



SCHEDA INFORMATIVA
INTERVENTO DI IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE DA CAMERA
POSTERIORE IN OCCHIO FACHICO (LIOF-CP)

APPROVATA DALLA SOCIETA' OFTALMOLOGICA ITALIANA NELL'ANNO 2003
Primo Aggiornamento Aprile 2013

Data:

Informazioni fornite da:

Responsabile del trattamento chirurgico:

I difetti visivi, che hanno sino ad oggi trovato soluzioni negli occhiali e nelle lenti a contatto, possono ora avere un'alternativa terapeutica attraverso un intervento chirurgico.

La chirurgia refrattiva trova le applicazioni più vantaggiose quando, escluso il semplice desiderio estetico di non portare una correzione ottica, vi siano caratteristiche dei parametri oculari e dell'ambiente che impediscano al paziente la capacità di utilizzo della vista al meglio.

Tale intendimento è più evidente nei forti difetti di vista, che legano indissolubilmente il paziente all'occhiale, nelle elevate differenze di refrazione fra un occhio e l'altro, specie dove non vi è tolleranza alle lenti a contatto, ed in alcuni tipi di attività lavorativa in cui i sussidi ottici creano innegabili svantaggi.

L'accurata selezione delle caratteristiche cliniche e dei motivi che conducono all'intervento, nonché del tipo di interventi, è resa necessaria dalla considerazione che l'atto chirurgico non è sempre reversibile e dalla possibilità del verificarsi di complicazioni, modificazioni secondarie o residui indesiderati comuni a tutti gli interventi chirurgici.

Va inoltre rilevato che ogni atto di chirurgia refrattiva, quale che sia la tecnica adoperata, si rivolge alla risoluzione delle sole caratteristiche ottiche, ma non modifica quelle patologie che possono essere associate al difetto di vista. In altre parole, ad esempio, in miope con alterazioni retiniche che compromettano parte della sua funzionalità visiva non può sperare di vedere risolto questo problema da un intervento chirurgico a scopo refrattivo né questo può costituire una "assicurazione" verso complicanze successive. L'intervento potrà però ragionevolmente mirare ad una riduzione del potere dell'occhiale o, nei casi più favorevoli, alla sua completa eliminazione con diminuzione dei fastidi e delle distorsioni che ad esse si accompagnano.

Pertanto per non andare incontro ad errori ed incomprensioni sui programmi prefissi e sui risultati raggiunti, è indispensabile che il paziente venga informato in modo esauriente dal medico, cosicché il suo consenso all'intervento sia motivato e convinto.

Il suo caso, a giudizio del suo medico oculista, può trarre vantaggio dall'uso della tecnica di Impianto di LIOF-CP.

L'impianto di una LIOF-CP consiste nel posizionare una lente di opportuno valore all'interno dell'occhio e più precisamente sulla superficie anteriore del cristallino (la lente naturale posta all'interno dell'occhio utilizzata per la messa a fuoco), subito posteriormente all'iride.

Questa metodica consente di correggere la miopia e l'ipermetropia elevata ed anche l'eventuale astigmatismo associato.



I vantaggi di tale metodica consistono:

- nel rapido recupero postoperatorio (1-2 settimane)
- nell'elevato numero di diottrie correggibili
- nella reversibilità (la LIOF-CP può essere rimossa in qualunque momento previa riapertura del bulbo oculare)
- nel mantenere l'accomodazione (capacità di mettere a fuoco gli oggetti vicini), qualora questa sia ancora presente (diminuisce normalmente dai 40 anni in poi), poiché alcune metodiche chirurgiche di correzione di difetti visivi elevati comportano l'abolizione di tale capacità (asportazione di cristallino trasparente con eventuale impianto di lente intraoculare).

