



SCHEDA INFORMATIVA SULL'INTERVENTO DI CORREZIONE DELLA RETRAZIONE PALPEBRALE

Predisposta dalla Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica
Approvata dalla Società Oftalmologica Italiana - Febbraio 2017

Gentile Sig./Sig.ra

Lei è affetto in OD/OS/OO da _____

Questa scheda contiene le informazioni sul trattamento che Le viene proposto, sui risultati e sui possibili rischi.

La retrazione palpebrale

La retrazione palpebrale è l'elevazione della palpebra superiore o l'abbassamento della palpebra inferiore oltre il livello considerato normale. Può essere unilaterale o bilaterale.

La retrazione può essere congenita, neurogena o miogena; più comunemente è in relazione all'orbitopatia tiroide correlata (OTC). L'OTC è una malattia su base autoimmune che colpisce la regione orbitaria, caratterizzata da una fase attiva con segni clinici tipici, e da una fase di non attività, in cui tendono a stabilizzarsi l'esoftalmo (protrusione del bulbo oculare), la retrazione palpebrale e i disturbi della motilità oculare.

I meccanismi responsabili della retrazione palpebrale nei pazienti affetti da OTC non sono ancora del tutto chiari e sarebbero rappresentati:

- dall'aumento della stimolazione di un muscolo (muscolo di Müller), che contribuisce all'elevazione della palpebra superiore
- dalla fibrosi dei muscoli retrattori palpebrali (che elevano la palpebra superiore)
- dall'aumento del tono e dell'attività del complesso muscolare costituito dall'elevatore palpebrale e dal retto superiore, deputato all'elevazione della palpebra superiore e dell'occhio
- dalla fibrosi del muscolo deputato all'abbassamento dell'occhio (retto inferiore).

La retrazione palpebrale può anche essere dovuta a retrazioni cicatriziali secondarie a infezioni, malattie autoimmuni diverse dalla OTC, traumi, o a pregressi interventi chirurgici. Può essere presente in caso di paresi del VII nervo cranico.

La più seria complicanza della retrazione palpebrale è la cheratopatia da esposizione.

L'intervento chirurgico

In accordo col medico curante è preferibile sospendere la somministrazione di Aspirina o di altri farmaci antiaggreganti per le due settimane che precedono l'intervento. In caso di terapia anticoagulante, il protocollo di sospensione e ripresa della terapia andrà studiato attentamente col medico curante.

L'intervento viene eseguito in un ambiente sterile (sala operatoria), normalmente in anestesia locale associata o meno a sedoanalgesia (utilizzo di farmaci per via generale che riducono il dolore e l'ansia). In casi particolari (se all'intervento è associato il



prelievo di materiale autologo, cioè prelevato dallo stesso paziente, ad esempio palato duro o cartilagine auricolare o nasale) o nell'infanzia, l'intervento potrà essere eseguito in anestesia generale.

L'intervento chirurgico ha lo scopo di migliorare la posizione della palpebra. È possibile eseguire interventi di indebolimento dei muscoli che determinano l'apertura palpebrale (muscolo elevatore e/o del muscolo di Müller a livello della palpebra superiore) e dei muscoli retrattori inferiori (palpebra inferiore); in alcuni casi, e specialmente nel caso di indebolimento dei retrattori palpebrali inferiori, potrà essere necessario inserire uno spaziatore (*spacer*) costituito da materiale autologo (mucosa buccale, palato duro, cartilagine), eterologo (proveniente da donatore), o costituito da materiali sintetici. Talvolta viene sezionata a tutto spessore la palpebra superiore (blefarotomia) applicando delle suture solo a livello della cute. Le diverse opzioni chirurgiche sono in relazione al tipo di retrazione e al grado di funzionalità dei retrattori palpebrali.

Nei pazienti affetti da OTC la terapia chirurgica della retrazione palpebrale non corregge le alterazioni della motilità extra-oculare, né la protrusione del globo oculare (esoftalmo). Per la correzione delle alterazioni di motilità e dell'esoftalmo sono necessari generalmente altri interventi specifici; pertanto la riabilitazione funzionale di un paziente affetto da OTC è un processo complesso che prevede normalmente una serie di interventi chirurgici da eseguirsi in più fasi.

In caso di paresi del VII nervo cranico è possibile trattare la retrazione palpebrale superiore col posizionamento di materiali specifici (pesi d'oro) a livello della palpebra superiore.

In alcuni casi è possibile l'utilizzo di lembi o innesti e il posizionamento di suture di trazione temporanee, a discrezione del chirurgo e variabili per ogni caso specifico.

