



# NOTA INFORMATIVA INTERVENTO PER DISTACCO DI RETINA

---

Data di rilascio al paziente

Nome e Cognome del paziente

----- [ \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ ] ora: \_\_ / \_\_

**Ad integrazione delle informazioni ricevute con il Consenso Generale alle Cure, la  
preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo.**

**Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.**

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere **un'adeguata informazione**, esposta in modo corretto e **comprensibile** riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.

Il paziente ha il **diritto** di conoscere i **vantaggi** ma anche **rischi**, i disagi e le possibili **complicanze** dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.

Ha diritto di conoscere le eventuali **alternative terapeutiche** con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a **revocare** il suo **consenso** in qualsiasi momento.

Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure **indicare una** o più persone che desidera vengano informate di dette **notizie**.

D'altra parte, il malato ha il **dovere** di fornire al medico **qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute**, in modo da **evitare** che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi **errori** di condotta terapeutica e/o diagnostica.

Il paziente deve inoltre **attenersi** con scrupolo **alle indicazioni** fornitegli **dai sanitari** riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi  
fornisce le informazioni

-----

OCUL10 – rev. 24.01.2023

**Alla luce di tali premesse:**

desidera essere informato sulla patologia di cui è affetto nonché sulle motivazioni, la natura e le implicazioni degli atti diagnostici e/o terapeutici (anche invasivi) che si intendono intraprendere sulla sua persona<sup>1</sup>?

SI       NO

FIRMA DEL PAZIENTE

-----

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

SI       NO

Se sì a chi?

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

-----

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

-----

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

-----

---

<sup>1</sup> Nel caso in cui il paziente decida di NON ricevere informazioni e nondimeno dia il consenso al trattamento DEVE esserne dato atto direttamente in Cartella Clinica e deve essere controfirmato dal paziente.

# INFORMAZIONI RELATIVE AL DISTACCO DI RETINA

Gentile paziente, La ringraziamo per aver scelto la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e la nostra equipe che si prenderà cura di Lei in questo percorso terapeutico, ponendoLa al centro della nostra attenzione secondo la missione del nostro Policlinico: “La scienza per l’uomo”.

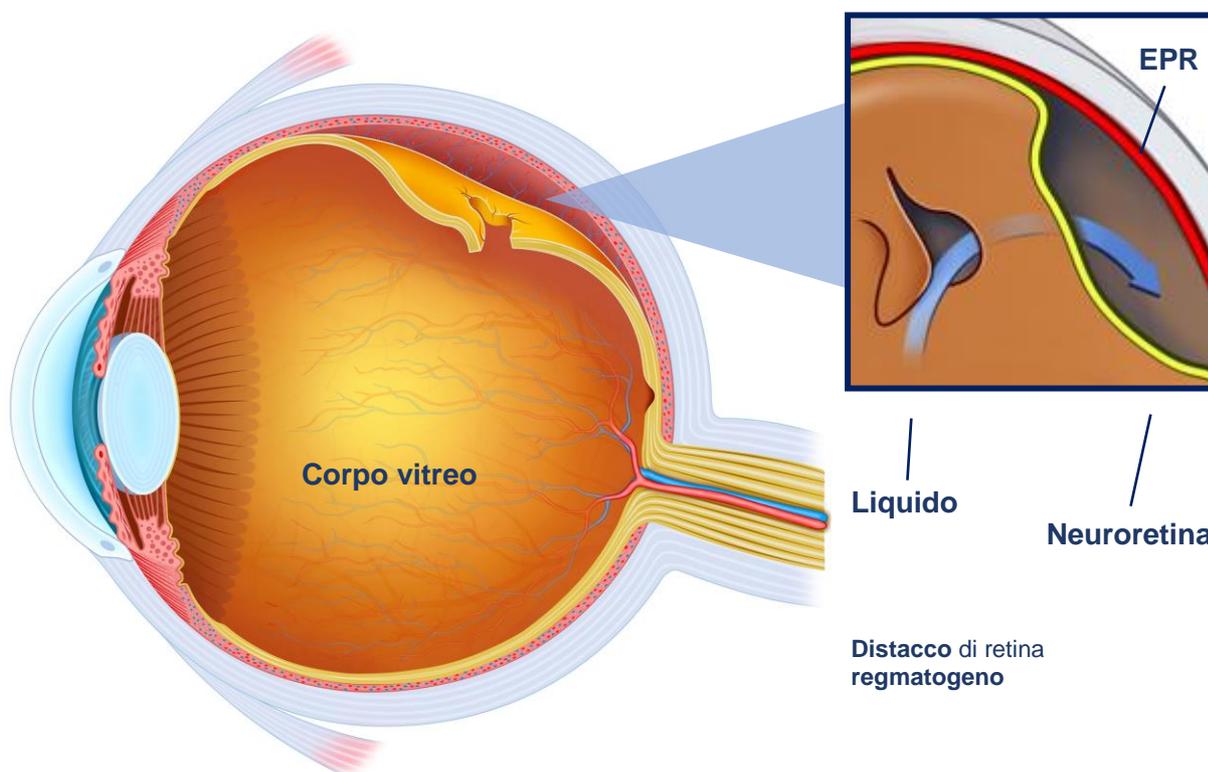
## 1. CHE COS'È IL DISTACCO DI RETINA?

