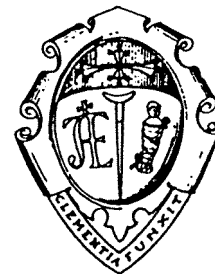




**AZIENDA  
OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA  
PISANA**  
U.O. Oculistica Universitaria  
Direttore: Prof. Marco Nardi



**INFORMATIVA INTERVENTO DI CHERATOPLASTICA LAMELLARE**

Gentile Paziente,

Lei soffre di una delle seguenti patologie corneali cheratocono, distrofia corneale superficiale, leucoma corneale, responsabile di un calo di vista e di alcuni disturbi alla vista. Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le è proposto, sui risultati e sui rischi. Tutte le espressioni tecniche utilizzate è bene che siano accompagnate da un'ampia descrizione verbale di chiarimento. Quindi Lei è invitato a chiedere tutte le spiegazioni necessarie sui termini che non Le sono chiari.

La sua patologia visiva si chiama \_\_\_\_\_

Il trattamento che le viene proposto è \_\_\_\_\_

Il responsabile del trattamento chirurgico è \_\_\_\_\_

**L' intervento chirurgico di Cheratoplastica lamellare**

La cornea è la piccola membrana trasparente, posta davanti all'iride, che costituisce la porzione anteriore del bulbo oculare; ha lo scopo di far passare le immagini all'interno dell'occhio e di focalizzarle sulla retina.

Quando la cornea perde la sua trasparenza o diventa fortemente irregolare, le immagini che vediamo non possono essere più messe a fuoco correttamente sulla retina; se le terapie mediche non risolvono il problema, è necessario sostituire la cornea mediante l'intervento chirurgico di trapianto di uno strato più o meno profondo di cornea, detto anche cheratoplastica (cherato= cornea).

L'intervento viene effettuato in anestesia locale, può essere eseguito in modo ambulatoriale o con ricovero. Esso consiste in un'asportazione parziale di tessuto corneale superficiale con laser ad eccimeri o con mezzi chirurgici, ed inserimento di una lamella corneale di donatore che viene suturata alla restante cornea ospite.

Il tessuto corneale da impiantare proviene dalla Banca degli Occhi ed è accompagnata da un certificato che ne attesta la provenienza e l'assenza di patologie corneali trasmissibili.

L'intervento ha lo scopo di restaurare la funzione visiva alterata dalla ridotta trasparenza corneale, migliorare l'acuità visiva ridotta dalla abnorme curvatura della superficie corneale quando essa non sia più correggibile con lenti a contatto od altri mezzi, ricostruire un tessuto di spessore normale quando la cornea sia assottigliata. Non esistono, infatti, alternative mediche efficaci.

**Tecniche alternative**

Trapianto perforante o cheratoplastica perforante.

è indicato quando i danni corneali sono più profondi o se le patologie che deformano la cornea sono nella loro fase più avanzata;

lenti a contatto possono correggere il difetto creato dalla modificata architettura della cornea nelle fasi iniziali ma non risolvono le opacità della cornea.

**Mancato intervento**

.....  
.....  
.....  
.....

**Decorso postoperatorio**

Abbagliamento, dolore, fotofobia, fluttuazioni visive, aloni, immagini sdoppiate accompagnano frequentemente il post-operatorio e tendono poi a ridursi progressivamente. Il giorno successivo

all'intervento, l'occhio operato è più o meno arrossato e dolente; può avere sensazioni di corpo estraneo, bruciore, fastidio, lacrimazione.

Terapia. Le cure locali consistono nell'instillazione di gocce e nell'applicazione di una protezione oculare secondo delle modalità e per un periodo di tempo che le sarà definito dal suo oculista. In alcuni casi può essere necessaria la terapia generale.

Convalescenza. L'attività professionale, sportiva e la guida dell'auto sono sconsigliati per un periodo di tempo limitato che sarà definito dal suo oculista.