Durante la chirurgia si possono verificare situazioni inaspettate che possono talvolta richiedere la realizzazione di procedure aggiuntive che non erano state previste dal chirurgo. È pertanto necessario autorizzare il chirurgo a prendere la decisione ritenuta più appropriata – seppure differente da quanto programmato originariamente - sulla base di particolari reperti intraoperatori.

Dopo l'intervento

Dopo l'intervento possono essere applicati sull'occhio o sugli occhi operati un bendaggio lievemente compressivo o del ghiaccio per alcune ore. È necessario rispettare un riposo assoluto con la testa sollevata durante le prime 24 ore dall'intervento. È consigliabile inoltre dormire per alcuni giorni in posizione supina con due cuscini.

Sarà prescritta una terapia antibiotica per via generale, talvolta associata a steroidi e ad una terapia locale con colliri e pomate per 2 o più settimane.

Le suture vengono rimosse generalmente tra il quinto e il quattordicesimo giorno dopo l'intervento.

Dopo l'intervento si manifestano normalmente, ed in maniera variabile da individuo ad individuo, edemi, ecchimosi e discromie della cute perioculare destinati a scomparire in un periodo di tempo variabile, generalmente compreso tra 15 e 30 giorni, così come arrossamento oculare, edema della congiuntiva, aumento della lacrimazione e fotofobia con un certo offuscamento della visione. Tali effetti collaterali persistono generalmente per pochi giorni.



Non è consigliabile guidare l'auto nelle prime 48-72 ore.

Non si devono fare sforzi fisici nei primi 14 giorni (attività sportiva o lavori pesanti).

Non è consigliabile (se non in casi specifici) l'uso di lenti a contatto per 2-4 settimane.

Non è consigliabile l'esposizione al sole nei due mesi successivi all'operazione.

La negligenza nel seguire la terapia postoperatoria o nel garantire l'igiene della ferita chirurgica (come ad esempio lo sfregarsi la palpebra operata prima che la cicatrice sia consolidata) ed il mancato rispetto dei controlli specialistici possono influenzare negativamente il risultato ed essere causa di complicanze.

Trattamenti alternativi

In casi selezionati è possibile trattare la retrazione palpebrale con la tossina botulinica ed evitare o procrastinare il trattamento chirurgico. Il trattamento con la tossina botulinica ha un beneficio temporaneo e va generalmente ripetuto nel tempo ad intervalli regolari.

Mancato trattamento

In caso di cheratopatia da esposizione l'assenza di trattamento può comportare la comparsa o la persistenza dei danni della superficie oculare, fino a determinare in casi estremi danni corneali permanenti, incluso il rischio di perforazione corneale.

Complicanze

- **Emorragie ed infezioni:** queste evenienze possono verificarsi nelle prime ore o nei primi giorni dopo l'intervento oppure anche più tardivamente. Il chirurgo le spiegherà tutte le misure necessarie per limitare questi rischi (riposo e terapia antibiotica), ed è molto importante che il paziente segua alla lettera queste raccomandazioni. Un sanguinamento eccessivo si può manifestare durante e più raramente dopo l'intervento anche con esami ematochimici normali e con tecniche chirurgiche adeguate. Tale sanguinamento può produrre degli ematomi che possono rendere necessario un drenaggio: pertanto la presenza di un'emorragia può determinare la necessità di un reintervento al fine di preservare il mantenimento della funzione visiva.

- **Deiscenza (apertura) di una parte della ferita chirurgica, inclusa la comparsa di fistole cutanee;** in alcuni casi può essere necessario reintervenire e suturare nuovamente la zona interessata.

- **Perdita di un certo numero di ciglia,** può essere una rara complicanza più spesso transitoria.

- **Comparsa di piccole cisti in corrispondenza dei punti di sutura.** Spesso si risolvono spontaneamente con il tempo, altrimenti possono essere rimosse.

- **Comparsa di piccole emorragie sottocongiuntivali** (appaiono come macchie rosse sulla sclera). Si riassorbono spontaneamente in alcuni giorni.

- **Chemosi congiuntivale persistente** (sollevamento della membrana trasparente che



avvolge l'occhio per raccolta di liquido), normalmente si risolve spontaneamente in un periodo variabile, talvolta richiede il prolungamento della terapia topica steroidea.

- **Persistenza del lagoftalmo** (incapacità di chiudere perfettamente l'occhio): se di lieve entità è normalmente tollerato con l'uso di pomate lubrificanti e/o lacrime artificiali. In caso di lagoftalmo residuo non tollerabile, può essere necessario un ulteriore intervento chirurgico.

