

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



NEOFORMAZIONI PALPEBRALI

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

NEOFORMAZIONI PALPEBRALI

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 per ogni dubbio che Lei potesse avere.

COSA SONO LE NEOFORMAZIONI PALPEBRALI?

Come in tutto il resto del corpo, anche le palpebre e la cute periorbitale possono andare incontro a comparsa di lesioni cutanee o, meno spesso, dei tessuti palpebrali profondi. Le neoformazioni palpebrali sono una patologia molto frequente e possono essere sia di natura benigna sia maligna ed essere presenti dalla nascita o comparire in età pediatrica o più avanzata.

Le neoformazioni benigne possono avere origine da una qualsiasi struttura che compone la cute palpebrale e periorbitale, in particolare ne esistono di derivazione dall'epidermide (ad es. cisti, papillomi, verruche etc), dal derma (ad es. neurofibromi, xantelasmi etc), dalle ghiandole sudoripare (ad es. siringomi) e dai follicoli piliferi (ad es. tricoepiteliomi, cisti sebacee etc). Esistono inoltre neoformazioni benigne pigmentate, come ad esempio i nevi o le lentiggini.

Allo stesso modo, anche le lesioni palpebrali maligne possono derivare dalle diverse strutture che compongono la cute palpebrale. In particolare, le neoformazioni maligne più frequenti sono: il basalioma, il carcinoma squamoso, il carcinoma sebaceo, il cheratoacantoma, il tumore a cellule di Merkel, il sarcoma di Kaposi e il melanoma. I fattori di rischio principali sono l'esposizione ai raggi UV, la pelle chiara e fattori genetici di predisposizione. Alcune di queste neoplasie hanno solamente capacità invasiva locale, mentre altre hanno anche capacità di diffondere a distanza dalla sede di origine (metastasi). Per questa ragione diventa importante una diagnosi chiara e precisa, a livello istologico, in quanto clinicamente non sempre è possibile una distinzione tra neoformazioni benigne e maligne e per queste ultime, clinicamente, non è possibile stabilire il grado di malignità e capacità di metastatizzare.

INTERVENTO CHIRURGICO

Tipi di procedure

In base al tipo di neoformazione, al sospetto grado di malignità, all'estensione, alla localizzazione e all'età del paziente, si deciderà il tipo di approccio chirurgico migliore.

La distinzione tra neoformazioni benigne e maligne non sempre è possibile clinicamente e pertanto si rende necessario il prelievo di tutta la lesione o di una parte di essa, da poter analizzare con l'ESAME ISTOLOGICO. La biopsia incisionale diagnostica (prelievo di una piccola porzione di lesione) trova indicazione nelle forme in cui sia difficile una diagnosi clinica e nei casi in cui l'asportazione dell'intera lesione sarebbe molto ampia e demolitiva, tale da essere giustificata solo in caso di diagnosi certa di malignità.

Un altro possibile approccio prevede invece l'escissione della lesione nella sua interezza. La biopsia escissionale è destinata a lesioni piccole, superficiali e sospette benigne, e viene eseguita mediante shaving della lesione, quindi una asportazione superficiale, che reseca la lesione alla sua base. Per lesioni più ampie, a sospetta malignità, invece, l'asportazione è più estesa e viene fatta a tutto spessore cercando, almeno macroscopicamente di asportare completamente la lesione.

Esame istologico

In entrambi i casi il materiale prelevato sarà inviato per un esame istologico presso il Servizio di Anatomia Patologica dell'Ospedale dove è stato eseguito il prelievo. Sulla base dell'esito dell'esame istologico sarà deciso il successivo iter terapeutico. In particolare se la lesione sarà risultata maligna e non completamente escissa, sarà necessario un secondo intervento chirurgico, più radicale, per allargare i margini di resezione per asportare residui di malattia.

In altri casi possono essere effettuati esami istologici in estemporanea, cioè il pezzo prelevato viene inviato e analizzato nel tempo della seduta operatoria stessa, in modo tale che in base all'esito dell'esame stesso, possano eventualmente essere eseguiti ulteriori allargamenti dei margini di resezione chirurgica durante la medesima seduta operatoria per poter garantire la radicalizzazione chirurgica della lesione. Tale procedura può comportare un allungamento dei tempi dell'intervento.

Tecniche ricostruttive

In base all'estensione del tessuto asportato, si potrà procedere alla chiusura diretta dei margini chirurgici di exeresi (neoformazioni di piccole dimensioni), o se il tessuto asportato è molto esteso, potranno rendersi necessarie delle tecniche chirurgiche di ricostruzione più complesse, mediante lembi di scorrimento, di rotazione o mediante prelievo di tessuti da altre sedi. In alcuni casi potrà essere necessario eseguire interventi ricostruttivi anche in più sedute operatorie.

Ciascuna opzione chirurgica verrà discussa e chiarita durante la visita preoperatoria con il Chirurgo di riferimento che proporrà la tecnica chirurgica più appropriata al Suo caso.

Nel Suo caso specifico sono stati chiariti i seguenti punti sul tipo di intervento e sul tipo di ricostruzione

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 clinica e dello stato generale del paziente, valutate dal chirurgo oculista in accordo con quanto previsto dal locale servizio di anestesia o dal medico anestesista, e delle preferenze del paziente stesso.

DIMISSIONE E DECORSO POST OPERATORIO

L'intervento può essere eseguito in regime ambulatoriale, di ricovero giornaliero o, se scelta l'anestesia generale, 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, oltre che 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 rendessero necessario.

Una volta lasciata la struttura sanitaria il paziente deve attenersi scrupolosamente a tutte le indicazioni che gli 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 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: Nel caso specifico dell'intervento di asportazione di neoformazioni palpebrali, nei giorni successivi all'intervento è importante applicare la terapia antibiotica sulla cute periorbitale e all'interno dell'occhio, avendo l'accortezza di eseguire sempre una corretta igiene cutanea per prevenire infezioni. Nell'immediato post-operatorio potrebbe essere consigliata l'applicazione di ghiaccio o impacchi freddi per ridurre il gonfiore periorbitale, e il riposo con capo sopraelevato (dormire con due cuscini) per ridurre il gonfiore e l'edema dei tessuti periorbitari.

Dopo alcuni giorni dall'intervento, con il chirurgo di riferimento, verrà organizzato un controllo in post-ricovero per la rimozione dei punti di sutura. Sarà inoltre organizzato un colloquio per la consegna del referto istologico, non appena disponibile.

COMPLICANZE

Non esiste nessun intervento chirurgico che sia privo di complicanze.

Le complicanze più comuni sono le recidive di malattia, le infiammazioni, le infezioni, gli ascessi, i flemmoni, la necrosi cutanea, le retrazioni cicatriziali, entropion, ectropion, irregolarità del margine palpebrale, erosioni corneali, deiscenza delle ferite chirurgiche, sanguinamenti, edema e gonfiore dei tessuti periorbitari, perforazione del bulbo, mancata radicalizzazione di malattia, anestesia e disestesia cutanea periorbitale, discromie cutanee.

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 specifica che il caso in oggetto 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 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.