È una **raccolta di liquido** sotto la retina, più precisamente tra l'epitelio pigmentato retinico (**EPR**) e la **neuroretina** (costituita dai fotorecettori e tutte le cellule nervose che permettono la trasmissione del segnale visivo). Tale raccolta di liquido causa una separazione fisica tra questi due strati retinici.

Nella maggior parte dei casi il distacco è provocato dallo sviluppo di una o più **lacerazioni retiniche** (distacco di retina **regmatogeno**). Le rotture retiniche sono causate da meccanismi interni all'occhio. Uno dei meccanismi più frequenti è il **distacco posteriore di vitreo (DPV)**: a causa dell'invecchiamento, il **vitreo** (gel che riempie la parte posteriore del nostro occhio) si separa dalla retina creando delle trazioni sulla stessa. Nel momento del DPV, il paziente percepisce dei corpi mobili vitreali (“mosche volanti” o “ragnatele”) e a volte dei lampi di luce.

Altre forme di distacco di retina sono dovute a **trazioni patologiche** del corpo vitreo (distacco trazionale, come nei diabetici) o all'accumulo di **liquido essudativo** sottoretinico non associato a trazioni del corpo vitreo e/o a rotture retiniche (distacco essudativo).

Il distacco di retina può determinare una **grave riduzione della vista** fino alla **perdita totale** della funzione visiva. Esistono due tipi di distacco di retina: quello che coinvolge il centro della vista (definito **macula OFF**) e quello che non lo coinvolge (**macula ON**). Il primo tipo è solitamente associato ad un recupero visivo molto scarso e non necessita di trattamento immediato.



## 2. COME SI TRATTA IL DISTACCO DI RETINA?

Il **riaccollamento** della retina si può ottenere solo tramite la **chirurgia**. Quando il distacco di retina è ampio, non è più possibile limitarlo con un trattamento laser ambulatoriale ed è necessario ricorrere alla sala operatoria.

## 3. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA CHIRURGICA?

L'intervento viene effettuato con il paziente in posizione supina, in un ambiente sterile, utilizzando l'oftalmoscopio indiretto e/o il microscopio. È un atto chirurgico maggiore poiché viene inciso in bulbo oculare per riappianare la retina distaccata mediante una delle seguenti tecniche:

1. **retinopessia pneumatica**
2. **chirurgia episclerale**
3. **vitrectomia**

Ognuna di queste metodiche può essere eseguita **singolarmente** o **combinata** con le altre tecniche in relazione alle **caratteristiche del distacco di retina**.

