

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

Questo materiale informativo ha lo scopo di 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 come la più adatta al Suo specifico caso. Il personale medico della nostra Struttura è disponibile a fornire qualsiasi ulteriore chiarimento e a rispondere a ogni dubbio che Lei possa avere.

COS'È LA MACULOPATIA MIOPICA TRATTIVA?

La maculopatia miopica trattiva (MTM) è una particolare complicanza che colpisce gli occhi con miopia elevata. Per comprendere meglio questa malattia, è importante ricordare alcuni concetti:

1. Miopia elevata: si definisce una miopia superiore a 6 diottrie o un occhio più lungo di 26 mm (considerando 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:
 - Maculopatia atrofica (macula che si consuma)
 - Maculopatia neovascolare (emorragie e membrane neovascolari sottoretiniche)
 - Maculopatia miopica trattiva (MTM)
2. Struttura dell'occhio: la parete posteriore dell'occhio è composta da tre strati:
 - Sclera (guscio esterno bianco)
 - Coroide (strato di vasi sanguigni)
 - Retina (tessuto essenziale per la visione, composto da 10 strati di cellule)
3. Deformazione della sclera: nell'occhio miope, la sclera si allunga e si allarga in base alle dimensioni dell'orbita, processo che dura tutta la vita. Questa deformazione progressiva mette la coroide e la retina sotto trazione, stirandole verso l'interno.

La MTM è una malattia progressiva che colpisce soprattutto pazienti dai 30 anni in poi. Il termine "progressiva" indica che la malattia evolve nel tempo. La Stadiazione della MTM riassume tutti gli stadi della malattia in una tabella semplice, 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 e alla sua équipe un alto grado di preparazione, abilità manuale e competenza nelle molteplici manovre tecniche necessarie a manipolare e riposizionare il tessuto retinico di circa 300 micron di spessore.

Le principali tecniche disponibili sono due: chirurgia episclerale e vitrectomia. In entrambi i casi, la chirurgia viene eseguita in sala operatoria, in modalità sterili, utilizzando sofisticate apparecchiature dedicate.

CHIRURGIA EPISCLERALE (PIOMBAGGIO O INDENTAZIONE MACULARE)

Questa tecnica prevede l'applicazione sulla parete esterna dell'occhio di un elemento medicale noto come piombaggio maculare. Il piombaggio ha una forma che rispecchia la curvatura esterna dell'occhio, a 'C' o 'L', con un braccio lungo per posizionare i punti di sutura laterali (più comunemente sulla parete superiore e laterale dell'occhio) e un braccio corto a bottone per 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 eseguite direttamente all'interno del bulbo oculare. Questa procedura viene eseguita anche in presenza di fori nella macula (foro maculare) o membrane davanti alla macula (pucker maculare o membrana epiretinica) che deformano la stessa, compromettendo la vista. Tale intervento è eseguito anche per il trattamento del distacco di retina.

Il primo passo consiste nella rimozione del corpo vitreo, seguita dalle manovre di rimozione di membrane e chiusura dei fori. Durante l'intervento, può essere necessario utilizzare coloranti (es. verde indocianina, blue, triamcinolone) per evidenziare membrane epiretiniche e la membrana limitante interna. In alcuni casi, si applicano sostanze particolari come membrana amniotica o gel piastrinico per favorire il riaccollamento dei margini del foro. Durante la vitrectomia, possono essere utilizzate sostanze tamponanti intra-operatorie, come perfluorocarbonati liquidi, per distendere e stabilizzare la retina, rimosse dalla cavità vitrea a fine intervento. La cavità vitreale, dopo la rimozione del vitreo, viene riempita con sostanze tamponanti liquide, gassose o oleose. Le sostanze gassose vietano al paziente i viaggi in aereo o il salire a quote elevate, ma si riassorbono spontaneamente. Le sostanze oleose, come l'olio di silicone, necessitano di un secondo intervento per essere rimosse. La rimozione dell'olio di silicone avviene quando la retina garantisce di non andare incontro a una recidiva di distacco maculare. In alcuni casi, il silicone può essere lasciato nell'occhio permanentemente, controllando adeguatamente il paziente per eventuali fenomeni di intolleranza.

