



INTERVENTO PER CATARATTA

Nota informativa

Il presente documento è rivolto ai pazienti che sono affetti da cataratta e che si apprestano a sottoporsi ad un intervento chirurgico.

Esso si propone di fornire informazioni sull'operazione per cataratta, sui possibili risultati e sugli eventuali rischi oltre che di offrire una risposta ai quesiti più frequenti.

La Cataratta

La cataratta consiste nella opacizzazione del cristallino, cioè della lente situata all'interno dell'occhio (corrispondente all'obiettivo di una macchina fotografica). Occorre pertanto procedere alla sua rimozione chirurgica ed al posizionamento di una lente artificiale sostitutiva.

Tecniche alternative e conseguenze del mancato o ritardato intervento

Non esistono cure farmacologiche o colliri in grado di far regredire la cataratta; alcuni farmaci sarebbero in grado di rallentarne l'evoluzione, anche se manca una reale dimostrazione scientifica di questa azione. Gli occhiali e le lenti a contatto possono solo in parte e temporaneamente migliorare la vista del paziente.

L'utilizzo del laser è possibile solo nel trattamento della cataratta secondaria, di cui si dirà più avanti. Un particolare laser, da utilizzare al posto degli ultrasuoni, è stato proposto anche per l'intervento primario ma il suo impiego è ancora sperimentale (e comunque intra-operatorio). L'operazione è quindi, allo stato attuale, l'unico possibile rimedio ad una cataratta costituita.

Cosa comporta il mancato intervento? In linea di massima, la cataratta progredisce e la vista peggiora, anche se in tempi variabili da soggetto a soggetto e da occhio a occhio. Si può giungere anche alla perdita pressoché totale della capacità visiva, quando la cataratta raggiunge gradi di avanzamento estremi.

L'indicazione all'intervento

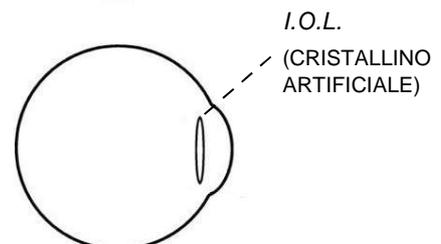
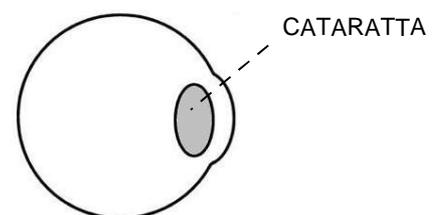
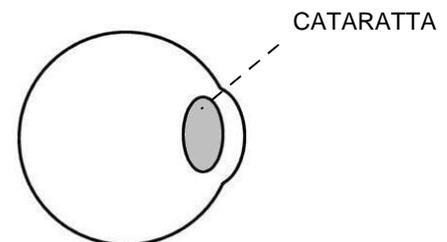
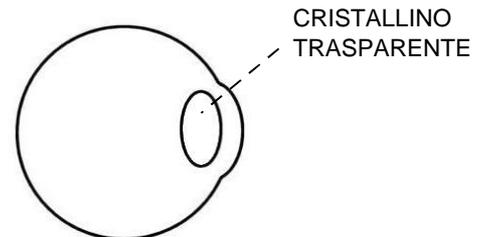
Si tratta di un argomento molto complesso e delicato. Al di là di luoghi comuni ("la cataratta deve essere matura...", eccetera), il momento giusto per l'intervento va scelto e personalizzato bilanciando rischi e benefici, a loro volta legati alle caratteristiche della cataratta stessa, dell'occhio e del paziente (incluse le abitudini di vita e le necessità visive). Così, ad esempio, una cataratta che riduce la capacità visiva del 30% è compatibile con una buona qualità di vita in una casalinga di 70 anni, ma può essere intollerabile per un camionista che guida di notte o un grafico pubblicitario.