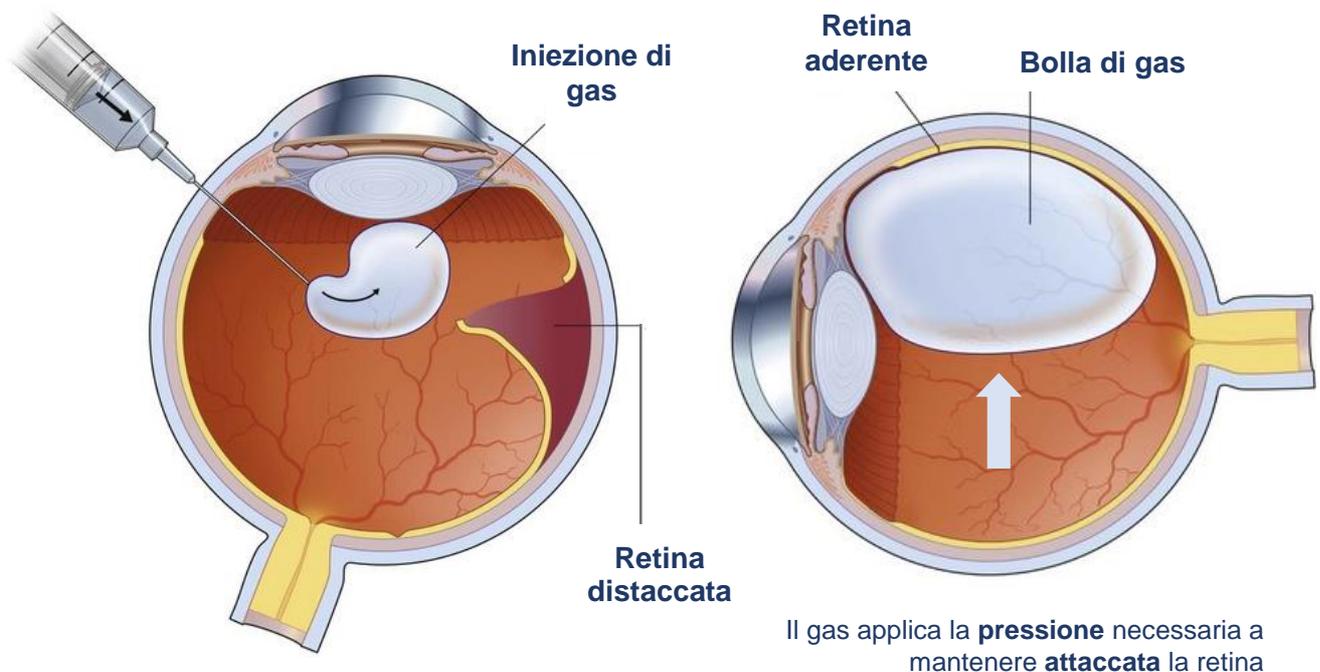
### ***L'anestesia***

Nella maggioranza dei casi si effettua **anestesia locale** tramite **un'iniezione vicino all'occhio** che immobilizza l'organo. In alcuni casi, è possibile praticare l'anestesia generale. La scelta viene fatta dal suo oculista e dal medico anestesista che terranno conto il più possibile delle sue richieste.

### ***Tecnica di intervento***

#### **A. PREUMORETINOPESSIA**

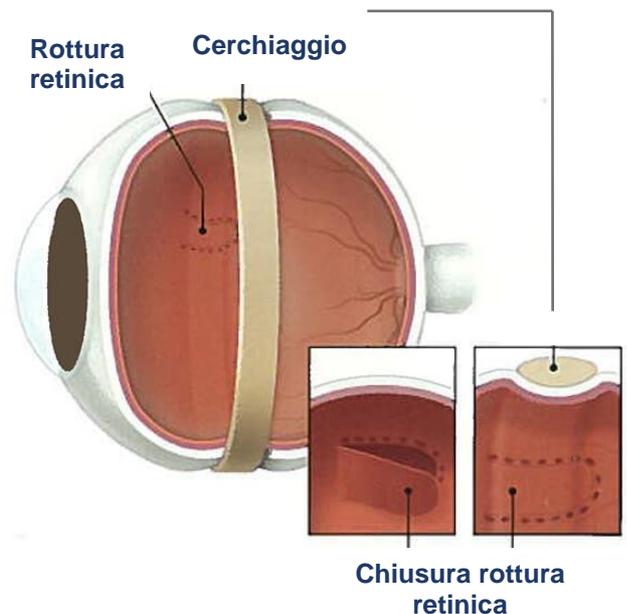
La pneumoretinopessia è una metodica in cui attraverso l'introduzione nella camera vitreale di una **sostanza gassosa** si mira ad ottenere il riaccollamento della retina. Il primo passo consiste nella **chiusura delle rotture retiniche** mediante **crioterapia trans-sclerale**. Questa procedura utilizza un dispositivo che produce freddo estremo attraverso una sonda che viene posizionata sulla parete esterna dell'occhio (sclera) vicino alla zona della retina che deve essere trattata. Si va a congelare una piccola porzione di tessuto, creando una cicatrice che aiuta a "incollare" la retina alla parete interna dell'occhio. Questo passaggio (o la **fotocoagulazione** laser) può essere eseguito durante l'intervento o nelle giornate successive. Successivamente viene praticata l'iniezione, all'interno dell'occhio, di un **mezzo tamponante gassoso** (aria, gas SF6, C3F8, ecc.) che viene riassorbito nell'arco di poche settimane. In questa metodica è fondamentale la collaborazione del paziente che dopo l'intervento deve assumere posizioni del capo tali da favorire il contatto tra la bolla di gas e le rotture retiniche per ottenere il riaccollamento della retina. Durante l'intervento può essere necessaria l'apertura chirurgica della camera anteriore.