Spesso, durante la vitrectomia, è indicata la rimozione del cristallino con impianto di una lente intraoculare per prevenire l'insorgenza di opacità del cristallino e per facilitare la completa rimozione del corpo vitreo. In alcuni casi, la vitrectomia può essere associata al piombaggio maculare, eseguendo un intervento combinato.

Entrambi gli interventi possono prevedere l'uso di punti di sutura. Nonostante i progressi nelle tecniche chirurgiche, non è sempre possibile risolvere la maculopatia miopica trattiva con un solo intervento, o impedire che la retina si distacchi nel periodo postoperatorio, richiedendo molteplici interventi chirurgici.

ANESTESIA

L'intervento può essere eseguito in anestesia loco-regionale o generale. La scelta dipende dalle caratteristiche della situazione oculare, dallo stato generale del paziente, dalle valutazioni del chirurgo oculista e del medico anestesista, e dalle preferenze del paziente.

DIMISSIONE E DECORSO POST OPERATORIO

L'intervento può essere eseguito in regime ambulatoriale, di ricovero giornaliero o di ricovero ordinario. Il paziente può lasciare la struttura sanitaria il giorno stesso dell'intervento o dopo alcuni giorni di degenza, in base alle caratteristiche dell'intervento, alle condizioni generali del paziente e alle sue preferenze. In caso di mutamento delle condizioni cliniche, potrebbe essere necessario trattenere il paziente.

Dopo la dimissione, il paziente deve seguire scrupolosamente tutte le indicazioni fornite e eseguire con diligenza tutte le terapie prescritte. La corretta esecuzione delle prescrizioni è parte integrante del processo di cura. In caso di dubbi, il personale sanitario è disponibile a fornire indicazioni o chiarimenti telefonici.

POSIZIONI DEL CAPO E PRECAUZIONI

È fondamentale mantenere le posizioni del capo richieste dal chirurgo per il tempo indicato, poiché ciò è parte integrante del trattamento. Nel caso siano state utilizzate sostanze tamponanti gassose, il paziente deve astenersi dai viaggi aerei o salire di quota per tutto il tempo indicato.

GUARIGIONE E RECUPERO DELLA FUNZIONE VISIVA

La retina è composta da strutture e cellule che non possono rigenerarsi una volta perdute, quindi la funzione visiva non ritorna mai alle condizioni precedenti l'insorgenza della maculopatia miopica trattativa. Nella maggior parte dei casi, la grave miopia degenerativa ha causato un danno irreversibile alla funzione visiva. Anche se il distacco retinico non trattato porta alla perdita della visione, una riparazione perfettamente riuscita lascia sempre un certo grado di menomazione visiva. Non è possibile prevedere il tipo di recupero visivo nel singolo paziente affetto da maculopatia miopica trattativa. Il recupero dell'acutezza visiva può essere nullo, scarso o incompleto, dipendendo molto dalle condizioni generali preesistenti, in particolare quelle retiniche e maculari.

COMPLICANZE

Non esiste nessun intervento chirurgico privo di complicanze. Inoltre, quanto maggiore è la complessità dell'intervento, tanto più facile è incorrere in complicanze. Di seguito sono elencate alcune delle principali complicanze:

- Complicanze operatorie: perforazione bulbare, ematoma orbitario, lesioni del nervo ottico, bradicardia e arresto cardiaco, emorragia intraoculare, emorragia e distacco di coroide, emorragia espulsiva, incarceration 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 necessarie per stabilizzare la condizione clinica. Le complicanze intra- e post-operatorie possono richiedere ulteriori interventi chirurgici complessi e possono causare 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 e avvalendosi delle informazioni riportate in questo documento, e avendo avuto la possibilità di porre qualsiasi domanda e chiarire ogni dubbio, è necessario che il paziente esprima il proprio consenso al trattamento proposto, firmando accanto al medico che eseguirà l'intervento.

DETTAGLI SPECIFICI DEL CASO

Si specifica che la corretta informazione permette di acquisire il consenso in maniera consapevole, 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.