Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa

INTERVENTO DI CHERATECTOMIA FOTOTERAPEUTICA (PTK) CON LASER AD ECCIMERI

Gentile paziente,
Questo documento viene fornito per ottenere il Suo consenso informato per il trattamento di Cheratectomia Fototerapeutica (PTK) con laser ad eccimeri. Esso contiene informazioni importanti riguardanti rischi, benefici e possibili trattamenti alternativi disponibili. È essenziale leggere attentamente questo documento, comprendere chiaramente ogni punto e firmarlo soltanto dopo aver ricevuto risposte soddisfacenti a tutte le eventuali domande.

La sua patologia/difetto visivo si chiama _____

Il trattamento che le viene proposto è _____

Il responsabile del trattamento chirurgico è _____

INDICAZIONI E PROCEDURA

La Cheratectomia Fototerapeutica (PTK) è indicata in presenza di patologie corneali, quali opacità o esiti cicatriziali di vario grado, intensità e profondità causate da infezioni, traumi, distrofie corneali, erosioni corneali persistenti o ricorrenti, irregolarità della superficie e della curvatura corneale che provocano significativa riduzione dell'acuità visiva non suscettibile di correzione ottica mediante lenti a tempiale (occhiali) o a contatto o laddove tali presidi non sono tollerati o non forniscono un recupero visivo adeguato alle esigenze e allo stile di vita del paziente.
L'intervento di PTK consiste nell'asportazione, tramite laser ad eccimeri, degli strati corneali superficiali alterati. Talvolta, a seconda dei casi e a giudizio dell'Oculista, può essere indicata la rimozione manuale dell'epitelio corneale seguita dall'applicazione del laser. Questa tecnica viene utilizzata per "rimodellare" con precisione micrometrica la curvatura corneale centrale, per eliminare o ridurre le opacità corneali superficiali o le irregolarità della superficie corneale.
L'intervento di PTK si svolge in regime ambulatoriale, in anestesia topica, ovvero previa istillazione di collirio anestetico, è indolore. Il tessuto corneale viene rimosso con precisione microscopica e riproducibilità elevata, differente a seconda del caso clinico, permettendo di regolarizzare la superficie e migliorare la trasparenza al fine di ottenere un miglioramento della visione. Il recupero visivo può necessitare di un periodo che può protrarsi da uno a sei mesi ed è variabile a seconda dell'entità e dell'alterazione corneale di partenza e alla risposta biologica individuale.
L'intervento di PTK non elimina la necessità di uso degli occhiali o delle lenti a contatto.

TRATTAMENTI ALTERNATIVI

In alternativa al trattamento PTK esistono:

- Trapianto lamellare (cheratoplastica lamellare) o SALK (Superficial Anterior Lamellar Keratoplasty): indicati quando le alterazioni corneali sono superficiali ma non trattabili con laser.
- Trapianto perforante (cheratoplastica perforante): indicato quando il danno è più profondo e il trattamento con laser non è efficace.
- Lenti a contatto: correggono temporaneamente il difetto refrattivo, ma non risolvono le opacità corneali né le alterazioni strutturali significative.

TECNICA DI PTK

L'intervento di PTK si svolge nel seguente modo:

a) instillazione di alcune gocce di collirio anestetico
b) posizionamento del paziente su un lettino al di sotto del laser
c) applicazione di un divaricatore palpebrale
d) asportazione di una parte della sottile membrana superficiale della cornea (epitelio) manualmente o con laser
e) fissazione da parte del paziente di una mira luminosa per mantenere la centratura
f) trattamento laser vero e proprio con eventuale fluido maschera; dopo un primo trattamento laser, l'occhio viene controllato dal medico e, spesso, seguono altre fasi di trattamento con laser; eventuale applicazione di sostanze che evitano la cicatrizzazione eccessiva
g) medicazione con colliri ed eventuale applicazione di una lente a contatto terapeutica; talvolta viene applicata una conchiglia protettiva o una benda.

La tecnica viene abitualmente eseguita in ambulatorio, con anestesia topica, l'intervento è indolore; La collaborazione del paziente in base alle indicazioni date dal chirurgo, prima, durante e dopo l'intervento, è indispensabile per il raggiungimento del miglior risultato ottenibile.

DECORSO POST-OPERATORIO

- Terapia con colliri prescritti dal chirurgo.
- Possibile fastidio o dolore nei primi giorni, controllabile con analgesici.
- Possibile temporaneo annebbiamento visivo.
- Obbligo assoluto di seguire la terapia prescritta e rispettare le scadenze dei controlli specialistici.
- Limitazione delle attività sportive con contatto fisico, uso di motocicli, cosmesi, sauna e piscina per almeno 4 settimane.

RISCHI E POSSIBILI COMPLICANZE

Come ogni procedura chirurgica, l'intervento PTK non è privo di rischi, seppure molto rari, alcuni non direttamente riconducibili alla procedura:

- Infezioni corneali con possibile compromissione permanente della vista.
- Opacità corneali persistenti o formazione di cicatrici (haze), che potrebbero necessitare di ulteriori trattamenti.
- Irregolarità della cicatrizzazione corneale, che possono ridurre permanentemente l'acuità visiva.
- Fenomeni di aloni e abbagliamento, specialmente notturno, generalmente transitori.
- Formazione di ulcere corneali.
- Cheratite diffusa interstiziale non specifica.
- Assottigliamento progressivo della cornea.
- Riduzione della lacrimazione con occhio secco persistente.
- Perdita di cellule endoteliali corneali, rare complicazioni retiniche (emorragie, distacchi di retina), presenza di corpi mobili (floaters).

Nonostante tutte le precauzioni, non è possibile garantire la totale assenza di complicanze.
Inoltre, potrebbero insorgere condizioni impreviste durante la procedura, che richiedano trattamenti aggiuntivi.

INFORMAZIONI SPECIFICHE DEL CASO CLINICO INDIVIDUALE

Il Suo caso presenta le seguenti particolarità, che potrebbero incrementare o modificare il rischio rispetto a quanto generalmente riportato:

(Questa sezione sarà compilata dal chirurgo che esegue l'intervento per segnalare eventuali condizioni peculiari o ulteriori rischi correlati al caso specifico.)

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 la acquisizione del consenso in maniera consapevole e ciò costituisce un passaggio obbligatorio ed 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.

Data _____

Firma del paziente _____

Firma del tutore legale/dei genitori (se il paziente è minorenne) _____

Firma del medico che riceve il documento _____