## B. CHIRURGIA EPISCLERALE

La chirurgia episclerale è mirata ad ottenere il riappianamento retinico e la chiusura delle rotture retiniche mediante l'applicazione sulla **parete esterna** dell'occhio di **piombaggi** e/o **cerchiaggi**.

La cicatrizzazione delle lacerazioni retiniche viene effettuata mediante sonde congelanti (**criocoagulazione**) o manipoli che trasmettono calore intenso (**fotocoagulazione** laser, diatermia). In alcuni casi può essere eseguita la puntura evacuativa per favorire il drenaggio del liquido sottoretinico e la paracentesi della camera anteriore. Al termine dell'intervento può essere **necessaria l'introduzione di un mezzo tamponante gassoso** (aria, gas SF6, C3F8, ecc.) all'interno dell'occhio.



## C. VITRECTOMIA

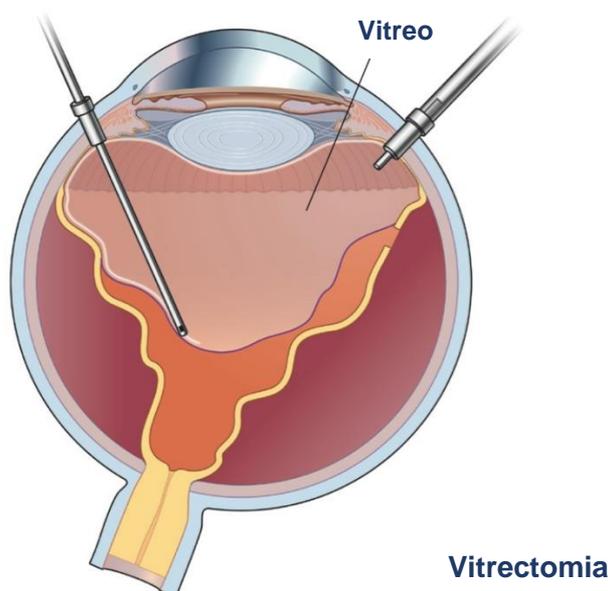
Per procedere all'intervento di vitrectomia, il chirurgo inizialmente effettua 3 piccole incisioni in corrispondenza della parte bianca dell'occhio (sclera), necessarie per l'ingresso degli strumenti chirurgici. Successivamente, tramite un apposito strumento (il **vitrectomo**), il chirurgo frantuma e aspira il corpo vitreo, asporta membrane proliferative eventualmente presenti e ripara le rotture retiniche mediante trattamenti fisici (**laser** e/o **crioterapia**).

Successivamente viene praticata l'iniezione, all'interno dell'occhio, di un mezzo tamponante. I tamponanti possono essere: **aria**, vari tipi di **gas** (SF6, C3F8, ecc.), **perfluorocarbonati liquidi**,

**olio di silicone** (PDMS, Densiron, ecc.) o altri. L'uso di tali mezzi **non è esente da complicanze** (ipertono, ecc.) ma è indispensabile.

Nel caso di immissione di **gas**, questo verrà naturalmente e gradualmente riassorbito nell'arco di 6-8 settimane. Nel caso in cui venga iniettato **olio di silicone**, invece, sarà necessario, a distanza di tempo, **un ulteriore intervento chirurgico per rimuoverlo**. Tuttavia, in alcuni casi particolari in cui il rischio di recidive è particolarmente elevato, si può decidere di non rimuovere l'olio. Quest'ultima ipotesi potrebbe comportare l'insorgenza nel postoperatorio di complicanze quali: ipertono, cheratite, scompenso corneale, tossicità retinica e del nervo ottico. A fine intervento, le incisioni iniziali a volte vengono chiuse mediante punti di sutura.