Recupero della vista. Il miglioramento visivo non è immediato; avviene lentamente nell'arco di diverse settimane ed è determinato dalle condizioni preoperatorie dell'occhio. Un bilancio definitivo può essere fatto soltanto dopo 3-6 mesi dall'intervento. Nei mesi successivi all'intervento a seconda del caso clinico si dovrà procedere all'asportazione della sutura .

La presenza di altre lesioni dell'occhio può limitare il recupero della vista. Dopo l'intervento è quasi sempre presente un astigmatismo residuo per cui, per migliorare l'acuità visiva è necessaria una correzione con occhiale ed eventualmente con lente a contatto. Il suo oculista le consiglierà sull'opportunità o meno di ridurre l'astigmatismo residuo mediante un ulteriore intervento chirurgico.

Controlli. Dopo l'intervento dovranno essere effettuate visite di controllo frequenti e per un periodo molto prolungato. Se i controlli non vengono effettuati secondo le prescrizioni del suo oculista, il risultato dell'intervento può essere compromesso.

## Le complicanze

Per quanto standardizzata e seguita da soddisfacenti risultati, l'operazione di trapianto lamellare di cornea non sfugge alla regola generale, secondo la quale non esiste una chirurgia senza rischi. Non è dunque possibile al suo oculista garantire in modo formale il successo dell'intervento né l'assenza di complicanze. La possibilità di complicazioni è in funzione della patologia oculare pre-operatoria e delle condizioni chirurgiche cliniche generali. Se la patologia è limitata alla cornea e non è di grave entità, i rischi sono bassi, mentre se vi sono anche altre patologie oculari, o l'occhio è stato precedentemente operato, i rischi aumentano.

Trattandosi di un intervento chirurgico, sono possibili complicanze preoperatorie, intra e postoperatorie cioè che si verificano prima, durante o dopo l'operazione.

🍏 **Complicanze preoperatorie:** sono molto rare e sono prevalentemente legate all'anestesia per infiltrazione; si distinguono in gravi e meno gravi.

Quelle gravi sono:

- perforazione del bulbo oculare con o senza iniezione di anestetico nel bulbo oculare
- danno al nervo ottico

Quelle meno gravi sono:

- emorragia palpebrale e/o perioculare e/o retrobulbare
- danno ai muscoli dell'occhio

🍏 **Complicanze intraoperatorie gravi:**

- perforazione della cornea.

Meno gravi:

- ipotonia oculare
- ipertono oculare.

🍏 **Complicanze postoperatorie gravi** sono molto rare:

- infezione; l' infezione può essere interna all'occhio o interessare solo il lembo trapiantato; ambedue possono comportare, in casi estremi, la perdita anatomica e funzionale dell'occhio
- opacamento del lembo con necessità di ripetere l'operazione.

🍏 **Complicanze postoperatorie meno gravi:**

- piccole emorragie retiniche che generalmente vengono riassorbite spontaneamente; altre volte le emorragie sono più gravi e possono comportare riduzioni permanenti della vista;
- fotofobia
- astigmatismo elevato
- bassa acuità visiva (scarso recupero visivo)
- infiammazione (uveite)
- Dopo il trapianto di cornea esiste sempre il rischio molto raro di rigetto (cioè la cornea del donatore non viene accettata dal ricevente) ciò può essere controllabile con terapie mediche a base di cortisonici. Questo rischio è sempre presente in una cornea trapiantata anche se si riduce con il passare del tempo. Quando si verifica il rigetto, una terapia tempestiva ed eseguita

correttamente riesce, nella maggioranza dei casi, a risolvere l'episodio. Se la terapia medica non risolve l'episodio di rigetto, la cornea diventa opaca ed è necessario effettuare un altro intervento di trapianto di cornea. Il rigetto si manifesta con un arrossamento dell'occhio e spesso, ma non sempre, con un appannamento della vista. La guarigione è condizionata dalla tempestività con cui si instaura la terapia per cui, siccome talvolta la sintomatologia non è evidente, è di fondamentale importanza effettuare le visite di controllo periodiche prescritte dal suo oculista, o, comunque, ricorrere ad una visita in caso di disturbi visivi...