Gli svantaggi di tale metodica consistono:

- nell'essere una procedura che richiede l'apertura del bulbo oculare ed espone pertanto al rischio, seppure molto infrequente, di infezione
- nella possibile induzione di astigmatismo dovuto all'apertura necessaria per l'inserzione della LIOF-CP
- nell'incapacità di correggere un astigmatismo preesistente
- nella possibile rottura della capsula anteriore del cristallino durante le manovre di inserzione della LIOF-CP (questa eventualità costringe il chirurgo ad asportare completamente il cristallino ed a sostituirlo con un opportuno modello di lente intraoculare, si converte quindi il previsto intervento di impianto di LIOF-CP nell'intervento di asportazione del cristallino trasparente ed impianto di lente intraoculare, procedura chirurgica, quest'ultima, praticata già da diversi anni ed accettata da un ampio numero di chirurghi a livello internazionale. In questo caso viene persa la capacità accomodativa)
- nella possibilità non ancora esclusa con certezza che la LIOF-CP possa con il tempo provocare opacità del cristallino tali da indurre una riduzione della capacità visiva risolvibile unicamente con la rimozione della LIOF-CP stessa e del cristallino reso opaco (vedi punto precedente)
- nella possibilità che anche a distanza di tempo rialzi della pressione intraoculare o decentramenti della lente impiantata possano determinare la necessità di asportare la LIOF-CP stessa potendo peraltro essere ripristinate nella maggioranza dei casi le condizioni pre-operatorie.
- nella possibile comparsa di aloni soprattutto notturni attorno alle fonti luminose.

Difficoltà sono rappresentate dagli abbagliamenti che accompagnano di frequente le primissime fasi postoperatorie e dal senso di corpo estraneo e lacrimazione, che si manifestano subito dopo l'intervento con intensità variabile da persona a persona e si protraggono per alcuni giorni.

La reattività postoperatoria è influenzabile in senso positivo dal trattamento medico locale ed è pertanto di importanza basilare seguire alla lettera le prescrizioni del chirurgo.

La capacità visiva, come è stato spiegato, dipende dalle condizioni globali dell'apparato visivo.

L'intervento consentirà nella migliore delle ipotesi il mantenimento della stessa acutezza visiva massima pre-operatoria con correzione ottica o nei casi più favorevoli senza alcuna correzione.

Il trattamento chirurgico tuttavia non può prevenire eventuali modificazioni o deterioramenti dell'acutezza visiva a causa di una successiva modificazione del difetto refrattivo o causato da altra patologia.

Durante il primo mese dall'intervento è bene evitare intensi sforzi fisici e movimenti bruschi ed ovviamente traumi oculari. Durante la prima settimana è bene evitare di dormire coricati sul lato dell'occhio operato. E' invece possibile riprendere fin dai primi giorni una normale attività di ufficio comprendente anche brevi passeggiate o spostamenti in auto.

Non vi sono controindicazioni all'osservazione della televisione né alla lettura.



Tecniche alternative

Esistono altre metodiche chirurgiche per la correzione dei difetti refrattivi che vengono qui ricordate per brevi tratti.

Tecniche incisionali: esse prevedono l'esecuzione di tagli sulla superficie della cornea per modificarne la forma. Esse sono:

La Cheratotomia Radiale, utilizzata per molti anni prima dell'avvento dei laser, conserva secondo alcuni la propria utilità nella correzione di miopie basse.

Le cheratotomie curve per la correzione astigmatica, che conservano ancor oggi particolari indicazioni.

Queste tecniche hanno rivelato negli anni una tendenza all'instabilità del risultato ottenuto.

Tecniche intracorneali: esse prevedono l'inserzione di lenticoli o segmenti di materiali plastici nello spessore corneale così da modificarne la forma.

Tali metodiche sono per lo più sperimentali o con applicazioni particolari. Sono da ricordare gli anelli intrastromali che, pur avendo una limitata capacità correttiva, promettono la reversibilità del trattamento.

Tecniche laser corneali, LASIK, LASEK o PRK: sono tecniche che prevedono di rimodellare la cornea mediante l'uso di un laser detto "ad eccimeri". Tali metodiche sono molto efficaci e sicure, ma per difetti sferici (miopia ed ipermetropia) molto elevati è riportata una maggior frequenza di complicazioni.