L'intervento di vitrectomia comporta **sempre** come conseguenza lo sviluppo della cataratta. Pertanto, è **quasi sempre** consigliabile rimuovere il cristallino prima o in concomitanza della vitrectomia (**intervento di cataratta**). Nel caso in cui il cristallino sia già stato asportato in precedenza, con impianto di lente artificiale, è anche possibile che si renda necessario asportare la lente insieme al sacco capsulare in cui è inserita/appoggiata, soprattutto se quest'ultimo è opaco o presenta delle opacizzazioni che non consentono al chirurgo una buona visualizzazione della retina.



#### 4. RIMOZIONE DELL'OLIO DI SILICONE

Nel caso in cui venga utilizzato olio di silocone come mezzo tamponante, sarà necessario, dopo un certo periodo di tempo, **asportarlo chirurgicamente**.

La rimozione dell'olio avviene attraverso incisioni e strumenti simili a quelli utilizzati per la vitrectomia. Una volta rimosso l'olio, si procede alla sua **sostituzione** con **soluzione salina** bilanciata, **aria** o **gas**.

In associazione alla rimozione dell'olio di silicone si possono effettuare, a seconda dei casi, ulteriori procedure chirurgiche endoculari (rimozione di membrane epiretinali, completamento di trattamento endolaser, aspirazione di materiali ematici e/o infiammatori ecc.), o può essere necessario il riutilizzo di sostanza tamponante (gas o olio) che potrebbe richiedere un ulteriore intervento chirurgico per la sua rimozione.

Anche in questo tipo di procedura, potrebbe essere necessario effettuare intervento di cataratta o sostituzione di cristallino artificiale.

## 5. QUALI SONO I BENEFICI?

Il trattamento chirurgico per il distacco di retina ha il fine di riattaccare la retina e quindi di **correggere** il più possibile i **difetti visivi** causati dal suo distacco.

## 6. IDONEITÀ ALL'INTERVENTO

Sono idonei all'intervento chirurgico i pazienti nei quali, tenendo conto delle condizioni generali dell'occhio, è possibile ottenere un **recupero della vista** e che rispettino le **condizioni psico-fisiche** e di **salute generale** che permettono di svolgere l'intervento in sicurezza, nel pieno rispetto di un buon rapporto rischi/benefici.

## 7. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

Se durante la visita oculistica emerge la presenza di **distacco di retina**, il medico informa il paziente dei rischi e benefici dell'intervento e riconosce l'indicazione alla chirurgia.

Durante la visita di pre-ospedalizzazione vengono chiariti gli eventuali dubbi del paziente, viene accertato che lo stato di salute consenta di eseguire l'intervento in sicurezza ed avviene la consegna della **nota informativa**.

Nei giorni successivi, il paziente viene contattato dalla segreteria della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico per concordare la data dell'intervento.

Al giorno stabilito il paziente si presenta a **digiuno** e sono somministrati dei colliri per garantire la massima dilatazione della pupilla.

La mattina stessa, prima di effettuare la procedura chirurgica, il paziente dovrà firmare il **consenso informato** all'intervento.

### Raccomandazioni per il giorno dell'intervento

- Assumere **TUTTE** le medicine per tutte le malattie in atto, come fate abitualmente tutti i giorni. In particolare, assumere la **terapia antipertensiva** sistemica in corso;
- **Non** sospendere le terapie anticoagulanti o antiaggreganti;
- Si raccomanda di presentarsi in ospedale a **diggiuno**. Può bere (acqua, té, caffè, camomilla) fino a 2 ore prima dell'anestesia. Può alimentarsi con altri tipi di liquidi (latte, frullati, succhi di frutta) fino a 6 ore prima dell'intervento. Può mangiare fino a 8 ore prima (piccole quantità, evitando cibi grassi e pesanti);
- Si raccomanda di venire accompagnati da un familiare che rimarrà presente in sala d'attesa per tutto il tempo dell'intervento;
- **COSA LASCIARE A CASA:** anelli, orologio, braccialetti, collane, etc.
- **COSA PORTARE CON SÈ:** tessera sanitaria ed eventuale tessera di esenzione.

## 8. DURATA DELLA PROCEDURA

L'intervento chirurgico in sé ha generalmente una lunga durata (**90-180 minuti**). Tuttavia, i tempi di permanenza in sala operatoria potranno sembrare maggiori, poiché comprendono la preparazione all'intervento e un breve periodo di osservazione al termine dello stesso.