L'intervento chirurgico

L'intervento viene effettuato mentre il paziente è appoggiato sulla schiena, in un ambiente chirurgico sterile e con il microscopio. E' un atto chirurgico "maggiore", poiché consiste di un'incisione dell'occhio e dell'estrazione di uno degli elementi interni, il cristallino.

Normalmente l'intervento si esegue in regime ambulatoriale e l'ospedalizzazione non è necessaria. Dopo l'intervento è necessaria un breve periodo di immobilizzazione; esso sarà suggerito dall'oculista insieme all'anestesista.

Preparazione. L'esame pre-operatorio più importante è rappresentato dalla biometria (realizzata mediante apparecchiature ad ultrasuoni o laser), attraverso la quale viene determinato il potere del cristallino artificiale che verrà impiantato. Ciò offre la possibilità di ottenere, con un certo grado di precisione, la correzione di eventuali errori della refrazione (esempio: miopia, ipermetropia). La microscopia endoteliale esplora la condizione della superficie interna della cornea e consente di conoscere con anticipo una eventuale fragilità della stessa. L'ecografia oculare è necessaria, infine, quando la cataratta è talmente avanzata da non consentire l'esplorazione pre-operatoria del fondo dell'occhio.



I pazienti candidati all'intervento vengono inoltre sottoposti ad esami ematologici ed ematochimici, elettrocardiogramma e visita cardiologica allo scopo di valutare le condizioni generali.

Al termine della fase preliminare, al paziente vengono consegnate le prescrizioni dei farmaci da utilizzare (colliri ed antibiotici sistemici) ed un foglio di istruzioni dettagliate circa il comportamento da tenere nel periodo dell'intervento.

Anestesia. L'anestesia per l'intervento di cataratta, nel nostro Centro, è normalmente ottenuta con la sola instillazione di gocce nell'occhio da operare (cosiddetta "anestesia topica") e dà ottimi risultati: l'operazione è nella massima parte dei casi assolutamente indolore. In rari casi è necessario praticare delle iniezioni anestetiche nelle vicinanze dell'occhio; talvolta è necessaria l'anestesia generale (ad esempio, nei bambini o in pazienti disabili).

Tecnica di intervento. Una piccola incisione (di norma inferiore ai 3 millimetri) viene praticata al limite tra cornea e sclera, ovvero al confine tra la zona bianca e quella colorata. La rimozione della cataratta viene realizzata con l'aiuto di una sonda che, emettendo ultrasuoni, frantuma ed aspira il cristallino; la maggior parte dell'involucro del cristallino (la capsula) viene lasciata al suo posto, perché serve da supporto al cristallino artificiale. Alla rimozione della cataratta segue l'inserimento di un cristallino artificiale, detto comunemente "IOL" (sigla di Intra-Ocular Lens): il cristallino umano opacato viene, cioè, sostituito da una lente sintetica posta dietro la pupilla. L'incisione dell'occhio può essere suturata oppure no.

Decorso postoperatorio

Le cure postoperatorie consistono nell'instillazione di gocce, nell'assunzione di compresse e nell'applicazione di una protezione oculare secondo le modalità e per un periodo di tempo che saranno spiegati dal chirurgo. Il trattamento farmacologico (colliri e/o pillole) aiuta l'occhio operato a guarire meglio, previene molte complicazioni e deve essere seguito con grande attenzione. In caso di dubbi sulle modalità di assunzione dei farmaci, il paziente deve contattare uno dei componenti dell'equipe chirurgica.

Nella grande maggioranza dei casi, l'occhio operato di cataratta non presenta dolore dopo l'intervento. I sintomi più comuni nell'immediato post-operatorio sono costituiti da una sensazione di corpo estraneo, da un leggero bruciore o fastidio; inoltre, il paziente può vedere i colori alterati.

La vista migliora con relativa rapidità, in relazione alla situazione clinica pre-operatoria. Se desiderato, già dopo qualche giorno può venir prescritta una correzione adatta con occhiali provvisori. L'attività professionale, l'uso di macchine o di strumenti pericolosi, la guida dell'auto sono sconsigliati per un periodo di tempo di alcuni giorni che sarà meglio definito dall'oculista in sede di visita post-operatoria.