Il non sottoporsi a procedure chirurgiche per la correzione del Suo difetto visivo non implica alcun peggioramento del Suo stato attuale.

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

Il suo visus attuale massimo corretto con occhiale è:

ODsf.....cyl.....ax.....

OSsf.....cyl.....ax.....

Sono inoltre rilevanti nel suo caso le seguenti note:.....
.....
.....
.....
.....



SOI
Società Oftalmologica Italiana

Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

Dr. Luca CHIADO' PIAT

medico chirurgo – specialista in OCULISTICA

Primario Divisione Oculistica Osp. Ciriè (TO)

Studio Oculistico Chiadò, Via Bologna 96, Torino – 011 203 503

info@studiooculisticochiado.it

www.studiooculisticochiado.it

La presente nota informativa ha la finalità di permetterle di rilasciare un consenso che sia effettivamente informato, consapevole e condiviso con il suo medico. E' quindi invitato a leggere accuratamente quanto scritto prima di sottoporsi al trattamento medico o chirurgico, evidenziando qualsiasi aspetto non le sia sufficientemente chiaro e/o qualsiasi ulteriore perplessità. Per quanto riguarda le informazioni relative alla struttura (personale, macchinari, servizi, ecc.) la invitiamo a rivolgersi direttamente al Direttore Sanitario.

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)

Firma leggibile (medico) _____

Nelle pagine successive viene allegato il modulo di Atto di consenso.



ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007
Primo Aggiornamento – Ottobre 2007
Secondo Aggiornamento – Maggio 2008
Terzo Aggiornamento – Novembre 2009

Il sottoscritto Sig
CF:..... Documento N°..... Rilasciato
da il.....
Affetto da nell'occhio

dichiara in piena coscienza

- di aver fornito ai sanitari tutte le informazioni relative allo stato di salute oculare e generale attuale e pregresso, nonché tutte le informazioni sulle terapie oculari e generali in corso e pregresse
- di essere stato informato sulla dotazione tecnico-professionale della struttura dove sarà operato e che, se in corso d'intervento si realizzasse una delle rarissime complicanze che richiede il ricorso all'anestesia generale, e questa non fosse eseguibile presso la struttura dove è effettuato l'intervento a cui ora acconsente, diventerebbe necessario disporre il trasferimento in ambiente ospedaliero mediante ambulanza
- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto di informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento di
- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sulla evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e gli eventuali rischi o svantaggi derivanti dal trattamento
- di aver ricevuto dal responsabile del trattamento ulteriori chiarimenti sui seguenti punti:
.....
.....
- di essere informato sull'obbligo di osservare le prescrizioni postoperatorie e sulle conseguenze derivanti da negligenza nell'osservanza di dette prescrizioni
- di essere informato sull'obbligo di sottoporsi ai controlli postoperatori programmati e sulle conseguenze derivanti dal mancato rispetto delle visite di controllo
- di aver letto e compreso perfettamente tutto ciò che è stato spiegato
- di aver ricevuto le informazioni in data e di aver avuto il tempo necessario per riflettere e pertanto



SOI
Società Oftalmologica Italiana

Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

Dr. Luca CHIADO' PIAT

medico chirurgo – specialista in OCULISTICA

Primario Divisione Oculistica Osp. Ciriè (TO)

Studio Oculistico Chiadò, Via Bologna 96, Torino – 011 203 503

info@studiooculisticochiado.it

www.studiooculisticochiado.it

rilascia il consenso all'intervento diin occhio

e autorizza l'equipe chirurgica

- alla eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alla generale e, se necessario, anche il trasferimento ad altra struttura adeguatamente attrezzata
- ad effettuare tutte le ulteriori terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento
- ad effettuare durante l'intervento tutte le variazioni necessarie, anche in riferimento a tutti i materiali utilizzati inclusi quelli "impiantabili"

Data ____/____/____

Firma del paziente_____

Firma leggibile di chi riceve il presente documento_____

ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

Primo Aggiornamento – Ottobre 2007

Secondo Aggiornamento – Maggio 2008

Terzo Aggiornamento – Novembre 2009