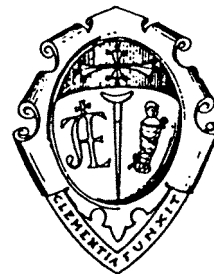




**AZIENDA  
OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA  
PISANA**  
U.O. Oculistica Universitaria  
Direttore: Prof. Marco Nardi



**INFORMATIVA INTERVENTO ENUCLEAZIONE PER RETINOBLASTOMA**

Suo figlio è affetto da un tumore canceroso intraoculare che si chiama retinoblastoma. Si tratta di un tumore retinico che, in assenza di cure, causa il distacco della retina e distrugge progressivamente la vista. C'è il rischio successivamente che si sviluppi verso l'orbita, verso il nervo ottico ed il cervello, anche addirittura si diffonda nell'organismo, impegnando la prognosi vitale.

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

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

All'attenzione del genitore (o tutore).

Si tratta di un tumore di origine genetica, più frequentemente monolaterale. Il gene che codifica per tale neoplasia è localizzato sul cromosoma 13. Per lo sviluppo del retinoblastoma sono necessarie due mutazioni sullo stesso gene. Nelle forme unilaterali le due mutazioni sopraggiungono nelle fasi iniziali di sviluppo nella cellula retinica.

Nel 10-15% di tali forme è possibile riscontrare, tuttavia, una anomalia genetica sul cromosoma 13. Nelle forme bilaterali tale anomalia è sempre presente ed è rappresentata da una mutazione, detta germinale, ossia già individuabile in tutte le cellule dell'organismo, a livello del cromosoma 13. Queste forme sono ereditarie e si trasmettono secondo una modalità autosomica dominante.

La miglior soluzione terapeutica è l'ablazione chirurgica dell'occhio, o enucleazione.

**L'enucleazione**

Viene realizzata in anestesia generale. Dura circa un' ora.

Dopo una apertura circolare della membrana traslucida che ricopre l'occhio (congiuntiva), si seziona e si conservano i muscoli oculomotori poi si seziona il nervo ottico e si toglie il globo oculare.

Il volume dell'occhio normalmente viene sostituito da un impianto che può essere in corallo, in allumina, in silicone e altro materiale.

Il globo oculare viene affidato all'anatomopatologo per studi macro e microscopici.

**Incidenti durante l'intervento**

Un sanguinamento transitorio può prodursi durante la sezione del nervo ottico. In casi molto eccezionali, sono state descritte delle rotture durante l'operazione del globo oculare o la scoperta di un'estensione extrasclerale del tumore, se non addirittura un'estensione a livello del nervo ottico.

**Evoluzione postoperatoria abituale**

Dei dolori sono normali da 24 a 48 ore e richiedono spesso la somministrazione di analgesici. Le palpebre possono essere gonfie per qualche giorno.

Le cure locali comportano un collirio antibiotico locale. Dopo un mese il bambino può essere portato da un protesista che sostituirà il conformatore trasparente con una protesi. Questa sarà mobile, i movimenti dell'impianto sotto la congiuntiva sono parzialmente trasmessi alla protesi.

Se prima che la protesi si adatti, il conformatore cade, bisogna lavarlo con acqua e sapone, asciugarlo e rimetterlo al suo posto.

Una dozzina di giorni dopo l'operazione, i risultati dell'esame anatomopatologico dell'occhio saranno comunicati.

In funzione di questi risultati, potrà essere necessario completare la cura con una chemioterapia e/o una radioterapia.

**Complicazioni dell'enucleazione**

Si può osservare un ematoma dell'orbita nel decorso immediato. Normalmente si riassorbe senza conseguenze. Le complicazioni infettive sono rarissime ma possono verificarsi (cellulite orbicolare, meningite,'). Un rigetto dell'impianto può essere osservato, e richiedere un altro intervento. Con gli impianti in corallo si osserva a volte un errore della cicatrizzazione anteriore della congiuntiva che può obbligare a fare un innesto della mucosa buccale. Gli impianti in corallo hanno comunque il vantaggio di integrarsi nel tessuto orbitale e permettono a lungo termine una migliore tollerabilità dell'impianto.

Le complicazioni più gravi sono dovute all'evoluzione della malattia cancerosa. Si può temere una recidiva locale orbitale o l'apparizione di metastasi a distanza.

Con i trattamenti attuali queste complicazioni sono eccezionali.

occhiali correttivi al fine di assicurare la miglior vista possibile.

**Il Suo oculista è disposto a rispondere a ulteriori Sue domande.**

La legge obbliga il medico a fornire una prova di aver informato il paziente.

Quindi Le chiediamo di firmare questo documento in duplice copia, di cui una viene conservata dal suo medico.

Il sottoscritto paziente o parente (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 E' 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.

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

**ATTO DI CONSENSO ALL'INTERVENTO DI ENUCLEAZIONE PER  
RETINOBLASTOMA**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

riconosco che la natura dell'esame o dell'intervento, compresi i rischi, mi sono stati spiegati in termini che ho capito, e che il medico ha risposto in modo soddisfacente a tutte le domande che gli ho posto.

Ho disposto di una proroga sufficiente per riflettere e pertanto do il mio consenso all'esecuzione dell'intervento di enucleazione per retinoblastoma.

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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_