



AMBULATORIO DI CHIRURGIA OCULARE

**“SANTA LUCIA” s.r.l.**

SOCIETA' UNINOMINALE

DIRETTORE SANITARIO: Prof. Vincenzo Sarnicola

Via Mazzini, 60 58100 Grosseto

tel. 0564.414775 fax 0564.413023

[www.studiosarnicola.it](http://www.studiosarnicola.it)

AUT. COMUNALE N. 43 DEL 29/07/2004



ISO 9001/2000

## CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO DI CORREZIONE DELL'ECTROPION

Consegnato il.....Firma.....

Documento tratto dalla SOI, gennaio 2007

### **DEFINIZIONE DI ECTROPION**

L'ectropion consiste nell'eversione del margine libero della palpebra inferiore che perde il contatto con il bulbo oculare.

Il mancato contatto con la cornea provoca l'esposizione e quindi la mancata protezione della superficie oculare ed inoltre la difficoltà di allontanare le lacrime dal fornice congiuntivale.

I principali sintomi conseguenti all'esposizione della congiuntiva e della cornea sono la lacrimazione, l'eczema della cute palpebrale, l'irritazione oculare, la sensazione di corpo estraneo e, negli stadi più avanzati, la cheratite da esposizione.

L'ectropion di solito è acquisito, il più delle volte si osserva in età senile in relazione a processi involutivi che indeboliscono le strutture palpebrali ed i loro tendini.

Meno frequentemente è cicatriziale per carenza di cute, per traumi, per ustioni o alterazioni dermatologiche.

Può anche essere paralitico per paralisi del nervo faciale e meccanico per il peso esercitato sul bordo da neoformazioni palpebrali.

### **RACCOMANDAZIONI PREOPERATORIE GENERALI**

- Restare digiuni (né bere né mangiare) per le 6 ore che precedono l'ora prevista dall'intervento.
- Qualora l'interessato segua una determinata terapia medica questa deve essere mantenuta anche nel giorno dell'intervento previo parere del chirurgo. In particolare è importante concordare con il chirurgo l'uso di farmaci che fluidificano il sangue (anticoagulanti e antiaggreganti) in quanto, in

genere, devono essere sospesi o modificati in relazione alle condizioni generali del soggetto ed alle necessità contingenti operatorie.

- Non utilizzare rossetto per labbra o smalto sulle unghie o qualunque altra cosa che possa impedire la sorveglianza del naturale colorito corporeo durante l'intervento.
- Evitare di applicare le lenti a contatto e di truccare gli occhi.
- Provvedere ad essere accompagnati da una persona valida e responsabile.
- Si consiglia di avere a disposizione degli indumenti confortevoli.

### **PROCEDURA CHIRURGICA**

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

L'intervento chirurgico ha lo scopo di migliorare la funzionalità della palpebra.

### **DECORSO POST-OPERATORIO**

In genere viene applicato un bendaggio per uno o più giorni.

È necessaria una terapia con colliri o pomate per circa 2 settimane.

Le suture vengono rimosse, se in materiale non riassorbibile, nei giorni successivi all'intervento, in genere tra il sesto e il dodicesimo giorno o anche più avanti, in funzione della cicatrizzazione e del tipo di intervento utilizzato.

Dopo l'intervento si manifestano normalmente degli effetti collaterali quali: arrossamento oculare, aumento della lacrimazione, fotofobia (fastidio alla luce), variabile offuscamento della visione, edemi (gonfiore), ecchimosi (lividi) e discromie (cambiamenti della colorazione dei tessuti cutanei).

Tali effetti collaterali soprariportati persistono generalmente per pochi giorni, *raramente* per qualche settimana.

### **RACCOMANDAZIONI POSTOPERATORIE GENERALI**

*È possibile bere e mangiare leggero dopo l'intervento.*

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

Non si devono fare sforzi fisici nei primi 10 giorni (attività sportiva o lavori pesanti).

Non è consigliabile l'uso di lenti a contatto per 2 settimane .

