

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



PTOSI PALPEBRALE

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

PTOSI PALPEBRALE

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.

COS'È LA PTOSI PALPEBRALE?

Per ptosi palpebrale si intende una condizione in cui il margine palpebrale superiore è abbassato rispetto al normale, in posizione primaria di sguardo, andando a coprire la parte superiore della cornea per più di 2 mm circa.

La ptosi palpebrale può essere congenita o acquisita.

La ptosi congenita generalmente deriva da uno sviluppo anomalo del muscolo elevatore della palpebra superiore. In un numero ridotto di casi, la ptosi palpebrale congenita può associarsi a patologie genetiche o anomalie cromosomiche o disfunzioni neurologiche. Tra queste ricordiamo la sindrome di Marcus Gunn, la sindrome da innervazione paradossa del III nervo cranico, la Sindrome di Horner congenita e la Sindrome blefarofimosi-ptosi-epicanto inverso.

La ptosi palpebrale acquisita ha diverse cause. Tra queste, la più frequente è la ptosi INVOLUTIVA o APO-NEUROTICA, cioè legata ai processi dell'invecchiamento del muscolo elevatore della palpebra superiore; altra causa è la ptosi NEUROGENA causata da un difetto di innervazione della palpebra superiore, come nel caso della paralisi del III nervo cranico o della Sindrome di Horner; la ptosi MIOGENA invece è secondaria a una patologia muscolare del muscolo elevatore della palpebra e può derivare dalla miastenia gravis o dalla distrofia miotonica; infine esiste una ptosi MECCANICA causata da un effetto gravitazionale per masse o trazioni cicatriziali.

Le ptosi possono avere un'entità variabile da parziale a completa (completa chiusura del bulbo oculare) e possono essere monolaterali o bilaterali e le forme bilaterali possono essere simmetriche (stessa entità) o asimmetriche.

La causa, l'età del paziente e l'entità dell'abbassamento della palpebra saranno alla base della scelta del tipo di intervento e delle tempistiche con cui affrontarlo.

INTERVENTO CHIRURGICO

Esistono diversi tipi di trattamenti chirurgici volti a ripristinare il corretto posizionamento della palpebra, che variano in base all'entità, alla funzionalità residua del muscolo elevatore, alla causa della ptosi stessa e all'età del paziente.

Gli interventi possono avere due tipi di approccio chirurgico: un approccio dall'interno della palpebra (lato congiuntivale senza accessi chirurgici visibili) e un approccio dalla parte cutanea della palpebra.

Per ptosi di modesta entità con buona funzionalità dell'elevatore possono essere eseguiti interventi ad approccio interno che prevedono l'accorciamento delle strutture interne della palpebra tra cui il muscolo di Muller, la congiuntiva e il tarso.

Per ptosi di entità maggiore con discreta funzionalità residua dell'elevatore, l'intervento consigliato è ad approccio esterno e prevede l'avanzamento del muscolo elevatore della palpebra superiore. Questa procedura richiede un'incisione cutanea lungo le naturali pieghe palpebrali e l'accorciamento del muscolo elevatore della palpebra tanto da consentire un'adeguata apertura oculare. In questa fase il paziente potrà essere posto in posizione semiseduta per valutare l'entità della correzione, la simmetria controlaterale e una corretta delineazione del margine palpebrale, e per permettere eventuali modifiche prima del termine della procedura. La cute verrà poi suturata con punti riassorbibili o non riassorbibili.

Per ptosi di grave entità con scarsa funzionalità residua del muscolo elevatore, o risultati insoddisfacenti dalle precedenti tecniche, può essere eseguita la tecnica della SOSPENSIONE DEL SOPRACCIGLIO, in cui la struttura interna della palpebra superiore (il tarso) viene agganciata al muscolo frontale, al di sopra del sopracciglio, tramite una sospensione eseguita con fili non riassorbibili, o lembi muscolari prelevati dal paziente stesso (ad esempio lembo di fascia lata).

Per tali procedure, in base ai rischi e benefici valutati accuratamente dal chirurgo oftalmologo di riferimento, eventualmente coadiuvato da un consulto cardiologico/angiologico da programarsi, si potrà decidere di sospendere la terapia anticoagulante/antiaggregante per ridurre i rischi di sanguinamento durante la procedura.

ANESTESIA

Questo intervento può essere eseguito sia in anestesia loco-regionale che in anestesia generale.

Generalmente viene prediletta l'anestesia loco-regionale, anche perché con questa tecnica, durante la procedura il paziente potrà anche essere più volte collocato in posizione semiseduta per valutare l'entità della correzione ottenuta e la simmetria tra un occhio e l'altro, rendendo possibili aggiustamenti di correzione in corso d'opera.

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 stesso, e delle preferenze del paziente stesso.

DIMISSIONE E DECORSO POST OPERATORIO

L'intervento può essere eseguito in regime 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 diventi indispensabile 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 alle 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 correzione di ptosi palpebrale nei giorni successivi all'intervento è importante applicare la terapia antibiotica sulla cute perioculare, 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 perioculare.

Dopo alcuni giorni dall'intervento, con il chirurgo di riferimento, verrà organizzato un controllo in post-ricovero per la rimozione dei punti di sutura, che potranno essere rimossi in un'unica, o più sedute, in base ai tempi di guarigione della ferita.

GUARIGIONE

La cute è una struttura molto delicata, e a seconda dell'età del paziente, ha una capacità plastica di rigenerarsi e guarire le ferite, diversa in ciascun soggetto.

Al fine di facilitare il processo di guarigione, si raccomanda fortemente l'astensione dal fumo e la fotoprotezione totale, per ridurre il rischio di recidive di malattia e cicatrizzazioni più vistose.

COMPLICANZE

Non esiste nessun intervento chirurgico che sia privo di complicanze.

Le complicanze più comuni sono una correzione insufficiente, una correzione eccessiva con mancata chiusura palpebrale con rischio di ulcerazione corneale, granulomi (reazione infiammatoria), deiscenza della ferita chirurgica, ematomi, infezioni, entropion o ectropion della palpebra superiore, discomfort oculare, irregolarità del margine palpebrale, ciglia in trichiasi, diplopia, esposizione o estrusione del materiale per la sospensione sopraccigliare.

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.