Fra le complicanze post-operatorie ve ne sono alcune controllabili con le terapie, altre che possono ritardare o condizionare il completo recupero funzionale; a volte il lembo innestato perde la sua trasparenza ed ha necessità di essere sostituito.

L'oculista è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito che Lei vorrà porgli.

È obbligatorio per il medico metterle a disposizione le suddette informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'intervento chirurgico. La firma da parte Sua di questo documento vuole essere la conferma per il medico di avere fornito tali informazioni in maniera che Lei ritiene adeguata e comprensibile e di aver soddisfatto ogni Sua domanda e non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

## ATTENZIONE!

- 1) **L'intervento di cheratoplastica non risolve sempre i problemi di opacità e struttura della cornea.**
- 2) **L'intervento non risolve sempre anche i problemi di difetti visivi associati (miopia, astigmatismo, ecc.).**
- 3) **La cornea trapiantata non è sempre accettata dall'occhio che la riceve.**
- 4) **È possibile avere gravi complicazioni intraoperatorie.**
- 5) **Sono possibili delle complicanze post-operatorie se non si eseguono le terapie o i controlli prescritti.**

Il sottoscritto paziente (Cognome e Nome in stampatello) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Cognome e nome di chi ha fornito le informazioni (medico) \_\_\_\_\_

Firma di chi ha fornito le informazioni \_\_\_\_\_

**LA PRESENTE INFORMATIVA È STATA APPROVATA DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA SOI-AMOI ENTE MORALE RICONOSCIUTO DAL MINISTERO DEI BENI CULTURALI**

Gentile Paziente,

la SOI, Società Oftalmologica Italiana, riconosciuta come ente morale dal Ministero dei Beni Culturali, richiede nel suo interesse che prima di sottoporsi all'intervento, lei riceva le necessarie informazioni e firmi il consenso all'intervento.

È quindi invitato a leggere accuratamente il presente scritto e consegnarlo firmato prima dell'atto operatorio.

## ATTO DI CONSENSO ALL'INTERVENTO DI CHERATOPLASTICA LAMELLARE

INTERVENTO

O OCCHIO  
DESTRO

O OCCHIO  
SINISTRO

IN ANESTESIA

O PARABULBARE

O GENERALE

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto **acconsento** a sottopormi all'intervento di cheratoplastica lamellare, dopo essere stato edotto delle caratteristiche dell'intervento ed avere valutato, sulla base di quanto ampiamente illustrato e riassunto in una specifica informativa da me sottoscritta per presa visione e facente parte integrante della presente dichiarazione di consenso, i possibili vantaggi così come gli eventuali rischi generici e specifici dell'intervento stesso.

Dichiaro al riguardo di essere stato posto a conoscenza, tra l'altro:

- delle conseguenze derivanti da mia eventuale negligenza relativamente ai consigli sulle pratiche post-operatorie prescritte all'occorrenza dal chirurgo nel corso dei controlli post-operatori, che saranno programmati e a cui debbo attenermi;
- della possibilità di porre domande riguardo alle problematiche relative a questo intervento rilasciatemi dal

Dott. \_\_\_\_\_

Firma del Dott. \_\_\_\_\_

Che ha rilasciato spiegazioni su

---

---

---

---

Affermo infine di avere letto e compreso perfettamente tutto ciò che mi viene spiegato e che tutti gli spazi in bianco sono stati completati (o sbarrati) prima della mia firma.

Cognome e Nome

del paziente

del tutore del paziente inabilitato

dei genitori del paziente minorenni esercenti la patria potestà

in stampatello \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente/tutore/genitore \_\_\_\_\_

Firma dell'altro genitore \_\_\_\_\_

In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la patria potestà, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l'unico esercente la patria potestà esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri.

In caso di esercizio della patria potestà disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la patria potestà ovvero di procura notarile dell'esercente la patria potestà che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione d'autenticità della firma.

Nome di chi riceve la dichiarazione di consenso (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma di chi riceve la dichiarazione di consenso (non necessariamente Dott) \_\_\_\_\_