## 9. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

Prima di lasciare il centro chirurgico viene consegnato un foglio con le istruzioni dei farmaci da utilizzare. Il paziente non deve **mai sospendere** le cure a meno che sia il chirurgo a dirlo; esse aiutano l'occhio operato a guarire meglio ed a prevenire complicazioni. In caso di dubbi sulla modalità del corso postoperatorio, il paziente deve contattare uno dei componenti dell'equipe chirurgica.

**Le cure locali** postoperatorie solitamente consistono nell'instillazione di **gocce** o **pomate** e nell'applicazione di una **protezione oculare** secondo le modalità e per un periodo di tempo che le saranno spiegati dal suo chirurgo. Alla terapia locale a volte si aggiunge una **terapia sistemica** di durata variabile, anch'essa descritta nelle istruzioni che Le verranno rilasciate.

Nei giorni seguenti all'operazione l'occhio appare più o meno "**rosso**" e **dolente**; si potrà avere una **sensazione di corpo estraneo** (dovuta ad eventuali punti di sutura ed ai tagli praticati) ed un **fastidio alla luce**.

**Nel periodo successivo all'intervento il paziente deve inoltre usare alcune altre attenzioni:**

- nei casi in cui siano stati iniettati nell'occhio operato sostanze tamponanti sarà importante, per alcuni giorni, il **mantenimento della testa in una certa posizione**, che le verrà indicata dal medico;
- non deve strofinare l'occhio operato;
- può lavarsi il viso, con attenzione;
- non deve fare sforzi fisici eccessivi;
- l'uso di macchinari o di strumenti pericolosi è sconsigliato.

**In caso di tamponamento con gas**, i viaggi in aereo ed in montagna sono controindicati fino al riassorbimento del gas.

**In caso di altra anestesia generale** nei giorni successivi alla vitrectomia, la presenza di gas nell'occhio va assolutamente segnalata al medico anestesista.

Il bagno e la doccia possono essere fatti fin dal giorno successivo all'operazione avendo cura di non bagnare l'occhio operato; per lavarsi i capelli, tenere l'occhio operato chiuso.

### Il recupero visivo

Il miglioramento della vista **sarà progressivo, quasi sempre parziale e a volte nullo**. L'entità di visione recuperabile con l'intervento non è prevedibile e dipende molto dalle **preesistenti condizioni generali dell'occhio**, in particolare del cristallino (es. cataratta), della retina (es. maculopatia senile), del nervo ottico (es. glaucoma) e della cornea; la presenza di una lesione in queste strutture può limitare ulteriormente il recupero visivo.

È sempre possibile una recidiva del distacco di retina e può essere necessario ripetere l'intervento anche molte volte.

## 10. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Non è possibile per il suo oculista garantire il successo dell'intervento o l'assenza di complicanze. Le complicanze, in casi estremi, possono portare anche alla perdita funzionale dell'occhio, se non addirittura alla perdita anatomica dello stesso. Le complicanze si distinguono in preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie.

### Complicanze preoperatorie (legate all'anestesia con iniezione)

- **emorragia palpebrale, perioculare, congiuntivale**: possono persistere anche per molti giorni dopo l'intervento
- **ptosi** (palpebra abbassata): può essere anche permanente
- **emorragia retrobulbare**: può danneggiare irreparabilmente il nervo ottico con conseguente perdita della funzione visiva
- riduzione permanente della vista da puntura o **danneggiamento meccanico del nervo ottico**
- **perforazione** del bulbo oculare
- visione sdoppiata da **danneggiamento dei muscoli extra oculari**

### Complicanze intraoperatorie

- recidiva di distacco della retina (durante **rimozione olio di silicone**)
- lesione del cristallino (**cataratta**)
- distacco di coroide
- lacerazione/i della retina
- emorragie intraoculari (retiniche, coroideali, **emovitreo**)
- aumento della pressione oculare
- incarceramento della retina nell'apertura sclerale dell'evacuativa
- perforazione o rottura della parete esterna dell'occhio
- dislocazione della lente intraoculare artificiale (IOL)
- occlusione dell'arteria centrale della retina

