento normalmente è poco doloroso. Può, in alcune persone, causare un malessere vagale e giustificare l’assunzione di una medicina.

Mancato intervento

.....

Decorso postoperatorio

Nella gran maggioranza dei casi, il paziente potrà andarsene subito dopo il trattamento a riprendere le sue attività quotidiane già dal giorno dopo.

Effetti indesiderabili : nelle prime ore, si può avvertire un capogiro, la vista annebbiata, mal di testa, un dolore che spariranno nelle ore successive.



Le cure locali si limitano all'instillazione di gocce secondo le modalità che le saranno precisate dal suo oculista.

Un controllo sarà necessario in data da definirsi con il suo oculista.

Servizio Urgenze

Le complicanze dell'intervento laser

Complicanze gravi della fotocoagulazione laser sono rare.

Eccezionalmente si può verificare

- emorragia
- distacco di retina.
- calo dell'acutezza visiva più o meno duraturo
- alterazioni del campo visivo centrale o periferico.

Complicanze meno gravi sono:

- attacco di glaucoma acuto
- Irritazione della cornea (cheratite)
- Infezione corneo-congiuntivale (batterica o virale)
- dilatazione pupillare prolungata

Nella maggioranza dei casi questo trattamento contribuisce a prevenire un calo ulteriore ma non migliora la vista. Eccezionalmente può sopraggiungere un calo definitivo della vista a seguito di questo trattamento. Le miodesopsie (mosche volanti), qualora presenti, non scompariranno dopo questo trattamento.

Allo stesso modo, possono comparire dopo il laser.

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

E' obbligatorio per il medico metterle a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'intervento chirurgico. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

ATTENZIONE!

- 1) Il trattamento fotocoagulativo laser non sempre ferma la progressione e riduce le complicanze della malattia retinica.**
- 2) Il trattamento fotocoagulativo laser non elimina definitivamente la malattia retinica per la quale viene proposto**
- 3) Potrà essere possibile, comunque, un peggioramento della malattia retinica**
- 4) Sono possibili delle complicanze se non si seguono le terapie o i controlli prescritti.**



5) Ci può essere un calo della vista dopo fotocoagulazione laser retinica.

6) Le miodesopsie (mosche volanti) non scompariranno dopo la fotocoagulazione laser

La presente nota informativa ha la finalità di permetterle di rilasciare un consenso che sia effettivamente informato, consapevole e condiviso con il suo medico. E' quindi invitato a leggere accuratamente quanto scritto prima di sottoporsi al trattamento medico o chirurgico, evidenziando qualsiasi aspetto non le sia sufficientemente chiaro e/o qualsiasi ulteriore perplessità. Per quanto riguarda le informazioni relative alla 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.



ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

Primo Aggiornamento - Ottobre 2007

Secondo Aggiornamento - Maggio 2008

Terzo Aggiornamento - Novembre 2009

Quarto Aggiornamento - Novembre 2014

Il sottoscritto Sig. _____

CF: _____

Documento: _____ n° _____ scadenza _____

Affetto da _____ nell'occhio _____

dichiara in piena coscienza

- di aver fornito ai sanitari tutte le informazioni relative allo stato di salute oculare e generale attuale e pregresso, nonché tutte le informazioni sulle terapie oculari e generali in corso e pregresse

- di essere stato informato sulla dotazione tecnico-professionale della struttura dove sarà operato e che, se in corso d'intervento si realizzasse una delle rarissime complicanze che richiede il ricorso all'anestesia generale, e questa non fosse eseguibile presso la struttura dove è eseguito l'intervento cui ora acconsente, diventerebbe necessario disporre il trasferimento in ambiente ospedaliero mediante ambulanza

- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto d'informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento di _____

- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sull'evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e i rischi o svantaggi derivanti dal trattamento

- di aver ricevuto dal responsabile del trattamento altri chiarimenti sui seguenti punti:

- essere informato sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni

- di essere informato sull'obbligo di sottoporsi ai controlli postoperatori programmati e sulle conseguenze derivanti dal mancato rispetto delle visite di controllo

- di aver letto e compreso perfettamente tutto ciò che è stato spiegato

- di aver ricevuto le informazioni in data _____ e di aver avuto il tempo necessario per riflettere e

pertanto rilascia il consenso all'intervento di _____ in occhio _____

e autorizza l'equipe chirurgica

- all'eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alla generale e, se necessario, anche al trasferimento ad altra struttura adeguatamente attrezzata

- a eseguire tutte le altre terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento

- a eseguire durante l'intervento tutte le variazioni necessarie, anche in riferimento a tutti i materiali utilizzati inclusi quelli "impiantabili"

Firma del paziente

Firma leggibile di chi riceve il presente documento

Data, _____