

Timbro della struttura che rilascia la scheda informativa



SCHEDA INFORMATIVA SULL'INTERVENTO PRK

Gentile Paziente,

Il trattamento che le viene proposto è _____

Il responsabile del trattamento chirurgico/parachirurgico è _____

La cornea rappresenta circa i 2/3 del potere diottrico del nostro occhio e la sua faccia anteriore ne costituisce la quota maggiore (oltre l'85%). La modifica del profilo della faccia anteriore della cornea stessa consente, pertanto, di modificare significativamente la condizione refrattiva del nostro occhio.

Alcuni studiosi oltre 40 anni fa osservarono come un laser con emissione a 193 nm fosse in grado di asportare selettivamente il tessuto corneale senza alterarne la trasparenza.

Successivi studi istopatologici e clinici condotti in USA ed in Germania confermarono che era possibile ottenere un aumento del raggio di curvatura corneale "fotoablando" il tessuto corneale centrale degradando dal centro alla periferia (riduzione del potere refrattivo della cornea) o ancora ridurre il raggio di curvatura centrale della cornea (aumento del potere diottrico) rimuovendo tessuto nella regione paracentrale.

La PRK (acronimo di Cheratectomia FotoRefrattiva o PhotoRefractive Keratectomy) rappresenta la prima tecnica sperimentata ed applicata sull'uomo per modificare in maniera diretta il profilo corneale e quindi il suo potere diottrico.

La tecnica prevede la rimozione dell'epitelio corneale (con spatola smussa, con spazzolino rotante, con separazione alcoolica o con rimozione fotoablativa), successivamente si procede a far impattare la luce laser prodotta dalla sorgente Argon-Fluoro in aree e con sequenze calcolate matematicamente (algoritmi) in modo che si rimuova selettivamente il tessuto corneale così da conferire alla faccia anteriore della cornea un nuovo profilo calcolato per compensare il difetto refrattivo presente nell'occhio (miopia, ipermetropia o astigmatismo).

Va ricordato, però, che nel processo fotoablativo vengono coinvolte quasi tutte le componenti della cornea (stroma, collagene, cellule, fibre nervose e sostanza intercellulare) e che la regione trattata risulta priva del fisiologico scudo protettivo costituito dall'epitelio.

Al termine della procedura chirurgica viene a volte impiegata una soluzione di mitomicina (farmaco antiproliferativo), opportunamente diluita e per tempi calcolati, che viene poi "lavata" prima di procedere alla medicazione con colliri antibiotici (in associazione o meno ai cortisonici ed ai cicloplegici) ed all'apposizione di una lente corneale morbida "terapeutica" ed eventualmente di una benda.

DECORSO POSTOPERATORIO IMMEDIATO (PRIMI 3-5 GIORNI)

Nel periodo in oggetto il paziente avvertirà sensazione di corpo estraneo, bruciore oculare e/o dolore all'occhio operato e tale sintomatologia (variabile per intensità e durata) permane per 24-72 ore cioè fin quando non si è ottenuta la riformazione di una superficie epiteliale, seppur molto sottile, che vada a coprire il tessuto corneale stromale e ciò che rimane delle fibre nervose. In questo periodo, sempre per la assenza di una pro-

tezione epiteliale, si devono osservare regole volte a evitare possibili contaminazioni batteriche o in generale da agenti infettanti, evitare l'esposizione ad acqua, a intense fonti luminose o a correnti d'aria. La somministrazione dei farmaci prescritti deve essere eseguita con molta accuratezza e rispettando rigorosamente le regole di antisepsi ed igiene. Normalmente al 5°-7° giorno l'oculista provvederà a rimuovere la lente corneale e prescriverà la nuova terapia ed i controlli da eseguire nei mesi successivi.

DECORSO POSTOPERATORIO INTERMEDIO (FASE RIPARATIVA)

L'epitelio corneale tende ad ispessirsi (2-4 settimane) ed a riformare un profilo continuo pluristratificato, le cellule dello stroma corneale inizieranno a produrre sostanza fondamentale e nuove fibre collagene è importante far sì che questo processo si svolga senza che si producano aree simil-cicatriziali (opache) o un eccesso di fibre che potrebbero vanificare (in parte) il rimodellamento prodotto dall'azione fotoablativa. Per modulare e controllare il processo riparativo vengono impiegati colliri a base di Corticosteroidi (normalmente di superficie) somministrati con una periodicità a scalare della durata variabile da 3 a 6 mesi. La aderenza e la precisione nella terapia da parte del paziente è fondamentale per il buon controllo del processo riparativo così come è fondamentale la valutazione periodica da parte dell'oculista secondo i modi ed i tempi che verranno forniti al paziente.

Inoltre è importante evitare l'esposizione ai raggi ultravioletti per i primi 3-4 mesi dopo l'intervento.