È necessario a volte procedere all'asportazione dei fili di sutura, quando applicati durante l'intervento.

Nel 20% circa dei casi, può verificarsi, negli anni successivi all'intervento, una opacizzazione della capsula (l'involucro del cristallino): è la cataratta secondaria, responsabile di un nuovo calo della vista. Il trattamento è molto semplice e consiste nel realizzare un'apertura della capsula stessa tramite il laser.

A casa dopo l'intervento

Per applicare i colliri nell'occhio operato, il paziente deve sedersi su una sedia o sdraiarsi a letto, aprire bene ambedue gli occhi e guardare verso il soffitto. A questo punto, abbassando con l'indice della mano sinistra la palpebra inferiore, fra l'occhio e la palpebra si forma una specie di coppa che può ricevere le gocce di collirio medicinale; qui con la mano destra vanno instillate 1-2 gocce del prodotto. Il paziente deve poi chiudere le palpebre (senza stringerle) e attendere per qualche secondo l'assorbimento del farmaco. Quando i colliri prescritti sono più di uno, essi vanno applicati a distanza di qualche minuto l'uno dall'altro.

Durante l'applicazione dei medicinali occorre prestare attenzione a non esercitare pressioni nell'occhio operato. E' bene che, almeno nei primi 2-3 giorni, sia un familiare (o altra persona), ad instillare i colliri.

L'occhio operato viene raramente bendato (per uno o due giorni); durante il giorno, il più delle volte si applica un paio di occhiali da sole che hanno lo scopo di riparare l'occhio dalla luce ma soprattutto da eventuali traumi. Durante la notte, invece, l'occhio va protetto con la "conchiglia" in plastica che viene fornita alla dimissione; essa serve ad evitare involontari traumi all'occhio ed a proteggere contro strofinamenti, sempre possibili nel sonno. Il paziente, se lo desidera, può applicare o meno sotto la protezione di plastica una benda sterile.

Nei giorni seguenti all'operazione l'occhio può apparire appare più o meno "rosso" e moderatamente dolente; vi può essere inoltre una certa sensazione di corpo estraneo (dovuta ad eventuali punti ed al taglio praticato) ed un discreto fastidio alla luce. Tutti questi sintomi sono normali e non devono preoccupare il paziente.

L'occhio operato percepisce i colori in maniera più brillante e più viva di un occhio sano e ciò vale soprattutto per il blu; talvolta inoltre vede le luci un po' allungate e con degli aloni intorno. Nei primi giorni successivi all'intervento, la visione dell'occhio operato è talvolta molto chiara e limpida, talvolta invece è torbida e occorre attendere qualche giorno perché raggiunga livelli migliori.

Nel periodo successivo all'intervento, per evitare traumi all'occhio operato, il paziente dovrebbe evitare di dormire con la faccia rivolta verso il cuscino, strofinare l'occhio operato o esercitare pressioni su di esso. Viceversa, non è controindicato leggere, scrivere o guardare la televisione; si possono fare il bagno, la doccia, la barba e si possono lavare i capelli (con un po' di cautela).

La prescrizione definitiva dell'occhiale per l'occhio operato viene fatta verso la fine del primo o secondo mese successivo all'intervento; nella maggior parte dei casi già dopo 4-5 giorni è però possibile prescrivere un occhiale provvisorio, se desiderato dal paziente.

L'entità di visione recuperabile con l'intervento dipende molto dalle preesistenti condizioni generali dell'occhio, in particolare della retina, del nervo ottico e della cornea; quindi, la presenza di una lesione in queste strutture, provocata dalla malattia, può limitare il recupero visivo derivante dall'intervento per cataratta (in proporzione all'entità della lesione).

