via dei Mille 35
00185 Roma
tel. 064464514
fax 064468403
sedesoi@soiweb.com
www.soiweb.com



SOI Società
Oftalmologica Italiana
Associazione Medici Oculisti Italiani
ENTE MORALE
dal 1879 a difesa della vista

SCHEDA INFORMATIVA
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI ENUCLEAZIONE

Autore: Consiglio Direttivo SICOP
Approvato dalla Società Oftalmologica Italiana - Gennaio 2007

Informazioni in merito al caso clinico del/della Sig./Sig.ra/Sig.na

.....……

nato/a ..... il.....……

L'intervento di **ENUCLEAZIONE** consiste nella rimozione del bulbo oculare per la presenza di una patologia degenerativa o evolutiva, per la presenza di dolore incoercibile, per il rischio di oftalmia simpatica controlaterale o per l'impossibilità di poter indossare un guscio protesico.

L'anestesia più frequentemente usata è quella generale. Si può prevedere una anestesia locale unita a una sedazione in caso di controindicazioni formali al primo tipo di anestesia.

Durante l'intervento il globo oculare è sostituito da un impianto la cui taglia, simile a quella di un occhio normale, permette l'adattamento di una protesi oculare. Questo impianto può essere un innesto prelevato dal paziente durante l'operazione stessa (innesto dermo-adiposo) o essere costituito da un biomateriale inerte. I muscoli che assicurano i movimenti oculari sono nella maggior parte dei casi fissati su questo impianto in modo da assicurare la mobilità. I tessuti che ricoprono l'occhio (capsula di Tenone e congiuntiva) sono suturati adeguatamente per poter inserire un conformatore (piccolo guscio in materiale sintetico) che sostituisce la futura protesi. L'intervento permette generalmente una adeguata mobilità del globo oculare. In ogni caso una protesi non sarà mai essere mobile esattamente come un occhio a causa della sua rigidità.

Un edema delle palpebre e dolore sono da considerarsi normali per i 3 o 4 giorni che seguono l'operazione. Normalmente vengono prescritti analgesici ed antibiotici per via generale e colliri antibiotici e/o antinfiammatori per alcune settimane. I risultati vengono valutati a distanza e dipendono da diversi fattori tra cui il tipo di operazione, lo stato del sacco congiuntivale e delle palpebre, la qualità della protesi. Sono generalmente buoni sul piano estetico.
L'intervento è generalmente privo di rischi, tuttavia possono essere riscontrate le seguenti complicanze:

Apertura della cicatrice congiuntivale
Esposizione e/o espulsione della biglia
Infezione
Irritazione localizzata
Scarso confort oculare
Dolenzia, ipoestesia, parestesie periorbitarie
Lassità palpebrale
Ptosi (abbassamento della palpebra superiore)
Enoftalmo (volume orbitario inferiore)
Instabilità della biglia impiantata

Tali complicanze possono verificarsi anche a seguito di un intervento correttamente condotto. I risultati dell'intervento vanno valutati dopo alcuni mesi ed alcune imperfezioni possono richiedere atti chirurgici complementari.

Io sottoscritto/a ……..……

esercente la podestà di ….....……

Dichiaro che il Dr./Prof. ……

mi ha informato sulle caratteristiche e sulla prognosi della malattia che mi affligge:

Mi ha illustrato le varie possibilità terapeutiche per la patologia che presento ed in particolare il tipo di trattamento da lui ritenuto più indicato nel mio caso

Mi ha esposto il concetto di "rischio chirurgico generico" ed in particolare i possibili rischi, sequele e complicanze nonché le caratteristiche del decorso post-operatorio che il piano di trattamento comporta.

Mi ha spiegato che qualsiasi tipo di trattamento agendo su un essere vivente portatore di una sua individualità fisiologica e patologica non consente di fornire "garanzia di risultato" ma solo impegno a mettere in opera secondo scienza e coscienza i mezzi tecnici necessari ad eseguire con normale buon livello tecnico l'intervento chirurgico.

Ritengo inoltre di essere stato sufficientemente ed esaurientemente informato in modo a me comprensibile e chiedo pertanto al Dr./Prof.

……

di eseguire i procedimenti diagnostici e terapeutici, con particolare riferimento alle anestesie generali o locali ed agli interventi chirurgici da egli ritenuti necessari nel mio interesse.

Accetto di essere sottoposto/a all'intervento di Enucleazione in Anestesia……, con la sostituzione del globo oculare con

.....…….

in quanto affetto/a da

.....…….

dopo aver mediatato queste informazioni, aver compreso i possibili benefici ed i rischi di tale intervento, ed essendo consapevole delle aspettative e delle possibili complicanze.

Autorizzo infine l'esecuzione di fotografie, riprese cinematografiche o televisive inerenti all'affezione ed il suo trattamento, nonché la loro utilizzazione, unitamente ai dati relativi alla malattia, per scopi medici, scientifici, educativi e divulgativi, ammesso che la mia identità non sia rivelata dai testi.

Data: ……./……./……

L'oculista

.....

Il paziente (o suo tutore legale)

.....