### Complicanze postoperatorie

- **lacerazione della retina e/o recidiva di distacco retinico**
- **infezione oculare**
- distacco di coroide
- alterazioni della macula
- emorragia retinica e/o vitreale (**emovitreo**)
- **cataratta**
- aumento grave della pressione oculare (**glaucoma**)
- riduzione dell'acuità visiva
- difetti del campo visivo (frequentissimi)
- strabismo e/o diplopia (visione doppia)
- percezione mosche volanti (**miodesopsie**)
- ptosi (abbassamento della palpebra superiore)
- atrofia del nervo ottico

- glaucoma neovascolare
- formazione di nuove lacerazioni e proliferazioni vitreoretiniche con recidiva distacco retinico (**vitreo-retinopatia proliferativa**, PVR)
- formazione di una membrana epiretinica maculare (**pucker**)
- eventuale anteriorizzazione e/o superficializzazione dei materiali indentanti
- **decubito** del materiale cerchiante e piombante, con perforazione e/o erosione sclerale
- diminuzione transitoria o permanente della pressione oculare con evoluzione verso la **tisi bulbare** (rimpicciolimento dell'occhio con perdita completa della capacità visiva)

***Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili o di natura infettiva.***

## **11. DOLORE POST-PROCEDURA**

Il dolore dopo l'intervento non è di solito invalidante. La terapia con i colliri prescritti o con farmaci anti-infiammatori per via orale è di solito sufficiente a controllare il dolore postoperatorio.

## **12. LE TERAPIE ALTERNATIVE**

Per il distacco di retina **regmatogeno** o con **trazione** da parte del corpo vitreo, il **trattamento chirurgico** secondo una (o più) delle tecniche riportate nel paragrafo 3 è l'unica alternativa per ottenere il riaccollamento della retina.

Nel caso di distacco di retina dovuto ad **essudazione** di liquido, si può attuare una **terapia medica** volta alla riduzione dell'infiammazione che è alla base del versamento.

## **13. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE**

Seguire le istruzioni presenti nella lettera di dimissione e presentarsi ai controlli prestabiliti. Se non è possibile venire ai controlli e contattare l'equipe chirurgica, recarsi dal proprio medico di medicina generale o al pronto soccorso.

## **14. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO**

Il distacco di retina è una condizione medica **grave**. Se non trattato, il distacco di retina può portare a una **riduzione permanente della visione** o addirittura alla **cecità**.

## 15. INDICARE CON UNA X L'OCCHIO INTERESSATO DAL TRATTAMENTO PROPOSTO



OCCHIO  
DESTRO



OCCHIO  
SINISTRO

## 16. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

La percentuale di successo di **riaccollamento della retina** tramite questo tipo di chirurgia è variabile (dal 60% al 80% dopo una singola procedura; superiore al 90% dopo multiple chirurgie). Tuttavia, il tasso di **miglioramento visivo** è molto limitato.

### Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

1.) *Dopo l'operazione in Day Hospital posso guidare per tornare a casa?*

2.) *Dopo quanti giorni posso tornare al lavoro?*

3.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto è possibile che una procedura venga eseguita da un medico chirurgo iscritto alla Scuola di Specializzazione di Oftalmologia oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di un medico specialista strutturato del Policlinico Universitario.

## **EDUCAZIONE DEL PAZIENTE**

Nell'ambito dell'educazione clinica dei pazienti, la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ha creato delle pagine web e degli opuscoli informativi utili al paziente.

Di seguito trova il QR code, che potrà inquadrare con il suo cellulare, e che la porterà alle informazioni cliniche e organizzative di sua utilità.



**GUIDA AL PERCORSO DI  
PREOSPEDALIZZAZIONE**



**GUIDA  
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**



**INDICAZIONI PRE-OPERATORIE PER  
INTERVENTI DI CHIRURGIA OCULARE**



**INDICAZIONI POST-OPERATORIE PER  
INTERVENTI DI CHIRURGIA OCULARE**

## RICEVUTA DI CONSEGNA DELLA NOTA INFORMATIVA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.**

Inoltre, nel mio caso, il chirurgo ritiene sia preferibile adottare la tecnica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

\_\_\_\_\_

Io sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate<sup>2</sup>.

Ora \_\_: \_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del medico

\_\_\_\_\_

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA  
INSIEME AL MODULO “POL06 – CONSENSO INFORMATO” FIRMATO**

OCUL10 – rev. 21.04.2023

<sup>2</sup> Nel caso in cui il medico intenda avvalersi di “testimoni” dell'atto del consenso è necessario raccogliergli le generalità e la firma leggibile di ognuno di essi.