Il paziente deve ricordarsi che, anche a guarigione avvenuta, l'occhio va periodicamente controllato dall'oculista. Nei mesi e negli anni successivi all'intervento egli deve quindi sottoporsi ad alcuni periodici controlli che vengono progressivamente diradati; l'insorgenza di problemi è rara e nella gran parte dei casi essi, quando diagnosticati in tempo, possono essere risolti facilmente.

Servizio Urgenze

Per qualunque problema urgente, il paziente può rivolgersi al Pronto Soccorso del nostro Ospedale che provvederà ad allertare il medico oculista di turno o reperibile.

Le complicanze

Per quanto sia perfettamente standardizzata e seguita da eccellenti risultati, l'operazione della cataratta non sfugge alla regola generale secondo la quale non esiste una chirurgia senza rischi. Non è possibile per l'oculista garantire in modo formale il successo dell'intervento o l'assenza di complicazioni.

Le possibili complicanze si distinguono in tre gruppi: preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie.

Le complicanze pre-operatorie sono esclusivamente in relazione all'anestesia di tipo iniettivo: consistono nella perforazione del bulbo oculare, con o senza iniezione di anestetico nel bulbo oculare, e nel danno al nervo ottico. L'impiego dell'anestesia topica esclude completamente questo tipo di eventi negativi.

La complicanza intraoperatoria più grave è rappresentata dalla emorragia intraoperatoria, che nei casi più gravi è detta "emorragia espulsiva" poiché tende a causare la fuoriuscita del contenuto oculare sotto la spinta del sangue. Fortunatamente si tratta di un evento eccezionale, che può verificarsi in occhi e soggetti predisposti e la cui frequenza è stata notevolmente ridotta dalla tecnica operatoria attuale, dall'uso dell'anestesia topica e dal monitoraggio cardio-vascolare del paziente. Altre complicanze intraoperatorie meno gravi sono le seguenti:

- rottura della capsula (l'involucro del cristallino), con o senza caduta di materiale della cataratta all'interno dell'occhio. La perdita di materiale catarattoso può richiedere un secondo intervento per la rimozione dello stesso;
- perdita di vitreo e/o ablazione di una parte di esso;
- estrazione incompleta del cristallino;
- incorretto posizionamento del cristallino artificiale;
- rimozione di un piccolo frammento di iride;
- talvolta, anche nel caso sia già stato programmato l'impianto di una lente intraoculare, si possono verificare condizioni intraoperatorie che rendono non indicato l'uso del cristallino artificiale; a volte, è necessario posizionare il cristallino artificiale davanti alla pupilla. Queste decisioni possono essere prese solamente dal chirurgo durante l'esecuzione dell'intervento. In caso di mancata inserzione, il paziente sarà costretto ad utilizzare una correzione ottica particolarmente elevata, con occhiali o con lenti a contatto; in taluni casi, si può, con un altro intervento, inserire successivamente il cristallino artificiale.
- estrazione totale della cataratta, involucro incluso. Mancando quindi il supporto per posizionare il cristallino nella sede abituale, si può posizionare il cristallino in altra sede durante lo stesso intervento o con un intervento successivo.

Tra le complicanze postoperatorie, la più grave è senz'altro l'infezione ("endoftalmite"), cioè l'impianto di germi all'interno del bulbo oculare. Essa è molto rara ed è quasi sempre curabile con terapia medica; di aiuto può essere, talvolta, un intervento chirurgico tendente all'asportazione del materiale infetto. Altre possibili complicanze postoperatorie sono le seguenti:

- cicatrice non sufficientemente impermeabile, riduzione o azzeramento dello spazio fra iride e cornea, prolasso dell'iride: eventi da ritenersi eccezionali con la tecnica attuale, che richiedono l'apposizione di una sutura ovvero la revisione della stessa;
- decentramento del cristallino artificiale: legato a numerosi possibili fattori richiede, a volte, un re-intervento per il riposizionamento;
- errore di calcolo della potenza del cristallino artificiale: è possibile, ma per lo più lieve e richiede l'uso postoperatorio di occhiale più forte e/o diverso da quello previsto con il calcolo derivante dalla biometria;
- disturbi della cornea (annebbiamento temporaneo o persistente), legati al danneggiamento del rivestimento corneale interno. La microscopia endoteliale, eseguita di routine nel nostro Centro, consente in linea di massima di prevenire tale evento negativo: i pazienti a rischio vengono avvertiti e vengono poste in essere particolari precauzioni intra-operatorie;