INDICAZIONI E LIMITI DELLA PRK

La PRK risulta avere una capacità correttiva ottimale nelle miopie lievi e medie (-1/-3 e -3/-7 D) e pur risultando applicabile anche in correzioni medio-elevate (-7/-10) risulta essere in questi casi meno precisa e maggiormente gravata da complicazioni. Risultati simili a quelli delle miopie sono ottenibili negli astigmatismi miopici di lieve (fino a -1,5 D) e media entità (fino a -2.5/-3 D) soprattutto se associati a difetti miopici.

Meno prevedibili ed ottenibili con tempi di recupero decisamente lunghi, sono i risultati correttivi nella Ipermetropia e negli astigmatismi ipermetropici e limitatamente a difetti medio-lievi (non superiori a 3 D in ipermetropia e non superiori a 1,5 D nell'astigmatismo ipermetropico).

Molto controverse sono le chirurgie fotoablative di superficie nella correzione di ametropie conseguenti a precedente chirurgia corneale (Trapianti a tutto spessore o lamellari, cheratotomie radiali o astigmatiche) per la non infrequente risposta iperplastica del tessuto stromale (formazione di opacità corneali) e/o il rischio di attivare una reazione immunitaria di rigetto del lembo trapiantato.

Viceversa, seppur in casi selezionati e con metodiche molto conservative (a bassissimo consumo di tessuto), l'applicazione di una ablazione volta a ridurre le aberrazioni prodotte dal cheratocono avente solamente lo scopo di eliminare le aree più asimmetriche, sempre in casi stabili e, possibilmente, sottoposti in precedenza a Cross-Linking sembra mostrare un buon profilo di sicurezza.

CONTROINDICAZIONI ALLA PRK

La procedura di rimodellamento corneale richiede sempre (qualunque sia la tecnica impiegata) che la struttura corneale sia rispondente a caratteristiche di stabilità e di adeguata resistenza strutturale; inoltre occorre che il difetto refrattivo sia stabilizzato da tempo congruo. Nel caso specifico della PRK bisogna sempre escludere o valutare accuratamente pregressi episodi di infezione da Herpes Virus corneale, occorre escludere anche la presenza di patologie autoimmunitarie (collagenopatie) ed ancora la presenza di patologie sistemiche (neoplastiche, infiammatorie, degenerative o carenziali) in grado di ridurre la capacità di rigenerazione tissutale. Tutte queste condizioni, qualora presenti, vanno sempre riferite all'oculista che ne valuterà la rilevanza e deciderà sulla possibilità di eseguire o meno la procedura. La familiarità per Glaucoma deve essere riferita, non in quanto causa di controindicazione, ma per consentire all'oculista di valutare ulteriori parametri nel follow-up.



COMPLICANZE DELLA PRK

Le più frequenti complicanze della PRK sono rappresentate dalla formazione di tessuto sottoepiteliale opalescente (Haze) molto più frequentemente di grado lieve o medio (Grado I, II) non interferente sulla visione e sul risultato refrattivo in maniera significativa.

I quadri di Haze grado III o IV sono molto rari e solo in pochissimi casi possono richiedere trattamenti (PTK). Altra complicanza possibile è costituita dall'insorgenza di un ipertono iatrogeno (conseguente alla terapia corticosteroidica), il quadro normalmente si manifesta nei pazienti "steroid responder" e regredisce alla sospensione della terapia. Altre, rare, possibili complicazioni, riguardano la riparazione epiteliale (ritardo di riepitelizzazione) che, di norma, si risolve entro 15-20 giorni, ma questo può rappresentare un rischio per la formazione di Haze e quindi allungare, anche significativamente, i tempi di guarigione. Per quanto riguarda il rischio di infezioni è estremamente basso (inferiore allo 0.1%) e quasi sempre legato al mancato rispetto delle indicazioni mediche e delle regole di asepsi. Ancor più rare sono le complicazioni ectasiche (0.001-0.003%) con comparsa anche dopo 5-10 anni. Per tale motivo è sempre buona norma eseguire controlli annuali.

Gentile paziente,

Lei ha letto e compreso le informazioni riportate in questo documento sulla procedura PRK con cui si andrà a correggere / ridurre il Suo difetto refrattivo e pertanto Le viene chiesto di rispondere affermativamente o negativamente alle seguenti domande:

- 1) Ha informato il suo oculista di tutte le terapie che normalmente esegue e di tutte le patologie oculari e/o sistemiche che ha o ha avuto? _____
- 2) Ha compreso l'importanza di osservare con molta attenzione le indicazioni e le terapie che Le verranno prescritte dal Suo Oculista? _____
- 3) È conscio che l'intervento di PRK comporterà dei fastidi/dolori e che richiederà un tempo di 1-3 mesi per fornire una qualità visiva adeguata? _____
- 4) Ha compreso bene la possibilità che si presentino complicazioni e quindi sia necessario eseguire controlli aggiuntivi? _____
- 5) Ha compreso bene l'importanza di una monitorizzazione a lungo termine? _____
- 6) Particolarità legate al suo specifico caso che rendono più difficile il recupero sono: _____

Qualora abbia compreso ed accettato queste informazioni può apporre la Sua firma nello spazio sottostante e può sottoporsi all'intervento di PRK:

Data _____

Firma del paziente _____

Data _____

Firma di chi riceve il documento _____