- **Secchezza oculare:** in alcuni casi secchezza oculare e sofferenza corneale si possono manifestare dopo un intervento di correzione di retrazione palpebrale, più frequentemente in soggetti già affetti da secchezza oculare. Tale problema generalmente si risolve spontaneamente, ma talvolta richiede l'uso anche prolungato di lubrificanti oculari.

- **Disepitelizzazioni ed ulcere corneali:** possono richiedere un trattamento medico, uso prolungato di lenti a contatto e terapie locali con colliri o pomate, ma anche rendere necessarie ulteriori procedure chirurgiche.

- **Edemi palpebrali e/o periorbitari** persistenti per alcune settimane.

- **Asimmetria del risultato, inclusa la ptosi palpebrale:** l'asimmetria del risultato è possibile sia in posizione primaria (nello sguardo dritto davanti), che in altre posizioni di sguardo (ad esempio nello sguardo in basso).

Può essere rilevabile una differenza residua del livello delle palpebre anche in relazione al normale grado di asimmetria che caratterizza molte persone; può essere tuttavia necessario un ulteriore intervento chirurgico per la correzione del difetto residuo o di una ptosi palpebrale secondaria.

- **Presenza di rilievi antiestetici** a livello della cute della palpebra sottoposta ad intervento, in caso di posizionamento di spaziatori.

- **Superficializzazione o estrusione dell'eventuale peso d'oro impiantato a livello della palpebra superiore,** anche a distanza di mesi dall'intervento, con possibile necessità di un'ulteriore procedura chirurgica per il riposizionamento o la rimozione dello stesso.

- **Variazioni nella refrazione** con conseguente necessità di adottare o cambiare correzione ottica

- **Cicatrici antiestetiche ed ipertrofiche** sulla palpebra: rare, ma possibili.

- **Iperpigmentazione cutanea,** sempre transitoria, talvolta necessita l'uso prolungato di creme schiarenti e di filtri solari.

- **Irregolarità localizzate del profilo palpebrale** per le quali può essere necessario un ulteriore intervento chirurgico.



- Inversione delle ciglia ed entropion, eversione delle ciglia ed ectropion, irregolarità della piega della palpebra superiore – incluse asimmetrie della stessa - e prolasso congiuntivale: possono richiedere un ulteriore intervento.

TEST DI ACQUISIZIONE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE IN QUESTA SCHEDA

Il paziente scrive di suo pugno la risposta accanto ad ogni domanda

- 1) Ha chiaramente compreso che l'obiettivo di questo intervento è la riduzione della retrazione palpebrale, cioè dell'elevazione della palpebra superiore o dell'abbassamento della palpebra inferiore oltre il livello considerato normale?
- 2) Ha chiaramente compreso che dopo l'intervento la palpebra operata potrà comunque essere più bassa o più alta di quella dell'altro occhio e che possono rendersi necessari altri interventi per correggere malposizioni palpebrali residue (retrazione, ptosi, entropion, ectropion)?
- 3) Ha chiaramente compreso che con questo intervento non si corregge l'esoftalmo (protrusione del bulbo oculare) o la diplopia (visione doppia)?

Data _____

Firma del paziente



ATTO DI CONSENSO

Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Marzo 2007

Primo Aggiornamento – Ottobre 2007

Secondo Aggiornamento – Maggio 2008

Terzo Aggiornamento – Novembre 2009

Quarto Aggiornamento – Novembre 2014

Il sottoscritto Sig. _____

CF: _____

Documento: _____ n° _____ scadenza _____

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 eseguito l'intervento cui ora acconsente, diventerebbe necessario disporre il trasferimento in ambiente ospedaliero mediante ambulanza
- di aver ricevuto una completa spiegazione verbale del documento scritto d'informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento di _____
- di aver pienamente compreso le informazioni che sono state fornite sull'evoluzione naturale della malattia, sulle conseguenze, sui rischi e sulle possibili alternative terapeutiche e di condividere i possibili vantaggi e i rischi o svantaggi derivanti dal trattamento
- di aver ricevuto dal responsabile del trattamento altri chiarimenti sui seguenti punti:

- 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 rilascia il consenso all'intervento di _____ in occhio _____

e autorizza l'equipe chirurgica

- all'eventuale conversione dall'anestesia topica alla locale o alla generale e, se necessario, anche al trasferimento ad altra struttura adeguatamente attrezzata
- a eseguire tutte le altre terapie che si rendessero necessarie durante o a seguito dell'intervento
- a eseguire 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 _____