- astigmatismo, per deformazione della cornea legata all'incisione e/o alla sutura;
- percezione di "mosche volanti". Si tratta di corpi mobili localizzati nel corpo vitreo, ovvero nella gelatina situata dietro al cristallino; per solito pre-esistenti all'intervento, essi divengono maggiormente visibili nel periodo post-operatorio in relazione alla maggiore trasparenza del cristallino artificiale;
- disturbi della retina: ustione retinica da illuminazione del microscopio operatorio, emorragie, peggioramento di eventuali danni retinici preesistenti, edema retinico centrale. Tutti questi eventi rendono necessarie terapie post-operatorie e possono dar luogo, in casi gravi, ad abbassamenti visivi permanenti.
- distacco di retina. E' noto che l'intervento per cataratta, per quanto correttamente eseguito, determina un aumento nell'incidenza del distacco di retina (circa 1 caso su 1000) negli anni successivi. Un accurato esame pre-operatorio ed il trattamento di eventuali lesioni predisponenti può aiutare a prevenire tale evento, che (quando si verifica) richiede un intervento chirurgico.
- aumento della pressione intra-oculare. Un piccolo aumento della pressione intraoculare è da considerarsi normale nel primo periodo post-operatorio. In rari casi, esso risulta permanente e può richiedere un trattamento mediante colliri ipotonizzanti;
- diplopia (visione sdoppiata): è stata riportata con maggiore frequenza nei miopi elevati, in particolare nel periodo che intercorre fra l'intervento nel primo e nel secondo occhio. A volte, tuttavia, essa risulta permanente e richiede un trattamento;
- deficit muscolare dell'occhio, abbassamento della palpebra superiore: sono eventi legati all'anestesia iniettiva, che non viene di norma praticata nel nostro centro.

Eventuali ulteriori complicanze specifiche di ciascun caso, o che potrebbero realizzarsi più facilmente o raramente, vengono segnalate al paziente ed ai familiari; naturalmente, in questi casi, vengono poste in essere tutte le possibili precauzioni per evitare le complicanze stesse o ridurre la possibilità di insorgenza.

Ulteriori informazioni.

L'intervento di cataratta in occhi già sottoposti ad interventi per glaucoma, malattie della retina o della cornea aumenta di difficoltà ed è maggiormente soggetto ad imprecisioni. La difficoltà aumenta anche in caso di patologie oculari preesistenti (problemi della cornea, miopia elevata, glaucoma), in relazione ad alcune malattie sistemiche (diabete, malattie della coagulazione ed altre) ed a somministrazione di alcuni farmaci.

In caso di preesistente astigmatismo, è possibile programmare una correzione (parziale o totale), anche se essa non è sempre facilmente ottenibile.

Il consenso informato e la firma

E' obbligatorio per il medico mettere a disposizione del paziente e dei familiari tutte le informazioni sul trattamento che è proposto, sui risultati e sui rischi connessi all'intervento chirurgico. Qualsiasi ulteriore dubbio o quesito deve essere chiarito verbalmente, nell'interesse comune.

Il modulo di consenso informato, che riporta in forma sintetica le informazioni suddette, viene consegnato ai nostri pazienti diversi giorni prima dell'intervento in modo da poter essere letto ed assimilato. La firma di questo documento è necessaria per procedere all'intervento e rappresenta la conferma di avere ricevuto informazioni in maniera adeguata e comprensibile; essa non solleva in alcun modo il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

La presente nota informativa è stata redatta dal Dottor Romolo Fedeli ispirandosi al Consenso Informato elaborato dallo studio legale della Società Italiana di Oftalmologia. Aggiornamento: 01/04/05