### **COMPLICAZIONI**

Normalmente, l'intervento di correzione dell'ectropion è considerato sicuro ma è possibile il verificarsi di alcune complicanze:

- Ipocorrezione: è possibile e può necessitare un ulteriore intervento chirurgico.
- Ipercorrezione con conseguente entropion (inversione delle ciglia verso la superficie oculare): può essere necessario un reintervento.
- Sanguinamento: si può manifestare durante e più raramente dopo l'intervento anche con esami ematochimici ( del sangue ) normali e con tecniche chirurgiche adeguate. Molto raramente necessita della riapertura della ferita o di drenaggio.
- Diplopia ( visione doppia ): è una complicanza rara che in genere si manifesta nell'immediato post-operatorio ed è dovuta nella maggior parte dei casi all'effetto anestetico sulla muscolatura oculare.
- Deiscenza (apertura) della ferita per scarsa cicatrizzazione: è necessario riaprire le suture.
- Chemosi congiuntivale (scollamento della membrana trasparente, la congiuntiva, che avvolge l'occhio per raccolta di liquido): generalmente autorisolvibile nel tempo.
- Emorragia sottocongiuntivale (appare come una macchia rossa sulla sclera): si riassorbe spontaneamente in alcuni giorni.
- Infezione: è rara dopo l'intervento in quanto è limitata dalla ricca vascolarizzazione dei tessuti palpebrali. E' risolvibile con una terapia antibiotica adeguata.
- Perdita transitoria della sensibilità palpebrale per lesioni ai piccoli rami nervosi che veicolano la sensibilità cutanea: si risolve generalmente con una completa restituzione della integrità in 60-90 giorni.
- Perdita di un certo numero di ciglia: spesso è transitoria e le ciglia ricrescono dopo qualche settimana, talvolta è permanente.
- Secchezza oculare e sofferenza corneale: in alcuni casi si possono manifestare dopo un intervento, più frequentemente in soggetti già affetti da secchezza oculare. Tale problema è generalmente autorisolvibile ma necessita talvolta dell'uso, anche prolungato, di lubrificanti oculari (colliri di lacrime artificiali).
- Cicatrici antiestetiche ed ipertrofiche: sono rare.
- Danno alle vie lacrimali: è raro e consegue alla lesione del canalino lacrimale inferiore nella correzione dell'ectropion prevalentemente mediale.

**Consegnato il .....**

**Da .....**

**Firma.....**

**Consenso informato all'intervento di Correzione di Ectropion.**

**Io sottoscritto/a .....**

**nato/a a .....**

**il .....**

**Esercente la podestà**

**di.....**

**Nato/a a .....**

**il .....**

**Dichiaro di autorizzare il Prof/Dott**

.....

**ad eseguire la procedura di correzione di ectropion.**

**Dichiaro di aver ricevuto il documento 'Promemoria allegato al consenso informato all'intervento di correzione di ectropion', composto di 3 pagine, di averlo letto e compreso in ogni sua parte e di aver avuto un tempo ragionevole per meditare e discutere con il chirurgo.**

**Dichiaro che la possibilità di trattamenti alternativi o del non trattamento è stata discussa con il chirurgo e valutata.**

**Dichiaro di aver compreso il concetto di rischio chirurgico generico ed in particolare i possibili rischi sequele e le complicanze, nonché le caratteristiche del decorso post operatorio che il piano di trattamento comporta.**

**Dichiaro di aver compreso che qualsiasi tipo di trattamento agendo su un essere vivente, portatore di una sua individualità fisiologica e patologica, non consente di fornire garanzie 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.**

**Autorizzo l'esecuzione di procedure aggiuntive che il chirurgo dovesse ritenere necessarie durante il corso della operazione programmata in seguito a circostanze particolari o complicanze.**

**Autorizzo l'esecuzione di fotografie, riprese cinematografiche inerenti all'affezione ed al suo trattamento, nonché la loro utilizzazione, per scopi medici scientifici ed educativi, fermo restando l'assoluta garanzia di anonimato.**

**Riconosco che la natura dell'esame o dell'intervento, compresi i rischi, mi sono stati spiegati in termini che ho ben compreso, e che il medico ha risposto in modo soddisfacente a tutte le domande che ho posto. Ho disposto di una proroga sufficiente per riflettere e:**

**DO IL MIO CONSENSO (data e firma)**

.....

**NON DO IL MIO CONSENSO per la realizzazione dell'atto che mi è stato proposto (data e firma)** .....

**Il responsabile del trattamento medico-chirurgico**

**Dott.....**

In caso di paziente minore/interdetto/incapace, la presente informazione è stata fornita

al Sig./Sig.ra .....

nella sua qualità di:

(legale rappresentante), il/la quale ha rilasciato il relativo consenso/dissenso.